



HAL
open science

Freins et leviers de l'implication du médecin traitant dans la prise de décision de LAT en milieu hospitalier : Étude qualitative auprès des médecins hospitaliers et des médecins généralistes libéraux

Solène Lefevre, Julie Tamby

► To cite this version:

Solène Lefevre, Julie Tamby. Freins et leviers de l'implication du médecin traitant dans la prise de décision de LAT en milieu hospitalier : Étude qualitative auprès des médecins hospitaliers et des médecins généralistes libéraux. Sciences du Vivant [q-bio]. 2024. dumas-04591109

HAL Id: dumas-04591109

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04591109v1>

Submitted on 28 May 2024

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.

**Freins et leviers de l'implication du médecin traitant dans la prise de
décision de LAT en milieu hospitalier.**

**Étude qualitative auprès des médecins hospitaliers et des médecins
généralistes libéraux.**

T H E S E A R T I C L E E N B I N Ô M E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES

DE MARSEILLE

Le 23 Mai 2024

Par Madame Solène LEFÈVRE usage LEFÈVRE-HARDY

Née le 10 mars 1992 à Evry-Courcouronnes (91)

Et

Par Madame Julie TAMBY

Née le 30 juin 1995 à Villeurbanne (69)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur SALAS Sébastien

Président

Monsieur le Docteur BERNAL Alexis

Directeur

Monsieur le Docteur FIERLING Thomas

Assesseur

Madame le Docteur CALET-FROISSART Zoéline

Assesseur

**Freins et leviers de l'implication du médecin traitant dans la prise de
décision de LAT en milieu hospitalier.**

**Étude qualitative auprès des médecins hospitaliers et des médecins
généralistes libéraux.**

T H E S E A R T I C L E E N B I N Ô M E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES

DE MARSEILLE

Le 23 Mai 2024

Par Madame Solène LEFÈVRE usage LEFÈVRE-HARDY

Née le 10 mars 1992 à Evry-Courcouronnes (91)

Et

Par Madame Julie TAMBY

Née le 30 juin 1995 à Villeurbanne (69)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur SALAS Sébastien

Président

Monsieur le Docteur BERNAL Alexis

Directeur

Monsieur le Docteur FIERLING Thomas

Assesseur

Madame le Docteur CALET-FROISSART Zoéline

Assesseur

Faculté des sciences médicales et paramédicales

Doyen

Vice-Doyen aux affaires générales
Vice-Doyen aux professions paramédicales
Conseiller

Pr. Georges LEONETTI

Pr. Patrick DESSI
Pr. Philippe BERBIS
Pr. Patrick VILLANI

Assesseurs :

- Aux études
- À la recherche
- À l'unité mixte de formation continue en santé
- Pour le secteur NORD
- Groupements Hospitaliers de territoire
- Aux masters

Pr. Kathia CHAUMOITRE
Pr. Jean-Louis MEGE
Pr. Justin MICHEL
Pr. Stéphane BERDAH
Pr. Jean-Noël ARGENSON
Pr. Pascal ADALIAN

Chargés de mission :

- Sciences humaines et sociales
- Relations internationales
- DU/DIU
- DPC
- Développement DPC

Pr. Pierre LE COZ
Pr. Stéphane RANQUE
Pr. Véronique VITTON
Pr. Gabrielle SARLON
Pr. Frédéric CASTINETTI
Pr. Thomas GRAILLON

Ecole de médecine

Directeur

Pr. Jean-Michel VITON

Chargés de mission

- PASS - LAS
- DFGSM
- DFASM
- DFASM
- Préparation aux ECN
- DES spécialités
- DES stages hospitaliers
- DES MG
- Démographie médicale
- Etudiant

Pr. Régis GUIEU
Pr. Anne-Laure PELISSIER
Pr. Marie-Aleth RICHARD
Pr. Marc BARTHET
Pr. Aurélie DAUMAS
Pr. Patrick DESSI
Pr. Benjamin BLONDEL
Pr. Christophe BARTOLI
Dr. Noémie RESSEGUIER
Lily BLANC-PACCHIONI

Ecole de médecine dentaire

Directeur

Directeurs adjoints

Chargés de mission

- Formation initiale
- Recherche
- Formation continue
- Relations internationales
- Internat et diplômes d'études spécialisées
- Affaires générales

Pr. Bruno FOTI

Pr. Michel RUQUET

Pr. Anne RASKIN

Pr. Michel RUQUET

Pr. Anne RASKIN

Pr. Frédéric BUKIET

Pr. Hervé TASSERY

Pr. Virginie MONNET-CORTI

Dr. Alain TOSELLO

Ecole de maïeutique

Directrice

Madame Carole ZAKARIAN

Chargés de mission :

- 1er cycle
- 2e cycle

Madame Estelle BOISSIER

Madame Cécile NINA

Ecole des sciences de la réadaptation

Directeur

Directrice adjointe

Pr. Laurent BENSOUSSAN

Pr. Valérie AGHABABIAN

Ecole des sciences infirmières

Directeur

Pr. Sebastien COLSON

Professeurs honoraires

AGOSTINI Serge
ALBANESE Jacques
ALDIGHERI René
ALESSANDRINI Pierre
ALLIEZ Bernard
AMBROSI Pierre
AQUARON Robert
ARGEME Maxime
ASSADOURIAN Robert
AUFFRAY Jean-Pierre
AUTILLO-TOUATI Amapola
AZORIN Jean-Michel
BAILLE Daniel
BAILLE Yves
BARDOT Jacques
BARDOT André
BERARD Pierre
BERGOIN Maurice
BERLAND Yvon
BERNARD Dominique
BERNARD Jean-Louis
BERNARD Pierre-Marie
BERTRAND Edmond
BISSET Jean-Pierre
BLANC Bernard
BLANC Jean-Louis
BOLLINI Gérard
BONGRAND Pierre
BONNEAU Henri
BONNET Jean-Louis
BONNOIT Jean
BORY Michel
BOTTA Alain
BOTTA-FRIDLUND Danielle
BOUBLI Léon
BOURGADE Augustin
BOUVENOT Gilles
BOUYALA Jean-Marie
BREMOND Georges
BRICOT René
BRUNET Christian
BUREAU Henri
CAMBOULIVES Jean
CARTOUZOU Guy
CAU Pierre
CHABOT Jean-Michel
CHAMLIAN Albert
CHARPIN Denis
CHARREL Michel
CHAUVEL Patrick
CHOUX Maurice
CIANFARANI François
CLAVERIE Jean-Michel
CLEMENT Robert
COMBALBERT André
CONTE-DEVOLX Bernard
CORRIOL Jacques
COULANGE Christian
CURVALE Georges
DALMAS Henri
DE MICO Philippe
DEJOU Jacques
DELPERO Jean-Robert
DESSEIN Alain
DELARQUE Alain
DENIS Danièle
DEVIN Robert
DEVRED Philippe
DJIANE Pierre
DONNET Vincent
DUCASSOU Jacques
DUFOUR Michel
DUMON Henri
DURAND Jean-Marc
ENJALBERT Alain
ERARD Jacques
FAUGERE Gérard
FAVRE Roger
FIECHI Marius
FARNARIER Georges
FIGARELLA Jacques
FIGARELLA-BRANGER Dominique
FONTES Michel
FOUREL Jean
FRANCES Yves
FRANCOIS Georges
FUENTES Pierre
GABRIEL Bernard
GALINIER Louis
GALLAIS Hervé
GAMERRE Marc
GARCIN Michel
GARNIER Jean-Marc
GAUTHIER André
GERARD Raymond
GEROLAMI-SANTANDREA André
GIUDICELLI Sébastien
GOUDARD Alain
GOUIN François
GRILLO Jean-Marie
GRIMAUD Jean-Charles
GRISOLI François
GROB Jean-Jacques
GROULIER Pierre
GUYS Jean-Michel
HADIDA/SAYAG Jacqueline
HARLE Jean-Robert
HASSOUN Jacques
HEIM Marc
HOUEL Jean
HUGUET Jean-François
JAQUET Philippe
JAMMES Yves
JOUVE Paulette
JUHAN Claude
JUIIN Pierre
KAPHAN Gérard
KASBARIAN Michel
KLEISBAUER Jean-Pierre
LACHARD Jean
LAFFARGUE Pierre
LAUGIER René
LE TREUT Yves
LEGRE Régis
LEVY Samuel
LOUCHET Edmond
LOUIS René
LUCIANI Jean-Marie
MAGALON Guy
MAGNAN Jacques
MALLAN- MANCINI Josette
MALMEJAC Claude
MARANINCHI Dominique
MARIANI Paul
MARTIN Claude
MARTINI Louis
MATTEI Jean François
MERCIER Claude
MICHEL Jean
MICHOTÉY Georges
MIRANDA François
MONFORT Gérard
MONGES André

Professeurs honoraires

MONGIN Maurice
MOULIN Guy
MUNDLER Olivier
NAZARIAN Serge
NICOLI René
NOIRCLERC Michel
OLIVE Daniel
OLMER Michel
OREHEK Jean
ORTHLIEB Jean-Daniel
PANUEL Michel
PAPY Jean-Jacques
PAULIN Raymond
PELOUX Yves
PENAUD Antony
PIANA Lucien
PICAUD Robert
PIGNOL Fernand
POGGI Louis
POITOUT Dominique
PONCET Michel
POUGET Jean
PRIVAT Yvan
QUILICHINI Francis
RANQUE Jacques
RANQUE Philippe
RAOULT Didier
REBOUL Maurice
RICHAUD Christian
RIDINGS Bernard
ROCHAT Hervé
ROHNER Jean-Jacques
ROUDIER Jean
ROUX Hubert
ROUX Michel
RUFO Marcel
SAHEL José
SALAMON Georges
SALDUCCI Jacques
SALVADORI André
SAMBUC Roland
SAN MARCO Jean-Louis
SANKALE Marc
SARACCO Jacques
SARLES Jacques
SARLES - PHILIP Nicole
SASTRE Bernard
SCHIANO Alain
SEBAHOUN Gérard
SEITZ Jean-François
SERMENT Gérard
SIMEONI Horace
SIMON Jean
SOULAYROL René
TAMALET Jacques
TARANGER-CHARPIN Colette
THIRION Xavier
THOMASSIN Jean-Marc
TRIGLIA Jean-Michel
UNAL Daniel
VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène
VANUXEM Paul
VERVLOET Daniel
VIALETES Bernard
WEILLER Pierre-Jean
ZATTARA Henri

Emeritat

2023

Pr AMBROSI Pierre	31/08/2026
Pr OLIVE Daniel	31/08/2026
Pr ROUDIER Jean	31/08/2026
Pr FIGARELLA-BRANGER Dominique	31/08/2025
Pr HARLE Jean-Robert	31/08/2025
Pr PANUEL Michel	31/08/2025
Pr BOUBLI Léon	31/08/2024
Pr LEGRE Régis	31/08/2024
Pr RAOULT Didier	31/08/2024
Pr BERLAND Yvon	31/08/2024
Pr CHARPIN Denis	31/08/2024
Pr CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2024
Pr BONGRAND Pierre	31/08/2024
Pr COZZONE Patrick	31/08/2024
Pr MARANINCHI Dominique	31/08/2024
Pr NAZARIAN Serge	31/08/2024

2022

Pr FIGARELLA-BRANGER Dominique	31/08/2025
Pr HARLE Jean-Robert	31/08/2025
Pr PANUEL Michel	31/08/2025
Pr BOUBLI Léon	31/08/2024
Pr LEGRE Régis	31/08/2024
Pr RAOULT Didier	31/08/2024
Pr DELPERO Jean-Robert	31/08/2023
Pr GRIMAUD Jean-Charles	31/08/2023
Pr SAMBUC Roland	31/08/2023
Pr SEITZ Jean-François	31/08/2023
Pr BERLAND Yvon	31/08/2023
Pr CHARPIN Denis	31/08/2023
Pr CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2023
Pr BONGRAND Pierre	31/08/2023
Pr COZZONE Patrick	31/08/2023
Pr FONTES Michel	31/08/2023
Pr MARANINCHI Dominique	31/08/2023
Pr NAZARIAN Serge	31/08/2023
Pr DEJOU Jacques	31/08/2023
Pr HUE Olivier	31/08/2023

2021

Pr BOUBLI Léon	31/08/2024
Pr LEGRE Régis	31/08/2024
Pr RAOULT Didier	31/08/2024
Pr DELPERO Jean-Robert	31/08/2023
Pr GRIMAUD Jean-Charles	31/08/2023
Pr SAMBUC Roland	31/08/2023
Pr SEITZ Jean-François	31/08/2023
Pr BERLAND Yvon	31/08/2022
Pr CHARPIN Denis	31/08/2022
Pr CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
Pr FRANCES Yves	31/08/2022
Pr BONGRAND Pierre	31/08/2022
Pr BRUNET Christian	31/08/2022
Pr COZZONE Patrick	31/08/2022
Pr FAVRE Roger	31/08/2022
Pr FONTES Michel	31/08/2022
Pr NAZARIAN Serge	31/08/2022
Pr OLIVER Charles	31/08/2022

2020

Pr DELPERO Jean-Robert	31/08/2023
Pr GRIMAUD Jean-Charles	31/08/2023
Pr SAMBUC Roland	31/08/2023
Pr SEITZ Jean-François	31/08/2023
Pr BERLAND Yvon	31/08/2022
Pr CHARPIN Denis	31/08/2022
Pr CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
Pr FRANCES Yves	31/08/2022
Pr BONGRAND Pierre	31/08/2021
Pr COZZONE Patrick	31/08/2021
Pr FAVRE Roger	31/08/2021
Pr FONTES Michel	31/08/2021
Pr NAZARIAN Serge	31/08/2021
Pr WEILLER Pierre-Jean	31/08/2021

2019

Pr	BERLAND Yvon	31/08/2022
Pr	CHARPIN Denis	31/08/2022
Pr	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
Pr	FRANCES Yves	31/08/2022
Pr	CAU Pierre	31/08/2020
Pr	COZZONE Patrick	31/08/2020
Pr	DELMONT Jean	31/08/2020
Pr	FAVRE Roger	31/08/2020
Pr	FONTES Michel	31/08/2020
Pr	MAGALON Guy	31/08/2020
Pr	NAZARIAN Serge	31/08/2020
Pr	OLIVER Charles	31/08/2020
Pr	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2020

2018

Pr	MARANINCHI Dominique	31/08/2021
Pr	BOUVENOT Gilles	31/08/2019
Pr	COZZONE Pierre	31/08/2019
Pr	DELMONT Jean	31/08/2019
Pr	FAVRE Roger	31/08/2019
Pr	OLIVER Charles	31/08/2019
Pr	RIDINGS Bernard	31/08/2021

2017

Pr	ALESSANDRINI Pierre	31/08/2020
Pr	BOUVENOT Gilles	31/08/2018
Pr	CHAUVEL Patrick	31/08/2020
Pr	COZZONE Pierre	31/08/2018
Pr	DELMONT Jean	31/08/2018
Pr	FAVRE Roger	31/08/2018
Pr	OLIVER Charles	31/08/2018
Pr	SEBBAHOUN Gérard	31/08/2018

2016

Pr	BONGRAND Pierre	31/08/2019
Pr	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
Pr	BRUNET Christian	31/08/2019
Pr	CAU Pierre	31/08/2019
Pr	COZZONE Patrick	31/08/2017
Pr	FAVRE Roger	31/08/2017
Pr	FONTES Michel	31/08/2019
Pr	JAMMES Yves	31/08/2019
Pr	NAZARIAN Serge	31/08/2019
Pr	OLIVER Charles	31/08/2017
Pr	POITOUT Dominique	31/08/2019
Pr	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
Pr	VIALETES Bernard	31/08/2019

2015

Pr	COULANGE Christian	31/08/2018
Pr	COURAND François	31/08/2018
Pr	FAVRE Roger	31/08/2016
Pr	MATTEI Jean-François	31/08/2016
Pr	OLIVER Charles	31/08/2016
Pr	VERVLOET Daniel	31/08/2016

2014

Pr	FUENTES Pierre	31/08/2017
Pr	GAMERRE Marc	31/08/2017
Pr	MAGALON Guy	31/08/2017
Pr	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
Pr	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017

2013

Pr	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
Pr	CARAYON Pierre	31/08/2016
Pr	COZZONE Patrick	31/08/2016
Pr	DELMONT Jean	31/08/2016
Pr	HENRY Jean-François	31/08/2016
Pr	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
Pr	RUFO Marcel	31/08/2016
Pr	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016

2012

Pr AUBANIAC Jean-Manuel	31/08/2015
Pr BOUVENOT Gilles	31/08/2015
Pr CAMBOULIVES Jean	31/08/2015
Pr FAVRE Roger	31/08/2015
Pr MATTEI Jean-François	31/08/2015
Pr OLIVER Charles	31/08/2015
Pr VERVLOET Daniel	31/08/2015

2011

Pr DI MARINO Vincent	31/08/2015
Pr MARTIN Pierre	31/08/2015
Pr METRAS Dominique	31/08/2015

2010

Pr MAGNAN Jacques	31/12/2014
-------------------	------------

2009

Pr DJIANE Pierre	31/08/2011
Pr VERVLOET Daniel	31/08/2012

2008

Pr LEVY Samuel	31/08/2011
Pr JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
Pr PONCET Michel	31/08/2011
Pr KASBARIAN Michel	31/08/2011
Pr ROBERTOUX Pierre	31/08/2011

Docteurs Honoris Causa

1967

Pr DADI (Italie)
Pr CID DOS SANTOS (Portugal)

1974

Pr MAC ILWAIN (Grande-Bretagne)
Pr T.A. LAMBO (Suisse)

1975

Pr O. SWENSON (U.S.A.)
Pr Lord J. WALTON of DETCHANT (Grande-Bretagne)

1976

Pr P. FRANCHIMONT (Belgique)
Pr Z.J. BOWERS (U.S.A.)

1977

Pr C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.)
Pr C. GIBBS (U.S.A.)
J.DACIE (Grande-Bretagne)

1978

M. le Président F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)

1980

Pr A. MARGULIS (U.S.A.)
Pr R.D. ADAMS (U.S.A.)

1981

Pr H. RAPPAPORT (U.S.A.)
Pr M. SCHOU (Danemark)
Pr M. AMENT (U.S.A.)
Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne)
Pr S. REFSUM (Norvège)

1982

Pr W.H. HENDREN (U.S.A.)

1985

Pr S. MASSRY (U.S.A.)
Pr KLINSMANN (R.D.A.)

1986

Pr E. MIHICH (U.S.A.)
Pr T. MUNSAT (U.S.A.)
Pr LIANA BOLIS (Suisse)
Pr L.P. ROWLAND (U.S.A.)

1987

Pr P.J. DYCK (U.S.A.)

1988

Pr R. BERGUER (U.S.A.)
Pr W.K. ENGEL (U.S.A.)
Pr V. ASKANAS (U.S.A.)
Pr J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.)
Pr A. DAVIGNON (Canada)
Pr A. BETTARELLO (Brésil)

1989

Pr P. MUSTACCHI (U.S.A.)

1990

Pr J.G. MC LEOD (Australie)
Pr J. PORTER (U.S.A.)

1991

Pr J. Edward MC DADE (U.S.A.)
Pr W. BURGDORFER (U.S.A.)

1992

Pr H.G. SCHWARZACHER (Autriche)
Pr D. CARSON (U.S.A.)
Pr T. YAMAMURO (Japon)

1994

Pr G. KARPATI (Canada)
Pr W.J. KOLFF (U.S.A.)

1995

Pr D. WALKER (U.S.A.)
Pr M. MULLER (Suisse)
Pr V. BONOMINI (Italie)

1997

Pr C. DINARELLO (U.S.A.)
Pr D. STULBERG (U.S.A.)
Pr A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne)
Pr P.I. BRANEMARK (Suède)

1998

Pr O. JARDETSKY (U.S.A.)

1999

Pr J. BOTELLA LLUSIA (Espagne)
Pr D. COLLEN (Belgique)
Pr S. DIMAURO (U. S. A.)

Docteurs Honoris Causa

2000

D. SPIEGEL (U. S. A.)

C. R. CONTI (U.S.A.)

2001

P-B. BENNET (U. S. A.)

G. HUGUES (Grande Bretagne)

J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)

2002

M. ABEDI (Canada)

K. DAI (Chine)

2003

T. MARRIE (Canada)

G.K. RADDI (Grande Bretagne)

2004

M. DAKE (U.S.A.)

2005

L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)

2006

A. R. CASTANEDA (U.S.A.)

2007

S. KAUFMANN (Allemagne)

Professeurs des Universités - Praticiens hospitaliers

AGOSTINI FERRANDES Aubert	CASTINETTI Frédéric	FLECHER Xavier
ALIMI Yves	CECCALDI Mathieu	FOUILLOUX Virginie
AMABILE Philippe	CERMOLACCE Michel	FOTI Bruno
ANDRE Nicolas	CHAGNAUD Christophe	FOURNIER Pierre-Edouard
ARGENSON Jean-Noël	CHAMBOST Hervé	FRANCESCHI Frédéric
ASTOUL Philippe	CHAMPSAUR Pierre	FUENTES Stéphane
ATTARIAN Shahram	CHANEZ Pascal	GABERT Jean
AUDOIN Bertrand	CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GABORIT Bénédicte
AUQUIER Pascal	CHARREL Rémi	GAINNIER Marc
AVIERINOS Jean-François	CHAUMOITRE Kathia	<i>GARCIA Stéphane (disponibilité)</i>
AZULAY Jean-Philippe	CHIARONI Jacques	GARIBOLDI Vlad
BARLIER-SETTI Anne	CHINOT Olivier	GAUDART Jean
BARLOGIS Vincent	CHOSSEGROS Cyrille	GAUDY-MARQUESTE Caroline
BARTHET Marc	COLLART Frédéric	GENTILE Stéphanie
BARTOLI Christophe	COSTELLO Régis	GERBEAUX Patrick
BARTOLI Jean-Michel	COUDERC Anne-Laure	GEROLAMI/SANTANDREA René
BARTOLI Michel	COURBIERE Blandine	GILBERT/ALESSI Marie-Christine
BARTOLOMEI Fabrice	CRAVELLO Ludovic	GIORGI Roch
BASTIDE Cyrille	CUISSET Thomas	GIOVANNI Antoine
BAT Flora	CUNY Thomas	GIRARD Nadine
BELIARD-LASSERRE Sophie	DA FONSECA David	GIRAUD/CHABROL Brigitte
BENSOUSSAN Laurent	DAHAN-ALCARAZ Laetitia	GONCALVES Anthony
BERBIS Philippe	DANIEL Laurent	GONZALEZ Jean- Michel
BERBIS Julie	DARMON Patrice	GRAILLON Thomas
BERDAH Stéphane	DAUMAS Aurélie	GRANEL/REY Brigitte
BEROUD Christophe	DAVID Thierry	GRANDVAL Philippe
BERTRAND Baptiste	D'ERCOLE Claude	GREILLIER Laurent
BERTUCCI François	D'JOURNO Xavier	GUEDJ Eric
BEYER-BERJOT Laura	DEHARO Jean-Claude	GUIEU Régis
BLAISE Didier	DELAPORTE Emmanuel	GUIS Sandrine
BLANC Julie	<i>DESSI Patrick (Surnombre)</i>	GUYOT-CECCALDI Laurent
BLIN Olivier	DEVILLIER Raynier	GUYE Maxime
BLONDEL Benjamin	DISDIER Patrick	HABIB Gilbert
BOISSIER Romain	DODDOLI Christophe	HARDWIGSEN Jean
BONIN/GUILLAUME Sylvie	DRANCOURT Michel	HOUVENAEGHEL Gilles
BONELLO Laurent	DUBOURG Grégory	HRAIECH Sami
BOULATE David	DUBUS Jean-Christophe	JACQUIER Alexis
BOYER Laurent	DUFFAUD Florence	JOURDE-CHICHE Noémie
BREGEON Fabienne	DUFOUR Henry	JOUBE Jean-Luc
BRETELLE Florence	DUSSOL Bertrand	KAPLANSKI Gilles
BROUQUI Philippe	EBBO Mikaël	KARSENTY Gilles
BRUDER Nicolas	ESCLASSAN Rémi	KERBAUL François (détachement)
BRUE Thierry	EUSEBIO Alexandre	KRAHN Martin
BRUNET Philippe	FABRE Alexandre	LAFFORGUE Pierre
BUKIET Frédéric	FAKHRY Nicolas	LAGIER Jean-Christophe
BURTEY Stéphane	FAURE Alice	LAMBAUDIE Eric
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	FELICIAN Olivier	LANCON Christophe
CASANOVA Dominique	FENOLLAR Florence	LA SCOLA Bernard

Professeurs des Universités - Praticiens hospitaliers

LAUNAY Franck
LAVIEILLE Jean-Pierre
LE CORROLLER Thomas
LE GALL Michel
LECHEVALLIER Eric
LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
LEONE Marc
LEONETTI Georges
LEPIDI Hubert
LEVY Nicolas (disponibilité)
LOOSVELD Marie
MACE Loïc
MAGNAN Pierre-Edouard
MANCINI Julien
MEGE Jean-Louis
MERROT Thierry
METZLER/GUILLEMAIN Catherine
MEYER/DUTOUR Anne
MICCALEF/ROLL Joëlle
MICHEL Fabrice
MICHEL Gérard
MICHEL Justin
MICHELET Pierre
MILH Mathieu
MILLION Matthieu
MOAL Valérie
MONNET-CORTI Virginie
MORANGE Pierre-Emmanuel
MOUTARDIER Vincent
NAUDIN Jean
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
NICOLLAS Richard
NGUYEN Karine
OLLIVIER Matthieu
OUAFIK L'Houcine
OVAERT-REGGIO Caroline
PADOVANI Laetitia
PAGANELLI Franck
PAPAZIAN Laurent
PAROLA Philippe
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure
PELLETIER Jean
PERRIN Jeanne
PESENTI Sébastien
PETIT Philippe
PHAM Thao
PHILIP-ALLIEZ Camille
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique
PIQUET Philippe

PIRRO Nicolas
POINSO François
RACCAH Denis
RADULESCO Thomas
RANQUE Stéphane
REGIS Jean
REYNAUD/GAUBERT Martine
REYNAUD Rachel
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth
RICHIERI Raphaëlle
ROCHE Pierre-Hugues
ROCH Antoine
ROCHWERGER Richard
ROLL Patrice
ROSSI Dominique
SALAS Sébastien
SARLON-BARTOLI Gabrielle
SCAVARDA Didier
SCHLEINITZ Nicolas
SEBAG Frédéric
SIELEZNEFF Igor
SIMON Nicolas
STEIN Andréas
SUISSA Laurent
TABOURET Emeline
TAIEB David
THOMAS Pascal
THUNY Franck
TOMASINI Pascale
TOSELLO Barthélémy
TREBUCHON-DA FONSECA Agnès
TROPANO Patrick
TSIMARATOS Michel (détachement)
TURRINI Olivier
VALERO René
VAROQUAUX Arthur Damien
VELLY Lionel
VEY Norbert
VIDAL Vincent
VIENS Patrice
VILLA Antoine
VILLANI Patrick
VITON Jean-Michel
VITTON Véronique
VIEHWEGER Heide Elke (détachement)
VIVIER Eric
XERRI Luc
ZIELESKIEWICZ Laurent

◆ **Professeurs des Universités**

ABOUT Imad
ADALIAN Pascal
AGHABABIAN Valérie
BELIN Pascal
CHABANNON Christian
CHABRIERE Eric
COLSON Sébastien
FERON François
LE COZ Pierre
LEVASSEUR Anthony
RANJEVA Jean-Philippe
SOBOL Hagay

◆ **Professeur certifié**

FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne

◆ **Professeur des Universités associé à mi-temps**

REVIS Joana

◆ **Professeur des Universités médecine générale**

GENTILE Gaëtan

◆ **Professeur associé des Universités à mi-temps médecine générale**

BARGIER Jacques
JANCZEWSKI Aurélie

◆ **Professeur des Universités associé à temps plein des disciplines médicales**

BOUSSUGES Alain

◆ **Professeur des Universités associé à mi-temps des disciplines médicales**

BOURVIS Nadège

Maître de conférences des Universités - Praticiens hospitaliers

ABOUDHARAM Gérard	GIRAUD Thomas	RESSEGUIER Noémie
AHERFI Sarah	GIRAUDEAU Anne	ROBERT Philippe
ANGELAKIS Emmanouil (<i>disponibilité</i>)	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	ROBERT Thomas
ANTEZACK Angéline	GOURIET Frédérique	ROCHE-POGGI Philippe
APPAY Romain	GRIMALDI Stéphane	ROCHIGNEUX Philippe
ATLAN Catherine (<i>disponibilité</i>)	GUERIN Carole	ROMANET Pauline
BALLESTER Benoit	GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné	SABATIER Renaud
BARON Sophie	GUIDON Catherine	SARI-MINODIER Irène
BEGE Thierry	GUIBVARC'H Maud	SAULTIER Paul
BELLONI Didier	GUIVARCH Jokthan	SAVEANU Alexandru
BENYAMINE Audrey	HABERT Paul	SILVESTRI Frédéric
BIRNBAUM David	HAK Jean-François	STELLMANN Jan-Patrick
BLANCHET Isabelle	HAUTIER Aurélie	STEPHAN Grégory
BOBOT Mickael	HEIM Xavier	SUCHON Pierre
BOHAR Jacques	IBRAHIM KOSTA Manal	<i>TOGA Isabelle Retraite au 20/09/2023</i>
BONINI Francesca	JACQUOT Bruno	TOSELLO Alain
BOUCRAUT Joseph	JALOUX Charlotte	TROUDE Lucas
BOULAMERY Audrey	JARROT Pierre-André	TROUSSE Delphine
BOULLU/CIOCCA Sandrine	KASPI-PEZZOLI Elise	TUCHTAN-TORRENTS Lucile
BOUSSEN Salah Michel	L'OLLIVIER Coralie	VELY Frédéric
BUFFAT Christophe	LABORDE Gilles	VENTON Geoffroy
CAMILLERI Serge	LABIT-BOUVIER Corinne	ZATTARA/CANNONI Hélène
CAMOIN Ariane	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	
CAMPANA Fabrice	LAGARDE Stanislas	
CARRON Romain	<i>LAGIER Aude (disponibilité)</i>	
CASAZZA Estelle	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	
CASSAGNE Carole	LAMBERT Isabelle	
CATHERINE Jean-Hugues	LAURENT Michel	
CHAUDET Hervé	LENOIR Marien	
CHOPINET Sophie	LEVY/MOZZICONACCI Annie	
CHRETIEN Anne-Sophie	MAAROUF Adil	
COZE Carole	MACAGNO Nicolas	
<i>DADOUN Frédéric (disponibilité)</i>	MALISSEN Nausicaa	
DALES Jean-Philippe	<i>MAUES DE PAULA André (disponibilité)</i>	
DARIEL Anne	MEGE Diane	
DEHARO Pierre	MENSE Chloé	
DELLIAUX Stéphane	MENU Estelle	
DELTEIL Clémence	MORAND-HUGUET Aurélie	
DESPLAT/JEGO Sophie	MOTTOLA GHIGO Giovanna	
DUCONSEIL Pauline	NETTER Antoine	
DUFOUR Jean-Charles	NINOVE Laetitia	
ELDIN Carole	NOIRRIE-ESCLASSAN Emmanuelle	
FOLETTI Jean- Marc	NOUGAIREDE Antoine	
FRANKEL Diane	PAULMYER/LACROIX Odile	
FROMNOT Julien	PIZZO Francesca	
GARCIAZ Sylvain	POMMEL Ludovic	
GASTALDI Marguerite	PRECKEL Bernard-Eric	
GAUDRY Marine	PROST Solène	
GELSI/BOYER Véronique	RE Jean-Philippe	

◆ Maître de conférences des Universités (mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad
BARBACARU/PERLES T. A.
BERLAND Caroline
BOYER Sylvie
DEGIOANNI/SALLE Anna

DESNUES Benoît
MARANINCHI Marie
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky
MEZOUAR Soraya
POGGI Marjorie

RUEL Jérôme
THOLLON Lionel
THIRION Sylvie
VERNA Emeline

◆ Maître de conférence des Universités de médecine générale

CASANOVA Ludovic
JEGO SABLIER Maëva

◆ Maître de conférences associés de médecine générale à mi-temps

BERNAL Alexis
FIERLING Thomas
FORTE Jenny
GUERCIA Olivier
GUILLOT Laure
MIGLIARDI Jonathan
MITILIAN Eva
THERY Didier

◆ Maître de conférences associés à mi-temps

BOURRIQUEN Maryline
LAZZAROTTO Sébastien
LUCAS Guillaume
MATHIEU Marion
MAYENS-RODRIGUES Sandrine

MELLINAS Marie
MORIN-GALFOUT Sara
ROMAN Christophe
TRINQUET Laure
VILLA Milène

◆ **CDI LRU temps plein Ecole des Sciences de la réadaptation**

Formation Ergothérapie

BLANC Catheline
DESPRES Géraldine
GIRAUDIER Anaïs
PAVE Julien

Formation Pédicurie-Podologie

GRIFFON Patricia
PETITJEAN Aurélie

Formation Orthoptie

MONTICOLO Chloé

Formation Masso-Kinésithérapie

AUTHIER Guillaume	HOUDANT Benjamin
CAORS Béatrice	MIRAPEIX Sébastien
CHAULLET Karine	MULLER Philippe
ERCOLANO Bruno	ROSTAGNO Stéphan
HENRY Joannie	

◆ **CDD LRU temps plein Ecole des Sciences infirmières**

CHAYS-AMANIA Audrey

◆ **CDD LRU temps plein Anglais**

GILSINN Amanda

◆ **Attaché temporaire d'enseignement et de recherche**

SACHAU-CARCEL Géraldine

◆ **CDI LRU Ecole de Maïeutique**

CLADY Emilie
FREMONDIERE Pierre
MATTEO Caroline
MONLEAU Sophie
MUSSARD-HASSLER Pascale
RIQUET Sébastien
ZAKARIAN Carole

Professeurs des Universités - Praticiens hospitaliers Maîtres de conférences des Universités - Praticiens hospitaliers Enseignants mono-appartenants Enseignants médecine générale Enseignants associés

◆ ANATOMIE 4201

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)
LE CORROLLER Thomas (PU-PH)
PIRRO Nicolas (PU-PH)
GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH)
LAGIER Aude (MCU-PH) (disponibilité)
THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

◆ ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)
DANIEL Laurent (PU-PH)
GARCIA Stéphane (PU-PH) (disponibilité)
XERRI Luc (PU-PH)
APPAY Romain (MCU-PH)
DALES Jean-Philippe (MCU-PH)
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)
LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)
MAUES DE PAULA André (MCU-PH) (disponibilité)

◆ ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ; MEDECINE URGENCE 4801

BRUDER Nicolas (PU-PH)
LEONE Marc (PU-PH)
MICHEL Fabrice (PU-PH)
VELLY Lionel (PU-PH)
ZIELESKIEWICZ Laurent (PU-PH)
BOUSSEN Salah Michel (MCU-PH)
GUIDON Catherine (MCU-PH)

◆ ANGLAIS 11

FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne (PRCE)

◆ ANTHROPOLOGIE 20

ADALIAN Pascal (PR)
DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)
VERNA Emeline (MCF)
SACHAU-CARCEL Géraldine (ATER)

◆ BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501

CHARREL Rémi (PU PH)
DRANCOURT Michel (PU-PH)
DUBOURG Grégory (PU-PH)
FENOLLAR Florence (PU-PH)
FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)
LA SCOLA Bernard (PU-PH)
AHERFI Sarah (MCU-PH)
ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH) (disponibilité)
BARON Sophie (MCU-PH)
GOURIET Frédérique (MCU-PH)
NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)
NINOVE Laetitia (MCU-PH)
CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)
LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)
DESNUES Benoit (MCF) (65ème section)
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

◆ BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)
GABERT Jean (PU-PH)
GUIEU Régis (PU-PH)
OUAFIK L'Houcine (PU-PH)
BUFFAT Christophe (MCU-PH)
FROMNOT Julien (MCU-PH)
MARLINGE Marion (MCU-PH)
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)
ROMANET Pauline (MCU-PH)
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

◆ **BIOLOGIE ET MEDECINE DU
DEVELOPPEMENT
ET DE LA REPRODUCTION ;
GYNECOLOGIE MEDICALE 5405**

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)
PERRIN Jeanne (PU-PH)

◆ **BIOPHYSIQUE ET MEDECINE
NUCLEAIRE 4301**

GUEDJ Eric (PU-PH)
GUYE Maxime (PU-PH)
TAIEB David (PU-PH)
BELIN Pascal (PR) (69ème section)
RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)
CAMMILLERI Serge (MCU-PH)
BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF)
(69ème section)

◆ **BIostatISTIQUES,
INFORMATIQUE MEDICALE
ET TECHNOLOGIES
DE COMMUNICATION 4604**

GAUDART Jean (PU-PH)
GIORGI Roch (PU-PH)
MANCINI Julien (PU-PH)
CHAUDET Hervé (MCU-PH)
DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)
ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)
BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

◆ **CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE
ET TRAUMATOLOGIQUE 5002**

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)
BLONDEL Benjamin (PU-PH)
FLECHER Xavier (PU PH)
OLLIVIER Matthieu (PU-PH)
ROCHWERGER Richard (PU-PH)
TROPANO Patrick (PU-PH)
PROST Solène (MCU-PH)

◆ **BIOLOGIE CELLULAIRE 4403**

ROLL Patrice (PU-PH)
FRANKEL Diane (MCU-PH)
GASTALDI Marguerite (MCU-PH)
KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)
LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

◆ **CARDIOLOGIE 5102**

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)
BONELLO Laurent (PU PH)
CUISSSET Thomas (PU-PH)
DEHARO Jean-Claude (PU-PH)
FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)
HABIB Gilbert (PU-PH)
PAGANELLI Franck (PU-PH)
THUNY Franck (PU-PH)
DEHARO Pierre (MCU PH)

◆ **CHIRURGIE VISCERALE
ET DIGESTIVE 5202**

BERDAH Stéphane (PU-PH)
BEYER-BERJOT Laura (PU-PH)
HARDWIGSEN Jean (PU-PH)
MOUTARDIER Vincent (PU-PH)
SEBAG Frédéric (PU-PH)
SIELEZNEFF Igor (PU-PH)
TURRINI Olivier (PU-PH)
BEGE Thierry (MCU-PH)
BIRNBAUM David (MCU-PH)
CHOPINET Sophie (MCU-PH)
DUCONSEIL Pauline (MCU-PH)
GUERIN Carole (MCU PH)
MEGE Diane (MCU-PH)

◆ **CHIRURGIE INFANTILE 5402**

FAURE Alice (PU PH)
JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
LAUNAY Franck (PU-PH)
MERROT Thierry (PU-PH)
PESENTI Sébastien (PU-PH)
VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH) (détachement)
DARIEL Anne (MCU-PH)

◆ **CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702**

BERTUCCI François (PU-PH)
CHINOT Olivier (PU-PH)
DUFFAUD Florence (PU-PH)
GONCALVES Anthony (PU-PH)
HOUVENAEGHEL Gilles (PU-PH)
LAMBAUDIE Eric (PU-PH)
PADOVANI Laetitia (PH-PH)
SALAS Sébastien (PU-PH)
TABOURET Emeline (PU-PH)
VIENS Patrice (PU-PH)
ROCHIGNEUX Philippe (MCU-PH)
SABATIER Renaud (MCU-PH)

◆ **CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104**

ALIMI Yves (PU-PH)
AMABILE Philippe (PU-PH)
BARTOLI Michel (PU-PH)
MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)
PIQUET Philippe (PU-PH)
SARLON-BARTOLI Gabrielle (PU-PH)
GAUDRY Marine (MCU-PH)

◆ **HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202**

LEPIDI Hubert (PU-PH)
MACAGNO Nicolas (MCU-PH)
PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

◆ **DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003**

BERBIS Philippe (PU-PH)
DELAPORTE Emmanuel (PU-PH)
GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH)
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)
MALISSEN Nausicaa (MCU-PH)

◆ **CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503**

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)
GUYOT-CECCALDI Laurent (PU-PH)
FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

◆ **CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103**

BOULATE David (PU-PH)
COLLART Frédéric (PU-PH)
D'JOURNO Xavier (PU-PH)
DODDOLI Christophe (PU-PH)
FOUILLOUX Virginie (PU-PH)
GARIBOLDI Vlad (PU-PH)
MACE Loïc (PU-PH)
THOMAS Pascal (PU-PH)
LENOIR Marien (MCU-PH)
TROUSSE Delphine (MCU-PH)

◆ **CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛOLOGIE 5004**

BERTRAND Baptiste (PU-PH)
CASANOVA Dominique (PU-PH)
HAUTIER Aurélie (MCU-PH)
JALOUX Charlotte (MCU-PH)

◆ **GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201**

BARTHET Marc (PU-PH)
DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)
GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
GONZALEZ Jean-Michel (PU-PH)
GRANDVAL Philippe (PU-PH)
VITTON Véronique (PU-PH)

◆ **GENETIQUE 4704**

BEROUD Christophe (PU-PH)
KRAHN Martin (PU-PH)
LEVY Nicolas (PU-PH) Disponibilité
NGYUEN Karine (PU-PH)
ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)

◆ ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5404

BRUE Thierry (PU-PH)
CASTINETTI Frédéric (PU-PH)
CUNY Thomas (PU-PH)

◆ EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION 4601

AUQUIER Pascal (PU-PH)
BERBIS Julie (PU-PH)
BOYER Laurent (PU-PH)
GENTILE Stéphanie (PU-PH)
LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)
RESSEGUIER Noémie (MCU-PH)

◆ IMMUNOLOGIE 4703

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)
MEGE Jean-Louis (PU-PH)
OLIVE Daniel (PU-PH)
VIVIER Eric (PU-PH)
FERON François (PR) (69ème section)
BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)
CHRETIEN Anne-Sophie (MCU PH)
DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)
HEIM Xavier (MCU-PH)
JARROT Pierre-André (MCU PH)
ROBERT Philippe (MCU-PH)
VELY Frédéric (MCU-PH)

◆ MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503

BROUQUI Philippe (PU-PH)
LAGIER Jean-Christophe (PU-PH)
MILLION Matthieu (PU-PH)
PAROLA Philippe (PU-PH)
STEIN Andréas (PU-PH)
ELDIN Carole (MCU-PH)

◆ GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403

AGOSTINI Aubert (PU-PH)
BLANC Julie (PU-PH)
BRETTELLE Florence (PU-PH)
CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)
COURBIERE Blandine (PU-PH)
CRAVELLO Ludovic (PU-PH)
D'ERCOLE Claude (PU-PH)
NETTER Antoine (MCU-PH)

◆ HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION 4701

BLAISE Didier (PU-PH)
COSTELLO Régis (PU-PH)
CHIARONI Jacques (PU-PH)
DEVILLIER Raynier (PU PH)
GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)
LOOSVELD Marie (PU-PH)
MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)
VEY Norbert (PU-PH)
GARCIAZ Sylvain (MCU-PH)
GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
IBRAHIM KOSTA Manal (MCU PH)
LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
SUCHON Pierre (MCU-PH)
VENTON (MCU-PH)
POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

◆ MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603

BARTOLI Christophe (PU-PH)
LEONETTI Georges (PU-PH)
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure (PU-PH)
PIERCECCHI-MARTI Marie-Dominique (PU-PH)
DELTEIL Clémence (MCU PH)
TUCHANT-TORRENTS Lucile (MCU-PH)
BERLAND Caroline (MCF) (1ère section)

◆ MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)
VITON Jean-Michel (PU-PH)

◆ **MEDECINE D'URGENCE 4805**

GERBEAUX Patrick (PU PH)
KERBAUL François (PU-PH) détachement
MICHELET Pierre (PU-PH)

◆ **MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT ; ADDICTOLOGIE 5301**

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)
COUDERC Anne-Laure (PU-PH)
DISDIER Patrick (PU-PH)
EBBO Mikael (PU-PH)
GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)
ROSSI Pascal (PU-PH)
SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)
BENYAMINE Audrey (MCU-PH)

◆ **NEPHROLOGIE 5203**

BRUNET Philippe (PU-PH)
BURTEY Stéphanne (PU-PH)
DUSSOL Bertrand (PU-PH)
JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)
MOAL Valérie (PU-PH)
BOBOT Mickael (MCU-PH)
ROBERT Thomas (MCU-PH)

◆ **NUTRITION 4404**

BELIARD Sophie (PU-PH)
DARMON Patrice (PU-PH)
RACCAH Denis (PU-PH)
VALERO René (PU-PH)
ATLAN Catherine (MCU-PH) (disponibilité)
MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

◆ **ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)**

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)
SOBOL Hagay (PR) (65ème section)
MEZOUAR Soraya (65ème section)

◆ **MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602**

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)
VILLA Antoine (PU-PH)
SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

◆ **MEDECINE GENERALE 5303**

GENTILE Gaëtan (PR Méd. Gén. Temps plein)
BARGIER Jacques (PR associé Méd. Gén. À mi-temps)
JANCZEWSKI Aurélie (PR associé Méd. Gén. À mi-temps)
CASANOVA Ludovic (MCF Méd. Gén. Temps plein)
JEGO SABLIER Maëva (MCF Méd. Gén. Temps plein)
BERNAL Alexis (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
FIERLING Thomas (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
FORTE Jenny (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
GUERCIA Olivier (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
GUILLOT Laure (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
MIGLIARDI Jonathan (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
MITILIAN Eva (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
THERY Didier (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

◆ **NEUROCHIRURGIE 4902**

DUFOUR Henry (PU-PH)
FUENTES Stéphane (PU-PH)
GRAILLON Thomas (PU PH)
REGIS Jean (PU-PH)
ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)
SCAVARDA Didier (PU-PH)
CARRON Romain (MCU PH)
TROUDE Lucas (MCU-PH)

◆ **NEUROLOGIE 4901**

ATTARIAN Sharham (PU PH)
AUDOIN Bertrand (PU-PH)
AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)
CECCALDI Mathieu (PU-PH)
EUSEBIO Alexandre (PU-PH)
FELICIAN Olivier (PU-PH)
PELLETIER Jean (PU-PH)
SUISSA Laurent (PU-PH)
GRIMALDI Stéphan (MCU-PH)
MAAROUF Adil (MCU-PH)

◆ OPHTALMOLOGIE 5502

DAVID Thierry (PU-PH)

◆ OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501

DESSI Patrick (PU-PH) (surnombre)

FAKHRY Nicolas (PU-PH)

GIOVANNI Antoine (PU-PH)

LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)

MICHEL Justin (PU-PH)

NICOLLAS Richard (PU-PH)

RADULESCO Thomas (PU-PH)

◆ PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502

RANQUE Stéphane (PU-PH)

CASSAGNE Carole (MCU-PH)

L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)

MENU Estelle (MCU-PH)

TOGA Isabelle (MCU-PH) Retraite le 20/09/2023

◆ PEDIATRIE 5401

ANDRE Nicolas (PU-PH)

BARLOGIS Vincent (PU-PH)

CHAMBOST Hervé (PU-PH)

DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)

FABRE Alexandre (PU-PH)

GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)

MICHEL Gérard (PU-PH)

MILH Mathieu (PU-PH)

OVAERT-REGGIO Caroline (PU-PH)

REYNAUD Rachel (PU-PH)

TOSELLO Barthélémy (PU-PH)

TSIMARATOS Michel (PU-PH)

COZE Carole (MCU-PH)

MORAND-HUGGET Aurélie (MCU-PH)

SAULTIER Paul (MCU-PH)

◆ PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903

CERMOLACCE Michel (PU-PH)

LANCON Christophe (PU-PH)

NAUDIN Jean (PU-PH)

RICHIERI Raphaëlle (PU-PH)

◆ PEDOPSYCHIATRIE ; ADDICTOLOGIE 4904

BAT Flora (PU-PH)

DA FONSECA David (PU-PH)

POINSO François (PU-PH)

BOURVIS Nadège (PR associée)

GUIVARCH Jokthan (MCU-PH)

◆ PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE - PHARMACOLOGIE CLINIQUE ; ADDICTOLOGIE 4803

BLIN Olivier (PU-PH)

MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)

SIMON Nicolas (PU-PH)

BOULAMERY Audrey (MCU-PH)

◆ PHILOSOPHIE 17

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

MATHIEU Marion (MAST)

◆ PHYSIOLOGIE 4402

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)

BREGÉON Fabienne (PU-PH)

GABORIT Bénédicte (PU-PH)

MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)

TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

BOUSSUGES Alain (PR associé à temps plein)

BONINI Francesca (MCU-PH)

BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)

DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)

DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)

LAGARDE Stanislas (MCU-PH)

LAMBERT Isabelle (MCU-PH)

PIZZO Francesca (MCU-PH)

RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)

THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

◆ **PSYCHOLOGIE -
PSYCHOLOGIE CLINIQUE,
PCYCHOLOGIE SOCIALE 16**

AGHABABIAN Valérie (PR)

◆ **RADIOLOGIE ET
IMAGERIE MEDICALE 4302**

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)
CHAGNAUD Christophe (PU-PH)
CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)
GIRARD Nadine (PU-PH)
JACQUIER Alexis (PU-PH)
PETIT Philippe (PU-PH)
VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)
VIDAL Vincent (PU-PH)
HABERT Paul (MCU PH)
HAK Jean-François (MCU PH)
STELLMANN Jan-Patrick (MCU-PH)

◆ **REANIMATION MEDICALE ;
MEDECINE URGENCE 4802**

GAINNIER Marc (PU-PH)
HRAIECH Sami (PU-PH)
PAPAZIAN Laurent (PU-PH)
ROCH Antoine (PU-PH)

◆ **SCIENCES DE LA REEDUCATION
ET READAPTATION 91**

REVIS Joana (PAST)
AUTHIER Guillaume
BLANC Catheline
CAORS Béatrice
CHAULLET Karine
ERCOLANO Bruno
GRIFFON Patricia
GIRAUDIER Anaïs
GRIFFON Patricia
HENRY Joannie
HOUDANT Benjamin
MIRAPEIX Sébastien
MONTICOLO Chloé
MULLER Philippe
PAVE Julien
PETITJEAN Aurélie
ROSTAGNO Stéphan
LAZZAROTTO Sébastien (MAST)
TRINQUET Laure (MAST)

◆ **PNEUMOLOGIE ;
ADDICTOLOGIE 5101**

ASTOUL Philippe (PU-PH)
CHANEZ Pascal (PU-PH)
GREILLIER Laurent (PU PH)
REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)
TOMASINI Pascale (PU-PH)

◆ **RHUMATOLOGIE 5001**

GUIS Sandrine (PU-PH)
LAFFORGUE Pierre (PU-PH)
PHAM Thao (PU-PH)

◆ **THERAPEUTIQUE ;
MEDECINE D'URGENCE ;
ADDICTOLOGIE 4804**

DAUMAS Aurélie (PU-PH)
VILLANI Patrick (PU-PH)

◆ **UROLOGIE 5204**

BASTIDE Cyrille (PU-PH)
BOISSIER Romain (PU-PH)
KARSENTY Gilles (PU-PH)
LECHEVALLIER Eric (PU-PH)
ROSSI Dominique (PU-PH)

◆ **MAÏËTIQUE 90**

CLADY Emilie
FREMONDIERE Pierre
MATTEO Caroline
MONLEAU Sophie
MUSSARD-HASSLER Pascale
REPELLIN David
RIQUET Sébastien
ZAKARIAN Carole

◆ **SCIENCES INFIRMIERES 92**

COLSON Sébastien (PR)
BOURRIQUEN Maryline (MAST)
LUCAS Guillaume (MAST)
MAYEN-RODRIGUES Sandrine (MAST)
MELLINAS Marie (MAST)
ROMAN Christophe (MAST)
VILLA Milène (MAST)

◆ **ODONTOLOGIE PEDIATRIQUE ET ORTHOPEDIE DENTO-FACIALE 56-01**

LE GALL Michel (PU-PH)
PHILIP-ALLIEZ Camille (PU-PH)
TARDIEU Corinne (PU-PH)
BLANCHET Isabelle (MCU-PH)
BOHAR Jacques (MCU-PH)
CAMOIN Ariane (MCU-PH)
GAUBERT Jacques (MCU-PH)
NOIRRIT-ESCLASSAN Emmanuelle (MCU-PH)

◆ **DENTISTERIE RESTAURATRICE, ENDODONTIE, PROTHESES, FONCTION-DYSFONTION, IMAGERIE, BIOMATERIAUX 58-01**

BUKIET Frédéric (PU-PH)
ESCLASSAN Rémi (PU-PH)
TASSERY Hervé (PU-PH)
TERRER Elodie (PU-PH)
ABOUDHARAM Gérard (MCU-PH)
BALLESTER Benoît (MCU-PH)
CASAZZA Estelle (MCU-PH)
GIRAUD Thomas (MCU-PH)
GIRAUDEAU Anne (MCU-PH)
GUIVARC'H Maud (MCU-PH)
JACQUOT Bruno (MCU-PH)
LABORDE Gilles (MCU-PH)
LAURENT Michel (MCU-PH)
MENSE Chloé (MCU-PH)
POMMEL Ludovic (MCU-PH)
PRECKEL Bernard-Eric (MCU-PH)
RE Jean-Philippe (MCU-PH)
SILVESTRI Frédéric (MCU-PH)
STEPHAN Grégory (MCU-PH)
TOSELLO Alain (MCU-PH)

◆ **CHIRURGIE ORALE ; PARODONTOLOGIE ; BIOLOGIE ORALE 57-01**

MONNET-CORTI Virginie (PU-PH)
ANTEZACK Angéline (MCU-PH)
BELLONI Didier (MCU-PH)
CAMPANA Fabrice (MCU-PH)
CATHERINE Jean-Hugues (MCU-PH)
ROCHE-POGGI Philippe (MCU-PH)

◆ **PREVENTION, EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE, ODONTOLOGIE LEGALE 56-02**

FOTI Bruno (PU-PH)
LE GALL Michel (PU-PH)
LAN Romain (MCU-PH)

◆ **BIOLOGIE CELLULAIRE 65**

ABOUT Imad (PR)

REMERCIEMENTS COMMUNS

Aux membres de notre jury :

A Monsieur le Professeur Sébastien Salas,

Merci d'avoir accepté de présider notre jury de thèse. C'est un bel aboutissement pour notre travail que d'être examiné par votre regard d'expert en soins palliatifs.

A Monsieur le Docteur Alexis Bernal,

Merci d'avoir accepté de diriger notre thèse. Tu nous as accompagnées avec bienveillance tout au long de ce travail. Merci de nous avoir guidées lorsque nous étions en difficultés.

A Monsieur le Docteur Thomas Fierling,

Merci d'avoir été un soutien dans les derniers mois de ce travail et d'avoir accepté d'en être un membre du jury.

A Madame le Docteur Zoéline Callet-Froissart,

Merci d'avoir accepté de faire partie de notre jury de thèse. Ta présence était évidente pour nous du fait de ton double statut de médecin généraliste et de médecin de l'équipe mobile de soins palliatifs. Nous avons beaucoup apprécié découvrir de plus près les soins palliatifs, à l'hôpital comme à domicile, à tes côtés. Tu as une capacité à donner de la place à la joie et au rire dans les moments douloureux, toujours en respectant et en accueillant la souffrance du patient et de ses proches.

A l'ensemble des médecins interrogés :

Merci de nous avoir accordé votre temps. Sans les échanges que nous avons pu avoir avec vous, ce travail n'aurait pas vu le jour. Nous vous sommes reconnaissantes de l'intérêt que vous y avez porté.

REMERCIEMENTS SOLÈNE

A Julie,

Tu as été une binôme de thèse extraordinaire. À tes côtés, ces trois années de travail ne m'ont pas parues si difficiles malgré les épreuves traversées. Nous nous sommes autorisées des moments de pauses dans notre travail, nécessaires à notre santé et à la vie de famille, toujours avec bienveillance et soutien l'une envers l'autre.

Nos sessions de travail étaient régulièrement interrompues par mon organisation familiale, combien de fois m'as-tu aidé à préparer le dîner, à pendre la lessive, à ranger les jeux... Merci ! Tu es une amie précieuse, qui a toute sa place dans notre famille "veux voir Julie Maman" (Maëlle).

Tu es une battante ! Reste patiente et déterminée dans ton combat, garde l'espérance, ta victoire sera d'autant plus belle.

Est-ce que cela te sied ?

A mon mari Vincent,

Merci pour ton accompagnement depuis la D1, pour ta patience et ton soutien indéfectible, ta tolérance pour toutes ces journées et soirées de travail, en particulier pendant la D4.

Tu es mon compagnon de vie sur lequel je peux m'appuyer, tu m'apportes apaisement et sérénité. Comme le phare qui surplombe une mer d'huile ou des vagues déchaînées, tu m'inspires confiance, force et résistance. Merci pour le père que tu es, doux et rassurant.

A Maëlle et Zélie,

Merci pour vos sourires, vos rires, votre curiosité, votre goût pour la nature. Je prends beaucoup de plaisir à voir votre complicité se dessiner.

Quel bonheur et quelle chance de vous avoir à mes côtés chaque jour, et en particulier aujourd'hui.

A ma famille, merci pour votre amour, votre soutien et vos encouragements.

A Maman,

Tu m'as donné l'envie de me lancer dans cette voie involontairement. Tes petits patients ont eu de la chance de croiser ton chemin. Merci pour ta tendresse et ton si beau sourire, rempli de douceur et d'humanité.

A Papa,

Tu as toujours été le premier supporter de tes enfants. Tu es un pilier, solide et stable, essentiel à l'épanouissement de ta famille. Merci pour tes conseils toujours avisés.

A Etienne,

Pour ton exemple de vie, j'admire ton humilité, ta patience et ta force pour aller de l'avant. Merci pour ta confiance. Je suis chanceuse d'avoir un grand frère comme toi.

A Marion,

Pour ton affection, ton soutien quasi-quotidien, pour les nombreux conseils dans mon rôle de Maman. Merci pour ta cohérence de vie qui m'inspire. Quelle chance de t'avoir ma grande sœur.

A Guillemette,

Pour m'avoir supportée lors de mes journées de révision à la maison. Merci pour ta si belle sensibilité, pour la gaieté qui émane de toi et qui se propage malgré les épreuves que tu vis. Je suis reconnaissante de t'avoir ma sœur.

A Emmanuel,

Pour tes attentions, ton humour, et ta faculté à rassembler autour de ta bonne humeur.

A Martin,

Pour ton affection et tes petites attentions envers ta marraine.

Ainsi qu'à Jules, Jeanne et Célestin,

Votre joie de vivre, votre dynamisme, vos câlins, vos sourires.

A Josée et Yves,

Pour m'avoir accueillie dans cette belle région qui est devenue la mienne, pour votre disponibilité pour vos petites filles et vos enfants.

A Alice,

Pour cette belle relation de belle-sis, pour ta belle énergie communicative et ta confiance.

A Anne et Harry,

Merci pour votre accueil spontané et chaleureux, pour les bons repas ponctués des supers desserts de Julie, pour les rires partagés. C'est un plaisir et une chance de mieux vous connaître.

A mes amies et consœurs :

A Pauline,

Pour cette belle amitié qui est née lors d'un stage de cardio, pour les années de colocation ensemble. Merci pour ton sourire et ta bonne humeur permanente. Merci d'être venue quelques mois dans la région... avant de repartir à l'autre bout du monde !

A Aude,

Pour cette belle complicité lors de nos années d'aumônerie, qui a entraîné une amitié profonde et solide.

A Louise,

Pour ta joie débordante et ton magnifique sourire. Aller travailler à tes côtés était un réel plaisir, tes collègues et tes patients sont chanceux !

A Héloïse,

Je suis heureuse d'avoir croisé ton chemin. Hâte de te retrouver autour d'un bon dîner et de partager un verre de Beaujolais.

A Eugénie,

Pour ta détermination et ton énergie, nécessaires pour tenir 6 mois aux urgences !

A Constance,

Merci pour ces rigolades autour de nos repas tupperwares dans le cabinet de Berre l'Etang !

A Isabelle, Aurélie, Houda, Claire, Eleonor,

Pour ces années au KB, qui à vos côtés ont été bien sympathiques !

A mes amis de toujours :

A Odile,

Pour cette amitié qui a débuté par des babillages. Pour m'avoir épaulée pendant la P1. Merci pour votre accueil toujours très chaleureux avec Antoine !

A Julie,

Pour ces nombreuses années à tes côtés depuis le collège. Pour les duos violon-piano, les vacances, les soirées à la coopé, la rencontre de la dream team et particulièrement de ton beau coloc le coopéman. Merci à Arthur de prendre soin de toi.

A Noémie,

Pour toutes ces années à tes côtés également. Pour les soirées film chez toi pendant les années lycée, tes attentions à chaque occasion, tes jolies créations avec tes doigts de fée, pour votre exemple de vie avec Coline pour prendre soin de notre Planète.

A Delphine,

Pour ton amitié depuis les années lycée, le partage de la musique, les soirées, les vacances. Pour votre accueil avec Helge lorsque nous sommes de passage.

A Mathilde, Elise, Claire, Coline, Ava, Souki, Matthieu, Fred, Luc, Adam et Yassine,

Pour les soirées et les vacances à vos côtés, pour votre présence fidèle aux grandes occasions malgré la distance. Merci pour cette solide amitié.

A mes amis aixois :

A Sarah, Samuel, Delphine, Colomban, Valérie, Stéphane, Emmanuelle, Jean-Baptiste, Marthe, Antoine, Noémie, François, P. Romain, P. Louis-Marie, quel plaisir d'avoir croisé votre chemin, de voir s'agrandir vos familles, et de partager d'agréables moments à vos côtés.

A Alexandra et Robin, pour votre confiance, pour votre force de vie ! Pour ces apéros à venir avec Eva et Nico ! Quelle chance de vous avoir comme voisins tous les quatre !

A mes collègues et maîtres de stage :

Au Docteur Elisabeth Martin-Devoir et au Docteur Simon Chabas,

Merci pour votre accueil lors de mon premier semestre d'internat, vous m'avez conforté dans mon choix de pratiquer la médecine générale. Vous m'avez transmis votre plaisir à pratiquer votre métier.

Au Docteur Elodie Canault,

Merci pour ton accueil dans ton service et ton attention pour tes internes.

Au Docteur Alexis Bernal et au Docteur Pierre-André Bonnet,

Merci de m'avoir accompagnée dans mon dernier semestre d'internat, pour les débriefs quotidiens, médicaux mais aussi psychologiques. Vous m'avez donné confiance pour me lancer.

Au Docteur Christiane Pivot,

Merci de m'avoir accordé ta confiance et de m'avoir proposé ce premier remplacement.

Au Docteur Thomas Fierling,

Merci de m'avoir accueillie dans la MSP, merci de m'accompagner avec mes questions et mes doutes.

Au Docteur Shana Mainemer et à Madame Teissier Caroline,

Merci pour ces pauses de bonheur ensemble accompagnées de chocolat, et pour la découverte des raisins au Sauterne !

A toute la MSP des Milles !

REMERCIEMENTS JULIE

Parce que le chemin a été long et sinueux et qu'il n'aurait sûrement pas été possible sans les personnes qui m'entourent.

A Solène,

Je me sens tellement chanceuse d'avoir pu réaliser ce travail à tes côtés. S'il est l'aboutissement de longues années d'étude, il marque le début d'une belle amitié. J'ai partagé avec toi mes doutes, mes peurs, et des pauses se sont imposées... mais à chaque fois tu m'as accompagnée sans jugement, avec la douceur qui te caractérise. Je n'aurais pu imaginer meilleur binôme de thèse. J'espère partager encore de nombreux moments avec toi. Et si c'est une excuse pour passer du temps ensemble, je veux accrocher des dizaines de lessives, plier le linge (en 3), préparer des quiches, ... (ça vaut bien toutes les pommes que je t'ai mangées). Sans rire, quel bonheur de vous connaître, toi et ta famille. Merci à Vincent pour son soutien, écrire sur les murs nous a permis l'élaboration d'un super schéma ! Maëlle et Zélie, deux rayons de soleil, quel plaisir de vous voir grandir à chacune de mes visites.

A mes parents,

Un merci ne suffit pas. Sans vous, rien n'aurait été possible. De la première année de médecine à la thèse vous m'avez chacun entourée, épaulée, guidée, même dans les épreuves les plus douloureuses. Vous êtes un modèle de bienveillance et de tolérance et je suis infiniment reconnaissante de votre présence en toutes circonstances. Quelle chance d'avoir les meilleurs équipiers possibles dans mon chemin vers le mieux. Je vous aime.

A Thomas, Tom, Titoun...

Mon (petit) frère au grand cœur. Merci pour toutes tes soirées passées dans le silence parce que « CHUT, s'il te plait, je révise ». J'admire tellement celui que tu es devenu : ta force face aux épreuves de la vie, ta patience infinie, ton humanité, ta générosité... Tu es une belle personne. Une promesse est une promesse, notre voyage à deux on le fera.

A mamy Guiz,

Libre et moderne, tu es une femme inspirante. Ton amour a été un moteur pendant toutes ces années de médecine, et me porte encore chaque jour. Chaque moment passé avec toi est unique et précieux. J'ai évidemment une pensée pour Papy : ce n'est donc pas l'architecture mais la médecine, et je crois que tu n'y es pas pour rien... J'aurais tellement aimé t'avoir près de moi pour ce jour particulier. Tu me manques.

A mamie Eléonore, ma mamie des îles,

Je suis fière d'avoir en moi un peu de la Guadeloupe. Merci pour tes mots encourageants, ton sourire à toute épreuve, tu es si forte. J'espère pouvoir bientôt partager avec toi le meilleur des kalalous. Mwen enmév.

A Catherine,

Ton altruisme est immense. Je veux te remercier pour le soutien que tu m'apportes par tes messages réguliers, les cartes, les colis surprises... Je te dois toutes mes soirées puzzles, devenues indispensables à mon épanouissement personnel ! Ta présence aujourd'hui m'était importante. Merci d'être là pour moi.

A ma marraine,

Ton voyage a fait une courte escale à la fac de médecine et te voilà aujourd'hui à mes côtés pour clôturer mon parcours d'étudiante... Au fond de moi, j'ai la conviction que ton histoire personnelle m'a emmenée vers l'envie d'accompagner, d'aider, de soigner. Merci pour nos échanges épistolaires ponctuels, sublimés par ta prose, toujours riches en réflexions.

A mon parrain, Corine et Steven,

Merci pour votre présence continue à distance. Je vous sais avec moi par la pensée aujourd'hui.

A Marie,

Parce que quand mon téléphone sonnait pendant une session de travail, Solène le savait « C'est Marie ? ». Tes appels quotidiens, plus ou moins longs, font partis des bonheurs simples mais essentiels. J'aime que l'on se partage nos questionnements, tes conseils précieux m'aident à avancer. Je vous remercie, Clément et toi, de m'avoir accordé votre confiance en me demandant d'être marraine.

Albane, mon petit crabe, je suis émerveillée de te voir grandir. Tes sourires me font sourire. Tu me donnes tellement de force.

Et à tous les cousins et petits cousins de « Radio Picardie » :

Mathie, Kevin, Alice, nos échanges de messages et photos diverses ont ponctué ces derniers mois d'instant de bonheur.

Hugues, Hélène, Henri, Jeanne, prêts à faire des centaines de kilomètres pour quelques jours ensemble.

Claire, qui a ouvert la voie médicale dans la famille et sait trouver les mots pour me faire rire.

Sam, Mathilde, Lino, Gaspard et Pablo, les lyonnais, les rois des jeux de société.

Gaëlle, championne des DIY, discrète et attentionnée.

Sarah, Pascal, Camille, qui finiront peut-être par rejoindre le Sud car le monde est petit et Pertuis-city plus connu que l'on ne le pense...

Simon, Nathalie, Lola, les bretons de la famille.

Parce que « On a grandi, et surtout vieilli, on a fait du chemin, chacun dans son coin » mais que rien n'a vraiment changé. Je suis chanceuse de vous avoir près de moi.

A Céline,

Je ne me lasse pas de nos loongs vocaux qui solutionnent nos nombreux appels manqués. Je peux t'écouter des heures me raconter tes histoires professionnelles et

familiales, une vraie working mom. J'attends avec impatience ton prochain passage dans le sud avec Mehdi, Alexis, Swane et Lina.

A tous mes oncles et tantes,

A mes cousins et cousines Tamby,

Aux amis qui sont devenus la famille :

A Amandine,

De la Star Academy 1 et nos collections de Diddl à la fac de droit pour toi, de médecine pour moi. A nos (trop ?) nombreuses heures de discussion au téléphone, à nos week-ends à mi-chemin entre l'ouest et l'est (mais pas au TER Marseille-Toulouse), au pull-plaid (meilleur allié des soirées passées à travailler), à ta théorie du jeudi, à tous les moments passés ensemble et ceux à venir. Peu importe la situation, tu restes la même, ton honnêteté m'est précieuse et ta présence essentielle.

A Léa, à notre quatuor Cornil/Tamby, à nos soirées trop arrosées, nos après-midi au coffee-shop, nos spectacles musicaux... Je suis heureuse que la pause dans ton tour du monde te permette d'être à mes côtés aujourd'hui.

A Béa et son appétence pour toutes les anecdotes médicales, difficile de ne pas imaginer que dans une autre vie tu as été médecin !

A Marie-Laure,

Je quitte (enfin) le statut d'étudiante et toi tu le retrouves. J'admire tes capacités d'introspection et la justesse de tes mots. Près de toi je me sens entendue, soutenue et comprise. Je nous souhaite encore pleins de Noël en Février, d'apéros et de cafés improvisés, de randonnées, de discussions sur le canapé...

A Chloé, ma sœur de cœur,

Tu grandis si vite. Je suis fière de toi, de celle que tu es et que tu deviens, et infiniment reconnaissante de t'avoir dans ma vie.

Nb : pas merci à ton système immunitaire douteux !

A Lise, à ton énergie débordante (parfois épuisante), ta curiosité, ton humour, ton enthousiasme, ton éloquence... Tu remplis la maison de joie. Ne change pas.

Au « bonheur des filles » :

A Margaux, ma binôme de classe de la primaire au lycée, merci d'avoir toujours été là et d'être toujours là, fidèle à notre amitié et à celle que tu es.

A Cécile, à nos multiples séjours parisiens, nos voyages en train Pertuis-Marseille, la semaine de révision P1 passée à la Bastide, ... Du lycée à la médecine tu restes présentes dans les bons moments comme les moins bons, merci tellement.

A Laurie, ma partenaire de danse, mon taxi-scooter, ma patate, mon acolyte de vacances (du Grau du roi à la Guadeloupe en passant par l'Espagne).

A Méli, l'artiste du groupe, aux instants, courts mais heureux, passés à tes côtés lors de mes passages à Paris.

Vous avez fait des années lycées des années incroyables. J'espère que l'on saura perpétuer la tradition du week-end de retrouvailles annuelles. Merci pour tout.

A mes acolytes Chypriotes :

A Charlotte, ma première rencontre de médecine, élue la meilleure des guides Michelin de France. Merci pour les souvenirs incroyables : notre séjour à Lisbonne et le QG Pensao Amor, les soirées médecines souvent trop alcoolisées, ton idée issue d'un livre pour notre voyage post-ECN (on ne t'en veut pas mais on s'en souviendra), cette semaine de rêve en Corse et notre déshydratation sévère sur le sentier des douaniers...

A Romane, ma co-externe de nombreux stages, ma binôme de sous-colles (où on a souvent plus mangé et discuté que travaillé). Ton franc-parler et tes répliques chocs cachent une amie dévouée.

A Virginie, également pilier des dernières années, merci pour tous les moments partagés depuis la P2 (des TP d'anat aux nombreuses soirées). Merci pour ta bienveillance, ta douceur, ton soutien inconditionnel.

Sans vous, rien n'aurait été pareil. Vous avez rendu ces années de médecines plus douces et plus joyeuses. Merci tellement.

A Mélanie, du lycée à l'amphi Propé en PACES. Je ne suis clairement pas la plus douée pour les nouvelles mais tu sais le comprendre. Nos chemins se sont parfois éloignés mais toujours recroisés.

A Leslie, ma voisine de la rue Fortin, qui a rendu infiniment plus sympas les mois d'été aux BMT et les sessions révisions de LCA.

A Camille, mon alliée des soirées confs dans les amphis de la fac, à nos chemins différents mais pas tant.

A Mégane, ma super co-interne du CH de Manosque, qui réussit brillamment tout ce qu'elle entreprend.

Et à toutes les personnes rencontrées et les liens créés pendant ces années d'externat et d'internat.

A Isa, merci pour tes mots rassurants qui m'ont guidée ces dernières années. Un mot pour Eric, l'ours du quartier, et son humour inégalable.

A Anne-Laure, mon joker orthographe et grammaire, à nos sessions footing et discussion et au plus beau des cadeaux que tu m'as fait (Tika, impossible de ne pas

la citer). A Reg, Martin et Léonard pour ses messages à décoder remplis de smileys colorés.

A la famille Mori,

La famille des amis devenue amie. Je n'oublie pas les échanges nocturnes et les tutos peintures.

A Zoé,

Notre amitié naissante est la plus belle surprise de la fin d'année 2023. Parce que combattre à deux c'est un peu moins douloureux. Le courage dont tu fais preuve m'impressionne et m'aide à avancer. Tu mérites le meilleur.

A Océane,

Pour nos discussions (pas toujours autorisées) qui ont ponctué l'été 2023. Je te souhaite le meilleur dans ton parcours médical et dans ta vie personnelle.

Au Dr Stéphanie Boulet,

Ma reconnaissance est immense. Jamais je ne pourrai assez te remercier pour la confiance que tu me fais et m'aides à avoir. Ton amour pour la médecine fait de toi un médecin pleinement investi auprès de tes patients et toujours à l'écoute. Quelle chance d'avoir pu travailler à tes côtés.

Au Dr Astrid Aubry, au Dr Aline Abiramia, au Dr Anne-Charlotte Hubert et au Dr Anais Rogez,

J'ai découvert avec vous une approche de la médecine que je ne peux oublier. J'admire vos capacités d'adaptation et votre sens de l'écoute. Merci de la bienveillance dont vous avez fait preuve qui m'a permise de grandir professionnellement et personnellement.

Et à l'ensemble des médecins et équipes soignantes rencontrés pendant ces années d'internat qui m'ont tant appris.

A tous les soignants qui m'ont entourée ces dernières années,

A l'équipe d'endocrinologie, en particulier au Dr Eisinger et à Mme Le Louedec qui m'accompagnent, m'écoutent et avec qui je ne me sens jamais jugée. Merci. A Mme Pouchet pour votre écoute attentive, votre bienveillance et les clés que vous me donnez qui m'aident à comprendre et à avancer.

Au formidable trio d'infirmiers qui a rythmé mes journées pendant 6 mois : Alexandre, Aurélie, Joyce, vous avez adouci les difficultés de la maladie.

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ACP : Approche Centrée Patient

CMG : Collège de la Médecine Générale

CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

DA : Directives Anticipées

DECT : Digital Enhanced Cordless Telecommunication

DIU : Diplôme Inter-Universitaire

DU : Diplôme Universitaire

EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

EMSP : Équipe Mobile de Soins Palliatifs

ETSP : Équipe Territoriale de Soins Palliatifs

HAD : Hospitalisation À Domicile

IPA : Infirmier en Pratique Avancée

LAT : Limitation et Arrêt des Thérapeutiques

MG : Médecin Généraliste

MH : Médecin Hospitalier

MT : Médecin Traitant

PH : Praticien Hospitalier

RCP : Réunion de Concertation Pluridisciplinaire

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

SAU : Service d'Accueil des Urgences

SMUR : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation

SP : Soins Palliatifs

USP : Unité de Soins Palliatifs

Table des matières

INTRODUCTION	4
1. Le médecin traitant, chef d'orchestre du parcours de soins, et sa relation avec le milieu hospitalier.....	4
2. Les soins palliatifs et la prise de décision de limitation et arrêt des traitements (LAT).....	5
MATÉRIEL ET MÉTHODES	7
1. Population étudiée et recrutement	7
2. Recueil des données.....	7
3. Analyse des données	8
RÉSULTATS.....	9
1. Caractéristiques de la population étudiée	9
2. Point de vue des médecins hospitaliers	10
A. Travailler en équipe.....	10
B. Continuité des soins	11
C. Communiquer avec le médecin traitant.....	12
a) Une communication altérée par la représentation du travail du médecin généraliste....	12
b) Une communication altérée par la démographie médicale.....	12
c) Une communication altérée par une organisation de travail différente.	13
d) Une communication influencée par des facteurs individuels.	13
e) Une communication établie par devoir de confraternité.	13
f) Une communication à perfectionner.	14
D. Apport du médecin traitant	14
E. Gestion de la complexité.....	16
F. Appréhender la fin de vie	16
a) Les directives anticipées (DA).....	16
b) Les décisions de LAT	17
c) Une démarche centrée sur le patient	18
d) Les soins palliatifs	19
3. Point de vue des médecins généralistes	20
A. Communication ville-hôpital	20
a) Une communication établie.	20
b) Une communication établie mais fragile.	21
c) Une communication à perfectionner.	23
B. Sentiment d'indifférence.....	23
a) Le médecin traitant : conscient de ses limites.	23
b) Le médecin traitant : un interlocuteur subsidiaire.....	23

c) Le médecin traitant : un acteur occulté de la prise en charge hospitalière.....	24
C. Revaloriser le rôle du médecin traitant.....	25
a) La relation médecin traitant-patient.....	25
b) Le médecin traitant : au centre du parcours de soins.....	26
D. Appréhender la fin de vie.....	26
a) Les directives anticipées.....	26
b) Les proches du patients.....	28
c) Échanges ville-hôpital dans la fin de vie.....	28
d) Les équipes de soins palliatifs	30
4. Modèle explicatif de notre étude.....	31
DISCUSSION	32
1. Communiquer pour prendre une décision de LAT.....	32
2. Impliquer le médecin traitant pour assurer une approche centrée patient.....	33
3. Les équipes de soins palliatifs, un lien entre médecins traitants et médecins hospitaliers.	34
4. Forces et faiblesses de l'étude	35
A. L'échantillonnage	35
B. Le recueil des données	35
C. L'analyse des données.....	36
D. La discussion.....	36
CONCLUSION	37
BIBLIOGRAPHIE.....	38
ANNEXES.....	41
1. Marguerite des compétences	41
2. Relations concepts-compétences de médecine générale.....	42
3. La fiche Urgence Pallia	43
4. Guide d'entretien des médecins hospitaliers.....	44
5. Guide d'entretien des médecins généralistes.....	45
6. Formulaire standard des directives anticipées	46
7. Formulaire des directives anticipées de réanimation	47
8. Entretiens médecins hospitaliers	49
9. Entretiens médecins généralistes	65
SERMENT D'HIPPOCRATE.....	82
RESUME	84

INTRODUCTION

1. Le médecin traitant, chef d'orchestre du parcours de soins, et sa relation avec le milieu hospitalier.

Le médecin traitant est le premier acteur du parcours de soins, celui à qui le patient va s'adresser en premier lieu. Sa mission est globale et complexe : la prévention individuelle et communautaire en participant au dépistage et à l'éducation en santé, ainsi que la continuité et la coordination des soins. Son rôle est défini en 11 compétences résumées dans la « Marguerite des compétences (Annexe 1 et 2). Le patient choisit son médecin traitant librement, et ensemble ils développent une « relation médecin-patient » unique (1). Une fois que le patient est hospitalisé, qu'en est-il de cette relation médecin-patient ? D'après le Code de la santé publique, le médecin hospitalier doit tenir informé le médecin traitant de l'hospitalisation de son patient et doit l'associer « dans toute la mesure du possible » aux décisions médicales essentielles (2).

Communiquer avec quelqu'un est le fait « d'être en rapport avec autrui, en général par le langage ; échange verbal entre un locuteur et un interlocuteur dont il sollicite une réponse »(3). Nicolas Lemaire, dans son travail de 2016 (4) a étudié les difficultés relevées par les médecins généralistes dans cet échange d'informations avec leurs confrères hospitaliers. Il s'est intéressé aux travaux de Shannon et Weaver (5) sur la communication, et a schématisé ce concept à la communication ville-hôpital : le médecin généraliste et le médecin hospitalier sont à la fois émetteurs et récepteurs d'un message véhiculé par différents canaux, en général par téléphone ou par écrit. Ce message peut être perturbé par des « bruits », comme par exemple la mauvaise qualité du courrier, la difficulté d'accessibilité du médecin concerné, ou un retard dans la rédaction d'un compte-rendu hospitalier. Dans cette étude, les médecins généralistes expriment un sentiment d'isolement avec une communication quasi-inexistante de la part de l'hôpital. Ils ne demandent pas une participation active à la prise en charge hospitalière, car ils sont conscients de leurs limites techniques, logistiques ainsi que de leurs connaissances, mais ils souhaiteraient une transmission des informations afin de poursuivre le suivi de leur patient. Les échanges ville-hôpital sont nécessaires à la pertinence des soins : modifier des traitements inadaptés, éviter des erreurs médicales, des redondances d'examens

complémentaires, voire des ré-hospitalisations (6). Il existe différents moyens d'engager ces échanges, comme par exemple la lettre d'admission émise par le médecin traitant, l'appel téléphonique, ou encore le courrier de sortie rédigé par le médecin hospitalier imposé par le Code de la santé publique depuis Janvier 2017 (7).

Dans le domaine des soins palliatifs, un exemple d'avancée dans la communication entre les différents intervenants dans le parcours de soins est la fiche urgence-pallia (Annexe 3), un outil national et standardisé proposé par la Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs. Elle permet la transmission d'informations entre le médecin s'occupant du patient en situation palliative (médecin traitant, médecin d'EHPAD, médecin d'HAD, médecin hospitalier...) et le médecin intervenant auprès du patient en situation d'urgence (SAMU, SAU, médecin de garde...). Elle est conservée dans le dossier médical.

2. Les soins palliatifs et la prise de décision de limitation et arrêt des traitements (LAT).

En 1986 est publiée la Circulaire Laroque relative à l'organisation des soins et à l'accompagnement des malades en phase terminale (8). C'est à la suite de cette circulaire que vont se développer les unités de soins palliatifs (USP) en France. Les acteurs des soins palliatifs sont nombreux. Ils ont un but commun encadré par la Loi du 9 juin 1999 qui définit les soins palliatifs comme des « soins actifs et continus pratiqués par une équipe interdisciplinaire en institution ou à domicile. Ils visent à soulager la douleur, à apaiser la souffrance psychique, à sauvegarder la dignité de la personne malade et à soutenir son entourage »(9). Il y est précisé que « la personne malade peut s'opposer à toute investigation ou thérapeutique », ce qui introduit la notion d'obstination déraisonnable.

L'obstination déraisonnable est définie par le Code de la santé publique comme le fait d'entreprendre ou de poursuivre des traitements qui apparaissent comme « inutiles, disproportionnés ou qui n'ont d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie »(10). Elle s'oppose à la notion de « limitation et arrêt des traitements (LAT) » :

- Limitation thérapeutique : ne pas instaurer de nouveaux traitements curatifs.
- Arrêt thérapeutique : stopper une thérapeutique déjà introduite.

La décision de limitation ou d'arrêt des traitements est encadrée par le Code de déontologie médicale (11). Lorsque le patient est en état d'exprimer sa volonté, le médecin lui expose les bénéfices et les risques liés à la poursuite ou à l'introduction d'un traitement. Le médecin et le patient prennent ensemble la décision de LAT. S'il y a un désaccord, la décision finale revient au patient. Lorsque le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté, le médecin doit respecter sa volonté exprimée dans des directives anticipées. Si celles-ci n'ont pas été rédigées antérieurement, la décision de LAT est prise par le médecin en charge du patient, à l'issue d'une concertation avec les membres de l'équipe de soins ainsi que l'avis d'au moins un médecin appelé en qualité de consultant (11).

Le médecin traitant est-il informé lorsqu'une réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) va avoir lieu concernant son patient, notamment lors d'une prise de décision de LAT ? Est-il invité à y participer ? Et si ce médecin consultant était le médecin traitant du patient ?

L'objectif de cette étude était d'évaluer les freins et les leviers de l'implication du médecin traitant dans les prises de décisions de LAT à l'hôpital.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Ce travail de recherche a été rédigé selon les critères de la grille COREQ (COnsolidated criteria for REporting Qualitative studies). Il s'agissait du premier travail de recherche réalisé par les deux investigatrices, étudiantes en 3^{ème} cycle de médecine générale. Une méthode de recherche qualitative avec une approche inspirée de la théorisation ancrée a été utilisée.

1. Population étudiée et recrutement

Les médecins interrogés étaient des médecins hospitaliers et généralistes libéraux du pays d'Aix et du bassin Manosquin, choisis selon le modèle de l'échantillonnage raisonné théorique. La taille de l'échantillon n'était pas connue à l'avance mais obtenue au cours de l'étude par saturation des données.

Le recrutement a été réalisé par effet boule de neige, à partir des connaissances des deux investigatrices. L'ensemble des participants a été contacté par téléphone et a consenti librement à participer à l'étude.

2. Recueil des données

Des entretiens semi-dirigés auprès de médecins hospitaliers ont été menés entre Mars et Juin 2023 et auprès de médecins généralistes libéraux entre Novembre 2023 et Janvier 2024. L'ensemble de ces entretiens a été effectué en présentiel et enregistré à l'aide d'un dictaphone après recueil du consentement oral des participants. Les enregistrements audios ont ensuite été retranscrits mot à mot et anonymisés.

Les entretiens des médecins hospitaliers ont été réalisés sur le lieu de travail des médecins, en présence des deux investigatrices, permettant à l'une d'entre elles de se positionner en tant qu'observatrice. Les entretiens des médecins généralistes libéraux ont été réalisés au cabinet des médecins, ou à leur domicile (deux médecins concernés), en présence d'une des deux investigatrices.

Deux guides d'entretien (Annexes 4 et 5) ont été réalisés en amont et validés avec le directeur de thèse. La première question était volontairement large et suivie de questions ouvertes afin de structurer les échanges en permettant la liberté de parole des interlocuteurs. Le guide d'entretien pour les médecins généralistes a été établi a posteriori de l'ensemble des entretiens menés auprès des médecins hospitaliers.

3. Analyse des données

L'analyse des retranscriptions a été faite selon un processus itératif en parallèle du recueil des données. Elle a été réalisée sans logiciel de codage par les deux investigatrices selon une méthode inspirée de la théorisation ancrée. Les entretiens ont été menés jusqu'à saturation des données, soit l'absence d'émergence de nouveaux thèmes.

L'ensemble de l'analyse ouverte a bénéficié d'une triangulation par la confrontation des résultats des deux investigatrices. L'analyse axiale a permis de faire naître des thèmes en mettant en relation les différents codes obtenus. Enfin, l'analyse intégrative et la construction du modèle explicatif ont été réalisées par les deux investigatrices.

RÉSULTATS

1. Caractéristiques de la population étudiée

- Échantillon des médecins hospitaliers :

Sept entretiens semi-dirigés ont été effectués entre le 24 Mars 2023 et le 23 Juin 2023. La durée moyenne des entretiens était de 26 minutes. La moyenne d'âge des participants était de 48 ans.

	Sexe	Âge (ans)	Durée d'exercice de la médecine (ans)	Expérience extra-hospitalière	Formation en SP	Durée de l'entretien (minutes)
PH1	F	47	20	NON	NON	18
PH2	F	49	19	OUI En EMSP	OUI DIU	26
PH3	H	33	5	NON	OUI DU	29
PH4	F	57	30	OUI SMUR et HAD	OUI DU	29
PH5	F	32	8	OUI Remplacements en MG	OUI Durant l'internat	19
PH6	F	48	22	OUI Remplacements en MG	NON	22
PH7	H	67	34	OUI Cabinet de MG	NON	36

Tableau 1 : Caractéristiques des médecins hospitaliers interrogés

DU : Diplôme universitaire - DIU : Diplôme inter-universitaire - EMSP : Equipe mobile de soins palliatifs - F : Femme - H : Homme - HAD : Hospitalisation à domicile - MG : Médecine générale - SMUR : Structure mobile d'urgence et de réanimation - SP : Soins palliatifs

- Échantillon des médecins généralistes libéraux :

Sept entretiens semi-dirigés ont été effectués entre le 8 Novembre 2023 et le 29 Janvier 2024. La durée moyenne des entretiens était de 26 minutes. La moyenne d'âge des participants était de 46 ans.

	Sexe	Âge (ans)	Durée d'exercice de la médecine (ans)	Zone d'exercice	Formation en SP	Durée de l'entretien (minutes)
MG1	H	42	13	Semi-rurale	OUI Stage d'interne	10
MG2	F	43	12	Semi-rurale	OUI Stage d'interne	24
MG3	F	33	8	Semi-rurale	OUI Médecin en EMSP	45
MG4	F	60	30	Urbaine	NON	24
MG5	F	51	24	Semi-rurale	NON	40
MG6	F	55	30	Urbaine	NON	25
MG7	H	37	11	Semi-rurale	OUI Master	14

Tableau 2 : Caractéristiques des médecins généralistes libéraux interrogés

EMSP : Equipe mobile de soins palliatifs - F : Femme - H : Homme

SP : Soins palliatifs

2. Point de vue des médecins hospitaliers

A. Travailler en équipe

Les médecins hospitaliers aiment travailler en équipe, pouvoir échanger facilement et en continu.

Échanger entre confrères hospitaliers leur apporte un nouveau regard et du recul sur la situation clinique.

PH 6 *“Alors, déjà j'adore le travail en équipe. Il y a les différences d'âge, qui fait l'expérience, qui fait le vieux a l'expérience, le jeune a les connaissances théoriques et du coup voilà.”*

PH 3 *“C'est tous les matins qu'on revoit à deux [médecins] tout le service [...] Donc ça permet d'avoir des idées pour l'autre sur des patients pour lesquels on est un peu pris dans le dossier et pour lesquels on ne se rend pas compte de certaines idées qui*

peuvent être intéressantes, ou même pour se rassurer sur les prises en charge aussi c'est important."

Discuter avec les soignants leur apporte des informations supplémentaires utiles à l'adaptation de la prise en charge.

PH 3 *"On peut se permettre entre chaque patient d'aller voir l'infirmière ou l'aide-soignante, de discuter sur certains points, d'aller voir les kinés, et en fait du coup c'est un peu aussi en continu sur la journée donc ça permet vraiment d'ajuster les choses au fil de l'eau."*

PH 4 *"Je refais la relève avec les soignants après. On se pose, on fait la relève des problèmes, comment ils ont passé la nuit, parce que souvent il y a des infos complémentaires de la part des infirmiers."*

B. Continuité des soins

Les médecins hospitaliers communiquent avec leurs confrères afin d'anticiper une dégradation clinique.

PH 3 *"ça m'arrive d'appeler les anesths, les réas, en leur disant voilà tu connais pas le patient, c'est pas pour te le transférer mais c'est pour discuter [...]. Et à ce moment-là on se pose parce que là pour le coup c'est lui qui va potentiellement le recevoir normalement."*

Lorsqu'ils envisagent une prise en charge palliative, ils ont recours aux RCP.

PH 4 *"Dès que j'ai le moindre doute, [...] sur la façon dont ça va évoluer je fais la demande de RCP. C'est vrai que j'en demande énormément, pour pouvoir anticiper sur la dégradation. Les gens ne vont pas forcément se dégrader mais au moins les choses sont posées."*

PH 7 *"Moi les RCP c'est pour les soins pall de toutes façons."*

Ils échangent avec le médecin traitant pour organiser un retour à domicile.

PH 2 *"On essaie dans la mesure du possible de voir aussi avec le médecin généraliste, notamment [...] dès qu'on est sur des alimentations [gastrostomies] ou autres et où y'a un projet de retour à la maison"*

PH 2 *“Et puis le médecin peut nous dire aussi « non mais en fait vous avez pas vu le domicile, c’est comme ça, comme ça, comme ça » parce que nous on voit pas systématiquement.”*

C. Communiquer avec le médecin traitant

a) Une communication altérée par la représentation du travail du médecin généraliste.

Les médecins hospitaliers ont leur propre vision du travail du médecin traitant.

PH 4 *“Alors je vous cache pas que, plus ça va et plus je pense que [contacter le MT] ne sert plus à rien. Parce que le médecin généraliste, il n’est même plus impliqué dans la prise en charge de son patient. On a l’impression qu’ils ne sont là que pour faire les ordonnances. On se demande même parfois, je veux pas être méchante mais, s’ils ont le temps d’examiner leurs patients correctement.”*

Ils regrettent que les médecins généralistes fassent moins de visites à domicile.

PH 1 *“Je vois bien que l’accès s’est quand même dégradé au niveau des médecins généralistes. Il n’y en a quasiment plus qui vont à domicile. Euh... Donc ça, quand même, ça limite beaucoup l’accès des patients aux soins.”*

Ils ont l’impression que les médecins généralistes ont parfois du mal à s’impliquer dans la prise en charge.

PH 5 *“Après en cancéro le médecin généraliste il s’efface aussi volontairement beaucoup [...] dès que y’a le cancer, ça bloque un peu [...] Donc en fait après, c’est dur, sur la fin quand ils l’ont plus vu pendant 6 mois en fait, de remettre le médecin traitant là-dedans pour la décision de quelqu’un qu’il n’a plus vu.”*

b) Une communication altérée par la démographie médicale.

La pénurie de médecins généralistes fragilise le lien ville-hôpital.

PH 2 *“Les problématiques qu’on a en soins palliatifs c’est qu’on a certains patients qui n’ont pas de médecin généraliste. Pourquoi, parce que ben y’a pas suffisamment de médecins généralistes pour la population qu’on a dans le département, donc ça c’est vraiment un problème.”*

PH 6 *“Le problème avec le manque de médecins, le vieillissement, [...] le remplaçant il ne connaît pas le malade, et le malade il trouve un médecin ça lui plaît pas il change d’avis, il va chez l’autre [...] et il se balade de médecin en médecin, et en fait, ils ne connaissent pas leurs malades.”*

c) Une communication altérée par une organisation de travail différente.

Du fait d’emplois du temps incompatibles, les médecins hospitaliers rencontrent des difficultés à communiquer avec les médecins généralistes.

PH 7 *“Je veux dire, nous on est toujours un peu disponible ici, j’appelle B je lui dis « j’ai un problème » elle me dit « ok cet après-midi 14h » et voilà. Tu vois c’est facile. Le généraliste tu vas lui dire ça il va dire « ah ben non là je peux pas, ah ben là je travaille pas, ah là... »”*

PH 1 *“Régulièrement moi je peux mettre deux trois jours avant de réussir à joindre un médecin généraliste. Donc. Donc c’est compliqué.”*

d) Une communication influencée par des facteurs individuels.

Les médecins hospitaliers interagissent, en fonction de leurs affinités et de leurs expériences, avec les médecins généralistes.

PH 6 *“Ça dépend de qui est son médecin, il y a certains médecins qui ne s’impliquent pas, il y en a d’autres on sait qu’ils ont confiance en nous, il y en a qui sont très demandeurs on les appelle. [...] je sais que tel et tel il faut que je les appelle et que j’explique.”*

PH 3 *“Ça devient de plus en plus facile au fur et à mesure qu’on reste dans un endroit parce que c’est tout bête mais on chope les téléphones, les portables, ils finissent par nous connaître donc quand on les appelle ils savent que, que c’est pas pour rien.”*

e) Une communication établie par devoir de confraternité.

Les médecins hospitaliers contactent le médecin traitant afin de s’accorder sur les suites de la prise en charge en cas de difficultés.

PH7 *“Si c’est un cancer, un truc comme ça, j’appelle et je dis « où tu veux qu’il soit hospitalisé ? » Parce que sinon [...] on le montre à l’oncologue de l’hôpital mais finalement le médecin ne veut pas que ce soit lui.”*

Ils leur adressent la lettre de liaison.

PH 5 *“Ils ont tous mes comptes-rendus de consultation qui sont validés, normalement au bout d’une semaine ils sont validés.”*

f) Une communication à perfectionner.

Les médecins hospitaliers souhaitent intégrer davantage le médecin traitant dans les prises de décisions hospitalières.

PH 1 *“Quand on fait une RCP au niveau agenda c’est déjà compliqué [...] alors maintenant y’a d’autres choses, on peut essayer de faire une visio.”*

PH 1 *“Mais ce serait effectivement quand même bien, au moins de pouvoir le convier [aux RCP] et qu’il [le MT] ne se sente pas exclu du système parce que je pense que, de l’autre côté le ressenti ne doit pas être excellent, [...] d’avoir un compte-rendu comme je vous disais : et hop c’est ça qui s’est passé. On doit se sentir un peu démunis je pense.”*

PH 2 *“C’est vrai qu’on pourrait le proposer plus, c’est vrai qu’on le fait de manière téléphonique parce que euh... parce que souvent les médecins sont pris. Après c’est vrai que peut-être qu’on se fait une idée et qu’on pourrait leur proposer de venir. Et, ça c’est peut-être quelque chose à travailler ouais, effectivement.”*

D. Apport du médecin traitant

Les médecins hospitaliers communiquent avec le médecin traitant, qui détient des informations utiles à la prise en charge...

PH 2 *“Ils connaissent mieux les patients notamment si ils ne sont plus en mesure de nous donner leur avis c’est bien d’avoir l’avis de la personne de confiance, mais souvent c’est quelqu’un qui est censé nous donner ce que voudrait le patient mais qui souvent nous donne plutôt ce que eux veulent et c’est vrai que d’avoir l’avis du médecin*

c'est aussi le moyen d'avoir peut-être un peu plus d'objectivité sur qu'est ce qu'aurait voulu le patient."

... Car il est celui qui connaît le mieux l'environnement bio-psycho-social de son patient.

PH 5 *"Le médecin traitant, quand il s'inscrit vraiment dans une prise en charge familiale depuis longtemps, il peut quand même nous apporter tous les aspects sociaux et familiaux que nous on n'aura pas forcément perçus [...] sur la partie impacts, idées préconçues familiales, culture familiale."*

PH 3 *"On a un regard du patient qui est quand même hyper faussé [...]. Et donc je pense qu'on loupe ce truc là même de le voir pas en tant que malade, parce que eux [MT] ils les voient des fois, fin souvent heureusement, sur des consultations juste de suivi, de renouvellement d'ordonnance, de petits bobos."*

De par son ancienneté, la relation médecin traitant-patient est une relation de confiance.

PH 2 *"Ils sont plus dans cette quotidienneté et du coup ça permet d'avoir, de mon point de vue, voilà quelque chose de plus sincère de la part des patients, des familles [...] ils connaissent les patients et les familles depuis plus longtemps, leur avis est quand même précieux pour nous."*

PH 4 *"Moi je pense c'est surtout sur l'autonomie qu'il est important, sur ce que les patients désirent. Parce que parfois ils savent même pas ce qu'ils désirent, mais ils en parlent un peu à leur médecin. Surtout pour les gens qui n'ont pas de famille, c'est ceux pour lesquels on a le plus de soucis, on n'a pas d'avis extérieur."*

Le médecin traitant peut donc être un soutien pour les médecins hospitaliers.

PH 4 *"Disons que ça nous conforte un petit peu dans notre raisonnement et dans nos sensations, parce que finalement c'est vachement subjectif de poser une limitation thérapeutique, on est face à un humain qui peut s'améliorer comme s'aggraver [...]. D'avoir le médecin traitant bah ça nous dit oui c'est bien, ça nous permet de se dire on n'est pas seul, c'est surtout ça."*

E. Gestion de la complexité

Les médecins hospitaliers font face à des prises en charge complexes.

Dans certains cas, établir la communication avec le médecin traitant est nécessaire et indispensable.

PH 6 "Pour chaque RCP je n'aurai pas besoin du médecin traitant. C'est vraiment dans des situations compliquées que... Oui, quand il y a des conflits familiaux, tu vois, ... Parce qu'on a tous notre vision. On a notre expérience, notre vision, notre vécu."

Dans d'autres cas, l'urgence de la situation et la durée envisagée de la discussion, ne leur permettent pas de communiquer avec le médecin traitant.

PH 1 "Et après, j'ai souvent moi pas forcément le... le temps de pouvoir solliciter le médecin généraliste, c'est souvent que je suis dans des prises en charge quand même qui sont assez urgentes et où les décisions elles sont quand même assez brutales en fait."

PH 2 "C'est à dire que quand on a une situation qui est plus compliquée on se pose pendant une heure sur la situation qui nous pose problème."

F. Appréhender la fin de vie

Les médecins hospitaliers face à la fin de vie expriment le besoin de ne pas être seuls.

a) Les directives anticipées (DA)

Les médecins hospitaliers interrogés sont unanimes : les directives anticipées ne peuvent pas être systématisées.

PH 7 "A partir du moment où tu rentres dans un établissement : directives anticipées. Et si ça se passe mal tes dents de sagesse ? Tu veux qu'on te réanime ou pas ? Non mais je veux dire c'est complètement DÉBILE cette histoire de directives anticipées. Moi fallait pas me brancher là dessus."

PH 5 "Au début du diagnostic c'est compliqué de leur dire « bon ben voilà, vous avez un cancer métastatique, quelles sont vos directives anticipées ? ». Euh.... En cours de traitement aussi, quand les choses vont mieux, c'est un petit peu difficile."

Ils rappellent qu'elles ne sont pas immuables et qu'il faut les réviser selon l'évolution des volontés du patient.

PH 5 *“Dans le cas d'une maladie chronique, c'est bien que le médecin traitant puisse en parler... Le problème c'est qu'après ça traîne dans des dossiers, que c'est pas révisé et il faut pouvoir le revoir et en re discuter quoi.”*

PH 4 *“On sait que c'est pas immuable donc on peut revenir dessus. Ça n'empêche pas. Et je pense que c'est ça qu'il faut faire. Après faut pas s'arrêter sur des directives anticipées, faut être un peu... souple. Voilà!”*

PH 6 *“Et tu vois, le malade il peut changer...d'avis d'un jour à l'autre, ça dépend de sa souffrance, comment il se sent.”*

Leur rédaction nécessite un accompagnement par le médecin traitant.

PH 1 *“Je pense, quand même l'apport du médecin traitant à un moment donné ça va quand même d'être, de sensibiliser ses patients sur les directives anticipées. Et ça je pense que c'est VRAIMENT la pièce fondamentale.”*

PH 4 *“Moi je pense qu'il a un rôle crucial pour parler de ça, c'est justement lui qui les voit quand ils vont bien et il pourrait amener ce genre de conversation “vous savez maintenant c'est obligatoire de parler de ce que vous auriez souhaité si vous n'allez pas bien et si vous ne pouvez pas parler”, c'est plus facile d'en parler quand les gens vont bien que quand les gens vont mal. [...] Alors c'est vrai qu'c'est plus difficile, mais justement c'est le rôle du médecin traitant, le rôle du médecin traitant c'est la prévention, et c'est la formation et c'est l'information.”*

b) Les décisions de LAT

Dans les prises de décision de LAT les médecins hospitaliers soulignent la nécessité de respecter au mieux les désirs du patient.

PH 2 *“De toute manière on posera toujours la question au patient si il est en mesure de pouvoir répondre ou d'avoir son avis. Après, souvent on va tous voir le patient*

ensemble et après y'à souvent une part de discussion autour d'une table avec la famille, et les soignants."

PH 3 *"C'est sûr que si jamais la patiente nous dis je veux aller à fond dans tout bon ben là pour le coup ça va être potentiellement une problématique éthique parce que [...] je ne pense pas que ça soit très bien pour elle, parce que médicalement je pense qu'elle n'aura pas beaucoup de bénéfices à aller chercher sur certains points de réanimation mais... voilà faut prendre en compte ça."*

Ils prennent le temps de se concerter avec leurs confrères, notamment sous la forme de RCP.

PH 2 *"Nous, quand on a des limitations de soins à faire, on a un genre de, on va dire de canevas. [...] d'abord donc on décrit la situation, on explique en quoi on aimerait limiter, qu'est-ce qu'on veut limiter."*

PH 4 *"On pose quand même pas mal de LAT [...]. Alors souvent j'ai les avis des anesthésistes [...] Et j'ai l'avis extérieur de l'ETSP pour faire vraiment une réunion de concertation pluridisciplinaire, entre-temps on a pris l'avis de l'oncologue s'il y a l'oncologue, du cardio, ou enfin des spécialistes nécessaires."*

Certains recueillent l'avis du médecin traitant en amont de la discussion.

PH 3 *"C'est ce que je pense être le mieux, c'est le fait de les appeler avant, de recueillir un peu l'idée générale, d'essayer de creuser au maximum les questions."*

PH 5 *"En amont de la RCP ouais. De prendre un peu son avis sur la difficulté."*

PH 7 *"Et donc quand on va sur un soin pall je les appelle pour savoir si..., ils pensent que la maison c'est possible, si il faut qu'on envisage voilà..."*

c) Une démarche centrée sur le patient

Les médecins hospitaliers regrettent que certains confrères occultent des informations aux patients.

PH 4 *“J’avoue que j’étais un petit peu désemparée, surtout par les chirurgiens et la prise en charge, parce que j’avais vraiment la sensation que les choses n’avaient pas été dites.”*

PH 7 *“J’appelle pour savoir où ça en est parce que souvent y’a du non-dit en oncologie hein [...] on le sait très bien que y’a des services où on parle pas trop aux patients, on est dans des trucs euh, tout le monde sait qu’il va mourir sauf le patient.”*

Ils insistent sur la nécessité de prendre en compte les proches du patient dans la prise en charge de la fin de vie.

PH 2 *“Et savoir aussi comment on peut aider et la patiente et sa maman pour que ça se passe mieux déjà entre elles mais aussi pour que chacune vive ce qu’elles ont à vivre le mieux possible dans le côté terrible de la situation.”*

PH 2 *“C’était un patient qui avait des troubles cognitifs, un cancer pulmonaire multi-métastatique [...] qui souhaitait retourner au domicile alors que l’épouse ne voulait pas. [...] Donc en fait toute la question c’était de savoir est-ce qu’il faut respecter l’autonomie du patient mais au détriment de son épouse qui est épuisée.”*

PH 7 *“Indispensable euh... Pour moi. Déjà c’est les familles.” [acteurs indispensables dans la discussion de la fin de vie].*

d) Les soins palliatifs

Les médecins des soins palliatifs sont les interlocuteurs privilégiés pour discuter des situations de fin de vie.

PH 3 *“Si l’équipe territoriale de soins palliatifs est allée le voir à la maison ce patient, ben en fait ils vont avoir un regard qui va être quasiment plus intéressant [que le point de vue du MT], donc voilà.”*

PH 1 *“Nous je dirais que la RCP elle est quasiment au stade où de toute façon il ne retournera pas à domicile en fait. Et là le... médecin généraliste il aura plus forcément de rôle à jouer.”*

Les médecins hospitaliers souhaitent démocratiser davantage les soins palliatifs auprès des médecins.

PH 3 *“Les quelques rares médecins [...] où il y a pas eu de réponse, c’est les médecins qui ont beaucoup de mal avec l’aspect palliatif, l’aspect lâcher prise [...] mais les autres j’ai l’impression que c’est quand même une culture qui finit par percer et soulage aussi beaucoup les médecins généralistes extérieurs. [...] Certains spécialistes, certains profils, personnes, qui sont vraiment dans le très actif et qui ont du mal...”*

3. Point de vue des médecins généralistes

A. Communication ville-hôpital

a) Une communication établie.

Les médecins généralistes échangent avec leurs confrères hospitaliers grâce à différents outils de communication.

MG 1 *“On a un annuaire avec tous les DECT directs et... La plupart des spécialistes jouent le jeu, quand on les appelle ils répondent avec plutôt... bienveillance.”*

MG 4 *“La plateforme ** pour la dermatologie aussi, c'est intéressant. Je ne sais pas toujours comment on va sur ces plateformes... je n'ai pas toujours le réflexe, mais c'est vrai que j'ai vu que ça fonctionnait.”*

Ils les sollicitent pour demander un avis.

MG 2 *“Si j'ai un problème avec un patient [...] je vais appeler pour prendre un avis. Que ce soit en infectiologie, en gériatrie, en neurologie, en endocrino aussi, en chirurgie [...]. Pour avoir un avis directement, j'ai toujours une réponse [...] Des fois éventuellement il faut que je rappelle une autre fois mais si je laisse un message ils me rappellent.”*

MG 4 *“Je trouvais que, cliniquement, ça ne collait pas donc, j'ai fini par demander un avis neuro, j'ai envoyé un mail et j'ai quand même eu... Là, la bonne surprise [...] Peut-être dans la semaine qui a suivi, ou quelques jours de délais, où j'ai pu échanger un coup de fil abondant avec la neurologue.”*

b) Une communication établie mais fragile.

Les médecins généralistes constatent une dégradation du lien ville-hôpital.

MG 4 *“Il y a eu une évolution à un moment donné de fermeture catastrophique des relations, du fait probablement de la raréfaction des médecins qui sont de plus en plus à l’hôpital seuls pour tout faire.”*

Les médecins généralistes subissent une surcharge de travail.

MG 4 *“Mais je veux dire par rapport à... je dirais 10 à 15 ans avant, il y avait en général une fluidité. C’était aussi l’époque où on était moins harcelés de patients.”*

MG 5 *“Mais c’est pareil c’est trop lourd à mettre en place [projet ville-hôpital] et les gens s’épuisent avant d’obtenir des résultats, et ça ne tient que sur la volonté, la bonne volonté de toujours les mêmes et je comprends qu’ils soient épuisés. [...] Donc voilà, pour dire ils usent tout le monde aussi à l’hôpital. Nous on est usé en ville mais l’hôpital aussi...”*

L’évolution de la médecine hospitalière complique la relation ville-hôpital.

MG 5 *“Pendant 15 ans, en passant, j’y allais deux fois dans le mois. Je passais à l’hôpital, j’avais une heure de mon temps ben j’y passais. Parce que c’était facile d’accès. Là, maintenant, avec l’hôpital excentré, c’est un très bel hôpital mais il est loin de tout [...] Donc je ne vois plus mes patients hospitalisés non plus.”*

MG 5 *“Le problème c’est ce qu’il se passe à l’hôpital avec les chefs de service qui valsent très souvent, qui ne tiennent pas la route, ces vacataires qui viennent qui ne s’investissent pas et je peux pas, je les blâme pas non plus, attention je suis pas dans le jugement de ces gens là mais de ce fait, avec ce personnel qui tourne on sait jamais à qui on va avoir à faire comme médecin.”*

Un médecin attire l’attention sur le rôle que les laboratoires ont pu jouer dans le lien ville-hôpital.

MG 5 *“Mais les laboratoires, je suis désolée, ils faisaient le lien entre nous. Grâce à des soirées de formation organisées par un laboratoire on rencontrait des, des*

hospitaliers hein. On faisait une soirée, et ça permettait les contacts, les liens. Aujourd'hui c'est interdit. Mais putain ils ont rien compris quoi."

Les médecins généralistes rencontrent des obstacles pour communiquer avec leurs confrères hospitaliers.

MG 6 "Bon y'a un problème qui est de plus en plus fréquent, c'est qu'on n'a pas accès, on n'a pas... fin, on passe des heures à attendre quoi qu'on décroche."

MG 6 "Et effectivement ils n'ont pas beaucoup de temps, je le comprends... puis quand ils nous appellent nous on est éventuellement au milieu des consults, donc c'est pas non plus hyper simple à gérer, mais bon, voilà."

Certains services hospitaliers sont considérés comme inaccessibles.

MG 4 "Après, il reste des spécialités à l'hôpital ou l'accès direct relève de l'impossible."

MG 5 "Les comptes-rendus sont faits, selon les services, y'a que le service de chirurgie qui déconne parce que les comptes-rendus ils arrivent pas à les faire... Les chirurgiens sont restés des chirurgiens, fin c'est pas des as de la communication hein franchement ! Donc on reçoit les comptes-rendus avec peut-être 4 à 6 mois de retard hein, c'est vraiment énorme."

Parfois, les médecins généralistes estiment devoir initier la communication pour être informés de la prise en charge de leurs patients.

MG 1 "Si j'appelle pas, personne me donne des nouvelles."

MG 2 "En général c'est plutôt dans le sens inverse. Patient hospitalisé pour lequel je finis par prendre mon téléphone en disant mais... vous en êtes où ? qu'est ce que vous attendez ? qu'est ce que vous voulez faire ? ..."

MG 7 "Souvent, moi, j'appelle, ou pour avoir des nouvelles ou autres."

c) Une communication à perfectionner.

Les médecins généralistes sont disposés à rencontrer leurs confrères hospitaliers afin de favoriser les échanges.

MG 1 *“Avec la CPTS, on a fait et on va essayer de faire deux ou trois fois par an des réunions conviviales qui réunissent tous les médecins du secteur. [...] Pour créer du lien. Pour savoir qui est qui.”*

MG 3 *“Et en fait, moi j'ai l'impression que quand on connaît le spécialiste en dehors d'une relation professionnelle, c'est-à-dire que c'est des collègues, il y a des liens affectifs ou voire amicaux, on est tenu au courant.”*

MG 5 *“Donc la notion de proximité, de connaître ses correspondants, de les avoir côtoyés, d'avoir parlé avec eux, d'avoir partagé des soirées, ça change tout et ça maintient le lien.”*

B. Sentiment d'indifférence

a) Le médecin traitant : conscient de ses limites.

Les médecins généralistes acceptent de ne pas toujours être sollicités. Ils accordent leur confiance à leurs confrères hospitaliers.

MG 4 *“Mais je crois pas que mes collègues à l'hosto ils avaient des questions particulières pour moi, enfin... Ils n'avaient pas besoin de moi en tant que son médecin traitant.”*

MG 5 *“Alors qu'en onco non [...] On n'a pas les compétences pour remettre en cause une décision de RCP à partir du moment où c'est un peu basé quand même, c'est un peu de l'évidence based-medicine.”*

b) Le médecin traitant : un interlocuteur subsidiaire.

Les médecins généralistes souhaiteraient être davantage considérés.

MG 4 *“Parfois j'ai l'impression vraiment d'être un petit peu le chien dans un jeu de quille [...] il y a quand même un travers chez, pas tous, mais chez certains internes dans les services qui ne connaissent pas suffisamment ce que c'est un médecin*

généraliste, [...] où on est considéré comme vraiment... On va dire... Un médecin de seconde catégorie, qui n'est pas à la hauteur de l'enjeu médical dont il s'agit."

MG 5 "Et c'est toujours l'interne qui appelle, comme si c'était une basse tâche que d'aller prendre de l'information à la ville. Tu vois, y'a quand même, euh... [...] on n'est pas une priorité pour eux. Voilà. Je, je crois qu'il faut être honnête"

c) Le médecin traitant : un acteur occulté de la prise en charge hospitalière.

Les médecins généralistes ont le sentiment d'être exclus de la prise en charge.

MG 1 "Je ne suis pas tenu au courant de l'évolution du patient."

MG 2 "Des fois j'apprends qu'ils ont été hospitalisés quand je reçois la lettre de sortie quelques jours après leur sortie. [...] Souvent, c'est la majorité des cas !"

MG 6 "Dans le meilleur des cas, parce que la famille me tient au courant."

Ils regrettent l'absence de notification lors du retour à domicile de leurs patients.

MG 3 "C'est souvent les patients qui nous appellent, parce qu'ils sont sortis à la maison, ou les infirmières/infirmiers à domicile. C'est souvent par ce biais là que ça arrive, parce qu'il faut renouveler le traitement de la sortie d'hospitalisation, parce qu'il faut refaire le point, parce qu'il y a plein de questions, etc."

MG 4 "On est informé de l'évolution du patient par une lettre, un compte-rendu d'hospitalisation par lequel on apprend que le patient est revenu à domicile. C'est quand même encore pas si rare que ça. Pour moi, c'est les échecs flagrants d'une communication."

MG 7 "Mais c'est déjà arrivé qu'il y ait des gens hospitalisés qui soient sortis avec une HAD à domicile et moi j'ai été au courant un mois après parce que j'ai reçu un courrier."

Ils regrettent être exclus des réunions collégiales.

MG 3 *“Mais par exemple, sur les RCPs d'onco on ne m'a pas sollicitée. J'ai en tête plusieurs patients pour lesquels je, je dépiste ou on se pose la question de quelque chose de cancéreux ou en fait, on ne va pas être sollicité.”*

MG 5 *“Non, non. Les décisions [de LAT] sont prises, on n'est plus dans le circuit. Vraiment quand le patient est à l'hôpital il n'est plus dans mon circuit.”*

C. Revaloriser le rôle du médecin traitant

a) La relation médecin traitant-patient

De par sa relation privilégiée avec son patient, le médecin traitant connaît son environnement bio-psycho-social.

MG 2 *“La connaissance de la famille, du domicile, l'organisation du domicile, [...] puis la connaissance du patient. Ça faisait déjà, pour le coup, ça faisait 10 ans elle que je m'en occupais.”*

MG 4 *“Mais même, voilà il y a [...] des réflexions qu'on peut, nous, amener parce qu'on connaît le tissu humain du patient.”*

MG 5 *“Et c'était un jeune médecin qui me répond, et bref, il apprend, il apprend des choses sur elle que je lui communiquais, sur sa qualité de vie à domicile, sur son niveau de dépendance. Donc c'était intéressant.”*

Il détient des informations pertinentes pour discuter des LAT.

MG 3 *“C'est souvent des questions de l'autonomie préexistante, qu'elle soit physique ou qu'elle soit psychique. [...] Quand on se pose la question d'une LATA, l'état préexistant est fondamental. Parce que les possibilités de récupération ne sont pas les mêmes par exemple. Donc euh... c'est souvent je trouve un des critères principal qui fait jouer le degré de LATA.”*

MG 4 *“Et quand même aussi sur la... la perception de ce qui était raisonnable, qui est pas forcément la même pour le spécialiste que pour le médecin de famille.”*

MG 7 *“Et sinon, y’a le patient en soins palliatifs déjà actés, qui lui va en unité de soins palliatifs, et ça arrive que le médecin nous appelle pour avoir un visuel un peu plus poussé de ce qui se passe au domicile et des conditions de retour.”*

b) Le médecin traitant : au centre du parcours de soins

Les médecins généralistes souhaiteraient être sollicités dans les prises en charge complexes...

MG 4 *“Je dirais, si, à partir du moment où on est dans une polyopathie, une situation complexe, un cancer, je trouve qu’il faut tout le temps qu’on soit sollicité, impliqué. Sinon je ne vois pas ce que veut dire médecin traitant.”*

MG 5 *“En soins pall c’est indispensable.”*

...et être informés du retour à domicile de leurs patients.

MG 6 *“Ben oui, au moins du retour à domicile, enfin, je comprends qu’ils n’aient pas le temps de nous tenir au courant de tous les détails, mais au moins qu’on puisse anticiper le retour à domicile.”*

D. Appréhender la fin de vie

En accompagnant leurs patients en fin de vie, les médecins généralistes accomplissent leur rôle de médecin traitant.

MG 2 *“L’impression de pouvoir accompagner les patients jusqu’au bout en les respectant.”*

a) Les directives anticipées

Les médecins traitants sensibilisent leurs patients aux directives anticipées.

MG 3 *“La question des directives anticipées c’est : comment on soutient et on accompagne le patient dans ses projections à lui, qui sont méga angoissantes pour tout le monde.”*

MG 2 *“Je leur dis “mais ça veut dire quoi pour vous ?”, “est-ce que vous y avez déjà réfléchi ?”, “est-ce que ça veut dire que ben là si vous avez un accident de la route, par exemple” fin voilà. Essayer de vraiment clarifier les situations. Ça m’est arrivé*

assez régulièrement aussi d'imprimer, d'imprimer le document de directives anticipées pour le remettre au patient."

Cependant ils y rencontrent parfois des difficultés.

MG 3 "Non, après, moi, je suis team pas du tout protocolisée. C'est-à-dire que moi je trouve qu'il n'y a rien de plus insupportable que d'imposer la rédaction de directives anticipées à des gens qui ne sont pas du tout ok d'avoir cette projection là. [...] Et il y a beaucoup de patients, notamment en EHPAD, qui sont traumatisés de leurs directives anticipées. Et du coup bah on rame derrière quand il faut parler de la fin de vie."

MG 6 "Ça m'est arrivé... de parler de la personne de confiance, ça oui. Mais... c'est vrai que ce n'est pas un sujet [les DA] que j'aborde très facilement."

Ils comptent sur le soutien des autres soignants intervenant dans le parcours de soins, voire sont disposés à leur laisser l'initiative sur ce sujet.

MG 5 " Les soins pallis eux ils vont le faire, je décharge sur eux, dans ma tête c'est pas mon rôle."

MG 7 " C'est probablement un rôle multiple. En fait, il y a une temporalité d'un recueil des directives anticipées [...] c'est un rôle partagé je pense... Il y a des maisons de santé où y'a des infirmières, y'a des IPA qui vont recueillir des directives anticipées. Donc, il y a vraiment un rôle partagé et je trouve ça très bien que nous on les recueille, mais après si quelqu'un d'autre les recueille [...] il y a une réécriture des directives anticipées, donc ce n'est pas un truc qui est unique. C'est un truc qui se réécrit."

Un des médecins interrogés utilise des outils pour aborder le sujet des directives anticipées.

MG 3 "Et alors mon outil préféré, j'ai deux outils préférés. J'ai un jeu de cartes, qui est assez chouette à utiliser avec les patients pour qu'ils fassent des tas de ce qui est important et de ce qu'il ne l'est pas du tout. [...] donc c'est un jeu de cartes qui est fait par la JALMALV (jusqu'à la mort accompagner la vie) [...] et l'autre outil que j'aime vraiment beaucoup, c'est le formulaire des directives anticipées, mais pas le modèle standard que je trouve merdique, le formulaire de la réanimation... il est assez bien

foutu. C'est une sorte de grille, c'est un questionnaire, qui permet d'accompagner la projection du patient pas à pas." (Annexes 6 et 7)

b) Les proches du patients

Pour accompagner au mieux le patient, les médecins généralistes échangent avec ses proches.

MG 7 " Parce que les aidants justement, voulaient plus qu'on l'envoie à l'hôpital et qu'il reste à la maison et qu'il meurt à la maison. Mais comme y'avait pas eu de RCP de faite, histoire que tout soit carré, on a réuni tous les enfants et on l'a fait avec le médecin de l'équipe mobile."

MG 2 "L'épouse par contre très très très solide, mais en même temps fragile donc elle en avait parlé pas mal avec moi. [...] L'existence de ce service de soins palliatifs à proximité, euh la possibilité de les rencontrer en amont, la possibilité d'une hospitalisation si c'était nécessaire. Ce qui leur a permis d'établir des limites à leur capacité de prise en charge à domicile."

MG 3 "Et c'est une très belle histoire parce que, parce qu'on peut saluer la... conviction de cette épouse. Où en fait, je pense que tout le monde était plutôt ok de limiter son alimentation. Et en fait, son épouse pas du tout [...] Et elle s'est un peu bagarrée et finalement nous, on a proposé de mettre une alimentation, en tout cas artificielle, pour se donner du temps. [...] Et en fait ce patient a récupéré."

Ils sont disposés à épauler son entourage.

MG 1 "Je pense que si on m'avait contacté ça aurait pu m'aider à aider la famille au moins, [...] à comprendre et à accepter que ce qui n'était pas prévu était en train d'arriver."

MG 2 "Des fois je suis au courant qu'ils ont été hospitalisés et la famille me demande ce qu'il en est parce que le lien avec l'hôpital est un peu compliqué"

c) Échanges ville-hôpital dans la fin de vie

Les médecins généralistes constatent le malaise de certains confrères concernant les soins palliatifs.

MG 2 *“Il était dans un service de médecine, il avait un cancer mais la prise en charge n’était pas du tout dans une optique palliative sauf qu’il était complètement en train d’échapper. [...] Je sentais qu’il n’y avait aucune mise en place de processus palliatif qui était en cours donc j’ai forcé la main. [...] Ça s’est bien passé.”*

MG 7 *“Nous on a des gastroentérologues ou des oncologues qui refusent de prononcer les mots « soins palliatifs », parce qu’ils pensent que ça fait perdre espoirs aux patients.”*

Ils apprécient échanger avec leurs confrères hospitaliers pour les décisions de LAT...

MG 6 *“Quand il y a un passage en soins palliatifs, c’est indispensable qu’on soit tenu au courant.”*

MG 4 *“J’ai beaucoup aimé pouvoir trianguler et avoir une sorte de perspective de, bon... non acharnement entre guillemets”.*

MG 4 *“Disons que c’est plus... Ça serait plus justement une coordination de soins informels que sous forme RCP. Moi, j’ai quand même l’impression que RCP et coordination des soins, par moment, ça se confond.”*

... et souhaitent discuter pour harmoniser les prises en charge palliatives.

MG 3 *“Je pense qu’on ne le fait pas formellement, d’inviter par exemple les infirmières ou les infirmiers ou les médecins généralistes mais en fait, si on ne se parle pas ça met des gags.”*

MG 5 *“Et là j’ai dit écoutez on fait les choses dans, voilà, fin il faut qu’on se parle, il faut qu’on se voit parce que ça va pas, ça partait dans tous les sens et on voulait, c’est une patiente qui avait le souhait de ne pas mourir à l’hôpital, il fallait vraiment que ça soit fait à domicile.”*

d) Les équipes de soins palliatifs

Les équipes mobiles de soins palliatifs sont un soutien pour les prises en charge de la fin de vie à domicile.

MG 2 “En amont, après en avoir bien parlé avec l’épouse et exposé les différentes situations, j’avais contacté l’équipe de soins palliatifs pour les prévenir, leur dire que je ne savais pas quand j’aurais besoin d’eux mais que j’aurais besoin d’eux.”

MG 3 “Et ça c’est tout l’enjeu... des équipes de soins palliatifs, c’est leur capacité à pouvoir s’adapter dans un système qui devient de plus en plus tendu [...]. Et en fait, c’est là où il y a de la richesse souvent dans les équipes de soins palliatifs, c’est quand il y a un peu de marge de manœuvre pour pouvoir justement organiser des RCP délocalisées.”

MG 5 “Avec des expériences qui étaient très très intenses, très riches, très douloureuses. Mais épaulée de l’équipe de soins pall c’est passé.”

4. Modèle explicatif de notre étude

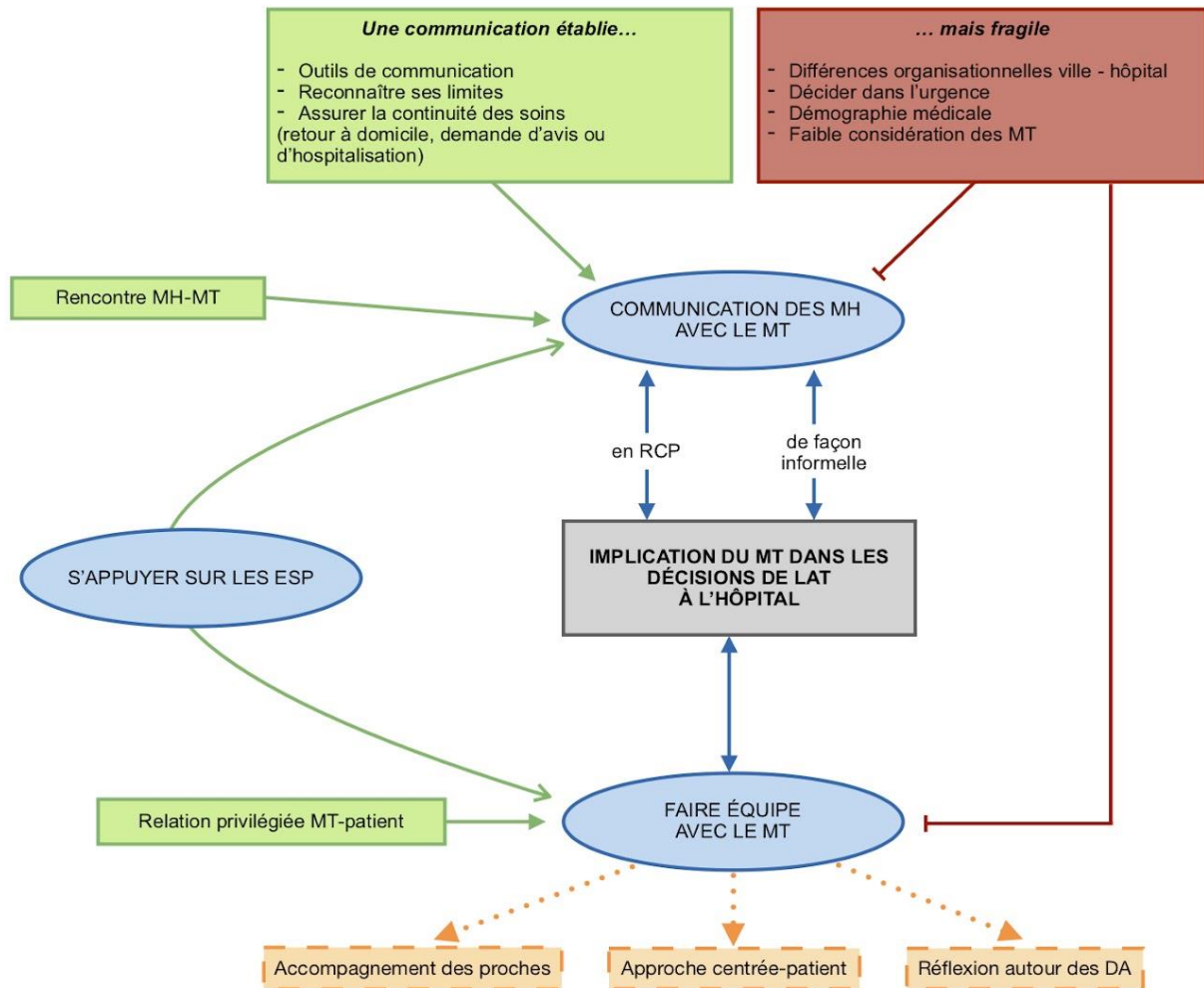


Figure : Freins et leviers de l'implication du MT dans les décisions de LAT à l'hôpital d'après les entretiens menés auprès des médecins hospitaliers et généralistes libéraux.

- Favorise
- | Freine
- ⋯→ Engendre

MH : Médecin hospitalier - MT : Médecin traitant - ESP : Equipe de soins palliatifs - RCP : Réunion de concertation pluridisciplinaire - DA : Directives anticipées - ACP : Approche centrée patient

DISCUSSION

1. Communiquer pour prendre une décision de LAT.

Notre étude souligne l'existence d'une communication entre médecins hospitaliers et médecins traitants. Les échanges s'effectuent principalement par téléphone et messagerie sécurisée, et peuvent être favorisés par la mise à disposition d'un annuaire téléphonique de l'hôpital de proximité. Cette communication est malheureusement altérée par des facteurs indépendants de leur volonté : des emplois du temps peu compatibles (12), un problème démographique (13) qui entraîne une surcharge de travail chez les uns et les autres ainsi qu'un épuisement général des soignants.

Lorsqu'une limitation ou un arrêt des thérapeutiques est envisagé, et que le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté, les médecins sont dans l'obligation de se concerter (11). Pour respecter cette collégialité, les médecins hospitaliers interrogés structurent leurs discussions sous la forme de RCP. Par souci de rapidité et de simplicité d'organisation, ils y convient plus facilement leurs confrères hospitaliers. Ainsi, les médecins généralistes sont souvent éloignés des prises de décisions concernant leurs patients en fin de vie (14).

Les échanges à propos de la fin de vie entre médecins hospitaliers et médecins généralistes ont lieu de manière informelle, en amont de la RCP. Par ailleurs, ils établissent cette communication plus aisément lorsqu'ils se connaissent (12).

Afin d'améliorer la communication ville-hôpital, les médecins hospitaliers et généralistes libéraux sont disposés à se rencontrer. Ces rencontres pourraient être virtuelles. En effet, dans les discussions de LAT, un médecin hospitalier évoque la possibilité d'organiser des RCP en visioconférence pour faciliter la participation du médecin traitant. Cette proposition a été récemment suggérée par le Collège de médecine générale (CMG) (15) dans les suites de la publication du rapport de la convention citoyenne sur la fin de vie (16).

2. Impliquer le médecin traitant pour assurer une approche centrée patient.

Les médecins hospitaliers ont une vision du travail des médecins généralistes qui leur est propre et leur reprochent un manque d'investissement. Pour autant ils sont conscients de l'unicité de la relation médecin traitant-patient qui fait du médecin traitant une source d'informations pertinentes, en particulier dans les situations de fin de vie. Les médecins généralistes ont un lien privilégié avec leur patient du fait de l'ancienneté de la relation et la confiance établie. Ils connaissent l'environnement bio-psycho-social du patient, ce qui inscrit leur travail dans une approche centrée sur le patient (17). Ils souhaitent rester au centre du parcours de soins et attendent davantage de considération de la part de leurs confrères hospitaliers.

Les directives anticipées sont une aide à l'abord du sujet de la fin de vie. Leur rédaction est complexe et demande au patient de se confronter à sa propre mort (18). Selon la loi Clayes-Leonetti, il est du devoir du médecin traitant d'informer son patient « de la possibilité et des conditions de rédaction de directives anticipées » (19). Dans notre étude, certains médecins hospitaliers souhaitent que les médecins traitants initient la rédaction des DA avec les patients. Les médecins généralistes interrogés reconnaissent leur rôle dans la sensibilisation aux DA mais y rencontrent des difficultés (20). Les praticiens hospitaliers et généralistes sont unanimes, aborder les DA ne peut pas être systématisé et nécessite un investissement partagé pour leur mise à jour régulière. D'autre part, sensibiliser le patient aux DA l'inciterait à échanger avec son entourage au sujet de la fin de vie. Ce dialogue du patient avec ses proches faciliterait leur compréhension de la prise en charge et améliorerait leur communication avec les médecins hospitaliers. Une étude qualitative de 2020 mentionne la discussion au sujet de la fin de vie du patient avec son entourage comme un facteur promoteur à l'application des DA (21).

La complémentarité entre médecins hospitaliers et médecins traitants les intègre dans une même équipe autour du patient. Ce travail en équipe semble indispensable dans la fin de vie, où les médecins expriment le besoin de ne pas être seuls.

3. Les équipes de soins palliatifs, un lien entre médecins traitants et médecins hospitaliers.

Les équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP) ont une place essentielle dans l'accompagnement des médecins qui côtoient la fin de vie (22). La société de réanimation de langue française les place comme des consultants de choix dans les décisions de LAT (23). Dans notre travail, les médecins hospitaliers interrogés les considèrent d'ailleurs comme des interlocuteurs privilégiés compte tenu de leur présence à l'hôpital et de leur expertise dans la fin de vie. Ils apprécient leur travail de recueil d'informations auprès des différents acteurs accompagnant le patient, notamment auprès du médecin traitant.

Pour les médecins généralistes, accompagner leur patient jusqu'à la fin représente l'accomplissement de la relation médecin traitant-patient. Ils apprécient la disponibilité des équipes mobiles de soins palliatifs dans ces prises en charge complexes. D'autres études mettent en avant le rôle des EMSP comme soutien auprès des médecins généralistes, grâce à la mise à disposition de protocoles clairs et facilement applicables (24) (25). Elles sont une aide à la coordination des soins et s'adaptent au médecin qui les sollicite. Elles impliquent le médecin traitant dans les discussions de LAT lors de la réalisation de RCP au domicile.

Les équipes de soins palliatifs ont un rôle essentiel dans la communication ville-hôpital concernant la fin de vie et semblent être un levier à l'implication du médecin traitant dans la prise de décision de LAT à l'hôpital.

4. Forces et faiblesses de l'étude

A. L'échantillonnage

Le recrutement par effet boule de neige a limité l'origine des participants au bassin Manosquin et au pays d'Aix.

Néanmoins, le choix de la zone géographique des médecins généralistes interrogés a posteriori des médecins hospitaliers a permis d'obtenir un point de vue en miroir.

Aussi, le recrutement choisi a engendré la participation, à deux reprises, de deux médecins hospitaliers appartenant au même service, cela a pu favoriser l'apparition d'un biais de sélection. Ce biais a pu être accentué par le recrutement de médecins sensibles au sujet des soins palliatifs, puisqu'ils étaient informés en amont de l'entretien du thème de l'étude.

Cependant, la diversité des participants en termes d'âge, de durée d'exercice et d'expérience en soins palliatifs a contribué à la pluralité des données.

B. Le recueil des données

Il s'agissait du premier travail de recherche des investigatrices. Cela peut expliquer l'existence d'un biais de subjectivité par l'influence involontaire de ces dernières lors de la direction des entretiens, et ce malgré l'existence d'un guide d'entretien ouvert.

Le guide d'entretien pour les médecins généralistes n'a pas été testé mais a été réalisé après l'ensemble des échanges avec les médecins hospitaliers, en prenant en compte les différents thèmes émergents.

Le statut de médecin généraliste des investigatrices a pu constituer un frein à la libre expression des médecins hospitaliers quant à leur avis sur la place du médecin traitant dans les prises en charge hospitalières.

Néanmoins le caractère individuel des entretiens a permis de créer un espace propice au récit de chacun, sans jugement.

Les entretiens auprès des médecins hospitaliers ont été effectués sur leur lieu de travail, engendrant parfois des interruptions transitoires des échanges.

Les entretiens auprès des médecins généralistes ont été réalisés en présence d'une seule des investigatrices. Contrairement aux entretiens menés auprès des médecins hospitaliers, la communication non verbale n'a pas pu être recueillie et il n'y

a pas eu la possibilité d'un regard critique sur le déroulé de l'entretien. De plus, par manque de temps et de disponibilité des médecins, le seuil de saturation pour les entretiens des médecins généralistes aurait pu être consolidé.

Douze entretiens sur quatorze ont été réalisés sur le lieu de travail des médecins, leur environnement habituel, ce qui a pu leur procurer un sentiment de confiance pour échanger avec les investigatrices.

C. L'analyse des données

L'analyse des données a été effectuée au fur et à mesure de la réalisation des entretiens, permettant un processus d'itération permanent favorable à l'enrichissement des données.

Les thèmes abordés sont apparus suite à l'analyse de chaque entretien à la lumière du précédent.

L'ensemble de l'analyse ouverte a bénéficié d'une triangulation par confrontation systématique des résultats des deux investigatrices.

D. La discussion

Le point de vue des médecins généralistes sur leur implication dans les décisions de LAT à l'hôpital a été étudié dans de nombreuses thèses qualitatives.

Cependant, le travail de bibliographie réalisé a mis en avant l'existence de peu d'études qualitatives prenant en compte le point de vue des médecins hospitaliers concernant la place du médecin traitant dans ces prises en charge.

CONCLUSION

La limitation et l'arrêt des thérapeutiques (LAT) sont définis par la loi et nécessitent une procédure de collégialité dans le cas où le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté. Impliquer le médecin traitant dans la prise de décision de LAT n'est pas obligatoire mais semble intéressant pour inscrire la prise en charge dans une démarche de soins centrée sur le patient.

Dans l'objectif d'accompagner au mieux leur patient en fin de vie, médecins hospitaliers et médecins généralistes pourraient faire partie d'une même équipe. La pérennité de leur relation demande un investissement partagé et une reconnaissance du rôle de chacun. Les équipes de soins palliatifs sont pour eux un soutien. Elles sont un intermédiaire essentiel dans la communication ville-hôpital permettant ainsi la continuité des soins.

La communication ville-hôpital dans la fin de vie est essentielle pour l'implication du médecin traitant dans la prise de décision de LAT. Les médecins hospitaliers interrogés sont favorables à sa participation, physique ou virtuelle, à ces prises de décisions. Cela répondrait au désir des médecins généralistes d'être davantage considérés dans les prises en charge de la fin de vie. Il pourrait être intéressant d'étudier la mise en place d'une invitation systématique du médecin traitant à une RCP de LAT : son développement, sa faisabilité et ses avantages.

BIBLIOGRAPHIE

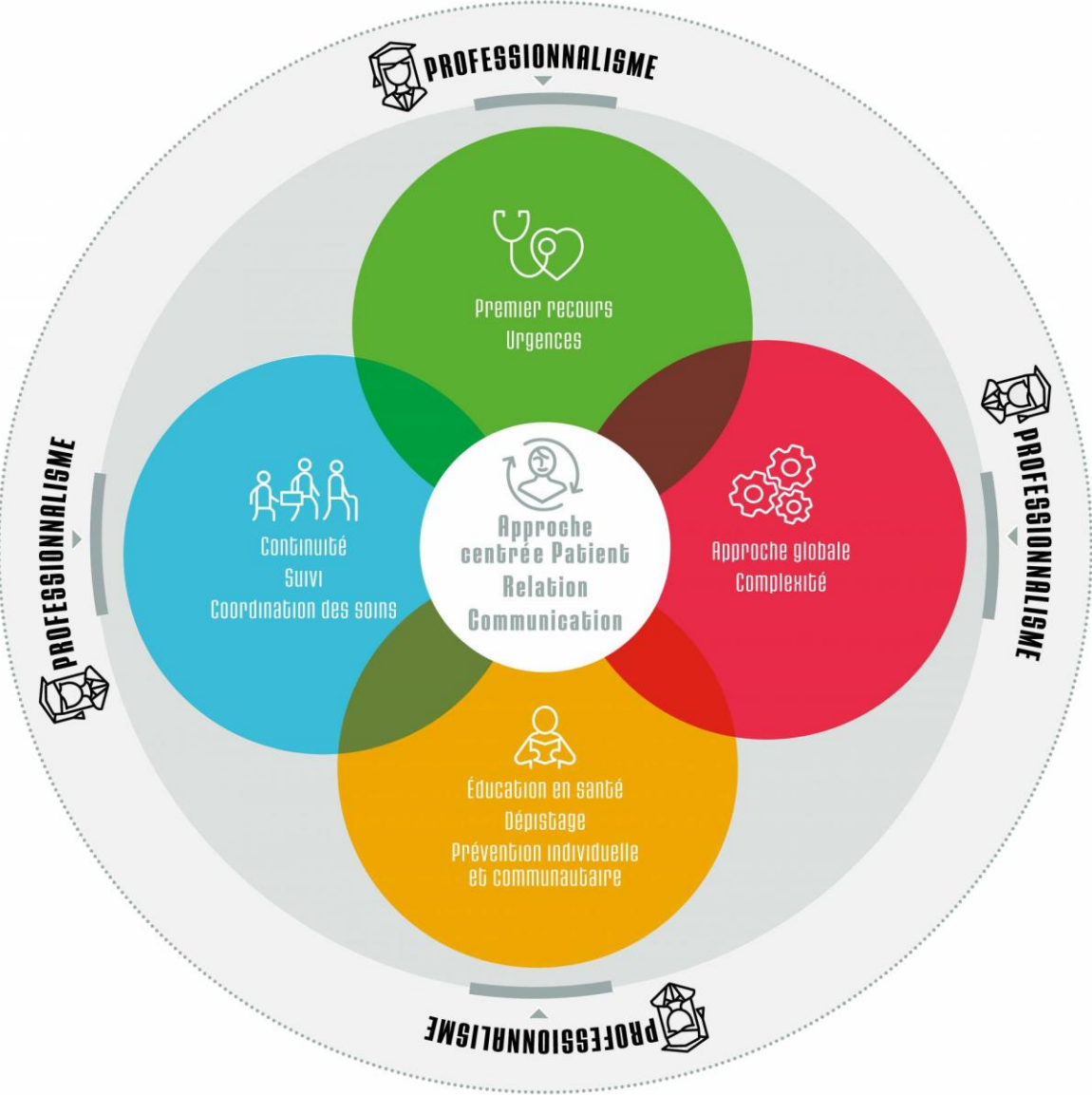
1. Code de la sécurité sociale - Article L162-5-3. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000043499910/.
2. Code de la santé publique - Article R4127-63. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000033547991
3. Dictionnaire de français Larousse. ed. : Larousse. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/communication/17561>.
4. Lemaire N. Évaluation qualitative de la relation ville-hôpital du point de vue des généralistes : données explicatives et ressenti face aux difficultés de communication. Thèse de médecine : Université Paris Descartes, 2016. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01347479>.
5. Shannon C., Weaver W. La théorie mathématique de la communication. ed. Paris : Cassini, 2017.
6. Nazroo A. Communication ville-hôpital en 2020 dans les Alpes-Maritimes : les préférences des médecins généralistes. Thèse de médecine : Université de Nice Sophia-Antipolis, 2020. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03113644>.
7. Code de la santé publique-article R1112-1-2. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000032924484?fbclid=IwAR2MvyFIJ8APC1ID6cJvJ5-DjFObhWaPEzEc2A3c91QbDAawsCs-il3PSE
8. Circulaire DGS/3D du 26 août 1986 relative à l'organisation des soins et à l'accompagnement des malades en phase terminale - APHP DAJDP. Disponible sur: <http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dgs3d-du-26-aout-1986-relative-a-lorganisation-des-soins-et-a-laccompagnement-des-malades-en-phase-terminale/>
9. Loi n° 99-477 du 9 juin 1999 visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs.
10. Code de la santé publique-article R4127-37. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000032973602

11. Code de la santé publique-article R4127-37-2. Relatif à la limitation ou arrêt de traitement. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/code-deontologie/devoirs-patients-art-32-55/article-37-2-limitation-arret-traitement>
12. Dazelle J. Évaluation du lien ville-hôpital par les médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais dans le cadre de la fin de vie. Thèse de médecine : Université de Lille, 2023. Disponible sur: <https://pepite.univ-lille.fr/ori-oai-search/notice/view/univ-lille-37547>
13. Conseil national de l'Ordre des médecins. Atlas de la démographie médicale en France, 2023.
14. Chioukh S. Soins palliatifs à domicile: vécu des médecins généralistes. Thèse de médecine : Aix-Marseille Université, 2023. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04361417>
15. Collège de médecine générale. Loi sur la fin de vie : propositions du CMG. Paris, 2024.
16. Conseil économique, social et environnemental. Synthèse de la Convention citoyenne sur la fin de vie. Paris, 2023. Disponible sur: https://www.participation-citoyenne.gouv.fr/trouver-une-concertation/159_convention-citoyenne-sur-la-fin-de-vie/avis_des_citoyens
17. Alain M, Ferrat E, Perdrix C, Aubin-Auger I. L'approche centrée patient : histoire d'un concept (revue narrative de littérature). *Exercer* 2021;(176):368-74.
18. Zambonino M. Quels sont les facteurs freinateurs à la réalisation des directives anticipées pour la communauté depuis la loi Claeys-Leonetti ? Une analyse thématique basée sur une revue de la littérature. Thèse de médecine : Université de Bretagne Occidentale, 2019. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03336251>
19. Loi n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie.

20. Pancher J. Quels sont les freins à l'application des directives anticipées pour les médecins généralistes ? Une étude qualitative par entretiens collectifs auprès de médecins généralistes dans le Finistère. Thèse de médecine : Université de Bretagne occidentale, 2020. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02982095>
21. Dubois A. Quels sont les facteurs promoteurs de l'application des directives anticipées pour les médecins généralistes ? Une étude qualitative par entretiens collectifs, menée auprès de médecins généralistes du Finistère. Thèse de médecine : Université de Bretagne occidentale, 2020. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02978460>
22. Viallard ML. Apports possibles d'une équipe mobile d'accompagnement et de soins palliatifs dans les situations de limitation et d'arrêt de traitement actif. Médecine Palliative : Soins de Support - Accompagnement - Éthique 2009;8(1):3-6.
23. Cremer R, Graftieaux JP, Renault A, Gall GL, Haddad L, Dreyfuss D. Le consultant pour les limitations et les arrêts de traitement en réanimation. Médecine Intensive Réanimation 2012;21(2):231-5.
24. Cardonne L, Planchet-Barraud B. Étude de la coordination de soins entre les médecins généralistes en région PACA et le réseau de soins palliatifs ReSP13. Thèse de médecine : Aix-Marseille Université, 2022.
25. Héron A. Évaluation de la collaboration entre le réseau de soins palliatifs Resp13 et les médecins généralistes dans le cadre de la prise en charge des patients en soins palliatifs à domicile. Thèse de médecine : Aix-Marseille Université, 2021. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03279795>

ANNEXES

1. Marguerite des compétences



2. Relations concepts-compétences de médecine générale

Mise en relation des concepts avec les 11 compétences de médecine générale	
COMPETENCES DE LA MEDECINE GENERALE	CONCEPTS EN RAPPORT
1. Gérer le premier contact avec les patients	<ul style="list-style-type: none"> - Le carré de White (n°1) - Les soins primaires (n°3)
2. Coordonner les soins avec d'autres professionnels des soins primaires ou d'autres spécialistes afin de fournir des soins efficaces et appropriés, en assumant un rôle de défenseur du patient quand cela est nécessaire.	<ul style="list-style-type: none"> - Le travail en coordination (n°12) - La collusion de l'anonymat (n°13) - La soumission à l'autorité (n°14)
3. Adopter une approche centrée sur la personne lors de la prise en charge des patients et de leurs problèmes	<ul style="list-style-type: none"> - Modèle biomédical versus holiste (n°8) - Diagnostic de situation, démarche OPE, EBM (n°10) - Approche systémique (n°9) - Décision médicale partagée (n°34) - Histoire commune, histoire partagée (n°7) - La compagnie d'investissement mutuel (n°15) - Patient, client, partenaire : trois modes de relation médecin-malade (n°16)
4. Utiliser la consultation pour créer une relation efficace entre le médecin et le patient	<ul style="list-style-type: none"> - La fonction apostolique (n°17) - Eléments de communication (n°18) - La confusion des langues (n°19) - Eléments psychanalytiques (n°20) - Remède médecin, effet médecin (n°41)
5. Assurer la continuité des soins selon les besoins du patient	<ul style="list-style-type: none"> - La continuité des soins (n°5) - Diachronie, synchronie, épisode de soin (n°6) - Cas nouveau, cas persistant (n°28) - Passage à l'acte ou décision différée (n°35) - La loi de répartition régulière des cas (n°2) - L'anamnèse avant tout (n°24) - L'examen physique : rituel diagnostique et relationnel (n°25)
6. Utiliser le processus spécifique de prise de décision (analyse décisionnelle) déterminé par la prévalence et l'incidence des maladies en soins primaires	<ul style="list-style-type: none"> - Modes de raisonnement diagnostique (n°26) - Le diagnostic : une difficulté surmontable (n°27) - Le sablier de la démarche médicale (n°30) - Apprivoiser l'inévitable incertitude (n°31) - Eléments de la démarche décisionnelle (n°32)
7. Gérer des situations au stade précoce et indifférencié, et intervenir dans l'urgence quand cela est nécessaire	<ul style="list-style-type: none"> - Intervention au stade précoce et non différencié des maladies (n°4) - Le diagnostic : une difficulté surmontable (n°27) - Gestion du risque : Diagnostic Etiologique Critique (n°29) - Apprivoiser l'inévitable incertitude (n°31)
8. Gérer simultanément les problèmes aigus et chroniques du patient	<ul style="list-style-type: none"> - Gestion simultanée de problèmes de santé aigus et chroniques (n°11) - L'offre du malade (n°21) - Gestion des polyopathologies (n°37) - L'inertie thérapeutique (n°38)
9. Promouvoir l'éducation pour la santé en appliquant de manière appropriée des stratégies de promotion de la santé et de prévention des maladies	<ul style="list-style-type: none"> - Prévention quaternaire (n°40) - L'éducation thérapeutique (n°39)
10. Réconcilier les besoins en soins médicaux des patients individuels avec les besoins en soins médicaux de la communauté dans laquelle ils vivent, et cela en équilibre avec les ressources disponibles	<ul style="list-style-type: none"> - Prescrire, ordonner (n°36) - L'inertie thérapeutique (n°38) - Prévention quaternaire (n°40)
11. Utiliser un modèle biopsychosocial qui prenne en considération les dimensions culturelles et existentielles	<ul style="list-style-type: none"> - Modèle biomédical versus holiste (n°8) - Approche systémique (n°9) - Diagnostic de situation, démarche OPE, EBM (n°10) - De la sémiologie à la sémiotique (n°22) - Le symptôme : mythes et réalités (n°23) - Espace de liberté décisionnelle (n°33)

3. La fiche Urgence Pallia

Issue de la Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs.

Fiche URGENGE PALLIA



Concernant une personne en situation palliative ou palliative terminale

Fiche destinée à informer un médecin intervenant lors d'une situation d'urgence. Celui-ci reste autonome dans ses décisions.

RÉDACTEUR Nom : <input type="text"/>		Statut du rédacteur : <input type="text"/>	
Téléphone : <input type="text"/>		ou tampon : <input type="text"/>	
Fiche rédigée le : <input type="text"/>			
PATIENT <input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme NOM : <input type="text"/>		Prénom : <input type="text"/>	
Rue : <input type="text"/>		Né(e) le : <input type="text"/>	
CP : <input type="text"/>	Ville : <input type="text"/>	Téléphone : <input type="text"/>	
N° SS : <input type="text"/>	Accord du patient pour la transmission des informations : <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Impossible		
Médecin traitant : <input type="text"/>	Joignable la nuit <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> NA ¹	Tél : <input type="text"/>	
Médecin hospitalier référent : <input type="text"/>		Tél : <input type="text"/>	
Service hospitalier référent : <input type="text"/>		Tél : <input type="text"/>	
Lit de repli possible ² : <input type="text"/>		Tél : <input type="text"/>	
Suivi par HAD : <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> NA	<input type="text"/>	Tél : <input type="text"/>	
Suivi par EMSP : <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> NA	<input type="text"/>	Tél : <input type="text"/>	
Suivi par réseau : <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> NA	<input type="text"/>	Tél : <input type="text"/>	
Autres intervenants à domicile : <input type="text"/> (SSIAD, IDE libérale...) avec leur(s) numéro(s) de téléphone			
Pathologie principale et diagnostics associés : <input type="text"/>			
Le patient connaît-il son diagnostic ? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> En partie <input type="radio"/> NA Son pronostic ? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> En partie <input type="radio"/> NA			
L'entourage connaît-il le diagnostic ? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> En partie <input type="radio"/> NA Le pronostic ? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> En partie <input type="radio"/> NA			
Réflexion éthique collégiale sur l'orientation des thérapeutiques : <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> En partie <input type="radio"/> NA			
Projet thérapeutique : <input type="text"/>			
Symptômes et risques possibles : <input type="checkbox"/> Douleur <input type="checkbox"/> Dyspnée <input type="checkbox"/> Vomissement <input type="checkbox"/> Encombrement <input type="checkbox"/> Anxiété majeure <input type="checkbox"/> Agitation <input type="checkbox"/> Convulsions <input type="checkbox"/> Occlusion <input type="checkbox"/> Autres (à préciser dans cette zone →)			
si extrême, l'écrire en majuscules			
Produits disponibles au domicile : <input type="text"/>			
Prescriptions anticipées : <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> NA			
DÉMARCHE PRÉVUE <input type="radio"/> Avec accord patient le <input type="text"/> <input type="radio"/> Projet d'équipe si accord patient impossible			
Hospitalisation : <input type="radio"/> Souhaitée si aggravation <input type="radio"/> Envisageable <input type="radio"/> Refusée autant que possible <input type="radio"/> NA			
Soins de confort exclusifs : <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> NA		Décès à domicile : <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> NA	
Réanimation en cas d'arrêt cardio-respiratoire : <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> NA		Massage cardiaque : <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> NA	
Ventilation non invasive : <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> NA		Intubation : <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> NA	
Usage d'amines vaso-actives : <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> NA		Trachéotomie : <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> NA	
Sédation en cas de détresse aiguë avec pronostic vital engagé : <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> NA		Remplissage : <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> NA	
Directives anticipées <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> NA Rédigées le <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Copie dans le DMP			
Personne de confiance <input type="text"/>		Lien : <input type="text"/>	Tél : <input type="text"/>
Où trouver ces documents ? <input type="text"/>			
Autre personne à prévenir <input type="text"/>		Lien : <input type="text"/>	Tél : <input type="text"/>

1) NA = Non Applicable ou inconnu

2) Validé au préalable avec le service concerné

Version fiche 2017-06

4. Guide d'entretien des médecins hospitaliers

Recueil de l'accord pour enregistrer l'entretien.

Les critères socio-démographiques :

- Homme/Femme
- Âge
- Année de début d'exercice
- La durée d'exercice dans le lieu de travail actuel
- Avez-vous une expérience professionnelle extrahospitalière ?
- Avez-vous une expérience en soins palliatifs ? (DU, formation...)

Question brise-glace :

- Comment fonctionne le travail en équipe dans votre service ?

Précisions : Y a-t-il des réunions d'équipe dans votre service ? Si oui, à quelle fréquence ? Sont-elles régulières ? Comment se déroulent-elles ? Qui y participe ?

Questions ouvertes :

- Pourriez-vous me raconter la dernière RCP (pas nécessairement pour une prise de décision de limitation thérapeutique) à laquelle vous avez participé ?
- Qui étaient les participants de la RCP ?
- Dans le cadre spécifique d'une prise de décision de LAT quels acteurs vous semblent indispensables ?
- Quel type d'interactions avez-vous avec les MT de vos patients ?
- Comment voyez-vous la mise en place d'une participation du MT aux RCP ? (Que pensez-vous de la participation du MT aux RCP ?)
- Avez-vous déjà eu l'occasion de faire participer un MT à une de ces réunions ?

Si oui :

- Pouvez-vous nous raconter cette/ces expérience(s) ?
- Quelle était la place du MT pendant la réunion ? (contact téléphonique, présence physique, était-il actif ou passif)
- D'après vous, quels ont été les avantages de l'avoir parmi vous lors de la RCP ?
- Avez-vous rencontré des difficultés pour le contacter/pour qu'il soit présent ? Si oui, lesquelles ?

Si non :

- Pouvez-vous nous dire quels sont les freins, les obstacles que vous rencontrez ?
- D'après vous quel impact son absence a-t-elle pu avoir sur la prise de décision ?
- Dans le cadre spécifique d'une prise de décision de LAT, quel peut être l'apport de la participation du MT d'après vous ?
- Comment envisagez-vous vos prochaines RCP ? (Pensez-vous continuer à contacter les MT et de quelle manière ? De façon systématique ou au cas par cas ? Par l'intermédiaire du secrétariat, par courrier ou par téléphone ?)

5. Guide d'entretien des médecins généralistes

Recueil de l'accord pour enregistrer l'entretien.

Les critères socio-démographiques :

- Homme/Femme
- Âge
- Année de début d'exercice
- Quel type d'activité libérale exercez-vous ? (cabinet seul, de groupe, maison de santé...)
- Quelle est la zone géographique d'exercice ? (rurale, semi-rurale, urbaine / distance de l'hôpital le plus proche)
- Depuis quand êtes-vous installés dans le cabinet actuel ?
- Avez-vous eu une expérience hospitalière ? Si oui, avez-vous travaillé dans l'hôpital de proximité ?
- Faites-vous des visites à domicile ?
- Avez-vous une expérience en soins palliatifs ? (DU, formations...)

Questions brise-glace :

- Comment organisez-vous votre temps de travail ? (sur ou sans rendez-vous, visites à domicile, créneaux d'urgences, lecture des biologies et du courrier...)
- Avez-vous un secrétariat sur place ? Si oui, y a-t-il des consignes spécifiques ?

Questions ouvertes :

- Pourriez-vous nous décrire les liens/interactions que vous avez avec l'hôpital ?
- Quel type d'interactions avez-vous avec les médecins hospitaliers ? (les moyens de communication, la fréquence, les spécialistes...)
- Comment êtes-vous tenus au courant de l'évolution de votre patient hospitalisé pour une prise en charge palliative ?
- Pourriez-vous nous raconter la dernière fois que l'hôpital a pris contact avec vous pour un patient hospitalisé en soins palliatifs ?
Et dans le cas d'un patient en limitation thérapeutique ?
- Comment abordez-vous le sujet des directives anticipées avec vos patients ?
- Avez-vous déjà été invité à participer à une RCP ?

Si oui :

- A quelle fréquence avez-vous été sollicité ?
- Pouvez-vous nous raconter la dernière RCP à laquelle vous avez participé ?
- Comment avez-vous été contacté ? (pouvez-vous nous raconter la prise de contact). Quelle était votre place dans cette réunion ?
- D'après vous, quelle a été l'influence de votre présence sur la suite de la prise en charge ?
- Sur le plan personnel, quel est votre bilan concernant cette expérience ? (seriez-vous prêt à participer de nouveau à une RCP ?)

Si non :

- Pouvez-vous nous raconter une situation dans laquelle l'absence de votre sollicitation a pu avoir une influence sur la prise en charge ?
 - Dans quelle situation vous semble-t-il utile d'être sollicité / impliqué ?

6. Formulaire standard des directives anticipées

En l'absence de maladie grave.

Disponible sur le site internet du gouvernement *sante.gouv.fr*

Directives anticipées

Mes directives anticipées

Modèle B

→ ***Je pense être en bonne santé***

→ ***Je ne suis pas atteint d'une maladie grave***

Je rédige les présentes directives anticipées pour le cas où je ne serais plus en mesure de m'exprimer au moment de la fin de ma vie.

Mes volontés sont les suivantes :

1° à propos des situations dans lesquelles je veux ou je ne veux pas que l'on continue à me maintenir artificiellement en vie (par exemple traumatisme crânien, accident vasculaire cérébral, etc.. entraînant un « état de coma prolongé » jugé irréversible).

J'indique ici notamment si j'accepte ou si je refuse que l'on me maintienne artificiellement en vie dans le cas où j'aurais définitivement perdu conscience et où je ne pourrais plus communiquer avec mes proches :

.....
.....

2° à propos des actes et des traitements médicaux dont je pourrais faire l'objet.

La loi prévoit qu'au titre du refus de l'obstination déraisonnable, ils peuvent ne pas être entrepris ou être arrêtés s'ils apparaissent inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie.

J'indique donc ici si j'accepte ou si je refuse de tels actes (par exemple : réanimation cardio respiratoire, assistance respiratoire, alimentation et hydratation artificielles, etc.) :

.....
.....

3° à propos de la sédation profonde et continue associée à un traitement de la douleur.

En cas d'arrêt des traitements qui me maintiennent en vie, j'indique ici si je veux ou non bénéficier d'une sédation profonde et continue associée à un traitement de la douleur, c'est-à-dire d'un traitement qui m'endort et a pour objectif la perte de conscience jusqu'à mon décès :

.....
.....

Fait le à

Signature

8. Entretiens médecins hospitaliers

Entretien 1

S Comment fonctionne le travail en équipe dans ton service ?

PH1 Alors le travail en équipe dans le service se passe globalement bien sachant qu'on est un service à aucun temps plein. Y'a que des postes euh... réduits euh... au niveau activités dans le soucis en fait de permettre d'avoir un, d'avoir un, un... une vie personnelle à côté qui puisse être compatible avec l'exercice en service hospitalier. Euh...

S Et après avec les équipes, pas que médicales ?

PH1 Alors les équipes paramédicales, le fait d'être scindé sur deux étages fait que ça porte à défaut la création d'un projet de service, c'est à dire qu'on n'est pas considéré comme un service à part entière. Puisque du coup y'a deux équipes paramédicales, donc ça c'est le gros frein de la, du service.

S Euh. Donc est ce que y'a des réunions d'équipe quand même? Malgré ça ?

PH1 On a des réunions de service à peu près une fois par an... On a une grosse réunion de service

une à deux fois par an dans chaque service. Et... avant qu'X soit parti, qu'il parte, en soins palliatifs on avait les super... fin on avait les groupes de supervisions. Les groupes de paroles, qu'on avait une fois par mois euh... et qu'on faisait nous sur la gastro. Ou là on pouvait avoir un espace d'échange sur les prises en charge médicales et paramédicales qui avaient posé soucis à l'équipe.

S D'accord. Des soucis euh... psychologiques ou ?

PH1 Ça pouvait être varié, c'était surtout des prises en charge de fin de vie mais ça pouvait être aussi sur des prises en charges où l'équipe avait été en difficulté ou avec une famille, ou avec une décision médicale ou sur des troubles comportementaux ou des choses comme ça. Sur les gros troubles du comportement on se rend compte que souvent l'équipe paramédicale est quand même démunie.

S Donc oui, qui participe à ces réunions ? infirmières, aide-soignantes ?

PH1 Infirmières, aide soignantes, la cadre, et en générale euh nous on essaie, celles qui sont présentes, l'ensemble de l'équipe médicale du service si on est là ce jour là en fait. Et les réunions de services présence obligatoire de tous les médecins du service.

S D'accord. Est ce que tu peux nous raconter la dernière RCP à laquelle t'as participé ?

PH1 Alors euh... nous... les RCP on n'en fait pas à titre personnel en fait... elles sont soumises en fait en général aux spécialistes et on y participe pas forcément en fait en présentiel. Donc... moi j'ai pas de RCP au sein du service. Je, je mets mes dossiers en RCP mais ce n'est pas moi qui les propose en fait.

S Et, quand tes dossiers sont mis en RCP et qu'il y en a une sur ton patient tu es... conviée ?

PH1 Non, non.

S Qui est ce qui fait la RCP ?

PH1 Ben si c'est sur une découverte par exemple la dernière fois c'était sur des tumeurs, sur une tumeur neuro-endocrine au niveau pulmonaire c'est... le médecin de pneumo qui le passe en RCP et après il nous informe de la décision de la RCP et de qui revoit le patient après.

S D'accord. Donc ça c'est plus sur les chimiothérapies.

PH1 C'est ça.

S Est ce que t'as déjà eu des cas de RCP pour les soins palliatifs ?

PH1 Alors ça j'en ai déjà fait... J'en ai fait dans le service depuis qu'on est ouvert, j'en ai fait 2. Euh... J'en ai fait dans des cas de polyhandicap en fait. Donc j'en ai fait une pour Mme F*, tu étais là euh... donc ça c'était la deuxième et j'en avais refait une autre sur un patient pareil qui avait fait 6 mois... ah je sais plus, il avait fait 1 an de réanimation et donc on l'avait passé en RCP essentiellement pour acter le, pour savoir son devenir. C'est-à-dire si on... le mettait en USLD avec un problème financier derrière ou si on le gardait au sein de la structure du MCO et du coup j'avais demandé en fait une RCP pour décider. Comme c'était sur un problème ortho, y'avait l'orthopédiste, le président du comité d'éthique, Dr Y puisque c'est elle qui l'avait eu en réa pendant 18 mois, nous et Dr Z qui est le médecin de soins palliatifs.

S Il y avait aussi des paramédicaux ?

PH1 Alors à ces réunions RCP, non et à Mme F* je ne crois pas non plus hein... Non.

S Et il n'y a pas eu de médecins généralistes conviés à ... ?

PH1 Alors les deux n'en avaient pas.

S ... Et dans le cadre spécifique donc des prises de décisions de limitations thérapeutiques, quels acteurs te semblent indispensables dans la RCP ?

PH1 Alors... euh... (Blanc). Si il y a une pathologie tumorale ou cancéreuse l'oncologue référent ou enfin, l'oncologue référent, le médecin de soins palliatifs euh et en général je remets une tierce personne qui ne fait pas partie de... qui est extérieur à toutes ces prises en charge là. Donc par exemple Dr W parce que sur son côté éthique, qui n'a pas participé à la prise en charge, ou je vais prendre une réanimatrice ou un réanimateur c'est-à-dire quelqu'un qui n'a pas, qui a un regard totalement externe au dossier.

S D'accord.

PH1 En général c'est comme ça que j'essaie de les monter.

S Quel type d'interactions tu as avec les médecins traitants de tes patients ?

PH1 Alors... c'est... assez variable. Euh... moi personnellement euh je les appelle pas forcément sauf sur des, quand y'a pas... c'est une problématique qui va être très rapide, une pyélonéphrite etc je les appelle pas forcément. Quand j'ai des problématiques beaucoup plus complexes, euh... je les sollicite systématiquement. Dans le service ils reçoivent un mail quand leurs patients sont hospitalisés avec nos coordonnées directes donc en fait si le médecin généraliste souhaite nous appeler il a la possibilité de nous joindre aussi directement. Donc des fois ils nous joignent comme ça. Après... je ne suis pas celle qui appelle le plus les médecins généralistes j'avoue. (Rires)

S (Rires communs)

PH1 Je n'ai pas encore trop le réflexe tu vois de, de pouvoir forcément l'appeler et le solliciter.

S Par contre oui, tu disais les prises en charge complexes c'est à dire si on est sur euh un soins palliatifs...

PH1 Si on est sur un soin palliatif je vais l'appeler, si on est sur les prises en charges des polyhandicapés j'appelle le médecin coordonnateur de la MAS, j'appelle son médecin traitant euh... voilà. Euh sur des patients âgés j'appelle le médecin généraliste en général voilà sur des... Voilà ou le spécialiste, je les appelle mais pas sur les prises en charge courtes. Rapides.

S Oui. Ok. Et comment tu verrais la mise en place d'une participation du médecin traitant aux RCP ?

PH1 (Blanc) Alors... c'est compliqué parce que je... (Position du corps en retrait)... trouve que là, pour le côté hospitalier ça veut dire que quand ils arrivent et que je suis obligée de faire une limitation thérapeutique c'est que... dans un sens, pour moi on n'a pas... forcément anticipé non plus avant. Euh... Donc c'est assez compliqué en fait de retrouver sa place à ce moment-là. Surtout

que moi je ne suis pas, je suis, on n'est pas un service d'onco où on a pu avoir un lien durant les chimios avec les patients. Souvent nous, ils arrivent quand même dans le service soit parce que c'est une découverte et on arrive des fois sur des stades d'emblée palliatifs parce qu'on vient sur une perte de poids, une ascite, etc. Donc souvent nous quand même les prises en charge qu'on a, elles sont souvent pré-terminales donc là c'est un peu euh, c'est un peu compliqué de remettre le médecin généraliste dans la, dans sa prise en charge là car on est quand même dans une situation déjà je dirais, fin un peu catastrophique. Et après,, j'ai souvent moi pas forcément le... le... le temps de euh, de pouvoir solliciter le médecin généraliste, c'est souvent que je suis dans des prises en charges quand même qui sont assez urgentes et où les décisions elles sont quand même assez brutales en fait.

S D'accord

PH1 Du fait de la médecine polyvalente. Sinon il ne serait pas arrivé chez moi en fait.

S Hum hum. (Hochement de tête).

PH1 Il ne serait pas arrivé dans le service, il aurait été dans le service de pneumo euh... euh... voilà. Après euh. Nous je dirais que la RCP elle est quasiment... enfin pour nous on arrive quasiment au stade où de toute façon il ne retournera pas à domicile en fait. Et là le... médecin généraliste il n'aura plus forcément de rôle à jouer. Sauf si on remet une HAD en place.

S Oui. Et pour le lien avec la famille par exemple si c'est le médecin de famille, est ce que du coup...?

PH1 Là ça devient compliqué quand même dans la région les médecins généralistes. Donc c'est ... souvent compliqué. Souvent on.. on... souvent on... On se substitue un peu à lui dans le sens où, où, je vois bien que l'accès s'est quand même dégradé au niveau des médecins généralistes. Y'en a quasiment plus qui vont à domicile. Euh... Donc ça quand même, ça limite beaucoup l'accès des patients aux soins et y'a eu le COVID donc ils n'ont pas non plus forcément repris le lien avec le médecin généraliste ou ils ont pris je dirais des mauvaises habitudes... j'y vais une fois par an et encore et puis on renouvelle l'ordonnance comme ça. Donc je trouve qu'avec le COVID moi le, je pense la démographie médicale, y'a plein de choses mais en fait le médecin généraliste c'est de plus en plus difficile. Régulièrement je peux mettre deux à trois jours avant de réussir à joindre un médecin généraliste. Donc. Donc c'est compliqué. Après y'en a encore qui le font hein, euh, surtout euh les aidants. C'est à dire que ils me disent "oh ben je vais aller voir mon médecin généraliste ça va pas, ma femme elle est hospitalisée c'est difficile je vais le voir". Donc là, je favorise le fait qu'ils aillent voir leur médecin généraliste mais ça reste quand même euh... compliqué quand même je trouve. De plus en plus compliqué en fait.

S Donc euh t'as pas eu l'occasion de faire participer un médecin traitant aux réunions ?

PH1 Non.

S Ok. Et donc pour toi y'a pas eu forcément d'impact à son absence ou est-ce que y'aurait eu un impact à l'absence du médecin traitant lorsque l'on a pris la décision de limitation thérapeutique ? (Blanc)

PH1 Après... ça je peux pas juger trop, ça je sais pas après moi le ressenti qu'il a quand il a le compte-rendu et qu'on lui dit que euh... on a pris la décision et que... Voilà. En général ils sont quand même informés du fait, à un moment ou à un autre, que ça va être compliqué, que la situation est quand même compliquée, mais je pense pas qu'on lui laisse sa place euh... sa place décisionnaire.

S Ok

PH1 Je pense que malheureusement euh là, la ça doit lui échapper. (Blanc)

S Donc oui, y'a une question c'est dans le cadre spécifique de la prise de décision de limitation thérapeutique quel peut-être l'apport de la participation du médecin traitant ?

PH1 Alors moi je pense, quand même l'apport du médecin traitant à un moment donné, à un moment donné ça va quand même d'être, de sensibiliser ses patients sur les directives anticipées quand même. Et ça je pense que c'est VRAIMENT le, c'est vraiment la pièce fondamentale qui... qui, sur lequel, sur lequel on se confronte quand même beaucoup. C'est à dire que nous quand ils arrivent on leur pose systématiquement s'ils ont élaboré des directives anticipées et trois, enfin quatre-vingt... enfin moi ça m'est arrivée que deux fois d'avoir des directives anticipées de réalisées, correctement faites et recevables. Donc, effectivement c'est des patients qui étaient éligibles à la réanimation qu'on n'a pas passé en réanimation parce qu'ils avaient décidé effectivement qu'ils ne voulaient pas aller en réanimation donc ça a été des prises sur lesquels en fait c'était bah... c'était acté, où le médecin généraliste euh... voilà avait sensibilisé, ça avait été fait. Moi je trouve que c'est vraiment important de, de le faire. Je pense que c'est... si il y a bien quelque chose sur lequel nous hospitaliers on ne peut pas faire, en tout cas en tant que médecin en médecine polyvalente. Après je pense qu'effectivement quand t'es pneumologue et que tu fais de l'oncologie quand t'as un diagnostic de cancer pulmonaire je pense qu'il faut l'amener à réfléchir sur ses directives anticipées à ce moment là parce qu'ils ont encore un peu de temps, nous en général on ne l'a plus. Je pense que c'est vraiment primordial ces directives anticipées.

S Intéressant.. Et... Comment envisages-tu tes prochaines RCP ?

PH1 Alors, je vais essayer de convier un médecin généraliste. (Rires communs) On peut effectivement euh, essayer euh, de l'inclure mais euh notre profil de patients est quand même très très particulier.

S Ok

PH1 Mais ce serait effectivement quand même bien, au moins de pouvoir le convier et qu'il se sente, qu'il ne se sente pas exclu du système parce que je pense que, de l'autre côté, je pense que c'est euh... le ressenti doit pas être excellent, doit être très bon de, d'avoir un compte-rendu comme je vous disais de hop, et c'est ça qui s'est passé, ça doit être je pense, on se sent un peu démuné.

S C'est intéressant dans les bibliographies c'est assez partagé... C'est vrai qu'il y'en a beaucoup qui se sentent un peu mis à l'écart et y'en a qui disent : quand je le confie à l'hôpital je le confie quoi, c'est parce que, ça dépasse mes compétences et du coup je considère que tout est dans leurs mains donc...

PH1 Après c'est convié, il vient ou il ne vient pas mais... c'est comme quand tu es en SMUR et qu'on te dit si tu fais une réanimation sur un enfant tu fermes pas la porte. Tu dis pas forcément aux parents de participer mais tu fermes pas la porte pour avoir, pour qu'ils puissent voir s'ils ont envie de voir. Si on les convie pas forcément ils ne viendront pas mais en même temps si on les convie qui viennent ou qu'ils viennent pas c'est pas... C'est libre à eux, je pense qu'effectivement il faut poser la question et leur donner le choix. Ils peuvent, ils peuvent, ils peuvent pas, ils peuvent pas. C'est quand même, c'est des choses où quand on fait une RCP au niveau agenda c'est déjà compliqué après. Ça peut-être un frein, alors maintenant y'a d'autres choses, on peut essayer de faire une visio, on peut mettre en visio, y'a d'autres solutions maintenant qu'on peut mettre en place hein y'a pas le fait que d'être présent c'est sur que c'est des fois agréable mais je pense qu'il faut au moins poser la question et leur laisser le choix.

S Est ce que tu veux rebondir sur des choses?

PH1 Non, non non. Je vais penser à ma prochaine RCP (Rire)

S Merci beaucoup.

Entretien 2

J Comment le travail en équipe fonctionne ici dans ce, dans ton service, de manière globale ?

PH2 Alors dans une USP on travaille beaucoup en pluridisciplinarité. Donc on est, en général 1 et demi voire 2 médecins tout le temps avec 2 équipes euh infirmières / aide-soignantes. On a des kinés, psychologues, assistantes sociales. Et... y'a tous les matins on fait un staff où en fait on parle de manière pluridisciplinaire et où il y a les deux médecins donc ça nous permet de pouvoir être en collégialité tous les matins. Et... et après y'a deux, donc, y'a deux grands staffs dans la semaine où on a l'équipe mobile de soins palliatifs qui participe à notre staff. On est très souvent en collégialité, en pluridisciplinarité. En fait on discute tout le temps, tout le temps voilà.

J Et dans ces réunions y'a tous les professionnels, fin les kinés... ?

PH2 Tout le monde est invité, mais les kinés ils sont là tous les matins. On a un kiné à mi-temps donc tous les matins ils sont là sur le staff et après, donc psychologue c'est au moins les deux staffs mais on essaye de les avoir et les assistantes sociales elles sont quasiment là tous les jours aussi, voilà. C'est particulier, c'est une USP hein.

J Et est-ce que y'à des RCP au sein de, du service ?

PH2 Alors oui. Alors c'est-à-dire que ça se décline de manière variée. Donc les staffs sont pour nous des moments où on discute de tout ce qui est médical, psychologique, social et où en fait il va y avoir aussi des discussions ben sur les limitations de soins si y'en a. Après on fait des, on a des vrais RCP sur, quand on est sur une problématique plus éthique et... après on fait des, ce qu'on appelle des cas cliniques c'est à dire que quand on a une situation qui est plus compliquée on se pose pendant 1 heure sur la situation qui nous pose problème. Et ça on le fait au moins une fois par mois et ça nous est arrivé comme le mois dernier de le faire 2 fois parce qu'on avait deux situations qui posaient problèmes.

J Et qui est ce qui participe du coup là dans ces... ?

PH2 Tout le monde. Voilà, là pour le coup c'est toute l'équipe. C'est à dire on est en deux secteurs mais là c'est tout, chaque fois dans les staffs, on est les deux secteurs ensemble donc c'est vraiment toute l'équipe on est au moins une dizaine à chaque fois.

J Et du coup la dernière RCP à laquelle tu as participé, est ce que tu saurais nous la raconter ou pas ?

PH2 Alors. Alors ouf, on peut mettre sur stop le temps que je réfléchisse ? *(Rire)* En fait... comme on a des vrais RCP comme je te dis après on peut parler aussi des situations qui nous posent problèmes, ça peut être sur le côté relationnel avec les familles des patients.

J Ça peut être la dernière réunion qui...

PH2 En fait y'à eu 3 réunions récentes mais qui sont pas des RCP c'était pas sur une décision médicale. La première, c'est un patient qui avait un cancer du pancréas multi-métastatique qui était en fin de vie et qui posait le problème du fait qu'il fumait en chambre. Donc savoir ce qu'on fait par rapport au fait qu'il fume et aussi au fait qu'il était, c'était un ancien caïd qui était absolument insupportable, ingérable sur le plan relationnel et qui avait des propos qui n'étaient pas adaptés avec les soignants. Donc savoir la conduite à tenir dans ce genre de situation pour avoir une prise de décision on va dire d'équipe. A proprement parler, qu'il n'y ait pas chacun fait comme il peut et que vraiment on décide en équipe de la meilleure façon. Il y a eu une autre fois, c'était un patient qui souhaitait rentrer. Alors euh c'était un patient qui avait... des troubles cognitifs, un cancer pulmonaire multi-métastatique donc qui était complètement palliatif et qui souhaitait retourner au domicile alors que l'épouse ne voulait pas qu'il retourne au domicile et sachant que c'était le domicile de Monsieur. Donc en fait toute la question c'était de savoir est ce qu'il faut respecter l'autonomie du patient mais au détriment de son épouse qui est épuisée ou est ce que on considère que si on écoutait c'que disait Monsieur en fait on le mettrait plus en danger parce que en fait il a pas les aides suffisantes au domicile. Donc ça c'était, ça c'est plus éthique. Et la troisième situation qui est plus psychologique je vais dire c'est... Ces trois-là elles sont d'il y'a une semaine, 10 jours.

J D'accord.

PH2 C'est pour ça que c'est les plus fraîches. C'est une dame qui... a un cancer du sein avec métastases cérébrales euh, épidurite, métastases un peu partout donc elle a le foie touché, le pancréas, les poumons. Et, donc elle est chez nous un peu en, on va dire en fin de vie même si on n'en est pas complètement là en fait, elle se dégrade fortement, elle est au courant de la situation. Et, ce qui posait problème c'est qu'elle a une mère qui... est très dure avec elle. Qui a eu des propos qui n'étaient pour nous pas adaptés en lui disant « mais arrête de rester au fond de ton lit, bouge toi, euh » en essayant de la secouer alors qu'en fait, la patiente n'en était pas là malheureusement. Et savoir aussi comment on peut aider et la patiente et sa maman pour que ça se passe mieux déjà entre elles mais aussi pour que chacune vive ce qu'elles ont à vivre le mieux possible dans le côté terrible de la situation. Voilà.

J Ok. Donc ça c'est les trois dernières ?

PH2 Oui, voilà, *(Rire)*. Pour dire que c'est varié.

J (Rire). Les problématiques sont très variées oui. Si on s'intéresse aux prises de décisions de limitations thérapeutiques, je ne sais pas si y'en a...

PH2 Bah oui oui.

J Est ce que y'a des acteurs qui te semblent indispensables dans ces réunions là, dans les prises de décision de limitation ?

PH2 Alors euh, donc nous quand on a des limitations de soins à faire on a un genre de, on va dire de canevas. Qui d'abord, donc on décrit la situation, on explique en quoi on aimerait limiter la fin, qu'est-ce qu'on veut limiter. Et c'est vrai que dans la mesure du possible ce qu'on essaye de faire c'est d'avoir l'avis du patient. Ensuite si le patient ne peut pas donner son avis c'est la personne de confiance. Et si, aussi on essaye dans la mesure du possible de voir avec le médecin généraliste, notamment si on euh, par exemple pour un patient si on fait une gastrostomie ou pas, tout ce qui est... Est ce qu'on va mettre une gastrostomie ou dès qu'on est sur des alimentations ou autres et où y'a un projet de retour à la maison c'est vrai on demande au médecin généraliste. Après donc y'a l'avis de l'équipe en charge du patient. Et toujours en collégialité, qui fait que y'a toujours au moins 2 médecins qui prennent la décision et puis après la décision est faite par le médecin en charge du patient. Donc voilà.

J Les paramédicaux aussi en général ?

PH2 Toute l'équipe, nous en fait on ne réfléchit qu'en équipe. *(Rire)*. C'est à dire que quand je dis voilà, c'est l'équipe soignante, c'est tout le monde, c'est à dire s'il y a un psychologue qui est sur la prise en charge il va nous dire, si pour nous c'est très important aussi le côté social parce qu'en fait euh, c'est vrai que si y'a un projet de retour au domicile ben la situation est différente que si c'est quelqu'un qui va rester toujours en institution. Fin voilà. Donc vraiment la pluridisciplinarité nous paraît importante même si je sais que ce n'est pas obligatoire. Dans d'autres services on ne le fait pas, mais nous c'est vrai qu'on est sur des situations complexes quand même de base.

J Et du coup tu parlais des médecins généralistes, quel contact tu as avec les médecins généralistes de tes patients ?

PH2 Eh ben... alors... *(Rire)*. J'ai eu une activité en équipe mobile... C'est, y'a vraiment des médecins généralistes avec qui je suis très fortement en contact et d'autres moins parce que... parce que y'a plus, parce que y'a certains médecins qui sont plus dans la collégialité que d'autres. Du coup voilà...

S Et quand tu disais pour les réunions y'a l'avis de, de la personne de confiance et/ou du médecin généraliste. Est ce que c'est un avis que vous prenez en amont ?

PH2 En amont ouais.

S Il n'est pas invité à...

PH2 Ben c'est à dire que c'est vrai qu'on pourrait le proposer plus, c'est vrai qu'on le fait de manière téléphonique parce que... parce que souvent les médecins sont pris. Après c'est vrai que peut-être qu'on se fait une idée et qu'on pourrait leur proposer de venir. Et, ça c'est peut-être quelque chose à travailler ouais, effectivement. Ça dépend du type de limitation de soins quand même. Je pense que c'est important de le dire. La je vois, voilà gastrostomie pas gastrostomie chez des patients qui ont un trouble cognitif ou des cancers ou autres. Après là où peut-être qu'on demande moins c'est le réa pas de réa. C'est vrai que dans le service quand y'a une, tous les patients qui sont en soins palliatifs sont pas forcément pas de réa déjà, on a quand même certains patients qu'on prend en charge plus tôt dans la prise en charge parce que par exemple ils ont des cancers du sein avec des métastases osseuses donc c'est c'est plutôt un pronostic fonctionnel qui est engagé, ou y'a une prise en charge des symptômes, l'organisation du retour à la maison. Et... Qu'est ce que je disais... Oui, en fait des fois les patients sont pris en charge plus tôt dans leur maladie et où la question réa ou pas réa est une question qui reste pertinente et là souvent on fait appel aux oncologues, plus qu'aux médecins généralistes.

J Ok.

PH2 Par rapport à ça et là par exemple, on en a une. C'est vrai qu'on fait ça toute la journée nous. (*Rires communs.*) Parce que là on a une patiente, pour donner un exemple, qui a un cancer donc elle c'est colorectal avec méta... carcinose péritonéale. En fait elle a une prise en charge de la douleur qui est extrêmement compliquée on va lui poser une pompe intrathécale et elle a fait une décompensation respi cette nuit, euh ce week-end. Parce qu'en fait la nuit elle n'arrive pas à dormir et du coup a été mis en place un traitement qui a été majoré majoré majoré au point où en fait elle a désaturé, elle n'a pas été bien, elle a dû faire un trouble de la déglutition et elle a fait une pneumopathie d'inhalation. Et cette patiente pour nous elle était réanimable, enfin on s'est dit qu'elle l'était mais ça n'a pas été trop discuté. C'était, ça s'est passé entre vendredi et samedi donc là c'était vraiment que la médecin d'astreinte qui m'a appelée et on a vu qu'on voulait aller jusqu'au bout pour cette patiente. Donc en fait la collégialité est respectée mais pas forcément avec le médecin généraliste. Parce que... c'est... bon voilà. (*Rires*)

J Ça dépend de la situation.

PH2 Oui ça dépend de la situation. Mais c'est vrai que le réa pas de réa c'est souvent quelque chose quand même d'assez... intra-hospitalier où on discute avec les anesthésistes, les médecins des soins continus, les oncologues et les médecins du service.

J Est ce que t'as déjà fait une RCP où y'avait un médecin généraliste... autour de la table ou.... ?

PH2 Alor sur euh, les domiciles très souvent. Donc ça oui. Je peux en parler même si euh ??

J Ah ben oui oui, complètement.

PH2 On apprécie beaucoup hein d'avoir les médecins généralistes au domicile parce qu'ils ont quand même une appréciation du patient et du contexte qui est bien meilleure que nous mais c'est vrai que sur l'hôpital euh... y'a eu des fois par rapport au CASS où on demandait aux médecins mais y'avait les éducateurs spécialisés qui venaient mais le médecin il ne s'est pas déplacé. Non franchement sur l'hôpital moi j'ai jamais eu l'occasion d'avoir un médecin qui se déplace spécifiquement pour une RCP. Y'a des médecins qui viennent voir leur patient oui mais pas pour les RCP non.

S Et à domicile ceux que tu as déjà vu...

PH2 En fait on organise des RCP où y'a l'équipe soignante de proximité, on demande au médecin généraliste de venir et y'a l'équipe mobile. Et ça par contre, ça c'est quelque chose de très classique. En 4 ans on l'a fait très régulièrement.

S Et ces réunions se passent à l'hôpital ?

PH2 Elles se passent à domicile.

S D'accord.

PH2 Voilà c'est pour ça que c'est vraiment sur l'équipe mobile, c'est au domicile où on est tous autour d'une table pour un patient qui est à la maison. Le patient est dans, dans les murs après ça dépend le taux d'autonomie du patient. C'est à dire que, de toute manière on posera toujours la question au patient si il est en mesure de pouvoir répondre ou d'avoir son avis après souvent on va tous voir le patient ensemble et après y'a souvent une part de discussion autour d'une table avec la famille et les soignants.

S D'accord.

J Donc quand le MG est présent notamment à domicile, les avantages de sa présence est-ce que ?

PH2 Et ben les avantages y'en a pleins. Déjà je trouve que les... alors c'est les vieux médecins, je sais pas si c'est pareil maintenant, mais euh ils ont un, comment dire, ils connaissent mieux l'intimité des personnes et du coup les personnes se dévoilent plus facilement. Moi j'ai remarqué que quand les questions sont posées par le médecin généraliste, que ce soit les patients ou les familles, ils répondent de manière plus sincère. Parce que nous ils nous connaissent moins en fait, le médecin de l'équipe mobile il le voit une fois de temps en temps où y'a des problèmes à régler de douleurs, de symptômes ou autres. Mais on n'est pas dans la quotidienneté. Et je pense que ça soit les soignants ou le médecin généraliste ils sont plus dans cette quotidienneté et du coup ça permet d'avoir, de mon point de vue, quelque chose de plus sincère de la part des patients, des familles et puis aussi le côté médical. C'est à dire que comme ils connaissent les patients et les familles depuis plus longtemps leur avis est quand même précieux pour nous. Parce que, ouais, j'allais dire, chaque fois quand on en a fait... c'est précieux ! Après y'a tellement de situations alors là pour le coup je peux pas vous les détailler précisément.

J (*Sourire*). Et pour le contacter le médecin généraliste est ce que t'as des difficultés parfois ou ?

PH2 Euh... Oui. (*Rire*). Alors je dirais pas que c'est pour faire les RCP parce que souvent quand même quand ils sont biens, alors c'est pas tous hein, c'est vrai que les RCP c'est avec certains médecins qui sont plutôt de l'ancienne école, qui sont extrêmement investis, qui vont au domicile... donc on a certains médecins qui ne veulent pas aller au domicile, après on a aussi des fois où on va faire des visites standards, bon là je parle de l'équipe mobile. Et où en fait on a besoin de, nous on téléphone au médecin généraliste au retour normalement ça fait partie de notre prise en charge, c'est la coordination mais on n'arrive pas à les avoir. Du coup ça se finit on laisse un message et ça se finit avec une lettre et... c'est vrai que c'est dommage parce que du coup avec le temps on catégorise les médecins et c'est à dire qu'on sait que y'en a certains, on sait qu'ils vont nous rappeler du coup on laisse le message, bon on fait la lettre parce qu'on la fait systématiquement, et on sait qu'on va avoir vraiment une discussion sur le patient et y'a d'autres médecins où on a essayé une fois, deux fois, et au bout de la troisième on sent qu'ils ont pas envie d'être dans cette interaction là et où en fait on fait une lettre comme si on était à l'hôpital. Alors qu'on est sur deux activités qui sont extrêmement différentes. Voilà.

J Et, sur l'unité ici, dans le service, quand un patient rentre est ce que systématiquement vous... ?

PH2 On se met en contact, alors pas avec le médecin généraliste, avec les équipes soignantes. Alors déjà il faut dire qu'on n'a qu'un tiers de nos patients qui sortent de l'hôpital quand même. On est à 65% de décès donc ça fait beaucoup et sur ceux qui sortent, donc y'a ceux au domicile et d'autres... soit en SSR soit en EHPAD ce qui fait que des retours à domicile on en a très peu et c'est vrai que nous on l'organise avec l'équipe mobile, chaque fois, et du coup l'équipe mobile vont appeler... On est très en lien avec les familles ça c'est sûr mais c'est vrai qu'avec les médecins généralistes c'est pas systématique qu'on appelle. Et pareil, je pense que y'a des médecins qu'on va appeler plus facilement que d'autres. Je ne citerai pas de nom. (*Rires communs*). Ça tu le marques pas hein, (*rire*).

S Tout est anonymisé

PH2 Non mais c'est parce que je veux pas dire des.... Après je comprends que les médecins généralistes sont submergés de travail et du coup ils sont un peu dans la ré, dans la réaction et ils peuvent pas.. C'est vrai que nous on est sur des prises en charge où on essaye d'anticiper énormément ou autre et, et du coup on n'est pas dans la même temporalité et des fois c'est un peu difficile mais je pense que c'est un peu spécifique des soins palliatifs et... Voilà.

J Et donc quand ils sont hospitalisés, les patients ici, y'a un courrier ?

PH2 Y'a toujours un courrier. Et après je reviens aux médecins, où je les appelle si j'ai des problématiques spécifiques durant l'hospitalisation mais c'est vrai que l'appel systématique, j'appelle quand, parce que y'a eu des fois quand même où j'ai appelé, quand je sens que ça va poser problème. C'est-à-dire des patients qui veulent à tout prix sortir où je sens qu'ils sont un peu instables. Euh... des familles très demandeuses où je sens bien qu'à un moment donné le médecin généraliste doit participer à la prise en charge. Mais c'est vrai que c'est pas systématique et c'est sur les médecins spécifiques.

J Dans le cadre particulier des décisions de LAT est ce que tu vois un rôle particulier pour le médecin généraliste ou ça rejoint ce que tu nous as dit ? Un avantage particulier à avoir son avis...

PH2 Alors, sur... le réa pas de réa, je reviens là-dessus, en fait finalement... ce qui, bon l'avis du patient on le prend en compte mais finalement cette décision c'est une décision qui reste médicale et souvent elle est donnée par le médecin oncologue ou le médecin réanimateur ou anesthésiste parce que c'est eux qui vont décider si y'a vraiment une utilité pour le patient de le faire rentrer en réanimation ou pas. C'est à dire qu'il faut souvent qu'il y ait un projet thérapeutique, et le projet thérapeutique est plutôt décrit par le médecin oncologue et le médecin réanimateur. Savoir si y'a une intubation est ce qu'on arrivera à extuber le patient ou pas, voilà. Après pour tout le reste je pense que c'est important d'avoir l'avis du médecin généraliste. Ben, alors après p'être que je me répète hein mais c'est parce qu'ils connaissent mieux les patients, notamment si ils sont plus en mesure de nous donner leur avis c'est bien, bon d'avoir l'avis de la personne de confiance, mais souvent c'est quelqu'un qui est, qui a un avis qui est censé nous donner ce que voudrait le patient mais qui souvent nous donne plutôt c'que eux veulent et c'est vrai que d'avoir l'avis du médecin c'est aussi le moyen d'avoir peut-être un peu plus d'objectivité sur qu'est ce qu'aurait voulu le patient. Et puis le médecin il peut nous dire aussi « non mais en fait vous avez pas vu le domicile, c'est comme ça comme ça comme ça » parce que nous on voit pas systématiquement, parce qu'une famille elle est peut-être pas en mesure de nous dire si la personne vit dans un milieu qui est acceptable ou pas donc voilà. Et... voilà, donc tout ce qui est de l'alimentation moi je trouve que c'est vachement important de leur demander, sur les retours au domicile quand, sur des patients qui vivent seuls y'a des fois où ils veulent quand même un retour à la maison donc où il va être en limitation de soins ou autres moi je trouve que c'est important. Tout ce qui est hors réa je dirais que c'est important d'avoir l'avis du médecin.

J Ok. Est-ce que y'a des choses que tu veux nous dire et qu'on n'aurait pas abordé ?

PH2 Euh...

S Sur le rôle du MT à domicile est ce que y'a des choses sur lesquelles t'aimerais qu'eux ils travaillent ?

PH2 Alors, ouais, oui. (Rire) C'est euh... alors déjà nous les problématiques qu'on a en soins palliatifs c'est qu'on a certains patients qui n'ont pas de médecin généraliste. Pourquoi, parce que ben y'a pas suffisamment de médecins généralistes pour la population qu'on a dans le département, donc ça c'est vraiment un problème. D'autre part, on a un département qui est très... campagne et donc on a des patients qui habitent loin d'ici et on est en difficulté parce que les médecins généralistes ne se déplacent pas donc ça aussi c'est un problème. Euh... après l'autre élément aussi qui est pas la faute du généraliste c'est que dès qu'on est sur, sur une prise en charge oncologique on a l'impression qu'avant qu'ils arrivent jusqu'à nous déjà le médecin généraliste il a été un peu satellisé par l'oncologue qui prend toutes les décisions ce qui fait que souvent, souvent on a, quand on téléphone au médecin généraliste ils nous disent « olala mais moi ça fait 3 - 4 mois que je l'ai pas vu, je peux pas te dire exactement ce qu'il en est ». Voilà... Donc c'est... tout ça fait que peut-être que... On ne sollicite pas suffisamment les médecins généralistes. Mais parce qu'il y a des problèmes qui sont liés à l'extérieur hein. Voilà.

J Et, et je reviens sur l'oncologue, les oncologues vous les... sollicitez...

PH2 Alors on les voit tout le temps, nous, alors là pour le coup ils viennent nous voir, ils viennent voir leur patient euh... systématiquement à chaque hospit.

J Et aux réunions de concertation pluridisciplinaire ?

PH2 Euh on a une réunion où, une fois tous les... c'était tous les 15 Jours, maintenant c'est tous les mois, onco - soins pall donc en fait on parle de tous les patients qu'on a en commun. Mais on n'a pas besoin de cette réunion pour qu'ils viennent voir leurs patients dans le service donc du coup c'est vrai qu'on a plus de facilité finalement à les rencontrer eux que les médecins généralistes. Parce que c'est toujours plus simple quand tout le monde est au même endroit. Que quand ils sont à l'extérieur.

Entretien 3

S Alors comment fonctionne le travail en équipe dans le service ?

PH3 Disons que y'a un point tous les matins, qui est un point assez complet de transmissions, qui pourrait vraiment s'apparenter à un mini staff médical, fin médico-infirmier on va dire. Et aide-soignant bien sûr. Donc ça c'est tous les matins, on revoit à deux tout le service même la partie de service qu'on n'a pas en tant que médecin. Donc ça permet d'avoir des idées pour l'autre sur des patients. Des fois on est un peu pris dans le dossier et on se rend pas compte de certaines idées qui peuvent être intéressantes ou même pour se rassurer sur les prises en charge aussi c'est important. Donc ça c'est bien, après... y'a beaucoup de communication quand même, c'est une USP donc y'a ce temps là heureusement de communication entre les moments où on voit les patients. Y'a des services aigus où on va potentiellement faire un point le matin de transmission mais uniquement pour son secteur, ensuite on va voir ses patients, faire les changements de traitements etc, et en fin de matinée on va faire un petit point sur les changements de traitement qu'on a fait. Alors que là, on peut se permettre entre chaque patient d'aller voir l'infirmière ou l'aide-soignante, de discuter sur certains points, d'aller voir les kinés, et en fait du coup c'est un peu aussi en continu sur la journée donc ça permet vraiment d'ajuster les choses au fil de l'eau. Ensuite on fait un point très très rapide le soir avec l'infirmière par contre juste sur notre secteur. Donc en fait on est vraiment... c'est quand même assez fluide je trouve. Et après y'a les temps de staff vraiment en tant que tel, donc y'a le staff le lundi matin... qui permet de faire le point sur vraiment tout le week-end. Alors là on en a fait un mini on est mardi mais c'était férié hier. Mais sinon vrai staff le lundi et après le jeudi, staff en début d'après-midi avec l'équipe territoriale de soins palliatifs, donc là c'est vraiment le très gros staff, qui permet de faire un lien potentiellement pour des sorties et/ou pour parler de patients dont ils pensent qu'ils vont être potentiellement hospitalisables. Donc, ouais, y'a une très bonne entente et après au-delà de ça y'a une... on n'a pas l'impression de prendre une décision seul et c'est quand même assez agréable parce que... du coup aussi c'est logique, les prises de décision passent mieux. C'est à dire que quand on a certaines problématiques quand même assez complexes des fois c'est dur de se positionner comme le méchant. (Rire). En tout cas au vu des familles ou des patients. Le fait que tout le service soit d'accord, que ça soit vraiment la moins mauvaise solution voire même une bonne solution ça permet d'être un petit peu plus fort dans sa décision. Voilà.

S Est ce que tu peux nous raconter la dernière RCP à laquelle t'as participé ?

PH3 Hum... la dernière RCP euh... pour des limitations de soins ?

S Pas forcément.

PH3 Bah en l'occurrence c'était pour une sédation profonde et continue jusqu'au décès, une demande d'un patient euh... qui avait déjà demandé... Donc un patient qui avait un glioblastome bilatéral frontal, voilà qui était parfaitement bien au niveau cognitif, par contre il était vraiment tétraplégique, qui communiquait bien, qui était plutôt jeune et qui... sa grosse envie c'était de pouvoir manger. Et il mangeait énormément de choses très variées mais euh plus ou moins qui donnaient envie quoi mais voilà... (*Rire*). Et en fait, un moment donné il a eu 2 moments où il a demandé cette sédation parce que ça lui avait été clairement expliqué et il comprenait qu'il avait ça comme possibilité aussi... C'était... deux moments ou en fait il n'arrivait plus à manger voilà alors ça du coup c'était la dernière chose, le dernier plaisir qu'il avait. Donc la première fois il a eu la demande, je n'étais pas là lors de cette première demande, y'a eu une RCP qui a décidé de temporiser parce qu'ils avaient des adaptations thérapeutiques à faire potentielles, qui ont fonctionnées parce que voilà dès le lendemain, sur- lendemain il a pu remanger et la demande a disparu aussi vite. Et là moi je suis arrivé et y'avait une deuxième, une autre demande, parce qu'à nouveau il se dégradait. Il était plus fatigué et il n'arrivait plus à manger... troubles de la déglutition, y'avait une suspicion. On a re discuté... et donc y'avait l'autre médecin du service, y'avait les infirmières du service, voilà et on a discuté..., y'avait les aides-soignantes, et on a discuté et on est arrivé au point où ce Mr bon on a essayé de faire la même chose que la dernière fois c'est à dire de temporiser jusqu'au lendemain parce qu'on suspectait qu'il y ait une infection surajoutée il me semble, qui aurait pu gêner, donc on voulait se donner 24h, y'avait pas d'urgence, lui non plus n'était pas dans une urgence dans sa demande, il demandait mais y'avait pas une... une nécessité immédiate. Donc on a temporisé et en fait le lendemain il a pu mangé à nouveau. Donc pareil, la demande s'est aussitôt levée. Et puis il est décédé quelques jours après finalement...

J Ça vous a conforté.

PH3 Oui, c'est plus facile quand ça se passe comme ça. (*Rire*). C'est clair. Mais, oui, on a préféré temporiser parce que y'a quand même rarement des urgences dans ce cas là. Que là y'avait quand même eu des fluctuations, que les glioblastomes sont marqués par des fluctuations comme ça donc on pouvait s'attendre à un mieux dès le lendemain potentiellement ne serait ce que par la pathologie neuro. Et en plus cette histoire d'infection finalement, ça ne s'est pas avérée exacte, donc... on pouvait s'attendre à du mieux, fin attendre le lendemain, ça ne pressait pas. Lui n'était pas dans un, ça ne l'envahissait pas, c'était pas... y'aurait eu une angoisse de mort associée... Non lui c'était surtout que voilà la vie était, un sentiment d'inutilité, etc, et qui pouvait du coup amener à caractériser un symptôme réfractaire. C'était vraiment le fait que lui ne voulait pas, il voulait en rester là par rapport aux soins et il y avait une notion de court terme assez évidente donc ça aurait pu être le cas mais voilà. On a essayé de temporiser et c'est passé, voilà.

S Donc les participants de cette RCP y'avait deux médecins ?

PH3 Ouais, c'était moi et l'autre médecin du service... Est-ce que y'avait un autre médecin ?... rah, je sais même plus... je pense que oui parce que... J'ai plus le souvenir.

S Et y'avait les soignants, aide-soignants ?

PH3 Ouais, aide-soignants, infirmiers. J'ai plus le souvenir c'était pas mon patient, parce que moi j'étais là justement comme médecin externe. Comme je ne m'en occupais pas ça comptait, même si j'étais dans le service, y'avait pas de rapport de hiérarchie. Donc c'était assez, on a fait comme ça mais je me demande si y'a pas un autre médecin qui était dedans, quelqu'un de l'ETSP qui connaissait le patient aussi, là pour le coup je... faudrait voir dans le dossier.

S Lors d'une RCP pour limitation thérapeutique, quels acteurs te semblent indispensables ?

PH3 Euh, bah ça va vraiment dépendre des situations. En fait, alors moi c'est vrai que j'ai que des patients hospitalisés... j'ai pas fait beaucoup d'équipe mobile, équipe territoriale donc voilà. Si jamais le patient est passé par d'autres services avant je vais voir avec les médecins qui le connaissent des autres services avant, parce que quand ils sont en USP potentiellement ils sont passés avant en onco, en infectio, en HDJ ils sont connus par les onco... donc souvent ça va quand même être ce médecin là que je vais chercher. Euh... potentiellement quelqu'un aussi des soins palliatifs en plus, si l'autre médecin n'a pas cette fibre là. Euh... Pour assurer un peu un deuxième regard palliatif et que ça soit pas juste un regard palliatif et un regard de, on va dire de médecin actif généralement sur ces pathologies là. Euh... ça c'est si je connais le patient c'est à dire si le patient je l'ai vu suffisamment de temps, si ça fait 2 jours en fait je ne me sens pas vraiment légitime pour.... Voilà, fin, je me sens légitime au niveau palliatif pour avoir un regard quand même, souvent sur le dossier on a quand même une idée de ce qui se passe mais si la demande est vraiment très pressante généralement ouais on va chercher plus large. Donc là potentiellement le médecin traitant, mais pareil faut aussi que j'ai un peu l'assurance que le médecin traitant le connaisse, ça arrive beaucoup maintenant que des patients aient des médecins traitants juste pour que y'ai un nom quoi, pour peu qu'ils aient changé récemment parce que l'autre est parti à la retraite et il faisait pas de dossier. Mais ça arrive quand même...

S Et dans ces cas là tu le contactes comment ?

PH3 Euh moi appel. Je l'appelle. Alors ça peut se faire en deux temps. C'est à dire que des fois je l'appelle, je vois un peu sa position par rapport à la problématique et ensuite on en discute en réunion, fin voilà avec un autre médecin de l'hôpital qui a un rapport quand même dans la prise en charge, ou alors avec l'anesth par exemple si c'est un peu cette idée là. Et donc ça m'arrive d'appeler les anesths, les réas en leur disant voilà tu connais pas le patient, c'est pas pour te le transférer mais c'est pour discuter pour pas avoir, avant le week-end, voilà ça peut arriver souvent dans ce contexte là. Et à ce moment là on se pose parce que là pour le coup c'est lui qui va potentiellement le recevoir normalement, c'est à lui, c'est lui que j'aurai appelé en cas de dégradation donc c'est logique que je l'appelle pour lui dire déjà « qu'est ce qu'on fait pour ce patient » qu'on soit pas un peu au pied du mur. Et, du coup le fait d'avoir appelé le médecin traitant avant, du coup je le mets dans la discussion en disant « j'ai appelé le médecin traitant, il m'a dit ça, il m'a dit ça par rapport à la situation ».

S Le médecin traitant, tu le contactes avant la RCP ?

PH3 Ouais, ouais.

S Et lors de la RCP ?

PH3 Non c'est jamais arrivé, moi ça ne m'est jamais arrivé. C'est techniquement faisable mais c'est compliqué parce qu'il faut que ça tombe un moment où lui aussi est dispo... pour le coup techniquement je ne sais même pas des fois comment faire avec mon téléphone. (*Rire*). Mais pour réunir tout le monde parce que souvent t'as pas l'anesth avec toi, voilà tu l'as par téléphone aussi. C'est pas impossible mais généralement, enfin quand ça m'est arrivé de le faire je fais plutôt en deux temps.

S Justement, quel type d'interactions tu as avec les médecins traitants de tes patients, par téléphone ?

PH3 Euh ouais, par téléphone.

S Et c'est toi qui contactes, c'est eux qui te contactent ?

PH3 Euh les deux. Quand même plus souvent moi qui appelle, parfois certains médecins traitants viennent... Ce qui toujours fait bizarre, parce que je me dis qu'est ce qui, fin voilà. Je trouve ça très bienveillant et c'est très bien qu'ils viennent et qu'ils s'en occupent mais je me méfie aussi qu'ils aient pas une impression de loupé ou quelque chose comme ça parce que... Je sais à quel point ils sont occupés, et pour qu'ils viennent c'est soit qu'ils les ont suivis depuis 30/25ans, soit qu'ils ont le temps, ils sont très bien organisés dans leur travail. (*Rires communs*) Et ou alors c'est qu'ils ont l'impression d'un manqué dans la prise en charge, auquel cas quand après on en discute faut avoir ça en tête parce que potentiellement ils vont vouloir peut-être aller un peu plus loin que... pour rattraper quelque chose qu'ils auraient potentiellement loupé... donc voilà, non généralement c'est par

appel, au téléphone.

S D'accord. Comment mettre en place la participation du médecin traitant aux RCP éventuellement ?

PH3 ...

S Est ce que tu penses que c'est nécessaire ?

PH3 Ben alors, oui on le fait sans doute pas assez, ça oui. Euh... on prend souvent le réflexe le plus facile quand même de voir avec un médecin autour qu'on connaît. En plus, c'est tout bête mais on n'a pas cette barrière là à franchir, on se connaît, donc on connaît un peu les réactions, on a un peu moins de diplomatie potentiellement à faire et tout. Donc oui je pense que ça serait un plus, maintenant pour le mettre en place ça va être surtout une question de temps parce que... Souvent on n'est pas pressé, c'est rare que ça soit à la demi-heure près ni à la journée. Fin, voire que ça soit le lendemain. Mais c'est quand même difficilement compatible souvent avec leur emploi du temps, donc je pense que le mieux, enfin moi c'est ce que je fais du coup, c'est ce que je pense être le mieux, c'est le fait de les appeler avant, de recueillir un peu l'idée générale, d'essayer de creuser au maximum les questions et ensuite voilà. Si jamais après secondairement lors de la réunion sortent des idées qui sont très différentes de ce que j'ai abordé avec le médecin traitant ça m'est déjà arrivé de rappeler le médecin traitant, ça m'est arrivé une fois. Je m'en souviens très bien parce que c'est vraiment une idée qui ne m'était absolument pas, enfin qui nous était absolument pas venue en tête quand on a discuté. C'est quelqu'un d'autre qui a eu une idée qui était une très bonne idée du coup j'ai appelé le médecin traitant pour lui dire « voilà nous on pense ça et tout » et il s'avère que c'était une suffisamment bonne idée pour qu'on la fasse mais... Pour moi ça serait plutôt, ouais en amont de la réunion parce que, ouais je sais pas comment créer ce moment là de pause pour eux, pour réussir, j'ai toujours peur de les gêner aussi... Je sais pas.

S Du coup tu ne l'as pas proposé, quand y'avait une RCP avec une date même, vous ne proposez pas au médecin traitant ?

PH3 Non ce n'est pas arrivé. Parce que à chaque fois que c'est arrivé c'était pas des moments où j'avais l'impression d'avoir besoin de ce regard extérieur. Il était suffisamment suivi par l'onco qui le connaissait depuis potentiellement plusieurs années et tout ça.

S Est ce que tu penses que y'a un impact de son absence ?

PH3 Potentiellement, fin oui forcément. Encore une fois ça dépend vraiment si le médecin traitant connaît bien le patient depuis longtemps, si il a eu 2-3 fois c'est un peu moins le cas. Euh, j'ai moins cette impression là. Pour peu qu'en plus il n'ait pas vu vraiment le domicile on perd un peu, on perd aussi cette aspect là. Si l'équipe territoriale de soins palliatifs est allé le voir à la maison ce patient ben en fait ils vont avoir un regard qui va être quasiment plus intéressant, donc voilà. Après je pense que quand même ça a un impact le fait qu'il ne soit pas là, sur le moment, qu'on n'en discute pas, qu'il soit pas présent en fait c'est sûr. Mais bon après on fait un peu comme on peu. (Rires)

S Et quel impact selon toi ?

PH3 On loupe quelque chose du patient quand il n'avait pas sa maladie de fond quand c'est le cas. Je pense que nous on voit les patients beaucoup... alors déjà on les voit au lit. En USP on essaie de faire un petit effort mais c'est compliqué même chez nous alors que y'a le temps mais les habiller etc... Donc on a un regard de patient qui est quand même hyper faussé. Souvent quand ils vont sortir ils sont habillés ils sont prêts à sortir de la chambre pour partir, des fois on les voit d'une manière dont on les a jamais vu en 15 Jours d'hospit quoi. Et donc je pense qu'on loupe ce truc là même de le voir pas en tant que malade, parce que eux ils les voient des fois, fin souvent heureusement, sur des consultations juste de suivi, de renouvellement d'ordonnance, de petits bobos de choses comme ça, de certificats voilà mais donc du coup ça c'est un regard qu'on n'a pas, c'est un regard qu'on n'a pas de voir le patient pas à travers sa maladie mais purement comme une personne qui vient nous rencontrer et donc ça on le perd, ça on ne l'a pas. Alors après, ça peut être un peu rattrapé avec discussion avec la famille, comment ça se passait avant, voilà, les hobbies du monsieur ou de la dame mais c'est sûr qu'on n'a pas ce truc là, ce regard d'un médecin sur quelqu'un qui n'est pas malade entre guillemets.

S Ah c'est intéressant. Comment envisages-tu à l'avenir une prochaine RCP ? Sans changement ?

P03 Ouais ouais ouais. Très honnêtement euh, ben là prochaine j'en ai une en tête parce que je vais sûrement devoir en faire une. Ben là concrètement je vais voir avec Dr Y aussi pour qu'elle soit dans la boucle parce que c'est une patiente qui va sûrement revenir, elle doit partir et elle doit revenir. Elle doit partir et en fait avant qu'elle parte je voudrais que certaines choses soient calées par rapport à la limitation de soin, mesures de réanimations... C'est une patiente qui va se faire installer une pompe intrathécale et qui aura besoin de passer en réanimation derrière pour faire le switch de ses grosses doses de morphine en intrathécale. Du coup elle va être en réa et la crainte c'est que si jamais elle décompense et que cette dame ne veut pas qu'on la réanime pour ses raisons ben qu'elle le soit quand même parce qu'elle est en réa. Donc je voudrais qu'on place les choses avant parce que nous on la connaît, c'est plus logique que ça soit nous qui discutons avec la patiente et qu'on cale les choses pour qu'après on l'envoie là-bas et que y'ait pas ce truc là à faire... Donc c'est demain, c'était pas vraiment prévu comme ça. (Rire). Donc faut que je le cale aujourd'hui. Et je pense que là, dans ce cas là elle est très connue de son oncologue ici, elle en a un autre aussi à l'IPC il me semble. Je me tate à appeler l'onco de l'IPC, je pense qu'il l'a connaît mieux et voir avec Dr Y aussi parce que moi je ne serai pas là après la semaine prochaine, potentiellement quand la patiente reviendra donc ça fera un suivi un peu... Pour le coup le médecin traitant non, je pense que là cette fois si je l'appellerai pas parce que cette patiente est hospitalisée depuis longtemps et que les choses ont beaucoup bougées, et la dame est très accessible sur ces discussions là. Fin, j'ai pas encore eu cette discussion mais je ressens que ça ne va pas être un problème d'aborder ces questions là, elle se l'est déjà posé la question je suis sûre. Donc du coup, j'aurai pas ce besoin là et puis c'est tout bête mais c'est demain donc... (Rires). Je pense que ça va se faire comme ça, avec Dr Y plus ou moins l'onco référent qui la connaît et puis surtout ça va être prendre en compte, là pour le coup j'ai la patiente derrière, donc la patiente elle va surtout nous guider. C'est sûr que si jamais la patiente nous dit je veux aller à fond dans tout bon ben là pour le coup ça va être potentiellement une problématique éthique parce que je suis... je ne pense pas que ça soit très bien pour elle, parce que médicalement je pense qu'elle n'aura pas beaucoup de... de bénéfices à aller chercher sur certains points de réanimation mais... voilà faut prendre en compte ça, ça sera un peu plus simple, y'aura une bonne base. Ça sera pas imaginé le souhait du patient ça c'est... donc on verra. Mais j'y pense hein du coup. (Rires communs). A les mettre dans la boucle.

S Mais c'est intéressant aussi de savoir que tu l'appelles souvent pour avoir son avis. Fin c'est une autre façon de voir la participation du médecin traitant.

PH3 Je le fais surtout, du coup là j'y pense, je le fais surtout dans un cas. Ayant beaucoup travaillé en gériatrie, où les gens ont des troubles cognitifs et où j'ai pas accès facilement à c'que vraiment la personne était ou voulait, voilà. Quand la famille très vite ont peur de donner leur avis sur ce que voulait la personne, parce que souvent ils pensent qu'on veut leur avis alors qu'en fait non on veut l'avis de la personne d'après eux. Et... ils ont l'impression de prendre une décision alors qu'en fait non c'est nous qui la prenons. Donc le fait d'avoir le médecin traitant c'est quand même, pour le coup comme c'est une personne âgée souvent ils les connaissent pas mal, beaucoup mieux que des patients jeunes qui vont avoir un cancer et finalement connaître beaucoup plus leur oncologue. Voilà... donc ça me sert à ce moment là parce que, les troubles cognitifs ça peut être très compliqué d'accéder à la personne.

J Et t'es souvent confronté à des difficultés pour les joindre ou... pas ?

PH3 Oui, globalement. Alors, surtout que moi pour le moment, là... ça devient de plus en plus facile au fur et à mesure qu'on reste dans un endroit parce que c'est tout bête mais on chope les téléphones, les portables, ils finissent par nous connaître donc quand on les appelle ils savent que c'est pas pour rien, ils savent qu'ils peuvent nous répondre et que y'a pas, voilà on va faire attention justement à pas les monopoliser pendant 3 heures. Donc au fur et à mesure qu'on reste dans un service et qu'on s'implante dans un territoire ça devient plus facile. Mais suivant les médecins c'est quand même compliqué et... voilà c'est, faut pas se leurrer, moi je trouve que c'est vraiment compliqué. Après voilà, ils ont aussi leur période off, leur remplacement, fin voilà tout ça, donc ça peut être compliqué. Ça dépend vraiment... Y'en a qui vont être au taquet direct à répondre et tout et l'autre... pas de secrétariat et donc vraiment aucun message à laisser, ça va dépendre. Après, généralement dans les 2 jours on a un retour. Fin voilà ça reste, fin c'est quand même très rare, c'est déjà arrivé mais c'est quand même très rare qu'on n'ait rien après une semaine. En 2 jours on a une réponse, on a un retour, généralement en 24h. Mais c'est vrai que c'est pas la même temporalité qu'à l'hôpital, on l'appelle on l'a et on avance et voilà.

S Faut que ça soit un jour où il travaille. (Rires communs).

PH3 Oui c'est ça, qui y'ait pas le remplaçant !

J Qui y'ait pas l'interne remplaçant. (Rires)

PH3 « Alors je peux vous lire le dossier mais voilà » (Rires).

J Est ce que tu vois d'autres choses toi, est ce que y'a d'autres choses que tu voudrais aborder ?

S Une expérience où tu as eu le MT et il y a quelque chose sur lequel tu voudrais rebondir ?

PH3 Non... Non fin, c'est plus des cas très particulier où des médecins traitants indiqués n'étaient pas le médecin généraliste mais un médecin spécialiste qui n'avait rien à voir dans la prise en charge et qui s'est avéré être aussi la personne de confiance et qui s'est avéré en fait être la maîtresse du patient... Voilà sauf que ça en fait, (rires), j'ai découvert ça petit à petit. Il s'avère que mettre dans la boucle cette personne... je me suis dit mais pourquoi dermato, on n'a pas du tout un truc dermato puis en fait tu creuses et hop c'est une proche de la famille, d'accord puis après tu t'aperçois qu'ils ont été ensemble parce que chacun avait des conjoints très altérés au niveau cognitif et qu'ils se sont rencontrés comme ça et voilà... C'est un cas très particulier mais là tu te dis ah oui d'accord, tu tires le truc et bon... Donc faut faire attention le rôle du médecin traitant. (Rires communs). C'est un cas très très particulier sinon j'en ai pas eu d'autre, c'est plutôt approprié et quand même les médecins ont... ben disons quand on arrive à les joindre, parce que c'est ça, les quelques rares médecins que j'ai eu, fin que je n'ai pas eu justement, et où il n'y a pas eu de réponses, c'est les médecins qui ont beaucoup de mal avec l'aspect palliatif, l'aspect lâcher prise etc... par rapport à certains trucs, mais les autres j'ai l'impression que c'est quand même une culture qui quand même finit par percer et soulage aussi beaucoup les médecins généralistes extérieurs et donc du coup c'est quand même des discussions qui se passent quand même très bien je trouve.

S Les médecins que tu as en tête qui ont pas eu de contact est-ce que c'était plutôt justement des personnes anciennes ou nouvelles générations ?

PH3 Plutôt ancienne génération, clairement. Là où j'en ai de nouvelles générations, (rires), plutôt récentes, que ça bloque c'est plutôt des spécialistes. Certains spécialistes, certains profils, personnes, qui sont vraiment dans le très actif et qui ont du mal. Mais bon franchement, j'ai pas une grosse expérience mais ça fait... le palliatif du coup, ben depuis le début de mon internat que j'en fait donc ça fait déjà maintenant 7ans... J'ai quand même l'impression que plus ça va, plus les gens sont quand même ouverts. Même en 7ans on voit la différence quoi, que c'est beaucoup plus, fin j'espère que ça va aller que en s'améliorant de ce point de vue là. Là j'ai en tête quelques médecins très très pur et dur il faut qu'ils fassent tout, absolument tout dans le village, ils lâchent pas leur village quoi et donc ça a un aspect bénéfique c'est qu'ils sont toujours là mais ça aussi un aspect négatif c'est qu'ils sont tout seul... Ancienne génération pour ce qui est des médecins généralistes.

S Merci beaucoup.

Entretien 4 :

S Comment fonctionne le travail en équipe dans votre service ?

PH4 A quel niveau ?

S Avec les soignants, avec les médecins...

PH4 Il y a deux infirmières, deux aides-soignantes, un médecin qui est seul avec l'équipe. On est trois médecins sur les soins continus en journée, on est un par jour, enfin un seul par jour mais on est une équipe de trois, donc on tourne. Et l'anesthésiste qui est de garde sur l'hôpital et qui s'occupe des soins continus la nuit. Parce qu'on fait les week-ends nous aussi.

J D'accord, donc vous tournez à trois sur la semaine de sept jours.

PH4 Voilà. Non, on tourne à trois sur le mois, c'est-à-dire que l'on fait, on a choisi de faire des périodes de minimum 4 à 5 jours d'affilée pour la continuité des soins et du suivi. Alors après on est à peu près tous les trois dans la même lignée, on a à peu près la même façon de penser.

J Et au niveau des équipes infirmières, il y a plusieurs équipes qui tournent ?

PH4 Elles travaillent en douze heures. Il y a l'équipe de jour, l'équipe de nuit.

S Quelques fois il y a des points ou des staffs avec les soignants ?

PH4 Alors tous les matins on fait le .. Je dis "la passation de pouvoir" (rires) entre le médecin qui était de garde et l'équipe médicale du jour. On fait ça avec les anesthésistes, pour le bloc, pour les étages, et pour le service des soins continus. On fait le staff commun, où là on discute des petits problèmes des patients, ou quand on a des problèmes, quand la prise en charge est un peu compliquée.

S Et là dans ses réunions il y a les soignants du jour ?

PH4 Alors non, moi je refais la relève avec les soignants après. On se pose, on fait la relève des problèmes comment ils ont passé la nuit. Parce que souvent il y a des infos complémentaires de la part des infirmiers. C'est pour compléter un peu plus, avoir le regard paramédical et le regard médical.

S Et en soins continus les patients ne restent pas assez longtemps pour avoir des réunions sur une prise en charge qui a posé problème ?

PH4 Assez peu. Alors on pose quand même pas mal de LATA, donc là on a des réunions, je demande à l'ETSP de venir pour qu'il y ait un médecin extérieur. Alors souvent j'ai les avis des anesthésistes le matin ou dans la journée. Et j'ai l'avis extérieur de l'ETSP pour faire vraiment une RCP. Entre-temps on a pris l'avis de l'oncologue s'il y a l'oncologue, du cardio, ou enfin des spécialistes nécessaires.

J Et quand vous sollicitez l'ETSP, il n'y a que les médecins ou ..

PH4 Il y a les équipes paramédicales qui sont là. Et c'est ces réunions où.. Alors j'ai essayé d'instaurer un staff pour parler justement des patients qui posent des problèmes, mais il n'y a que moi qui parle donc il n'y a aucun intérêt.

J D'accord, ça n'a pas abouti.

PH4 (rires) Non !

S Est-ce que vous pourriez justement nous raconter la dernière RCP à laquelle vous avez participé ?

PH4 Euh... La dernière c'était sur, c'est une dame qui a eu une résection recto-sigmoïdienne étendue, c'était même une amputation recto-périnéale, avec un VAC, qui avait été posé au bloc, qu'on changeait tous les trois jours au bloc. Une dame qui était dénutrie, pas très vieille, une soixantaine d'années, dans un état d'angoisse et de douleur où ça faisait six mois qu'elle était hyper algique, et d'angoisse, dès qu'on la réveillait, dès qu'on la touchait elle gémissait, douloureuse, enfin.. J'avoue que j'étais un petit peu désespérée euh, surtout par les chirurgiens et la prise en charge, parce que j'avais vraiment la sensation que les choses n'avaient pas été dites. En fait j'ai voulu leur avis sur le plan de la douleur et sur le plan de l'angoisse, pas pour poser une sédation ou quoique ce soit, c'était juste pour une prise en charge plus globale, et surtout un petit peu d'aide extérieure, parce que j'arrivais pas à casser le cercle, donc... et à la demande des infirmières. Ouais, donc la veille j'avais un petit peu discuté avec la famille, et elle avait déjà des benzo mais per os, elle avait sa seringue d'Oxynorm parce qu'elle était déjà sous Oxynorm avant mais elle ne pouvait plus avaler, elle avait en plus une SNG parce qu'elle était en occlusion sur son intervention : Simple (*regard ironique*). 5 jours en soins continus puis après ça ira... Ouais... donc du coup, on a fait ça, ils ont vu la dame, ils ont confirmé qu'elle était hyper angoissée, ils m'ont demandé de mettre en place une seringue d'anxiolyse, de Midazolam. J'ai bien dit à la famille que c'était l'anxiolyse, et je leur ai dit que le risque c'était quand même la sédation derrière et j'ai prévenu. Je n'ai pas dit que j'allais la sédaté. Ils ont retenu que ça, ça a été très compliqué. Alors après je suis partie, j'avais tout organisé pour qu'elle vienne en service de soins palliatifs et puis finalement elle n'est pas venue immédiatement, ils ont voulu la garder, la mettre en chirurgie, j'avais demandé l'accord au chirurgien qui m'avait dit ok pourtant. Et ça a été un bel échec puisqu'elle a fini... en soins palliatifs ! Voilà, donc vous avez beau faire des choses, en concertation, y'a toujours quelqu'un qui passe derrière.

J Et là pour cette réunion du coup il y avait les chirurgiens, ...

PH4 Il y avait moi, les chirurgiens je leur avais demandé leur avis parce qu'ils sont en continu au bloc, donc le chirurgien de la patiente je lui ai demandé s'il était d'accord pour qu'on mette la dame ici pour la prise en charge globale, pour la prise en charge psychologique de son angoisse et de la douleur, essayer de la casser, il m'avait dit Ok. Parce qu'en fait c'était une heure de toilette quand même le matin, rien que par la douleur, sans compter les pansements. Je savais qu'en service ça passerait pas hein en service de chirurgie, c'était une évidence. Voilà. Donc ça c'était une concertation mais pour le traitement, pas pour une mise en place de de LATA !

S Est-ce que vous avez en tête une RCP avec des LATA ?

PH4 On en a régulièrement mais là en tête comme ça non. J'ai une grande faculté de... d'oubli (*rires*).

S Une RCP pour LATA en USC comment ça se passe ?

PH4 Alors comment ça se passe, ça se fait à la demande, soit des infirmières, soit même du médecin, parce qu'on se retrouve en face d'un patient qui, soit c'est pas raisonnable d'aller plus loin dans le traitement, enfin dans les thérapeutiques curatives et actives parce que ce sont des personnes âgées, avec un cancer, avec des troubles cognitifs, enfin des gens grabataires plus ou moins parce que souvent en soins continus c'est les "do not intubate" qu'on prend, donc on intubera pas en LATA. Mais parfois y'a les amins, y'a les autres choses qu'on fait avant, et tout ça ... et on essaye d'être un peu raisonnables, on les pose... de façon... nous on a notre propre avis, on sait très bien qu'au départ ils ne sont pas à intuber mais qu'ils peuvent se dégrader et être intubés, et j'anticipe beaucoup en demandant des RCP pour ces patients pour justement qu'on se retrouve pas devant le mur. Faut savoir qu'un anesthésiste est là pour intuber. Donc le but c'est d'anticiper (*rires*) pour éviter de se retrouver avec quelqu'un de 90 ans qui a été intubé parce qu'il faisait une détresse respiratoire. Éviter de le laisser seul devant sa décision, ça s'appelle de l'anticipation. Donc souvent les RCP sont demandées pour ça. Enfin le covid c'était un peu différent, c'était des gens qui évoluaient mal, ou là on a posé tout... Ou parfois c'est à la demande du patient qui ne veut pas qu'on aille plus loin dans le traitement, qui nous le dit clairement, mais pour lesquels la famille, ou même nous parfois, on se dit peut-être quand même qu'on pourrait. Donc là, dès que j'ai le moindre doute, je pense que mes collègues c'est pareil, dès que j'ai le moindre doute sur la façon dont ça va évoluer je fais la demande de RCP. C'est vrai que j'en demande énormément, pour pouvoir anticiper sur la dégradation. Les gens ne vont pas forcément se dégrader mais au moins les choses sont posées. Voilà. C'est surtout pour les poses donc de LATA.

J Et au niveau des participants de ces RCP ?

PH4 Infirmiers, aides-soignants, donc le médecin du service, parfois un anesthésiste, euh et toujours un médecin de l'ETSP pour avoir un médecin extérieur parce qu'on on tourne vite donc des médecins extérieurs y'en n'a pas cinquante. C'est vrai que j'ai l'avantage d'avoir la capacité de gériatrie, je suis urgentiste, je connais maintenant les soins continus, ma palette est assez large.

J Et est-ce que vous avez des relations avec les médecins traitants de vos patients ?

PH4 Alors on essaye de les appeler, on arrive rarement à les avoir, mais c'est vrai qu'on n'a pas tendance, malheureusement je dirai, à les appeler systématiquement. C'est tellement difficile de les avoir au téléphone, chaque fois qu'on a essayé... J'ai du l'avoir une fois sur des dizaines de fois.

S Est-ce qu'ils rappellent quand même si vous laissez un message ?

PH4 Parfois oui, parfois non. C'est pas le jour où il travaille, pas l'heure où il travaille, c'est vrai qu'on a tendance à pas... Après je sais qu'il y a des médecins qui sont très joignables alors je les appelle, qu'est-ce que t'en penses... mais bon ça n'apparaît pas forcément dans le compte-rendu de la RCP.

J C'est plus un avis ?

PH4 C'est plus un avis extérieur, qui nous permet de voir comment elle est d'habitude, comment la personne, et surtout quand on n'a pas trop de famille derrière et puis la famille, sur des troubles cognitifs ou des choses comme ça ils sont pas fiables, "ah il fait tout à la maison" "ouais bien sûr", il arrive avec ça de crasse dessus, euh... (*rires*)

S Quand vous arrivez à avoir le MT, vous l'avez plutôt avant la RCP ou pour lui faire un rapport après ?

PH4 Plutôt avant. Quand on les a, c'est souvent avant. Ou parfois on dit ce qu'on a décidé effectivement, après ça dépend de l'heure à laquelle ça a été fait, de comment ça a été fait.

S Est-ce que quand vous l'avez avant, ça vous est arrivé de lui proposer de venir ?

PH4 J'avoue que je n'y ai jamais pensé. C'est vrai que je n'y ai jamais pensé. Après, quand c'est souvent, des médecins qui sont loin... On travaille beaucoup avec **ville) ils sont très disponibles, on arrive souvent à les avoir au téléphone. De l'autre côté il y a **ville), elle était super quoi hein, à **ville) quand ils vous répondent au téléphone... (*blanc*). C'est dommage, j'avoue que c'est dommage. Il y a vraiment une scission hôpital extérieur.

J Et vous pensez que ça pourrait apporter quoi la présence du médecin généraliste ?

PH4 Alors je vous cache pas que plus ça va et plus je pense que ça sert plus à rien. Parce que le médecin généraliste n'est même plus impliqué dans la prise en charge de son patient. On a l'impression qu'ils ne sont là que pour faire les ordonnances. On se demande même parfois, je veux pas être méchante mais, si ils ont le temps d'examiner leurs patients correctement. Quand je vois ce que ma mère me raconte, qui n'est pas dans le milieu, quand elle voit son médecin traitant pour renouveler son traitement anti-hypertenseur, il ne lui prend même pas la tension. (*visage avec une expression gênée*).

J Et les fois où vous avez été amenée à l'avoir, en termes d'informations qu'est-ce que vous attendiez ?

PH4 J'ai eu des informations, mais je vous dis c'est toujours les mêmes. C'est ceux qui sont impliqués là-dedans, c'est ceux qui en font. Je veux dire quand on prend les médecins sur **ville), voilà, les choses sont claires, sont dites, sont... On en parle, ils

connaissent leur patient, ils savent de qui je parle, il y a d'autres endroits où ce n'est pas le cas. Et quand on arrive à passer la secrétaire...

J Et les informations qui selon vous sont importantes ?

PH4 Moi je pense c'est surtout sur l'autonomie qui est important, sur ce que les patients désirent. Parce que parfois ils ne savent même pas ce qu'ils désirent, mais ils en parlent un peu à leur médecin. Surtout pour les gens qui n'ont pas de famille, c'est eux pour lesquels on a le plus de soucis, on n'a pas d'avis extérieur. La famille parfois ils savent quand même, ils en ont un peu parlé, enfin ça arrive souvent qu'ils en parlent jamais, surtout chez les personnes âgées, en parler ça amène la mort hein. C'est difficile d'en parler. Et puis il y en a qui ne comprennent même pas. J'ai essayé de parler de directives anticipées à un monsieur, il a parlé de "ah ouais ouais j'ai un caveau" "euh ouais non c'est pas ça, c'est pas ce que je vous ai demandé, nous c'est avant le caveau c'est quand vous êtes encore vivants" (*rires*). C'est très difficile de leur parler de ça.

S Et est-ce que le médecin traitant il aurait un rôle pour parler de ça ?

PH4 Moi je pense qu'il a un rôle crucial pour parler de ça. C'est justement lui qui les voit quand ils vont bien et il pourrait amener ce genre de conversation "vous savez maintenant c'est obligatoire de parler de ce que vous auriez souhaité si vous n'allez pas bien et si vous ne pouvez pas parler". C'est plus facile d'en parler quand les gens vont bien que quand les gens vont mal. Nous on les voit ils vont mal, on leur assène ça, je vous garantie on a l'impression de leur signer leur arrêt de mort. Quand ils vont bien c'est pas pareil. Alors c'est vrai qu'il est plus difficile de leur en parler, mais justement c'est le rôle du médecin traitant, le rôle du médecin traitant c'est la prévention, c'est la formation et c'est l'information. Bon après j'ai jamais été médecin traitant donc peut-être que je suis un peu trop théorique, un peu trop dans l'espoir, mais... Parce que c'est quand on va bien qu'il faut en parler, pas quand on va mal. Le nombre de personnes qu'on voit arriver à l'hôpital et qui disent "oui mais je ne voulais pas qu'on me fasse tout ça", Mais pourquoi vous n'en avez pas parlé avant !

S Dans les cas où le médecin traitant est impliqué et sur les patients pour lesquels c'est posé la question de la limitation thérapeutique, est-ce qu'il y a eu un avantage à avoir le médecin traitant dans la discussion avant la RCP ou pas forcément ? et quel était l'avantage ?

PH4 Disons que ça nous conforte un petit peu dans notre raisonnement et dans nos sensations, parce que finalement c'est vachement subjectif de poser une limitation thérapeutique... on est face à un humain qui peut s'améliorer comme s'aggraver, et puis quand on pose la limitation on sait très bien que s'il est là et que il va être là et bah il va finir là. D'avoir le médecin traitant ça nous dit oui c'est bien, ça nous permet de se dire on n'est pas seul, c'est surtout ça. Et moi encore j'ai de la chance, c'est rare que l'on soit dans l'urgence puisque j'essaie d'anticiper au maximum. Mais quand on est aux urgences, c'est là aussi le plus difficile, on sait que les choses doivent aller vite et on n'a pas le temps de trop réfléchir, et c'est là où justement avoir des directives c'est bien. D'avoir des gens qui en ont déjà parlé c'est bien, les familles sont un peu préparées, c'est bien. Ça sera toujours douloureux mais ce sera plus, peut-être, acceptable. Parce que c'est des choses, on leur en a déjà parlé à la famille, ils savent que malheureusement on y arrive. Et quand vous allez bien et puis d'un seul coup on vous dit bah non, voilà. Je pense que pour la famille, pas forcément pour le patient parce que lui dans sa tête je pense qu'il sait déjà un petit peu où il en est, d'ailleurs ils ne veulent pas aller à l'hôpital hein,... on les a forcés à aller à l'hôpital, il est là pour faire plaisir. Et pour la famille bon, ils savent, ils savent que l'on risque de poser ce genre de choses, mais ils sont... Je pense que les gens sont plus en accord avec ce qu'on fait parce qu'ils savent que quelque part c'est la volonté de la personne. J'en ai eu une là, j'en ai parlé à la dame, elle me dit j'en ai marre, je lui dis si vous vous aggravez sur le plan rénal qu'est-ce qu'on fait, est-ce qu'on va jusqu'à la dialyse ? Elle me dit non j'en veux pas, je lui dis d'accord, peut-être qu'il faudrait en causer à votre famille. Après moi je suis prête à répondre aux questions de la famille. Je dis là que la question ne se pose pas mais si ça se pose, jusqu'où on va. C'est bien, la parole se délie quand on commence à dire à la famille bon tu sais j'ai pas envie. Hier ya un monsieur qui m'a dit au scan, "oh vous savez, pourquoi mes fils m'ont pas laissé partir il y a 6 ans quand j'ai fait mon coma" j'ai dit faut leur dire... et ils sont pas, parce que la famille "ah non non", et il me dit j'ai essayé d'en parler, et je lui dis mais qu'est-ce qu'ils vous ont répondu ? "ah mais non mais je me suis fait gronder". (*Blanc*). "peut-être, mais ils ont entendu", quand on va le leur répéter, ça viendra pas de nulle part, et c'est en ça je pense que le médecin traitant qui est censé être plus proche de son patient, et le médecin traitant c'est un intime de la famille. Enfin moi je le vois comme ça hein, un médecin traitant c'est censé être un intime de la famille, pas juste le renouveau d'ordonnance et lui il rentre dans l'intimité de la vie des gens puisqu'il va au domicile, parce que lui il les suit depuis des nombreuses années. Et c'est là je pense qu'on peut avoir du jeu. C'est comme dans les EHPAD, les médecins coordonnateurs, les médecins traitants, ce sont ces gens-là qui à mon avis peuvent faire quelque chose pour faciliter. Alors ça va faciliter notre travail, ça ne facilite pas le leur hein, c'est clair. non c'est vrai il faut être honnête, c'est vachement difficile d'en parler mais... c'est... voilà, chacun son métier. Surtout quand on sait qu'on peut revenir dessus si c'est quelque chose de curable. Les gens ils sont raisonnables, hein. Une fois j'en ai eu une qui avait fait des directives anticipées, celle-là elle est super intéressante. C'était une dame jeune, une soixante d'années, insuffisance respiratoire chronique, avec une insuffisance cardiaque modérée mais liée à son insuffisance respiratoire chronique donc c'était quelque chose de très calme. Et qui est arrivée en détresse respiratoire, consciente, aux urgences, avec des directives anticipées disant qu'elle ne voulait pas être intubée. Cette dame avait une infection pulmonaire. Une infection pulmonaire on sait qu'a priori 48h de, ça peut être compliqué mais 48h d'antibiotiques ça peut être intéressant d'aller jusqu'à l'intubation chez cette dame. Ça va être difficile derrière, il suffit de lui dire, mais ça peut être curable. On est descendu, on a été appelé par l'urgentiste, elle était en état de choc avec cette détresse respiratoire, consciente, toujours, et euh, pour poser la LATA. Déjà c'est bien parce qu'il a posé la question. On est descendu, et puis quand j'ai vu la dame, qu'on a vu le dossier, enfin, c'est quand même curable. Donc moi je suis allée voir la dame en lui disant voilà, vous avez une infection aux poumons, ça peut être traité par une antibiothérapie, peut-être 48h d'intubation effectivement parce que là vous n'êtes plus en état de continuer à respirer toute seule, parce que vous êtes très infectée, qu'est-ce que vous voulez. Je dis je ne garantie pas derrière qu'on va arriver à vous extuber, à ... tout ça. Je dis vous avez 60 ans, ça peut être curable, c'est pas un cancer. Bah la dame a changé d'avis. Donc voilà, on sait que... Là c'était limite raisonnable. Bon après elle a que 60 ans quoi, c'est pas comme si elle avait 80 ans, on n'aurait probablement pas eu la même attitude. Donc on avait des directives anticipées effectivement, mais la dame était consciente, et on lui a demandé son avis, avec toujours la possibilité que, si elle ne s'améliore pas sous traitement antibiotique, intubation, machin, on n'irait pas plus loin. Donc pour la dame c'était écrit, c'était clair, elle savait que, soit ça marchait et elle pouvait être sauvée, soit ça ne marchait pas et elle mourrait. mais on ne s'est pas arrêté à sans intubation. Là si on ne l'avait pas du tout intubée elle serait morte.

J C'est pas immuable

PH4 On sait que c'est pas immuable donc on eut revenir dessus. Ça n'empêche pas, et je pense que c'est ça qu'il faut faire. Après faut pas s'arrêter sur des directives anticipées, faut être un peu... souple. Voilà !

Entretien 5 :

J Peux-tu nous raconter comment fonctionne le travail en équipe dans les services dans lesquels tu travailles ?

PH5 Globalement le travail en équipe se passe (*sonnerie téléphone*)... En tout cas au niveau du parcours de soin onco, soit le patient, il est adressé par le médecin traitant, parce qu'on découvre sur des symptômes un peu mineurs la maladie cancéreuse,

soit il a des symptômes un peu majeurs, il est hospitalisé, et on fait le bilan en cours d'hospit. Donc en fait le parcours : il est quand même adressé d'abord par soit le médecin traitant, soit des médecins hospitaliers. A ce moment-là, on fait le bilan diagnostique et je les revois avec la consultation d'annonce. Après qu'ils aient eu la consultation d'annonce avec moi, dans le parcours patient, ils vont avoir un temps de consultation d'annonce par des IDE du service, où ils vont être programmés en traitement après. Donc là, en fait, il y a le partage d'infos entre moi et les infirmières de consultation d'annonce qui vont reprendre la consultation et les documents que je leur ai laissés, le plan personnalisé de soin et de vie du patient. Au niveau du service après, on essaye de faire régulièrement des petits staffs, une fois par mois, de cas de patients un peu difficiles, où on essaye de rediscuter des nouveaux patients ou des patients qui sont en traitement. On fait une fois par mois les staffs avec les soins pall aussi de patients communs. Après on a la RCP une fois tous les 15 jours, avec là tous les spécialistes, radiothérapeutes, chirurgiens, chirurgiens du CHU aussi, ... et voilà en terme de staff, de communication avec les filles, après... ça communique tous les jours après sur les prises en charge.

J De manière continue ?

PH5 Oui

J Et au niveau des staffs, vous faites des petits staffs au niveau du service, il y a aussi les autres oncos ?

PH5 Il y a les autres oncos. Alors on n'arrive pas tout le temps à être tous les trois mais, là on est deux oncos. On arrive rarement à être tous les trois, mais il y a d'autres médecins oui.

S Donc les patients vous les voyez en consultation, ensuite consultation avec l'infirmière, et ensuite HDJ ?

PH5 Oui, ou thérapie orale à la maison. Et là on va beaucoup s'appuyer sur les parameds et les médecins traitants libéraux, en ville.

J Est-ce que tu pourrais nous raconter la dernière RCP, à laquelle tu as participé pas forcément pour LAT ?

P05 Bah, la dernière RCP par exemple ici il y a 15 jours, au début il y a beaucoup les dossiers de chir' dig. C'est les chirs au début parce qu'après ils sont pressés d'aller au bloc donc ils parlent d'abord. Donc, il y a beaucoup de traitements, ou des gens qu'ils ont opérés, et c'est pour discuter ou non des traitements adjuvants. Après, nous on essaye de faire par organe en fait. Les digestifs on va parler des patients métastatiques qui nous posent problème, des changements de ligne, des douleurs réfractaires, des choses comme ça. Après, on fait gynéco, pneumo, un peu hémato, on déroule comme ça, on parle plutôt des dossiers chir d'abord, les chirurgiens s'en vont après. Après on parle des dossiers médicaux, et après, voilà, ça c'est la dernière RCP d'onco.

J Et au niveau des participants à la dernière RCP, c'est que des médicaux, ou il y a des paramédicaux ?

PH5 En fait, il n'y a pas de paramédicaux ici. En fait c'est assez chronophage les RCP, et normalement il peut y avoir un peu tout le monde. Enfin si, il y a notre secrétaire, qui, en fait notre secrétaire, elle fait beaucoup la coordination. C'est presque un poste d'infirmière coordinatrice qu'elle a notre secrétaire. Donc, elle est là à la RCP, elle prend toutes les décisions de RCP, elle programme les examens pour la suite, quand on demande, donc, en fait, ouais, c'est notre coordinatrice quoi.

S Et donc par RCP, il y a à peu près combien de dossiers ?

PH5 Une quarantaine de dossiers. Ça prend une après-midi qu'on passe tous les 15 jours. Donc il y a une quarantaine de dossiers après si on la faisait toutes les semaines du coup ça serait un peu... moins long...

J Et dans le cadre d'une limitation thérapeutique, est-ce qu'il y en a une qui te vient en tête ?

PH5 En LAT on en fait régulièrement mais pas en cadre. On les fait plus au pied du lit, en service. Ou... par exemple, en soins continus c'est... des fois ça se passe aux soins continus ou en médecine. On essaye d'avoir le médecin des soins pall, moi, le médecin de soin continu ou des étages, des paramédicaux, et là, récemment... C'était un cancer colique en occlusion en bout de ligne de chimio qui faisait un petit peu que vomir, qui avait inhalé, qui était sous respirateur, et le but c'était de limiter la place du ventilateur là-dedans, voilà, et la sédation. Ça c'est une des dernières, après, voilà, y'en a un peu régulièrement.

J Et au niveau des acteurs qui te semblent vraiment indispensables pour les RCP de LAT, tu dirais ?

PH5 Il faut... En tout cas, quand ils sont en service de réa, il faut le réanimateur. Après quand c'est pour nous, moi j'aime bien toujours, fin en tout cas, ici, on n'a pas de réanimateur, quand je dis ça c'est plus les anesthésistes. Moi en tout cas je m'appuie beaucoup sur eux parce qu'on va demander le pronostic onco, mais des fois il est limité sur des choses que je ne maîtrise pas moi : le pronostic respiratoire sur une intubation. Moi je ne sais pas dire si le type, à moins que ce soit un cancer du poumon qui soit diffus, j'ai besoin de l'avis de celui qui va l'intuber en disant voilà le respirateur va faire tant de dégâts, et c'est pas judicieux. Donc en fait j'ai toujours besoin d'avoir quand même l'avis de l'anesth-réa... Pour le patient de soins pall, le médecin de soins pall qui le connaît le mieux, ou le médecin de l'unité qui s'en occupe, et les filles, les infirmières qui s'en occupent, qui sont donc au lit... Après, en fait nous très rarement ici on a le médecin généraliste.

J Oui c'est ce que j'allais dire, toi le contact que tu as avec le médecin traitant il est ?

PH5 En fait, je les ai plus tôt dans l'histoire. Ils ont mes compte-rendus réguliers et tout ça. Après en cancéro le médecin généraliste il s'efface aussi volontairement beaucoup lui, et moi j'essaie de souvent les remettre, pour tout ce qui va être autre traitement et tout ça. Pour pas qu'ils les perdent de vue mais, automatiquement, dès que y'a le cancer, ça bloque un peu et le médecin généraliste s'efface beaucoup et nous remet beaucoup le patient. Donc en fait après, c'est dur, sur la fin quand ils ne l'ont plus vu pendant 6 mois, de remettre le médecin traitant là-dedans pour la décision de quelqu'un qu'il n'a plus vu quoi... Mais, de base, moi j'essaie toujours dans la prise en charge de dire, « vous continuez à voir votre médecin traitant et tout ça » Parce qu'en fait, c'est pas quand ça va aller mal, qu'on va avoir besoin de lui et à ce moment-là, par contre, si vraiment il a été partie prenante, ben je passe souvent un coup de téléphone en disant ça va pas, qu'est-ce que vous en pensez et tout ça, mais...

S C'est plus en amont de la RCP ?

PH5 En amont de la RCP ouais. De prendre un peu son avis sur la difficulté, après quand souvent, la RCP je la fais ici et en fait c'est que le médecin traitant déjà était en impasse et l'a adressé pour l'hospit', donc après il nous laisse faire, et souvent il dit vous êtes meilleure que moi là-dessus, mais voilà quoi.

J Et quand tu contactes les médecins généralistes c'est par téléphone ?

PH5 Oui.

J Et tu leur fais des... fin tu leurs joins tous les courriers de...

PH5 Ils ont tous mes compte-rendus de consultation qui sont validés, normalement au bout d'une semaine. Les courriers de chimio c'est un peu plus dur de se tenir à jour parce qu'il y a beaucoup de chimio mais toutes les consultations tous les 3 mois, avec le bilan d'évaluation, celle de consultation j'ai pas de retard dans la correction.

J Ok. Et est-ce que tu as déjà vu une RCP avec un médecin traitant ou jamais ?

PH5 On en avait fait une quand j'étais interne, avec *médecin généraliste à l'époque, c'était... Et c'était sur une jeune dame qui avait... des troubles neuro-dégénératifs fin mentaux, et qui avait des infections à répétition, la jéjuno, l'alimentation... Et là, en fait, c'était plus vraiment dans un parcours de soins chronique de la maison, de la jeune patiente qui va pas avoir de pronostic vital rapide mais là, on avait limité ça pour la gastrostomie... On avait fait une RCP, pas de limitation de thérapeutique mais pour poser ou pas l'indication de la gastrostomie avec le médecin traitant et comment ça pourrait se gérer à la maison et tout. Mais ce n'est pas une RCP de LAT.

J Et pour toi l'avantage d'avoir le médecin traitant là ?

PH5 Ben, parce que ça c'est pour le coup... elle va avoir à gérer un peu ça, et cette patiente c'est en fait quand même aussi voir la faisabilité au domicile, est-ce que c'est raisonnable de se lancer dans quelque chose voilà là-dedans si derrière au domicile c'est l'échec, infections à répétitions et tout ça... Donc là, l'avis du médecin traitant... Quand c'est pour une limitation fin de vie qui va se passer à l'hôpital par exemple, si le médecin traitant n'est plus intervenu c'est... Mais si par exemple on le limite et qu'on dit ok vous retournez à la maison, parce que ça peut arriver hein avec une sédation qui va prendre du temps, là ça me semble indispensable d'avoir l'avis du médecin traitant. Parce que c'est lui qui va gérer ça avec les soins palliatifs et donc il faut qu'il soit partie prenante. Mais pas forcément en présentiel, quoi. Ça, c'est souvent les soins palliatifs qui s'occupent de les appeler.

J Oui. Et euh... oui, pour le contacter t'as des difficultés ? Parfois pour avoir les médecins traitants.

PH5 Non, globalement ici, il y a un lien ville-hôpital qui se fait quand même assez bien. Ils ont beaucoup de facilité à nous appeler pour hospitaliser les patients directs et nous on n'a pas de soucis pour les appeler.

J Oui, vous arrivez à échanger ?

PH5 Souvent, les secrétaires elles nous les passent directement.

S C'est pratique, parce que souvent c'est un peu l'obstacle.

PH5 Ouais non souvent quand on dit... Fin on n'appelle pas non plus pour tout et rien, et eux non plus ils n'appellent pas pour tout et rien, donc nous la secrétaire filtre pas et leurs secrétaires filtrent pas quoi.

J Dans le cadre précis d'une LAT, pour toi... Qu'est-ce que le médecin traitant pourrait apporter dans la RCP ?

PH5 Après je pense que le médecin traitant il peut apporter tout ce qui est environnement familial autre que euh... Parce que souvent nous, on a quand même un aidant qu'on voit beaucoup beaucoup, régulièrement dans la maladie. Mais le médecin traitant, quand il s'inscrit vraiment dans une prise en charge familiale depuis longtemps, il peut quand même nous apporter tous les aspects sociaux et familiaux que nous on n'aura pas forcément perçus là-dedans et qui peuvent... Sur la partie très technique de la fin de vie, de la limitation, défaillances d'organes et tout ça je pense que, c'est pas lui, mais sur la partie impacts, idées préconçues familiales, cultures familiales... quand il est vraiment, pour le coup le médecin traitant de toute la famille et depuis longtemps, il est intéressant là-dessus et sur, après, la faisabilité des choses à domicile, quoi.

J Est-ce qu'en termes de directives anticipées... ?

PH5 On n'est pas très bon... Alors, les soins palliatifs c'est devenu plus systématique et tout ça, même là dans la certification, c'est un peu difficile... Quand la maladie, au début du diagnostic c'est compliqué de leur dire « bon ben voilà, vous avez un cancer métastatique, quelles sont vos directives anticipées ? ». Euh... En cours de traitement aussi, quand les choses vont mieux, c'est un petit peu difficile. Après, on se pose beaucoup, en fait, quand les choses commencent à aller mal, sur OK « qu'est-ce que vous acceptez, si ça va mal, voilà, on va être en réanimation, est-ce que vous acceptez l'intubation si jamais... » On discute, elles ne sont pas forcément rédigées, en tout cas elles sont recueillies et on arrive comme ça, en fait à se poser avec les volontés du patient aussi. Mais nous, ici, en tout cas, on n'est pas très bon sur les directives anticipées.

S En fait, vous prenez le temps en fonction de l'avancée du... ?

PH5 Ouais. En fait, je trouve qu'un truc très systématique, c'est un peu les grandes recommandations disent, normalement ça doit être systématique dès le diagnostic de prendre les directives anticipées. Mais en fait ça a perdu du sens parce qu'effectivement elles vont être totalement modifiées. Il faut les laisser un peu atterrir dans leur maladie, ils vont voir que leur maladie se chronicise et qu'ils arrivent à vivre avec, et déjà leurs directives anticipées vont évoluer. Et après, je pense qu'il faut les réviser. Là, par exemple, les faire rédiger quand il y a une petite problématique aiguë ou en début de prise en charge, et après quand ils vont mieux les réévaluer, et quand ils vont moins bien les réévaluer, à chaque fois en fait. Parce que de les faire trop tôt comme ça c'est mal vécu, c'est pas très contributif parce que de toute façon il va y avoir un événement qui va faire que la décision va être différente par le patient. On se rend beaucoup compte que quand c'est abstrait on a beaucoup de choses qu'on dit on limite. « Oui mais moi, je vous dis là peut-être que je voudrais pas être intubé, être en réa et tout » Le jour où je vais y être et que je vois que je peux peut-être encore interagir un petit peu avec mon fils et avoir une qualité de vie que j'aurai jugé là, pas acceptable mais qui pourra me paraître acceptable à ce moment-là on accepte plus de choses. Donc, trop tôt, ce n'est pas pertinent non plus.

S Donc y'a peu d'intérêt à des directives anticipées faites par le médecin traitant... en amont ?

PH5 Après c'est intéressant quand même chez les gens qui sont un peu âgés, poly-pathologiques, de quand même arriver à savoir un peu de parler de ça. Le médecin traitant en amont et de savoir un peu déjà qu'est-ce qu'il pense de sa fin de vie. D'avoir des grandes idées mais ces directives anticipées là il faudra pas les prendre mots pour mots le jour où ça ne va pas, qu'il y aura une maladie grave il faudra les réviser puisqu'il y aura des choses qui vont... Mais je pense que c'est déjà bien de parler avec ces patients, quand ils commencent à prendre un peu de l'âge et qui sont poly-pathologiques, de savoir un peu ce qu'ils veulent, déjà on a des grandes lignes : le don d'organe, en parler un peu à ce moment-là aussi... Là, pour la certification, on nous a demandé un... (Frappe à la porte)... sujet jeune qui rentre pour se faire opérer d'une vésicule, qui laisse des directives anticipées quoi. Donc, c'est... fin c'est un peu compliqué à aborder dans ce contexte-là. Il rentre pour une chirurgie, il a compris qu'il y a un risque anesthésique, mais bon... ça ne veut pas forcément... Dans le cas d'une maladie chronique, c'est bien que le médecin traitant puisse en parler, mais il faudra... Le problème c'est qu'après ça traîne dans des dossiers, que c'est pas révisé et il faut pouvoir le revoir et en discuter quoi.

J Et sur les RCP que vous faites ici, est-ce que tu penses que c'est envisageable de convier les MT ou pas ?

PH5 En fait, pour eux je pense que c'est compliqué parce qu'en fait ça nous prend tout une après-midi. Je pense plus quand on a une RCP... Des fois quand on a un patient qui va pas bien, qu'on se dit bon demain on se pose sur tel dossier pour le limiter. Sur une RCP de limitation thérapeutique je pense que ça peut être pertinent de l'appeler, de dire, est-ce que... Mais sur une RCP comme ça ou de cancéro, vraiment sur les RCP qu'on fait oui de limitation, oui ça pourrait être intéressant de les... Mais c'est plus pour eux, c'est les limites d'organisation pour eux, je pense, souvent on fait ça le soir vers 18h après les consultations un petit peu de tout le monde, après avoir fait le truc on voit les familles. C'est un peu organisationnellement compliqué quoi.

Entretien 6 :

S Est-ce que tu peux nous expliquer comment fonctionne le travail en équipe dans ton service ?

PH6 Alors, déjà j'adore le travail en équipe. Et donc là ici, on est deux, deux séniors, il nous manque un troisième. Donc, jusqu'à février ça allait avec des intérimaires, mais avec la loi Ritz il n'y a plus d'intérimaires, et du coup, on a une PADHUE (praticien diplômé hors UE) qui fait son équivalence de diplôme pendant deux ans. On lui laisse 6 lits donc on a la moitié du secteur qu'on se divise avec **. Donc la semaine ça va, c'est compliqué quand un de nous deux part en congé. D'où la problématique de cet été : la fermeture de lits d'un secteur... Tu peux pas... Pendant 6 mois on a fait à deux les 3 secteurs et en fait, tu te rends compte que lorsqu'il y a un problème qui arrive de l'autre côté, c'est toi le responsable. Tu ne connais pas assez le dossier, ça crée des conflits, des problèmes, et franchement t'es gênée quoi.

S Donc là il y a deux médecins à temps plein ?

PH6 2 médecins à temps plein, donc on était à 32 lits après on est passé à 26 lits, et là, on va passer à 24 lits, on va majorer un peu nos secteurs, mais bon, c'est gérable.

S Et avec les équipes soignantes, il y a des staffs ?

PH6 On voulait mettre des staffs, au moins une fois par mois, toutes les semaines tu ne peux pas. Moi j'ai des consults, je suis à temps partiel, t'as les repos de garde, donc tu peux pas toutes les semaines. On a voulu une fois par mois, pour l'instant, on ne peut pas, on n'est pas assez. Il y a un changement de cadre et un changement des infirmières. Pour l'instant, tu ne peux pas trop fidéliser ton équipe, parce que c'est le chaos quoi.

J Et le matin, quand vous arrivez, est-ce que vous faites un petit débrief ?

PH6 Oui avec les infirmières, comme d'habitude il y a une relève, tu fais la visite, tu dis les changements.

J Et vous faites la relève de votre secteur à vous ?

PH6 Oui. Après, comme là on est bien, tu vois, on est trois dans le bureau, bah on sait pas, on se parle "Oui, qu'est-ce que tu en penses?". C'est pour ça le groupe, le travail en équipe, je trouve, tu vois. T'es seule, on ne peut pas dire "qu'est-ce que tu en penses", tu n'as pas les spécialistes tout le temps, tu peux pas appeler quand le patient il est un peu entre les deux. Quand c'est clair et net t'appelles le spécialiste mais quand c'est un peu entre les deux "qu'est-ce que tu en penses?". C'est pour ça que c'est très important de communiquer, c'est la collégialité, il y a les différences d'âge, qui fait l'expérience, qui fait le vieux à l'expérience, le jeune a les connaissances théoriques et du coup voilà.

S Donc il n'y a pas vraiment de réunions régulières mais il y a des staffs tous les matins pour chaque partie du service. Est-ce que tu pourrais nous raconter la dernière RCP à laquelle tu as participé, pour un de tes patients ?

PH6 Alors, vraie RCP ?

S Une RCP, la dernière.

PH6 Les soins palliatifs, avec **. Bah c'est un patient ... Tu veux le dossier ?

S Non, juste nous raconter qui a demandé la mise en place de la RCP pour quelle raison, et les participants ?

PH6 D'habitude les RCP c'est les soins palliatifs, on ne fait pas d'autres RCP, d'autres spécialités, on ne fait pas comme ça. Attends, c'était avec l'anesthésiste, oui il y avait l'anesthésiste aussi. C'était une dame qui était démente, qui a fait une ischémie aiguë, pour qui la famille insistait d'amputer, et elle qui avait des troubles cognitifs elle ne voulait pas. (*Sonneries téléphone*) Du coup, du coup, du coup, c'était comment... Donc elle, elle ne pouvait pas donner son avis, mais elle disait non, tu vois, elle disait non quand même pour l'amputation mais elle avait des troubles cognitifs. La fille qui insistait, et nous on savait enfin, on était très mal à l'aise de l'amputer, elle avait des problèmes cardiaques, tout ça. Donc c'était plus une histoire judiciaire. Et finalement, euh, on a attendu et on a amputé, on a décidé de l'amputer, parce que la patiente au départ elle disait non après elle disait oui, donc c'était pas clair. Et euh, et voilà. Il y avait ** (médecin des soins palliatifs), les anesthésistes, il y avait deux anesth, on a demandé l'avis du tuteur, et la cadre.

J Il y avait des paramédicaux, des infirmières ?

PH6 Oui ça c'est toujours avec l'infirmière.

S Et donc là c'était pas une RCP de limitation thérapeutique, c'était pour décider de l'amputation ou non. Dans le cas de RCP pour des LAT ou de soins palliatifs, pour toi, quels acteurs sont indispensables ?

PH6 Euh les médecins de soin palliatif, après l'infirmière qui s'en occupe, et voilà, ça c'est indispensable. Après il y a la cadre, il y a l'infirmière de soin palliatif, mais bon, ça c'est moins important. Après, voilà, son médecin traitant s'il peut venir ou si on a son avis.

S Comment vous contactez les médecins traitants ?

PH6 Par téléphone.

S Plutôt au début de la prise en charge, ou plutôt à la fin, avant la RCP s'il y en a une ou après la RCP ?

PH6 Après, bon, je pense que chacun fait un peu différemment, ça dépend de, euh et son oncologue bien sûr. Ça dépend de l'avis du patient, et après qui est son médecin. Il y a certains médecins qui ne s'impliquent pas, il y en a d'autres on sait qu'ils ont confiance en nous, il y en a qui sont très demandeurs qu'on les appelle. Bon, c'est en fonction de notre intuition plus ou moins tu vois. On a du mal, je sais que tel et tel il faut que j'appelle et que j'explique, il y en a, c'est plus les vieux qui s'en occupent beaucoup de leur patientèle, les jeunes il n'y en a pas trop encore des jeunes médecins installés dans la région, et après, des fois on n'appelle pas, parce que c'est tellement clair qu'on n'a pas besoin de, enfin que je n'ai pas besoin de son feu vert. Et il y en a un qui vient rendre visite à ses patients, fréquemment.

J Et tu es fréquemment en contact avec le médecin généraliste ?

PH6 Oui, oui, oui, j'appelle, mais pareil, tu sais très bien qui s'en occupe, et au bout de... je suis là depuis plus de 10 ans ! qui s'en occupe, qui appelle, qui veut vraiment l'avis. Il y en a pour qui il suffit que j'envoie le compte-rendu quoi.

S Quand tu sais que c'est un médecin qui a une sensibilité particulière au contact, tu vas le faire, et en général tu l'as facilement ?

PH6 Oui, oui, oh bah j'ai son portable.

S D'accord. Et des fois, tu as des freins pour les avoir ?

PH6 Non. Après sauf s'ils sont en vacances mais ils sont facilement accessibles au téléphone.

S Tu verrais comment une participation du médecin traitant à des RCP, ça te semble possible, pour quel sujet ?

PH6 Bah tu vois ce dossier de cette dame de l'amputation, j'ai appelé son médecin traitant toutes les semaines, elle est restée au moins trois mois, pendant deux mois j'ai appelé, elle a jamais décroché, jamais rappelé, j'avais laissé des messages à sa secrétaire, elle est jamais venue, donc euh tu vois, ça, dans des dossiers complexes comme ça, au moins, si elle ne peut pas venir, parce que bon, ils ont un, je suppose ils ont une charge de travail énorme, mais au moins de l'avoir au téléphone, c'est important. Et après, le problème avec le manque de médecins, le vieillissement de... qui partent à la retraite, le remplaçant il ne connaît pas le malade, et le malade il trouve un médecin ça lui plaît pas il change d'avis, il va chez l'autre. Là je retrouve dans ses courriers mais en fait il était déjà chez l'autre avant, qu'elle n'a pas aimé qu'elle a vu un autre et que finalement elle est retournée... et elle se balade et de médecin en médecin, et en fait, ils connaissent pas leurs malades. Ils ne les connaissent pas, et après bon il y a la fierté, il est parti je ne m'en occupe plus. Mais vraiment les vieux médecins, c'est fiable. Après je ne critique pas les nouveaux hein, je vous dis, il y en a... Il y en a très peu qui sont installés, très très peu.

S Donc, tu n'as jamais fait de RCP où il y avait un médecin traitant ?

P06 Une seule fois où il y avait ** (médecin des soins palliatifs), je crois que c'était un AVC et il y avait une histoire de gastrostomie.

S Et là, il y avait un avantage de l'avoir ?

PH6 Oui parce qu'elle connaissait son patient. Elle connaissait son patient, elle connaissait son milieu, sa famille... oui, ça apporterait beaucoup de choses. Après, en cancer, c'est juste je pense psychologique, tu vois. C'est psychologique, vraiment le médecin traitant dans des maladies chroniques, pas forcément avec un pronostic à court terme, tu vois la gastrostomie, l'amputation et des choses comme ça, c'est important, parce que son implication à elle, derrière, comment est-ce que qu'elle peut gérer, voir un peu la situation.

S Oui, voir en fonction de la situation, si c'est un patient qui doit rester après à domicile.

PH6 Oui, oui, là qu'est-ce qu'elle met en place, pour aider son travail, pour qu'elle ne soit pas appelée toutes les semaines ? Après, on utilise beaucoup, vu le manque de médecins ou leur surcharge de travail, on utilise beaucoup l'HAD. Donc l'HAD est bien utilisée. Après, bon on a du feedback un peu moins fréquent.

J Vous n'avez pas de retour de l'HAD ?

PH6 Non. Là-bas aussi, il y a des problèmes, il y a des changements dans le médical. Le médecin coordinateur s'adresse à nous ou au médecin. Mais bon, c'est un petit plus. Après, il y a le ***, mais bon, ce n'est pas dans les soins pall hein. C'est une sorte de, d'aide, comme des prestataires un peu publiques tu vois, qui aident à prendre les rendez-vous aux patients, qui font le suivi, ou... un organisme à la sécu que tu appelles et qui prend en charge, ton patient, il y a des critères, l'âge, la pathologie. Et qui va s'en occuper pour ses rendez-vous, kiné, infirmière, le transport, voilà. Et après, il y a les prestataires.

J Si tu as la possibilité d'avoir le médecin traitant à chacune des RCP, qu'est-ce que t'attends de lui ? Qu'est-ce que tu veux qu'il t'apporte ? Comme informations.

PH6 Moi je, comme je disais tout à l'heure. Pour chaque RCP, je n'aurai pas besoin du médecin traitant. C'est vraiment dans des situations compliquées que... Oui, quand il y a des conflits familiaux, tu vois, ... Parce qu'on a tous notre vision. On a notre expérience, notre vision, notre vécu, et des fois, même si tu connais la théorie, c'est ton intuition tu diras, si c'était ma famille je ne ferais pas comme ça. Tu vois ? Mais quand il te faut un autre médecin, ou un autre spécialiste de ton niveau, qui à ton niveau, qui te résonne un peu, il ne faut pas trop mettre de sentiments dedans.

J Ça peut permettre de prendre du recul.

PH6 Oui c'est plus pour ça le médecin traitant. Après quand c'est en fin de vie voilà c'est clair. Mais enfin chez nous c'est plus simple les fins de vie, c'est plus en soins intensifs que... Voilà, pour raisonner pour enlever ce poids qu'est la décision, de la décision et de mon vécu.

S Tu as déjà eu des patients pour qui la question des soins palliatifs se posait et le patient avait des directives anticipées ?

PH6 Oui.

S Ça aide ?

PH6 Non, ça nous complique la vie. Parce qu'en fait on se rend compte que le malade ne comprend absolument pas les directives anticipées. ça a dû être fait vite. Ou même si elle a les capacités intellectuelles de comprendre, elle lit un truc sur internet, elle interprète à sa manière. Tu repasses tu dis "ah mais moi j'ai pas compris comme ça",... Moi je trouve que non, c'est plus une surcharge de travail qu'un bénéfice. Surtout là, il y avait l'accréditation, donc ils ont beaucoup mis la problématique sur les directives anticipées, que dans les dossiers c'est pas écrit. Dans chaque dossier il faut écrire qu'on a discuté, qu'on a parlé. Et en fait, c'est faussé, tu ne peux pas entrer dans une chambre "Alors vos directives anticipées qu'est-ce que c'est" ? . Et tu vois, le malade il peut changer... d'avis d'un jour à l'autre, ça dépend de sa souffrance, comment il se sent, dans quelques jours il est mieux ou je sais pas.

S Donc même les directives anticipées qui sont faites en amont entre le patient et son médecin traitant ça n'aide pas les médecins hospitaliers ?

PH6 Non, non ... peut-être ça aide sur certaines choses, mais c'est pas du tout un plus. Et ça nous embête beaucoup juridiquement aussi.

Entretien 7 :

S Comment ça se passe le travail en équipe dans ton service actuellement ?

PH7 Euh... C'est pas mal. C'est pas mal... Mais en équipe avec les médecins ou avec les infirmières ?

S Avec les médecins et avec les para-médicaux.

PH7 Ouais. Non, non, ça va ben je suis avec Dr* donc, ça va hein. On s'est toujours très bien entendus, ça va faire douze ans qu'on est ensemble quand même. Ça commence à faire. Fin, qu'on travaille ensemble. (Rires)

Donc voilà on s'est toujours bien entendu, on a un peu la même vision des choses comme on est tous les deux généralistes, on n'est pas spé et on a une vue des choses... Je pense qu'on est beaucoup plus pragmatique et plus global sur le patient. Donc il n'y a aucun problème et après c'est des intérimaires qui passent. Donc là ben ça dépend, on tombe bien on tombe pas bien ça dépend des intérimaires mais la plupart du temps ils sont sympas quand même comme celui là et qui va rester après. (Sourire) Sinon, avec les paramédicaux moi ça se passe très bien parce que... J'arrive très tôt donc ça elles sont heureuses quand c'est moi. Parce que j'arrive à 07h30, quand elles ont des questions à 07h30 elles les posent et je leur réponds. Bon puis j'ai été infirmier quand même... Donc, je comprends leurs problématiques. Moi, je ne vais pas demander 3 hémocs chez quelqu'un d'inquable. Parce que je sais qu'elles vont y passer 10 000 heures, qu'à la fin elles vont dire « ben tu sais j'y suis pas arrivé » Parce que je connais le problème, la problématique. Donc chaque fois, en général, je ne crois pas qu'il y ait d'infirmières qui ne m'aiment pas parce que chaque fois je sais ce qu'elle fait et je sais qu'elle est la difficulté pour le faire. Donc, ...j'ai fait des milliers de prises de sang. J'ai travaillé pour les labos aussi donc voilà je sais ce que c'est chercher une veine pendant une heure et donc, quand tu dis, bah faut piquer des hémocs euh faut bien réfléchir pourquoi tu piques des hémocs. Les hémocs moi euh... Oui, il y a des indications parfois. J'en fais aussi. Mais je ne prescris pas des choses comme ça pour le... Donc, en général, avec les infirmières ça ne se passe pas trop mal.

S Et souvent vous avez un échange le matin à 07h30 et après est ce que t'as un autre échange ?

PH7 En général vers midi, quand elles ont fait le tour du midi, si y'a des soucis, à ce moment-là. En début d'après-midi, on refait un petit point et puis, en général en fin d'après-midi. Quand je m'en vais, je vais voir si on a un truc qui merde dans mon secteur parce que là avant de partir vers 18h, 18h30 y'a toujours des trucs : un dextro, un machin, donc je pars jamais sans aller la voir et lui dire « ça va, pas de soucis ? ». Donc bon moi... euh... en général j'ai pas trop de problèmes quoi. .

S Au final la communication est tellement facile entre toi et les infirmières...

PH7 Si tu veux elles ont pas un niveau de médecin hein, c'est le problème des cours par des gens qui sont médecins qui font des cours aux infirmières ils sortent exactement leurs cours de médecine mais une infirmière ça sert à rien de lui faire ça, elle retiendra pas. Faut des trucs simples, euh, voilà, c'est comme ça c'est pas le même niveau d'étude, c'est pas les mêmes études, elles sont pas là pour faire la même chose que toi donc mets toi à leur niveau et ça se passera très bien. Bon moi ça j'y arrive bien forcément pour l'avoir fait... bon voilà.

S Est ce que tu pourrais nous raconter la dernière RCP à laquelle t'as participé ? Est ce que tu as eu des RCP pour des patients que tu suivais ?

PH7 Euh... Hier on en a eu une. De soins pall. Moi les RCP c'est pour les soins pall de toute façon, fin euh oui.

S Et souvent c'est à ta demande ? A la demande du patient ?

PH7 Euh... non lui c'était à ma demande. Bon c'est un monsieur qui a 74 ans qui est un peu un SDF qui habite dans un foyer donc un SDF qui a quand même un logement mais bon. Mais bon il a tout du clochard, il parle comme ça, les cheveux jusque là (montre ses épaules), une crasse de 15 ans donc décapage plusieurs jours pour arriver à faire... Chez qui je découvre un cancer du poumon métastatique et il se dégrade très vite donc hier j'ai demandé aux soins palls. Bon, il va passer en RCP de cancéro cet après-midi hum vu l'état général je pense qu'il ne faut pas y aller euh... il faut le laisser tranquille je pense... Donc j'ai appelé les soins palls un peu pour que... bon ils sont assez d'accord avec moi. Et du coup on va lui donner du vin rouge. Parce que les soins palls lui ont dit « qu'est ce que vous voulez ? » Et il a dit « J'aimerais bien boire un petit coup de rouge » donc j'ai demandé du vin rouge. Voilà.

J Et du coup il y avait qui euh... des soins pallis ?

PH7 Un médecin. Voilà, c'est vrai que j'ai beaucoup travaillé tout seul, avant que les soins palliatifs existent. Donc si tu veux quand tu travailles tout seul ta RCP c'est toi ! Donc j'ai un peu de mal quand des gens, quand c'est bien réglé, quand y'a des familles problématiques que c'est compliqué tout ça je me méfie un peu. Quand après j'ai des gens, j'ai eu un papy cette semaine, 90ans cancer du rein qui pisse le sang, qui arrive à 4 grammes d'hémoglobine aux urgences, ils ont transfusé, ils ont transfusé, moi je refais un bilan 5 grammes... Le lendemain moi, je suis passé par personne. Voilà, je n'ai pas besoin de soins pallis dans ces cas là quoi je veux dire, si ce n'est perdre du temps. Parce qu'avant quand je travaillais à la clinique il n'y avait pas de chambre seule à l'hôpital. Donc tous les soins pallis, ils venaient à la clinique. Et on avait 40 lits de médecine, où des fois, des fois sur un secteur de 20 lits j'avais 10 soins pallis. Et seul, parce que à ce moment-là les soins pallis ça n'existait pas. On avait juste une association, je crois qu'elle existe encore d'ailleurs. C'était une association où on venait nous aider mais c'était pas des professionnels hein, j'avais une prof de math, j'avais euh... C'était un médecin qui avait lancé ça mais les autres c'était des gens, des bénévoles qui venaient tenir compagnie aux gens etc, c'était le premier truc de soins pallis qui est arrivé. Et après, y'a eu un PH, d'abord j'ai été PH soins pallis 1 mois puis j'ai dit ça c'est pas pour moi, une après-midi sur un dossier... (Rires). C'est pas tout à fait moi. Ça a duré 1 mois.

J (Rires) **S** Pour les limitations thérapeutiques, pour les RCP de LAT, de soins pallis, pour toi les personnes indispensables, les acteurs indispensables de la RCP c'est qui ?

PH7 Indispensable euh... Pour moi. Déjà c'est les familles. Premier point, quand je vois que il me semble qu'on se dirige vers des soins pallis pour le patient, bien évaluer le truc déjà avec lui si il en est encore capable après, après c'est la famille, c'est ce qui y'a de plus important. Parce que si ça se passe mal, c'est avec la famille que ça va mal se passer. Ça c'est hyper important. Si la famille est ok ça se passera bien, ils seront moins angoissés, enfin ça se passera bien. Moi je suis un peu trash, j'ai un peu cette réputation là d'ailleurs. A partir du moment qu'on considère que c'est un soin pall, moi ça va pas durer trop longtemps. Euh donc la famille hyper important après euh... Pff, l'oncologue quand même parce que si l'oncologue suit le patient c'est quand même lui que ça regarde. Voilà. J'appelle pour savoir où ça en est parce que souvent y'a du non-dit en oncologie hein on le sait quand on est en médecine générale on le sait très bien que y'a des services où on parle pas trop aux patients, on est dans des trucs euh, tout le monde sait qu'il va mourir sauf le patient. Euh, c'est souvent le cas. Donc l'avis de l'oncologue bon voilà puis après ça dépend. Et puis les soins pallis si vraiment il faut une prise en charge immédiate euh, voilà à la maison ou ici. Mais c'est vrai qu'ici entre *Dr des soins palliatifs, fin je veux dire c'est assez facile parce que c'est des gens avec qui j'ai bossé donc j'ai aucun soucis moi.

J Et est ce que tu es en contact avec les médecins traitants de tes patients ou pas du tout ?

PH7 Euh... Ça dépend, euh ouais. En principe je les connais tous, je les connaissais tous. Je suis là depuis longtemps, donc si tu veux je les ai tous vu, tous vu partir, tous vu arriver. Donc c'est vrai que je les connais tous donc je veux dire en général je les appelle. J'ai un bon contact parce que, d'une part je suis médecin généraliste je sais ce que c'est, je l'ai été, donc je connais un peu leur attente déjà. Et donc quand on va sur un soin pall je les appelle pour savoir si ils pensent que la maison c'est possible, si il faut qu'on envisage voilà... Parce que y'a ce que te raconte les patients, les familles et puis la réalité du terrain qui est des fois tout à fait différente de ce qu'on t'a raconté. Et le généraliste il te dit « ah mais il t'a dit ça mais non non, c'est pas comme ça, c'est comme ça comme ça comme ça ». Donc voilà. De toute façon moi quand je trouve quelque chose d'assez sérieux j'appelle le généraliste même si ce n'est pas un soin pall. Si c'est un cancer, un truc comme ça, j'appelle et je dis « où tu veux qu'il soit hospitalisé ? » Parce que sinon le système s'emballer on le montre à l'oncologue de l'hôpital mais finalement le médecin ne veut pas que ce soit lui, les gens ça les met en porte à faux. Donc voilà moi j'appelle le méd g et je lui dis « y'a une tumeur, je l'ai biopsié, où tu veux que ça se passe ? Ici oui ? Non ? ». Ça tu sais jamais donc je me méfie beaucoup de tout ça. Ce qui a fait dire à certaines personnes d'ailleurs que j'envoyais tout le monde ailleurs. (Petit rire). J'envoie pas ailleurs, mais si le mec te dit ben voilà je veux aller à l'IPC je l'envoie à l'IPC quoi, je veux dire je suis pas... Je respecte ce que le patient veut. Et ça je le fais assez vite, c'est-à-dire que le généraliste... c'est arrivé la semaine dernière avec un médecin généraliste, un de ses patients on lui trouve une pêche dans le foie, je l'ai appelé et je lui ai dit « c'est quoi c'est un cirrhotique ? On se lance dans un grand protocole ou est ce que tu crois qu'il habite *village, il est torché toute la journée ? Est ce que ça vaut le coup d'aller plus loin ? » Donc j'ai appelé son généraliste et comme je les connais tous, bon maintenant je commence à être un peu perdu, y'a des jeunes à *village, je les connais pas trop ceux-là parce qu'ils sont arrivés... je connaissais ceux qui y étaient avant. Euh mais sinon en général je les connais quand même pas mal. A *village je les connais tous, à *village je les connais... Bah en général, à part les nouveaux arrivés que je connais un peu moins.

J Et du coup pour les contacter c'est toujours par téléphone ?

PH7 Toujours

J Et t'as pas trop de mal ?

P07 J'ai leur portable, j'ai tous leurs portables. Ouais quand t'es là depuis longtemps c'est l'avantage quoi. Ici je les connais aussi, j'ai tous leurs portables. Forcément le temps fait que tu connais tout le monde.

S Est ce que quand t'as besoin de faire appel à une RCP, parce que du coup on comprend que toi t'as moins besoin de part toute ton expérience, est ce que tu vois un intérêt à la participation du médecin traitant au RCP ?

PH7 Qu'il soit là, pas forcément parce que c'est difficile qu'il soit là, en général ils ont pas le temps mais euh... leur avis, (Sonnerie de téléphone). Moi je demande toujours leur avis, est ce qu'ils pensent que c'est réalisable ou pas ? Est ce qu'il faut pousser ou pas ? Ouais. Après les avoir avec toi le jour où tu fais la RCP euh, pfff ça s'est compliqué. Il faut que tout le monde soit bien connecté, euh, avec la famille... euh... les RCP avec les généralistes et la famille c'est compliqué. C'est surtout parce qu'ils ne sont pas trop disponibles les généralistes quand même. Je veux dire, nous on est toujours un peu disponible ici, j'appelle B je lui dis « j'ai un problème » elle me dit « ok cette après-midi 14h » et voilà. Tu vois c'est facile. Le généraliste tu vas lui dire ça il va dire « ah ben non là je peux pas, ah ben là je travaille pas, ah là... » Donc c'est vrai en théorie ils peuvent être là, même les RCP de cancéro hein, ils sont invités d'ailleurs mais t'en vois jamais. Il peut à *ville ou à *ville aller à une RCP quoi. Ben tu vois, bah oui. Alors on l'a fait pour... pour un handicapé du CAS. C'était compliqué donc là on a fait avec le médecin du CAS, avec euh. Faut dire que c'était un contexte très très particulier. C'était chaud euh, on a invité tout le monde parce que c'était très compliqué parce que les juifs les soins pallis c'est un peu comme les musulmans c'est à dire que... Ben non c'est Dieu qui décide hein, non. Oui mais va falloir le soulager... Oui mais si le soulagement ça risque de le faire partir, non. Bon... (Rire). On respecte mais qu'est ce qu'on fait alors, on laisse souffrir ?

J Donc dans des problématiques éthiques plus.

P07 Ouais, ouais là je pense que c'est bien d'être nombreux parce que... puis c'est bien d'entendre tous les sons de cloches hein ! Moi je suis prêt à tout entendre ! Mais, les religions un peu, pratiquées de façon euh, un peu... extrémistes. Certains sont antimorphiniques parce que... C'est, c'est compliqué.

S Donc le médecin traitant n'est pas convié parce que de toute façon niveau organisation ce ne serait pas possible mais est ce que tu penses que y'aurait un avantage à l'avoir ou pas ? Selon la situation ?

PH7 Ouais. J'arrive maintenant avec les soins pallis qui vont à la maison, qui les rencontrent etc... c'est vrai que je pense que, qu'ils viennent à l'hôpital moi je veux bien les recevoir de toutes façons ils viennent quand ils veulent. Et d'ailleurs c'est souvent comme ça, ils passent dans le couloir c'est informel. (*Rires*). Ça se fait debout dans le couloir et puis voilà. Plus comme ça que les inviter à venir puis leur dire bon on a décidé que... qu'est-ce que tu en penses ? ... parce que c'est ça.

S Et avant la décision y'aurait un avantage ?

PH7 Ben, je pense que y'aurait un avantage d'avoir un peu tout les sons de cloches, aussi bien du généraliste qui, qui va vivre le truc à domicile parce que c'est lui qui va le faire le soin pall... parce que les soins pallis sont là mais si t'as pas un bon généraliste il se passe pas grand chose quand même hein, je veux dire c'est le généraliste qui reste la clé de voûte. Euh fin... C'est mon avis hein. Bon. Mais... le problème c'est d'avoir des disponibilités quoi, je veux dire ils sont très peu disponibles. Je pense que ça aurait un intérêt qu'ils soient là mais est ce qu'on arriverait à les avoir avec nous ? Ça c'est autre chose ! Parce que eux quand ils viennent à l'hôpital ils perdent une heure quoi. Pour se garer, la discussion...

J Oui, les petits villages...

PH7 Oui, si ce n'est pas 2heures hein. Tu vas pas perdre 2 heures par patient, honnêtement je crois que... bon... Mais par téléphone ça se passe très bien aussi. Il dit ce qu'il en pense, on sait que y'en a qui sont plus jusqu'au boutiste. Tu prends Dr** il faut faire la chimio jusqu'au dernier jour, il est comme ça. Et y'en a d'autres qui te laissent faire, « si vous pensez que ok d'accord, bon ben je tâcherai de passer plus souvent ». Enfin je pense que le téléphone c'est plus adapté quoi.

J Ok

PH7 Mais moi je suis de la génération téléphone hein, pas de mail. Donc peut-être que y'en a qui vont te dire un mail. Moi je préfère échanger par téléphone, c'est ma génération aussi.

S Comme c'était pas, on n'avait pas prévu d'en parler nous au départ, mais c'est ressorti de pas mal d'entretiens. Sur les directives anticipées, qu'est-ce que tu en penses ? Est-ce que y'a des avantages à ce que le patient en parle avant son médecin ? Est-ce que ça vous handicap plus qu'autre chose ? Quel est ton avis sur les directives anticipées ?

PH7 Euh... c'est à dire que là j'ai beaucoup trop d'avis en fait. Moi je trouve ça très compliqué, quelqu'un qui va pas bien, qui est, même si c'est une fin de vie, si tu dis « BON MAINTENANT, si vous mourez, hein si ça va pas qu'est-ce qu'on fait ? ». Bon ben déjà c'est plus le moment, clairement c'est plus le moment. En parler avant alors ça ça serait l'idéal euh... moi j'ai des infirmières qui ont travaillé avec moi qui ont fait des directives anticipées pour que ça soit moi qui s'occupe de leur fin de vie. (*Rires*). Mais à la limite c'est comme ça qu'il faudrait que ça se passe. C'est pas le moment venu si tu rentres pour une prothèse de hanche qu'on te demande euh... « vous avez des directives anticipées ? ». Tu rentres pour une prothèse, tu penses pas que tu vas mourir... Et quand tu viens que tu vas pas bien est-ce que c'est le moment d'aller te faire signer un truc quoi. Fin. Moi ça me choque ça. Je, je trouve que c'est un truc qui... qui est... fin voilà il faut le remplir il faut le remplir, nous ça nous gonfle d'aller avec le papier on dit au patient « maintenant vous signez à ce que vous voulez ». Est-ce que c'est le moment de lui demander ? Est ce qu'il est vraiment euh, en pleine possession de tous ses moyens ? Moi on m'avait raconté une histoire simple, c'était pas moi mais c'était le bon patient qui fait ses directives anticipées et je sais plus ce qui lui arrive il fait ce syndrome là euh... où tu sais tu restes éveillées mais tu peux plus communiquer avec les autres... je sais plus comment ça s'appelle... Locked-in ! Locked-in syndrome. Et donc le mec il fait ce syndrome je ne sais plus pourquoi et le mec il avait des directives anticipées dans sa poche et il se disait « mais putain mais pourvu qu'ils les regardent pas » Parce que dans les directives anticipées c'était pas de réanimation. Et lui il était pas mort et il se disait putain pourvu qu'ils regardent pas les directives anticipées. Bon finalement heureusement ils ont pas vu, heureusement ils ont fait ce qu'il fallait. Et le mec après il a déchiré ses directives anticipées. Les directives anticipées tu les écris à un moment donné mais est ce que tu penses la même chose une semaine après ? Non mais c'est vrai. Fin c'est tout des questions, et en plus les directives anticipées je veux dire, nous on est médecin on sait ce que ça veut dire être intubé, on sait ce que c'est que passer en réa, euh... pas de réa, euh on peut mettre en réa sans réanimer, sans intuber, sans faire des gestes invasifs mais quand même te stabiliser mettre un peu de dobu, dopa et tu passes un cap. Ou alors c'est archi détaillé mais personne ne remplira parce que ne comprendra pas ce qui remplit sauf les médecins. Ou alors c'est tellement light, c'est quoi réanimer ? Si je te mets une perfusion c'est quoi ? Non c'est pas de la réanimation d'accord. Si je te transfuse c'est pas de la réanimation ? Non d'accord. Si je te mets un peu de dobu un peu de dopa c'est pas une réa, d'accord. Alors finalement c'est quoi ? C'est une intubation. Ah bon ? (*Sonnerie de téléphone*) Mais une intubation d'une heure moi je suis partant après l'heure je suis pas trop mal. Je trouve que c'est... c'est... On dirait que ça a été pensé par des gens qui ne sont pas médecins. Tu vois ce que je veux dire. (*Discussion téléphonique*) Donc je trouve que ce truc de directives anticipées moi ça me rend mal à l'aise parce que je me vois mal... On a eu un intérimaire par exemple qui, lui avant de dire bonjour « remplissez-moi les directives anticipées ». C'est vrai !! Mais, le mec il... tout le monde disait « mais pourquoi tu fais ça ? ». Ah ben c'est la loi. Il avait raison, c'est comme ça tu rentres dans un établissement il faut remplir les directives anticipées et lui c'était le préambule. Je te dis pas comment il était mal perçu par les gens. Il nous a fait fuir des familles, il est resté, c'était pas un jeune. Le mec il disait y'a des gens qui décident qu'on doit faire des conneries et ben on les fait jusqu'au bout et il faisait signer le papier ! Et c'était des gens qui, « non mais je suis là parce que j'ai un peu mal là... » (*Rires*) « Non non mais vous remplissez sinon je m'occupe pas de vous ». Mais il avait raison quelque part. C'est ce qu'on nous demande de faire !!! Donc il avait raison mais c'était tellement sec. Mais on ne peut pas le faire. (*Rires communs*) Je te jure ! Il venait avec le papier !! Je te dis, avant de dire bonjour, il disait « signez les papiers, remplissez le papier ». Ah mais c'est ce qui est marqué dans les textes. Je suis désolé mais c'est qui est noté. A partir du moment où tu rentres dans un établissement : directives anticipées. Et si ça se passe mal tes dents de sagesse ? Tu veux qu'on te réanime ou pas ? Non mais je veux dire c'est complètement DÉBILE cette histoire de directives anticipées. Moi fallait pas me brancher là-dessus. (*Rires communs*).

J et S Non mais c'est intéressant

PH7 Disons que c'est débile parce qu'après il dira oui mais, non moi je dis que c'est débile. Qu'après tu dises à tes proches « bon écoutez les mecs si je suis un légume on n'insiste pas, je préfère partir » Ok. Ça va. Mais que la loi soit un peu plus souple. Là je sais pas, tu signes un moment un document, est-ce que ce document quand tu le signes... Est-ce que d'abord t'es bien dans ta tête ? Est-ce que tu vas penser la même chose dans une semaine ? Ne parlons pas d'années après... Je sais pas tu peux être amoureuse un moment donné et dire ... ou être au bout du rouleau et dire non de toute façon je veux rien. Ça veut dire quoi, les idées sont fixes et cetera... Mais non pas du tout on change tout le temps donc c'est débile. Et on sait très bien qu'on peut passer des caps en réa sans finir comme un légume. Ce que ne veulent pas les gens c'est finir comme un légume. Et d'ailleurs ils parlent de choses qu'ils ne connaissent pas parce qu'ils ne savent pas ce que c'est qu'un légume. Au final est-ce qu'un légume souffre ? Est-ce qu'un légume n'a pas le droit à la vie aussi ? Je pose la question... non mais je euh je veux dire y'a des gens qui préféreront être sous machine plutôt que de mourir. Donc si tu veux euh je trouve qu'on parle de quelque chose qu'on ne connaît pas c'est à dire, à un moment donné quand je serai très mal je ne veux pas qu'on s'occupe de moi. Ben moi je serai bien incapable de te dire ça, je ne sais pas, peut-être que je me dirais « putain pourvu qu'ils se battent les mecs j'ai encore envie de vivre, j'ai encore envie de faire des choses, même si je suis vieux, à moitié mort et ben j'ai peut-être encore envie » Je sais pas de... « regarder des chiffres et des lettres à la télé » (*Rires communs*)

J Merci beaucoup.

9. Entretiens médecins généralistes

Entretien 1 :

S Est-ce que tu peux me décrire les liens et les interactions que tu as avec l'hôpital ?

MG1 Euh... Les liens que j'ai avec l'hôpital euh... Alors. L'hôpital j'y vais pour mes gardes puisque nous la maison médicale elle est aux urgences, elle est dans la salle d'attente des urgences. Hum... On a des plutôt bonnes relations avec les médecins. Euh... Ça arrive qu'ils appellent pour des infos, pas très souvent. Et moi j'ai un peu plus de relations maintenant et de liens avec la CPTS puisqu'on les a rencontrés plusieurs fois. Euh... voilà.

S Donc quand tu veux un avis de spé, tu as facilement les numéros ?

MG1 Oui, on a un annuaire avec tous les DECT directs et... La plupart des spécialistes jouent le jeu, quand on les appelle ils répondent avec plutôt... bienveillance. (Rires communs)

S Donc en fait tu les rencontres par la CPTS et aussi dans des formations... des choses comme ça ?

MG1 Alors on faisait des formations qu'on ne fait plus mais qu'on va essayer de remettre où on avait tous les mois une rencontre avec un des spécialistes qu'on faisait venir pour qu'il nous parle d'un sujet particulier. Et avec la CPTS, on a fait et on va essayer de faire deux ou trois fois par an des réunions conviviales qui réunissent tous les médecins du secteur. Pour créer du lien. Pour savoir qui est qui.

S Quand tu as un patient hospitalisé comment tu es tenu au courant de l'évolution du patient et si possible plus particulièrement dans une prise en charge palliative ?

MG1 Je suis pas tenu au courant de l'évolution du patient. (Petit rire)

S Oui... Quand tu as un patient hospitalisé, tu n'es pas forcément au courant ?

MG1 Non. Si j'appelle pas personne me donne des nouvelles.

S D'accord. Donc tu le sais plutôt à postériori si tu reçois le compte-rendu ?

MG1 Oui.

S Et tu reçois toujours ou pas toujours ?

MG1 Je reçois quasiment toujours un compte-rendu. A part le service de chir ortho qui sait pas trop faire les courriers mais les autres services font des courriers qu'on reçoit maintenant par Mailiz, donc on les a... dans des délais relativement raisonnables... Dans la semaine qui suit.

S Donc quand un de tes patient rentre aux urgences et est hospitalisé il n'y a pas de moyens de prévenir... Ils n'ont pas un truc automatique ou... ?

MG1 Il n'y a pas de systèmes automatiques qui nous préviennent qu'ils sont hospitalisés. Après, comme on est nous en village on a quand même très souvent les familles qui nous préviennent ou les infirmières. Parce que du coup on a beaucoup de liens donc ils nous tiennent au courant de ce qu'il s'est passé. Parce que quand ça ne vient pas de nous, c'est quand même souvent les infirmières qui valident l'hospit donc ils nous tiennent au courant après. Mais l'hôpital n'a pas de système d'information.

S Est-ce que tu pourrais nous raconter la dernière fois que l'hôpital a pris contact avec toi pour un patient hospitalisé en soins palliatifs ?

MG1 En soins palliatifs... Euh... Euh... Ça remonte à loin. (Rires)

S Ou hospitalisé tout court alors. (Rires)

MG1 Je me souviens pas. Euh... Si un patient... Oui, c'était en hôpital de jour. C'était une patiente qui a une anémie chronique où le médecin voulait des informations. Je l'avais envoyée pour qu'elle puisse bénéficier d'une perfusion de Venofer et elle voulait des compte-rendus antérieurs pour savoir... En gros, quelle était la cinétique de son anémie quoi.

S Ok, donc avoir plus d'infos.

MG1 Plus d'infos.

S Ok. Pas sur l'environnement du patient, quoi. Plus d'infos médicales.

MG1 Ouais, c'était du médical, médico-centré.

S Comment abordes-tu le sujet des directives anticipées avec tes patients ?

MG1 Je ne l'aborde pas.

S Tu as déjà été invité à participer à une RCP ?

MG1 Euh... Non.

S Alors, est-ce que tu pourrais me raconter une situation dans laquelle l'absence de ta sollicitation a pu avoir une influence sur la prise en charge ?

MG1 Eh ben... La situation que j'ai en tête, c'est une dame qui... Alors, j'ai pas exactement le détail de ce qui s'est passé. Je suis au courant de beaucoup de choses parce que... c'est une dame de 80 ans qui est tombée chez elle, qui s'est fait une fracture de l'humérus, qui a été opérée. Et... elle s'est dégradée dans les suites de sa prise en charge chirurgicale et elle est morte d'une occlusion la semaine suivante. Avec... de très grosses difficultés pour la famille parce qu'ils ont l'impression de ne jamais avoir été tenu au courant de tout ce qu'il s'était passé. Donc elle a été changée deux fois de service au bout de quelques jours pour passer en chir viscéral puis en service de médecine pour j'imagine du soin palliatif une fois que c'était vraiment pas bon. Et je pense... Alors, du coup, je n'ai pas de compte rendu pour cette patiente-là. Je pense que si on m'avait contacté ça aurait pu m'aider à aider la famille au moins. Je... la dame en question je ne sais pas. Du coup je suis pas sûr qu'on aurait pu faire grand chose de plus, si ça devait se dégrader peut-être que ça n'aurait pas changé. Mais probablement que ça aurait aidé la famille à comprendre et à accepter que ce qui n'était pas prévu était en train d'arriver.

S Donc, dans quelle situation il te semble utile d'être sollicité ou impliqué ?

MG1 Et ben... Je pense que des situations, soit qui durent un peu, soit qui nécessitent...

S Qui durent un peu c'est-à-dire ?

MG1 Ben qui sont un peu plus compliquées que prévu. Là, j'ai une patiente qu'on a fait hospitaliser il y a quinze jours c'est pareil : Elle est rentrée chez elle hier, je ne sais pas ce qu'il s'est passé. Je ne savais pas pourquoi je l'envoyais parce que c'était une dégradation de l'état général chez une personne âgée à domicile donc j'avais pas trop de pistes et c'est pour ça que j'avais demandé qu'elle soit hospitalisée. Et en pratique, personne ne m'a appelée pour avoir une information donc... Comme elle n'est pas particulièrement suivie à l'hôpital, je ne sais pas sur quoi ils se sont basés pour savoir.

S Ok.

MG1 Le mari est pas très compétent médicalement mais... Donc je ne sais pas. J'imagine que sur ces choses-là ça peut aider. Et je pense que je peux aider sur l'environnement familial. Et surtout sur les relations avec la famille. Les familles un peu compliquées je pense que nous mettre dans la boucle ça peut aider à leur faire gagner du temps et des relations un peu plus apaisées à l'hôpital.

S Merci beaucoup.

Entretien 2 :

J Est ce que tu pourrais me décrire un peu les interactions que t'as de manière générale avec l'hôpital ?

MG2. Alors j'ai... Comme interactions. Je participe aux gardes avec la maison médicale de garde qui se trouve dans l'enceinte de l'hôpital. Donc déjà à ce moment-là pendant mes gardes je vais voir les médecins, des urgences. Souvent les internes aussi, c'est rigolo. Euh... après, que ce soit, j'ai l'impression en tout cas depuis quelques mois dans un sens ou dans l'autre, des communications assez aisées. Si j'ai un problème avec un patient je vais prendre, je vais appeler pour prendre un avis. Que ce soit en infectiologie, en gériatrie, en neurologie, en endocrino aussi, en chirurgie... un peu moins, si en chirurgie viscérale je les appelle aussi des fois. Moi pour avoir un avis directement, j'ai toujours une réponse hein.

J D'accord.

MG2 Dans un délai cohérent. Des fois éventuellement il faut que je rappelle une autre fois mais si je laisse un message ils me rappellent.

J D'accord. Donc c'est plutôt, la communication se fait plutôt par téléphone ?

MG2 La communication, en tout cas quand j'ai besoin d'un avis médical elle va se faire par téléphone. Globalement je dois avoir à peu près les DECT de tous les médecins de l'hôpital donc... et puis en passant par l'accueil on finit par les avoir de toute façon.

J En termes de fréquence tu penses que t'as recours à un appel vers l'hôpital toutes les semaines, qu'est-ce que tu dirais ?

MG2 Non. Les recours vers l'hôpital c'est ponctuel. Ouais, l'avis spécialisé c'est ponctuel. Des fois ça peut se cumuler, d'un seul coup je vais avoir trois patients euh... en gériatrie pour lesquels je vais avoir un avis ou deux d'infections ou la dernière fois deux d'endocrino... le même jour une hyperthyroïdie 95 ans et un diabète 85 ans... Euh, que je voyais pas hospitalisés mais en même temps j'avais bien envie d'en discuter quand même donc euh... voilà. Donc des avis qui sont pris comme ça. Euh... Je dirais que là par exemple si on prend les 6 derniers mois. Si j'oublie rien j'ai dû prendre, moi spontanément j'ai dû avoir, aller chercher un avis (*Compte sur ses doigts*) : d'une neurologue pour un patient âgé dément, gériatre j'ai pris un avis aussi après du Dr X deux fois sur les 6 derniers mois, donc l'endocrino pour un avis pour deux patients en même temps... j'ai pas fait l'infectiologie ce semestre je dirais...

J Oui donc ça fait même moins d'une fois par mois finalement.

MG2 Oui et après sur les 6 derniers mois j'ai le chir ortho qui m'a appelé. Pour avoir un avis ou pour me faire un retour. Euh, qu'est-ce que j'ai d'autre. Les médecins de gériatrie et de médecine adulte, qui m'ont appelée. Soit pour me prévenir d'un retour après que je les ai appelés une ou deux fois. Ou pour... discuter d'une situation d'un de mes patients hospitalisés.

J Donc, c'est ce que j'allais te demander, comment est-ce tu es tenu au courant de l'évolution...

MG2 Très mal !

J ... de tes patients hospitalisés ?

MG2 Très mal... Des fois j'apprends qu'ils ont été hospitalisés quand je reçois la lettre de sortie quelques jours après leur sortie. Souvent, c'est la majorité des cas ! C'est la majorité des cas, des fois je suis au courant qu'ils ont été hospitalisés et donc la famille me tient informée. Des fois je suis au courant qu'ils ont été hospitalisés et la famille me demande ce qu'il en est parce que le lien avec l'hôpital est un peu compliqué donc j'appelle l'hôpital... Euh... Voilà.

J Ok. Et dans les... dans le cadre de situations palliatives ?

MG2 Alors. Dans le cadre de situations palliatives souvent c'est moi qui les contacte. Initialement. Pour dire "bon là j'arrive, j'arrive dans une situation où, où je vais avoir besoin d'une équipe autour de moi pour accompagner tel ou tel patient" ou alors "je sens qu'il y a besoin d'une hospitalisation" et "je vous signale cette situation là parce qu'elle risque d'arriver d'un moment à l'autre". Euh... Anticiper quand c'est possible. Et puis sinon un peu au dernier moment quand on n'a pas le choix.

J Est ce que tu as en tête un appel du service de soins palliatifs de l'hôpital le plus proche pour un de tes patients ?

MG2 Oui, surprenant. (*Sourire*). Une dame euh, en maison de retraite, euh, insuffisante cardiaque. J'ai été contacté par l'équipe de soins palliatifs pour me dire que... pour me donner... pourquoi ils m'ont appelé... pour me faire un retour. Je leur dit "d'accord merci mais comment ça se fait que vous l'avez vu ?" (*Rires communs*) "Et ben... on était présent pour une autre patiente du coup ils nous ont demandé notre avis pour cette patiente... D'accord... elle était au courant la patiente ? Non. La fille ? Non. D'accord. Bon moi en soit j'ai aucun problème à travailler avec vous donc aucun problème." Bon visiblement ils avaient pas grand-chose à modifier dans la prise en charge non plus. Et, le médecin coordinateur m'a contacté après en me disant "vraiment désolé, désolé, ça n'aurait pas dû arriver, on aurait dû vous prévenir avant savoir si vous étiez d'accord pour qu'on contacte l'équipe ou quoi que ce soit". J'ai dit oui je pense que ça aurait été effectivement un peu plus correct. Bon après voilà, y'a rien eu pour le... c'est... la réflexion a été avant tout pour le patient, l'équipe ça voulait peut-être dire qu'elle exprimait des difficultés et... Voilà et du coup c'était peut-être intéressant pour elle d'avoir un avis effectivement je pense que ça aurait pu se faire autrement mais... Voilà. Autre, autre échange avec l'équipe de soins palliatifs cet été. Un monsieur de 55 ans qui avait un glioblastome euh... Je les ai prévenus. Non ils ont été informé par l'onco-neuro d'une situation palliative désormais mais avec un patient qui était pas tout à fait prêt et en même temps les spécialistes préparent rarement bien quand même à la situation. Euh... moi j'en avais parlé en amont avec l'épouse. Bon, le patient c'était compliqué parce que y'avait des atteintes neuro hein de son glioblastome donc les discussions étaient compliquées, la verbalisation était compliquée. L'épouse par contre très, très très solide mais en même fragile donc elle en avait parlé pas mal avec moi. Et j'avais dit... j'avais expliqué les situations. L'existence de ce service de soins palliatifs à proximité, euh la possibilité de les rencontrer en amont, la possibilité d'une hospitalisation si c'était nécessaire. Ce qui leur a permis d'établir des limites à leur capacité de prise en charge à domicile. Et quand ils ont senti que les limites étaient proches d'être atteintes, voire atteintes, euh... Ils m'ont contacté pour une hospitalisation.

J D'accord.

MG2 Une fois que j'en... Moi, en amont, après en avoir bien parlé avec l'épouse et exposé les différentes situations, j'avais contacté l'équipe de soins palliatifs pour les prévenir, leur dire que je savais pas quand j'aurais besoin d'eux mais que j'aurais besoin d'eux et que malgré tout ce que j'avais essayé de mettre en place ce serait forcément dans l'urgence. Et c'est ce qu'il s'est passé. Mais une urgence relative et ils avaient de la place, ils me l'ont pris en charge, il est décédé tranquillement à l'hôpital avec sa famille... ses enfants... voilà, ça s'est plutôt bien passé du coup. Dramatique toujours mais plutôt bien passé. Ouais je pense que c'est une de mes dernières...

J Et, au niveau de limitation thérapeutique est ce que l'hôpital t'a déjà appelé pour des patients qui étaient hospitalisés et pour lesquels ils allaient poser une limitation thérapeutique ?

MG2 Oui. Euh oui. Alors... ah ben tiens voilà. Un patient, qui a été hospitalisé, s'est aggravé très très vite, très âgé, euh... Il était en médecine adulte, pas en gériatrie ni en soins palliatifs. Il était pas étiqueté palliatif du tout quand il est entré il était dément et il a été... il a été étiqueté infection donc il est parti en médecine adulte. Et là, très rapidement le médecin se voyant se dégrader comprenait pas la situation donc il m'a contacté pour avoir un peu un avis sur la situation à domicile comment il était. Ce qui était intéressant. Et ensuite il m'a recontacté peut-être 24h ou 48h après en me disant bon ben là j'ai essayé d'exposer à l'épouse que bon on allait pas pouvoir aller plus loin, qu'on allait l'accompagner au mieux... fin voilà. Il est décédé dans le week-end, donc ça s'est fait très très vite. Donc oui limitation thérapeutique, fin des traitements, voilà.

J Ok. Tu avais été informé.

MG2 Oui ! J'avais été informé. En général c'est plutôt dans le sens inverse. Patient hospitalisé pour lequel je finis par prendre mon téléphone en disant mais... vous en êtes où ? qu'est-ce que vous attendez ? qu'est-ce que vous voulez faire ? ... Ça m'est arrivé de contacter l'équipe de soins palliatifs pendant qu'un de mes patients était hospitalisé dans un service pour leur demander d'aller le voir.

J D'accord... ok...

MG2 Ouais. Il était dans un service de médecine, il avait un cancer mais la prise en charge n'était pas du tout dans une optique palliative sauf qu'il était complètement en train d'échapper. Je pouvais échanger avec la famille mais plus avec le patient qui était hospitalisé. Euh... Je sentais qu'il y avait aucune mise en place de processus palliatif qui était en cours donc j'ai, j'ai forcé les mains. Ouais, ouais. Ça s'est bien passé.

J Oui, oui je me doute. Mais ce n'est pas forcément...

MG2 Non. Après je pense quand même que quand on reste dans le respect des soignants, du patient, de la famille et dans la bienveillance tout est entendable.

J Au niveau des directives anticipées est ce que c'est un sujet que tu abordes avec tes patients et comment tu l'abordes ?

MG2 C'est souvent eux qui l'abordent. En me disant, "surtout je veux pas", "il est hors de question que, que on m'intube, que ci, que ça". Donc souvent je rebondis dessus. Je leur dis "mais ça veut dire quoi pour vous ?", "est-ce que vous y avez déjà réfléchi ?", "est-ce que ça veut dire que ben là si vous avez un accident de la route, par exemple" fin voilà. Essayer de vraiment clarifier les situations. Ça m'est arrivé assez régulièrement aussi d'imprimer, d'imprimer le document de directives anticipées pour le remettre au patient. Pas le remplir avec eux, je pense que..., mais en ayant discuté avant. Certains patients me l'ont ramené, je leur avais proposé pour pouvoir le mettre dans leur DMP. Parce que l'impression que ben... certes s'ils en parlaient à leur famille ou autre, je leur dis oui après vous savez... M'en parler, les patients pour eux c'est important que je sois au courant. Mais je leur dis toujours vous savez si ça arrive comme ça un week-end ou autre, que le SAMU est contacté, que vous êtes hospitalisé ou quelqu'un qui n'est pas au courant ils vont pas me contacter moi. Donc le mieux c'est soit de l'avoir sur vous soit le DMP... Le SAMU peut le consulter, dans toutes situations donc euh... Voilà.

J Est ce que on t'a déjà invité à participer à une RCP ?

MG2 Oui. Avec les soins palliatifs.

J Est ce que tu pourrais me raconter cette RCP ?

MG2 Oui euh... J'en ai déjà fait plusieurs. Euh...

J Peut-être la dernière ou celle qui t'a...

MG2 La dernière, oui. La dernière euh... Euh... Comment ça s'est déroulé ? J'essaie de refaire le schéma... C'était une patiente qui avait un cancer de l'estomac. Qui s'occupe, qui s'occupait, de son mari poly-handicapé puisqu'il était amputé des deux bras. Cette patiente... Et ben c'est pour elle que j'ai contacté les soins palliatifs alors qu'elle était hospitalisée. Ouais, c'est pour elle que j'ai contacté les soins palliatifs alors qu'elle était hospitalisée. Je la voyais se dégrader au fur à mesure, elle avait quand même toujours ses chimios. Euh... Un moment au décours d'une chimio ça s'est mal passé, elle est restée hospitalisée et c'est là que j'ai contacté les soins palliatifs. J'en avais déjà parlé avec la patiente en amont.

J D'accord.

MG2 Mais là j'ai contacté les soins palliatifs pour qu'ils passent la voir. Donc ils sont passés la voir dans le service et alors, au retour à domicile de la patiente on a organisé au moment de mettre en place tout, on a organisé une réunion commune.

J Donc la réunion elle s'est faite euh...

MG2 A domicile. Au domicile du patient avec les enfants. Euh... ouais.

J En termes de professionnels médicaux, paramédicaux, est ce que... ?

MG2 Y'avait médecins,... infirmier coordonnateur et psychologue de l'équipe mobile de soins palliatifs, les infirmiers libéraux, un représentant des infirmiers libéraux, euh... la fille, la patiente et son époux. Et moi, et un interne. (*Rires communs*)

J Y'avait du monde. (Rire) Et ça t'es arrivé à quelle fréquence qu'on t'invite à participer à des RCP ?

MG2 Ca m'est arrivé 4 fois je pense.

J D'accord. Ok. Toujours dans le cadre de patients pour prises en charge palliatives ?

MG2 Ah de RCP palliatives, oui, oui. Sinon je pense que d'ailleurs, d'ailleurs je... je réfléchis mais... Si ! J'ai déjà fait une RCP insuffisance cardiaque.

J Ok. A ta demande ou... ?

MG2 Non, parce que y'avait mise en place d'une HAD, fin d'un, non c'était pas l'HAD c'était comment ça s'appelle le service de sortie d'hospitalisation... C'est pas ** c'est un nom comme ça. Fin bon, dans l'accompagnement à domicile, c'est pas de l'HAD mais c'est le suivi à domicile du patient hospitalisé pour insuffisance cardiaque et les chirurgies. Et euh... pour ce patient du coup y'a eu une RCP avec le cardiologue, l'équipe du domicile, moi et y'avait tout un carnet de suivi. Voilà.

J D'accord. Si on reprend la RCP dont tu me parlais juste avant, tu penses que tu as pu apporter quoi pendant la réunion ?

MG2 La connaissance de la famille, du domicile, l'organisation du domicile. Euh... puis la connaissance du patient. Ca faisait déjà, pour le coup, ça faisait 10 ans elle que je m'en occupais.

J Et sur plan personnel qu'est-ce que tu fais comme bilan de cette expérience ?

MG2 L'impression de pouvoir accompagner les patients jusqu'au bout en les respectant.

J Ok. Tu serais prête à participer à d'autres... ?

MG2 Oh oui ! Pour moi les soins palliatifs ça fait partie de la prise en charge globale des patients.

J Et dans quelles situations tu penses que c'est intéressant que tu sois sollicitée et impliquée ? Est-ce que y'a des situations pour lesquelles tu penses que c'est même indispensables ?

MG2 Ben toutes, ouais. A partir du moment où y'a un patient qui est à domicile, qu'il est en palliatif on doit être là.

J Euh... La demande de participation, quand on t'a proposé de participer, ça s'est fait par... ?

MG2 Souvent par téléphone. Soit au secrétariat directement si c'était la coordinatrice souvent elle appelait le secrétariat et la secrétaire qui me laisse un message pour que je les rappelle si je suis pas là. Euh sinon, si c'était un des médecins ils m'appelaient directement.

J Ok. Et c'était toujours au domicile du patient ?

MG2 Oui.

J Ça t'est arrivé de faire des RCP à l'hôpital ou pas ?

MG2 Je pense que j'en ai fait une fois à l'hôpital parce que je suis allée les voir une fois à l'hôpital et y'a pas de raison que ce soit pas pour une RCP.

J Ok. Dans le cadre probablement d'un patient qui était hospitalisé ?

MG2 Oui, euh, pour lequel on envisageait quand même un retour à domicile.

J Est ce que y'a des choses, fin en tout cas des interactions que tu aimerais avoir et que tu n'as pas aujourd'hui avec des professionnels hospitaliers notamment de soins palliatifs ?

MG2 Soins palliatifs non, je dirais que c'est vraiment le service avec lequel ça se coordonne le mieux. Avec le libéral. Alors, peut-être un petit moins parce que peut-être que le fait que je connaisse bien les médecins d'avant ça simplifiait un peu les choses. J'ai l'impression que j'ai un petit peu moins de contact actuellement, l'équipe s'est renouvelée et j'ai l'impression en tout cas qu'ils me contactent moins facilement. Voilà, et moi j'ai plus de difficultés parce que auparavant il suffisait qu'on les appelle, que ce soit la maison de retraite ou que ce soit moi, pour une prise en charge, une visite, enfin pour déclencher une prise en charge à domicile euh... ils venaient rencontrer le patient. La dernière fois que je l'ai demandé ça n'a pas été possible. Et j'ai pas vraiment compris pourquoi. Est-ce que c'était parce que ils ne pouvaient plus le faire, parce que à ce moment-là ils pouvaient pas le faire ? J'ai pas eu vraiment d'explications.

J Ok, on t'a simplement dit que ce n'était pas possible de venir rencontrer le patient ?

MG2 Oui et puis il s'avère que derrière on a géré autrement et puis le patient est décédé rapidement donc... ça n'a pas été plus problématique que ça et puis je me suis pas euh, j'ai pas cherché à comprendre ce qu'il s'était passé à ce moment-là mais... oui, je dirais que la dernière demande à échouer. (Rires)

J Et quand tu demandes c'est toujours téléphonique ?

MG2 Et ben là j'étais passée par la maison de retraite, parce que ils l'avaient fait auparavant et ça n'avait pas posé de problème et puis derrière ça permettait de faire une RCP. C'est vraiment un déclenchement par la maison de retraite en fait. Sinon si c'est sur mes domiciles c'est moi qui appelle oui.

J Ok. Je crois qu'on a fait le tour. Est ce qu'il y a des choses que tu aimerais dire ?

MG2 Je pense qu'il faut insister sur la formation auprès des internes. Une fois que les médecins sont sortis de, de la formation, l'abord du soin palliatif est très compliqué. Et je vois vraiment les difficultés globalement de mes collègues, par forcément de mes collègues toutes proches, mais c'est quelque chose qui n'est pas naturel si ça n'a pas été abordé avant et je pense qu'il faut vraiment insister.

J Toi tu as l'impression d'avoir pu te former en soins palliatifs au travers de tes stages ?

MG2 Oui alors peut-être que c'était parce que j'avais envie d'y aller, peut-être que tout le monde n'a pas déjà envie d'y aller. Mais en tout cas ça m'a semblé, ça me facilite je pense l'abord du patient et de sa prise en charge euh le fait d'y être passée. Ouais... sans à priori, sans aucune inquiétude d'accompagnement de patient en fin de vie.

J Merci beaucoup !

Entretien 3 :

J En termes d'interactions avec l'hôpital, quand tu étais en ambu, sur la dernière année, quel lien tu avais avec l'hôpital ?

MG3 Très bonne question. Alors je pense que c'est un peu biaisé. J'ai des très bons liens avec l'hôpital mais parce que je pense j'y étais déjà passé et je connaissais l'ensemble des spécialistes, des médecins qui y étaient. Donc les liens avec l'hôpital en termes de recours à des spécialités très... très fluides.

J Tu as eu recours à des médecins hospitaliers de manière assez régulière ?

MG3 Oui. Oui, aussi parce que je m'autorise assez facilement à demander leur avis. Notamment quand je ne sais pas. Et les liens que j'ai trouvés particulièrement difficile, c'était surtout avec la gériatrie mais parce qu'en fait ils n'ont pas de place, pas de toubibs donc pour hospitaliser des patients en gériatrie, c'est... c'est compliqué.

J Quand t'avais des liens, c'était essentiellement téléphonique ?

MG3 Ouais, uniquement téléphonique. Enfin téléphonique, appel ou SMS pour le coup. Jamais de mail, jamais...

J Oui. Ok. En termes de spécialité oui, tu dis tout le monde, enfin les plus accessibles... ?

MG3 Bah les chirs, souvent les chirurgiens orthopédiques pour la traumato je les appelle directement, ils te rappellent quand ils ont du temps. Pour tout ce qui va être spécialité médicale euh... Bah on se connaît, donc là c'est vrai ça met un peu un biais je pense, y'a des spécialités tu fais un texto au bout de 10 minutes t'as une réponse. Y'en a d'autres, c'est un peu plus long mais globalement dans la journée ou dans les 48 heures t'as une réponse à ta question quoi.

J Euh... Comment tu étais tenue au courant de l'évolution de tes patients qui pouvaient être hospitalisés ?

MG3 Bah c'est là où c'est un peu merdique, je pense. Quand tu es généraliste, en tout cas quand tu es en ville, je trouve que... Mais peut-être que c'est... Peut-être c'est pas pertinent en fait, souvent, t'es pas tenu au courant de l'évolution pendant l'hospitalisation. Et euh... en fonction de où est le patient que t'accompagnes, soit t'es prévenu le jour de la sortie, soit c'est le patient qui prévient qu'il est sorti. Et en fait, moi j'ai l'impression que quand on connaît le spécialiste en dehors d'une relation professionnelle, c'est-à-dire que c'est des collègues, il y a des liens affectifs ou voire amicaux, on est tenu au courant, ... pendant l'hospitalisation de, on envisage la sortie telle jour, voire on s'appelle pendant l'hospitalisation. Si c'est pas le cas... C'est souvent les patients qui nous appellent, parce qu'ils sont sortis à la maison, ou les infirmières/infirmiers à domicile. C'est souvent par ce biais là que ça arrive, parce qu'il faut renouveler le traitement de la sortie d'hospitalisation, parce qu'il faut refaire le point, parce qu'il y a plein de questions, etc. Ça c'est la première, la première entrée par laquelle on est au courant. En fait, avec la dématérialisation c'est aussi un biais où en fait on reçoit le compte-rendu d'hospitalisation et du coup on découvre qu'il est sorti voire on découvre qu'il est rentré. Des fois on ne le sait pas.

J Ouais, y'a pas de courriers d'entrées ?

MG3 Non. Si c'est pas moi qui l'hospitalise moi je suis rarement au courant à moins qu'il y ait une question particulière. C'est-à-dire en fait il y a une info qu'on n'a pas, on appelle le médecin généraliste. Et après l'autre, euh la troisième source d'information, c'est des patients avec qui, soit on était inquiets soit on a une relation proche dans la relation soignant-soigné, on se sent plus proche que avec d'autres patients par exemple, moi j'ai une patiente en tête, ou en fait je suis passée régulièrement la voir à l'hôpital. Donc, parce que je suis allée la voir à l'hôpital, j'ai suivi son hospitalisation. Donc, c'est aussi la troisième possibilité d'être informée, mais c'est sûr qu'on ne va pas voir tous les patients hospitalisés.

J Oui, et finalement t'as plus l'impression d'aller chercher, toi, les informations plutôt que... l'inverse... ?

MG3 Euh... Je ne sais pas. Fin... En fait, je pense que ça dépend de quelle est la question. Là, cette patiente, moi je vois bien, celle que j'ai en tête, c'est moi qui l'avait fait hospitaliser parce qu'en fait ben je savais pas ce qui lui arrivait, c'était trop compliqué d'organiser ces examens en ville parce qu'elle était âgée, peu... pas transportable en fait. Euh... Avec des problématiques gériatriques et en fait, c'est sûr qu'il lui fallait un bilan hospitalier, parce que c'est plus simple d'avoir quelqu'un d'agé hospitalisé pour lui faire la batterie d'examen, éliminer des diagnostics de gravité, etc. Et au final, elle a fait les complications prévisibles en gériatrie. C'est-à-dire qu'en fait, un problème déclenche un autre puis toute la cascade. Ce qui... s'est passé, donc je l'ai hospitalisée et en fait moi, j'étais aussi... j'avais envie de suivre, fin c'est une patiente que j'apprécie, donc j'avais aussi un intérêt à suivre ce dossier donc c'est pour ça que je suis allée la voir et suivre le dossier. Mais je crois pas que mes collègues à l'hosto ils avaient des questions particulières pour moi, enfin... Ils n'avaient pas besoin de moi en tant que son médecin traitant. Par contre moi, comme j'avais envie de suivre ce dossier, cette patiente, c'est moi qui ai posé des questions mais parce que j'étais inquiète pour elle quoi.

J Oui, oui. Et est-ce que quand t'étais en ambu t'as eu des patients hospitalisés en soins palliatifs ?... Que tu suivais ?

MG3 Oui.

J T'étais contactée par l'équipe de soins palliatifs ?

MG3 Oui, alors beaucoup plus forcément, mais enfin, forcément. Disons que la dynamique est pas la même.

J Est-ce que par exemple, t'as un exemple d'un patient où l'équipe t'as contacté ?

MG3 Oui. En fait c'est quand j'ai fait hospitaliser une dame... qui avait un cancer pulmonaire métastatique en fin de parcours. Je l'ai hospitalisé et en fait, c'est surtout le avant l'hospitalisation qu'on est beaucoup en lien. C'est-à-dire qu'on réfléchit à est-ce qu'il faut l'hospitaliser avec la patiente, avec la famille, avec... bah du coup l'équipe de l'unité de soins palliatifs, donc plus ça. Et après, une fois qu'elle est dans les murs on a été moins en lien, on a été en lien parce que, en fait, j'avais envie de suivre cette patiente pareil pour les mêmes choses que l'autre patiente en gériatrie mais... ils n'ont pas eu besoin particulièrement de moi, je crois. Et bon après c'est un mauvais exemple, parce qu'il n'y a pas eu de LATA.

J J'allais te demander.

MG3 Alors, bah oui et non. Il n'y a pas eu LATA... si dans le sens où on savait que si elle faisait un arrêt on la réanimait pas. Après, comment ça a été formalisé à l'hosto ? Je ne sais pas, je n'y étais pas.

J On ne t'a pas inclus dans le...

MG3 Bah on ne m'a pas inclus de manière formelle mais je pense que j'ai quand même été inclus puisque c'est des discussions que j'ai eu régulièrement avec le médecin des soins palliatifs.

J D'accord. Que t'as eu mais plutôt en amont finalement...

MG3 Bah c'est là où il y a un biais. C'est que comme je suis une ancienne médecin des soins palls euh... en fait moi j'avais déjà discuté de ça avec la patiente, avec la famille, du coup c'est des discussions qu'on a abordées avant l'hospitalisation.

J T'avais anticipée finalement...

MG3 Oui, et alors je ne sais pas si c'est moi ou si c'est eux qui ont anticipé, mais en fait ça s'est fait parce que...

J Parce que tu t'es posé la question ?

MG3 Parce que la question s'est posée, voilà exactement. Et en fait je pense que souvent c'est ça qui fait que t'es inclus ou pas, c'est que si tu te poses de la question, en fait tu vas discuter avec les collègues.

J Oui. Et pour un... On t'a déjà appelé, toi, pour poser une limitation thérapeutique, en tant que médecin généraliste... ?

MG3 Bah non. Alors après, j'ai un exercice court, mais...

J Et l'inverse... Est-ce qu'en tant que médecin, notamment de l'EMSP, t'as déjà appelé des médecins généralistes... ?

MG3 Tout le temps ! Quand on posait des LATA à l'hôpital on appelait tout le temps le médecin généraliste. Euh... Alors pas forcément au moment où la LATA se formalise, se trace dans le dossier, se discute. Mais souvent en amont, mais aussi parce qu'on a l'impression qu'on voit que ça va arriver. Fin, je sais pas comment dire mais... Déjà parce qu'en tant que médecin de soins palliatifs, je reprends la casquette médecin de soins palliatifs, on est appelé souvent pour ça. On est souvent appelé pour des questions sur des LATA, que ça soit en réanimation ou dans les services. Et on sait très bien que notre job c'est de récupérer toutes les infos de la ville. Souvent, on a les infos du médecin traitant, et son positionnement et ses questions, et c'est vrai que souvent ils suivent notre expertise, en vrai. J'ai pas en tête de problématiques où le médecin généraliste me dit " non mais pas du tout, vous faites n'importe quoi". J'ai pas d'exemple qui me viennent là.

J Oui. Et quand vous appelez, fin quand ça t'arrivait d'appeler le médecin généraliste, donc plutôt en amont finalement de la pose de LATA on va dire... les questions que t'avais à lui poser en général. Fin est-ce que c'était plutôt pour exposer ton avis ou pour tirer quelque chose d'un... ?

MG3 Non, c'est plutôt pour avoir la vision de avant l'hospitalisation. De, en fait, souvent c'est très... Enfin, ce que j'ai en tête, c'est souvent des questions de l'autonomie préexistante, qu'elle soit physique ou qu'elle soit psychique. Notamment sur des critères, enfin en fait c'est souvent c'est sur la question des critères gériatriques. Quand on se pose la question d'une LATA l'état préexistant est fondamentale. Parce que les possibilités de récupération ne sont pas les mêmes par exemple. Donc... c'est souvent je trouve un des critères principal qui fait jouer le degré de LATA. Voilà quelqu'un qui n'était pas du tout autonome mentalement, psychologiquement, physiquement, on ne va pas mettre le même degré de limitation de soins sur... l'intubation, sur des soins lourds de réanimation par exemple. L'autonomie préexistante elle joue beaucoup, mais aussi, parce que physiologiquement la capacité de récupération n'est pas la même.

J Et oui oui, bien sûr.

MG3 Donc ça c'est vraiment une lecture très gériatrique au-delà de la question du soin palliatif. Et après sur les... sur les plus jeunes, la question des limitations ne se pose pas tout à fait aux mêmes endroits. Mais aussi parce que physiologiquement il y a souvent plus de ressources, non pas toujours, mais parfois plus.

J Et si tu gardes la casquette (Rire) de médecins de soins palliatifs, est-ce que tu as déjà invité des médecins généralistes à des RCP ?

MG3 Oui. On en a déjà invité et... de mes souvenirs, je dirais qu'il y en a une ou un qui est venu(e). Ce qui est problématique, ce qui est problématique c'est non pas de les inviter, c'est de trouver des temps qui sont cohérents. Ce qui est très limitant moi je trouve, c'est... quand j'étais en ville ou quand j'étais à l'hôpital en fait c'est ça, c'est que souvent les agendas fonctionnent pas de la même manière. Et souvent à l'hôpital on va organiser des RCP entre midi et deux ou en début d'après-midi, ce qui sont des horaires le plus souvent merdiques pour les médecins généralistes qui sont le plus souvent disponibles le soir. En tout cas qui peuvent se rendre disponibles plus facilement le soir. Et après, on est en territoire rural, donc il y a aussi la question des distances. Donc quand on est à l'hôpital à X et que le généraliste est à X ben c'est très facile de se croiser. C'est plus facile pour eux de se dire, je sais pas je passe 15 minutes, j'exagère un peu, je passe 30 minutes à l'hôpital à 13 heures c'est plus simple que quand on habite à Y et qu'il y a 45 minutes de route. Ça c'est sûr. Et pour le coup ben Y c'est le mauvais exemple parce qu'on a fait beaucoup de RCP avec les médecins généralistes. Mais c'est la particularité de Y, c'est qu'ils sont loin, mais du coup, c'est nous qui allions à eux. En fait, il y a un hôpital local où il y a des lits de médecine. En fait, on a fait souvent, en fait c'est un faux exemple du coup, j'ai fait souvent des RCP avec les médecins généralistes délocalisées, c'est-à-dire en dehors de l'hôpital. Mais parce que du coup ils sont sur l'hôpital local et c'est nous qui nous adaptons. Et ça c'est tout l'enjeu euh... des équipes de soins palliatifs, c'est leur capacité à pouvoir s'adapter dans un système qui devient de plus en plus tendu, que ça soit pour les autres spécialités hospitalières, les autres services hospitaliers, comme pour les médecins généralistes en ville qui sont sur-débordés, mais en fait tout le monde est sur-débordés. Et en fait, c'est là où il y a de la richesse souvent dans les équipes de soins palliatifs, c'est quand il y a un peu de marge de manœuvre pour pouvoir justement organiser des RCPs délocalisées.

J Est-ce que t'as un exemple d'un patient à me raconter ?

MG3 Euh... Très certainement, lequel ? C'est une bonne question. Ça va sûrement me revenir au fur à mesure. Parce que pour le coup c'est sûr que à Y on s'est posé plein de fois la question, et c'est pour ça qu'on y allait... Voilà, de toute façon c'est toujours quand on pose les questions que... ça va revenir plus tard.

J Est-ce que quand vous y alliez c'était les médecins généralistes qui vous sollicitaient pour des patients que vous ne connaissiez pas en amont de cette sollicitation? Ou est-ce que ces des patients que vous suiviez déjà?

MG3 Les deux mon capitaine. Je pense que, ben... Y c'est particulier parce que comme c'est un bassin éloigné, encore une fois on est à 45 minutes de l'hôpital de premier recours qui est un petit hôpital dans lequel il n'y a pas tout le plateau technique... On n'est pas sur un CHU hein, X ce n'est pas un CHU. Et en fait c'est des médecins qui sont... qui sont méga-compétents sur plein de trucs donc euh... il y a eu les deux cas de figures. Ils nous appellent pour des patients qu'on ne connaît pas, qu'on va rencontrer, avec lesquels on va partager nos questionnements. Et l'inverse, c'est-à-dire qu'ils ont aussi eu dans leur lit à l'hôpital local, parce qu'ils ont des lits interchangeables qui sont à la fois du SSR ou des lits de médecine. À la fois des patients que nous on envoyait à Y donc, qu'on suivait entre guillemets par l'équipe de soins palliatifs, ou là, eux ils nous sollicitaient en tant que médecin traitant ou en tant que médecin du SSR. Donc, c'est l'histoire de casquettes... qui sont interchangeables et un peu merdiques pour analyser tout ça. (*Rires communs*)

J Et à l'inverse, quand tu prends ta casquette de médecin généraliste en ambu, est-ce que tu as participé à des RCP en tant que médecin traitant ?

MG3 Non. Alors en plus j'ai un exercice cours, j'ai fait une petite année, mais non. En fait, pour celle à laquelle je pense que j'ai ré-hospitalisé en unité de soins palliatifs, elle est... je pense malheureusement décédée avant qu'on organise ça. Elle a fait un épisode aigu qui fait qu'elle est morte, entre guillemets, plus tôt que prévu. Enfin, en tout cas, non, elle est pas morte plus tôt que prévu. On a eu la sensation... nous, on a été surpris d'un décès plus rapide que ce qu'on aurait pu projeter. Mais bon, ça c'est l'évènement aigu qui fait que tout s'accélère et en fait quand t'as pas de poumons et que tu fais une détresse respi, ça se passe pas très bien. (*Rires communs*) Et voilà, on n'allait pas l'intuber cette dame parce que du coup il y avait déjà une limitation de soins.

J Oui, elle était déjà posée par les discussions que vous aviez eu en amont. Et est-ce qu'on t'a appelé pour des RCP qui allaient se produire et pour lesquelles on souhaitait ton avis ?

MG3 J'essaye de me souvenir. Hum... Quand on dit RCP c'est tout type de RCP ?

J Oui pas forcément pour les limitations thérapeutiques.

MG3 RCP onco par exemple ?

J Oui.

MG3 Ah oui alors non ! (*Rires*) Parce que je sais pas si il y a eu beaucoup de cas de figure de RCP de soins palliatifs ou de limitations de soins dans le sens où, en fait, je ne bossais pas non plus... six jours semaine donc... J'avais pas une patientèle très grande. Et en plus, j'étais collaboratrice. J'avais un exercice où je savais que j'allais quitter cet endroit donc, il y avait aussi la question de prendre beaucoup de suivi qui met un biais là. Euh... Mais par exemple, sur les RCPs d'onco on m'a pas sollicitée. J'ai en tête plusieurs patients pour lesquels je, je dépiste ou on se pose la question de quelque chose de cancéreux ou en fait, on ne va pas être sollicité sur les RCP d'oncologie.

J Ok. Tu adresses vers l'oncologue et...

MG3 Et le paquet te revient tout ficelé. (*Rires*). Tout cadré. T'as pas beaucoup de choix.

J Mais te revient quand même.

MG3 En tout cas, les deux exemples que j'ai en tête me reviennent quand même. Oui. Aussi parce qu'ils n'ont pas été orientés sur X ces patients-là, pour des histoires de chirurgie thoracique notamment. Donc euh en fait, ils sont partis sur Y et donc ils me sont revenus parce que en fait...

J La localisation.

MG3 Oui. La chirurgie thoracique on l'a pas sur le département et les oncologues de Y ben du coup on les connaît moins donc en fait ils nous les ré-adressent assez facilement.

J Et quand tu travaillais en unité de soins palliatifs, est-ce que... tu disais oui, vous avez déjà fait des poses de limitations thérapeutiques avec des médecins généralistes, est-ce que tu as invité des médecins à participer ?

MG3 Autre que généralistes ? Ah oui. Pour le coup, on essayait d'inviter les spécialités qui étaient concernées. Alors c'est vrai que souvent ça se retrouve être des médecins qui sont aussi actifs dans la prise en charge. Euh... Peut-être ça nous est arrivé, mais j'ai pas en tête d'avoir invité des spés qui ne suivaient pas le patient même si ça touchait à cette spécialité. Je ne saurais pas dire si on n'y a pas pensé, ou si la situation ne s'est pas présentée.

J Et souvent c'était des spécialistes qui travaillaient sur l'hôpital ?

MG3 Ouais. Ouais ouais. Alors, inter-hôpital, trop compliqué de faire venir les uns les autres. Je pense qu'on a... J'ai pas d'exemple là précis qui me vient en tête mais ça nous est arrivé par contre d'avoir des avis téléphoniques ou écrit en vue de faire la RCP pour éclairer la discussion. Voilà. Ça, oui.

J Aussi bien auprès des spécialistes que des médecins généralistes, j'imagine ?

MG3 Ouais... Moi je pense surtout au pneumologue, par exemple, en tout cas quand moi j'étais à l'équipe de soins palliatifs y'avait pas encore ou ils venaient tout juste d'arriver les pneumos. Euh... du coup on bossait quand même beaucoup avec ceux de Y. Et en fait, dès que ça touche à de la chirurgie thoracique en plus, c'est de toute façon pas à X donc on avait besoin de leur avis. Et notamment sur des questions de pronostic, de récupération, d'impact sur la respiration, sur l'oxygène, le taux d'oxygène, enfin tout un tas de trucs ou en fait... Est-ce qu'il vaut mieux faire une biopsie ou enlever d'emblée ? Moi c'est les questions, en fait, j'en sais rien.

J Oui, c'est du ressort du spécialiste. Et les médecins généralistes, quand tu les invitais à participer à une RCP, ou à une pose de limitation thérapeutique, qu'est-ce que t'attends en fait d'eux ?

MG3 ... Ah, très bonne question. Euh... Qu'est-ce que j'attends d'eux ? ...

J Dans quel but, en fait, pourquoi tu les... Pourquoi tu les invites ?

MG3 Moi, je pense qu'il y a un truc très formel dans ce que je projette c'est en fait... euh... inviter tout le monde, en fait, inviter tous ceux qui accompagnent ce patient. Mais en fait les généralistes, comme pour moi les infirmières ou les infirmiers libéraux (libéraux), en fait, je pense que j'aurais envie qu'on invite tout le monde à partir du moment où on accompagne le patient. Parce que je pense que c'est malin de se mettre tous autour de la table pour être raccord sur qu'est-ce qu'on propose. Et ça évite. Je pense qu'on ne le fait pas formellement, d'inviter par exemple les infirmières ou les infirmiers ou les médecins généralistes mais en fait, si on ne se parle pas ça m'est des gags. Sur euh... pourquoi on a pris cette décision, comment on peut la tenir, comment on peut revenir dessus, parce qu'en fait des fois on peut aussi revenir sur des décisions qu'on pensait solides et en fait on se rend compte que, bah, non. Euh... Voilà. Je pense à un patient.

J Raconte-moi. (*Rire*)

MG3 Je pense à un patient pour lequel j'étais médecin de soins palliatifs. On est appelé, c'est une histoire en plus très symptomatique. On est appelé pour une histoire de limitation sur un patient qui est assez âgé, il est en gériatrie, qui doit avoir 80 ans à la louche. Pour une histoire de limitation de soins, sur un patient qui a fait un AVC et qui a des troubles de la déglutition. Donc la question qui se pose c'est : alimentation artificielle ou pas ? En tout cas, on nous pose la question de la gastrostomie ou pas. En arrivant sur cet accompagnement on se rend compte que la question ce n'est pas la gastrostomie, c'est « faut-il l'alimenter », et oui ou non. Et donc, c'est quoi son pronostic ? Donc je me souviens très bien, j'étais médecin soins palliatifs et son médecin traitant est venu à l'hosto pour le coup. Mais pas à mon initiative dans mes souvenirs, mais à l'initiative du service. En fait je pense

qu'on arrive un peu parce que la situation est complexe parce que dans mes souvenirs, médecin traitant et médecins gériatres sont d'accord pour poser une limitation de soins mais la femme, donc le patient n'est pas en capacité de s'exprimer à ce moment-là, en tout cas verbalement, mais la femme ne veut pas qu'on pose de limitation de soins sur l'alimentation. Et c'est une très belle histoire parce qu'on peut saluer la... conviction de cette épouse. Ou en fait, je pense que tout le monde était plutôt ok de limiter son alimentation. Et en fait, son épouse pas du tout. Et comment ça se... Il y a une histoire de pronostic où on se dit mais ce patient il va pas vivre, il a pas un pronostic à trois mois donc l'alimentation pas ouf. Et en fait, c'était tellement compliqué... Je pense qu'il y avait un gros à priori aussi en gériatrie parce que comme c'est un patient qui était étiqueté dépressif, avec des antécédents tentatives de suicide, y'avait vraiment un truc chez les soignants de "en fait il ne veut pas vivre, donc ça sert à rien de se bagarrer". Je pense qu'il y avait un peu un a priori. Et en fait, son épouse elle n'était pas du tout là-dedans en disant oui mais ça c'est ancien et en fait, c'est plus du tout à l'œuvre et c'est pas parce que il a toujours son traitement qu'il faut le condamner. Et elle c'est un peu bagarrée et finalement nous, on a proposé de mettre une alimentation en tout cas artificielle pour se donner du temps. Je me souviens très bien de ça. Donc on lui a posé une sonde puis une gastrostomie. Et en fait ce patient a récupéré. Et il est parti en rééducation. Après sa femme était une acharnée et on peut que saluer ça, mais en fait ce patient maintenant il est retourné à domicile et il a repris une alimentation orale. Il n'a plus de gastrostomie. Alors c'est sur un temps un peu plus long, hein. Mais du coup, c'était... je pense qu'il est rentré à la maison six mois après. Mais oui, pour le coup...

J Et pourtant, l'ensemble des équipes médicales était plutôt résigné.

MG3 Et là, pour le coup, je pense que, heureusement, qu'il y avait sa femme. Fin, heureusement parce qu'il est vivant et que ça nous a prouvé que... on se trompait à priori. Donc, moi je suis plutôt favorable à mettre tout le monde largement au-delà de : que le généraliste, en fait les soignants de proximité, que ce soit les infirmiers/infirmiers, les aides-soignants des SIAD aussi. Après, c'est sûr ça rajoute de la complexité d'organisation, hein. Et la famille. On en revient à en fait, si on met pas tout le monde autour de la table, je trouve que c'est prendre un plus grand risque de quiproquo, incompréhension. Alors euh physiquement autour de la table hein, ça n'empêche pas que parfois ça peut se faire en différé.

J Bien sûr.

MG3 Ce n'est pas parce qu'on n'est pas tous dans le même temps que la décision elle est pas cohérente. Enfin, harmonisée. En tout cas, s'attacher à aller récupérer les positionnements, les craintes, les angoisses, les projets, les projections de chacun, mais soignants mais pas que. Je pense que... En fait, c'est ça notre taff, quelque soit notre place.

J Et est-ce qu'il y a des informations que vous attendez particulièrement des médecins généralistes ?

MG3 Bon, moi, je crois que c'est surtout l'état préexistant euh... dans le rapport au quotidien. Et c'est là où on attend des médecins... Enfin c'est là, en tant que médecin de soins palliatifs ou médecins hospitaliers, moi j'attends du regard du médecin généraliste quelque chose de la connaissance de l'histoire du patient. Ce qui est compliqué quand moi j'étais médecin traitant puisque en fait, j'étais peu longtemps. Donc, y'a quand même... j'avais quand même pas accès à beaucoup à l'histoire des patients. Donc, probablement ça peut jouer et dans le fait qu'on sollicite moins au début. Et aussi parce que les liens affectifs que moi, en tant que médecin généraliste, je tisse avec les patients, ils sont pas aussi forts j'imagine, ou intenses, que quand on a 5, 10 ans, 30 ans d'exercices de médecin de famille, en fait. Et donc, ça, je vois bien que ça peut jouer. En tout cas, dans ma projection, c'est sûr que... ça peut jouer. Et après un an de médecine générale à la maison de santé, il y a des patients où on est plus attachés, plus investis. Et donc, on voit... celles et ceux qui potentiellement s'ils étaient hospitalisés on mettrait un peu plus... ce n'est pas qu'on mettrait notre nez pour surveiller mais on se tiendrait je pense... En tout cas, moi, je me tiendrais plus facilement au courant de certains patients par rapport à d'autres. Mais je pense que c'est plutôt l'intensité de la question du lien avec le patient qui joue.

J Au niveau de ton activité ambulatoire, est-ce que tu abordais les directives anticipées et si oui, comment ?

MG3 Alors oui, et là, pour le coup, je pense que c'est parce que j'ai été médecin de soins palliatifs avant que j'arrive à le faire facilement je pense, par rapport à des collègues quand on en discute, qui ne font pas du tout ça. Mais... oui ! Et alors... comment je le fais ? C'est une bonne question. Déjà la première chose que je fais, c'est que j'essaie de... Je l'impose jamais de manière systématique c'est-à-dire, je me dis pas, ça fait partie de mon entretien, de mon déroulé d'entretien, à tel moment dans la maladie il faut parler des directives anticipées. J'essaie plutôt de l'aborder quand les patients... des fois ils l'amènent. Où on ressent que la question de la projection dans leur fin de vie fait qu'ils se posent des questions, que ça fait tension, qu'il y a des nœuds, ou qu'il y a des craintes, ou là clairement, stratégie du pied dans la porte je pose des questions. Après il y a, repérer les situations où on voit que ça arrive la question de la fin de vie et que ça pourrait être chouette de parler des directives anticipées. C'est pas toujours faisable. Alors, d'expérience, c'est rarement faisable sur le premier entretien. Mais par contre, j'ouvre toujours la porte en disant, vous pouvez venir discuter de ça avec moi il peut y avoir mille et une questions, on peut prendre des temps spécifiques pour ça, on peut programmer des rendez-vous plus longs que d'habitude. Parce que pour le coup, je me tiens assez à mon cadre horaire de consultation qui me tient vachement, j'ai rarement... très rarement du retard à la fin de la journée. Mais aussi, parce que... Voilà, c'est mon cadre, mon cadre c'est 20 minutes et chaque patient sait qu'il a 20 minutes entre guillemets. Et en fait les patients sont très contents d'être pris à l'heure donc ils comprennent le plus souvent que... Ils sont pris à l'heure parce qu'on tient aussi ce cadre-là. Et que ça les protège, et eux et moi, enfin en vrai, pour moi c'est très contenant. Après, voilà, je suis pas non plus une brute, les patients qui ont besoin de 40 minutes parce que c'est la cata au travail, qui débarquent dans le cabinet bah je sais aussi... adapter... Mais c'est très ponctuel. C'est arrivé, je pense, 5 fois en an ou dix fois peut-être en an.

J Et, ça t'est arrivé de proposer des consultations pour faire, pour aborder le sujet des directives anticipées ?

MG3 Complètement. De la même manière que très facilement je vais proposer des consultations longues pour des évaluations de dépression ou des évolutions cognitives. En fait, il va y avoir ces sortes de consultations un peu longues pour des directives anticipées. Et alors mon outil préféré, j'ai deux outils préférés. J'ai un jeu de cartes, qui est assez chouette à utiliser avec les patients pour qu'ils fassent des tas de ce qui est important et de ce qu'il ne l'est pas du tout. Donc des cartes sur lesquelles il y a marqué, moi je veux... Moi ce qui est important c'est de garder mon humour, ce qui est important c'est de continuer à être maquillé, ce qui est important pour moi euh... C'est un jeu de cartes et on fait faire des tas aux patients de ce qui est important et de ce qui ne l'est pas. Euh... Garder du lien et puis y a cette question souvent en balance de est-ce que c'est plus important pour le patient, en fait en fonction de comment il les a mis dans son tas, de garder du lien avec ses proches ou de... de... pas ressentir de douleur par exemple. Ce qui est souvent LA question en fin de vie, est-ce que... est-ce que le patient il est plus à l'aise en étant un peu plus somnolent et endormi parce que les médicaments font qu'il est plus apaisé, mais voilà. Ou est-ce qu'au contraire, il préfère... Enfin. Je ne sais pas si c'est une question de préférence, mais c'est plus facile pour lui de supporter la douleur pour être en lien. Et c'est une question de... d'accompagner le patient dans ce que lui priorise. Ce qui ne va pas donner des accompagnements de la même manière, c'est-à-dire que... une même pathologie, des mêmes symptômes, en fonction de la personne, elle va... accepter plus facilement d'être un peu plus somnolent ou pas justement. Ou accepter plus facilement la douleur parce qu'en fait ce qui est important pour elle, c'est de garder du lien. Donc, il y a ce premier outil qui est un outil, donc c'est un jeu de cartes qui est fait par la JALMALV, que moi j'aime beaucoup, j'utilise aussi en formation.

J Tu dis la ?

MG3 JALMALV, donc c'est une association qui l'acronyme, c'est juste... jusqu'à la... jusqu'à la mort la vie, un truc comme ça. Qui est une association de soins palliatifs avec des bénévoles, comme l'ASP, l'association de soins palliatifs. Donc, ça c'est le premier outil et l'autre outil que j'aime vraiment beaucoup, c'est le formulaire des directives anticipées, mais pas le modèle standard que je trouve merdique, le formulaire de la réanimation où euh... il est assez bien foutu. C'est une sorte de grille, c'est un questionnaire, qui permet d'accompagner la projection du patient pas à pas. C'est-à-dire qu'en fait, je trouve que, ce que je trouve très compliqué avec le formulaire de directives anticipées standard, qui est sur le site du gouvernement, c'est, en gros, qu'est-ce que vous souhaitez pour votre fin de vie, deux points, trois lignes blanches et démerdez vous. Et en fait je trouve que c'est ça qui est compliqué. La question des directives anticipées c'est : comment on soutient et on accompagne le patient dans ces projections à lui, qui sont méga angoissantes pour tout le monde. Fin... quand on fait l'expérience en formation, il y en a très peu qui sont capables d'écrire ce qu'ils veulent sur leur fin de vie. Parce que c'est très compliqué de se projeter dans la finitude. Et en fait cette grille de réanimation, elle est... Elle est quand même incroyablement bien faite. Il y a trois parties, La question des séquelles avec lesquelles ce serait supportable ou pas de vivre. Et en fait, ils listent tout un tas de handicaps/séquelles... Je pourrai ne plus... Je serai amputé d'une main, je ne pourrai plus marcher. J'aurai une sonde nasogastrique, j'aurai un respirateur artificiel, etc. J'aurai un anus artificiel. Fin en fait, ce qui pose tout un tas de questions et il y a des colonnes de réponse, oui, non, je ne sais pas, sous certaines conditions. Et donc le patient, avec son soignant ou pas, se projette là-dedans. Ce qui permet d'expliquer en fait... C'est en fait la projection. Est-ce que je pourrais vivre dialysé ? Mais en fait ça veut dire quoi dialyse trois fois par semaine, nanani nanana. Après, il y a la question, dans mes souvenirs, de... Il y a 2 autres grilles, et notamment une sur la projection de ce qui est important. Euh... J'ai envie d'être maquillée, j'ai envie d'écouter telle musique, j'ai envie d'avoir la présence d'animaux, j'ai envie de voir des enfants de mon entourage, ce qui est une vraie question souvent, etc.

J Qui, des questions plus environnementales en fait.

MG3 Complètement. Et aussi de projections de, aujourd'hui qu'est ce qui fait sens pour moi, est-ce que si, moi me maquiller, c'est quelque chose qui est important dans ma vie parce que c'est mon rituel tous les matins, et qu'en fait sans ça je ne suis pas à l'aise, et bien je trouve que c'est cool de pouvoir le proposer aux patients. En fait, à l'inverse, il y a des gens ils s'en battent les couilles, pardon c'est enregistré, mais ils s'en foutent royalement. Mais par contre ce qui va être important, c'est d'avoir tel objet ou tel truc, ou tel vêtement, ou la présence de telle personne. Voilà. Et donc, je trouve que c'est important, et donc ça, ça permet de faire des directives anticipées je trouve qui sont vachement plus affinées.

J Et cette grille, tu peux la trouver...

MG3 C'est là... Tu tapes "directives anticipées de la société française des réanimateurs" et tu tombes dessus. Et elle est super bien faite.

J Et donc, c'est ce formulaire là que toi tu utilises dans tes consultations ?

MG3 Oui c'est celui-là et que je file aux patients quand je sens que c'est ok pour lui d'y réfléchir seul ou qu'il me le demande.

J Ok.

MG3 Ca m'est jamais arrivé.

J Voilà j'allais te demander, est-ce que tu as déjà des patients qui t'ont déjà demandé, non jamais ? (Rires)

MG3 Non jamais. J'ai déjà rempli avec les patients. Souvent.. En tout cas les 2 patients que j'ai en tête je les ai remplis avec eux, un au cabinet et un à domicile.

J Et pour ces deux patients, c'est toi qui a abordé le sujet ? En tout cas, est-ce que tu as...

MG3 Bah ça, c'est toujours la bonne question. Parce que en fait, est-ce que c'est moi qui l'ai abordé euh... très probablement, est-ce que j'ai senti que il y avait une porte d'entrée ouverte ou que il y a des choses qui ont été nommées... très probablement aussi. Mais c'est ce truc de... En fait, les patients, je crois que rarement ils vont nous dire " Docteur j'aimerais bien parler des directives anticipées". Ça, c'est sûr. Ils arrivent souvent par... Mais parce que c'est, c'est vraiment des gens très malins, les patients hein. En fait, ils arrivent par des... des portes détournées. En fait, c'est à nous de capter, si oui ou non, c'est la porte de tel truc.

J Et c'était des patients qui souffraient de pathologies...

MG3 Et bah les deux cas mon capitaine euh... Une, celle qui est finalement morte à l'USP, en fait elle, c'est allé très très vite en vrai. Toute cette histoire s'est passée en trois mois, entre le moment où je commence à l'accompagner et le moment où elle meurt, il n'y a pas beaucoup plus que trois mois. Donc la question du lien tissé elle est... elle est... intense, mais assez courte dans le temps. Elle, je pense que... C'est elle qui me l'amène, pas du tout en parlant des directives anticipées mais plutôt par des propos sur... ce qu'elle aimerait ou ce qu'elle n'aimerait pas. En fait, souvent il le formule par la négative, " moi j'aimerais pas que" mais souvent c'est ça, "moi, j'ai pas envie que mes enfants souffrent". Ah bon, vous n'avez pas envie que vos enfants souffrent. Mais qu'est-ce qui vous fait dire ça ? Qu'est-ce qui fait qu'ils pourraient souffrir ? Mais du coup, qu'est-ce qui est important pour vous ? Et en fait, pouf, on est dedans, enfin, en fait, c'est souvent ça la question. Et après, une autre que j'avais en tête, mais bon, voilà, des gens qui sont plutôt sur le truc du contrôle et... qui arrivent plutôt avec des craintes je pense, ou de l'envie de maîtriser. Qui te disent, on fait "faut que vous me racontiez, c'est quoi les directives anticipées ?" Donc, on explique, j'explique que c'est possible de les faire ensemble, et qu'en fait on peut décortiquer les choses, et en fait, on se rend compte que finalement, finalement y'a de l'envie de vivre hein. Mais c'est rassurant de faire des directives anticipées, de à quoi ça sert, et qu'on peut venir les modifier à tout moment et que ce qui est cool c'est qu'il y a des gens qui savent où elles sont. Voilà. Mais je pense que sur l'ensemble des patients que j'ai vu je dois pas en avoir beaucoup plus que 5 qui les avaient faites.

J D'accord.

MG3 En tout cas avec moi ou que j'avais récupéré. Ce qui est... J'ai pas non plus une patientèle avec 1000 patients, mais...

J Non, mais ce qui ne fait pas une grosse proportion j'imagine.

MG3 Non, après, moi, je suis team pas du tout protocolisée. C'est-à-dire que moi je trouve qu'il y a rien de plus insupportable que d'imposer la rédaction de directives anticipées à des gens qui ne sont pas du tout ok d'avoir cette projection-là. Et je trouve que c'est dommage que ça soit dans beaucoup d'établissements des critères de certification pour avoir de la thune fin... En fait, nommons un chat un chat. Je trouve que c'est un peu détourner l'objet même des directives anticipées. Et ça fait un truc très standardisé que les soignants font remplir aux patients sans les accompagner. Fin, et il y a beaucoup de patients, notamment en EHPAD qui sont traumatisés de leur directive anticipée. Et du coup bah on rame derrière quand il faut parler de la fin de vie. Et ça perd de son sens et en fait, on a coché des cases sans forcément toujours expliquer mais en fait, parce que et soignants et patients sont pas du tout au clair et pas du tout formés pour les soignants. On voit très bien comment c'est fait, c'est mis dans le dossier d'admission de manière bête et discipliné et en fait on coche des cases, et puis personne ne se pose des questions. Moi, ça me met hors de moi, en vrai, ça me fait friser. En tant que médecin des soins pall, ça me fait friser. Et en fait je trouve que c'est hyper traumatisant pour les patients et je trouve que c'est pas du tout notre job de soignants de rajouter du traumatisme aux traumatismes. Enfin, les patients ont déjà leurs propres galères avec leur maladie, leur souffrance euh... Je trouve que c'est cool si on n'en rajoute pas une couche. Enfin, cool... Enfin, je trouve que ça fait partie de notre job. Mais oui, je trouve que ça fait partie de notre travail de professionnels de ne pas rajouter du traumatisme aux traumatismes. Voilà.

J Je trouve que c'est une très belle phrase de fin d'entretien. (Rires communs) Merci beaucoup

Entretien 4 :

S Est-ce que tu pourrais nous décrire les interactions ou les liens que tu as avec l'hôpital ?

MG4 Alors. Euh... c'est à la fois des liens personnels, par rapports à des praticiens que je connaissais, alors il y en a de moins en moins, ou que je connais encore par le biais de formation continue, de petit groupe, de formation en soirée où les praticiens hospitaliers se rendent en plus accessible, y compris en nous donnant leurs coordonnées téléphoniques. Et puis, j'ai beaucoup apprécié l'agenda téléphonique avec la ligne directe pour praticiens, par exemple en pneumologie j'y ai eu recours plusieurs fois. La plateforme ** pour la dermatologie aussi, c'est intéressant. Je ne sais pas toujours, comment on va dire, sur ces plateformes... je n'ai pas toujours le réflexe, mais c'est vrai que j'ai vu que ça fonctionnait. Après, il reste des spécialités à l'hôpital ou l'accès direct relève de l'impossible. C'est vrai que oui par mail ça peut être aussi une solution plus, pour favoriser. Mais enfin, il y a eu des problématiques, je trouve, de réponses très décourageantes dans certaines spécialités, dans certains cas où, bon, on aimerait pouvoir se concerter de médecins à médecins et c'est parfois compliqué.

S Quel type d'interaction tu as avec les médecins hospitaliers? Le moyen de communication c'est téléphone ou mail ?

MG4 Alors ben, mail oui maintenant un peu plus... Les directes, ligne directes, normalement les généralistes ont reçu un annuaire de ligne directe par service sur l'hôpital. Donc ça c'est récent. C'est une grande avancée parce que... Voilà. Il y a eu une évolution à un moment donné de fermeture catastrophique des relations, du fait probablement de la raréfaction des médecins qui sont de plus en plus à l'hôpital seul pour tout faire. Mais je veux dire par rapport à, je dirais 10 à 15 ans avant, il y avait en général une fluidité. C'était aussi l'époque où on était moins harcelés de patients. Et j'allais souvent voir mes patients au lit de l'hôpital en même temps que le confrère qui s'en occupait. C'était très riche. Mais actuellement... (Rires)

S Du coup tu prenais du temps sur ton... ?

MG4 Je prenais du temps sur mon agenda non rémunéré d'ailleurs. Ça, c'était une époque glorieuse, mais j'avoue qu'aujourd'hui ça me paraît... (Rires communs). Presque qu'une utopie ! Ouais.

S Comment es-tu tenue au courant de l'évolution de ton patient hospitalisé et en particulier pour les prises en charge palliatives?

MG4 Hum... Alors, je crois que c'est très variable. Fin, je dirais l'évolution, malheureusement, encore récemment, on est informé de l'évolution du patient par une lettre, un compte-rendu d'hospitalisation par lequel on apprend que le patient est revenu à domicile. C'est quand même encore pas si rare que ça. Pour moi, c'est les échecs flagrants d'une communication. Sur l'aggravation, une fois encore il y a des services qui communiquent avec des courriers en temps et heures par Mailiz, mais plutôt sur des aggravations, lors de consultations. Voilà. Mais en cours d'hospitalisation, j'ai pas le sentiment qu'on soit impliqué ou alors quand il s'agit d'une aggravation avec réflexion de la famille et du patient sur un désir de retour à domicile là, ben c'est l'HAD de l'hôpital qui prend le relais et qui nous interpelle en temps que médecin traitant ou qui nous demandent pour un patient qu'on connaît pas éventuellement, si on est d'accord de le prendre en charge quoi, ça m'est arrivé. Et j'avoue que pour moi, c'est quand même, j'ai l'impression, si je compte sur les doigts de la main, que c'est par l'HAD presque exclusivement que ça se fait. Et là, ça communique bien. Mais même, voilà il y a une écoute réciproque de... de l'état clinique du patient, des réflexions qu'on peut nous amener parce qu'on connaît le tissu humain du patient et euh... voilà. On sent que les renseignements qu'on est à même de donner... Je pense qu'il m'est plus souvent arrivé de contacter un service, ou même, c'est peut-être hors question mais je... en parlant spontanément... Des choses qui m'ont parfois un petit peu chagriné dans le sens où j'apprends que tel patient a été hospitalisé en urgence que j'ai pas été dans la boucle et je m'informe en effet du service dans lequel il se trouve. Et j'essaye de joindre l'interne ou le médecin. Alors, l'interne me répond sur le mode, euh... "écoutez, je ne peux pas trop vous donner de renseignements". Et là je dis "je suis désolée, je n'appelle pas pour avoir des renseignements mais pour vous en donner." Et j'ai pas toujours l'impression que ça fasse... parfois oui, il y a un écho favorable, parfois j'ai l'impression vraiment d'être un petit peu le chien dans un jeu de quille et de passer pour... Enfin, il y a quand même un travers chez, pas tous, mais chez certains internes dans les services qui ne connaissent pas suffisamment ce qu'est un médecin généraliste, qui plus et qui a une pratique et qui a roulé sa bosse aussi avec les praticiens hospitaliers et où on est considéré comme vraiment... On va dire... Un médecin de seconde catégorie, qui ne sont pas à la hauteur de l'enjeu médical dont il s'agit. Et que là on n'a pas pleinement pignon sur rue... "oui, mais là on attend des examens complémentaires." "Oui, je peux savoir ce que vous allez lui proposer ? Est-ce que..." Voilà, je résume, ça c'est les cas plutôt d'échecs. Après, il y a des surprises agréables où, là par exemple, on tombe sur l'interne qui a été notre ancienne externe. (Rires). Et qui... connaît comment on fonctionne, en tant que médecin généraliste ou de famille, et qui tend une grande oreille pour dire, "Oui, c'est super, tu vas pouvoir me porter des éléments. Je te tiens au courant que c'était un... " voilà. Là, on voit que le relationnel qui a été cruellement coupé, je pense, entre ville et hôpital, par la transformation peut-être et la pénurie de soignants ben euh... souffre, voilà. Ce tissu relationnel est en souffrance.

S Peux-tu me raconter la dernière fois que l'hôpital a pris contact avec toi pour un patient hospitalisé en soins palliatifs ?

MG4 Oui, alors attends la dernière fois... Euh... J'essaie de me remémorer... alors il faut peut-être mettre sur pause parce que... oui, ça va me stresser de pas trouver tout de suite.

S Pas de soucis.

MG4 Parce que celui que je me remémore ça fait quand même un certain temps... Ah oui, oui.... Oui, donc c'était pour une patiente en fait, hospitalisée en EHPAD. Voilà.

S Et qui a été hospitalisé ?

MG4 Oui, qui a nécessité elle a fait une pneumopathie d'inhalation. Et... en fait, elle était donc inaccessible à un traitement à domicile donc, j'avais demandé qu'elle soit hospitalisée. Et j'avais donc eu le temps de faire un courrier descriptif, parce que j'ai... un patient qui avait des troubles cognitifs et qui aurait fait une pneumopathie d'inhalation. Mais j'avais donc questionné l'infirmière qui m'avait relaté qu'elle avait eu une sorte de malaise avec des pertes d'équilibre dans les 48 heures précédentes. Et j'avais examiné, j'étais venu au chevet de la patiente, et j'avais constaté un passage en bradycardie plus l'encombrement pulmonaire majeur et j'avais donc rédigé un courrier en demandant à ce qu'on essaie de lui faire une image cérébrale parce que je suspectais, en fait, une pneumopathie d'inhalation secondaire à un AVC. Et peut-être pas juste un malaise à cause de la pneumopathie d'inhalation. Donc, elle a été mise sous thérapie IV, ramenée à l'EHPAD dans des délais rapides avec HAD pour l'antibiothérapie strictement. Ayant le bonheur de connaître personnellement le médecin de l'HAD, qui m'a contacté bien sûr, je lui ai relaté l'histoire et je lui ai dit voilà, je suis juste un peu étonnée que la patiente ait eu un électrocardiogramme mais pas d'imagerie cérébrale. On a refait le point clinique, et donc ma consœur me dit oui, en effet tu as raison, il aurait fallu, si tu le souhaite je déclenche la demande de scanner par l'HAD. Donc je lui dis je veux bien, donc c'était très utile parce que bon, ça a mis du temps, mais rétrospectivement, on a confirmé le fait qu'elle a bien fait un AVC. Alors, ça a peut-être pas énormément changé la prise en charge, mais quand même, enfin moi j'avais mis tout en... en œuvre au domicile dans ce sens-là, orthophoniste, kiné active dès qu'on pouvait... Voilà. Donc elle a des hauts et des bas cette patiente mais euh... c'est drôlement important pour le personnel soignant de savoir en fait ce qui s'est passé. Elle avait une hémiparésie qui au départ est passée inaperçue, d'abord flasque, plus spastique, et... voilà. Et là, j'avais demandé un avis neuro pour revoir pour l'imagerie, parce que l'imagerie était revenue "pas de signe d'AVC". Je trouvais que, cliniquement, ça ne collait pas donc, j'ai fini par demander un avis neuro, j'ai envoyé un mail et j'ai quand même eu... Là, la bonne surprise... Alors, c'était... Je ne sais pas la semaine... Peut-être dans la semaine qui a suivi, ou

quelques jours de délais, où j'ai pu échanger un coup de fil abondant avec la neurologue, avec qui j'ai refait le point de la clinique, et qui a comparé, parce que j'avais envoyé par mail. Enfin, elle avait l'imagerie de l'hôpital et j'avais envoyé le compte-rendu du précédent, qui a eu la gentillesse de se repencher sur les images, de comparer, et on a acté ensemble que pour cette patiente, de toute façon, j'avais mis en place ce qui était nécessaire et suffisant, qu'on n'allait pas la réhospitaliser, même si elle s'aggravait sur le plan... Si l'AVC la faisait s'enfoncer à nouveau euh, parce que voilà, vu son contexte, mais du coup c'était une décision pour moi qui m'a soulagé, parce que sinon l'infirmière de l'EHPAD me regardait avec des grands yeux... Enfin, je veux dire, ils n'avaient pas percuté... enfin ma parole de médecins généralistes comme quoi elle avait fait un AVC n'avait pas de poids, parce que ça n'était pas... (*Rires*). Donc, pour moi, c'est quand même une illustration que... Oui, c'est... Un moment donné, la situation m'a pesée parce que j'avais pas... Enfin, on était sorti d'HAD, avec l'accord commun, puisqu'elle avait retrouvé la déglutition à peu près correcte, etc. Donc, plus besoin d'HAD pour le moment. Mais, je me suis retrouvé avec... une sorte d'aggravation neurologique et je me sentais un peu seule avec... Voilà, pas de médecin coordonnateur dans cet EHPAD. Et donc, j'ai beaucoup aimé voir trianguler et avoir une sorte de perspective de bon... non acharnement entre guillemets, mais voilà. Que le personnel soit au courant que, bah oui, voilà, ça part d'un AVC donc, il y aura une évolution éventuelle péjorative, si elle refait un AVC, ce qui est hautement probable. Voilà.

S D'accord.

MG4 C'est une illustration assez, je trouve, intéressante.

S *Et est ce tu as eu des patients hospitalisés pour lesquels à l'hôpital on s'est posé la question de passer en soins palliatif ? Et est ce qu'on t'a prévenu à ce moment-là ?*

MG4 Oui, en général dans ces situations-là, j'ai peut-être pas tout de suite un exemple sous la main mais oui. J'ai un exemple d'un patient, il y a 2-3 ans, de pneumologie. Là, ça communique très très bien. Oui, puis récemment, si, si. Une patiente qui vient de décéder d'un cancer du poumon euh...c'était très bien, enfin je veux dire pas son histoire, mais, enfin, si, ça s'est passé vraiment, elle a eu un accident aigu, mais on a... en amont... Oui, une patiente qui était en refus de traitement, donc que j'ai pu signaler à la... pneumologue du service, comme en refus de traitement, et qui a permis à la patiente de cheminer, de progresser jusqu'à ce qu'elle accepte un traitement. Ensuite, avec une analyse, elle était seule à son domicile, impossibilité de retour dans ces conditions-là, donc oui, là, une belle triangulation, voilà, partie dans de bonnes conditions dans l'autre monde, mais voilà.

S *Comment tu abordes le sujet des directives anticipées avec tes patients, si tu l'abordes ?*

MG4 Alors, j'avoue humblement que, je pense que très souvent, je... je zappe, ou j'occulte ou... Voilà... c'est clair, on est encore très... Enfin moi, je trouve que je ne suis pas assez... J'essaie hein, surtout quand on est en train de voir avec les familles s'il n'y a pas des mesures à prendre, pour les patients seuls à domicile ça me vient plus souvent à l'esprit en fait, que si la situation est déjà un peu... codifiée ou voilà...

S *En fonction de l'environnement familial ?*

MG4 Oui, oui oui en effet.

S *As-tu déjà été invité à participer à une RCP ?*

MG4 Oui. Une participation de ma part dans la pratique.

S *C'était à quelle occasion ?*

MG4 C'était il y a plusieurs années quand même, voilà... Il n'y a une époque où on recevait systématiquement, systématiquement... Ah, là, c'était pas l'hôpital, c'était la... la polyclinique. On était systématiquement dans le... convier dans les réunions, oui. Et puis, on savait aussi qu'il y avait un jour de RCP où on pouvait... Si notre patient était...

S *Donc, c'était onco ?*

MG4 Onco... Oui, oui, oui.

S D'accord. Donc, et là t'étais contacté par mail automatique, en fait ?

MG4 Oui, je sais plus trop comment ça se faisait, on n'était pas encore très branchés sur les mails c'est quand même une période révolue hein mais c'était très interactif ! Beaucoup plus interactifs...

S *Beaucoup plus interactifs alors qu'on avait moins de moyens...*

MG4 Oui, c'est ça c'est un paradoxe.

S *Quelle était ta place dans ces réunions de RCP ? Celles auxquelles tu as participé.*

MG4 Bah, si oui, la connaissance du tissu... du tissu de vie du patient, c'est quand même ça qui était... Voilà. Et quand même aussi sur la... la perception de ce qu'était raisonnable, qui n'est pas forcément la même pour le spécialiste que pour le médecin de famille on va dire, on peut utiliser ce mot là.

S *Quelle a été l'influence de ta présence sur la suite de la prise en charge ?*

MG4 J'ai pas d'exemple récent, la je suis désolée.

S *Sur le plan personnel, quel est ton bilan concernant cette expérience et serais-tu prête à participer de nouveau à une RCP ?*

MG4 Oui, alors, quand je dis que j'avais pas d'expérience récente, c'est... disons que c'est plus... Ça serait plus justement une coordination de soins informels que sous forme RCP. Moi, j'ai quand même l'impression que RCP et coordination soins par moment, ça se confond. Ouais, j'ai encore un exemple tout récent d'une patiente âgée avec un cancer du sein et un refus de traitement. Et là où mon rôle essentiel a été quand même de la remettre dans un parcours de soins, malgré son refus, de lui dire, mais voilà, qu'elle puisse bénéficier de tous les avis, de tous... Voilà, onco, onco-gérontologie, ça c'était sur l'hôpital, en effet. Et l'issue favorable c'est que bon, elle refusait et elle était pas tellement éligible en plus, mais ça a permis de renforcer les aides à domicile. Ça a permis qu'il y ait une décision d'envoyer l'équipe mobile de géronto au domicile pour expertiser les besoins, changer la salle de bain. Et donc, là encore une fois, une patiente qui était en refus un peu de tout par colère d'avoir encore un problème de santé de plus euh... Elle est remise au centre d'un dispositif aidant pour elle et elle, elle est sortie. Là aussi, on se dirigeait, on a quand même beaucoup de situations qui menacent de se fermer sur le patient seul dans une espèce de... Ou ça nous entraîne dans une espèce de duo infernal où on est dans un huis-clos. Donc, ça ne répond pas à la question RCP.

S *Oui, c'est pas grave. Ils prennent contact avec toi hors RCP donc c'est pas grave, c'est intéressant.*

MG4 Parce que là, pour le coup, c'était, oui, on a besoin de RCP pour savoir, son cancer est-il accessible à un traitement, lequel vu son âge, vu qu'il y avait un énorme ganglion et puis là, et qu'est-ce qu'on propose ? Est-ce qu'on a quelque chose à lui proposer ? Et on fait quoi ? Et là donc y'avait une tumorectomie quand même à proposer mais refus de la patiente et actée par tous les intervenants. Et y compris moi, puisque finalement j'étais au début de la chaîne.

S *Oui, il y a eu une considération de ton avis, mais pas forcément dans la RCP. Mais on prend ton avis.*

MG4 Oui, oui.

S *Est-ce que tu as un exemple de situation dans laquelle l'absence de ta sollicitation a pu avoir une influence sur la prise en charge ?*

MG4 Oui, je n'ai pas forcément d'exemple précis, mais oui, il a pu y avoir des bugs.

S *Ça n'a pas l'air d'arriver souvent en tout cas.*

MG4 Non, non, non. C'est plus dans les problématiques qui ne relèvent pas de RCP, qui relèvent de coordinations de soins. C'est le plus vaste du terrain. Ou en effet, je laisse par exemple les coordonnées téléphoniques dans mon courrier et on ne me rappelle

pas. Et où après je me dis ben flûte quand même... Parce qu'en effet, il a pu se passer un événement indésirable... Voilà.

S Et dans quelle situation ça te semble utile d'être sollicitée par l'hôpital ?

MG4 Je dirais, si, à partir du moment où on est dans une polypathologie, une situation complexe, un cancer, je trouve qu'il faut tout le temps qu'on soit sollicitée, impliqué. Sinon je ne vois pas ce que veut dire médecin traitant.

S Merci beaucoup.

MG4 Oui, j'ai peut-être répondu un peu à côté hein...

S Non, c'est très bien !

Entretien 5 :

J Au niveau de tes interactions avec l'hôpital, est ce que tu pourrais les décrire un petit peu ?

MG5 Je pense avoir de bonnes relations, déjà en qualité, pendant des années et des années, je continue à le faire, je défends mes confrères urgentistes. Parce que l'hôpital "de la ville où j'exerce" a cette fâcheuse réputation des abrutis de "gens habitants la ville et autour de la ville" qui disent que l'hôpital de la ville c'est de la merde. Donc, surtout via, l'image de l'hôpital de la ville, c'est les urgences. Donc voilà. J'ai toujours, j'ai toujours ce besoin de me rapprocher d'eux. Il m'est arrivé en cas de conflit, ça m'est arrivé une fois aussi d'aller aux urgences même pour régler mon histoire avec l'urgentiste en direct comme ça on... Donc euh, mais globalement très bonnes relations... sur le service des urgences. Sur le service de, de médecine alors, le lien s'est un petit peu défilé avec le temps euh parce que je ne connais plus les médecins qui y sont... mais voilà il reste quelques piliers, quelques anciens et, dont j'ai le portable et ça facilite bien bien les choses quoi. Donc la notion de proximité, de connaître ses correspondants, de les avoir côtoyé, d'avoir parlé avec eux, d'avoir partagé des soirées, ça change tout et ça maintient le lien. En Pédiatrie notamment, j'ai beaucoup espéré... on devait faire un truc, avec le réseau ville-hôpital bon, je suis allée et puis... ça a fait flop. Y'a pas eu de suite. C'est bien dommage mais bon, j'hésite pas à adresser mes patients à l'hôpital et parce que je pense qu'on a beaucoup de chance de l'avoir quoi.

J Oui, et quand tu parles de soirées au cours desquelles t'as pu rencontrer les confrères hospitaliers...

MG5 Ben par exemple, ouais. Ben c'était des organisations locales. Par exemple, je pense à la pédiatrie, je me rappelle quand Dr * est arrivé, je le connaissais pas lui en tant que pédiatre et enfin je l'ai rencontré, j'étais contente de le voir. Et il avait envie lui de faire, de développer un truc avec la ville et je sais pas quoi, fin bon.. Donc ils avaient ça en projet plus d'autres et moi je trouvais ça génial. Donc j'étais partante. Donc voilà je suis allée, quand on a reçu ce lien, fin cette invitation à participer à ces soirées j'y suis allée mais y'a pas eu de suite donc voilà. Donc c'est un peu... y'a des projets qui sont lancés par des, on a l'impression des chefs de services quand ils arrivent qui sont dynamiques ils ont envie puis pouf ça s'arrête avec eux. Parce qu'eux aussi sont épuisés, eux aussi ont plein de choses à faire. Tout comme avec l'autre pédiatre après on a essayé de mettre en place, fin elle a mis en place beaucoup de choses pour développer le réseau ***. Moi j'ai essayé de mon côté de faire une formation pour faire le lien avec la maison de santé, euh la médecine de ville et la pédiatrie voilà. J'avais fait une formation sur ça. Mais c'est pareil c'est trop lourd à mettre en place et les gens s'épuisent avant d'obtenir des résultats, et ça ne tient que sur la volonté, la bonne volonté de toujours les mêmes et je comprends qu'ils soient épuisés. Là, dans le service de pédiatrie ça marche mais là où ça bug on va dire c'est le lien ville-hôpital, on n'a pas réussi à mettre ce réseau en place. C'était presque fait ! Donc voilà, pour dire ils usent tout le monde aussi à l'hôpital. Nous on est usé en ville mais l'hôpital aussi... Voilà.

J Et quand tu communique avec les spécialistes hospitaliers ton moyen de communication préférentiel ?

MG5 Téléphone ! Ouais. Je vais très très peu... Avant, l'hôpital était en plein centre-ville. C'est -à -dire j'allais à pied et je passais voir mes patients hospitalisés. C'était comme ça. J'ai travaillé je sais pas, pendant 15 ans, en passant, j'y allais 2 fois dans le mois. Je passais à l'hôpital, j'avais une heure de mon temps ben j'y passais. Parce que c'était facile d'accès. Là, maintenant, avec l'hôpital excentré, c'est un très bel hôpital mais il est loin de tout, il me faut quasiment 15 minutes pour traverser la ville, les bouchons, c'est pas grand-chose 1/4 d'heure mais 1/4 d'heure aller, 1/4 d'heure retour plus le temps sur place et ben... c'est plus possible donc t'y vas plus. Donc je ne vois plus mes patients non plus hospitalisés.

J Et donc justement, comment est-ce que t'es tenu au courant de l'évolution de tes patients qui sont hospitalisés, notamment en soins palliatifs si ça t'est arrivé mais sinon dans les autres services ?

MG5 Alors... On a maintenant le système Mailiz qui fonctionne très bien. Les compte-rendus sont fait, selon les services, y'a que le service de chirurgie qui déconne parce que les compte-rendus ils arrivent pas à les faire... Les chirurgiens sont restés des chirurgiens, fin c'est pas des as de la communication hein franchement ! Donc on reçoit les compte-rendus avec peut-être 4 à 6 mois de retard hein, c'est vraiment énorme. La chirurgie je compte pas sur eux. Donc en général, le chirurgien, quand moi j'adresse euh une chirurgie viscérale bah j'appelle, j'appelle le chir et j'appelle moi pour lui demander des nouvelles et donc, voilà, je me tiens au courant.

J Si t'es à l'initiative de l'hospitalisation tu prends...

MG5 Ah oui je rappelle, ah oui je rappelle ! Même les urgences hein, moi je rappelle toujours toujours dans le service pour savoir où il va, si je suis inquiète, voilà s'il y a un motif d'hospitalisation voilà, je me tiens informée.

J Ok.

MG5 Donc c'est moi qui le fait. Pour les services de médecine, j'ai un retour qui est automatique le jour de la sortie. Donc je sais que j'ai un compte-rendu d'hospitalisation qui arrive par Mailiz c'est génial.

J Ok. Le jour de...

MG5 Ah ouais, le jour, le lendemain... non le jour de la sortie. A la fois ils remettent aux patients et comme ils savent très bien que les patients ne nous remettent pas le compte-rendu d'hospitalisation, mais ça, ça faisait 20 ans que je vivais ça hein. Tu allais voir les patients à domicile à leur sortie d'hospitalisation et tu ne savais pas ce qu'il s'était passé. Donc ça c'était avant. Maintenant, y'a le courrier, le patient sort avec le courrier, le compte-rendu. Mais moi je l'ai en même temps reçu déjà par, par Mailiz. J'ai eu le temps de me poser sur son dossier avant d'aller le voir. Donc ça c'est génial !

J Et est-ce que, on t'a déjà appelé, au cours de l'hospitalisation d'un patient ?

MG5 Oui !

J ... Notamment en soins palliatifs ?

MG5 Alors, soins pall euh... non.

J Et pour des limitations thérapeutiques par exemple est ce qu'on t'a déjà sollicité ?

MG5 Des limitations thérapeutiques ?

J C'est-à-dire un patient en fin de vie par exemple, ou... où on se pose la question...

MG5 Du maintien ou pas ? Non, ils font d'autorité, ils font sans nous. Non, non. Les décisions sont prises, on n'est plus dans le circuit. Vraiment quand le patient est à l'hôpital il n'est plus dans mon circuit. On ne tient pas compte de ce que je dis. On ne me demande pas.

J D'accord. T'es quasiment jamais appelée euh...

MG5 Non ! Là j'ai l'exemple, tiens, d'une dame... Patiente que je suis depuis le départ, ça fait donc 24 ans bientôt. Euh... Qui est hospitalisée. Je l'envoie aux urgences d'abord parce que... Je vais à domicile. Elle avait chuté, j'y vais le lendemain de sa chute et je vois une patiente qui me raconte qu'elle était à terre. Son mari, qui s'occupe bien d'elle, elle est âgée, il s'était absenté 1h30 faire les courses. Quand il est revenu... Non c'est plus que ça il s'est absenté peut-être 3h. Quand il est revenu elle était au sol. Il a eu du mal à la relever, bref. Mais surtout elle était incapable, donc le lendemain, elle était incapable de me dire comment elle était tombée. Elle ne se rappelait pas. Donc je l'envoie à l'hôpital dans le cadre d'un bilan de chute, bilan causes et conséquences. Et elle avait un hématome en lunette qui était déjà bien marqué. Ça se passe pas bien aux urgences, elle sort avec un scanner cérébral normal, elle sort contre avis médical. Et... 3 jours après le patient, son mari, vient me voir au cabinet, il débarque comme ça en disant... Non, je suis moi passée la voir 3 jours après le samedi, bon elle était orientée, pas de soucis mais j'essaie de dire c'est dommage on n'est pas allé jusqu'au bout. Bref, mais maintenant que vous êtes là, je demande un bilan et puis... C'était samedi que j'y suis repassée, samedi après-midi, normalement je travaille pas le samedi après-midi mais bon là j'y étais allée parce que ça pouvait pas attendre le mardi. Et en fait le mercredi je crois, qui suit, le patient débarque en disant qu'elle n'allait pas, que y'avait des troubles de la conscience, pas de la conscience, elle était confuse, elle disait n'importe quoi donc je dis "là maintenant ça suffit", vu le choc, trauma crânien, je la renvoie aux urgences en disant cette fois-ci vous y restez. Et il s'avère que cette dame en fait, avait fait un AVC qu'elle a constitué progressivement, quand elle est arrivée aux urgences elle était bon... Elle a constitué son AVC pendant avec hémiplégie, voilà et c'était la cause, parce que là le scanner n'était plus normal. Moi j'avais peur qu'elle ait fait une hémorragie suite à sa chute en fait et non c'était bien un AVC ischémique au départ qui s'est constitué avec le temps et les jours qu'on a perdu... Voilà. Bon bref, donc cette dame euh... était hospitalisée dans l'hôpital de la ville depuis, depuis plusieurs jours et j'appelle pour prendre de ses nouvelles... Et c'était un jeune médecin qui me répond, et bref, il apprend, il apprend des choses sur elle que je lui communiquais, sur sa qualité de vie à domicile, sur son niveau de dépendance. Donc c'était intéressant. Et lui il m'apprend en même temps tout ce qu'ils ont fait sur le plan technique, en même temps voilà... Donc, mais si j'avais pas appelé ce joueur je pense que, que on ne m'aurait pas appelé.

J D'accord.

MG5 Voilà. Et, donc j'ai re rappelé, parce que le mari... Voilà, le mari m'appelle et il me dit "ils vont la faire sortir ils vont l'envoyer à (SSR)". Et je dis "euh....." Bon. Donc là j'ai rappelé le médecin et j'ai dit "surtout vous l'envoyez pas là-bas s'il vous plaît". "Et pourquoi ?" Fin voilà... Euh... bon en fait après j'ai appris que ce médecin-là allait travailler à * et qu'il allait bien s'en occuper. Donc voilà et... Donc je suis intervenue en fait pour anticiper le retour à domicile.

J Oui, à la, à la demande du, fin à la demande..

MG5 Du mari qui s'inquiétait... qu'elle allait être transférée. La décision avait été prise de la mettre dans un établissement de de, un SSR, et il me demandait de voir avec le médecin si c'était... la bonne idée quoi.

J Et on ne t'a pas contacté par exemple pour prendre cette décision ?

MG5 Non. Et donc là j'ai re-contacté le médecin qui, voilà, on a reparlé et bon... j'ai, finalement j'ai été d'accord avec lui sur le fait que c'était le bon placement. Mais que finalement vu que cette dame avait déjà peu d'autonomie avant... le retour à domicile c'était pas illusoire du tout même si elle avait gardé quelques séquelles de son AVC. Mais ils ne m'ont pas appelé.

J Est ce qu'on t'a déjà invité à participer à une RCP ?

MG5 Et ben ouais, ces fameuses... mais c'est de plus en plus rare en fait. Ah, une RCP ? Ça y est, pardon. C'était au tout début, au tout début que ça existait, oui. Euh... Alors, est ce qu'on m'a proposé c'est dur de me souvenir mais je sais que le lien avec l'oncologue ici, c'était déjà le Dr*. C'est vrai que l'oncologue de la ville je lui tiens souvent les pieds au chaud quand j'ai un patient, donc je suis très très présente aussi. Et donc euh... j'ai dû essayer de, d'assister au départ.

J Tu te souviens ?

MG5 Peut-être à 1, peut-être à 2 oui mais c'était tout, et c'est maintenant plus possible et on ne nous a plus jamais proposé de, d'y assister.

J Et c'était des, des RCP d'oncologie pour le coup ?

MG5 Ouais, que de l'onco.

J En soins palliatifs on ne t'a..

MG5 Jamais.

J Est ce que c'est quelque chose que tu aimerais ?

MG5 En soins pall ?

J Oui.

MG5 En soins pall c'est indispensable. En soins pall j'ai provoqué une espèce de réunion je me rappelle, j'étais à domicile et c'était Dr * et *... Et là j'ai dit écoutez on fait les choses dans, voilà, fin il faut qu'on se parle, il faut qu'on se voit parce que ça va pas, ça partait dans tous les sens et on voulait, c'est une patiente qui avait le souhait de ne pas mourir à l'hôpital, il fallait vraiment que ça soit fait à domicile. Donc euh... à 2 reprises... on a fait une première réunion, au domicile de la patiente, avec le médecin, l'infirmière, moi, la fille ou le fils je me rappelle plus, et la patiente était déjà alitée.

J D'accord.

MG5 Donc c'est une réunion qui a été assez longue euh... qui a duré plus d'une heure, plus le temps de déplacement. Et, mais qui a été, où on a lancé pas mal de choses. Et puis en fait il y a eu une urgence quelques jours après ce qui fait que tout ce qu'on avait dit n'avait servi à rien puisqu'elle a été hospitalisée au final. Mais euh... ça va tellement vite aussi dans ces moments-là. Mais c'est indispensable de, ouais, dans les soins pall je pense que c'est indispensable !

Alors qu'en onco non. On peut... parce que c'est tellement technique et c'est tellement référentiel je l'applique, je l'applique pas, c'est un peu basique hein. Je pense que notre... On n'a pas les compétences pour euh, remettre en cause une décision de RCP à partir du moment où c'est un peu basé quand même, c'est un peu de l'évidence based-médecine les RCP alors qu'en soins pall on est ouvert à tout.

J Et ta place du coup, justement lors de cette RCP qui avait eu lieu à domicile ?

MG5 Ah bah elle était très importante. Ah j'avais toute ma place justement, c'était très chouette. Mais ça avait été compliqué à mettre en place et... Fin, j'ai eu, là aussi ça dépendait, j'avais l'impression, de la bonne volonté de chacun, à vouloir se rencontrer, et pour le bien du patient. Mais ça nécessite un effort et une énergie... Voilà

J En termes d'organisation ?

MG5 En termes d'organisation oui et qui n'a pas été rentable pour le coup. Pour cette patiente-là. Puisque de toute façon y'a eu l'urgence... Mais c'est absolument indispensable. Et c'est pour ça que le soins pall, alors c'est pas que je m'y intéresse pas, parce que je pense que notre place elle y est si le patient doit rester à domicile. Mais vraiment mon point de vue aujourd'hui c'est qu'avec le confort d'un service de soins pall à côté je peux plus m'investir dans... Je, j'ai pas le niveau de compétences suffisant, ça m'imposerait de me reformer encore et encore mais bon, si demain ça doit se produire je me formerai, je m'adapterai mais c'est surtout au niveau du temps. La gestion du temps... Je peux pas me libérer sur une semi-urgence ou urgence carrément, je peux pas être disponible quand y'a besoin, oui ça se planifie mais ça se fera au détriment d'autres choses donc... Y'a plus... Moi j'ai plus d'espace personnel dans ma vie personnelle, je peux pas empiéter encore plus sur ma vie perso. Donc ça veut dire empiéter

mon travail, mon cabinet dans son quotidien pour pouvoir faire du soins pall, non j'en ai pas envie... J'ai pas l'énergie ni... Et je pense que c'est vraiment du cas par cas. Et de toute façon les soins pall que j'ai suivi c'était du cas par cas, c'était vraiment des choses très très, très particulières qui..

J Et tu t'es sentie accompagnée par les équipes, ... ?

MG5 Ah oui, soutenue bien sûr, ah oui oui oui. Seule j'aurais pas pu.

J Parce que toi tu les as démarché...

MG5 Ah oui, oui j'ai besoin d'eux. Ah seule sur le soin pall je ne fais pas !

J Et une fois qu'ils ont... qu'ils arrivent et qu'ils intègrent la prise en charge, est ce qu'ils continuent à te solliciter ?

MG5 Ah oui, ils laissent complètement la place. En fait si tu les appelles pas ils vont pas s'imposer. C'est ça qui m'a un peu déstabilisé, justement sur la dernière patiente où j'ai voulu réunir. En fait ils attendaient que moi j'agisse quoi, c'était pas... ils m'ont laissé toute la place !

J Et après en terme de communication c'était assez fluide ?

MG5 ... c'est pour ça que j'ai demandé cette réunion pour savoir qui faisait quoi exactement. C'était répartir un petit peu les tâches, programmer un rythme de surveillance parce que y'avait quand même un... pour cette dame à laquelle je pense y'avait le potassium qui était très problématique... donc jusqu'où s'arrêtent les soins pall mais quand même un moment donné fallait surveiller le iono donc faire une biologie quand t'as un soin pall c'est un peu... mais bon quand t'es pas dans la phase finale, ça pose question... Combien on en fait ? A quelle fréquence en fait ? Parce qu'un jour on l'a pas fait de 15 jours et quand on l'a fait le fils nous a appelé AFFOLÉ parce que "vous avez vu le potassium de ma mère à combien il est ?". Bon... Alors que le fils était tout à fait conscient du soin pall, et demandeur, donc c'est vrai c'est des situations où on se dit bon ils savent mais d'un autre côté y'a panique à bord parce que le potassium il est quand même à 5,8 quoi... Et on peut pas, on peut pas faire des guides-ligne sur toutes les situations et à mon sens il en faut pas quoi. Donc c'est un peu, donc on a besoin d'être soudé, de dire tous la même chose et d'avoir une attitude compétente et rassurante pour l'entourage et pour le patient. Et c'est qu'en étant en accord, sur la communication, en ayant le même discours tous les professionnels qui intervenons... En fait, le travail à plusieurs autour d'un même patient, moi je trouve que ça me crée beaucoup de difficultés. Parce qu'on ne voit pas les choses du même point de vue, parce qu'on n'a pas les mêmes, le même niveau de connaissance, parce qu'on n'a pas le même temps auprès du patient... Et c'est compliqué. Quand t'es seule à t'occuper d'un patient, à dire les choses, seul médecin ça va, déjà quand t'es plusieurs faut qu'on dise tous la même chose mais imagine en plus t'as l'HAD, t'as des soins pall, tu as des infirmières, tu as des psychologues, tu as des... des médecins... c'est hyper compliqué quoi. Plus le nombre d'intervenants est élevé... et on se noie ! et on se perd.

J Ok. Comment tu abordes les directives anticipées avec tes patients ?

MG5 Je suis nulle à ça. Je suis très nulle à ça, je n'y pense jamais... Dans ma pratique de cabinet je n'y pense jamais. Lorsque par hasard un patient vient à en parler, et là je dis "ouf merci". (*Rires communs*) Genre "moi plus tard si jamais euh voilà..." Je dis, "surtout renseignez-vous, écrivez-le". Alors, voilà, donc je leur dis, en gros je les missionne mais je m'en occupe pas, je leur donne pas de formulaire à faire, je leur dit pas où aller chercher mais je leur dis "il faut le faire, faites-le".

J Tu les encourages.

MG5 Je les encourage à le faire et je leur dis "si vous voulez j'en garde une copie" fin voilà je, mais bien sûr je les encourage à le faire. Par contre, là où j'y pense, et c'est étonnant, mais c'est dans les troubles cognitifs. Et là, j'avertie la famille. Mais, c'est parce que j'ai été confronté à des problèmes, alors je pense aux directives anticipées parce que y'a aussi le côté, l'aspect... comment dire, purement matériel de la succession de la gestion des biens qui se pose en fin de vie. Et quand une personne n'a plus sa tête et qu'elle n'a pas fait les démarches, qu'on n'a pas fait les démarches avant et notamment les successions tout ça... Moi, j'incite les familles, les enfants à, tant que la personne a encore ses facultés, à vite aller chez le notaire et à faire les démarches... Je leur explique que si un jour ils n'ont plus les capacités de décider de vendre leur maison, de vendre leurs biens par exemple, pour pouvoir payer une maison de retraite, pour pouvoir payer leur suite, leur fin de vie, je leur dis hein "Vous ne serez plus en état de dire oui je veux vendre ma maison parce que j'ai besoin de cet argent pour embaucher ou pour me placer, les enfants ne peuvent pas". Et ça m'est arrivé et ça crée des difficultés en dehors de la souffrance du patient, de la famille en fait, dans les troubles cognitifs, dans les démences, la famille est complètement larguée mais se trouve aussi dans des difficultés financières énormes s'ils n'ont pas anticipé la succession.

J Oui donc tu les encourages à anticiper...

MG5 Et à ce moment-là je leur parle effectivement des directives anticipées. Mais c'est à peu près ce seul cadre parce que je l'ai vécu dans ma profession. Peut-être que j'ai pas été assez confronté à des fins de vie où c'est difficile de prendre une décision parce qu'on n'en a jamais parlé. Ça ne m'est pas arrivé en fait.

J Oui, pour l'instant c'est pas quelque chose d'automatique dans ta...

MG5 Non, non mais j'ai pas vécu. En fait je crois qu'on se forme aussi, en tout cas moi j'ai l'habitude de me former sur le tas ou alors parce que certains sujets m'intéressent. Mais typiquement t'as vécu une situation qui t'a mise en difficulté dans ton exercice et bah ça va faire modifier ta pratique pour après. Donc ça c'est la meilleure formation.

J Oui c'est une leçon.

MG5 C'est une leçon voilà. Et le coup de la démence c'est parce que j'ai vu des, voilà, des choses terribles se passer. Mais pour les directives anticipées pour d'autres pathologies disons que... Non. Aujourd'hui les fins de vie annoncées on va dire, euh des soins pall ils vont le faire, je décharge sur eux, dans ma tête c'est pas mon rôle. Après des gens en bonne santé ou des gens... j'y pense pas du tout. J'aborde pas ça.

J Est ce que tu aurais des souhaits par rapport à la communication notamment avec les, les spécialistes hospitaliers ?

MG5 ...

J Ou est ce qu'aujourd'hui tu n'es pas plus embêtée que ça...

MG5 Non je ne le suis pas, ils ont tellement... Un spécialiste, on va dire un chef de service ou quelqu'un qui est investi dans son service, qu'il soit chef ou pas, il va faire l'effort. Et nous, le lien va se faire d'office, parce qu'il va être là, parce qu'on va l'appeler pour tel patient, on va avoir un lien. Le problème c'est ce qu'il se passe à l'hôpital avec les chefs de service qui valent très souvent, qui ne tiennent pas la route, ces vacataires qui viennent qui ne s'investissent pas et je peux pas, je les blâme pas non plus, attention je suis pas dans le jugement de ces gens là mais de ce fait, avec ce personnel qui tourne on sait jamais à qui on va avoir à faire comme médecin. Donc j'ai pas envie de m'y intéresser... Donc j'ai pas, en ne créant pas de lien, en ne connaissant pas la personne, je ne crée pas de lien avec le service non plus. C'est vrai que le service moi je l'identifie à son chef, au médecin qui... et j'aurais envie d'avoir une communication directement avec ce médecin-là. Tu vois, par exemple, le dernier en date c'est le spécialiste* qui s'est installé dans la ville, il est venu se présenter au cabinet. Mais ça c'est une démarche, alors je parle déjà comme une vieille, mais qu'on faisait nous de façon systématique, d'aller se présenter... Quand je me suis installée j'ai fait un pot d'installation, alors c'était payé par un laboratoire, mais c'était pas un problème à l'époque, c'est pas pour autant que je suis une vendue des laboratoires, mais ça fait rien, mais j'ai invité tous les confrères de la ville pour leur dire "Je suis généraliste dans la ville". Et j'ai eu ce moyen financier grâce à, financé par un labo, j'aurai peut-être pas pu le faire tout de suite mais bon... Mais cette volonté de se présenter quand on arrive, aux autres confrères, je crois que ça fait partie des valeurs du médecin, qui sont

pas... entretenues, fin qui deviennent des exceptions en fait aujourd'hui. Si un médecin a envie de s'installer dans une ville, dans une région, il va se préoccuper de se faire connaître auprès des gens, des autres personnes auprès desquelles il va travailler, de ses confrères. Mais aujourd'hui la médecine est faite d'une telle façon que plus personne n'est sûre de rien, et même ceux qui prennent des postes à l'hôpital ne sont pas convaincus qu'ils vont y rester forcément longtemps. Donc ils rentrent pas dans cette démarche d'aller se présenter... Voilà. Et nous on apprend par défaut, ou une communication de l'hôpital qui nous dit ah ben voilà à partir de telle date on va avoir un... neuro, on va avoir... Mais ils font pas eux l'effort, ces nouveaux arrivants quelque soit l'âge qu'ils ont, de se présenter à nous la ville. A part, je te dis le dernier là. Et... Voilà. Ça permet un échange, un premier contact qui est hyper important et tu sais si ça va être un correspondant ou pas ou si... Donc... Qu'est-ce que je pourrais demander ? ... Moi je peux pas leur en demander plus que ce qu'ils font déjà à l'hôpital donc voilà. Juste, ouais, maintenir le lien... Alors, de temps en temps maintenant on a des internes qui nous appellent. C'est la tâche de l'interne d'avoir, de récupérer des éléments du dossier médical.

J Quand ils t'appellent, les informations en général ?

MG5 Purement technique, purement biomédical on va dire. Voilà. C'est rarement pour me demander dans quel cadre de vie... C'est rarissime, c'est rarissime de toute façon qu'on m'appelle. Et c'est toujours l'interne qui appelle, comme si c'était une basse tâche que d'aller prendre de l'information à la ville. Tu vois, y'a quand même, euh...

J Une espèce de hiérarchisation ?

MG5 Ouais, en fait de priorité et on n'est pas une priorité pour eux. Voilà. Je, je crois qu'il faut être honnête mais moi je continue quand même le combat qu'on travaille ensemble. Et c'est pour ça que si eux viennent pas à moi, je vais à eux de temps en temps. Mais c'est vrai, alors y'a aussi quelque chose qui a changé dans nos relations c'est que maintenant il est absolument honteux, banni, de, d'avoir des liens avec des laboratoires. Mais les laboratoires, je suis désolée, ils faisaient le lien entre nous. Grâce à des soirées de formation organisées par un laboratoire on rencontrait des hospitaliers. On faisait, on faisait une soirée, et ça permettait les contacts, les liens. Aujourd'hui c'est interdit. Mais putain ils ont rien compris quoi. Quand à l'hôpital y'a une soirée, je suis désolée, c'est toujours à des heures où NOUS... parce que les heures, maintenant... Quand on faisait ces soirées, on va dire privées, financées par un laboratoire ok. C'était des soirées autour d'un repas, autour d'un apéritif, après des horaires de cabinet. Donc la ville était disponible, les hospitaliers se rendaient disponibles, avaient un intérêt de communiquer sur un sujet, une formation réellement, et de se faire connaître aussi, et de voir les correspondants. Maintenant les quelques rares moments qui sont prévus par l'hôpital, je suis désolée mais moi quand c'est à 17 heures je suis en plein cabinet. Je ne peux pas y aller. Donc... Voilà. Et les soirées qui sont faites parfois le soir un peu plus, alors euh, on a quelques bouteilles d'eau quand même mais le côté convivial il n'y est plus. On va à l'hôpital dans une salle de conférence, dans une salle de cours et on attend de nous un cours fin... Bon y'a quand même une prise de contact mais voilà... c'est beaucoup plus formel, beaucoup moins convivial que ce que c'était. Donc ça c'est une grosse perte. On perd beaucoup de choses en ne recevant plus les laboratoires et en détruisant la visite médicale, en tirant à boulet rouge sur les laboratoires. Moi je suis quelqu'un qui... Fin, ils permettaient ce lien.

J Ok.

MG5 De diaboliser les laboratoires et la visite médicale et en plus, c'est vraiment infantilisant pour nous comme si on était... Bien sûr qu'on est influencé par la visite médicale, mais ça c'est évidemment et pourquoi ne pas l'assumer ouvertement ? A partir du moment où tu as un labo une semaine qui vient, la semaine d'après t'as le labo concurrent qui va te parler du même produit, et ben tu fais un peu des deux. Mais en attendant c'est une évolution, un maintien d'information aussi qui est facile pour nous parce que toujours aller chercher l'information c'est compliqué. Mais les laboratoires faisaient ça aussi. Donc voilà, et ce lien ville-hôpital ben ça on l'a perdu... On l'a perdu parce que y'a beaucoup de médecins qui veulent plus du tout signer avec un labo, fin mettre un nom à côté d'un labo comme maintenant tout est répertorié à l'ordre c'est comme si tu étais fichée S quoi ! (*Rires communs*). Ben ouais mais zut ! Je ne suis pas délinquante quand je vais, quand j'accepte un repas avec un labo, et pourtant peut-être qu'on pourrait me le reprocher un jour. Donc merde. Et je pense que ça doit peser aussi pour les spécialistes parce que eux aussi sont fichés, et puis tous les jeunes spécialistes qui sortent eux c'est "ah non pas de labo", on les a éduqué comme ça. Donc c'est sûr c'est pas le médecin spécialiste qui va nous inviter à boire un pot, ou à un resto ou alors chacun paie sa part mais ça se fait... Donc il ne se passe rien. Super. Fin voilà on perd beaucoup de choses.

J Merci beaucoup

Entretien 6 :

S Est-ce que tu pourrais nous décrire les liens ou les interactions que tu as avec l'hôpital, n'importe lequel, en général ?

MG6 Euh... Pas énormément. Alors, il y a une époque... (*Rires*) quand j'étais interne... Enfin, non, même après. Longtemps j'ai, avant d'envoyer quelqu'un aux urgences par exemple, j'appelais le service des urgences pour les prévenir des... parce que c'est mes restes d'interne. (*Rires*). Je l'ai longtemps fait, jusqu'à récemment, parce que ça devient impossible de les joindre. Euh, ça devient impossible. On a vite... Enfin, on perd vite énormément de temps. Alors, ça m'arrive, ça m'arrive de les appeler... Alors les urgences j'appelle maintenant rarement, sauf quand j'ai un doute sur le fait qu'ils vont pouvoir l'accueillir ou pas l'accueillir donc là j'appelle, je prévient. J'appelle quand je préfère qu'ils ne passent pas par les urgences, quand j'essaie d'avoir un rendez-vous direct, l'urologue, je sais pas quoi. Donc dans ce cas-là j'appelle. Voilà, en général je tombe sur les secrétaires ou pas. On passe le médecin, mais les relations quand même très limitées. Très très limitées. Bon y'a un problème qui est de plus en plus fréquent, c'est qu'on n'a pas accès... fin, on passe des heures à attendre qu'on décroche. Donc, petit à petit, on arrive à récupérer... des adresses mails donc ça marche en fonction des services plus ou moins bien. On sait les services où ça marche, ça marche pas. Les services qu'on arrive... où on sait qu'ils vont décrocher donc on continue à appeler. Y'a d'autres j'essaie plus, parce que... Enfin je perds un temps !

S Hum... Je vérifie que ça enregistre bien. (*Rires*) Alors, donc, quand tu communique avec, quand tu arrives à avoir les médecins hospitaliers, c'est par quel moyen de communication ? à quelle fréquence ? Quel spécialiste ? est-ce que c'est pour des avis pour des patients ou est-ce que c'est dans le cadre de formation continue euh ? Quels sont les liens que tu as avec les médecins hospitaliers ?

MG6 Euh... Les médecins hospitaliers. Donc, en général, c'est par téléphone plus que par mail. Il y a quelques rares... ouais, où je peux envoyer un mail quand je n'arrive pas à les joindre. Enfin, ouais, quelques rares, je pensais par exemple à un... J'arrivais pas à le joindre par téléphone, parce que je voulais avoir son accord pour changer un traitement. J'ai eu la secrétaire assez facilement. Et... elle m'a donné son mail et il m'a répondu donc ça c'est bien. Voilà. Ça, ouais.

S C'est surtout pour des avis que tu appelles les spécialistes ou pour demander des hospitalisations... ?

MG6 L'un ou l'autre je dirais. Ouais, l'un ou l'autre. Euh ouais...

S Et souvent pour avoir un avis, t'as une réponse, fin si tu tombes sur la secrétaire ou si tu envoies un mail t'as une réponse dans un délai... ?

MG6 Oui, il y a des... Il y en a ils ne répondront pas. Après, soit j'arrive à les avoir au téléphone, donc ça, c'est super on arrive à communiquer. Soit euh... par mail. En général, c'est correct, je dirai dans les 24h j'ai une réponse quoi.

S Et est-ce que tu as d'autres liens en dehors de demander des avis pour des patients, par exemple, de formations... ?

MG6 Non, parce que les formations que je fais, je fais en général hors cadre hospitalier, donc pas, pas tellement. Non.

S Comment es-tu tenue au courant de l'évolution d'un patient hospitalisé ?

MG6 En cours de l'hospitalisation ? Je ne suis pas tenue au courant, non. (Rires)

S En particulier pour les patients en prise en charge palliative, est ce que des fois tu es mise au courant ?

MG6 Non.

S Donc t'apprends a posteriori l'hospitalisation d'un patient ? Comment tu apprends...

MG6 Dans le meilleur des cas, parce que la famille me tient au courant. (Rires). Euh... en général, c'est a posteriori parce que quand je reçois le compte rendu... Euh, alors maintenant, je crois que c'est l'hôpital... Oui, c'est l'hôpital de ***, il nous envoie maintenant un courrier pour nous dire que le patient est hospitalisé, a été pris en charge. A l'hôpital hein pas forcément en palliatif. Ca c'est l'hôpital de *** qui fait ça mais voilà, après... Après j'ai pas de nouvelles.

S C'est mieux ? C'est quelque chose qui est bien... de recevoir une notification comme quoi il est hospitalisé ?

MG6 Euh, alors. Je dis ça, mais euh je sais pas si c'est à chaque fois parce que j'en n'ai pas eu tant que ça. Ça dépend des services... Et quand je l'ai reçu, j'étais au courant, donc ça m'a pas frappé. En fait, ça m'a un peu même, un peu agacée parce que c'était vraiment un truc très, très administratif. Et que moi ce qui m'intéressait c'était plus effectivement... Là, c'était purement, il a été pris en charge. Enfin on ne savait pas quoi ni qu'est-ce ni rien. Et j'avais trouvé... Bon, qu'ils avaient certainement mis ça en place pour créer du lien, mais j'avais l'impression que c'était un peu du temps perdu pour... Enfin, du temps perdu. Parce que, ben, on savait, on savait rien quoi. J'ai trouvé que c'était pas, pas... Pas très utile quoi.

S D'accord. Alors, pourrais-tu me raconter la dernière fois que l'hôpital a pris contact avec toi pour un patient hospitalisé ? Et si possible, plus hospitalisé en soins palliatifs, mais du coup... Soit hospitalisé en général, et en soins palliatifs, est ce que l'hôpital a pris contact avec toi ? Dernièrement, ou pas dernièrement ? La dernière fois qu'il a pris contact avec toi...

MG6 La dernière fois... Euh... mais ça remonte... c'était pour un patient de ma collègue d'ailleurs. C'est moi qui était là donc j'ai pu répondre. Ça remonte, hein. Ou, oui, c'est ça, en fait, en général, c'est les internes qui appellent, parce que euh... il y a un truc qu'ils comprennent pas sur euh... ils leur manquent une info sur l'ordonnance, sur le euh, un examen qui a été fait ou pas fait, etc. En général, c'est plus ça. Ça reste rare, hein.

S Ça reste rare et ça reste centré médical. C'est pas pour des infos sur euh, sur la vie du patient, l'environnement, la famille ?

MG6 Oui, oui, oui, oui. Non, je réfléchis. Je voudrais pas répondre non quand même s'ils l'ont fait...

S Non, c'est pas une question de savoir si ils l'ont fait ou pas fait hein.

MG6 Ouais... euh, je pense euh, ça arrive euh... Ouais, c'est plus sur le côté médical.

S Et dans le cadre d'un patient en limitation thérapeutique, on ne t'a jamais prévenu qu'on passait en soins palliatifs ou qu'on... Comment, comment ils te préviennent ?

MG6 Ben, c'est par courrier en général hein. Ouais.

S Donc après.

MG6 Ouais, après. Parce que là, par exemple, j'ai un patient qui passe en soins palliatifs euh. Enfin, qu'on aimerait bien faire passer en soins palliatifs parce que là pour l'instant il peut pas trop, mais... fin bon c'est en train de se faire. Moi, ça a été... Alors, oui, ça, ça, c'était un truc. Il est pris en charge avec l'HAD, l'hospitalisation à domicile. Là, pour le coup, l'HAD nous tient au courant. Je sais pas si vous, on compte ça comme hôpital ou pas.

S Oui, oui, ça compte, enfin. Oui, c'est des informations importantes.

MG6 Alors, ça, effectivement, il y a des bons liens avec l'HAD qui nous tient au courant régulièrement. C'est pas le médecin de l'hôpital qui m'a tenu au courant, donc je l'ai vu après par le compte-rendu mais l'HAD nous, m'appelle régulièrement, mais voilà, je l'ai revu... c'est bon, il souhaiterait...

S C'était un patient hospitalisé qui est sorti à domicile avec l'HAD ?

MG6 Ouais.

S C'est toi qui l'as hospitalisé ou c'est un patient qui est passé par les urgences ?

MG6 Non, alors, ça dure depuis longtemps. C'est un patient qui a été opéré d'un cancer du poumon. Il a des... Suite à ça il a un pansement très lourd, qui est resté très lourd pendant... Enfin ça fait maintenant plus d'un an que c'est le cas. Il a été passé en HAD pour le... Pour le... Pour le pansement, pour le... Pour la prise en charge du pansement. Donc, ça c'est fait par, par l'hôpital... Il est toujours suivi par la cancérologue. Là, il va passer en soin palliatif. La cancérologue l'a, l'a notifié. Moi en parlant au patient, j'avais pas l'impression qu'il était au courant donc c'est moi qui appelé la cancérologue pour savoir effectivement ce qu'il avait été dit, etc. Quel avait été le discours tenu puis l'HAD m'a rappelé en me disant que le patient voulait pas en entendre parler. C'est bon, à priori, il est d'accord pour, pour passer en soins palliatifs, être hospitalisé dans une structure un peu plus adaptée. Voilà. Mais effectivement, le médecin hospitalier ne m'a jamais appelé par contre quand je l'ai appelé elle était très, très réceptive et le dialogue se fait bien dans ce cas-là.

S Le dialogue se fait bien si c'est toi qui l'initie.

MG6 Ben j'ai l'impression que oui à chaque fois c'est quand même... Oui. Voilà. Quand j'essaie d'appeler, si j'arrive à les joindre, le dialogue se fait bien. Mais j'ai pas trop l'impression... fin j'ai pas trop le souvenir de... fin c'est rare qu'ils appellent quoi.

S D'accord. Et tu n'as jamais été conviée à une RCP ?

MG6 Non.

S De soins palliatifs ou d'oncologie euh...

MG6 Non.

S Et jamais avant une RCP c'est arrivé qu'un médecin t'appelle pour discuter ? "Il va y avoir une RCP, j'aimerais discuter avec vous de ce point-là".

MG6 Non.

S Est-ce que... Ah oui. Comment tu abordes, si tu l'abordes, le sujet des directives anticipées avec tes patients ?

MG6 Hum... c'est vrai que je ne pense pas l'aborder trop. (Rires). Hum... Je l'ai abordé récemment, c'était avec qui ? ... Alors c'est vrai que c'est plus eux qui l'initient que moi. C'est vrai. Oui, ouais j'y pense pas trop moi. Mouais. Ça m'est arrivé par... de parler de la personne de confiance, ça oui. Mais... c'est vrai que ce n'est pas un sujet que j'aborde très facilement. Oui, pour être... (Rires).

S La personne de confiance c'était en vue d'une hospitalisation que tu en parlais ? Ou...

MG6 Au vu de l'âge, au vu de l'âge. L'âge, un petit peu la détérioration, etc.

S Donc, du coup tu n'as jamais été soliste à une RCP. Est-ce qu'il y a une situation dans laquelle l'absence de ta sollicitation a pu avoir une influence sur la prise en charge ?

MG6 ... J'ai pas l'impression. En général ils travaillent bien quand même, enfin ils sont bien rodés, ils sont bien... Donc... Non, en fait. Enfin, j'ai le souvenir d'un patient, ça date un petit peu, par exemple, parce que j'ai beaucoup regretté. Enfin, c'est plus les patients qui sortent sans qu'on soit tenu au courant, et... Avec parfois des trucs qui sont... des soins qui peuvent être lourds. Et Des choses qui n'ont pas été mises en place, pas anticipées, et ils nous ont pas appelés pour vérifier que ça avait été fait, etc. Et

je me souviens d'un patient, enfin... qui était en... Ouais qui était... on était en limite soins palliatifs, en fin de vie etc. Qui s'est retrouvé à domicile un vendredi chez lui sans qu'on soit tenu au courant, avec aucune prise en charge et qui n'était pas capable de se lever de son lit. Donc, ça effectivement, c'est quand même des choses qui... Effectivement, qui arrive... qui arrive...

S Pour des situations complexes, de décrocher le téléphone pour te prévenir d'un retour à domicile ?

MG6 Ben oui, au moins du retour à domicile, enfin, je comprends qu'ils aient pas le temps de nous tenir au courant de tous les détails, mais au moins qu'on puisse anticiper le retour à domicile, et... Ouais, ça l'HAD peut le faire éventuellement, mais l'hôpital lui-même le fait rarement.

S Et du coup, ça t'arrive d'appeler l'HAD ? Une fois que le patient est sorti de l'hôpital et qu'en fait, il y a des choses qui doivent être mises en place à domicile, c'est toi qui contactes l'HAD ?

MG6 Pour une HAD qui existait déjà ou qui est...

S Non, à mettre en place.

MG6 Oui, ça peut m'être arrivé, effectivement, de mettre en place une HAD. Ça on le fait souvent en lien avec les infirmières, quand elles se sentent un peu... un peu dépassées, puis ça relève plus de leur... Ça se fait souvent en lien avec les infirmières. C'est trop lourd, c'est trop long, etc. Donc, on le fait en lien avec l'infirmière.

S Donc, dans quelles situations ça te semble utile d'être sollicitée ou impliquée ?

MG6 Alors, beaucoup les sorties pour pouvoir anticiper la sortie, pour... Voilà, pour... Ça, c'est sûr. Euh... Voilà, après effectivement, quand il y a un passage en soins palliatifs c'est indispensable qu'on soit tenu au courant. Là, le patient pour lequel j'ai appelé euh... il avait l'air de tomber des nus, je savais pas très bien comment me positionner, il était au courant, pas au courant, elle lui avait dit, mais qu'est-ce qu'il avait compris ? Enfin voilà. Ça c'est effectivement, ça paraît indispensable. Après une fois qu'ils sont à l'hôpital c'est vrai que je fais confiance à l'hôpital, il gère bien... Enfin en général, non, enfin, tout, oui, voilà. Donc ça, je fais confiance et effectivement ils ont pas beaucoup de temps, je le comprends... puis quand ils nous appellent nous on est éventuellement au milieu des consults, donc c'est pas non plus hyper simple à gérer, mais bon, voilà. Ça, ça me paraît moins indispensable mais en tout cas d'anticiper la sortie c'est indispensable ça c'est un... On s'assure que tout soit en place, parce que...

S Le réseau départemental de soins palliatifs tu le contactes souvent pour des prises en charges euh, palliatives au domicile ?

MG6 Souvent, pas tant que ça, ça m'est arrivé... ça m'arrive... ça a pu m'arriver plusieurs fois. Voilà, après, souvent, j'ai eu l'impression de faire un peu tard, parce qu'ils ont quand même une mise en route qui a un petit peu longue, donc parfois... Pough, c'est... Voilà, mais ça m'est arrivé plusieurs fois ouais.

S Merci beaucoup.

Entretien 7 :

S Est-ce que tu peux décrire les liens et les interactions que tu as avec l'hôpital ?

MG7 Alors, il y a deux hôpitaux : il y a quand même la clinique et l'hôpital. Avec l'hôpital, c'est plutôt bien. On est surtout sur le thème des soins palliatifs c'est ça ? Fin de la fin de vie ?

S En général.

MG7 En général... Les liens sont plutôt bons hein, ils sont plutôt joignables. Ça dépend des personnes et ça dépend des services. C'est... y a pas de généralité.

S Est-ce que ça dépend des connaissances que t'as ?

MG7 Non, parce qu'avec l'hôpital de X* il y a un annuaire, et ça, c'est quand même vachement bien. Il y a des services qui jouent le jeu avec l'annuaire et d'autres non.

S Donc ton moyen de communication avec les médecins hospitaliers, c'est...

MG7 Messagerie électronique ou téléphone.

S Ok. A quelle fréquence à peu près tu dois interagir avec les médecins hospitaliers ? Tu dirais...

MG7 Oh, une à deux fois par semaine.

S C'est pour des avis, des hospitalisations... ?

MG7 Ouais c'est pour des hospitalisations ou des prises en charge particulière ouais.

S Alors, comment es-tu tenu au courant de l'évolution d'un patient hospitalisé, pour prise en charge palliative ?

MG7 Alors il y a, pour prise en charge palliative... souvent on est tenu au courant à posteriori, avec un courrier. Et ça arrive, qu'on nous appelle pendant euh pour organiser la sortie. Et si il meurt en hospice, on est au courant avec un courrier.

S Dans quel délai ?

MG7 Oh ça va assez vite, mais 7 / 8 jours après ouais. En courrier, c'est un mail hein. Tout est par mail.

S Ok. Est-ce que tu pourrais me raconter la dernière fois que l'hôpital a pris contact avec toi pour un patient en soins palliatifs ?

MG7 Ah... Si, en fait j'ai le téléphone assez facile donc souvent c'est moi qui les appelle. Mais quand ils m'appellent... c'est soit pour nous... la dernière fois... J'ai deux histoires. J'en avais un, c'était un patient qui arrivait en bout de course en termes de thérapies actives, donc en termes de chimios sur un cancer du poumon. Et donc l'oncologue nous a appelé pour mettre en place, voilà, nous notifiant qu'ils allaient mettre en place les soins palliatifs. Donc là-dessus on rebondit, et c'est comme ça qu'on l'a mis en place ensemble. Et sinon, y'a le patient en soins palliatifs déjà actés, qui lui va en unité de soins palliatifs, et ça arrive que le médecin nous appelle pour avoir un visuel un peu plus poussé de ce qui se passe au domicile et des conditions de retour.

S D'accord donc, pour avoir des infos sur l'environnement du patient et pour un éventuel retour au domicile ?

MG7 Voilà, c'est ça. Ou pour des fois des décisions médicales qui sont complexes à prendre ou euh... mais c'est assez rare. Ça dépend vraiment des médecins. Souvent, t'es pas joint.

S T'es pas joint. Donc dans le cas d'un patient en limitations thérapeutiques, là tu as donné un exemple où on a appelé pour te dire "on va passer en soins palliatifs".

MG7 Oui, c'est ça.

S Comment abordes-tu le sujet des directives anticipées avec tes patients ?

MG7 Euh, ben en fait, il n'y a pas d'abord typiques, ça dépend de chaque patient. Y'a des patients chez qui on les aborde jamais. Alors qu'ils sont en soins palliatifs et que même y'a l'USP qui est mise en place, y'a un réseau. Et en fait personne n'arrive à leur parler de directives anticipées parce que pour eux, c'est pas concevable. Donc c'est des gens qui meurent avec... on va donc discuter... oralement de ce qu'ils souhaitent mais en fait, on n'arrive pas à les faire écrire parce qu'ils n'y arrivent pas et que pour eux, c'est trop compliqué. Pas parce qu'ils ne savent pas écrire, mais parce qu'ils ne sont pas psychologiquement prêts et que généralement le moment où ils arrivent à... à éditer des conduites c'est à la toute fin et on a passé le stade de l'écriture. Et dans ce cas-là, on fait intervenir les personnes de confiance, les proches et tout pour que tout le monde soit au courant quand même de ce que dit le patient. Donc ça c'est des cas. Et après, il y a des gens qui... nous écrivent des directives anticipées ou nous on n'a même pas besoin de porter le sujet. Ils viennent et on scanne les directives anticipées, on en parle, les gens en bonne santé, qui des fois sont traumatisés par le décès d'un proche ou autre. Où on a des gens qui voilà, qui ont des cancers avec des

espérances de vie diminuées et qui, on arrive à leur instaurer voilà... on arrive au cours de dialogues à parler de façon libre des directives anticipées donc on les rédige.

S *Donc dans ces cas-là, tu les rédiges avec eux ou... s'ils te le demandent ?*

MG7 Oui souvent, alors ça dépend des patients. Y'en a qui sont capables de le rédiger tout seul et moi... Ce qu'on aime bien du coup c'est qu'ils le rédigent et qu'ils en parlent à leur proche et autres. Donc souvent que ce soit à la maison et qu'après ils reviennent et que là on les aide à, à finaliser et à rédiger correctement. Mais euh... mais sinon oui, ça arrive que y'en ait qui demande à les rédiger tout de suite, ils viennent que pour ça. Dans ce cas-là on le fait avec eux, mais ça dépend vraiment de chacun.

S *Ok. Est-ce que tu as déjà participé à une RCP ? En tant que médecin traitant.*

MG7 Hospitalière non.

S *Et au domicile ?*

MG7 Euh oui, ouais ouais.

S *C'était dans le cas de... ?*

MG7 Euh... En post Covid là, on avait un monsieur qui a 97 ans, qui a eu un Covid retour à domicile sous oxygène, qui avait, qui a une maladie d'Alzheimer très évoluée, qui est au fond d'un lit. Et... donc on a fait venir l'équipe mobile de gériatrie euh, pour statuer sur le caractère incurable en fait de sa pathologie et donc l'inclure dans un processus palliatif. C'était sur demande des aidants. La RCP elle a été faite à ma demande.

S *A ta demande, d'accord.*

MG7 Parce que les aidants justement, voulaient plus qu'on l'envoie à l'hôpital et qu'il reste à la maison et qu'il meurt à la maison. Donc, mais comme y'avait pas eu de RCP de faite, histoire que tout soit carré, on a réuni tous les enfants et on l'a fait avec le médecin de l'équipe mobile.

S *D'accord. Est-ce que t'as une situation que tu pourrais nous raconter dans laquelle l'absence de ta sollicitation a pu avoir une influence sur la prise en charge hospitalière ?*

MG7 C'est délicat parce que... C'est délicat parce que j'en, souvent on n'a pas de retour. C'est dans le cadre où le fait que j'ai pas été sollicité ça a généré une complication, c'est ça ?

S *Par exemple...*

MG7 Ben, on le voit, mais après souvent on est au courant de ce qu'on fait, plutôt que de ce qu'on ne fait pas. En fait... quand on appelle l'urologue pour un patient de 95 ans qui a un cancer de la prostate et qui est l'aidant principal de sa femme qui est démente. En fait, ça génère une prise en charge du cancer qui est différente que si il n'avait pas été aidant et que sa femme n'était pas démente. Donc, on sait que ça, cette intervention-là a généré une prise en charge qui est, voilà, qui est plus de l'ordre du suivi ou de l'hormonothérapie que d'une éventuelle chirurgie. Ce qui aurait été le cas sinon.

Et on a une dame qui a une SLA là, elle elle a fait une, une cholécystite. Donc, elle avait une douleur de l'hypocondre droit, elle avait des transas au plafond, elle avait 300 de CRP. Et donc il avait été demandé de lui faire une écho abdo et ça on l'a retiré. On l'a fait enlever donc on a, on lui a évité un transport parce qu'en fait, il y avait déjà eu dans son dossier, un scan qui datait de y'a 6 ou 7 ans qui voyait une vésicule complètement lithiasique. Donc, en fait, le diagnostic était clinique et on l'a soigné à la maison. Et si on n'avait pas été là, oui, elle aurait été transportée pour une écho abdo qu'on aurait déjà eu par le passé avec un diagnostic qui était déjà posé. Donc ça fait de la souffrance à la patiente.

S *Et dans quelle situation cela te semble utile d'être sollicité ou impliqué ?*

MG7 Dans les soins palliatifs ? Ben je pense qu'à chaque fois qu'il y a un... fin... Je pense qu'à chaque fois qu'il y a un truc ouais.

S *A chaque... pour chaque cas de soins palliatifs ?*

MG7 Ouais, ouais. Fin si on est vraiment suivi, après c'est toujours pareil y a des collègues qui les suivent pas. Mais si on les suit, si on suit nos patients régulièrement, je pense que dès que l'hôpital est appelé ou le SAMU, ce serait bien qu'on soit... comme fait le réseau* hein, c'est-à-dire qu'on soit au minimum informé le lendemain ou au mieux, si c'est sur des heures ouvrables, ben contactés, ouais. **S** *Ok. Merci.*

MG7 C'était tout ? Ah, je m'attendais à ce que ça dure beaucoup. (*Rires communs*).

MG7 Tu veux que je te raconte des trucs en plus parce que c'est pas très long...

S *Ben si tu as en tête des patients de soins palliatifs, des histoires, de comment tu as ressenti le lien avec l'hôpital, ça m'intéresse.*

MG7 Oui, bah nous, nous on a des fois des liens avec l'hôpital, qui sont, mais c'est vraiment des liens singuliers avec les oncologues et des gastro. Nous on a des gastroentérologues ou des oncologues qui refusent de prononcer les mots soins palliatifs, parce qu'ils pensent que ça fait perdre espoirs aux patients. Donc c'est... ça va à l'encontre en fait de tout ce que, de toute la théorie sur les soins palliatifs précoces, et sur, ben pour le bien-être du patient et je... Ça peut se défendre dans certains cas, mais en fait, quand on voit que c'est reproduit régulièrement par ces personnes-là, c'est compliqué. Et donc, c'est des gens qui nous joignent pas trop et c'est vrai que moi j'ai plus tendance à prendre le devant des problèmes, à appeler moi-même. Mais c'est sûr que si on n'appelle pas, on sait que... Il ne se passera pas grand-chose.

S *Est-ce que ça t'est arrivé d'avoir des patients hospitalisés et que toi tu appelles pour prendre des nouvelles ou c'est toujours l'hôpital qui t'appelle pour avoir des infos ?*

MG7 Oui. Alors l'hôpital de ** fait un truc pas mal, c'est qu'ils t'envoient déjà un mail donc sur **, automatique dès qu'un patient à toi est hospitalisé. Donc, déjà, tu sais qu'il est hospitalisé. Et à ce moment-là, souvent, moi, j'appelle, ou pour avoir des nouvelles ou autres. Et après, le... mais c'est déjà arrivé qu'il y ait des gens hospitalisés qui sont sortis avec une HAD à domicile et moi j'ai été au courant un mois après parce que j'ai reçu un courrier. Donc, c'est des... non, la communication, c'est pas le... Mais je trouve que déjà d'avoir mis un annuaire où nous on puisse appeler c'est déjà bien. De juste faire un mail, notifiant que le patient est hospitalisé c'est déjà bien. Si... Voilà, il y a des mieux, il y a quand même des mieux. Le numérique, ça a beaucoup, ça a amélioré les choses.

S *Ok, donc, la communication est plus facile... Et pour les directives anticipées, pour toi, c'est le rôle du médecin traitant, c'est le rôle de l'hôpital, c'est... ?*

MG7 C'est probablement un rôle multiple. En fait, il y a une temporalité d'un... de recueil de directives anticipées. C'est un peu... on a l'impression que c'est chaque personne à un moment de... voilà, une fenêtre pour pouvoir les donner et, et ou en tout cas, juste en parler. Mais oui, c'est un rôle partagé je pense que... Il y a des maisons de santé ou y'a des infirmières, y'a des IPAS qui vont recueillir des directives anticipées. Donc, il y a vraiment un rôle partagé et je trouve ça très bien qu'on les... que nous on les recueille, mais après si quelqu'un d'autre les recueille euh... nous, on a fait changer des directives anticipées hospitalières... Parce que, en fait, la patiente nous disait, l'inverse de ce qui avait été noté, parce qu'elle datait d'il y'a un an. Donc, il y a eu une réécriture des directives anticipées, donc c'est pas un truc qui est unique. C'est un truc qui se réécrit. Et en fait, on se rend compte que bah... y'a... ça appartient à personne.

S *Ok. Bon, merci beaucoup.*

MG7 Avec plaisir.

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

RESUME

Introduction : D'après le Code de la Santé Publique, le médecin hospitalier doit associer le médecin traitant « dans toute la mesure du possible » aux décisions médicales essentielles. Dans le contexte de la fin de vie, la limitation et l'arrêt des traitements (LAT) nécessitent des discussions collégiales qui font appel à un médecin consultant. Ce dernier pourrait être le médecin traitant du fait de sa place de chef d'orchestre du parcours de soins.

Objectif : Identifier les freins et les leviers de l'implication du médecin traitant dans les prises de décisions de LAT en milieu hospitalier.

Méthode : Etude qualitative avec une approche inspirée de la théorisation ancrée. Entretiens semi-dirigés réalisés entre Mars 2023 et Janvier 2024, auprès de sept médecins hospitaliers et sept médecins généralistes du bassin Manosquin et du pays d'Aix.

Résultats : Les médecins hospitaliers rencontrent des difficultés à échanger avec les médecins traitants qui détiennent des informations pertinentes du fait de l'unicité de leur relation avec le patient. Pour poser une LAT ils s'appuient sur les équipes de soins palliatifs. Les médecins généralistes souhaitent rester au centre du parcours de soins de leurs patients en fin de vie.

Discussion : Les équipes de soins palliatifs sont un soutien et un intermédiaire essentiel dans la communication ville-hôpital dans le contexte de la fin de vie. Impliquer le médecin traitant dans la prise de décision de LAT semble intéressant pour inscrire la prise en charge dans une démarche de soins centrée sur le patient. Les médecins hospitaliers et généralistes pourraient faire partie d'une même équipe pour assurer la continuité des soins. La pérennité de cette relation demande un investissement partagé et une reconnaissance du rôle de chacun.

Conclusion : La communication ville-hôpital dans la fin de vie est essentielle pour l'implication du médecin traitant dans la prise de décision de LAT. Les médecins hospitaliers interrogés sont favorables à sa participation, physique ou virtuelle, à ces prises de décisions. Il pourrait être intéressant d'étudier la mise en place d'une invitation systématique du médecin traitant à une RCP de LAT : son développement, sa faisabilité et ses avantages.

Mots-clés : Médecine générale - Médecins hospitaliers - Communication - Limitation et arrêt des traitements - Continuité des soins