



HAL
open science

Dans une situation palliative, comment accompagner en tant que médecin généraliste, le refus d'un traitement que l'on n'a pas proposé soi-même ?

Sylvie Tironneau

► To cite this version:

Sylvie Tironneau. Dans une situation palliative, comment accompagner en tant que médecin généraliste, le refus d'un traitement que l'on n'a pas proposé soi-même ?. Médecine humaine et pathologie. 2024. dumas-04761645

HAL Id: dumas-04761645

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04761645v1>

Submitted on 31 Oct 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.

Faculté de médecine

« Dans une situation palliative, comment accompagner en tant que médecin généraliste, le refus d'un traitement que l'on n'a pas proposé soi-même ? »

Par Sylvie TIRONNEAU

Médecin généraliste

Mémoire pour le DU "Soins Palliatifs et Accompagnement"

Année universitaire : 2023-2024

Responsables d'enseignement :

- Docteur Laure Serresse
- Docteur Laure Copel
- Docteur Georges Czapiuk
- Mme Christelle Gelgon
- Mme Valérie Foubert
- Mme Virginie Gandrille
- Mme Marie Line Gomis
- Mme Golriz Behzadi

Table des matières

1. Introduction.....	3
2. Récit.....	4
3. Problèmes posés par cette situation.....	8
3.1 La situation du patient vis à vis de sa pathologie.....	8
3.2 Une annonce qui n'a pas eu lieu.....	9
3.3 Le positionnement de la spécialiste.....	9
4. Problèmes que me posent cette situation.....	9
4.1 Mes réticences à établir une relation thérapeutique avec M.B.....	9
4.2 L'impossible communication avec la spécialiste et ses conséquences pratiques.....	10
4.3 Légitimité à remettre en cause le plan de soins proposé par la néphrologue ?.....	11
5. La problématique.....	11
5.1 Le refus de traitement :.....	12
5.1.1 Aspects législatifs du refus de traitement :.....	12
5.1.2 Et sur le plan éthique ?.....	12
5.2 La légitimité du généraliste:.....	14
5.2.1 L'empathie.....	14
5.2.2 Le refus de traitement en médecine générale:.....	15
5.3 Par quels moyens accompagner le patient dans son choix ?.....	16
5.3.1 Les directives anticipées comme outil juridique?.....	16
5.3.2 Quelles prises en charge palliatives en néphrologie?.....	17
5.3.3 Place et moyens du médecin généraliste dans les soins palliatifs précoces:.....	19
6. Conclusion :.....	20
7. Bibliographie.....	22

1. Introduction

Médecin généraliste, je travaille depuis une vingtaine d'années en milieu rural. Tout d'abord comme remplaçante, souvent dans des cabinets de collègues exerçant seuls. J'ai été dès le début de cette activité confrontée à des praticiens en situation d'épuisement professionnel. Pas ou peu de cabinets de groupe, pas ou peu de travail en concertation. J'ai fait le choix de continuer à travailler sur ce territoire défavorisé en termes d'accès aux soins ; l'exercice rural est divers médicalement et riche humainement.

Assez rétive devant les expériences de mes confrères, je suis restée remplaçante de longues années. Des patients de plus en plus nombreux me pistent dans les différents cabinets de ce territoire que j'arpente. C'est en les accompagnant, telle une voyageuse immobile, dans leur parcours de soin et de vie que je me sens réellement médecin.

La démographie médicale en chute libre incite les soignants à mutualiser enfin leurs efforts. Après avoir « posé ma plaque », je m'investis dans un projet de petite Maison de Santé Pluri professionnelle (MSP), seule solution pour une collègue pour ne pas jeter l'éponge. Après deux ans d'efforts, d'échanges entre soignants, avec les élus, cette ascension s'arrête à deux pas du sommet. Je constate, sans doute un peu naïvement, que la solidarité et le pragmatisme ne suffisent pas toujours à convaincre les égos.

Dans le département d'à côté, à quelques kilomètres, un petit village a créé de toutes pièces un Centre De Santé municipal (CDS) qui propose des postes de médecins salariés. La mairie porteuse du projet accueille tous les profils. J'y trouve une solution pour ne pas laisser mes patients, un soutien administratif et logistique, une équipe... je l'espère. Nous sommes 7 praticiens très différents : pour certains, le partage d'un outil informatique et des dossiers médicaux, le souhait de transmissions, sont vécus comme intrusifs. La peur de manquer de médecins a conduit à un recrutement hétérogène qui s'avère contre-productif. Là encore, espoir déçu. Je me recentre sur mon activité médicale, soulagée de pouvoir m'appuyer sur un secrétariat et une coordination administrative de bonne volonté.

Dans ce contexte fragile, l'année 2020 est chaotique : entre départs, arrêts maladie et suspension disciplinaire, une semaine après le début du premier confinement, nous ne sommes plus que trois.

Mes collègues sont démotivés par la salle d'attente vide... Le COVID ? « *De toute façon, ça passe tout seul ou c'est le boulot de l'hôpital* ».

Partager des informations fiables et les recommandations qui émergent, nous coordonner pour suivre à distance les patients malades à risque de décompensation, nous organiser pour le suivi des patients lourds, des nourrissons ? Je me heurte à un refus. L'autonomie et la liberté de prescription posées en valeurs suprêmes font barrage aux notions élémentaires de santé publique et à l'indispensable coopération que la crise en cours rend nécessaires.

C'est dans ce contexte assez surréaliste que je fais la connaissance de M B, 85 ans.

2. Récit

Il est 12h30, après une matinée de consultations et de suivis par téléphone qui touche à sa fin, le secrétariat m'appelle pour une visite urgente : une patiente du CDS que je ne connais pas est paniquée car son mari de 85 ans est « *inconscient* », elle a peur qu'il ait fait un accident vasculaire cérébral.

Ils habitent dans un hameau à 6 kilomètres, le SAMU est à 30 minutes de route et surchargé de travail. Je n'ai pas terminé mes consultations et je demande si mon collègue qui vient de revenir de visites est disponible. Il est reparti déjeuner en oubliant son téléphone... Ce n'est pas la première fois qu'il n'est pas joignable durant une journée de travail. Excédée, je quitte le centre de santé après avoir expliqué aux 2 patients qui attendent encore que j'ai une urgence. Comme souvent lors de ce printemps pas comme les autres, le soleil et la beauté de la végétation en fleurs me sautent aux yeux, mais pas d'apaisement cette fois-ci, la colère prend trop de place.

En arrivant devant le petit pavillon, je vois Mme B venir à ma rencontre en criant : elle semble inquiète, mais surtout en colère elle aussi : « *Ah docteur, il ne me répond plus depuis une demi-heure, j'espère qu'il n'a pas fait un AVC ! Il fait n'importe quoi avec son traitement et il refuse de m'écouter... je n'en peux plus, alors je le laisse faire comme il veut, mais là, je suis inquiète, il n'a jamais été comme ça !* »

Je découvre M B stuporeux et désorienté, ne comprenant pas bien ce que je fais là, légèrement en sueurs. En consultant l'ordonnance et en tentant de démêler le discours de sa femme, j'apprends qu'il est diabétique insulino-requérant, hypertendu de longue date et suivi en néphrologie à

l'hôpital de secteur. La glycémie capillaire confirme une hypoglycémie. Une fois re sucré, M B reprend peu à peu ses esprits et ne se souvient pas de ce qui vient de lui arriver. J'évoque sa maladie et les précautions élémentaires liées à l'insulinothérapie. Je comprends peu à peu qu'il ne fait pas le lien entre son alimentation et la prise du traitement et que la notion d'adaptation de dose lui est étrangère.

M B ne voyant pas l'utilité de ma venue, la consultation se déroule dans un climat tendu où je jongle entre les échanges acerbes de ce couple : Mme B continue à exprimer son épuisement et sa rancœur envers son mari qui ne l'écoute pas, son quotidien où elle se sent emprisonnée. M B bien que trop faible pour argumenter, répond sur un ton assez autoritaire et somme sa femme de se taire.

Je me sens passablement excédée par la situation et finis par me montrer assez directive pour réaliser un examen clinique. J'explique à M B qu'il se met en danger en gérant son traitement de cette façon et qu'il a sans doute besoin d'une aide extérieure pour stabiliser ses glycémies. Il refuse tout d'abord et je dois agiter le spectre d'une hospitalisation, la nécessité de réaliser un bilan sanguin pour éliminer d'autres causes au malaise actuel, la peur exprimée par sa femme, pour qu'il accepte. Nous mettons en place le passage biquotidien d'une infirmière libérale pour gérer l'insulinothérapie dans un premier temps puis évaluer le degré d'autonomie possible de M B vis à vis de son traitement. Ancien ingénieur, il accepte mal cette intrusion, se sent dépossédé.

Je repars en espérant ne pas les revoir, après avoir conseillé de re consulter le médecin du centre qui les suit habituellement. Dans les semaines qui suivent, les infirmières (que j'avais alertées sur la visible souffrance de ce couple et les possibles difficultés relationnelles) arrivent à trouver leur place dans le quotidien de M et Mme B. Il accepte de leur laisser la gestion de l'insuline, les glycémies se normalisent assez vite et du coup, l'humeur de M B est moins labile.

Suivi régulièrement à l'hôpital du secteur en diabétologie et en néphrologie M B n'a jamais vraiment investi une relation avec un « médecin traitant ». Juste après le premier confinement, Je le vois revenir en consultation pour un renouvellement de traitement. Les plannings de rendez-vous à l'hôpital sont surchargés et il va « être en panne ». Je suis d'emblée sur la défensive : ma charge de travail ne cesse d'augmenter, le premier contact avec M B a été compliqué et chronophage . Je mets instinctivement une distance un peu froide lors de cette consultation, ne me projette pas sur un suivi. M B reste très factuel, directif dans ses demandes. Il reconnaît se sentir mieux depuis que les glycémies capillaires sont plus stables mais trouve qu'il a trop de

médicaments, reste renfrogné. Je me garde bien d'explorer son humeur ou sa relation à la maladie.

Lors de la consultation suivante, 2 mois plus tard, il vient de revoir sa néphrologue et me montre des convocations qu'elle lui a données : Echo-doppler des membres supérieurs, consultation d'anesthésie. Il ne comprend pas en quoi consistent ces examens, ni pourquoi elle lui demande de les réaliser avant la prochaine consultation. Devant mon étonnement, il m'explique ne pas réussir à poser de question à sa néphrologue et « *ne comprend pas très bien pourquoi il doit aller la voir d'ailleurs.* ». M B est pour la première fois dans une posture de demande d'aide.

Je lui demande ce qu'il sait de ses problèmes rénaux : Il me dit que cela fait longtemps qu'on lui dit que ses reins ne fonctionnent pas bien, que c'est à cause du diabète, mais qu'il ne comprend pas ce qu'il peut y faire, que pour l'instant ça va, il se sent juste fatigué. Avançant pas à pas, je tente d'expliquer à M B comment se crée et évolue une insuffisance rénale, quelles sont les solutions techniques disponibles quand la fonction rénale devient insuffisante pour répondre aux besoins de l'organisme. Je tente de lui expliquer ce qu'est techniquement une fistule artérioveineuse et que c'est pour pouvoir envisager une dialyse quand sa fonction rénale sera trop altérée que la spécialiste lui propose d'envisager cette intervention.

Le mot « dialyse » le fait sursauter... Il n'avait pas du tout compris qu'il en était question, me dit ne pas vouloir « *se lancer là-dedans* ». Il doit revoir la néphrologue dans 2 semaines : je l'encourage à lui poser des questions et à lui exprimer ses doutes ; après tout c'est elle le médecin référent pour cette prise en charge et je ne connais que peu M B. J'ai confiance dans ce service, avec lequel j'ai déjà travaillé : j'imagine que ces questionnements ne sont pas rares et que l'équipe sait les recevoir, peut-être a-t-elle mis en place une démarche d'annonce et d'accompagnement pour cette échéance majeure pour leurs patients ?

M B revient assez vite après avoir vu la spécialiste et m'explique que la consultation ne s'est pas bien passée : elle était en colère qu'il n'ait pas fait les examens, lui a expliqué qu'ensuite il serait trop tard et qu'elle ne pourrait plus rien faire. Il n'a pas su quoi lui répondre.

Pour la seconde fois, la carapace de M B se fissure : au bord des larmes, il n'est plus que l'ombre de l'ancien cadre supérieur qui tentait de garder le contrôle au travers d'une mauvaise humeur autoritaire. Sa fragilité me touche, je réalise qu'il a sans doute peu de lieux où exprimer ses émotions, sa femme et lui sont assez isolés. Je sens revenir le dilemme qui me traverse depuis

déjà plusieurs mois : « gérer » au plus serré les temps de consultation, en rester au motif de consultation initial, ne pas entendre, ne pas voir plus loin ; ou bien accepter l'imprévu et ses conséquences, m'impliquer, me laisser toucher et petit à petit m'épuiser.

Nous passons un long moment à discuter des modalités pratiques d'une dialyse, de son caractère non douloureux mais de la fréquence des séances, de la fatigue. Il me dit être déjà las de sa situation actuelle : les infirmières tous les jours, les injections d'insuline, sa fatigue permanente, son incapacité à se débrouiller seul et les disputes quotidiennes avec sa femme ; « *Alors s'il faut aller en plus à l'hôpital 2 ou 3 fois par semaine... c'est non* ».

Je lui propose d'appeler sa néphrologue, en dehors de la consultation, pour pouvoir échanger avec elle. J'imagine que la personnalité rugueuse de M B a rendu leur dialogue difficile, masqué cette fragilité qu'il laisse seulement entrevoir. La dégradation de la situation à l'hôpital a sans doute impacté la capacité d'écoute de cette soignante.

L'échange téléphonique avec la néphrologue s'avère houleux : Après lui avoir exposé la discussion que j'ai eue avec M B, elle se met en colère « *Comment ça ? Mais ce n'est pas possible enfin, il ne se rend pas compte ! Et sa famille, vous y avez pensé ?? Vous les connaissez seulement ? Parce qu'après ils changent d'avis, c'est trop tard pour mettre en place une fistule et la famille porte plainte ! Moi je ne veux pas de problèmes !* ».

Je reste médusée...Il n'y a pas d'espace pour un échange, même entre médecins. Puis la colère prend le dessus, je comprends mieux le désarroi de M B face à cette collègue : Il est éteint, dans une relation asymétrique où sa parole ne trouve pas de place.

Si l'expression de la volonté d'un patient m'a toujours paru évidente et nécessaire, je n'ai jamais pris le temps de me documenter à ce propos sur le plan éthique et juridique. Je me suis contentée d'aider quelques patients à remplir des directives anticipées, souvent à leur demande. La réaction vindicative de ma collègue me déstabilise, je ne trouve pas d'espace pour en discuter avec les autres généralistes du Centre De Santé qui me disent de ne pas *m'impliquer* : « *on n'a pas le temps dans une consultation, ce n'est pas notre boulot.* », « *C'est la responsabilité de la spécialiste, protège-toi.* »

Mme B a entre-temps consulté elle aussi pour un syndrome dépressif. Alors qu'elle me raconte son histoire, je décrypte mieux les tensions qui se sont exacerbées avec le vieillissement et la

maladie de son mari : mère célibataire, elle est la secrétaire de M B à la fin des années 70. Ils ont une liaison et il lui propose de l'épouser au bout de quelques mois. Elle exprime avoir fait un choix « pragmatique » pour assurer l'avenir de sa fille. Même après la naissance d'un second enfant, elle garde des regrets. Les relations sont distantes avec leurs filles, M B n'a jamais été très sociable et ils se retrouvent très isolés en pleine campagne.

Dans les mois qui suivent, je revois M B à plusieurs reprises. Au fil des discussions, il réitère son refus de la dialyse, pose des questions plus précises sur l'évolution de sa maladie sans dialyse, les symptômes lors des dernières semaines. Je lui propose de remplir des directives anticipées, ce que nous ferons en présence de sa femme. Consciente de l'humeur dépressive de chacun d'entre eux, je leur conseille de consulter un psychothérapeute, séparément ou ensemble, ce qu'ils refusent.

Je lui remets également un courrier à l'attention de la néphrologue, dans lequel je m'attache à argumenter le choix de M B, le caractère réitéré de sa demande, les informations que j'ai essayé de lui donner sur les conséquences de chaque option qui s'offre à lui. J'espère ainsi contribuer à faire entendre les doutes d'un homme de 85 ans qui s'estime au bout de son chemin et refuse des soins plus intrusifs que ceux qu'il reçoit déjà.

Quelques mois plus tard, je me vois contrainte d'arrêter mon activité. Parmi mes regrets, celui de ne pas pouvoir accompagner M B. Je prends conscience des besoins d'accompagnement palliatif de ces patients vieillissants, qui passent sous les radars hospitaliers. Isolée professionnellement, je me sens démunie dans un contexte de soins qui se dégrade globalement.

3. Problèmes posés par cette situation

3.1 La situation du patient vis à vis de sa pathologie

Un patient âgé, porteur d'une pathologie chronique en situation palliative refuse un traitement proposé par le spécialiste référent. Ce refus met en jeu son pronostic vital à moyen terme mais le patient a une méconnaissance importante de sa maladie et des évolutions possibles de celle-ci.

3.2 Une annonce qui n'a pas eu lieu

L'annonce de la spécialiste n'a pas permis au patient de comprendre les enjeux de la situation. La relation entre la néphrologue et M B telle qu'il la décrit, ne laisse pas de place au dialogue. M B est lui-même fragile psychologiquement, il a mis en place de longue date des mécanismes de défense : déni partiel de la gravité de ses symptômes, attitude autoritaire qui vise à garder une forme de contrôle sur son entourage et donc sur son quotidien. (1)

3.3 Le positionnement de la spécialiste

Le refus de la dialyse n'est pas entendu par la néphrologue, qui semble se réfugier derrière un mécanisme de rationalisation importante dans ses échanges. Sa réaction sur la défensive, teintée d'agressivité lors de notre échange téléphonique, laisse entrevoir des symptômes évocateurs de « burn out »(2)

4. Problèmes que me posent cette situation

4.1 Mes réticences à établir une relation thérapeutique avec M.B

Ma première rencontre avec M B a lieu dans un contexte chaotique : cette visite en urgence que je n'aurais pas dû faire, chez un patient confus voire opposant, dans un contexte familial conflictuel. Je ne trouverai que peu d'éléments dans son dossier médical au centre de santé, pas de possibilité d'échanger avec le collègue qui le suivait jusqu'alors par manque de temps. Cette situation cristallise à elle seule les difficultés que je rencontre durant cette période.

Prendre en compte un patient comme M B dans sa globalité, avec une charge de travail et un nombre de sollicitations grandissants, s'apparente à une injonction contradictoire en soi. Je n'identifie pas encore à ce moment ce qu'Éric FIAT définit comme une « Consommation progressive de l'intériorité »(3) d'autres comme « une fatigue d'empathie »(4)

C'est lors de la troisième consultation que se noue réellement une alliance thérapeutique : Nous sommes alors dans un processus d'annonce au cours duquel M B prend conscience de sa situation médicale et des enjeux existentiels qui s'imposent à lui. Il exprime ses émotions sans fard, il me touche. L'absurdité de sa situation percute mes valeurs professionnelles et me redonne un peu d'énergie pour l'accompagner. Le « sujet médecin » et le « sujet patient »(1) tels que Martine

RUSZNIEWSKI les définit se rencontrent enfin, l'annonce est effective et un temps d'accompagnement peut s'envisager.

4.2 L'impossible communication avec la spécialiste et ses conséquences pratiques

Les difficultés de communications déjà évoquées entre M B et sa néphrologue entraînent un glissement de tâches puisque pendant plusieurs consultations, je me retrouve dans une dynamique d'annonce, sans avoir d'éléments médicaux autres que les prescriptions d'exams complémentaires et les résultats biologiques.

Il n'est pas rare de se retrouver dans cette situation en médecine générale : Malgré les outils actuels, la communication entre professionnels ne va pas de soi et l'on tente souvent de décrypter une prise en charge d'après une ordonnance, quelques résultats et le récit d'une hospitalisation ou d'une consultation. Il n'y a pas d'autre possibilité alors que d'essayer de se centrer sur le patient, ce qu'il a compris, ses craintes, ses représentations et de lui ré-expliciter les éléments en notre possession en prenant bien garde de ne pas entraver le projet de soins qui aura pu, tel qu'on l'imagine, être proposé par un confrère.

L'échange téléphonique avec la spécialiste me déstabilise et me conforte dans l'idée qu'aucun dialogue n'est possible. Elle me semble sur la défensive en évoquant de possibles poursuites.

Pourtant, les seules données que j'ai pu trouver lors de mes recherches sur les motifs de dépôts de plaintes contre les néphrologues en France, concernent des patients déjà sous Dialyse (5).

Les quelques échanges avec mes collègues à propos de cette situation sont tout aussi déroutants pour moi. Leur première préoccupation porte sur la responsabilité de chaque médecin et la confraternité : je dois me protéger dans une telle situation. Comme si le dossier médical de M B pouvait être cloisonné en plusieurs « territoires » que les médecins se partagent selon leur spécialité.

Le Code de déontologie(6) précise que « *chaque médecin, est responsable de ses prescriptions et de ses actes* » (art 4127-69), qu'il « *est en principe habilité à pratiquer tous les actes de diagnostic, de prévention et de traitement sans dépasser ses compétences et ses moyens* »(art 4127-70) et que « *lorsque plusieurs médecins collaborent à l'examen ou au traitement d'un malade, ils doivent se tenir mutuellement informés ; chacun des praticiens assume ses*

responsabilités personnelles et veille à l'information du malade »(art 4127-64). Ces concepts me semblent évidents mais difficiles à articuler à l'épreuve du réel.

4.3 Légitimité à remettre en cause le plan de soins proposé par la néphrologue ?

La difficile communication de Mr B avec la spécialiste et le fait qu'il me sollicite pour comprendre les prescriptions créent un transfert de tâches entre spécialiste et généraliste dans un processus d'annonce qui se déroule sur plusieurs consultations.

Mes échanges avec la néphrologue me laissent entrevoir que nos conceptions de cette relation de soin sont très différentes. J'ai l'impression qu'elle applique un arbre décisionnel à un dossier médical, un « objet-patient » (1), quand ma connaissance du contexte de vie de M B m'aide à l'appréhender dans sa subjectivité à ce moment de son parcours. Son insuffisance rénale est très avancée et le choix thérapeutique qui se présente lui fait prendre conscience qu'il est dans une situation palliative.

Est-ce que je dépasse mon champ de compétences en voulant aider M B à faire entendre son choix auprès de cette consœur ?

Quels sont les outils réglementaires, légaux, humains pour accompagner le patient dans cette démarche et plus largement dans son parcours de soins ?

5. La problématique

Ma réflexion porte sur la légitimité et les moyens qu'a le généraliste pour prendre une place à part entière dans ce processus décisionnel, à propos un traitement qui ne relève pas de ses compétences, mais pour un patient avec qui il a établi une relation de soin. Quelles sont les ressources qu'il peut mobiliser pour faciliter l'accompagnement d'une telle situation palliative ?

« Dans une situation palliative, comment accompagner en tant que médecin généraliste, le refus d'un traitement que l'on n'a pas proposé soi-même ? »

5.1 Le refus de traitement :

5.1.1 Aspects législatifs du refus de traitement :

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (dite loi « Kouchner »), pose pour la première fois le droit pour un patient de refuser ou d'interrompre un traitement « le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix. Si la volonté de la personne de refuser ou d'interrompre un traitement met sa vie en danger, le médecin doit tout mettre en œuvre pour la convaincre d'accepter les soins indispensables. » (7)

En 2005, la loi Léonetti initie la notion d'obstination déraisonnable, que le patient peut invoquer pour refuser un traitement, même si cela met en jeu son pronostic vital. (8) Elle crée le concept des directives anticipées.

En 2016, la loi Clayes-Léonetti crée « l'obligation pour le médecin de respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix et de leur gravité. Si, par sa volonté de refuser ou d'interrompre un traitement, la personne met sa vie en danger, elle doit réitérer sa décision dans un délai raisonnable. » (9) Les directives anticipées n'ont plus de délai de péremption mais peuvent être révoquées à n'importe quel moment par le patient et surtout, elles s'imposent aux équipes soignantes. La loi prévoit également que le médecin poursuive le suivi du malade après un refus de traitement et notamment son accompagnement palliatif.

Les évolutions de la loi ont tendu progressivement vers une reconnaissance croissante de l'autonomie des patients et de leur capacité à décider par eux-mêmes entre les différents choix thérapeutiques qui leurs sont proposés.

Dans la situation de M B, la réaction de sa néphrologue est donc en décalage avec la loi Clayes-Léonetti.

5.1.2 Et sur le plan éthique ?

En 2005, le Conseil Consultatif National d'Éthique (CCNE) a publié l'avis N°87 « Refus de traitement et autonomie de la personne. » (10)

Il confirme le caractère essentiel de la question de l'autonomie dans les textes de lois de 2002 et 2005. Cette autonomie a plusieurs facettes :

- **Une autonomie d'action** : Qui rend compte de la capacité d'un individu à se déplacer librement.
- **Une autonomie de pensée** : Inspirée de la conception qu'en a Kant, c'est la capacité « à se servir par soi-même de son entendement ». Dans le contexte qui nous intéresse, elle recouvre la capacité d'une personne à comprendre des informations en lien avec sa santé et à mener un raisonnement quant aux choix qu'elles définissent.
- **Une autonomie de volonté** :
 - Entendue comme souveraineté individuelle : « Il incombe au médecin de s'assurer que le patient ne décide pas sous l'emprise de la contrainte psychologique exercée par un tiers. »(10)
 - Ou entendue comme une autolimitation : la capacité pour une personne à dépasser ses émotions pour décider de manière rationnelle.

Pour le médecin, reconnaître l'autonomie d'un patient face à une proposition de traitement, c'est admettre que l'obstination déraisonnable peut-être évaluée aussi bien selon des critères médicaux, scientifiques, qui visent à définir un rapport bénéfice/risque, que selon les critères subjectifs du patient qui peut juger déraisonnable l'impact de ce traitement sur son quotidien, sa réalité, ses priorités. « Le refus d'un traitement vital ne doit pas toujours être entendu comme une volonté de mourir, mais comme celle de retrouver une apparence de liberté vis à vis de la médecine. » (10)

Selon l'article 36 du code de déontologie médicale (6), "Le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille, une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose. Tout au long de la maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension.". Le consentement à un traitement tout comme le refus se doivent d'être "éclairés"; la qualité des informations présentées tout comme la qualité de la communication mise en oeuvre sont primordiales.

La relation médecin/patient est par essence asymétrique, entre celui qui détient le savoir et celui qui est vulnérable.

Dans cette relation, la subjectivité des deux protagonistes joue un rôle : pour le patient, une attente de reconnaissance de son autonomie à décider pour lui-même, pour le médecin, la

reconnaissance de ses compétences qui s'exprime dans la qualité des prises en charge qu'il propose. Ces enjeux, s'ils restent inconscients, peuvent entraver une compréhension mutuelle nécessaire au respect du choix du patient.

5.2 La légitimité du généraliste:

Le CCNE décrit l'intervention d'un médiateur comme parfois nécessaire dans une discussion entre médecin et patient autour d'un choix thérapeutique. Le généraliste peut se positionner en tant que médiateur pour un traitement dont il n'est pas à l'initiative, mais cela peut être plus complexe pour des soins très techniques qu'il ne maîtrise pas (comme ici en néphrologie, mais aussi en hématologie ou cancérologie).

5.2.1 L'empathie

L'empathie est identifiée par la Haute Autorité de Santé (HAS), comme une compétence indispensable aux médecins et elle fait maintenant partie du référentiel de formation des médecins généralistes (10).

Inventée à la fin du XIXe siècle par le philosophe allemand Robert Kirscher comme « Einfühlung », « ressenti de l'intérieur », cette notion est utilisée dans le champ médical par le psychologue Carl Rogers dans les années 1950 : « être empathique consiste à percevoir avec justesse le cadre de référence interne de son interlocuteur ainsi que les raisonnements et émotions qui en résultent... C'est-à-dire capter la souffrance ou le plaisir tels qu'ils sont vécus par l'interlocuteur, en percevoir les causes de la même façon que lui » (12)

Bien que puisant dans la personnalité, l'expérience professionnelle et personnelle du soignant(4), il n'est pas question ici que de compétences innées individuelles et de conditions de travail favorables (13) . Les différents aspects de l'empathie dans le soin sont aujourd'hui décrits comme « une fonction psychique complexe mobilisant affects pour accueillir la détresse d'autrui, cognition pour déterminer ses désirs, conation pour mettre en œuvre les actions thérapeutiques et relationnelles utiles et efficaces éthiquement centrées sur le patient » (4)

Une revue de la littérature met en évidence la place et les impacts de l'empathie en médecine générale (11). Des éléments ont été identifiés comme autant d'obstacles à l'expression de l'empathie:

- Le temps de consultation contraint
- Le stress, les sollicitations téléphoniques
- Les injonctions contradictoires
- Le peu de temps disponible pour une activité réflexive (analyses de pratiques, groupes de paroles)
- Le peu de temps disponible pour sa vie personnelle

A contrario, la formation, le temps consacré à la préparation des soins, le travail en équipe sont identifiés comme nécessaires à l'expression empathique. Des scores élevés d'empathie affective et cognitive se révèlent protecteurs contre l'épuisement professionnel.

La communication empathique du médecin ressentie par le patient améliore des indicateurs de santé objectifs tels que l'adhésion à un traitement, le nombre d'hospitalisations, l'anxiété, le niveau de pression artérielle chez les hypertendus, les taux d'hémoglobine glyquée ou de cholestérol.

5.2.2 Le refus de traitement en médecine générale:

Une étude qualitative (14) a interrogé 14 médecins généralistes pour comprendre quelle est leur analyse et leur gestion des refus des traitements qu'ils proposent à leurs patients âgés : Pour des raisons générationnelles, la majorité de ces praticiens n'a pas reçu de sensibilisation à l'empathie lors de sa formation initiale.

Ils mettent en évidence que la compréhension de la cause du refus est un préalable à toute discussion.

Ils identifient les causes suivantes comme les plus fréquentes :

- Un défaut d'information, la faiblesse de la relation médecin/ patient
- Les différences de représentations entre un projet de soins pour le médecin et un projet de vie pour le patient
- la difficulté à accepter une perte d'autonomie, ce traitement étant vécu comme "celui de trop".
- L'impact d'un syndrome dépressif ou de troubles cognitifs

Le fait d'être convaincu que la décision est éclairée c'est à dire pour eux que le patient a bien compris les enjeux de sa décision, les aide à accepter ce choix et à adapter leur positionnement dans la relation de soins.

Ces médecins se définissent pour la plupart comme des accompagnateurs de leurs patients tout au long d'un parcours. Bien que n'ayant pas eu de formation spécifique, on discerne l'empathie à l'oeuvre dans les interactions avec les patients. L'empathie peut aussi être envisagée comme un processus dynamique dans le temps, évoluant tout au long d'une relation de soins (11)

5.3 Par quels moyens accompagner le patient dans son choix ?

5.3.1 Les directives anticipées comme outil juridique?

Les directives anticipées apparues avec la loi Léonetti de 2005 ont été modifiées en 2016 pour leur donner un rôle contraignant vis à vis de l'équipe soignante et formaliser leur rédaction (14)

L'article L.1111-11 du Code de la Santé Publique qui en découle est ainsi rédigé:

“Toute personne majeure et capable peut rédiger ses directives anticipées pour le cas où elle serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté. Ces directives anticipées expriment la volonté de la personne relative à sa fin de vie en ce qui concerne les conditions du refus, de la limitation ou l'arrêt des traitements et actes médicaux.”

Elles sont révisables et révocables à tout moment. Elles sont rédigées selon un modèle dont le contenu est fixé par décret en conseil d'état pris après l'avis de la Haute Autorité de Santé. Ce modèle prévoit la situation de la personne selon qu'elle se sait ou non atteinte d'une affection grave au moment où elle rédige de telles directives.

Elles s'imposent au médecin pour toute décision d'investigation, d'intervention ou de traitement, sauf en cas d'urgence vitale pendant le temps nécessaire à une évaluation complète de la situation. Si les directives anticipées apparaissent manifestement inappropriées à la situation du patient, le médecin pour se délier de l'obligation de les respecter, doit consulter au moins un autre confrère et motiver sa décision qui est inscrite dans le dossier médical.

On voit ici que l'objet des directives anticipées est de relayer les volontés d'un patient quand il n'est plus en mesure de les exprimer lui-même. Sont-elles utilisables dans une situation palliative,

sans risque vital à court terme, pour rendre opposable le choix exprimé par un patient vis à vis d'un médecin qui ne l'entend pas?

En ce qui concerne M B, je pense avoir en partie détourné un outil de sa fonction initiale.

Mais l'utilité des directives anticipées se révèle plus vaste: "Elles ne sont pas une fin en elles-mêmes mais un moyen pour soutenir la capacité d'autodétermination de la personne"; plus largement, elles participent au travail psychique du patient dans l'élaboration d'un rapport à la mort. Elles servent d'appui pour le médecin dans sa réflexion face à des situations complexes, en posant un cadre juridique. Elles participent également à l'évolution d'une représentation collective d'un rapport à la mort, à l'échelle d'une société. (15)

La faible proportion de Français qui utilise cet outil (2,5% des personnes décédées en 2016, contre 30% aux Etats-Unis et 47% au Canada) laisse à penser que de nombreux freins existent encore à aborder ce sujet chez les médecins et les patients.

5.3.2 Quelles prises en charge palliatives en néphrologie?

Dans son avis N°87, le CCNE affirme que tout refus de traitement amène à une obligation d'accompagnement (10). Le droit à bénéficier d'un accompagnement palliatif après un refus de traitement figure dans la loi Léonetti en 2005.

La Société Française d'Accompagnement de soins Palliatifs (SFAP) définit les soins palliatifs et l'accompagnement ainsi (16) :

"Les soins palliatifs sont des soins actifs délivrés dans une approche globale de la personne atteinte d'une maladie grave, évolutive ou terminale. L'objectif des soins palliatifs est de soulager les douleurs physiques et les autres symptômes, mais aussi de prendre en compte la souffrance psychique, sociale et spirituelle."

Depuis bientôt 15 ans des études ont mis en évidence l'intérêt pour le patient d'un accompagnement palliatif précoce (Advance Care Planning) en oncologie (17): Proposés dès l'annonce d'une maladie de très mauvais pronostic ou lorsque la perspective d'une guérison disparaît, ils améliorent la qualité de vie des patients, limitent l'invasivité des soins durant les dernières semaines de vie et dans certaines études augmentent l'espérance de vie.

Pour mieux appréhender les possibilités de prises en charge pour un patient comme M B, je me suis interrogée sur l'existence de tels programmes en néphrologie et sur leurs résultats comparés à la dialyse:

Des travaux récents (18) (19) montrent que si la dialyse apporte une plus longue espérance de vie que les soins palliatifs mais cet avantage disparaît chez les patients de plus de 80 ans et/ou porteurs de plusieurs comorbidités, notamment cardio-vasculaires.

Une étude dans les centres de néphrologie britanniques (20) confirme ces résultats en précisant que le gain d'espérance de vie sous dialyse se fait au prix d'hospitalisations plus fréquentes et d'épisodes d'asthénie post-dialyse invalidants. Les soins palliatifs préservent mieux l'autonomie fonctionnelle et la qualité de vie des patients au prix d'une prise en charge pluridisciplinaire et adaptée à l'âge des personnes accompagnées.

Au vu de ces résultats et compte-tenu de son âge et de ses comorbidités, la décision de M B peut être qualifiée d'objectivement pertinente.

Des programmes de décision partagée se développent (21), ils visent à limiter l'asymétrie dans les échanges entre médecins et patients, en partageant plus ouvertement les opinions de chacun sur les différentes options thérapeutiques. Ils favorisent un dialogue anticipé, processus dynamique étalé au fil des consultations, pouvant inclure d'autres professionnels (soignants, psychologues, assistantes sociales) et les aidants.

Sans surprise, les préoccupations des médecins portent plus facilement sur le pronostic et celles des patients sur leur qualité de vie. Il semble que cette participation plus active de ces derniers au processus décisionnel aboutit plus fréquemment à des choix proches de leurs priorités.

Les néphrologues reconnaissent pour beaucoup un manque de formation à ces processus partagés et aux compétences relationnelles qu'ils nécessitent. Des programmes de formation, comme à Pittsburg (22), commencent à voir le jour.

En France, les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) (23) pour la prise en charge de la maladie rénale chronique réactualisées en 2023, détaillent les besoins pour les patients choisissant un traitement conservateur (sans dialyse): On y retrouve les principes d'un accompagnement palliatif interdisciplinaire, d'une prise de décision partagée.

5.3.3 Place et moyens du médecin généraliste dans les soins palliatifs précoces:

Les soins palliatifs précoces font partie des domaines à promouvoir dans le dernier plan national de développement des soins palliatifs et de l'accompagnement de la fin de vie (24).

Les moyens à mettre en oeuvre sur le terrain pour permettre un accompagnement tout au long de l'évolution de la maladie se déclinent en plusieurs formats qui peuvent se relayer, en ville comme à l'hôpital en fonction des besoins d'un patient tout au long de son parcours.

- Réseau de soins palliatifs à domicile (Dispositif d'Appui à la Coordination, DAC, ou autre support associatif le plus souvent)
- Hôpital de jour (HDJ) de soins palliatifs ou suivi d'une Equipe Mobile de Soins Palliatifs dans le service de spécialité
- Maisons de répit (de belles initiatives associatives qui commencent à voir le jour)
- Hospitalisation à domicile (HAD)
- Lits Identifiés Soins Palliatifs dans chaque hôpital (LISP)
- Unité de Soins Palliatifs (USP) avec un objectif d'une unité par département au minimum, qui n'est pas atteint à ce jour.

Cette offre est loin d'être déployée sur tout le territoire faute de personnel et de moyens, mais pour un patient dans la situation de M B, le généraliste peut se mettre en lien avec le service référent s'il a connaissance d'une démarche d'accompagnement palliative précoce dans cette structure.

Dans le cas contraire, comme pour M B, le généraliste fort de sa prise en compte du patient dans sa globalité, peut se positionner en initiateur et membre à part entière d'un accompagnement sur le long terme à domicile, avec le concours d'un DAC, une équipe pluridisciplinaire. L'investissement en temps est souvent un frein pour un généraliste isolé et débordé, mais les bienfaits du travail en équipe, d'un temps de réflexion partagé, autour de valeurs communes sont des freins reconnus à l'épuisement empathique. (4)(11)

Les contraintes actuelles du système de soins nous éloignent souvent de cet idéal de prise en charge, mais connaître ces dynamiques et leur efficacité peut être un début pour envisager un pas de côté.

6. Conclusion :

La législation reconnaît aujourd'hui l'autonomie du patient comme une valeur cardinale dans la relation soignant/patient. Le refus d'une investigation ou d'un traitement est une des expressions les plus directe de cette autonomie. Sur le plan éthique, elle se fait l'écho d'un souhait de la population de sortir d'une médecine paternaliste pour aller vers une relation de soins plus collaborative et respectueuse de la singularité de chacun.

Les généralistes sont souvent confrontés à des refus de traitement de la part de leurs patients et savent pour beaucoup analyser les dynamiques à l'œuvre derrière de telles décisions : mécanisme de défense vis à vis de la maladie, besoin de reprendre une part de liberté à l'égard du monde médical, d'affirmer son autonomie, syndrome dépressif latent.

Pour peu que les conditions d'exercice le permettent, une rencontre peut s'opérer entre le « sujet patient » et le « sujet médecin », laissant le temps à ce dernier d'expliquer les enjeux d'un choix, et au patient de se les approprier. L'acceptation de ce refus, incontournable en ambulatoire, encore plus sensible et complexe dans un contexte palliatif, peut ouvrir sur un nouveau projet de soins.

Mais qu'en est-il quand un traitement est proposé par un autre médecin, porteur d'un savoir plus technique, plus « pointu », référent pour la pathologie concernée et que celui-ci ne veut ou ne peut entendre les doutes du patient, ses questionnements ? Au-delà des considérations déontologiques et de possibles tensions entre confrères, l'accompagnement de M B dans sa démarche m'a amenée à me questionner sur la légitimité qui est la mienne face au postulat du spécialiste, sur les outils et relais disponibles pour aider le patient à exprimer son choix. Plus largement sur le désarroi de patients dans ces situations où ils ne sont pas entendus et se retrouvent seuls et démunis.

Ce RSCA m'a aidé à définir cette légitimité et les outils qui m'auraient permis de mieux accompagner M B .

Le concept même des soins palliatifs répond à ces questions : l'interdisciplinarité indispensable où la légitimité d'un soignant au sens large réside plus dans sa capacité d'empathie et d'écoute que dans une hiérarchie liée au diplôme ; Les notions de dignité, d'autonomie, d'obstination déraisonnable, de bienfaisance qui servent d'assise à une réflexion holistique (même si elle ne

peut pas toujours être collégiale dans des conditions d'exercice en ville) et permettent d'envisager un accompagnement personnalisé.

Les résultats positifs en terme de qualité de vie et parfois de mortalité, de la mise en place de soins palliatifs précoces (Advance Care Planning) sont largement démontrés depuis plus de 10 ans en oncologie. Je me suis rendu compte au travers de mes recherches que des résultats similaires voient le jour en néphrologie. Des programmes de suivi palliatif précoce, de formation à la prise de décision partagée pour les médecins, se développent.

Dans cette situation complexe, le médecin généraliste peut utiliser des outils tels que les directives anticipées comme support pour initier un dialogue et une réflexion avec le patient. Que la rédaction des directives anticipées aboutisse ou pas, elle peut ouvrir sur une réflexion collégiale avec l'équipe spécialisée. Si le patient a la chance d'être suivi dans un service où soins de support et prise en charge palliative précoce sont la norme, le médecin généraliste aura été un médiateur entre le patient et l'équipe référente.

Si comme dans la situation de M B, le médecin généraliste se rend compte que la culture palliative n'a pas encore trouvé de place dans ce service, les directives anticipées peuvent alors remplir un rôle légal et fonctionnel pour faire entendre la volonté du patient.

Il peut également proposer au patient d'initier un accompagnement conjoint avec un réseau de soins palliatifs en ville (Dispositif d'Appui et de Coordination ou autre en fonction des territoires) ou de contacter l'équipe mobile de soins palliatifs du centre hospitalier dans lequel il est suivi. Il fait ainsi un pas de côté, se positionne comme acteur à part entière d'un suivi palliatif interdisciplinaire, qui peut permettre un accompagnement du patient et de ses proches dans tous les aspects de la maladie au plus près de l'évolution de leurs besoins.

7. Bibliographie

1. RUSZNIEWSKI, Martine. L'annonce dire la maladie grave. DUNOD. dunod; 2015. 249 p.
2. LECORNET Elise. Le Burn out. Ellipses. 2016. 111 p. (100 questions/réponses).
3. FIAT E. Ode à la fatigue. Editions de l'Observatoire; 2018. 412 p. (Apha/Philosophie).
4. Thomas P, Hazif-Thomas C. L'empathie et le sens de la relation dans le soin. NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie. 1 avr 2022;22(128):72-81.
5. MACSF « Néphrologues, les motifs de réclamations des patients en 2022 » [Internet]. 2024. Disponible sur: <https://www.macsf.fr/le-risque-des-professionnels-de-sante-en-2022/risque-des-professions-de-sante/n/nephrologie>
6. Conseil national de l'ordre des médecins. Le code de déontologie [Internet]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/code-deontologie>
7. LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (1) - Légifrance [Internet]. [cité 19 mai 2024]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFSCITA000000889846>
8. Les droits de la fin de vie en France | Fin de vie Soins Palliatifs [Internet]. Parlons Fin de Vie. [cité 19 mai 2024]. Disponible sur: <https://www.parlons-fin-de-vie.fr/mes-droits/>
9. loi N°2016-87 créant de nouveaux droits en faveur des malades et personnes en fin de vie. 2016-87 févr 2, 2016.
10. Diederich N. 2. Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé Avis N°87: Refus de traitement et autonomie de la personne. [Internet]. ERES; 2005 avr [cité 26 avr 2024] p. 251. Disponible sur: <http://www.cairn.info/steriliser-le-handicap-mental--9782865865840-page-251.htm>
11. OUAIRY. Marie. Revue systématique de la littérature de l'Empathie en Médecine Générale. [Poitiers]: Faculté de médecine et de pharmacie de Poitiers; 2018.
12. Bozarth JD. Des modes d'empathie émergent au-delà du reflet. Approche Centrée Sur Pers Prat Rech. 2010;12(2):64-82.
13. André G, Braud F. Soins relationnels : est-il nécessaire d'avoir du temps pour être empathique ? NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie. 1 avr 2022;22(128):69-71.
14. RADREAU sophie. le médecin généraliste face au refus de soin du sujet âgé [Thèse]. [Université Claude Bernard-Lyon I]: Claude Bernard-Lyon I; 2015.
15. Mallet D, Chaumier F. Éthique, psychique, pratique, sociétale : quatre fonctions pour les directives anticipées. Laennec. 2016;64(3):41-57.

16. Définition et organisation des soins palliatifs en France | SFAP - site internet [Internet]. [cité 13 mai 2024]. Disponible sur: <https://sfap.org/rubrique/definition-et-organisation-des-soins-palliatifs-en-france>
17. Bouleuc C, Burnod A, Angellier E, Massiani MA, Robin ML, Copel L, et al. Les soins palliatifs précoces et intégrés en oncologie. *Bull Cancer (Paris)*. 1 sept 2019;106(9):796-804.
18. Verberne WR, Geers ABMT, Jellema WT, Vincent HH, van Delden JJM, Bos WJW. Comparative Survival among Older Adults with Advanced Kidney Disease Managed Conservatively Versus with Dialysis. *Clin J Am Soc Nephrol CJASN*. 7 avr 2016;11(4):633-40.
19. Chou A, Li C, Farshid S, Hoffman A, Brown M. Survival, symptoms and hospitalization of older patients with advanced chronic kidney disease managed without dialysis. *Nephrol Dial Transplant Off Publ Eur Dial Transpl Assoc - Eur Ren Assoc*. 13 févr 2023;38(2):405-13.
20. Alston H, Burns A. Conservative care of the patient with end-stage renal disease. *Clin Med*. déc 2015;15(6):567-70.
21. Amir N, McCarthy HJ, Tong A. A working partnership: A review of shared decision-making in nephrology. *Nephrology*. 2021;26(11):851-7.
22. Schell JO, Green JA, Tulskey JA, Arnold RM. Communication Skills Training for Dialysis Decision-Making and End-of-Life Care in Nephrology. *Clin J Am Soc Nephrol*. Avr 2013;8(4):675.
23. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 25 mai 2024]. Guide du parcours de soins – Maladie rénale chronique de l’adulte (MRC). Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3288950/fr/guide-du-parcours-de-soins-maladie-renale-chronique-de-l-adulte-mrc
24. Mermet DO, Richard DB. Plan national de développement des soins palliatifs et de l’accompagnement de la fin de vie.

Résumé :

Dans un contexte sanitaire dégradé, M B, 85 ans, porteur d'une insuffisance rénale terminale, ne peut faire entendre son refus d'une mise sous dialyse auprès du néphrologue. En tant que généraliste qui n'a aucune compétence technique dans ce domaine, je me retrouve partagée entre une relation conflictuelle avec la spécialiste et la conviction que sa demande est fondée et se doit d'être entendue. Mes recherches m'ont confortées dans l'idée que l'expression légitime de l'autonomie du patient face à un traitement prime sur des considérations de confraternité.

Dans le cadre légal d'un refus de traitement, le généraliste de par son positionnement holistique et empathique, a toute la légitimité pour accompagner un patient dans sa démarche et la recherche d'une prise de décision partagée. Ethiquement, cette situation se doit de déboucher sur un accompagnement palliatif précoce qui a fait ses preuves en terme de qualité de vie des patients.

Les freins à ces prises en charge existent toujours en terme de moyens matériels et humains ou de diffusion de la culture palliative auprès des équipes concernées. Le médecin généraliste a toute sa place dans cette articulation, pour peu qu'il ait le temps et l'énergie de faire ce pas de côté.

Titre :

« Dans une situation palliative, comment accompagner en tant que médecin généraliste, le refus d'un traitement que l'on n'a pas proposé soi-même ? »

Mots clés :

Refus de traitement, médecin généraliste, autonomie, empathie, soins palliatifs précoces,