

UNIVERSITE DE STRASBOURG
FACULTE DE MEDECINE DE STRASBOURG

ANNEE : 2019

N° : 201

THÈSE
PRESENTÉE POUR LE DIPLÔME DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

Diplôme d'État

Mention : D.E.S d'oncologie option oncologie médicale

PAR

Philippe TRENZ

Né le 24 septembre 1988 à Saint Louis (68)

**Organisation de la collaboration interdisciplinaire entre oncologues et
réanimateurs : étude qualitative**

Président de Thèse : Monsieur le Professeur Jean-Emmanuel Kurtz

Directeur de Thèse : Monsieur le Professeur Laurent Calvel



- **Président de l'Université** M. DENEKEN Michel
- **Doyen de la Faculté** M. SIBILIA Jean
- **Asseuseur du Doyen (13.01.10 et 08.02.11)** M. GOICHOT Bernard
- **Doyens honoraires :** (1976-1983) M. DORNER Marc
- (1983-1989) M. MANTZ Jean-Marie
- (1989-1994) M. VINCENDON Guy
- (1994-2001) M. GERLINGER Pierre
- (3.10.01-7.02.11) M. LUDES Bertrand
- **Chargé de mission auprès du Doyen** M. VICENTE Gilbert
- **Responsable Administratif** M. LE REST François

A1 - PROFESSEUR TITULAIRE DU COLLEGE DE FRANCE

MANDEL Jean-Louis Chaire "Génétique humaine" (à compter du 01.11.2003)

A2 - MEMBRE SENIOR A L'INSTITUT UNIVERSITAIRE DE FRANCE (I.U.F.)

BAHRAM Séiamak Immunologie biologique (01.10.2013 au 31.09.2018)
 DOLLFUS Hélène Génétique clinique (01.10.2014 au 31.09.2019)

A3 - PROFESSEUR(E)S DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS (PU-PH)

PO191

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités	
ADAM Philippe P0001	NRP6 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de chirurgie orthopédique et de Traumatologie / HP	50.02	Chirurgie orthopédique et traumatologique
AKLADIOS Cherif P0191	NRP6 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique/ HP	54.03	Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
ANDRES Emmanuel P0002	NRP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques / HC	53.01	Option : médecine Interne
ANHEIM Mathieu P0003	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou-CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01	Neurologie
ARNAUD Laurent P0186	NRP6 NCS	• Pôle MIRNED - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre	50.01	Rhumatologie
BACHELLIER Philippe P0004	RP6 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation / HP	53.02	Chirurgie générale
BAHRAM Seiamak P0005	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil Institut d'Hématologie et d'Immunologie / Hôpital Civil / Faculté	47.03	Immunologie (option biologique)
BALDAUF Jean-Jacques P0006	NRP6 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03	Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
BAUMERT Thomas P0007	NRP6 CU	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Unité d'Hépatologie - Service d'Hépato-Gastro-Entérologie / NHC	52.01	Gastro-entérologie ; hépatologie Option : hépatologie
Mme BEAU-FALLER Michèle M0007 / PO170	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03	Biologie cellulaire (option biologique)
BEAUJEU Rémy P0008	NRP6 Resp	• Pôle d'Imagerie - CME / Activités transversales • Unité de Neuroradiologie interventionnelle / Hôpital de Hautepierre	43.02	Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
BECMEUR François P0009	RP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Hautepierre	54.02	Chirurgie infantile
BERNA Fabrice P0192	NRP6 NCS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03	Psychiatrie d'adultes ; Addictologie Option : Psychiatrie d'Adultes
BERTSCHY Gilles P0013	NRP6 CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie II / Hôpital Civil	49.03	Psychiatrie d'adultes
BIERRY Guillaume P0178	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie II - Neuroradiologie-imagerie ostéoarticulaire-Pédiatrie / Hôpital Hautepierre	43.02	Radiologie et Imagerie médicale (option clinique)
BILBAULT Pascal P0014	NRP6 CS	• Pôle d'Urgences / Réanimations médicales / CAP - Service des Urgences médico-chirurgicales Adultes / Hôpital de Hautepierre	48.02	Réanimation ; Médecine d'urgence Option : médecine d'urgence
BODIN Frédéric P0187	NRP6 NCS	• Pôle de Chirurgie Maxillo-faciale, morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie maxillo-faciale et réparatrice / Hôpital Civil	50.04	Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique ; Brûlologie
Mme BOEHM-BURGER Nelly P0016	NCS	• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine	42.02	Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
BONNOMET François P0017	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie orthopédique et de Traumatologie / HP	50.02	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BOURCIER Tristan P0018	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophthalmologie / SMO - Service d'Ophthalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02	Ophthalmologie
BOURGIN Patrice P0020	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital Civil	49.01	Neurologie
Mme BRIGAND Cécile P0022	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02	Chirurgie générale



NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités	
BRUANT-RODIER Catherine P0023	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie Maxillo-faciale et réparatrice / Hôpital Civil	50.04	Option : chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
Mme CAILLARD-OHLMANN Sophie P0171	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Transplantation / NHC	52.03	Néphrologie
CANDOLFI Ermanno P0025	RP6 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02	Parasitologie et mycologie (option biologique)
CASTELAIN Vincent P0027	NRP6 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital Hautepierre	48.02	Réanimation
CHAKFE Nabil P0029	NRP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire / Option : chirurgie vasculaire
CHARLES Yann-Philippe M0013 / P0172	NRP6 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Chirurgie B / HC	50.02	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme CHARLOUX Anne P0028	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02	Physiologie (option biologique)
Mme CHARPIOT Anne P0030	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01	Oto-rhino-laryngologie
CHAUVIN Michel P0040	NRP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02	Cardiologie
CHELLY Jameleddine P0173	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / NHC	47.04	Génétique (option biologique)
Mme CHENARD-NEU Marie- Pierre P0041	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03	Anatomie et cytologie pathologiques (option biologique)
CLAVERT Philippe P0044	NRP6 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie / CCOM d'Ilkirk	42.01	Anatomie (option clinique, orthopédie traumatologique)
COLLANGE Olivier PO193	NRP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation Chirurgicale / NHC	48.01	Anesthésiologie-Réanimation ; Médecine d'urgence (option Anesthésiologie-Réanimation - Type clinique)
CRIBIER Bernard P0045	NRP6 CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03	Dermato-Vénérologie
DANION Jean-Marie P0046	NRP6 CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie 1 / Hôpital Civil	49.03	Psychiatrie d'adultes
Mme DANION-GRILLIAT Anne P0047	S/nb Cons	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service Psychothérapique pour Enfants et Adolescents / HC et Hôpital de l'Elsau	49.04	Pédopsychiatrie
de BLAY de GAIX Frédéric P0048	RP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01	Pneumologie
DEBRY Christian P0049	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01	Oto-rhino-laryngologie
de SEZE Jérôme P0057	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01	Neurologie
DIEMUNSCH Pierre P0051	RP6 CS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie-Réanimation Chirurgicale / Hôpital de Hautepierre	48.01	Anesthésiologie-réanimation (option clinique)
Mme DOLLFUS-WALTMANN Hélène P0054	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Hautepierre	47.04	Génétique (type clinique)
DUCLOS Bernard P0055	NRP6 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépto-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01	Option : Gastro-entérologie
DUFOUR Patrick (5) (7) P0056	S/nb Cons	• Centre Régional de Lutte contre le cancer Paul Strauss (convention)	47.02	Option : Cancérologie clinique
EHLINGER Matthieu P0188	NRP6 NCS	• Pôle de l'Appareil Locomoteur - Service de Chirurgie Orthopédique et de Traumatologie/Hôpital de Hautepierre	50.02	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Mme ENTZ-WERLE Natacha P0059	NRP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01	Pédiatrie
Mme FACCA Sybille P0179	NRP6 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de la Main et des Nerfs périphériques / CCOM Ilkirk	50.02	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme FAFI-KREMER Samira P0060	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01	Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- Virologie biologique
FALCOZ Pierre-Emmanuel P0052	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
GANGI Afshin P0062	RP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02	Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GAUCHER David P0063	NRP6 NCS	• Pôle des Spécialités Médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02	Ophtalmologie
GENY Bernard P0064	NRP6 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02	Physiologie (option biologique)
GICQUEL Philippe P0065	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Hautepierre	54.02	Chirurgie infantile

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités	
GOICHOT Bernard P0066	RPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et de nutrition / HP	54.04	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme GONZALEZ Maria P0067	NRPô CS	• Pôle de Santé publique et santé au travail - Service de Pathologie Professionnelle et Médecine du Travail / HC	46.02	Médecine et santé au travail Travail
GOTTENBERG Jacques-Eric P0068	NRPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepierre	50.01	Rhumatologie
GRUCKER Daniel (1) P0069	S/nb	• Pôle de Biologie - Labo. d'Explorations fonctionnelles par les isotopes in vitro / NHC • Institut de Physique biologique / Faculté de Médecine	43.01	Biophysique et médecine nucléaire
HANNEDOUCHE Thierry P0071	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Dialyse / Nouvel Hôpital Civil	52.03	Néphrologie
HANSMANN Yves P0072	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / Nouvel Hôpital Civil	45.03	Option : Maladies infectieuses
HERBRECHT Raoul P0074	RPô NCS	• Pôle d'Oncolo-Hématologie - Service d'hématologie et d'Oncologie / Hôp. Hautepierre	47.01	Hématologie ; Transfusion
HIRSCH Edouard P0075	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01	Neurologie
HOCHBERGER Jürgen P0076 (Disponibilité 30.04.18)	NRPô CU	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Unité de Gastro-Entérologie - Service d'Hépatogastro-Entérologie / Nouvel Hôpital Civil	52.01	Option : Gastro-entérologie
IMPERIALE Alessio P0194	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Hautepierre	43.01	Biophysique et médecine nucléaire
ISNER-HOROBETI Marie-Eve P0189		• Pôle de l'Appareil Locomoteur - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05	Médecine Physique et Réadaptation
JAULHAC Benoît P0078	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté de Méd.	45.01	Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme JEANDIDIER Nathalie P0079	NRPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, diabète et nutrition / HC	54.04	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
KAHN Jean-Luc P0080	NRPô CS NCS	• Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine • Pôle de chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, chirurgie maxillo-faciale, morphologie et dermatologie - Serv. de Morphologie appliquée à la chirurgie et à l'imagerie / FAC - Service de Chirurgie Maxillo-faciale et réparatrice / HC	42.01	Anatomie (option clinique, chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)
KALTENBACH Georges P0081	RPô CS	• Pôle de Gériatrie - Service de Médecine Interne - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau	53.01	Option : gériatrie et biologie du vieillissement
KEMPF Jean-François P0083	RPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Centre de Chirurgie Orthopédique et de la Main-CCOM / Illkirch	50.02	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme KESSLER Laurence P0084	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, Diabète, Nutrition et Addictologie / Méd. B / HC	54.04	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
KESSLER Romain P0085	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01	Pneumologie
KINDO Michel P0195	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
KOPFERSCHMITT Jacques P0086	NRPô NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service d'Urgences médico-chirurgicales adultes/Nouvel Hôpital Civil	48.04	Thérapeutique (option clinique)
Mme KORGANOW Anne-Sophie P0087	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03	Immunologie (option clinique)
KREMER Stéphane M0038 / P0174	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service Imagerie 2 - Neuroradio Ostéoarticulaire - Pédiatrie / HP	43.02	Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
KRETZ Jean Georges (1) (8) P0088	S/nb Cons	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
KUHN Pierre P0175	NRPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Néonatalogie et Réanimation néonatale (Pédiatrie II) / Hôpital de Hautepierre	54.01	Pédiatrie
KURTZ Jean-Emmanuel P0089	NRPô CS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'hématologie et d'Oncologie / Hôpital Hautepierre	47.02	Option : Cancérologie (clinique)
LANG Hervé P0090	NRPô NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04	Urologie
LANGER Bruno P0091	RPô NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03	Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale : option gynécologie-Obstétrique
LAUGEL Vincent P0092	NRPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 / Hôpital Hautepierre	54.01	Pédiatrie
LE MINOR Jean-Marie P0190	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine - Service de Neuroradiologie, d'imagerie Ostéoarticulaire et interventionnelle/ Hôpital de Hautepierre	42.01	Anatomie
LIPSKER Dan P0093	NRPô NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03	Dermato-vénérologie

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités	
LIVERNEAUX Philippe P0094	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la main - CCOM / Illkirch	50.02	Chirurgie orthopédique et traumatologique
MARESCAUX Christian (5) P0097	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD -Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01	Neurologie
MARK Manuel P0098	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Cytogénétique, Cytologie et Histologie quantitative / Hôpital de Hautepierre	54.05	Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MARTIN Thierry P0099	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03	Immunologie (option clinique)
MASSARD Gilbert P0100	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme MATHELIN Carole P0101	NRP6 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Unité de Sénologie - Hôpital Civil	54.03	Gynécologie-Obstétrique ; Gynécologie Médicale
MAUVIEUX Laurent P0102	NRP6 CS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Hautepierre - Institut d'Hématologie / Faculté de Médecine	47.01	Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique
MAZZUCOTELLI Jean-Philippe P0103	RP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
MERTES Paul-Michel P0104	NRP6 CS	• Pôle d'Anesthésiologie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation chirurgicale / Nouvel Hôpital Civil	48.01	Option : Anesthésiologie-Réanimation (type mixte)
MEYER Nicolas P0105	NRP6 NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / Hôpital Civil	46.04	Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication (option biologique)
MEZIANI Ferhat P0106	NRP6 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02	Réanimation
MONASSIER Laurent P0107	NRP6 CS	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie • Unité de Pharmacologie clinique / Nouvel Hôpital Civil	48.03	Option : Pharmacologie fondamentale
MOREL Olivier P0108	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02	Cardiologie
MOULIN Bruno P0109	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Transplantation / Nouvel Hôpital Civil	52.03	Néphrologie
MUTTER Didier P0111	RP6 CS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Digestive / NHC	52.02	Chirurgie digestive
NAMER Izzie Jacques P0112	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / Hautepierre / NHC	43.01	Biophysique et médecine nucléaire
NISAND Israël P0113	NRP6 CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03	Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale : option gynécologie-Obstétrique
NOEL Georges P0114	NCS	• Centre Régional de Lutte Contre le Cancer Paul Strauss (par convention) - Département de radiothérapie	47.02	Cancérologie ; Radiothérapie Option Radiothérapie biologique
OHLMANN Patrick P0115	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02	Cardiologie
Mme PAILLARD Catherine P0180	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgicale de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01	Pédiatrie
Mme PERRETTA Silvana P0117	NRP6 NCS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service d'Urgence, de Chirurgie Générale et Endocrinienne / NHC	52.02	Chirurgie digestive
PESSAUX Patrick P0118	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Urgence, de Chirurgie Générale et Endocrinienne / NHC	53.02	Chirurgie Générale
PETIT Thierry P0119	CDp	• Centre Régional de Lutte Contre le Cancer - Paul Strauss (par convention) - Département de médecine oncologique	47.02	Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
POTTECHER Julien P0181	NRP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie et de Réanimation Chirurgicale / Hôpital de Hautepierre	48.01	Anesthésiologie-réanimation ; Médecine d'urgence (option clinique)
PRADIGNAC Alain P0123	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et nutrition / HP	44.04	Nutrition
PROUST François P0182	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - Service de Neurochirurgie / Hôpital de Hautepierre	49.02	Neurochirurgie
Mme QUOIX Elisabeth P0124	NRP6 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01	Pneumologie
Pr RAUL Jean-Sébastien P0125	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et NHC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03	Médecine Légale et droit de la santé
REIMUND Jean-Marie P0126	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépato-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01	Option : Gastro-entérologie
Pr RICCI Roméo P0127	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01	Biochimie et biologie moléculaire
ROHR Serge P0128	NRP6 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02	Chirurgie générale

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités	
Mme ROSSIGNOL -BERNARD Sylvie PO196	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Hautepierre	54.01	Pédiatrie
ROUL Gérard P0129	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02	Cardiologie
Mme ROY Catherine P0140	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Serv. d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02	Radiologie et imagerie médicale (opt clinique)
SAUDER Philippe P0142	NRP6 CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02	Réanimation
SAUER Arnaud P0183	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02	Ophtalmologie
SAULEAU Erik-André P0184	NRP6 NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / HC	46.04	Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication (option biologique)
SAUSSINE Christian P0143	RP6 CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04	Urologie
SCHNEIDER Francis P0144	RP6 CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Hautepierre	48.02	Réanimation
Mme SCHRÖDER Carmen P0185	NRP6 CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychothérapie pour Enfants et Adolescents / Hôpital Civil	49.04	Pédopsychiatrie ; Addictologie
SCHULTZ Philippe P0145	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01	Oto-rhino-laryngologie
SERFATY Lawrence P0197	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépatogastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01	Gastro-entérologie ; Hépatologie ; Addictologie Option : Hépatologie
SIBILIA Jean P0146	NRP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepierre	50.01	Rhumatologie
Mme SPEEG-SCHATZ Claude P0147	RP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02	Ophtalmologie
Mme STEIB Annick P0148	RP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation Chirurgicale / NHC	48.01	Anesthésiologie-réanimation (option clinique)
STEIB Jean-Paul P0149	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Hôpital Civil	50.02	Chirurgie orthopédique et traumatologique
STEPHAN Dominique P0150	NRP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service des Maladies vasculaires - HTA - Pharmacologie clinique / Nouvel Hôpital Civil	51.04	Option : Médecine vasculaire
THAVEAU Fabien P0152	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04	Option : Chirurgie vasculaire
Mme TRANCHANT Christine P0153	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01	Neurologie
VEILLON Francis P0155	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie 1 - Imagerie viscérale, ORL et mammaire / Hôpital Hautepierre	43.02	Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
VELTEN Michel P0156	NRP6 NCS CS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Département de Santé Publique / Secteur 3 - Epidémiologie et Economie de la Santé / Hôpital Civil • Laboratoire d'Epidémiologie et de santé publique / HC / Fac de Médecine • Centre de Lutte contre le Cancer Paul Strauss - Serv. Epidémiologie et de biostatistiques	46.01	Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique)
VETTER Denis P0157	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques/HC	52.01	Option : Gastro-entérologie
VIDAILHET Pierre P0158	NRP6 NCS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03	Psychiatrie d'adultes
VIVILLE Stéphane P0159	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Pathologies tropicales / Fac. de Médecine	54.05	Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
VOGEL Thomas P0160	NRP6 CS	• Pôle de Gériatrie - Service de soins de suite et réadaptations gériatriques / Hôpital de la Robertsau	51.01	Option : Gériatrie et biologie du vieillissement
WATTIEZ Arnaud P0161 (Dispo 31.07.2019)	NRP6 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03	Gynécologie-Obstétrique ; Gynécologie médicale / Opt Gynécologie-Obstétrique
WEBER Jean-Christophe Pierre P0162	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne / Nouvel Hôpital Civil	53.01	Option : Médecine Interne
WOLF Philippe P0164	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Générale et de Transplantations multiorganes / HP - Coordonnateur des activités de prélèvements et transplantations des HU	53.02	Chirurgie générale
Mme WOLFRAM-GABEL (5) Renée P0165	S/nb	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Morphologie appliquée à la chirurgie et à l'imagerie / Faculté • Institut d'Anatomie Normale / Hôpital Civil	42.01	Anatomie (option biologique)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
----------------	-----	--------------------------------------------------	--------------------------------------------------

HC : Hôpital Civil - HP : Hôpital de Haute-pierre - NHC : Nouvel Hôpital Civil

* : CS (Chef de service) ou NCS (Non Chef de service hospitalier) Cspi : Chef de service par intérim CSp : Chef de service provisoire (un an)

CU : Chef d'unité fonctionnelle

Pô : Pôle

RPô (Responsable de Pôle) ou NRPô (Non Responsable de Pôle)

Cons. : Consultanat hospitalier (poursuite des fonctions hospitalières sans chefferie de service) Dir : Directeur

(1) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2018

(3)

(5) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2019

(6) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2017

(7) Consultant hospitalier (pour un an) éventuellement renouvelable --> 31.08.2017

(8) Consultant hospitalier (pour une 2ème année) --> 31.08.2017

(9) Consultant hospitalier (pour une 3ème année) --> 31.08.2017

A4 - PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES

HABERSETZER François	CS	Pôle Hépatodigestif 4190 Service de Gastro-Entérologie - NHC	52.01 Gastro-Entérologie
----------------------	----	-----------------------------------------------------------------	--------------------------

MO112 B1 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (MCU-PH)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités	
AGIN Arnaud M0001		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Hautepierre	43.01	Biophysique et Médecine nucléaire
Mme ANTAL Maria Cristina M0003		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hautepierre • Faculté de Médecine / Institut d'Histologie	42.02	Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
Mme ANTONI Delphine M0109		• Centre de lutte contre le cancer Paul Strauss	47.02	Cancérologie ; Radiothérapie
ARGEMI Xavier M0112		• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / Nouvel Hôpital Civil	45.03	Maladies infectieuses ; Maladies tropicales Option : Maladies infectieuses
Mme BARNIG Cindy M0110		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations Fonctionnelles / NHC	44.02	Physiologie
Mme BARTH Heidi M0005 (Dispo → 31.12.2018)		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital Civil	45.01	Bactériologie - <u>Virologie</u> (Option biologique)
Mme BIANCALANA Valérie M0008		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04	Génétique (option biologique)
BLONDET Cyrille M0091		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Hautepierre	43.01	Biophysique et médecine nucléaire
BONNEMAIS Laurent M0099		• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	54.01	Pédiatrie
BOUSIGES Olivier M0092		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01	Biochimie et biologie moléculaire
CARAPITO Raphaël M0113		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03	Immunologie
CERALINE Jocelyn M0012		• Pôle d'Oncologie et d'Hématologie - Service d'Oncologie et d'Hématologie / HP	47.02	Cancérologie ; Radiothérapie (option biologique)
CHOQUET Philippe M0014		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / HP	43.01	Biophysique et médecine nucléaire
COLLONGUES Nicolas M0016		• Pôle Tête et Cou-CETD - Centre d'Investigation Clinique / NHC et HP	49.01	Neurologie
DALI-YOUCHEF Ahmed Nassim M0017		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC	44.01	Biochimie et biologie moléculaire
Mme de MARTINO Sylvie M0018		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Bactériologie / PTM HUS et Faculté de Médecine	45.01	Bactériologie -virologie Option bactériologie-virologie biologique
Mme DEPIENNE Christel M0100 (Dispo->15.08.18)	CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Cytogénétique / HP	47.04	Génétique
DEVYS Didier M0019		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04	Génétique (option biologique)
DOLLÉ Pascal M0021		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01	Biochimie et biologie moléculaire
Mme ENACHE Irina M0024		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02	Physiologie
FILISSETTI Denis M0025		• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Faculté	45.02	Parasitologie et mycologie (option biologique)
FOUCHER Jack M0027		• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	44.02	Physiologie (option clinique)
GUERIN Eric M0032		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03	Biologie cellulaire (option biologique)
Mme HELMS Julie M0114		• Pôle d'Urgences / Réanimations médicales / CAP - Service de Réanimation médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02	Réanimation ; Médecine d'urgence Option : Réanimation
HUBELE Fabrice M0033		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / HP et NHC	43.01	Biophysique et médecine nucléaire
Mme JACAMON-FARRUGIA Audrey M0034		• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et HC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03	Médecine Légale et droit de la santé
JEGU Jérémie M0101		• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Santé Publique / Hôpital Civil	46.01	Epidémiologie, Economie de la santé et Prévention (option biologique)
JEHL François M0035		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01	Option : Bactériologie -virologie (biologique)
KASTNER Philippe M0089		• Pôle de Biologie - Laboratoire de diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04	Génétique (option biologique)
Mme KEMMEL Véronique M0036		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01	Biochimie et biologie moléculaire
Mme LAMOUR Valérie M0040		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01	Biochimie et biologie moléculaire

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Mme LANNES Béatrice M0041		• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine • Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
LAVAUX Thomas M0042		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire
LAVIGNE Thierry M0043	CS	• Pôle de Santé Publique et Santé au travail - Service d'Hygiène hospitalière et de médecine préventive / PTM et HUS - Equipe opérationnelle d'Hygiène	46.01 Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique)
Mme LEJAY Anne M0102		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (Biologique)
LENORMAND Cédric M0103		• Pôle de Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
LEPILLER Quentin M0104 (Dispo → 31.08.2018)		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / PTM HUS et Faculté de Médecine	45.01 Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière (Biologique)
Mme LETSCHER-BRU Valérie M0045		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
LHERMITTE Benoît M0115		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques
Mme LONSDORFER-WOLF Evelyne M0090		• Institut de Physiologie Appliquée - Faculté de Médecine • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie
LUTZ Jean-Christophe M0046		• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Serv. de Chirurgie Maxillo-faciale, plastique reconstructrice et esthétique/HC	55.03 Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
MEYER Alain M0093		• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
MIGUET Laurent M0047		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hôpital de Hautepierre et NHC	44.03 Biologie cellulaire (type mixte : biologique)
Mme MOUTOU Céline ép. GUNTNER M0049	CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic préimplantatoire / CMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MULLER Jean M0050		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
NOLL Eric M0111		• Pôle d'Anesthésie Réanimation Chirurgicale SAMU-SMUR - Service Anesthésiologie et de Réanimation Chirurgicale - Hôpital Hautepierre	48.01 Anesthésiologie-Réanimation ; Médecine d'urgence
Mme NOURRY Nathalie M0011		• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Pathologie professionnelle et de Médecine du travail - HC	46.02 Médecine et Santé au Travail (option clinique)
PELACCIA Thierry M0051		• Pôle d'Anesthésie / Réanimation chirurgicales / SAMU-SMUR - Service SAMU/SMUR	48.02 Réanimation et anesthésiologie Option : Médecine d'urgences
PENCREAC'H Erwan M0052		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / Nouvel Hôpital Civil	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
PFAFF Alexander M0053		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS	45.02 Parasitologie et mycologie
Mme PITON Amélie M0094		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / NHC	47.04 Génétique (option biologique)
PREVOST Gilles M0057		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme RADOSAVLJEVIC Mirjana M0058		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
Mme REIX Nathalie M0095		• Pôle de Biologie - Labo. d'Explorations fonctionnelles par les isotopes / NHC • Institut de Physique biologique / Faculté de Médecine	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
RIEGEL Philippe M0059		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
ROGUE Patrick (cf. A2) M0060		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire (option biologique)
ROMAIN Benoît M0061		• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
Mme RUPPERT Elisabeth M0106		• Pôle Tête et Cou - Service de Neurologie - Unité de Pathologie du Sommeil / Hôpital Civil	49.01 Neurologie
Mme SABOU Alina M0096		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme SAMAMA Brigitte M0062		• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
Mme SCHNEIDER Anne M0107		• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie pédiatrique / Hôpital de Hautepierre	54.02 Chirurgie Infantile
SCHRAMM Frédéric M0068		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Mme SORDET Christelle M0069		• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre	50.01 Rhumatologie
TALHA Samy M0070		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option clinique)
Mme TALON Isabelle M0039		• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Infantile / Hôpital Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
TELETIN Marius M0071		• Pôle de Biologie - Service de Biologie de la Reproduction / CMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
Mme URING-LAMBERT Béatrice M0073		• Institut d'Immunologie / HC • Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
VALLAT Laurent M0074		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Hautepierre	47.01 Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique
Mme VILLARD Odile M0076		• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Fac	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme WOLF Michèle M0010		• Chargé de mission - Administration générale - Direction de la Qualité / Hôpital Civil	48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
Mme ZALOSZYC Ariane ép. MARCANTONI M0116		• Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
ZOLL Joffrey M0077		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / HC	44.02 Physiologie (option clinique)

B2 - PROFESSEURS DES UNIVERSITES (monoappartenant)

Pr BONAHE Christian	P0166	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des sciences et des techniques
Mme la Pre RASMUSSEN Anne	P0186	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques

B3 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES (monoappartenant)

Mr KESSEL Nils		Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques
Mr LANDRE Lionel		ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMIS / Faculté de Médecine	69. Neurosciences
Mme THOMAS Marion		Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques
Mme SCARFONE Marianna	M0082	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques

B4 - MAITRE DE CONFERENCE DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

Mme CHAMBE Juliette	M0108	Département de Médecine générale / Faculté de Médecine	53.03 Médecine générale (01.09.15)
---------------------	-------	--------------------------------------------------------	------------------------------------

C - ENSEIGNANTS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE
C1 - PROFESSEURS ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)

Pr Ass. GRIES Jean-Luc	M0084	Médecine générale (01.09.2017)
Pr Ass. KOPP Michel	P0167	Médecine générale (depuis le 01.09.2001, renouvelé jusqu'au 31.08.2016)
Pr Ass. LEVEQUE Michel	P0168	Médecine générale (depuis le 01.09.2000 ; renouvelé jusqu'au 31.08.2018)

C2 - MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE - TITULAIRE

Dre CHAMBE Juliette	M0108	53.03 Médecine générale (01.09.2015)
---------------------	-------	--------------------------------------

C3 - MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)

Dre BERTHOU anne	M0109	Médecine générale (01.09.2015 au 31.08.2018)
Dr BREITWILLER-DUMAS Claire		Médecine générale (01.09.2016 au 31.08.2019)
Dr GUILLOU Philippe	M0089	Médecine générale (01.11.2013 au 31.08.2016)
Dr HILD Philippe	M0090	Médecine générale (01.11.2013 au 31.08.2016)
Dr ROUGERIE Fabien	M0097	Médecine générale (01.09.2014 au 31.08.2017)

D - ENSEIGNANTS DE LANGUES ETRANGERES
D1 - PROFESSEUR AGREGE, PRAG et PRCE DE LANGUES

Mme ACKER-KESSLER Pia	M0085	Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.03)
Mme CANDAS Peggy	M0086	Professeure agrégée d'Anglais (depuis le 01.09.99)
Mme SIEBENBOUR Marie-Noëlle	M0087	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.11)
Mme JUNGER Nicole	M0088	Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.09)
Mme MARTEN Susanne	M0098	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.14)

E - PRATICIENS HOSPITALIERS - CHEFS DE SERVICE NON UNIVERSITAIRES

Dr ASTRUC Dominique	NRPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Serv. de Néonatalogie et de Réanimation néonatale (Pédiatrie 2) / Hôpital de Hautepierre
Dr ASTRUC Dominique (par intérim)	NRPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Réanimation pédiatrique spécialisée et de surveillance continue / Hôpital de Hautepierre
Dr CALVEL Laurent	NRPô CS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Soins Palliatifs / NHC et Hôpital de Hautepierre
Dr DELPLANQ Hervé	NRPô CS	- SAMU-SMUR
Dr GARBIN Olivier	CS	- Service de Gynécologie-Obstétrique / CMCO Schiltigheim
Dre GAUGLER Elise	NRPô CS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - UCSA - Centre d'addictologie / Nouvel Hôpital Civil
Dre GERARD Bénédicte	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Département de génétique / Nouvel Hôpital Civil
Mme GOURIEUX Bénédicte	RPô CS	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Service de Pharmacie-Stérilisation / Nouvel Hôpital Civil
Dr KARCHER Patrick	NRPô CS	• Pôle de Gériatrie - Service de Soins de suite de Longue Durée et d'hébergement gériatrique / EHPAD / Hôpital de la Robertsau
Pr LESSINGER Jean-Marc	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biologie et biologie moléculaire / Nouvel Hôpital Civil + Hautepierre
Mme Dre LICHTBLAU Isabelle	NRPô Resp	• Pôle de Biologie - Laboratoire de biologie de la reproduction / CMCO de Schiltigheim
Mme Dre MARTIN-HUNYADI Catherine	NRPô CS	• Pôle de Gériatrie - Secteur Evaluation / Hôpital de la Robertsau
Dr NISAND Gabriel	RPô CS	• Pôle de Santé Publique et Santé au travail - Service de Santé Publique - DIM / Hôpital Civil
Dr REY David	NRPô CS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - «Le trait d'union» - Centre de soins de l'infection par le VIH / Nouvel Hôpital Civil
Dr TCHOMAKOV Dimitar	NRPô CS	• Pôle Médico-chirurgical de Pédiatrie - Service des Urgences Médico-Chirurgicales pédiatriques - HP
Mme Dre TEBACHER-ALT Martine	NRPô NCS Resp	• Pôle d'Activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Maladies vasculaires et Hypertension - Centre de pharmacovigilance / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre TOURNOUD Christine	NRPô CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Centre Antipoison-Toxicovigilance / Nouvel Hôpital Civil

F1 - PROFESSEURS ÉMÉRITES

- o *de droit et à vie (membre de l'Institut)*
CHAMBON Pierre (Biochimie et biologie moléculaire)
- o *pour trois ans (1er septembre 2015 au 31 août 2018)*
BERTHEL Marc (Gériatrie)
BURSZTEJN Claude (Pédo-psychiatrie)
HASSELMANN Michel (Réanimation médicale)
POTTECHER Thierry (Anesthésie-Réanimation)
- o *pour trois ans (1er septembre 2016 au 31 août 2019)*
BOUSQUET Pascal
PINGET Michel
- o *pour trois ans (1er septembre 2017 au 31 août 2020)*
BELLOCQ Jean-Pierre (Anatomie Cytologie pathologique)
CHRISTMANN Daniel (Maladies Infectieuses et tropicales)
MULLER André (Thérapeutique)

F2 - PROFESSEUR des UNIVERSITES ASSOCIE (mi-temps)

M. SOLER Luc CNU-31 IRCAD (01.09.2009 - 30.09.2012 / renouvelé 01.10.2012-30.09.2015-30.09.2018)

F3 - PROFESSEURS CONVENTIONNÉS* DE L'UNIVERSITE

Dr BRAUN Jean-Jacques	ORL (2012-2013 / 2013-2014 / 2014-2015 / 2015-2016)
Dr CALVEL Laurent	Soins palliatifs (2016-2017 / 2017-2018)
Pr CHARRON Dominique	Université Paris Diderot (2016-2017)
Mme GUI Yali	(Shaanxi/Chine) (2016-2017)
Mme Dre GRAS-VINCENDON Agnès	Pédopsychiatrie (2013-2014 / 2014-2015 / 2015-2016)
Dr JENNY Jean-Yves	Chirurgie orthopédique (2014-2015 / 2015-2016 / 2016-2017)
Mme KIEFFER Brigitte	IGBMC (2014-2015 / 2015-2016 / 2016-2017)
Dr KINTZ Pascal	Médecine Légale (2016-2017 / 2017-2018)
Dr LAND Walter G.	Immunologie (2013-2014 à 2015-2016 / 2016-2017)
Dr LANG Jean-Philippe	Psychiatrie (2015-2016 / 2016-2017)
Dr LECOCQ Jehan	IURC - Clémenceau (2016-2017 / 2017-2018)
Dr REIS Jacques	Neurologie (2017-2018)
Pr REN Guo Sheng	(Chongqing / Chine) / Oncologie (2014-2015 à 2016-2017)
Dr RICCO Jean-Baptiste	CHU Poitiers (2017-2018)
Dr SALVAT Eric	Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur (2016-2017 / 2017-2018)

(* 4 années au maximum)

G1 - PROFESSEURS HONORAIRES

ADLOFF Michel (Chirurgie digestive) / 01.09.94	KURTZ Daniel (Neurologie) / 01.09.98
BABIN Serge (Orthopédie et Traumatologie) / 01.09.01	LANG Gabriel (Orthopédie et traumatologie) / 01.10.98
BAREISS Pierre (Cardiologie) / 01.09.12	LANG Jean-Marie (Hématologie clinique) / 01.09.2011
BATZENSCHLAGER André (Anatomie Pathologique) / 01.10.95	LEVY Jean-Marc (Pédiatrie) / 01.10.95
BAUMANN René (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.10	LONSDORFER Jean (Physiologie) / 01.09.10
BERGERAT Jean-Pierre (Cancérologie) / 01.01.16	LUTZ Patrick (Pédiatrie) / 01.09.16
BIENTZ Michel (Hygiène) / 01.09.2004	MAILLOT Claude (Anatomie normale) / 01.09.03
BLICKLE Jean-Frédéric (Médecine Interne) / 15.10.2017	MAITRE Michel (Biochimie et biol. moléculaire) / 01.09.13
BLOCH Pierre (Radiologie) / 01.10.95	MANDEL Jean-Louis (Génétique) / 01.09.16
BOURJAT Pierre (Radiologie) / 01.09.03	MANGIN Patrice (Médecine Légale) / 01.12.14
BRECHENMACHER Claude (Cardiologie) / 01.07.99	MANTZ Jean-Marie (Réanimation médicale) / 01.10.94
BRETTES Jean-Philippe (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.10	MARESCAUX Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.16
BROGARD Jean-Marie (Médecine interne) / 01.09.02	MARK Jean-Joseph (Biochimie et biologie cellulaire) / 01.09.99
BUCHHEIT Fernand (Neurochirurgie) / 01.10.99	MESSER Jean (Pédiatrie) / 01.09.07
BURGHARD Guy (Pneumologie) / 01.10.86	MEYER Christian (Chirurgie générale) / 01.09.13
CANTINEAU Alain (Médecine et Santé au travail) / 01.09.15	MEYER Pierre (Biostatistiques, informatique méd.) / 01.09.10
CAZENAVE Jean-Pierre (Hématologie) / 01.09.15	MINCK Raymond (Bactériologie) / 01.10.93
CHAMPY Maxime (Stomatologie) / 01.10.95	MONTEIL Henri (Bactériologie) / 01.09.2011
CINQUALBRE Jacques (Chirurgie générale) / 01.10.12	MOSSARD Jean-Marie (Cardiologie) / 01.09.2009
CLAVERT Jean-Michel (Chirurgie infantile) / 31.10.16	OUDET Pierre (Biologie cellulaire) / 01.09.13
COLLARD Maurice (Neurologie) / 01.09.00	PASQUALI Jean-Louis (Immunologie clinique) / 01.09.15
CONRAUX Claude (Oto-Rhino-Laryngologie) / 01.09.98	PATRIS Michel (Psychiatrie) / 01.09.15
CONSTANTINESCO André (Biophysique et médecine nucléaire) / 01.09.11	Mme PAULI Gabrielle (Pneumologie) / 01.09.2011
DIETMANN Jean-Louis (Radiologie) / 01.09.17	REYS Philippe (Chirurgie générale) / 01.09.98
DOFFOEL Michel (Gastroentérologie) / 01.09.17	RITTER Jean (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.02
DORNER Marc (Médecine Interne) / 01.10.87	ROEGEL Emile (Pneumologie) / 01.04.90
DUPEYRON Jean-Pierre (Anesthésiologie-Réa.Chir.) / 01.09.13	RUMPLER Yves (Biol. développement) / 01.09.10
EISENMANN Bernard (Chirurgie cardio-vasculaire) / 01.04.10	SANDNER Guy (Physiologie) / 01.09.14
FABRE Michel (Cytologie et histologie) / 01.09.02	SAUVAGE Paul (Chirurgie infantile) / 01.09.04
FISCHBACH Michel (Pédiatrie) / 01.10.2016	SCHAFF Georges (Physiologie) / 01.10.95
FLAMENT Jacques (Ophtalmologie) / 01.09.2009	SCHLAEDER Guy (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.01
GAY Gérard (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.13	SCHLIENGER Jean-Louis (Médecine Interne) / 01.08.11
GERLINGER Pierre (Biol. de la Reproduction) / 01.09.04	SCHRAUB Simon (Radiothérapie) / 01.09.12
GRENIER Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.97	SCHWARTZ Jean (Pharmacologie) / 01.10.87
GROSSHANS Edouard (Dermatologie) / 01.09.03	SICK Henri (Anatomie Normale) / 01.09.06
GUT Jean-Pierre (Virologie) / 01.09.14	STIERLE Jean-Luc (ORL) / 01.09.10
HAUPTMANN Georges (Hématologie biologique) / 01.09.06	STOLL Claude (Génétique) / 01.09.2009
HEID Ernest (Dermatologie) / 01.09.04	STOLL-KELLER Françoise (Virologie) / 01.09.15
IMBS Jean-Louis (Pharmacologie) / 01.09.2009	STORCK Daniel (Médecine interne) / 01.09.03
IMLER Marc (Médecine interne) / 01.09.98	TEMPE Jean-Daniel (Réanimation médicale) / 01.09.06
JACQMIN Didier (Urologie) / 09.08.17	TONGIO Jean (Radiologie) / 01.09.02
JAECK Daniel (Chirurgie générale) / 01.09.11	TREISSER Alain (Gynécologie-Obstétrique) / 24.03.08
JAEGER Jean-Henri (Chirurgie orthopédique) / 01.09.2011	VAUTRAVERS Philippe (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.16
JESSEL Michel (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.04	VETTER Jean-Marie (Anatomie pathologique) / 01.09.13
KEHR Pierre (Chirurgie orthopédique) / 01.09.06	VINCENDON Guy (Biochimie) / 01.09.08
KEMPF François (Radiologie) / 12.10.87	WALTER Paul (Anatomie Pathologique) / 01.09.09
KEMPF Ivan (Chirurgie orthopédique) / 01.09.97	WEITZENBLUM Emmanuel (Pneumologie) / 01.09.11
KEMPF Jules (Biologie cellulaire) / 01.10.95	WIHLM Jean-Marie (Chirurgie thoracique) / 01.09.13
KIRN André (Virologie) / 01.09.99	WILK Astrid (Chirurgie maxillo-faciale) / 01.09.15
KREMER Michel (Parasitologie) / 01.05.98	WILLARD Daniel (Pédiatrie) / 01.09.96
KRIEGER Jean (Neurologie) / 01.01.07	WITZ JEAN-Paul (Chirurgie thoracique) / 01.10.90
KUNTZ Jean-Louis (Rhumatologie) / 01.09.08	
KUNTZMANN Francis (Gériatrie) / 01.09.07	

Légende des adresses :

FA : Faculté de Médecine : 4, rue Kirschleger - F - 67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.68.85.35.20 - Fax : 03.68.85.35.18 ou 03.68.85.34.67

HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG (HUS) :

- NHC : **Nouvel Hôpital Civil** : 1, place de l'Hôpital - BP 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03 69 55 07 08
- HC : **Hôpital Civil** : 1, Place de l'Hôpital - B.P. 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.67.68
- HP : **Hôpital de Hautepierre** : Avenue Molière - B.P. 49 - F - 67098 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.12.80.00
- **Hôpital de La Robertsau** : 83, rue Himmerich - F - 67015 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.55.11
- **Hôpital de l'Elsau** : 15, rue Cranach - 67200 Strasbourg - Tél. : 03.88.11.67.68

CMCO - Centre Médico-Chirurgical et Obstétrical : 19, rue Louis Pasteur - BP 120 - Schiltigheim - F - 67303 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.62.83.00

C.C.O.M. - Centre de Chirurgie Orthopédique et de la Main : 10, avenue Baumann - B.P. 96 - F - 67403 Illkirch Graffenstaden Cedex - Tél. : 03.88.55.20.00

E.F.S. : Etablissement Français du Sang - Alsace : 10, rue Spielmann - BP N°36 - 67065 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.21.25.25

Centre Régional de Lutte contre le cancer "Paul Strauss" - 3, rue de la Porte de l'Hôpital - F-67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.25.24.24

IURC - Institut Universitaire de Réadaptation Clemenceau - CHU de Strasbourg et UGECAM (Union pour la Gestion des Etablissements des Caisses d'Assurance Maladie) - 45 boulevard Clemenceau - 67082 Strasbourg Cedex

RESPONSABLE DE LA BIBLIOTHÈQUE DE MÉDECINE ET ODONTOLOGIE ET DU DÉPARTEMENT SCIENCES, TECHNIQUES ET SANTÉ DU SERVICE COMMUN DE DOCUMENTATION DE L'UNIVERSITÉ DE STRASBOURG

Monsieur Olivier DIVE, Conservateur

LA FACULTÉ A ARRÊTÉ QUE LES OPINIONS ÉMISES DANS LES DISSERTATIONS
QUI LUI SONT PRÉSENTÉES DOIVENT ÊTRE CONSIDÉRÉES COMME PROPRES
À LEURS AUTEURS ET QU'ELLE N'ENTEND NI LES APPROUVER, NI LES IMPROUVER

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe. Ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser les crimes.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis resté fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

REMERCIEMENTS

Aux membres du jury,

Monsieur le Professeur Jean-Emmanuel KURTZ,

Je suis honoré que vous ayez accepté de présider mon jury de thèse. Ce travail est l'aboutissement d'un parcours professionnel que vous avez accompagné avec considération et enthousiasme et je vous en suis profondément reconnaissant.

Monsieur le Professeur Laurent CALVEL

Je vous remercie d'avoir accepté de me guider dans ce travail. J'ai eu la chance de faire votre rencontre lors de mon premier stage en unité de soins palliatifs. Depuis, nos échanges réguliers qui portent tantôt sur les patients, tantôt sur l'articulation des soins palliatifs avec la médecine, tantôt sur mon parcours professionnel, nourrissent mes réflexions et mes choix professionnels. Veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect autant que de mon amitié sincère.

Madame le Professeur Francis SCHNEIDER,

Je vous remercie d'avoir accepté de juger mon travail. C'est dans votre service que j'ai débuté mon internat et j'en garde un souvenir vivace. Le cadre dans lequel j'ai pu goûter aux responsabilités et réflexions médicales en tant que jeune interne, au sein de votre service et auprès de vos collègues, a été le terreau idéal pour germer les grandes lignes de mon internat par la suite. Veuillez trouver ici l'expression de ma gratitude à cet égard.

Monsieur le Professeur Luc FORNECKER,

Merci d'avoir accepté de participer à mon jury de thèse. Mon intérêt pour les soins de support et les soins palliatifs nous amènera, je l'espère, à collaborer par la suite. Veuillez trouver ici l'expression de ma gratitude et de mon enthousiasme.

Merci à celles et ceux qui m'ont aidé et conseillé dans l'élaboration et la réalisation de ce travail :
Monsieur le Pr Régis Aubry, Dr Alain Togneri, Aline Chassagne, Aurélie Cretin, Danièle Leboul,
Dr Gaël Piton et Pr Gilles Capellier ainsi que les médecins qui ont accepté de participer à ce
travail.

A ma famille,

Céline, ton soutien et ta patience durant les moments difficiles de ces dernières années sont pour
moi des ressources inestimables, rassurantes, et contenantes. Tu me donnes chaque jour envie
d'être une meilleure personne. Nous sommes lancés dans une nouvelle aventure et savoir que
nous serons ensemble me rend heureux. Je t'aime.

Maman et Papa,

J'espère que vous serez fiers de moi. Si j'apprends mon métier par compagnonnage, j'ai appris
dans la vie en vous regardant vous débrouiller avec ce qu'elle vous a offert et j'ai le sentiment
d'avoir eu beaucoup de chance à ce jeu-là. Je vous suis reconnaissant et je vous aime.

Mes frères, Frédéric et Clément, leurs épouses et tous leurs enfants.

Merci pour vos conseils avisés sur toutes sortes de choses de l'existence. Merci pour les
chaleureux moments quand on se retrouve. J'ai la chance de pouvoir compter sur vous. Je vous
aime.

A mes grands-parents,

Il ne reste que pépé avec nous, qui m'encourage tous les jours pour mon travail et dans la vie. J'ai
la chance de pouvoir encore savourer une bière en écoutant tes histoires et en partageant des
éclats de rires avec toi. J'ai un profond respect pour l'homme que tu es et la vie que tu as eu. Je
chéris les moments que nous passons ensemble et tout ce que tu m'as appris dans la vie.

Mémé, Amama et Grand-père ne sont plus avec nous. Je les convoque ici par leurs noms, comme je le fais aussi souvent que je le peux par la parole. Ils m'accompagnent et font un peu de qui je suis.

A ma marraine Claude et mon parrain Patrick, et son épouse Nicole.

Je mesure la chance d'avoir gardé contact avec parrain et marraine, même si je ne suis pas toujours assidu. Merci d'être toujours à mes côtés.

A mes cousins, oncles et tantes, proches ou lointains, ici ou ailleurs

Le temps pour se retrouver est peu de chagrin. Je pense bien à vous tous aujourd'hui.

A ma belle-famille, Béatrice et Jean-Paul, Yann et Dana

Merci de l'accueil que j'ai reçu au sein de votre famille. Je me réjouis des moments partagés, présents et à venir.

A mes amis,

Aude et Baptiste, Thomas et Coralie, mes amis rencontrés sur les bancs de la faculté.

Merci pour vos encouragements, votre partage d'expérience au sujet de la thèse et votre soutien.

Pourvu que durent nos discussions sur l'état du monde, sur nos dernières découvertes musicales ou sur les joies et peines de la vie de jeunes parents et jeunes médecins.

Je suis heureux de vous avoir à mes côtés.

Alexis et Géraldine,

Je suis heureux qu'on se soit rencontrés et désormais de vous avoir à mes côtés. Votre départ annoncé vers l'Ouest vous rapproche des vôtres. Puissent ces nouvelles aventures vous rendre heureux. Nous aurons plaisir à vous retrouver après tous ces bons moments partagés. Aurons-nous encore l'occasion d'aller danser ? « Heute nicht, tut mir leid »

Mehdi, Claire, Margaux, Arthur, Julien, Marie,

La bande de potes. Depuis le lycée ! Que de souvenirs. Nous nous sommes sacrément marré ces 15 dernières années. Pourvu que ça dure ! Qu'on s'amuse et qu'on s'aime !

Mathilde et Hugo, Mathias, Ian,

Mes co-internes devenus des amis proches. Nous avons trouvé des résonances communes au travail et en dehors. Vous m'avez aidé à tenir bon durant les moments difficiles de l'internat.

Merci. <3

Lucas,

Notre amitié m'est précieuse, comme les souvenirs du temps passé ensemble durant toutes ces années de jeunesse. Tu as attendu et moqué avec espièglerie l'aboutissement interminable de ce travail. Enfin, nous y sommes !

A mes collègues de travail, anciens et à venir,

Co-internes, infirmier.es, aides-soignant.es, jeunes et moins jeunes chefs. Vous m'avez tous et toutes appris quelque chose de mon métier et continuerez à le faire. C'est un travail d'équipe !

TABLE DES MATIERES

SERMENT D'HIPPOCRATE.....	13
REMERCIEMENTS	14
TABLE DES MATIERES	18
1. INTRODUCTION	23
2. RATIONNEL ET CADRE THEORIQUE.....	26
A. ÉPIDEMIOLOGIE DES CANCERS.....	26
a. <i>Données récentes</i>	26
b. <i>Les patients atteints de cancers avancés</i>	27
B. REANIMATION ET CANCER.....	29
a. <i>Définition de la réanimation</i>	29
b. <i>Évolution du recours à la réanimation en oncologie</i>	29
c. <i>Facteurs pronostiques</i>	30
d. <i>Triage</i>	31
e. <i>Une plus grande considération du processus décisionnel et de la collaboration</i>	33
C. CADRE THEORIQUE	36
a. <i>Définitions</i>	36
b. <i>Pré-supposés</i>	40
c. <i>Emprunts théoriques</i>	43
D. PROBLEMATIQUE.....	46
3. MATERIEL ET METHODES	48
A. INTRODUCTION AUX METHODES DE RECHERCHE QUALITATIVE.....	48
a. <i>Définitions</i>	48
b. <i>Méthodes de recueil des données</i>	52
c. <i>Une méthode d'analyse des données : la théorie ancrée</i>	52
d. <i>Critères de qualité d'une publication en recherche qualitative - COREQ</i>	53

B.	PLAN EXPERIMENTAL	55
a.	<i>Information et contact des services</i>	55
b.	<i>Observation</i>	56
c.	<i>Entretiens semi-dirigé ou semi-directifs</i>	56
C.	CODAGE ET ANALYSE.....	59
D.	NOTION DE SATURATION DES DONNEES ET DES CONCEPTS	60
E.	DEMARCHES REGLEMENTAIRES.....	60
4.	RESULTATS	62
A.	DEROULEMENT DE LA RECHERCHE.....	62
a.	<i>Temps d'observation</i>	62
b.	<i>Entretiens</i>	62
B.	ORGANISATION DE LA COLLABORATION – PRINCIPAUX THEMES.....	64
C.	L'ORGANISATION DE LA COLLABORATION EST UN PHENOMENE DYNAMIQUE	66
a.	<i>Une organisation fondée sur les demandes et décisions conjointes</i>	66
b.	<i>Une variabilité des interlocuteurs liée à l'organisation des colonnes de garde</i>	67
c.	<i>Évolution des thérapeutiques et des connaissances</i>	68
d.	<i>Interdépendance</i>	71
e.	<i>Expérience ou compétence</i>	72
f.	<i>Recherche d'interlocuteurs privilégiés à travers son réseau de connaissances</i>	73
g.	<i>Contraintes et Contingences</i>	75
D.	LES SITUATIONS D'INCERTITUDE METTENT EN TENSION LA COLLABORATION INTERDISCIPLINAIRE.....	76
a.	<i>Des interactions parfois conflictuelles</i>	76
b.	<i>Différentes situations</i>	78
c.	<i>Les situations palliatives mettent en tension la collaboration</i>	79
d.	<i>L'incertitude et l'imprévu mettent en tension la collaboration</i>	81
e.	<i>Une rationalité limitée par l'urgence</i>	82
f.	<i>La question du pronostic fait l'objet de négociations et d'enjeux de pouvoir</i>	82
E.	LES PARTICIPANTS ONT MIS EN PLACE DES STRATEGIES POUR FAIRE EVOLUER L'ORGANISATION DE LA COLLABORATION INTERDISCIPLINAIRE.....	85
a.	<i>Recherche d'interlocuteurs de confiance à travers son réseau</i>	86

b.	<i>Anticipation et Niveaux de soins</i>	87
c.	<i>Arbres décisionnels et Procédures d'appel à la réanimation</i>	89
d.	<i>La réanimation d'attente</i>	90
F.	LA COLLABORATION TELLE QU'ELLE EST VALORISEE PAR LES PARTICIPANTS RELEVE DE L'INTERDISCIPLINARITE PLUTOT QUE DE PROCEDURES RATIONNELLES.....	92
a.	<i>Confiance et reconnaissance mutuelle</i>	93
e.	<i>Intégration des connaissances échangées</i>	94
f.	<i>Traçabilité écrite</i>	95
g.	<i>Une entente sur un objectif commun</i>	95
5.	DISCUSSION	97
A.	LE RECOURS AUX METHODES ISSUES DES SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES APPORTE UN ECLAIRAGE COMPLEMENTAIRE.....	97
a.	<i>Le recours aux méthodes de recherches qualitatives est faisable et accepté</i>	97
b.	<i>Un intérêt partagé pour la collaboration entre oncologues et réanimateurs</i>	97
B.	LA LIBERTE D'ORGANISATION	99
a.	<i>La liberté d'organisation que notre travail met en lumière est une constante dans la profession médicale</i>	99
b.	<i>Une liberté d'organisation qui permet de répondre à la majorité des situations</i>	101
C.	L'INCERTITUDE : ENJEU DES NEGOCIATIONS	104
a.	<i>Pourquoi et comment l'incertitude met en tension la collaboration ?</i>	104
b.	<i>Peut-on réellement estimer le bénéfice d'une prise en charge en réanimation ?</i>	106
c.	<i>Des solutions rationnelles ?</i>	107
d.	<i>La réanimation d'attente est-elle une réponse à l'incertitude ?</i>	109
D.	COMMENT L'ORGANISATION DE LA COLLABORATION PEUT-ELLE REpondre A LA SINGULARITE ?.....	111
a.	<i>La collaboration interdisciplinaire pour s'adapter à la « singularité à grande échelle »</i>	111
b.	<i>Peut-on se faire une idée de la « qualité » de la collaboration à partir de nos résultats ?</i>	111
c.	<i>Ce que d'autres travaux de recherche qualitative en santé nous disent de la collaboration interdisciplinaire en réanimation</i>	114
d.	<i>Modèles existants pour faire face à l'incertitude et aux conflits dans la collaboration ?</i>	117
e.	<i>Une organisation fondée sur la satisfaction des soignants est-elle bénéfique aux patients ?</i>	119

E.	LIMITES	120
a.	<i>Difficultés d'accès au terrain de recherche : la méconnaissance des sciences humaines en médecine</i> <i>120</i>	
b.	<i>Échantillonnage : une surreprésentation de pneumologues au sein d'un échantillon trop faible....</i>	122
c.	<i>L'entretien : une méthode de choix mais un exercice difficile.....</i>	123
d.	<i>Ces constatations sont-elles valides ?.....</i>	124
e.	<i>La recherche qualitative : un catalogue d'évidences ?</i>	124
f.	<i>La culture de chaque discipline</i>	126
g.	<i>L'enjeu de la reproductibilité</i>	126
F.	IMPLICATIONS PRATIQUES	127
a.	<i>Implications pour les participants.</i>	127
b.	<i>Implications dans d'autres contextes.....</i>	128
c.	<i>Implications personnelles</i>	130
6.	CONCLUSION	131
7.	ANNEXES	134
A.	ARBRE DECISIONNEL ISSU DES RECOMMANDATIONS DE L'AFSOS EN 2015	134
B.	GRILLE COREQ	134
C.	GUIDE D'ENTRETIEN.....	137
D.	NOTICE D'INFORMATION	139
E.	EXEMPLES D'ENTRETIENS.....	143
8.	BIBLIOGRAPHIE	160

LISTE DES ILLUSTRATIONS

Figure 1 - Epidémiologie des cancers en France, Evolution de la survie nette à 5 ans entre 1989-1993 et 2005-2010	24
Figure 2 - Typologies d'admission en réanimation	32
Figure 3 - Stratégies mises en place par les participants afin de faire évoluer la collaboration et ses règles implicites	83

Tableau 1 – Récapitulatif des entretiens	60
Tableau 2 – Thèmes et Catégories	62
Tableau 3 - Exemples de situations cliniques relatées par les participants	77
Tableau 4 – Niveaux d’intégration de la collaboration	109
Tableau 5 - Obstacles et Atouts de la collaboration entre oncologues et réanimateurs en pédiatrie	113

1. Introduction

La définition réglementaire de la réanimation est fixée à l'article R. 6123-33 du décret n°2002-465 du 5 avril 2002 : « les soins de réanimation sont destinés à des patients qui présentent ou sont susceptibles de présenter plusieurs défaillances viscérales aiguës mettant directement en jeu le pronostic vital et impliquant le recours à des méthodes de suppléance.(1) » L'état de santé de ces patients est, par définition, instable et nécessite une intervention médicale pour en prévenir l'aggravation. Une surveillance intensive, et la suppléance transitoire d'une ou plusieurs fonctions vitales sont mises en place le temps de retrouver, par le biais d'un traitement étiologique, un état stable. Ce n'est que rarement un retour à l'état antérieur, eu égard aux nombreuses complications possibles liées à la cause la défaillance ou aux traitements instaurés. En effet, la mortalité des patients admis en réanimation est élevée, estimée entre 16 et 18% dans une cohorte de patients européens admis en réanimation en 2012(2).

Pour ces raisons, l'admission d'un patient en réanimation, lorsqu'il est atteint d'une maladie grave et qui grève son pronostic vital et fonctionnel, est une décision difficile.

Le cancer est la première cause de mortalité en France à ce jour. Elle est « l'archétype » de la maladie grave, dont les représentations sont associées à l'idée de mort(3).

Cependant, du fait des progrès conjoints en oncologie et en réanimation, l'espérance de vie des patients atteints de cancers s'est améliorée. En réanimation, elle se rapproche désormais de celle des patients admis quel que soit leurs comorbidités(4). L'admission en réanimation des patients atteints de cancer est une situation de plus en plus fréquente.

Se pose alors la question de savoir comment déterminer, a priori, s'il est raisonnable de transférer en réanimation ce patient atteint d'un cancer métastatique qui présente, par exemple, un choc septique ?

Le plus souvent, la question est pensée à travers le prisme du raisonnement médical : quels sont les facteurs pronostiques relatifs à la maladie sous-jacente ? Que peut-on dire de l'analyse rétrospective de la survie de ces patients ? Quel est le pronostic de telle complication aiguë ? Peut-on mesurer la gravité de l'état de santé d'un patient à partir d'un score pronostique pour faire des comparaisons et mieux cerner la gravité des situations ? Des publications scientifiques viennent éclairer certaines de ces questions, attestant du lien entre clinique et recherche et de l'intérêt pour la question de la réanimation des patients atteints de cancer.

Cependant, les progrès médicaux ont plutôt eu pour effet d'accentuer l'incertitude dans cette évaluation(5). La qualité de la collaboration et du processus décisionnel entre oncologues et réanimateurs apparaît dès lors comme primordiale.

A ce sujet, plusieurs questions me semblaient intéressantes et peu d'études nous renseignent sur la collaboration entre oncologues et réanimateurs. Qu'est-ce qu'une « bonne » décision de transfert en réanimation d'un patient atteint de cancer ? Celle à l'issue de laquelle le patient survit ? Il s'agirait là d'une vision utilitariste de la décision médicale.

Interrogeons plutôt le déroulé qui aboutit à ces décisions. Quelles sont les conditions de ces décisions ? Comment les réanimateurs et les oncologues se rencontrent à l'interface entre leurs deux disciplines ? Ces questions sont le reflet d'un regard porté sur la décision en tant que telle, en tant que processus, et surtout aux conditions de la décision, plutôt qu'à sa finalité.

En effet, face aux possibilités techniques actuelles, les données cliniques et scientifiques qui fondent les décisions de soins sont intimement liées à des interrogations éthiques. Autrement dit, est-ce que nous sommes en train de « bien » faire à travers cette démarche décisionnelle, eu égard aux nombreuses entrées de ces décisions complexes ?

C'est sur ces fondements qu'a germé l'idée d'un travail de recherche, de nature qualitative, sur le thème de la collaboration entre oncologues et réanimateurs. Une approche des dimensions

débordant la clinique m'est apparue éclairante pour dépasser les connaissances actuelles sur le plan biomédical.

La collaboration interdisciplinaire dans les soins portés aux patients atteints de cancer en réanimation ou au seuil de la réanimation reflète bien la richesse et la complexité de l'exercice médical, à la croisée entre les connaissances scientifiques, les possibilités techniques, les enjeux éthiques, la culture médicale et disciplinaire, les valeurs morales de chacun et l'organisation des soins.

A travers l'observation des pratiques et l'exploration du vécu des praticiens, nous avons voulu décrire et comprendre l'organisation et les caractéristiques de la collaboration interdisciplinaire entre oncologues et réanimateurs.

2. Rationnel et cadre théorique

A. Épidémiologie des cancers

a. Données récentes

Le cancer est une maladie causée par des mutations successives de l'ADN et caractérisée par une prolifération incontrôlée de cellules(6). Il s'agit d'une pathologie fréquente et grave, responsable de 157 400 décès en 2018 en France, ce qui en fait la première cause de décès (Données INCa). L'évolution récente et exponentielle des connaissances médicales, notamment à l'échelle génomique, a permis une amélioration de la compréhension des mécanismes du cancer et la découverte de nouveaux traitements. Ces nouvelles molécules, dont le développement a été favorisé par l'essor conjoint de l'industrie pharmaceutiques, ont, de manière incrémentielle,

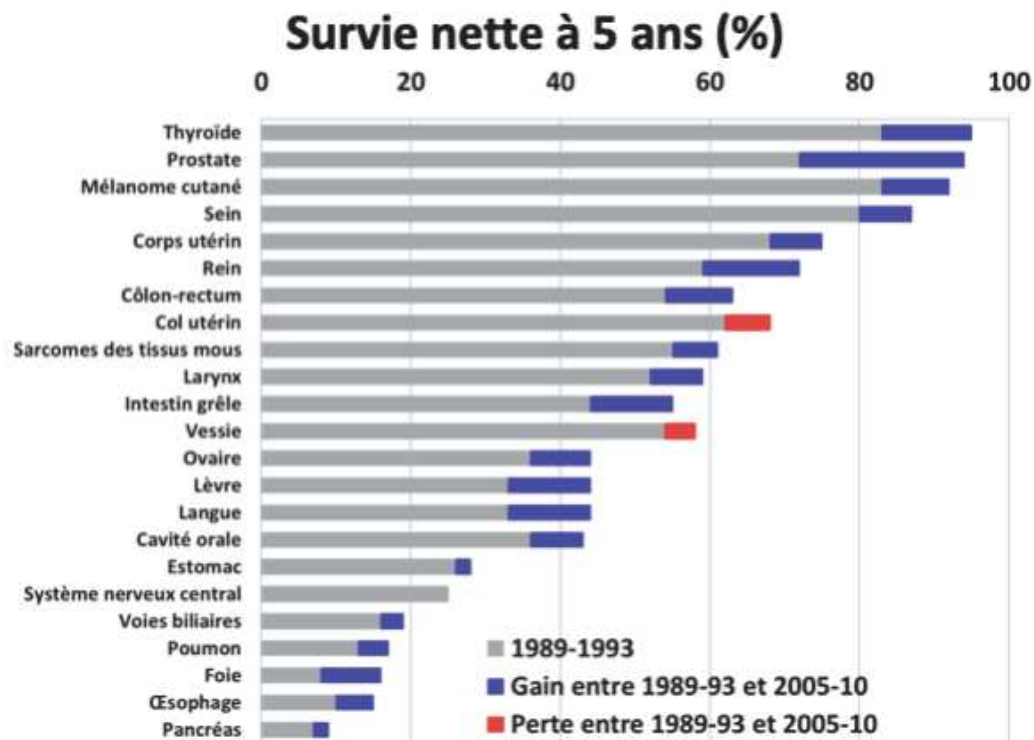


Figure 1 – Evolution de la survie nette à 5 ans entre 1989-1993 et 2005-2010

Source :Epidémiologie des cancers en France, C. Lefoupil et C.Hill, Service de Biostatistiques et d'épidémiologie de l'IGR, 2017

permis une amélioration de l'espérance de vie des patients atteints de cancer. Un gain de survie nette (par opposition à la survie relative) est observé dans la grande majorité des cancers. (*Figure 1*)

Ces changements se sont accompagnés d'une augmentation du nombre de cancers, imputée au vieillissement de la population et au recours aux dépistages organisés dans la majorité des pays développés, si bien que, à la fois l'incidence et la prévalence du cancer en France sont en augmentation (Données INCa).

Cependant, il est important de garder à l'esprit que les cancers sont en réalité une somme de maladies hétérogènes dans leur évolutivité, leur pronostic et leur prévalence. Pour exemple, la survie nette à 5 ans des patients diagnostiqués, entre 2005 et 2010, varie de 4 à 98 % selon le type de cancer (Données INCa). Cette hétérogénéité illustre les difficultés à comprendre et à interpréter les données pronostiques concernant les patients atteints de cancers.

En somme, les patients atteints de cancers sont de plus en plus nombreux, ils vivent plus longtemps, et ont accès à des traitements étiologiques plus efficaces. Ceci crée de nouvelles situations cliniques.

b. Les patients atteints de cancers avancés

« Un cancer avancé est un cancer ayant disséminé à distance sous la forme de métastases non résecables, un cancer dont la localisation primitive est non résecable, un cancer progressif après une seconde ligne de traitement spécifique ou un cancer considéré comme non curable »

La définition de cancers avancés n'est pas unanime parmi la communauté scientifique. La plupart des sociétés savantes s'accordent pour dire qu'un cancer avancé est une tumeur maligne ne pouvant être guérie (caractère commun aux définitions produites par le National Institute of Health (NIH) Canadian Cancer Society (CCS) et l'European Association for Medical Oncology (ESMO)). Pour autant, certaines sociétés savantes évoquent également le caractère métastatique de la pathologie (ESMO, NIH) le caractère non résecable de la tumeur (ESMO) ou encore l'absence de réponse aux traitements spécifiques (CCS).

Les cancers avancés sont à ce jour considérés comme des maladies évolutives et mortelles, bien que le progrès médical ait permis un allongement de la durée et des conditions de vie de ces patients.

Notamment, le profil évolutif de certains cancers avancés s'est considérablement modifié, avec des survies parfois prolongées. On peut citer l'exemple d'une population particulière de cancers du poumon, dont la carcinogénèse est marquée par la présence d'une mutation des exons 19 et 21 du gène de l'Epithelial Growth Factor Receptor (EGFR). Les traitements ciblant l'EGFR ont permis un net allongement de la survie de ces patients(7). Un autre exemple est celui des traitements par inhibiteurs de check-point, une des différentes formes d'immunothérapie, dans les mélanomes métastatiques et d'autres types de cancers, qui ont également entraîné des survies prolongées (8,9).

La population de patients atteints de cancers avancés est particulièrement intéressante au regard de la réanimation, parce qu'il s'agit de patients dont le pronostic vital et fonctionnel est mis en jeu par le cancer dans des proportions variables. On comprendra que le recours à la réanimation soit une décision difficile à prendre lorsqu'elle concerne des patients atteints d'une maladie mettant en jeu le pronostic vital et fonctionnel du patient. Ces décisions sont un exercice d'autant plus

délicat, que les progrès thérapeutiques font évoluer les notions de pronostic, et tendent à augmenter l'incertitude plutôt qu'à la dissiper.

Nous allons donc nous intéresser, dans un premier temps, à ce que l'on sait du recours à la réanimation des patients atteints de cancer, pour mieux comprendre, ensuite, comment ces connaissances ne sont qu'un des éléments permettant d'appréhender la réanimation des patients atteints de cancer.

B. Réanimation et cancer

a. Définition de la réanimation

La définition réglementaire de la réanimation est fixée à l'article R. 6123-33 du décret n°2002-465 du 5 avril 2002 : « les soins de réanimation sont destinés à des patients qui présentent ou sont susceptibles de présenter plusieurs défaillances viscérales aiguës mettant directement en jeu le pronostic vital et impliquant le recours à des méthodes de suppléance. » L'état de santé de ces patients est par définition instable, et nécessite une intervention médicale pour en prévenir l'aggravation.

b. Évolution du recours à la réanimation en cancérologie

Peu de publications rapportent l'évolution de la prise en charge en réanimation des patients atteints de cancer dans le temps. Une étude anglaise a observé, entre 1997 et 2013, une amélioration de la survie hospitalière des patients atteints de tumeurs solides (de 32% à 27% de

mortalité hospitalière) et de tumeurs hématologiques (de 64% à 52% de mortalité hospitalière) lors d'une admission non prévue en réanimation(10).

Au sein de l'étude européenne SOAP portant sur la survenue d'infections durant le séjour en réanimation, 15% des patients avaient un cancer, dont 85% une tumeur solide. La mortalité hospitalière de ces patients était similaire, qu'ils aient un cancer ou non, sauf pour les patients ayant plus d'une défaillance d'organe(11). Ce constat, c'est à dire que les patients atteints de cancer ont, pour la prise en charge d'une même complication, une survie comparable à celle de patients atteints, par exemple, d'une insuffisance d'organe, me semble particulièrement important à souligner. Elle est corroborée par d'autres études(4,12).

Une méta-analyse publiée en 2019 confirme la tendance à l'amélioration de la survie des patients atteints de cancer en réanimation(13)

Cependant, dans ces séries, les patients atteints de cancers sont étudiés sans qu'il n'y ait toujours de distinction dans l'analyse entre tumeurs solides et hémopathies, et sans distinction non plus entre cancers avancés ou non. Envisager le pronostic des patients atteints de cancer dans leur globalité peut être questionné tant il s'agit de groupes de patients hétérogènes, et tant chaque situation est singulière(5).

c. Facteurs pronostiques

Les facteurs pronostiques qui permettent d'évaluer sur le plan médical la sévérité de l'état de santé des patients atteints de cancer ont évolué avec le temps. La ventilation mécanique, l'arrêt cardio-respiratoire, le score OMS du patient ou l'existence d'au moins deux défaillances vitales sont des facteurs pronostiques péjoratifs retrouvés dans plusieurs séries(14,15). Le type de cancer, ou l'existence d'un cancer, n'est pas en soi un facteur pronostique. Le caractère métastatique, ou en progression, du cancer est un facteur pronostique discuté(16,17). Les admissions non

programmées sont associées à un moins bon pronostic que les admissions prévues, c'est-à-dire faisant suite le plus souvent à une chirurgie programmée(15).

On peut faire plusieurs remarques sur les facteurs pronostiques. D'une part, ils sont établis avec un certain retard sur l'évolution des thérapeutiques en cancérologie et en réanimation. Ensuite ils sont parfois étudiés à partir des séries rétrospectives, avec un niveau de preuve plus faible, et un biais de sélection important, puisque les critères d'admission en réanimation ne sont pas standardisés.

Enfin, dans la réflexion sur le bénéfice d'une prise en charge en réanimation, les facteurs pronostiques sont souvent déterminés à court-terme, en étudiant leur association avec la mortalité en réanimation ou la mortalité hospitalière. La question de la qualité de vie à 3 et 6 mois est importante mais moins souvent disponible, qui plus est chez des patients atteints de cancers métastatiques par exemple, pour lesquels la mortalité hospitalière est probablement moins pertinente lorsqu'il s'agit de prendre des décisions thérapeutiques(18,19).

Tous ces éléments illustrent l'hétérogénéité des données concernant les patients atteints de cancers. Ils illustrent surtout la difficulté à déterminer, a priori, le bénéfice attendu d'une prise en charge en réanimation.

d. Triage

Le triage est l'exercice difficile qui consiste à déterminer si une admission en réanimation est raisonnable ou non pour un patient donné. Il s'agit d'une équation aux multiples entrées.

Les recommandations internationales de triage préconisent qu'il soit fait selon « le bénéfice estimé » de la prise en charge en réanimation(20).

E. Azoulay et al. ont consigné les décisions d'admission ou non en réanimation dans plusieurs unités de réanimation en France. Ils retrouvent que le fait d'avoir un cancer métastatique est un facteur associé plus fréquemment au refus, indépendamment du motif d'appel, de même que l'âge supérieur à 65 ans et les insuffisances respiratoires et cardiaques sévères. Le triage réalisé par téléphone uniquement est associé à une faible compliance aux recommandations, c'est-à-dire une moins bonne prise en compte de l'opinion des proches, de la qualité de vie du patient, de la situation sur le plan psycho-social, et des conséquences sur les proches d'un refus(21).

Bien que cette étude ait été publiée en 2001, ses conclusions me semblent toujours pertinentes aujourd'hui. L'écart entre les recommandations relatives au processus décisionnel et la réalité est intéressant. Nous retrouvons ici cette idée que le processus décisionnel interdisciplinaire ne se limite pas à un arbre décisionnel, et que cette délibération est une boîte noire. Fournir et diffuser des recommandations de bonne pratique ne suffit pas à modifier les pratiques.

Une étude s'est intéressée au triage en interrogeant son « efficacité », c'est-à-dire sa capacité à identifier correctement les patients qui vont ou non bénéficier d'une prise en charge en réanimation. Elle a inclus des patients atteints de cancer admis en réanimation à partir de la demande des oncologues et s'est intéressée tant à ceux qui ont été pris en charge en réanimation qu'à ceux qui ont été récusés. L'un des résultats de cette étude, est que, parmi les patients admis, 32% étaient vivants à 6 mois. Parmi ceux qui ont été récusés, 16,7% étaient toujours en vie à 6 mois. Parmi ceux qui ont été récusés parce que leur état n'était pas assez grave, la mortalité à 30 jours était de 78,7%(22). Il s'agit de la confirmation si besoin était que le triage est un procédé imprécis, et qu'il n'est pas possible de déterminer de manière efficace, pour un patient donné, le bénéfice attendu d'une prise en charge. En d'autres termes, s'il n'est pas possible de tendre vers un procédé de triage parfait, au regard de la finalité de la prise en charge, ne devrait-on pas plutôt se concentrer sur la manière dont ces décisions sont prises ?

En ce sens, le triage est un exercice qui me semble proche des réflexions sur les limitations thérapeutiques qui se déroulent en réanimation, et qui en comparaison, sont mieux connues et mieux encadrées(23).

e. Une plus grande considération du processus décisionnel et de la collaboration

Trois éditoriaux successifs, publiés en 2014, synthétisent la question de la réanimation des patients atteints de cancers. Les arguments avancés me semblent toujours d'actualité aujourd'hui(5,24,25). Comme nous venons de le voir, la survie des patients atteints de cancer admis en réanimation a augmenté. Elle est désormais superposable à celle d'autres populations de patients en réanimation.

Cependant, ces populations sont hétérogènes. Les facteurs pronostiques ne sont pas toujours pertinents et, de plus en plus, c'est l'évaluation au cas par cas qui permettra de résoudre les situations. « L'incertitude est la règle. » Les auteurs mettent l'accent sur l'importance de la communication et la qualité de la collaboration, et sur la prise en compte des émotions dans les processus décisionnels, sans que ces préconisations soient très explicites sur ces questions. Ils soulignent également l'importance de la recherche médicale concernant le devenir de ces patients qui reste la pierre angulaire des décisions thérapeutiques.

En d'autres termes, il y a des raisons de penser que les situations dans lesquelles un patient atteint de cancer pourrait bénéficier d'une admission en réanimation soient plus fréquentes. Cependant, l'identification a priori des patients qui en bénéficieront le plus est un exercice difficile. Ce « triage » fait partie de l'exercice et de la formation des praticiens de réanimation.

Dans une logique similaire de changement de perspectives concernant les séjours en réanimation des patients atteints de cancer, Azoulay et al. ont proposé une typologie des admissions en

réanimation qui me semble bien représenter le changement de mentalité proposé dans l'approche de ces situations(26).(Figure 2)

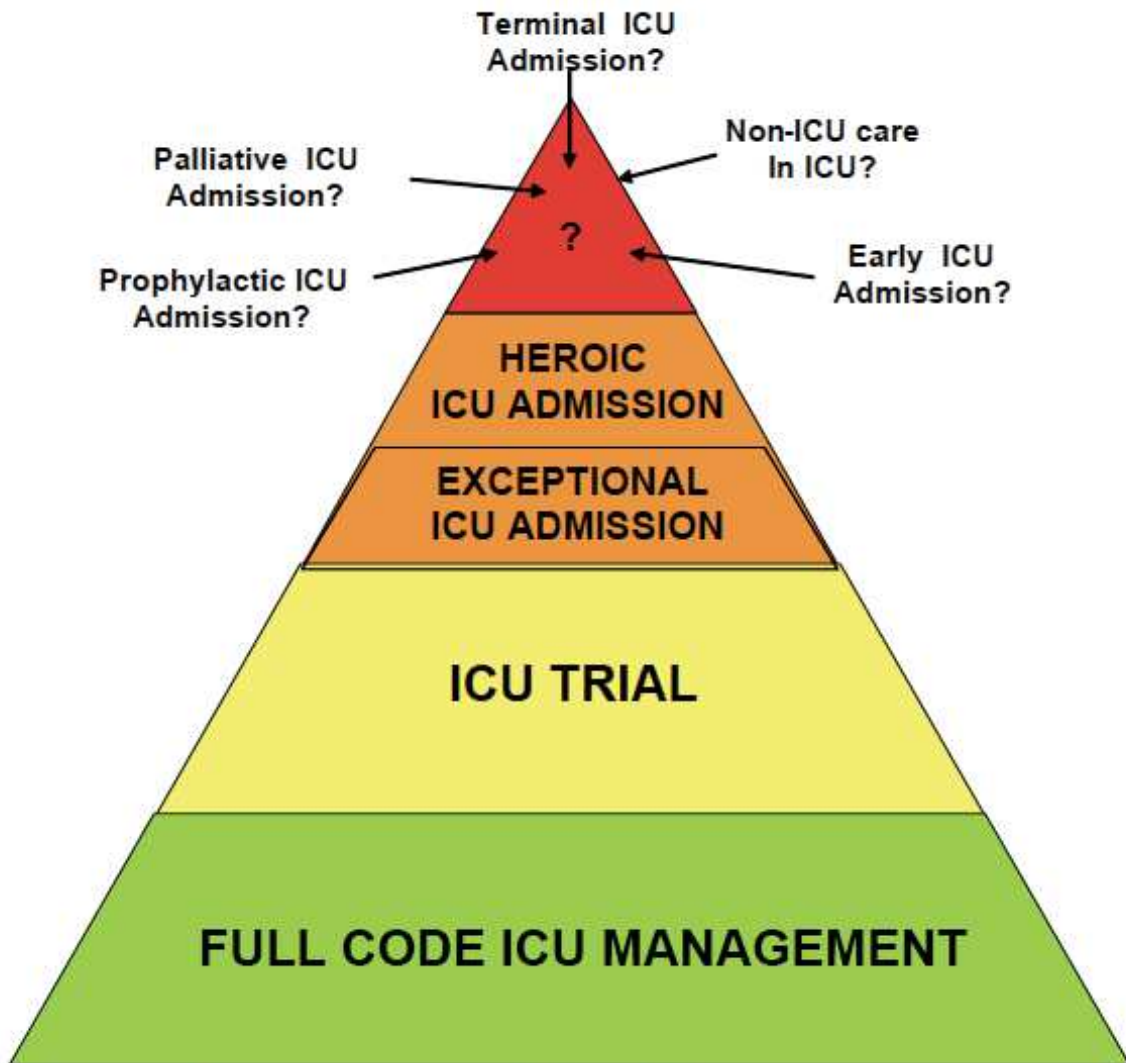


Figure 2 Typologies d'admission en réanimation

Source : Azoulay E. et al. Intensive care of the cancer patient: recent achievements and remaining challenges. *Ann Intensive Care*. 2011

On distinguerait ainsi les patients pour lesquels une prise en charge maximale, sans limitation de soins, serait indiquée. Il y aurait ensuite les patients pour lesquels, face à l'incertitude, un essai de réanimation serait indiqué avec une prise en charge maximale pendant 5 à 10 jours puis une réévaluation du bien-fondé de la poursuite des soins intensifs. Cette stratégie d'essai de

réanimation, appelée réanimation d'attente, s'est démontrée pertinente concernant les patients atteints de cancers et permettrait de mieux identifier, après quelques jours, les patients dont le pronostic est sombre et pour lesquels la poursuite d'une prise en charge intensive serait déraisonnable(27). Cependant, la durée de cette réanimation d'attente avant la réévaluation est discutée et serait potentiellement différente selon les populations de patients(28).

Nous en revenons à la singularité de chaque situation et à la difficulté d'élaborer des schémas adaptés à des groupes de populations hétérogènes. Ces contraintes renforcent selon nous l'importance des conditions dans lesquelles les décisions sont prises.

Ainsi, la typologie proposée par Azoulay et al. inclut les situations de réanimation exceptionnelle dans lesquelles le contexte viendrait prendre le pas sur les arguments médicaux et légitimer une admission exceptionnelle en réanimation, y compris parfois pour y prodiguer des soins palliatifs, bien que cette idée soit controversée selon les auteurs.

Le progrès médical a ainsi créé de nouvelles situations et apporté de nouvelles incertitudes. L'amélioration de l'espérance de vie des patients atteints de cancer ne légitime pas, en soi, un recours plus fréquent à la réanimation. A travers une évaluation singulière des situations, la question de l'initiation, de la poursuite, ou de l'arrêt d'une suppléance vitale se pose à chaque fois de manière différente.

Fin 2015, l'association française des soins oncologiques de support a publié une recommandation d'aide à la décision de transfert en réanimation des patients atteints de cancer(29). Ce document est issu d'un groupe de travail dans lequel étaient présents des représentants des différentes disciplines. Ce document est une précieuse synthèse des connaissances sur la réanimation des patients atteints de cancer.

Il permet de bien cerner les enjeux de la collaboration et se concentre sur le déroulement et l'organisation de la collaboration, et ce qu'il relève à chacun de fournir comme information afin de décider au mieux. Il fournit également un algorithme décisionnel à partir de certains éléments médicaux et non médicaux.

Il est intéressant de constater que, concernant la réanimation des patients atteints de cancers, les réanimateurs sont particulièrement représentés dans les publications. Ceci traduit une volonté d'élaborer et de penser ces problématiques, dans une discipline qui s'est de longue date intéressée aux enjeux non médicaux des décisions de soins, notamment à travers les limitations thérapeutiques.

Bien que le constat de l'importance de la qualité du processus décisionnel soit partagé, peu de publications explorent les déterminants, les conditions, l'organisation de la réanimation des patients atteints de cancers. Autrement dit, quelle est la nature de cette collaboration à l'heure actuelle ? Quels sont les déterminants d'un processus décisionnel et d'une collaboration de qualité entre oncologues et réanimateurs ? Nous n'avons pas trouvé d'étude à ce sujet, et cela a piqué notre curiosité.

C. Cadre Théorique

a. Définitions

Commençons par définir ce que nous entendons par la collaboration entre oncologues et réanimateurs afin de mieux cerner notre objet de recherche.

La collaboration, la négociation et la prise de décision sont des termes génériques qui s'appliquent à de nombreuses formes d'interactions sociales dans un milieu professionnel. Elles sont orientées vers un objectif partagé. Les définitions du dictionnaire sont tout aussi génériques et ne renseignent pas sur ce qui se joue dans ces situations. La recherche en sciences humaines et sociales permet, par le biais de l'étude et de la compréhension de phénomènes, la définition de termes « pauvres » sous la forme de concepts « riches ».

Prenons l'exemple de la collaboration. Selon le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales elle serait la « participation à l'élaboration d'une œuvre commune ».

Nous avons choisi le terme de collaboration afin d'englober les interactions entre oncologues et réanimateurs dans la prise en charge conjointe des patients atteints de cancer. Le soin aux patients atteints de cancer en est l'objectif commun, et nous étudierons les différents temps d'échanges d'informations qui vont alimenter et permettre cet objectif.

La littérature concernant la réanimation des patients atteints de cancer s'intéresse particulièrement au pronostic de ces patients et au temps de l'admission des patients atteints de cancer. Le terme de collaboration est souvent repris dans des articles d'opinion sur la décision d'admission ou non des patients atteints de cancer, surtout pour souligner son importance, sans pour autant la définir. Ce temps de décision d'admission ou non d'un patient cristallise en quelque sorte les enjeux de la collaboration entre oncologues et réanimateurs, mais nous ne nous limiterons pas à l'étude de ces seules interactions.

Le terme de processus décisionnel est lui aussi souvent employé, et correspond à la prise de décision et à la discussion qui aboutit à la prise de décision. Cependant, ce terme nous semble réducteur, puisque des rencontres informelles entre oncologues et réanimateurs peuvent participer à la collaboration sans être un temps du processus décisionnel. La délibération me semble être un équivalent francophone du terme anglophone de « decision-making », notion similaire à celle de processus décisionnel.

Nous avons constaté que le terme de collaboration est souvent associé à la notion d'interdisciplinarité, au motif que l'organisation actuelle des systèmes de santé et la spécialisation des disciplines médicales remettent à l'ordre du jour l'importance de la collaboration et de l'interdisciplinarité.

L'interdisciplinarité se pense à partir de la pluridisciplinarité. La pluridisciplinarité peut se définir comme « ce qui concerne simultanément plusieurs disciplines. C'est la juxtaposition ou la succession de plusieurs disciplines sur un même sujet, participant à une réalisation commune, sans que les concepts et les méthodes utilisés par chacune des disciplines ne soient modifiés(30). » La réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie en est un exemple en pratique courante.

Cependant les disciplines et leurs représentants sont perméables aux concepts des autres disciplines, et c'est tout l'enjeu de l'interdisciplinarité. C'est d'ailleurs ce que décrit Patrick Castel dans un article sur le contrôle latéral dans les RCP en oncologie(31). Les différents praticiens exercent une « surveillance mutuelle » et une mise à jour réciproque des recommandations de bonne pratique qui tendent à modifier les concepts et représentations de chacun à mesure que les connaissances scientifiques évoluent et, par le biais des RCP, se diffusent.

Ainsi, dans l'interdisciplinarité, « il ne s'agit plus d'accoler une série de connaissances mais, par le jeu du dialogue, de les mêler pour qu'elles s'altèrent mutuellement.(30) »

Une autre définition serait la suivante : « Manière de résoudre en équipe une problématique, en générant à partir des connaissances de chacun et de la mise en doute des certitudes individuelles, une créativité collective pour construire une feuille de route spécifique visant un objectif commun(30). » Il en existe de multiples autres, mais celles que nous avons choisies illustrent la proximité de ce concept avec celui de la collaboration : partage d'information, objectif commun.

Ainsi chacun accepte d'altérer sa position et de changer d'avis, du moins c'est l'un des enjeux d'une collaboration interdisciplinaire de qualité. Quelles sont les conditions requises pour aboutir à une collaboration interdisciplinaire qui soit satisfaisante pour les acteurs ?

En effet, la collaboration et l'interdisciplinarité ne peuvent être des compétences spontanées et nécessitent une réflexion et une organisation. C'est ce que nous avons souhaité étudier.

Enfin, de façon similaire à ce qui est fait dans les études concernant les patients atteints de cancers, nous avons regroupé l'oncologie, l'hématologie et les spécialistes d'organes traitant des patients atteints de cancers. Nous parlerons d'oncologues et d'oncologie de manière globale, sauf à préciser que nous parlons spécifiquement de l'une ou l'autre de ces disciplines.

A l'heure d'une médecine de plus en plus spécialisée, mais aussi de plus en plus incertaine quant au bien-fondé de ce que peut, par essence, la technique, comment les oncologues et réanimateurs pratiquent-ils et se saisissent-ils de l'interdisciplinarité et de la collaboration au quotidien ?

Ces notions de collaboration et d'interdisciplinarité sont des concepts, c'est-à-dire qu'ils sont une manière de construire et d'envisager la réalité des pratiques au quotidien. Ces concepts ont été explorés et définis dans les réseaux de santé ou dans la pratique des soins palliatifs. Il est toujours intéressant de confronter les concepts à différentes situations pour bien comprendre ce qui fait la spécificité de chacune. Pour cette raison, nous avons choisi d'étudier à travers ce prisme la collaboration entre oncologues et réanimateurs.

b. Présupposés

L'interdisciplinarité telle qu'elle est pensée dans la pratique des soins palliatifs englobe les soignants dans une acception large du terme : psychologues, assistantes sociales, aides-soignantes, infirmières, médecins, etc. Certains distinguent d'ailleurs l'interprofessionalité (infirmières et médecins) de l'interdisciplinarité (médecins ou soignants de différentes disciplines).

Notre expérience personnelle de la collaboration nous a amené à penser la collaboration comme médicale en premier lieu. Mon expérience d'interne dans les deux services (oncologie et réanimation médicale) m'a confronté au peu d'échanges et interactions entre les équipes paramédicales des différentes disciplines médicales lorsqu'ils prennent conjointement soins d'un même patient. Il s'agit là d'un présupposé préalable à la recherche, qui en a fondé le choix de la méthodologie.

La décision médicale est une pratique quotidienne qui ne fait pas forcément l'objet d'une élaboration voire d'une conceptualisation par les participants. Chaque consultation entre un patient et un médecin peut aboutir à une intervention thérapeutique qui nécessite une décision. Les patients hospitalisés font l'objet de « demandes d'avis » quotidiennes entre les différents spécialistes. Ces multiples décisions non formalisées participent à l'exercice médicale. Elles s'apprennent par la pratique et à travers le compagnonnage médical. L'apprentissage d'une spécialité médicale et l'appartenance à une discipline comme l'oncologie médicale ou la réanimation, passent par un apprentissage des valeurs et des normes de ce groupe d'individus. Ce qu'on pourrait nommer la culture médicale de chaque discipline. Cette culture médicale a des traits communs au sein de la discipline, et aussi des particularités liées au lieu d'apprentissage de cette culture : chaque service hospitalier aurait ainsi sa propre culture, sa propre identité. Il s'agit là d'un second présupposé de mon travail qui a fondé mon approche du terrain de recherche : la

collaboration entre oncologues et réanimateurs est une rencontre entre deux disciplines différentes, qui ont une culture et une histoire différentes.

Cependant, ces cultures et les collaborations que chaque discipline met en place avec d'autres ont des traits communs, des similitudes et des distinctions qu'il aurait été intéressant d'étudier dans son ensemble. Les réanimateurs sont dans une collaboration multiple avec les spécialités hospitalières, et il n'est pas certain que la cancérologie et l'hématologie soient différentes d'autres spécialités. Nous avons choisi volontairement de limiter notre étude aux disciplines prenant en charge des patients atteints de cancer : oncologie, hématologie. Ceci notamment pour des raisons de temps et de moyens disponibles. Il aurait sans doute été précieux, par exemple, de s'intéresser aux enjeux de la collaboration en réanimation de manière globale.

J'évoque les présupposés de ma recherche et le contexte dans lequel ce travail a été pensé parce qu'il ne me semblerait pas légitime de s'intéresser aux conditions de la collaboration sans s'intéresser aux conditions dans lesquelles s'inscrivent ce travail de recherche.

De ma propre expérience, les oncologues et réanimateurs ont chacun des histoires à raconter, souvent anecdotiques, sur une discussion houleuse ou un vif désaccord concernant un patient qui les a marqués. Ils échangent volontiers de manière informelle au sujet des demandes d'admissions et des échanges de la nuit passée. Lorsqu'ils racontent ceci, ils disent déjà quelque chose de leur collaboration interdisciplinaire entre oncologues et réanimateurs.

Lorsque j'étais interne je me questionnais : pourquoi l'issue des décisions de triage est-elle parfois si imprévisible ? Dans ces situations, l'approche rigoureuse et scientifique qui m'était par ailleurs enseignée se confrontait à une compétence et un savoir-faire appris sur le terrain, que j'observais. Je peinais à comprendre les tenants et aboutissants de ces temps d'interactions.

C'est en quelque sorte ce que j'ai voulu écouter et analyser : le vécu et l'expérience des praticiens, leurs propres élaborations sur ces questions de la collaboration entre oncologues et réanimateurs,

ce qu'ils disent de leurs pratiques et des justifications de leurs actions. Écouter et analyser pour mieux cerner sur ce qui se joue au-delà des données médicales dans ces temps de la pratique médicale. Les tensions que relatent parfois les praticiens sont le reflet de situations complexes qui se résolvent par la concertation, l'échange, la discussion.

Le contact avec la réanimation, lorsque l'on est jeune interne d'oncologie, est un temps particulier. Il se fait souvent dans l'urgence, ou du moins dans une situation d'inquiétude pour l'état de santé d'un patient. Le sentiment de responsabilité du patient se mêle au besoin de trouver des repères pour prendre la meilleure décision, ce qui est le plus souvent de l'ordre de la décision ressentie comme satisfaisante. La délibération avec les réanimateurs permet de confronter les notions d'obstination déraisonnable, d'interroger le sens des objectifs de soins actuels et de se projeter dans un avenir incertain. Si le patient est le sujet de ces discussions et qu'il s'agira toujours d'y revenir à l'issue de la décision pour l'informer, l'accompagner et réaliser les actes médicaux décidés, il est un temps de partage d'informations et de délibération qui est véritablement l'objet de notre curiosité.

C'est pour ces raisons que le patient est relativement absent dans la construction de notre dispositif de recherche : ce n'était pas le sujet de notre questionnement.

Ceci étant dit, les spécialistes étant amenés à prendre en charge des patients atteints de cancer sont nombreux. Les oncologues s'occupent des patients atteints de tumeurs solides. Les hématologues prennent en charge des patients d'onco-hématologie, et les pneumologues, les gastroentérologues peuvent être amenés à prendre en charge des patients atteints respectivement de cancers du poumon ou de cancers digestifs. Concernant les spécialistes d'organes il s'agit de particularités locales et variables selon les centres.

c. Emprunts théoriques

Les sciences sociales se distinguent du paradigme prédominant en médecine, celui du raisonnement hypothético-déductif. C'est-à-dire que les travaux de recherche en sciences humaines et sociales ne découlent pas des découvertes passées de manière cumulative. Concernant un même objet d'étude, plusieurs théories peuvent coexister et être complémentaires ou contradictoires. Pour cette raison il est important d'explicitier comment j'en suis arrivé à comprendre la collaboration entre oncologues et réanimateurs à travers le prisme de l'organisation.

Qui plus est, il est fréquent de voir l'objet de la recherche évoluer après un premier contact avec le terrain et les premières constatations, ce qui est assez différent des travaux dits « quantitatifs » pour lesquels la définition d'objectifs et d'hypothèses statistiques a priori est une condition essentielle de validité des travaux(32).

L'interactionnisme

Afin de décrire et d'explorer la collaboration entre oncologues et réanimateurs, nous avons abordé a priori le terrain à partir des théories interactionnistes et de la notion de rôle en sociologie. Les premiers éléments théoriques de notre étude s'intéressaient à la perception mutuelle des rôles et à la compréhension mutuelle à partir de l'étude des interactions entre oncologues et réanimateurs. A l'origine de ce choix était le constat que cette perception mutuelle des rôles de chacun et des objectifs communs est une dimension importante de la collaboration interdisciplinaire dans d'autres situations professionnelles(33). Nous avons choisi le terme de collaboration afin d'englober l'ensemble des interactions, leur répétition et leurs lignes de forces comme le reflet d'une collaboration.

Cette étude d'une organisation à partir des comportements d'individus et de groupes d'individus s'inscrit dans une perspective interactionniste.

L'interactionnisme, parfois appelé interactionnisme symbolique, est un courant majeur de la sociologie, dont le représentant le plus médiatique est sans doute Erwing Goffman.

Parmi les postulats qui fondent l'interactionnisme dans l'étude sociologique, retenons les notions de « sujet comme acteur », « la dimension d'interprétation symbolique des comportements » et « l'interaction entre les acteurs » comme principal objet d'étude(34).

Dans les situations d'interactions, « le comportement individuel n'est ni tout à fait déterminé, ni tout à fait libre(34). » Le sujet, l'individu, est un acteur au sein d'un groupe social. Le terme d'acteur reflète la dimension de liberté de celui-ci. Ses choix ne sont pas déterminés seulement par l'environnement ou seulement par les dispositions propres à l'individu mais par la synthèse que chaque acteur opère de l'ensemble de ces contingences.

L'interprétation et la compréhension qu'ont les acteurs de la situation et des comportements des autres nous renseignent sur l'objet d'étude. « Toute action est accomplie en prévision du comportement des autres, en se mettant mentalement à leur place, en envisageant leur marge de manœuvre(34). »

Nous en venons au second point qui est la dimension d'interprétation symbolique des comportements. « Le monde est toujours le fait d'une interprétation d'un acteur puisant dans la boîte à outils de ses références sociales et culturelles(34). » Élaborer les significations de sa conduite est une action permanente pour les sujets acteurs de l'interaction avec le monde. Cette interprétation est centrale dans l'interactionnisme. C'est pourquoi l'étude par le biais d'entretiens de la compréhension d'une situation par les acteurs est particulièrement enrichissante.

L'interprétation des acteurs est une façon d'accéder à leurs représentations, à ce qui relève de leur discipline par exemple, et du groupe auquel ils appartiennent. Les symboles et significations sont partagées au sein d'un même groupe social (les médecins par exemple) et permettent d'en faciliter les interactions. « L'interactionnisme considère la société comme une structure vivante en

permanence en train de se faire et se défaire. » Autrement dit, la redondance des comportements et la compréhension de ce qui se joue dans les interactions permet de mettre à jour les enjeux au sein d'une structure ou d'un groupe. Cette description ne sera que le reflet à un temps donné et en un lieu donné de l'objet d'étude, qui est perpétuellement en mouvement.

A partir de cette perspective interactionniste nous avons choisi d'élaborer notre méthodologie de recherche en faveur de l'étude des interactions de manière directe, par l'observation de celles-ci, mais aussi de manière indirecte, à travers le récit et l'interprétation des acteurs de ces situations d'interactions.

Sociologie des organisations

Bien que nous ayons d'abord orienté notre travail sur les représentations mutuelles et la perception des rôles de chacun, nous avons, après l'analyse des premiers entretiens, enrichi le cadre théorique à partir d'éléments issus de la sociologie des organisations.

Ce que nous avons appelé les rôles perçus était mal nommé, et, dans une perspective d'étude d'une profession, la notion de compétences nous est parue ensuite plus adaptée que celle de rôle.

Au fil des lectures nous avons glissé vers des travaux s'intéressant au monde du travail et de l'entreprise à partir des notions de compétence, d'organisation, de stratégies, d'interdépendance.

Nous avons ensuite étudié les différents champs de compétence et mis en évidence une interdépendance. Enfin, des comportements répétitifs dans l'interaction ont émané des entretiens. A partir des éléments de compétences, d'interdépendance et de comportements redondants, ce sont les travaux de sociologie des organisations de Crozier qui nous sont apparus comme particulièrement pertinents et adaptés pour expliciter notre objet d'étude. Nous avons persisté dans une approche interactionniste, puisque cette perspective théorique étudie les comportements des individus comme ressource principale des organisations.

La sociologie des organisations est un courant de la sociologie qui peut en quelque sorte être perçu comme le versant théorique du management. L'organisation obéit à une certaine logique et à des règles, explicites ou implicites. Elle est constituée d'acteurs et de groupes sociaux, et tous ces éléments s'articulent pour constituer une organisation, qui n'est toujours observé qu'à un temps donné dans un contexte donné, mais dont l'étude permet de mettre à jour des articulations. La compréhension de ces articulations est précieuse pour penser les changements de pratique imposés par l'évolution de la médecine.

L'organisation d'un système, c'est-à-dire des relations qui régissent un ensemble d'acteurs qui ont des compétences et des objectifs différents, n'est pas un phénomène naturel. Il s'agit d'une construction. Les théories de l'action stratégique de Crozier cherchent à établir la construction des règles du jeu, implicites et explicites, à partir des comportements et du discours des acteurs(35). La collaboration et son organisation sont une construction dynamique dont nous avons voulu mettre en avant les lignes de forces et les enjeux.

D. Problématique

Nous avons vu que les patients atteints de cancer ont parfois recours à la réanimation lorsqu'une aggravation de leur état de santé le nécessite, sans pour autant pouvoir se prononcer avec certitude sur le bénéfice a priori pour un patient donné.

Nous avons vu que l'évolution de la cancérologie et de la réanimation ont amené des situations nouvelles, complexes, dans lesquelles la décision du juste soin n'est plus seulement médicotechnique, mais de l'ordre de ce qu'il apparaît raisonnable de faire.

Ainsi, deux disciplines médicales et les personnes qui appartiennent à ces disciplines, se retrouvent aux prises avec cette construction, à travers une collaboration interdisciplinaire dont l'organisation et le déroulement m'intéressent. Les quelques articles d'opinion ou travaux de thèse

sur le sujet traduisent la richesse des interrogations des praticiens sur ces questions, sans pour autant se saisir des théories existantes en sciences humaines permettant de mieux appréhender ces temps de la pratique médicale.

La collaboration interdisciplinaire dans le soin porté aux patients atteints de cancers, en réanimation ou sur le seuil de la réanimation, reflète bien la richesse et la complexité de l'exercice médical, à la croisée entre les connaissances scientifiques, les possibilités techniques, les enjeux éthiques, la culture médicale et disciplinaire, les valeurs morales de chacun et l'organisation des soins.

Ces éléments forment un « tout » qu'il me semble intéressant et éclairant à détricoter, un aspect à la fois.

Quelle est l'expérience de la collaboration interdisciplinaire entre oncologues et réanimateurs ? Peut-elle nous permettre de mieux comprendre cette collaboration telle qu'elle est pratiquée au quotidien ? Nous souhaitons décrire et comprendre la collaboration interdisciplinaire entre oncologues et réanimateurs.

3. Matériel et Méthodes

Nous avons privilégié une méthodologie de recherche qualitative pour répondre au mieux à notre problématique.

Afin de faciliter la lecture et de restituer fidèlement l'apprentissage qu'a représenté la réalisation de ce travail de recherche, j'entremêlerais au fil de rédaction habituel de la thèse, des explications sur les concepts de la recherche qualitative.

A. Introduction aux méthodes de recherche qualitative

a. Définitions

Pourquoi fait-on de la recherche et qu'est-ce que la recherche ? Sous leur apparente simplicité, ces questions n'ont pas cessé d'être interrogées durant la conception et la réalisation de ce travail de recherche.

La recherche qualitative se caractérise par sa capacité à étudier, dans son environnement naturel, un phénomène complexe, non reproductible et non quantifiable. Le terme de recherches qualitatives définit un ensemble de méthodes de recueil et d'analyse de données dites qualitatives.

Ce que ces termes englobent et regroupent n'est pas toujours connu auprès des médecins qui n'ont que peu de contact avec ces méthodes durant leur formation. Cette méconnaissance traduit une forme d'imperméabilité de la médecine aux sciences humaines et sociales. Il ne s'agit pourtant pas d'une nouveauté même si elles font l'objet d'un regain d'intérêt depuis une vingtaine d'années(36,37).

Ces méthodes de recherche sont issues des sciences humaines et sociales, développées sous leur forme actuelle au courant du XXème siècle à Chicago(34). L'école de Chicago est un groupe de chercheurs issus, en partie, du monde du journalisme et qui ont théorisé la recherche de terrain en sociologie. Ces méthodes ont ensuite subi de nombreux changements au fil des courants théoriques, principalement concernant la rigueur, la systématisation et l'évaluation de ces méthodes.

Pour mieux comprendre les enjeux de la recherche qualitative en santé, prenons un exemple tiré de la clinique : la douleur. Il s'agit d'une constatation clinique quotidienne pour un médecin. Il peut la mesurer par une échelle numérique et obtenir ainsi, à partir de l'expérience subjective du patient, une mesure chiffrée qui est comparable et mesurable dans le temps, et qui peut servir à l'évaluation indirecte de l'effet de médicaments antalgiques ou d'autres interventions. Cependant, ce chiffre serait insuffisant pour caractériser une douleur. Les douleurs sont distinguées en fonction de leurs mécanismes d'action, qui correspondent bien souvent à un vécu différent pour le patient. Par exemple, l'échelle DN4 permet, à partir de la recherche de caractéristiques de la douleur, d'en savoir plus sur le ressenti du patient et d'en dériver le mécanisme physiopathologique de la douleur.

Comment a-t-on en premier lieu déterminé les adjectifs qui composent l'échelle DN4 ? Comment les médecins ont-ils choisi les mots de brûlures, décharges électriques ou de picotements ?

Les auteurs expliquent qu'ils sont partis d'une liste de sensations et mots issus de l'expérience clinique(38). Il s'agit bien là de données qualitatives recoupées et analysées pour aboutir à une compréhension de la douleur neuropathique qui a ensuite été validée par une recherche quantitative afin de pouvoir la mesurer de manière reproductible.

L'essentiel des échelles qui transforment une expérience subjective en données qualitatives, comme par exemple les échelles de qualité de vie, suivent le même procédé avec, au départ, l'utilisation d'une méthode de recherche qualitative.

La recherche qualitative part donc de l'expérience humaine. Elle fait appel au langage et aux opérations intellectuelles de comparaison, d'interprétation, de regroupement et de recouplement que nous exerçons quotidiennement. Elle est un moyen d'arriver à une compréhension plus poussée, contextuelle et riche d'un phénomène.

La recherche qualitative est également un outil pour s'intéresser « à l'expérience des personnes, à leur représentations, au sens qu'elles donnent à leur action, à leur histoire, aux relations qu'elles entretiennent(39). » Ces méthodes sont utilisées dans des champs de recherche aussi divers que la psychologie, l'anthropologie, la sociologie, la recherche sur le système de soins et, de plus en plus souvent, en médecine.

Un autre exemple simpliste et un brin provocateur serait d'interroger : que savez-vous de l'amour ? que savez-vous de la souffrance ? que savez-vous de l'espoir ? La compréhension de ces concepts passe par l'écoute et l'analyse de ceux qui en font l'expérience. Nous pratiquons tous une forme d'analyse qualitative au quotidien : lorsque nous parlons à nos patients de leurs souffrances, lorsque nous échangeons avec nos amis sur les heureux ou malheureux moments de l'existence, lorsque nous tentons de donner du sens à une expérience qui nous trouble.

Nous avons chacun, en tant que médecin, des représentations du profil évolutif de certaines maladies, une expérience de la psychologie de certains patients. Ces éléments qui fondent le savoir-faire ou l'expérience du médecin ne sont pas une boîte noire.

On peut citer, à titre d'exemple, des travaux de recherche explorant la dynamique de l'espoir chez les patients atteints de cancers avancés, ou la collaboration entre des intervenants dans un réseau de périnatalité, ou l'expérience des infirmières dans l'identification d'un patient confus, ou le rapport des réanimateurs à la technique et au relationnel dans le soin(40–43). L'objectif des travaux de recherche qui font appel à ces méthodes est donc de l'ordre de la compréhension fine d'un phénomène, de la production de connaissances. Pour transformer une réalité sociale, il faut d'abord la comprendre.

Ces approches apportent un complément aux études quantitatives menées par ailleurs. Il ne faut pas voir d'opposition entre méthodes quantitatives et méthodes qualitatives.

La première est incrémentielle : chaque nouvelle découverte s'appuie sur celle des autres comme, pour reprendre la fameuse métaphore attribuée à Bernard de Chartres, « des nains sur des épaules de géants. » Le savoir en sciences humaines et sociales est moins cumulatif et moins linéaire.

Plusieurs courants théoriques peuvent cohabiter et éclairer une même réalité de différentes manières. Ainsi, le choix des apports théoriques traduit déjà un certain positionnement du chercheur dans la description et l'analyse du phénomène qu'il rapporte. C'est en partie du fait de ce caractère non cumulatif et de l'importance de ce positionnement épistémologique que la question de savoir si la sociologie est une « science » ou non est discutée (44).

L'utilisation de ces méthodes s'accompagne d'une démarche réflexive et d'apports théoriques dans la définition de l'objet de la recherche. Il ne s'agit pas uniquement de recueillir et de rapporter des opinions ou des expériences pour faire une description riche de phénomènes. Il faut apporter des concepts pour « ordonner » et apporter une logique à ce qui peut sembler en manquer de prime abord. Les théories en sciences sociales sont essentielles pour mieux appréhender les phénomènes.

Pour le dire autrement, « la recherche quantitative vise à tester des hypothèses bien définies et à déterminer si une intervention a produit plus de bénéfices que de risques ou à mesurer à quel point un facteur de risque prédispose un individu à une maladie particulière. Tout aussi importante, la recherche qualitative offre un regard et une réflexion sur les phénomènes sociaux, émotionnels et expérientiels dans le système de santé afin de déterminer : quoi, comment et pourquoi.(36) »

b. Méthodes de recueil des données

Les méthodes de recueil de données qualitatives sont nombreuses. Les ouvrages qui renseignent sur la méthodologie de recherche qualitative s'accordent à dire qu'en dépit de leurs préconisations, la méthode de recueil doit s'adapter au terrain de recherche et à ses contraintes. Le recueil doit être pensé en amont tout en étant capable de s'adapter à ce que l'on va découvrir sur le terrain.

Les méthodes de recueil de données qualitatives peuvent être regroupées en deux grandes catégories que sont l'observation et les entretiens. Parmi les entretiens, on distingue les entretiens individuels ou à plusieurs, c'est-à-dire les focus groupes, et les entretiens ouverts. Ces derniers peuvent être semi-dirigés ou dirigés. L'observation peut être participante ou non-participante, directe ou indirecte. Nous détaillerons les méthodes choisies dans le chapitre suivant.

c. Une méthode d'analyse des données : la théorie ancrée

Parmi les méthodes existantes en recherche qualitative, nous choisirons de suivre les principes de la théorisation ancrée telle qu'elle est définie par Pierre Paillé(45) dans une proposition d'adaptation de la « Grounded Theory(46). » L'objet de recherche à l'origine de la théorie ancrée est un travail de recherche concernant la fin de vie des patients dans les hôpitaux californiens. La description méthodologique du procédé d'analyse de leurs données qualitatives par les deux chercheurs, Anselm Straus et Barney Glaser, a fait suite à ce travail. Cette méthode d'analyse me semble être parmi les plus populaires dans l'étude des phénomènes sociaux en médecine. Elle permet l'investigation, à partir des éléments émergeant du terrain, de données subjectives et complexes telles que les émotions, le vécu psychique, les convictions, les croyances et les représentations, ainsi que leurs interactions.

La théorisation ancrée, vise à « générer de manière inductive une théorisation au sujet d'un phénomène culturel, social ou psychologique, en procédant à la conceptualisation et la mise en relation progressive et valide de données empiriques qualitatives(47). » Elle permet une formulation provisoire pour comprendre la complexité des phénomènes tant au niveau conceptuel qu'au niveau empirique.

La théorisation ancrée peut se caractériser par la conceptualisation des données empiriques. La méthode est un aller-retour constant et progressif entre les données recueillies sur le terrain et un processus de théorisation.

« La théorisation » : il ne s'agit pas vraiment de produire une théorie au sens de modèle de travail pour la compréhension, mais d'arriver à une compréhension nouvelle des phénomènes.

Théorisation désigne « à la fois le processus et le résultat, tout en indiquant que le résultat lui-même n'est pas une fin mais plutôt l'état dans lequel se trouve, à un moment donné, une construction théorique donnée(47). »

« Ancrée » : l'activité de théorisation est toujours ancrée dans les données recueillies sur le terrain.

« Le matériau empirique est à la fois le point de départ de la théorisation, le lieu de la vérification des hypothèses émergentes, et le test ultime de la validité de la construction d'ensemble(47). »

d. Critères de qualité d'une publication en recherche qualitative - COREQ

En recherche qualitative il semble plus juste de parler de résultats « plausibles » qu'en termes de résultats « valides »(37).

La validité est entendue dans les recherches hypothético-déductives comme une preuve. Le dispositif mis en place, par exemple dans le cadre d'essais cliniques, a pour objectif de répondre à une hypothèse avec un risque d'erreur prédéfini. Il y a donc une validité méthodologique et scientifique, et également statistique à ces résultats.

L'activité intellectuelle qui consiste à construire à partir des données qualitatives une compréhension nouvelle des phénomènes s'attache plutôt à décrire et théoriser un phénomène qui soit plausible par les chercheurs qui évalueront le travail, par les lecteurs, et par les participants à la recherche dont les retours sur la conceptualisation sont importants.

En effet, si des éléments pour évaluer la recherche qualitative ont été proposés et adoptés, il s'agit de proposer une description riche et un certain degré d'interprétation qui sont empreints de la subjectivité et du positionnement épistémologique du chercheur. Un autre chercheur plongé dans la même situation d'étude pourrait y voir des logiques différentes à partir de ses choix théoriques et de son positionnement.

L'évaluation des recherches qualitatives passe donc par la description de la méthode de recherche et des choix méthodologiques faits tout au long de la recherche pour que les lecteurs, et ceux qui évalueront le travail, puissent percevoir le chemin pris par l'auteur pour en arriver à ces descriptions et interprétations.

La reproductibilité d'une recherche, dans un contexte similaire ou des contextes proches, est également un enjeu important qui rend la description des choix méthodologiques et des influences théoriques importante.

Ainsi, des chercheurs se sont réunis pour élaborer une checklist des éléments à rapporter dans la publication de recherches qualitatives, comme cela a été fait de façon similaire, par exemple, pour les revues systématiques par le biais de la méthodologie PRISMA. Il s'agit de la grille COREQ pour « Consolidated criteria for reporting qualitative studies »(48). Elle est disponible en annexe. J'ai été attentif à apporter une réponse dans la rédaction de ce travail à chacun de ces items.

Enfin, il me semble important de souligner que « la recherche qualitative ne peut être simplement considérée comme un jeu de techniques de recueil et d'analyse de données. Il s'agit d'une façon

singulière d'observer un phénomène et de fournir un cadre de travail associé à une certaine éthique de la recherche dans lesquels l'expérience subjective est reconnue et exploitée(49).

B. Plan expérimental

La problématique et le dispositif ont été conçus au sein de l'équipe du Master de recherche clinique Médecine Palliative ainsi qu'avec les avis éclairés des chercheurs de l'équipe de recherche « Ethique et Progrès » du Centre d'Investigation Clinique 1431 du CHU de Besançon qui ont notamment fait office de personnes ressources en matière de recherche qualitative.

Nous avons envisagé l'exploration de la collaboration entre oncologues et réanimateurs de deux façons : l'observation des pratiques et les entretiens semi-dirigés.

a. Information et contact des services.

Cette étude n'a pas été réalisée uniquement dans mon académie d'origine. Elle a débuté dans un autre Centre Hospitalier Universitaire. La réalisation de cette étude auprès d'équipes familières n'était pas souhaitable parce que je craignais d'être trop imprégné de la culture et des ressorts des services dans lesquels j'ai reçu ma formation. L'importance était d'avoir un regard extérieur.

Préserver une capacité à se laisser surprendre me semblait cruciale. Les expériences durant ma formation m'ont néanmoins été utiles dans la construction du dispositif et dans la comparaison des situations observées avec mon propre référentiel.

Les services concernés ont été contactés par mail puis j'ai rencontré les responsables et médecins des équipes de réanimation et d'oncologie médicale. Le protocole d'étude, l'objet de la recherche et le contexte de celle-ci leur ont été présentés oralement, et une version écrite du protocole était à disposition dans le service. C'est à partir du service de réanimation médicale que l'observation

et le recrutement se sont déroulés puisque c'est à cet endroit qu'étaient centralisées les interactions entre les différentes disciplines prenant en charge des patients atteints de cancer.

b. Observation

L'observation est une technique non scientifique en premier lieu, qui est « partagée par le journaliste d'investigation, le cinéaste documentariste, etc. » et qui permet « d'accéder à ce qui se joue derrière les discours » et « d'analyser le contenu réel du travail en marge des règles qui le prescrivent.(50) »

Nous avons ainsi réalisé une période d'immersion au sein du service de réanimation d'un centre hospitalier universitaire. Ce temps a permis l'observation des pratiques et du fonctionnement du service de manière générale. Nous avons initialement prévu d'observer des situations d'interactions directes entre oncologues et réanimateurs. Un journal de recherche a permis de consigner ces observations et les documents écrits relatifs à la collaboration ont également été consignés.

C'est par le biais de ma présence dans le service en tant qu'observateur que nous avons ensuite informé et recruté des praticiens du service, ainsi que des praticiens d'autres disciplines, à partir de situations cliniques les concernant, pour la réalisation des entretiens semi-directifs.

c. Entretiens semi-dirigé ou semi-directifs

Ces entretiens ont été enregistrés puis retranscrits par le chercheur en respectant l'anonymat et la confidentialité du contenu des entretiens. Il était demandé aux praticiens de raconter une

situation de collaboration qu'ils avaient vécue. L'échange prenait appui sur le récit d'une situation singulière afin d'interroger la collaboration.

Le choix des praticiens a d'abord constitué en un échantillonnage de convenance, c'est-à-dire que les praticiens intéressés et disponibles ont été les premiers interrogés. Ensuite, j'ai cherché à varier les entretiens selon une articulation qui me semblait pertinente pour réaliser des comparaisons. J'ai ainsi approché des hématologues, des oncologues, des spécialistes pratiquant l'oncologie dans le cadre de leur spécialité d'organes, de jeunes réanimateurs formés à l'hématologie, des réanimateurs plus anciens qui m'ont parlé de l'histoire des services. Cette variabilité des personnes et des situations afin d'obtenir des comparaisons les plus pertinentes possibles s'appelle « l'échantillonnage théorique. »

Les entretiens ont été réalisés dans deux centres hospitaliers universitaires différents.

L'entretien semi-dirigé est une technique de recueil de données qui consiste à réaliser une entrevue avec un participant à partir d'un guide ou d'une grille d'entretien relativement souple, où seuls quelques points de repères sont précisés. Il se distingue de l'entretien libre, sans cadre préétabli, et de l'entretien directif, où l'intervieweur produit une liste de questions précises qui se rapproche dès lors d'un questionnaire administré par un tiers.

Le guide de l'entretien semi-directif sert à relancer et à orienter le discours en cas de digressions, ainsi qu'à organiser la conversation autour de différents thèmes. L'objectif est de suivre le récit et la parole du participant afin de laisser émerger les informations de son discours et surtout ne pas l'encadrer dans des questions trop précises. Il s'agit d'un exercice dans lequel l'empathie, l'écoute et la confiance sont précieuses.

Nous avons porté une attention particulière au début des entretiens. Nous avons fourni aux participants un document d'information et de consentement par mail avant la rencontre.

L'horaire et le lieu de la rencontre ont été déterminés pour convenir au mieux aux participants, souvent bien occupés, et toujours sur leur lieu de travail. Avant de débiter l'enregistrement nous avons à chaque fois repris l'objectif de la recherche, répondu aux questions des participants et signé ensemble une note d'information et un consentement écrit.

A partir d'une grille préétablie, les thèmes abordés lors des entretiens étaient les suivants : le vécu de la collaboration, l'organisation de la collaboration, les représentations de chaque discipline, la perception des rôles mutuels, l'explicitation des arguments de négociation, les attitudes lors des interactions. Ces entretiens préliminaires ont été pensés à partir de l'observation de relations conflictuelles entre les deux disciplines, du manque de compréhension mutuelle des rôles de chacun. L'objectif de ce travail était de mettre en évidence l'influence des représentations, des attitudes et de l'organisation des soins sur la collaboration entre oncologues et réanimateurs. Nous avons accordé une place prépondérante au rôle et à la perception réciproque de ceux-ci durant l'élaboration du travail, ce qui nous a rapidement semblé une vision trop restrictive du problème une fois confronté au terrain de recherche. Cette « mise au point » n'est pas rare en recherche et serait même souhaitable, ce que décrit et explique J-C Kaufmann dans son ouvrage sur l'entretien compréhensif(32). C'est un signe que le chercheur adapte sa recherche à partir du terrain et des constatations et ne cherche pas à prouver des hypothèses préétablies.

Le guide d'entretien dans sa version finale est disponible en annexe.

C. Codage et Analyse

Le codage des entretiens a été réalisé à partir du logiciel Word[®] et de l'application Workflowy[®] pour la construction de l'arborescence des codes.

Des tableaux de codes ont été réalisés pour chaque entretien, au fur et à mesure de leur réalisation. Des catégories ont émergé des regroupements de codes au fur et à mesure de la recherche. Lorsque tous les entretiens ont été réalisés, chaque code et la citation correspondante ont été exportés dans l'application Workflowy pour créer une arborescence. Celle-ci a ensuite, au fil des remodelages, regroupé les différentes catégories en quatre thèmes. Les différents thèmes et catégories qui constituent le sommet de l'arborescence ont émané du regroupement des codes. On parle également de codes ouverts, puis de codage axial (premier regroupement), puis de thèmes.

Les premiers entretiens ont été relus par des collègues de promotion de Master et le codage a été discuté à la lumière de leur regard différent. Il n'y a pas eu de codage en aveugle par un second chercheur aguerri aux méthodologies qualitatives. Les tableaux de codages ont été relus et discutés avec une sociologue, Aline Chassagne.

Lors du codage, mes impressions et interrogations ont été consignées sous la forme de Memo à l'aide des deux logiciels ci-dessus. Ces mémos ont été relus occasionnellement pour vérifier qu'ils recelaient pas d'une piste non explorée dans l'analyse et la discussion des résultats.

Des notes d'observation ont également été tenues lors des journées d'observation au sein du service de réanimation. Ces notes n'ont pas été codées mais elles ont servi à la description du contexte des interactions entre oncologues et réanimateurs et de l'organisation de la collaboration. Mon expérience propre dans un autre centre hospitalier universitaire a également permis d'enrichir ces descriptions.

Les différentes étapes décrites ici correspondent aux opérations pratiques issues de la théorie ancrée.

D. Notion de saturation des données et des concepts

La saturation des données et des concepts est un élément clé de la méthodologie de recherche qualitative, introduit par B. Glaser et A. Strauss dans leur explicitation de la théorie ancrée(46).

La saturation des données est atteinte lorsque les nouveaux entretiens ne permettent pas d'apporter de nouvelles catégories ou une nouvelle compréhension aux concepts déterminés de manière inductive à partir des données. A ce titre, les deux derniers entretiens que nous avons réalisés en 2019 n'ont pas abouti à de nouveaux thèmes.

E. Démarches règlementaires

Les démarches règlementaires relatives à ce travail de recherche ont été réalisées en liaison avec la Direction de la Recherche Clinique et de l'Innovation (DRCI) du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Besançon.

Tous les participants ont été informés du caractère anonyme et confidentiel des entretiens et ont signé un consentement écrit.

Cette étude a fait l'objet d'une saisine déposée auprès du comité d'éthique du CHU de Strasbourg. Elle a reçu un accord en février 2018 sous le numéro FC/dossier 2018-17

Une déclaration de conformité à une méthodologie de recherche MR-003 auprès de la CNIL a été effectuée avec l'aide de la Direction de la Recherche Clinique et de l'Innovation du CHU de Besançon en la personne d'Ingrid Tissot.

Au-delà des démarches règlementaires visant à s'assurer du caractère éthique de la recherche, nous avons porté une attention particulière aux difficultés qui peuvent être spécifiques aux

recherches qualitatives, notamment concernant les risques pour les participants lors de la présentation des résultats(51).

4. Résultats

A. Déroulement de la recherche

a. *Temps d'observation*

Au total, l'équivalent de 10 journées d'observation ont été réalisées. Elles ont permis de mieux comprendre l'organisation de la collaboration. Cependant, aucune situation d'interaction entre oncologues et réanimateurs en face à face n'a pu être observée. Des documents écrits ont été consultés : compte-rendus de réunions de service, de réunions de concertation pluridisciplinaire, dossiers de patients, feuilles de transmissions médicales et paramédicales.

Cette courte immersion au sein d'un service de réanimation en tant qu'observateur m'a permis d'obtenir une meilleure compréhension des enjeux des situations de collaboration entre réanimateurs et praticiens des autres disciplines, mais a également été marqué par la difficulté à observer les situations d'interactions entre les différents acteurs.

b. *Entretiens*

11 entretiens ont été réalisés auprès de 12 praticiens de réanimation, d'oncologie, de pneumologie et d'hématologie durant la période d'étude, tels que décrits dans le tableau 1. La durée moyenne des entretiens était de 31 minutes, ce qui est peu, mais concordant avec d'autres études interrogeant des soignants et des médecins sur des situations cliniques(42,52).

Tableau 1 - Récapitulatif des entretiens

Durée (min)	Formation	Age	Formation complémentaire
59	Oncologue	30-39 ans	
59	Hématologue	40-49 ans	
25	Oncologue et pneumologue	50-59 ans	
29	Réanimateur médical	30-39 ans	
31	Oncologue et pneumologue	30-39 ans	
22	Réanimateur médical	30-39 ans	
25	Réanimateur médical	50-59 ans	
19	Hématologue	30-39 ans	DESC de réanimation
32	Oncologue médical	30-39 ans	
19	Oncologue et pneumologue	30-39 ans	DESC de réanimation
45	Oncologue et pneumologue	30-39 ans	
36	Réanimateur	30-39 ans	

Le choix des praticiens a d'abord consisté à un échantillonnage de convenance à partir des praticiens intéressés par l'interface entre oncologie et réanimation. Une situation d'interaction conflictuelle dont j'ai été un témoin indirect a été à l'origine de deux entretiens successifs. Enfin, j'ai souhaité faire varier les profils de médecins selon leur ancienneté, le service d'oncologie dans

lequel ils travaillent (oncologie médicale et spécialité d'organes) et l'expérience professionnelle ou non de la réanimation qu'ils ont pu avoir durant leur formation.

A partir des discours des praticiens, organisés autour du récit d'une situation d'interaction, nous avons identifié plusieurs thématiques. Elles traduisent la façon dont les praticiens décrivent et problématisent la collaboration entre oncologues et réanimateurs.

B. Organisation de la collaboration – Principaux thèmes

A travers l'analyse des verbatim des entretiens, nous avons identifié des codes, que nous avons ensuite regroupés en catégories puis en thèmes. Quatre thèmes ont permis de regrouper l'ensemble des données concernant la description et la compréhension de l'organisation de la collaboration interdisciplinaire. (Tableau 2) Un codage sélectif a également été réalisé pour juger de la pertinence de cette présentation et l'améliorer. Cela signifie que nous avons repris les entretiens et codé au hasard certaines parties une seconde fois pour confirmer les différents thèmes obtenus.

Ces thèmes peuvent également s'exprimer sous formes de questions :

- Comment est organisée la collaboration à ce jour ?
- Quelles sont les situations qui mettent particulièrement en tension cette collaboration ?
- Quelles sont les actions et tentatives pour moduler et améliorer l'organisation de la collaboration ?
- Parmi celles-ci, quelles sont les plus efficaces et pertinentes au regard des participants ?

Tableau 2 - *Thèmes et Catégories*

Thèmes	Catégories
L'organisation de la collaboration est un phénomène dynamique fondé sur les demandes et décisions conjointes.	<ul style="list-style-type: none"> - Une organisation fondée sur les demandes - Variabilité des interlocuteurs - Évolution des thérapeutiques et des connaissances - Interdépendance - Expériences ou compétences - Contraintes et Contingences - Réseau d'interlocuteurs privilégiés
Les situations d'incertitudes mettent particulièrement en tension la collaboration interdisciplinaire	<ul style="list-style-type: none"> - Les interactions sont parfois conflictuelles - Les situations palliatives mettent en tensions la collaboration - L'incertitude et l'imprévu mettent en tension la collaboration - La question du pronostic fait l'objet de négociations et d'enjeux de pouvoir
Les participants ont mis en place des stratégies pour faire évoluer l'organisation de la collaboration interdisciplinaire	<ul style="list-style-type: none"> - Recherche d'interlocuteurs de confiance à travers son réseau - Anticipation et Niveaux de Soins - Arbres décisionnels et Procédures d'appel à la réanimation - Réanimation d'attente
La collaboration telle qu'elle est valorisée par les participants relève de l'interdisciplinarité plutôt que de procédures rationnelles.	<ul style="list-style-type: none"> - Confiance et reconnaissance mutuelle - Intégration des connaissances échangées - Traçabilité des décisions - Entente sur un objectif commun

C. L'organisation de la collaboration est un phénomène dynamique

Le recueil et l'analyse du discours des praticiens nous ont permis d'avoir accès à leurs comportements mais aussi à leurs justifications et à l'idée et l'élaboration qu'ils se font de la collaboration. Cela nous a permis de comprendre quelle était l'organisation des interactions entre oncologues et réanimateurs.

a. Une organisation fondée sur les demandes et décisions conjointes

Lorsqu'un oncologue ou un réanimateur a sous sa responsabilité un patient qui présente une aggravation de son état de santé, ou alors qu'il se pose la question d'une limitation thérapeutique, il sollicite l'un de ses confrères de l'autre discipline.

« Une mamie hospitalisée de 82 ans avec un cancer du sein métastatique osseux: uniquement en cours d'hormonothérapie uniquement sans crise viscérale qui m'a fait un trouble de la conscience brutal Glasgow 4. J'ai appelé la réa, ça paraissait pour moi une évidence d'appeler la réa pour cette dame. »

E8, oncologue

La collaboration est fondée sur les demandes d'aides et sur des situations de décisions thérapeutiques, décisions d'admettre ou non un patient en réanimation, décision d'intuber ou non un patient, décision d'initier de la noradrénaline en réanimation par exemple.

C'est à travers et autour de ces différentes décisions que s'organise la collaboration.

« R. Donc le premier dossier donc c'est un dossier d'un patient qui présente une altération de l'état général qui évolue depuis plusieurs semaines et qui va être hospitalisé. En fait, initialement, ils

étiquettent ça comme une décompensation respiratoire d'une BPCO en service de pneumologie, et puis quinze jours après il sera hospitalisé chez nous pour une aggravation et nécessité d'intubation. Est déjà évoqué un diagnostic de lymphome, qui sera confirmé rapidement après son admission en réanimation, c'est-à-dire à J2 après son admission, donc qui va motiver des discussions avec l'hématologue. »

E3 Réanimateur

b. Une variabilité des interlocuteurs liée à l'organisation des colonnes de garde

Puisque notre étude se situe dans un centre hospitalier universitaire, les internes participent à l'organisation des soins. La continuité des soins est organisée selon des tableaux de garde qui assurent un interne et un médecin responsable d'astreinte chaque jour. Dans les services de médecine, l'interne est seul la nuit et l'astreinte est téléphonique. Dans les services de réanimation un médecin senior est également présent la nuit.

La procédure standard, lorsqu'un médecin sollicite un avis, est de contacter par téléphone l'interne de garde ou le senior d'astreinte.

Cependant, du fait des repos de sécurité et de l'organisation des soins, les interlocuteurs sont variables et changent quotidiennement. Cette variabilité est source d'imprévu, et nécessite une adaptation de la part des praticiens qui est vécue comme inconfortable.

« C'est voilà, c'est toujours difficile je trouve alors on va peut-être en dire on va en parler dans l'entretien mais ça dépend toujours sur qui on tombe en réanimation parce qu'on est quand même des humains avant tout »

E4, Pneumologue

« c'est vrai que quand on a des difficultés à avoir un interlocuteur que l'interlocuteur change de jour en jour que nous on ne le connaît pas bien c'est plus compliqué de s'investir dans un dossier ou de faire confiance à l'avis qu'on a en face de nous. »

E5 Réanimateur

Cette variabilité des interlocuteurs peut aussi s'entendre en terme d'opinions, de convictions, d'histoire personnelle. Des questions comme la réalisation de soins palliatifs en réanimation ont des positions diverses parmi les praticiens.

c. Évolution des thérapeutiques et des connaissances

Puisque la collaboration et son organisation sont le reflet des demandes, l'évolution de la médecine, des thérapeutiques et des connaissances a une influence sur la collaboration. En effet, nous avons vu que les patients atteints de cancer sont une des populations prises en charge en réanimation de façon désormais habituelle, avec une majorité de tumeurs solides. Ce changement est secondaire à une amélioration de la qualité de vie et de la durée de vie des patients atteints de cancers ces dernières années. L'évolution thérapeutique rapide en cancérologie en est probablement la cause. Les participants à notre travail soulignent cette évolution des connaissances en cancérologie.

« c'est vrai que c'est une spécialité à part avec énormément d'avancées thérapeutiques actuellement, le pronostic des pathologies est en train de changer et la qualité de vie des patients est en train de changer et du coup ce qu'on apprenait avant comme dogme d'un cancer métastatique est un peu en train de changer »

E10 pneumologue

« c'est pour ça que je pense que c'est important de connaître vraiment la pathologie alors c'est vrai qu'il y a tellement maintenant de cancers de différents pronostiques et puis tellement de traitements différents que c'est vraiment hypercompliqué je pense de connaître le pronostic pour euh.. enfin nous on y connaît rien, moi j'y connais rien du tout en oncologie vraiment. »

E5 Réanimateur

Les réanimateurs soulignent leur difficulté à se tenir à jour de ces évolutions. Ils semblent reconnaître que les jeunes réanimateurs sont sans doute plus au fait de ces connaissances.

« Ah oui oui oui j'ai eu expérience plus ancienne et je pense que les jeunes réanimateurs ont certainement beaucoup plus de connaissances et beaucoup plus d'implications sur les thérapeutiques ciblées, les thérapies ciblées. »

E6 Réanimateur

On peut citer l'exemple des cancers du poumon avec l'apparition, ces dernières années, d'options thérapeutiques pour les cancers présentant des mutations de l'EGFR ou du gène ALK pour lesquels le pronostic a radicalement changé. Il n'est pas surprenant que notre échantillon comporte beaucoup d'oncologues thoraciques, peut-être plus souvent confrontés à la difficulté de transmettre ces connaissances nouvelles à leurs homologues réanimateurs. Il s'agit en tout cas d'une difficulté qu'ils expriment.

Il est intéressant de noter que les représentations liées au cancer tardent à prendre en compte ces avancées thérapeutiques. Plusieurs participants, y compris parmi les réanimateurs, ont souligné des représentations négatives concernant la réanimation des patients atteints de cancer.

*« C. Et qu'est-ce que tu penses que les réanimateurs comprennent ou connaissent de ça de ces informations pronostiques ou d'autres informations sur nos patients par exemple. O. *Réfléchit* Je pense que souvent ils pensent que pour les patients d'oncologie il n'y a pas vraiment d'espoir et à part les gens qui sont en traitement adjuvant ou néo adjuvant ils pensent qu'il n'y a pas de... enfin un pronostic évolutif vraiment péjoratif à très court terme donc il n'y a pas d'intérêt à..., pas forcément d'intérêt àC. à aller plus loin O. à aller plus loin. »*

E1 Oncologue

« Et c'est vrai que l'a priori est plutôt négatif. La vision du malade d'oncologie en réanimation c'est comme le malade dément, le malade dément : il a pas sa place en réanimation quoi. »

E5 Réanimateur

*« R. *réfléchit* Bah moi j'essaie de me fier à des trucs objectifs. Quand vraiment enfin si je suis enfin la plupart du temps enfin le réanimateur moi peut être mes collègues aussi je sais pas mais sur les patients d'oncologie, d'oncologie qu'on juge grave qui sont déjà après plusieurs lignes de traitements tout ça notre vision c'est peut-être pas objectif c'est peut-être justement du subjectif, de l'affect et puis notre a priori finalement c'est de se dire que les carottes sont cuites ce qui est pas forcément la vision de l'oncologue »*

E5 Réanimateur

Enfin, il est intéressant de noter que pour justifier la bonne collaboration avec un service d'hématologie, l'histoire commune de ces services a été mise en avant, traduisant de l'intérêt pour l'histoire de la collaboration.

« R. alors d'abord c'est une tradition. Parce que depuis que moi je suis dans le service, depuis que moi j'étais interne dans le service en 1995 l'hématologue passait tous les jours faire les prescriptions avec le médecin réanimateur et la partie prescription du réanimateur et la partie prescription de l'hématologue. »

E6 Réanimateur

d. Interdépendance

Ces nouvelles connaissances illustrent l'interdépendance des disciplines dans la prise en charge conjointe des patients atteints de cancers. On entend par interdépendance l'idée que la maîtrise d'une connaissance spécifique a une influence sur ses actions mais aussi sur l'action de l'individu avec lequel on est interdépendant.

En effet, la connaissance pronostique liée à ces nouvelles thérapeutiques va modifier la pratique des réanimateurs.

« Je pense que alors, dans l'idéal ce serait bien qu'on ait plus de connaissances le truc c'est qu'il y a déjà tellement de trucs en réa enfin on peut pas tout connaître quoi. C'est pour ça qu'on a vraiment besoin d'eux pour s'orienter pour les prises de décisions. »

E5 Réanimateur

Mais il y a interdépendance aussi parce que les réanimateurs ont une meilleure connaissance de la réanimation et notamment des complications de la réanimation. Ils ont ainsi aussi la possibilité d'influencer par ces connaissances les actions des oncologues, en considérant qu'un transfert en réanimation est déraisonnable par exemple.

« c'est toujours un petit peu la balance « bénéfice risque » en se disant on va faire perdre en autonomie mais pour un projet de vie et une qualité de vie raisonnable et qui pèse dans la balance quoi. »

E9 Pneumologue

e. Expérience ou compétence

Il est intéressant de noter que, lorsqu'ils se réfèrent à leurs connaissances et à leur compétence, les oncologues comme les réanimateurs soulignent la dimension d'expérience plutôt que la simple connaissance, concernant le pronostic notamment.

« C'est très compliqué pour un oncologue de donner un pronostic. C'est extrêmement compliqué. »

E8 oncologue

*« O. oui une espèce de pif *pose l'index sur le nez* on sent peut-être plus les choses euh... c'est tout un faisceau d'arguments qui nous fait dire : le type histologique l'étendue de la maladie, le statut OMS, le statut social et socio-économique »*

E2 Pneumologue

« Puis je m'en rappelle aussi parce que je fais aussi mon expérience sur ces patients-là. Pour les syndromes de lyse tumoraux maintenant clairement je sais qu'il y a pas de critères objectifs vraiment d'épuration extra rénale donc j'essaie de trouver le moment optimal pour laisser passer la chimiothérapie sans être en retard sur le syndrome de lyse et ça c'est marqué nulle part. Donc c'est de l'expérience. »

E3 Réanimateur

Cela renforce à mon sens l'interdépendance des disciplines, une connaissance théorique ne pouvant complètement remplacer l'expérience d'un praticien.

Qui plus est, parmi les oncologues (E9) et hématologues (E7) particulièrement formés à la réanimation par le biais du DESC, l'expérience des complications de la réanimation et des conséquences à long terme de celle-ci sont mises en avant par ces interlocuteurs par rapport à leurs collègues.

« Ben moi par rapport à mes autres collègues hémato j'ai plus conscience de l'impact de la réanimation sur le projet à long terme du patient, je pense. Voilà, j'ai plus conscience des séquelles. »

E7 hématologue

f. Recherche d'interlocuteurs privilégiés à travers son réseau de connaissances

Afin de pouvoir transmettre leur expérience sans entrer dans une négociation délicate et afin de trouver un interlocuteur de confiance qui apporte des informations fiables, les participants font appel à leur réseau de connaissances.

Ce réseau peut être lié à leur expérience professionnelle (passage en tant qu'interne dans le service par exemple) mais aussi lié à leur réseau amical.

Les participants soulignent que ce réseau est essentiel, que les interactions sont plus faciles au sein de leur réseau et qu'un lien affectif ou un lien de confiance facilite leur travail.

« Quand vraiment ça coince et tout ça enfin moi j'ai quand même quelques contacts en oncologie parce que j'ai un copain qui y bosse et du coup généralement quand on s'attelle sur un dossier compliqué on arrive quand même à se mettre d'accord. C. Et pourquoi plus avec lui que tu connais ? Qu'est-ce qui facilite les choses ? R. Ben parce que je le connais ! C. Et pourquoi justement ? R. Ben je sais pas ben parce que déjà je sais qui c'est je sais comment il bosse, je sais qui c'est, enfin voilà on se connaît depuis longtemps, j'ai confiance en lui. S'il me dit qui fait faire et qui faut y aller je me pose pas de questions j'essaie de faire et puis après on revoit. C'est pareil en hémato les hématologues je les connais beaucoup même si desfois les patients y sont compliqués »

E5 Réanimateur

Cette recherche d'interlocuteurs de confiance est une « stratégie » de la part des participants, c'est-à-dire qu'elle est un comportement qui tient compte des contingences de la collaboration au moment de la demande et tend vers la décision la moins inconfortable possible. Cette stratégie illustre que c'est bien le comportement des participants en réaction aux conditions de collaboration qui fondent l'organisation de la collaboration.

Le réseau des participants se constitue à partir de leur activité quotidienne et se trouve renforcé par les interactions non liées à une demande concernant un patient atteint de cancer : fibroscopies bronchiques, échanges autour d'un projet de recherche, etc.

« Est-ce que quand tu y vas pour des fibroscopies bronchiques ou pour un autre motif, tu as l'impression que dans l'interaction avec les réanimateurs ça t'aide ?

Alors ça m'aide à mieux les connaître et eux ils me connaissent aussi. Je suis un peu celui qui arrive de nulle part donc du coup j'ai pas mon réseau alors qu'à [Ville] alors que j'avais fait tout mon internat et j'étais passé en réanimation je connaissais tous les réanimateurs et ils me connaissaient. »

E10 Pneumologue

A travers leur expériences dans différents services, les internes cultivent également leur réseau.

« R. Et je pense que c'est ça qui fait la différence c'est que les hématologues étant venus internes dans le service et tout ça, discutent plus facilement avec nous et passent plus régulièrement dans le service. Alors que les oncologues finalement ils passent pas internes et je pense que la réa c'est assez obscur [pour eux]. »

E5. Réanimateur

Le réseau est également marqué par le système hiérarchique hospitalier. Les comportements face à un professeur des universités ou face à l'interne de garde ne seront pas les mêmes.

« C. D'accord. Est-ce que tu penses que le statut de PU ça change quelque chose ? R. Oui, bien sûr oui, je pense que dans l'interaction effectivement je serais moins rude avec un professeur qu'avec un autre PH. »

E3 Réanimateur

g. Contraintes et Contingences

Face aux situations rencontrées dans la collaboration, d'autres contraintes sont mises en avant par les participants, comme la disponibilité des lits en réanimation par exemple.

*« On peut concevoir qui fasse passer un jeune de 25 ans qui a pas de cancer devant un de 70 ans qui a un cancer *pause »*

E2 Oncologue

« Alors je suis conscient que s'ils ont un malade de 20 ans qui arrive qui a besoin d'une assistance circulatoire et qu'il y a plus de place on va faire en sorte on va le faire entre nous tu vois mais après... après c'est comme ça quoi.»

E4 Pneumologue

La responsabilité des praticiens vis-à-vis de leurs confrères n'a pas été évoquée. Cependant, à partir de mes observations j'ai pu constater que les décisions prises par les réanimateurs durant les gardes et astreintes sont rediscutées durant les réunions d'équipes. Ce sont bien souvent les collègues qui vont prendre en charge le patient admis en réanimation par exemple et il me semble y avoir une forme de responsabilité vis-à-vis d'eux dans le choix des patients admis en réanimation.

Ainsi, l'organisation de la collaboration telle que nous l'avons décrite est le reflet de comportements redondants à travers les interactions successives. Il s'agit d'un phénomène dynamique, perpétuellement en construction et appelé à se modifier par le biais des évolutions des thérapeutiques et des connaissances en médecine. Tel qu'il est décrit, il est fondé sur les demandes et décisions et fait appel au réseau d'interlocuteurs privilégiés des praticiens.

D. Les situations d'incertitude mettent en tension la collaboration interdisciplinaire

a. Des interactions parfois conflictuelles

A travers nos entretiens il est apparu que le vécu des interactions entre oncologues et réanimateurs est parfois conflictuel. Les participants évoquent des émotions comme la colère ou l'agacement.

« R. Ben j'étais ... *hésite* moi je me suis sentie un petit peu énervée »

E3 Réanimateur

« Après j'ai envie de dire ouais des fois je suis un peu agressif et tout ça parce que c'est peut-être juste que j'ai pas envie de me faire chier à prendre un malade que je considère comme perdu. »

E5 Réanimateur

Ils évoquent la difficulté à se faire comprendre, à partager leur expérience plutôt que leurs connaissances.

« Ce qui est frustrant c'est que des fois j'ai l'impression de devoir me justifier à c'est c'est.. de la prostitution verbale. « S'il te plait s'il te plait allez allez allez il faut que tu m'aides et des fois t'as envie de dire enfin merde quoi. Si tu veux pas m'aider je me débrouille et puis voilà quoi. »

E8 Oncologue

Ils expriment la nécessité de convaincre, de se battre. Ces mots sont d'un registre fort. Ils expriment une détermination, et évoquent des négociations, parfois difficiles, afin d'obtenir une prise en charge à laquelle on « croit. »

« après si effectivement si moi je suis convaincu qu'il faut le descendre et que la personne en face est réticente je vais être encore plus convaincant quoi enfin forcément si t'essaie de convaincre quelqu'un il va te sortir des contre-arguments auxquels va falloir répondre »

E4 Pneumologue

Cela illustre bien que l'on sort du registre des connaissances pour tendre vers celui de l'expérience, de la conviction, parfois même « une sorte de pif. »

Ces récits ne concernent qu'une partie des interactions, mais la plus intéressante, parce qu'elle illustre les situations singulières, celles qui mettent en tension la collaboration.

Les participants expriment leurs regrets et leurs difficultés liés à la variabilité des interlocuteurs, particulièrement prégnante dans les situations imprévues ou de décisions lors d'une garde.

« Voilà c'est ça et on a eu plusieurs soucis là sur le semestre d'astreintes qui n'étaient pas forcément de notre pathologie. C'était des gens qu'on voulait envoyer en réa et qui ont pas été mis en réa parce que c'était les weekend et parce que la discussion a pas été... »

E1 Oncologue

« Donc non on sait jamais sur qui on va tomber et c'est « coup de pas de chance » si c'est lui de garde : perte de chance pour le patient »

E8. Oncologue

b. Différentes situations

En effet, de nombreuses situations différentes ont été exprimées par les participants, bien que les situations conflictuelles et complexes y soient surreprésentées.

Ils ont évoqué des discussions satisfaisantes, en dehors de tout contexte d'urgence, aboutissant à une décision acceptée par tous les participants.

« Alors ça c'est très bien passé parce qu'on avait des bases communes, ça n'aurait pas été la même chose avec une réanimatrice qui n'était pas à l'origine oncologue, qui aurait compris quand même mais qui aurait posé des questions différentes et qui aurait pas, dont l'argumentation n'aurait pas été la même. »

E10 Pneumologue

« Est déjà évoqué un diagnostic de lymphome et qui sera confirmé rapidement après son admission en réanimation c'est-à-dire à J2 après son admission, donc qui va motiver effectivement des discussions avec l'hématologue et puis on a peu près tous les deux finalement sur la même ligne bein c'est à dire

qu'on peut pas malgré que le patient alors oui, le souci c'est que le patient il avait de nombreuses comorbidités avec une AOMI qui le limitait vraiment dans le quotidien mais finalement un patient qui est un peu le porteur de sa famille et que finalement on est d'accord qu'on peut pas le limiter d'emblée, parce que lui pour l'hématologue il y avait une contre-indication à un traitement curatif c'est à dire les anthracyclines du fait d'une FEVG qui était à 40%. »

E3 Réanimateur

c. Les situations palliatives mettent en tension la collaboration

Dans le discours des participants, on constate une surreprésentation des situations palliatives et de situations complexes. (Nous avons vu à travers la littérature que les patients en situation palliative ne représentent qu'une portion minoritaire des patients atteints de cancers admis en réanimation.(4))

Ces situations sont particulièrement empreintes d'incertitude concernant le pronostic, et illustrent l'interdépendance et l'évolution récente des connaissances en cancérologie.

Nous avons détaillé ci-dessous les situations décrites par les participants afin d'illustrer la représentation excessive des patients en situation palliative. (*Tableau 3*)

Tableau 3 – Exemples de situations cliniques relatées par les participants

Nature de la demande	Lieu	Question
Adénocarcinome de prostate métastatique ayant déjà reçu plusieurs lignes de traitement. Choc septique	Service d'hospitalisation	Indication à une prise en charge en réanimation du choc septique
Cancer du poumon métastatique, récemment extubé, instable sur le plan ventilatoire.	En réanimation	Indication à une nouvelle intubation et suppléance ventilatoire
Adénocarcinome rectal d'emblée métastatique, détresse respiratoire inaugurale	Consultation externe d'oncologie	Indication à une suppléance ventilatoire
Lymphome Agressif découvert à la faveur d'une exacerbation de BPCO	En réanimation	Début de chimiothérapie – quel niveau de soins en cas de complications
Cancer du poumon métastatique, de découverte récente, non encore traité, détresse respiratoire sur compression trachéale	Service d'hospitalisation	Intubation et début de chimiothérapie en réanimation
Diagnostic de cancer du sein métastatique sur défaillance vitale, d'emblée admis en réanimation depuis le domicile.	En réanimation	Débuter un traitement systémique – annonce diagnostique
Cancer du sein métastatique, trouble de la conscience aiguë	Service d'hospitalisation Discussion téléphonique uniquement.	Protection des voies aériennes

Choc septique d'un patient atteint d'un cancer du poumon avancé au service	Service d'hospitalisation	Indication à une suppléance hémodynamique en réanimation
Surdosage en opiacés dans un contexte de cancer du poumon muté ALK en situation palliative	Service d'hospitalisation – Discussion téléphonique uniquement (refus de prise en charge)	Prise en charge d'un arrêt cardiaque lié à un surdosage médicamenteux.

d. L'incertitude et l'imprévu mettent en tension la collaboration

A travers ces situations, c'est aussi l'incertitude et l'imprévu qui rendent la collaboration délicate. L'imprévu parce qu'une situation imprévisible ne permettra pas une anticipation satisfaisante de la part des oncologues et qu'elle placera les médecins dans l'urgence à prendre une décision, ce qui est toujours vécu comme inconfortable.

Les situations d'interactions lors des gardes et astreintes sont particulièrement délicates à ce titre.

« Par contre j'ai vécu à l'inverse des situations qui moi me semblaient quand j'étais réanimateur désespérée et pour autant des collègues d'autres services un petit peu insistants sur certains prises en charge avec laquelle on est pas forcément toujours à l'aise. Est-ce qu'on vient là pour statuer à 4h du matin, les choses ont pas été faites en amont, la personne connaît pas le dossier et il faut faire parce qu'on verra demain et en fait la réa c'est pas on verra demain, il aurait fallu voir il y a une semaine. »

E9 Pneumologue

e. Une rationalité limitée par l'urgence

On pourrait considérer banal le fait que les participants soulignent la difficulté à prendre une décision dans l'urgence par rapport à des situations dans lesquelles la situation peut être évaluée plus tranquillement.

Il me semble que ce que les participants évoquent tient du concept de la rationalité limitée. La rationalité limitée stipule que, lorsqu'un individu prend une décision, celui-ci tient compte des différentes informations à sa disposition et des contraintes qui l'obligent. Cette rationalité n'est jamais totale. Particulièrement dans l'urgence, les individus tendent à adopter un mode de réflexion dit « heuristique » ou pour le dire simplement « intuitif » où ils vont, à partir des contingences en présence et dans un temps court, prendre la décision la moins mauvaise possible, qui ne sera pas forcément la plus rationnelle.

La façon dont les participants à notre travail racontent leurs décisions dans l'urgence nous semble relever de la rationalité limitée.

f. La question du pronostic fait l'objet de négociations et d'enjeux de pouvoir

Dans ces interactions délicates, celles qui mettent en tension la collaboration, ce que relatent souvent les participants est une négociation qui porte sur le pronostic.

« Je pense qu'il faut moi je dis la vérité je leur dis que je leur décrit le patient tel qu'il est. Euh après si effectivement si moi je suis convaincu qu'il faut le descendre et que la personne en face est réticente je vais être encore plus convaincant quoi enfin forcément si t'essaie de convaincre quelqu'un il va te sortir des contre-arguments auxquels va falloir répondre après je change pas mon discours mon discours reste le même et peut être un peu plus incisifs et plus convaincant encore et on me sort des

contre arguments et si moi je suis convaincu voilà après moi je suis ouvert à la discussion si on me donne de bons arguments pour lesquels il doit pas descendre. Enfin oui je dis descendre »

E4 Pneumologue

« Ce qui est frustrant c'est que des fois j'ai l'impression de devoir me justifier à c'est c'est.. de la prostitution verbale. « S'il te plaît s'il te plaît allez allez allez il faut que tu m'aides et des fois t'as envie de dire enfin merde quoi. Si tu veux pas m'aider je me débrouille et puis voilà quoi. »

E8 Oncologue

« R. Donc moi d'emblée quand je suis appelée pour ce patient je suis pas en accord pour une prise en charge au service parce que clairement on nous appelle pour une détresse respiratoire aigue chez un patient pour lequel une lymphangite pulmonaire est identifiée et pour moi ça fait partie des seuls critères de non admission des patients en réanimation. Alors après les arguments avancé par le Dr , c'était le Dr T ils étaient aussi entendables c'est-à-dire que après, une fois que l'on regarde le scanner la détresse respiratoire elle est pour partie, en grande partie encore due à un épanchement pleural bilatéral assez important pour lequel on pouvait attendre quelques bénéfices aux patients pour un drainage et pour... Voilà on l'a drainé il s'est quand même amélioré on a apporté un bénéfice au patient tout en sachant que c'était une prise en charge qui aurait pu être faite en service de pneumologie. »

E3 Réanimateur

Cela semble adapté, puisque c'est à partir du pronostic que se décide le bien-fondé d'une décision de réanimation, c'est-à-dire l'estimation des bénéfices et des risques.

Pourtant, il nous semble que l'attitude de négociation autour du pronostic n'est pas toujours rationnelle et qu'elle fait l'objet de négociations, et d'un réel enjeu de pouvoir. Les récits illustrent qu'il y a un jeu autour de cette notion du pronostic. La fiabilité ou l'honnêteté des informations échangées sont remises en question.

« Ah ben oui c'était une discussion au téléphone où on est appelé pour prendre en charge des malades et on appelle un chef en face de nous et tout ce qu'on répond à l'interne c'est « t'as qu'à lui dire qu'on a pas fait la dernière lignée de chimiothérapie comme ça il sera obligé de le prendre en charge. » Ça c'est prendre les gens pour des imbéciles. »

E6 Réanimateur

Peut-on trouver une explication à ces comportements ? Nous avons vu que la rationalité limitée pousse les participants à prendre la décision la moins inconfortable possible. Or, si les participants ont bien le patient à l'esprit, ils n'en ont pas la même perception. Pour le dire de manière caricaturale, les oncologues sont convaincus du bien-fondé d'une tentative de réanimation, et les réanimateurs peu convaincus d'une prise en charge à l'issue possiblement fatale ou en tout cas grevées de comorbidités certaines. La conciliation n'est pas simple et l'incertitude n'est que rarement nommée en tant que telle. Chacun estime le pronostic dans la direction qui lui est le plus favorable. Ainsi, il ne me semble pas surprenant que les oncologues soient plus optimistes dans leurs estimations. Puisque la situation et le pronostic sont incertains, il faut se saisir des meilleures estimations pour agir, ce que les réanimateurs contestent. En effet, le doute doit-il toujours bénéficier au patient ? Y-a-t-il une perte de chance si le patient n'a pas eu la prise en charge adaptée à l'estimation la plus optimistes ? Le terme de « perte de chance » est abordé par les praticiens d'oncologie comme de réanimation et traduit une tendance à faire jouer les notions d'incertitudes en sa faveur.

Prendre un patient d'oncologie si on bloque une place pour quelqu'un de plus jeune ensuite : c'est une perte de chance. Ne pas transférer en réanimation un patient qui a une complication réversible : c'est une perte de chance.

Ces citations que nous retrouvons largement dans le discours des oncologues traduisent du jeu autour de l'incertitude.

Comme l'exprime à mon sens assez précisément un oncologue :

« j'ai encore entendu ce matin par un collègue oncologue « dans le doute quand on se pose la question il faut réanimer » ben je pense pas, quand on se pose la question il faut répondre à la question, c'est surtout ça. Il faudrait face à l'incertitude arriver à prendre une décision et se détacher de ces jeux autour de l'incertitude. »

E9 Pneumologue

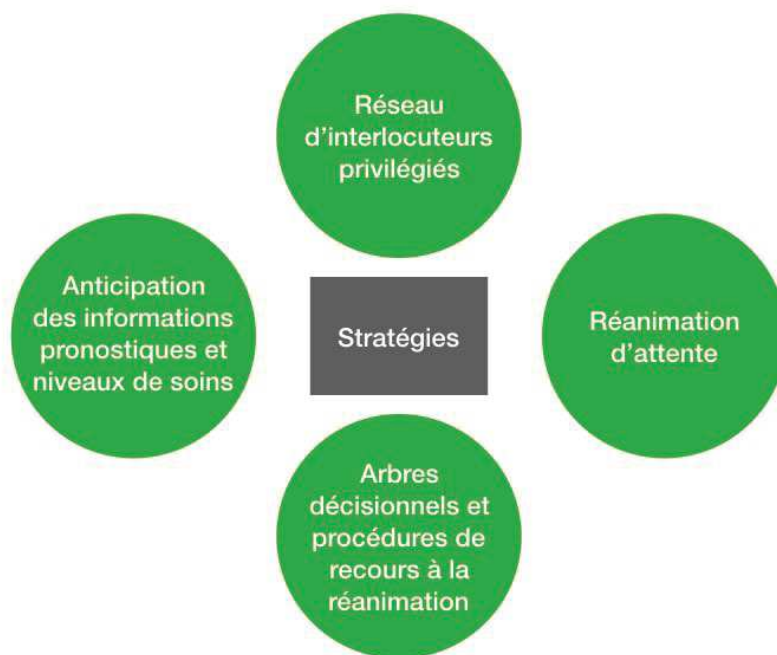
Les théories de Michel Crozier postulent que ces zones d'incertitude et de négociations sont des enjeux de pouvoir. Le pouvoir est ici ce qui permet d'influencer sur les actions de ceux qui sont en interdépendance avec l'acteur

En ce sens, l'incertitude autour de la question du pronostic est réellement un enjeu de pouvoir que se disputent les oncologues et les réanimateurs, et qui entraîne parfois les conflits que les participants nous ont évoqués.

E. Les participants ont mis en place des stratégies pour faire évoluer l'organisation de la collaboration interdisciplinaire

Puisque les interactions sont conflictuelles et que ce sont les comportements des acteurs qui fondent la collaboration, il est intéressant de mettre en lumière ce qu'ils font pour modifier la collaboration et pour tenter de résoudre, ou éviter, les conflits. (*Figure 3*)

Figure 3 - Stratégies mises en place par les participants afin de faire évoluer la collaboration et ses règles implicites



a. Recherche d'interlocuteurs de confiance à travers son réseau

Dans une tentative d'évitement des conflits plutôt que de résolution, les praticiens font appel à leur réseau de connaissances, à des interlocuteurs dont l'information est jugée fiable parce que le statut de l'interlocuteur est privilégié. Nous avons déjà illustré ce point dans le premier thème et il est l'une des stratégies qui permet d'éviter les conflits dans la collaboration. La plupart des participants nous l'ont évoqué, et elle semble satisfaisante pour les participants.

Sa principale limite concerne les situations dans lesquelles ce réseau ne peut être sollicité : situations imprévues, sollicitations durant une garde ou astreinte, patient arrivant aux urgences sans passer par l'oncologie médicale, etc.

« quand vraiment ça coince et tout ça enfin moi j'ai quand même quelques contacts en oncologie parce que j'ai un copain qui y bosse et du coup généralement quand on s'attelle sur un dossier compliqué on arrive quand même à se mettre d'accord. »

E4. Réanimateur

« Oui moi Il y a des personnes avec qui je discuterais pas. S'ils me disent quelque chose, le malade vient en réanimation. »

E6 Réanimateur

« oui. Oui oui Clairement. Il y a des oncologues qui ont bossé en réa ou qui ont des relations un peu plus importantes avec certains réa et ils passent d'ailleurs directement en appelant untel réa et ça oui ça facilite beaucoup. »

E8 Oncologue

b. Anticipation et Niveaux de soins

Nous avons vu que l'information pronostique est essentielle dans les décisions relatives aux patients atteints de cancer. Afin de fournir une information, y compris dans les situations imprévues, les services d'oncologie médicale et thoracique ont développé des niveaux de soins qui sont autant de mentions évoquant ce qu'il faudrait, ou ne faudrait pas faire, en cas d'aggravation de l'état de santé d'un patient.

« Et c'est un peu dommage, je trouve que nous on essaie de notre côté d'anticiper de discuter ça avec toutes les admissions, de mettre le statut réa/ réa service, surtout quand on les gens se dégradent on essaie de vraiment le faire. »

E1 Oncologue

E8 « O. alors moi je bosse en hospitalisation donc j'ai les patients hospitalisés au long cours. A chaque entrée de patient on le statue en fonction : est-ce que c'est un patient réanimatoire, est-ce que c'est un patient palliatif et entre les deux on a le réa-palliatif.

E8 Oncologue

Cette anticipation est valorisée par les oncologues et permet de résoudre une partie des situations en amont. Les réanimateurs sont peu sollicités durant ces temps de réflexion exercés au sein de la discipline, en autonomie.

D'une autre façon, les réanimateurs anticipent aussi, lorsqu'ils en ont l'opportunité, de telles décisions. C'est le cas par exemple lorsqu'un patient quitte la réanimation mais que l'équipe de réanimation estime qu'une nouvelle tentative serait déraisonnable. Ils prennent alors l'initiative de consigner dans leur courrier de sortie qu'un nouveau passage en réanimation ne serait pas souhaitable et que le patient en serait récusé.

Cette anticipation, largement utilisée dans les services, ne résout pourtant pas toutes les situations. Les participants évoquent la difficulté à se prononcer dans certaines situations, la volonté de revenir sur le niveau de soins face à certaines complications considérées comme réversibles, ou simplement l'absence d'anticipation parce que le patient est à peine connu du service et que son état de santé s'est dégradé de manière imprévue.

« on a l'impression qu'il y a jamais de réflexion en amont qui est faite et que la réflexion elle est initiée au moment où il y a le problème aiguë qui est arrivé enfin moi c'est l'impression que j'ai sur les malades d'oncologie. »

E5 Réanimateur

c. Arbres décisionnels et Procédures d'appel à la réanimation

D'autres solutions ont été proposées pour tenter d'améliorer les interactions entre oncologues et réanimateurs.

Il s'agit soit d'arbres décisionnels visant à résoudre les négociations concernant le pronostic par un document de « référence ». Celui-ci est issu d'un référentiel de l'AFSOS et produit par un groupe de travail de personnes référentes dans le domaine.

« Par exemple quand je leur trace un tableau avec là on va dire une sorte d'algorithme décisionnel d'admission des patients d'oncologie en réanimation que j'ai repris de l'IGR là on commence à parler le même langage. Donc du coup oui ok on fera attention au score OMS pour l'adresser ne réanimation et que ça soit défini que eux valident même ce protocole. Tout de suite on parle le même langage et c'est pas moi qui l'invente ce protocole. Je le fais passer de l'extérieur, quelque chose qui est validé, validé par des équipes expérimentées quoi. »

E3 Réanimateur

« Enfin pour moi ça me facilite beaucoup pour les internes aussi parce que il y a un cadre il ya trois colonnes on sait dans quelle colonne on met notre malade et puis voilà au moins c'est pas que c'est pas opposable mais disons que ça permet de clarifier une peu les choses quoi. »

E4 Pneumologue

Il s'agit aussi de la proposition d'une « procédure » lors d'une demande d'admission en réanimation émanant de l'oncologie avec le recours aux médecins de soins palliatifs pour tous patients palliatifs par exemple. Cette procédure est issue d'une réunion de morbi-mortalité

commune entre les différents services, initiée par les réanimateurs à la faveur d'une situation de fin de vie en réanimation particulièrement conflictuelle.

« Alors on avait fait une RMM justement avec Dr V. enfin avec plusieurs oncologues et où justement ils nous présentaient plusieurs dossiers ou justement on s'était un peu accroché »

E5 Réanimateur

Cependant, la procédure d'admission définie n'a jamais été respectée un an après et les arbres décisionnels ne semblent pas avoir convaincu les participants. Comme l'exprime l'un d'entre eux, ces arbres décisionnels ne permettent pas de transmettre autre chose que des connaissances pronostiques chiffrées.

*« C. Et ce pif dont justement vous parlez cette intuition, vous arrivez à la transmettre aux réanimateurs ou pas ? O. Non. Pas du tout. Eux ils ont des critères très froid. Ils ont des « Grilles » *accent sur ce mot* »*

E2 Pneumologue

d. La réanimation d'attente

La réanimation d'attente n'est pas une proposition locale issue des participants. Elle est une proposition issue de la recherche clinique au début des années 2000 et dont la pratique s'est diffusée depuis. Les participants l'évoquent spontanément.

« Là bas, on avait facilement l'habitude de faire si besoin des transferts en réanimation onco et de réévaluer la situation à 48-72h et de là rediscuter tous ensemble à froid une fois qu'on a pris en charge de façon maximale et de discuter limitation c'est à dire soit il a évolué soit il a pas évolué soit il s'est dégradé encore plus c'est à dire est-ce que ça vaut encore le coup de poursuivre la réanimation ? et du coup on avait la possibilité de faire des transferts en réanimation et si besoin de faire des limitations et des arrêts de soins par la suite. »

E10 Pneumologue

La réanimation d'attente est une réponse à l'incertitude quant au bénéfice de la réanimation. Elle consiste à réaliser une réanimation maximale pendant un certain délai, puis de réévaluer la situation et de prendre à nouveau le temps de décider s'il faut poursuivre la réanimation ou non. Cette réanimation semble être appréciée des oncologues, parce qu'elle est une réponse à l'incertitude. On pourrait dire : « dans le doute, il faut faire une réanimation d'attente. » Les réanimateurs sont parfois plus critiques vis-à-vis de la réanimation d'attente, justement parce qu'elle conduit à une politique large d'admission en réanimation.

« Ou alors sinon on revient à un concept beaucoup plus simple alors le concept il date de Maurice Rabin c'est réanimer les tous et on verra ceux qui doivent bénéficier de la réanimation. C. oui. R. c'est un vieux concept ! C'est un vieux concept de réanimation qui relève de la création de la réanimation c'est je réanime tt le monde et après on pourrait dire dieu reconnaitra les siens mais ça c'est tiré de simon de monfort : exterminatez les tous dieu reconnaitra les siens. Non c'est plutôt « réanimez les tous et à 48h on fera le point » Bah dans ces cas là il faut des services de réanimation hypertrophiés et on discute pas des volontés du malade. »

E6 Réanimateur

Ils mettent aussi en avant la difficulté posée par les situations dans lesquelles l'attente de quelques jours ne permet pas de résoudre l'incertitude

« C. Ok. Et justement ces essais de réanimation de quelque jours c'est confortable pour vous ?

R. Non

C. Pourquoi ?

R. Non non c'est pas confortable parce que desfois il y a une amélioration mais pas suffisante. »

E11. Réanimateur

Ces différents exemples illustrent que les solutions apportées relèvent de tentatives de rationaliser la collaboration, de fournir des procédures et des arbres décisionnels afin de résoudre les difficultés rencontrées. Ces stratégies sont pertinentes. L'anticipation des informations pronostiques, la réanimation d'attente, le recours à des arbres décisionnels permettent de résoudre les situations courantes. Ce sont les situations singulières, imprévues, incertaines qui posent difficulté. Il me semble que ce que les participants expriment à travers ce constat, c'est que la rationalisation ne permet de résoudre ces difficultés, ou du moins n'apportent pas satisfaction aux acteurs.

Peut-on alors établir ce qui relève d'une collaboration et d'une organisation satisfaisante pour les participants ?

F. La collaboration telle qu'elle est valorisée par les participants relève de l'interdisciplinarité plutôt que de procédures rationnelles.

A partir des interactions décrites comme satisfaisantes pour les participants, nous avons mis en avant et tenté d'éclaircir ce qu'est une « bonne collaboration » dans notre échantillon de praticiens.

a. *Confiance et reconnaissance mutuelle*

Les participants valorisent la confiance et la reconnaissance mutuelle. La capacité à échanger sans remise en question leurs ressentis et leurs expériences autant que leurs connaissances.

« Alors c'est plus confortable dans le sens où il y a déjà quand même une relation qui s'était déjà créée, il y avait déjà au moins une confiance dans les compétences de chacun. Je vois ou je connais à peu près leurs compétences dans leur domaine, ils voient que mes compétences dans mon domaine à moi qui est limité, qui est celui de la fibro ils me connaissant pas dans le domaine de la cancérologie, l'idée c'est que si ça se passe bien en fibro ben derrière ils vont plus facilement me faire confiance alors qui si je suis le gars chiant en fibro ou celui qui sait pas faire, qui est nul ou qui voilà, ben du coup les patients vont être plus difficile à argumenter ou à prendre en charge, en tout cas ça va être fait mais moins agréable, moins facile à obtenir. »

E10 Pneumologue

La confiance est un autre terme utilisé par les participants pour décrire cette satisfaction. Dans ces interactions il n'y a plus ou peu de négociations autour de l'incertitude. Les informations transmises sont jugées fiables de part et d'autre et chacun semble prêt à changer d'avis ou à revoir sa position à la lumière de la discussion. Il ne semble plus y avoir de jeux de pouvoir dans ces interactions.

« quand vraiment ça coince et tout ça enfin moi j'ai quand même quelques contacts en oncologie parce que j'ai un copain qui y bosse et du coup généralement quand on s'attelle sur un dossier compliqué on arrive quand même à se mettre d'accord. C. Et pourquoi plus avec lui que tu connais ? Qu'est-ce qui facilite les choses ? R. Ben parce que je le connais ! C. Et pourquoi justement ? R. Ben je sais pas ben parce que déjà je sais qui c'est je sais comment il bosse, je sais qui c'est, enfin voilà on se connaît

depuis longtemps, j'ai confiance en lui. S'il me dit qui fait faire et qui faut y aller je me pose pas de questions j'essaie de faire et puis après on revoit. C'est pareil en hémato les hématologues je les connais beaucoup même si desfois les patients y sont compliqués. »

E5 Réanimateur

C'est à travers leur réseau surtout que les praticiens trouvent ces qualités.

e. Intégration des connaissances échangées

A travers la reconnaissance mutuelle, nous avons vu que la fiabilité des informations échangées est en jeu. Cette fiabilité est importante parce que les participants doivent avoir intégré les connaissances, et c'est particulièrement vrai pour les réanimateurs.

« Et pourquoi c'est particulièrement important pour vous d'avoir une idée de projet du malade, de projet thérapeutique ? Ça rappelle à votre pratique de réanimateur ?

Ouais. C'est important dans le sens où on t'incrémenteras pas de la même manière la réa ou tu proposeras pas le même type de soins. »

E5 Réanimateur

La réanimation étant un lieu distinct, fermé, sous la responsabilité des réanimateurs, il est essentiel que ceux-ci aient en tête une idée du pronostic du patient afin de décider ou non d'implémenter une suppléance vitale supplémentaire, ou au contraire de limiter les thérapeutiques prodiguées à un patient. On touche à nouveau ici à l'idée de l'expérience plutôt que de la connaissance.

f. Traçabilité écrite

La traçabilité des décisions de soins, qu'elles soient anticipées et établies de façon monodisciplinaire, ou lors d'une interaction, est valorisée par les interlocuteurs comme une aide.

D'après les participants, elle permet d'entériner la décision prise, d'étayer les arguments utilisés et de s'assurer que tous les soignants impliqués dans la décision soient en cohérence.

« et bien c'est un petit peu ce que je disais c'est surtout la prévention, l'anticipation de ces situations, les mauvaises décisions prises dans l'urgence et donc par la réalisation de réunions entre collègues ou au sein de l'équipe et éventuellement avec l'apport de la réanimation pour poser les choses à plat que ce soit noté noir sur blanc dans le dossier, pour des raisons médico-légales mais aussi pour que tout le monde soit au clair. »

E9 Pneumologue

Cependant, les participants soulignent la facilité des communications téléphoniques et la disponibilité des réanimateurs. Un mode de communication rapide est tout autant valorisé que la traçabilité écrite, mais dans des situations différentes.

g. Une entente sur un objectif commun

L'entente sur un objectif commun est une satisfaction pour les participants. Il apparaît clairement que cette entente est un préalable à l'admission en réanimation. Il arrive parfois que cet objectif commun ne soit pas trouvé et qu'une admission en réanimation soit refusée à ce titre, laissant une insatisfaction aux oncologues qui font ainsi l'expérience cruelle de l'interdépendance.

"O. et du coup qu'est-ce qui s'est bien passé ou qu'est ce qui était satisfaisant ? Tu disais au départ que c'était une situation qui c'était bien passée : pour quelle raison ? O. eh ben la vraie la vraie collaboration de on veut faire quelque chose pour cette dame et que même si on sait qu'on va pas la guérir on sait que ben potentiellement dans un mois elle peut être chez elle à domicile. Elle était OMS 0 avant l'épisode de l'arrêt cardiaque. Donc voilà. L'objectif c'était juste qu'elle rentre chez elle donc une entente sur les objectifs de cette dame.

E8 Oncologue

A travers cet objectif commun il me semble y avoir une idée forte : si cet objectif est alimenté par le pronostic, il est un projet de soins et ce projet peut être parfois palliatif. L'important n'est donc pas forcément d'atteindre la meilleure qualité de vie à la sortie de la réanimation, mais de s'entendre sur un projet partagé et cohérent au regard des éléments en présence. L'objectif n'est donc pas toujours la solution la plus rationnelle. Il peut parfois avoir du sens et de la cohérence de réaliser par exemple une prise en charge palliative en réanimation, ou au contraire, de réaliser une prise en charge maximale, au motif qu'un patient est sous une nouvelle thérapie dans le cadre d'un essai clinique et que nous ne savons pas quelles sont ces chances.

Cela pose la question de l'objectif de la réanimation des patients atteints de cancer. Ce que les participants valorisent n'est pas tant la qualité de l'approche rationnelle et médicale que la confiance et la reconnaissance mutuelle qui permettent une compréhension réciproque des contingences de chacun.

5. Discussion

A. Le recours aux méthodes issues des sciences humaines et sociales apporte un éclairage complémentaire

a. Le recours aux méthodes de recherches qualitatives est faisable et accepté

L'exploration de la collaboration interdisciplinaire à partir de données qualitatives recueillies au sein de centres hospitaliers, par un chercheur extérieur de formation médicale, est faisable et acceptée par les participants. L'observation est plus délicate à réaliser que les entretiens, ce qui tient tant à l'objet de notre travail, imprévisible, qu'à une certaine réticence à l'observation des pratiques par un individu extérieur au service. Nous reviendrons sur ce point dans les limites de ce travail. Durant les entretiens par contre, les participants se sont livrés parfois sans détours. Le fait que je sois interne en médecine et soutenu par un professeur de médecine reconnu m'a été précieux.

Notre travail illustre ainsi la capacité des méthodologies des sciences humaines à explorer des phénomènes sociaux dans leur contexte local et singulier.

b. Un intérêt partagé pour la collaboration entre oncologues et réanimateurs

L'intérêt pour la question de la réanimation des patients atteints de cancer ainsi que pour la variabilité de la collaboration selon les services était manifeste parmi les participants. Elle l'était également auprès des nombreuses personnes concernées par cette question de près ou de loin, et auxquelles j'ai pu parler de ce travail : réanimateurs, oncologues, internes d'oncologie ou de réanimation, etc.

Parmi ces collègues, l'intérêt partagé pour cette question me semble être issue de leur pratique. Nombre de réanimateurs et d'oncologues ont des anecdotes à raconter concernant, par exemple, une discussion houleuse ou un vif désaccord qui les a marqués. A la lumière de notre travail, ces anecdotes illustrent la difficulté à prendre des décisions concernant ces patients et le caractère conflictuel de certaines décisions de soins.

Cet intérêt pour la collaboration interdisciplinaire se retrouve dans la littérature médicale. D'une part, le progrès dans la prise en charge des patients atteints de cancer et le progrès en réanimation semble plutôt avoir accru l'incertitude et les questions posées. L'évaluation singulière de chaque cas est alors primordiale. La qualité de la collaboration est mise en avant pour y parvenir(5). Une vaste étude rétrospective a mis en évidence une association statistiquement significative entre les réunions quotidiennes entre oncologues et réanimateurs et la mortalité en réanimation, avec une diminution importante de celle-ci. (OR, 0.688 ; 95%CI, 0.520 to 0.910 ; P = .009)

D'autre part, l'utilisation des ressources de soins estimées à partir d'indicateurs validés est améliorée par la collaboration quotidienne (OR, 4.70; 95% CI, 1.15 to 19.22; P = .031)(4). Ces associations ont cependant été identifiées à partir de données rétrospectives. Qui plus est, elles concernent des services de réanimation au Brésil dont l'organisation des soins en pratique est inconnue et probablement différente.

L'intérêt pour la collaboration interdisciplinaire en santé est également une préoccupation dans le domaine des sciences humaines et sociales. Comme l'écrit Etienne Minvielle, « l'organisation des soins représente désormais un argument clé pour dépasser des lectures traditionnelles, une sorte de fil conducteur consensuel permettant de recentrer l'ensemble des enjeux et des problématiques sur l'activité de prise en charge des malades. » Cet auteur souligne aussi que, à travers l'étude des

organisations, « c'est l'articulation entre la définition d'un objectif de rationalité technique du processus de prise en charge et le développement des dimensions humaines associées à l'organisation du travail qui est au centre de l'analyse(53). »

Cette remarque nous semble bien illustrer l'intérêt pour la collaboration interdisciplinaire dans la réanimation des patients atteints de cancer. Cette collaboration et ces décisions sont-elles solubles dans des algorithmes décisionnels ? Comment penser l'organisation tout en préservant la capacité d'adaptation aux situations singulières ? C'est tout l'enjeu de l'organisation des soins dans l'hôpital moderne, technique, rationalisé.

Nous pensons que les résultats de ce travail sont un pas dans cette direction. Nous espérons qu'ils permettront aux praticiens impliqués dans ces collaborations d'alimenter leurs réflexions concernant leurs pratiques.

B. La liberté d'organisation

a. La liberté d'organisation que notre travail met en lumière est une constante dans la profession médicale

Notre recherche met en évidence que c'est à travers leur réseau d'interlocuteurs privilégiés que les praticiens trouvent des solutions pour prendre les décisions concernant les patients atteints de cancer. Ce sont l'évolution des données médicales et les progrès thérapeutiques qui ont conduit à une collaboration plus importante entre oncologues et réanimateurs, particulièrement en oncologie thoracique, puisque les patients atteints de certains cancers du poumon avancés ont désormais une espérance de vie prolongée. L'hématologie semble avoir dans le contexte de notre étude une histoire plus ancienne avec la réanimation.

Cette façon de s'organiser conserve la liberté des praticiens d'exercer et décider, puisque leur réseau est orienté autour de l'idée d'interlocuteurs privilégiés, fiables, qu'ils ont eux-mêmes choisis. Chaque praticien a son réseau.

Cependant, certaines situations demeurent conflictuelles. Il s'agit des situations d'incertitude et particulièrement concernant les patients atteints de cancers avancés, c'est-à-dire en situation palliative. Face à ce constat partagé par les praticiens des différentes disciplines, des solutions ont été proposées, soit à titre individuel soit à l'échelle du groupe ou du service hospitalier :

l'encadrement des décisions par un arbre décisionnel, la proposition d'une procédure de recours à la réanimation, la réanimation d'attente. Le recours au réseau de praticiens est aussi une de ces stratégies.

Ces stratégies peinent à répondre aux difficultés rencontrées. Il semble que la proposition de solutions rationnelles ne vient pas résoudre les situations incertaines et singulières, qui sont les plus conflictuelles. Les arbres décisionnels sont peu utilisés, la réanimation d'attente est remise en question, la traçabilité des décisions est aléatoire. Le récit des praticiens nous éclaire sur ce qui les aide et permet de prendre des décisions y compris dans les situations incertaines et imprévues. Il s'agit des qualités centrales de l'interdisciplinarité et de la collaboration : reconnaissance mutuelle, confiance, entente sur un objectif commun, interactions régulières fondées ou non sur des décisions, traçabilité écrite des décisions.

Ainsi, le réseau d'interlocuteurs que se constitue chaque participant est au cœur des interactions.

La confiance et la reconnaissance mutuelle qui caractérisent les relations au sein d'un réseau permettent aux praticiens de s'adapter aux interactions imprévues au sein desquelles la rationalité est limitée.

Cette organisation à l'échelle du réseau des praticiens est décrite de longue date au sein de la profession médicale, et à travers différents modes d'exercice(31,54).

Au sein de l'hôpital, les praticiens s'adressent en particulier à certains médecins et à certaines infirmières. Ils ont une orientation particulière à l'intérieur de leur discipline concernant leur activité professionnelle, leurs convictions, leur manière d'envisager la prise en charge de certains patients. La théorie de « l'ordre négocié » d'A. Strauss décrit notamment les règles formelles et informelles qui régissent la prise en charge des patients à l'hôpital. L'objectif partagé en serait de « rendre les malades en meilleure forme au monde extérieur. » Il s'agit là d'un objectif symbolique et peu opérant pour la pratique quotidienne : il est implicitement accepté par tout le monde mais n'aide pas à décider de la meilleure manière de prendre en charge un patient. La variabilité des individus, des spécialités, des professions, des identités, des visions de ce qui est bien pour un individu c'est-à-dire des normes, font que la définition d'objectifs et de moyens de prise en charge sont une perpétuelle négociation ou élaboration, alimentée d'apports théoriques scientifiques mais pas seulement. Pour décrire ces règles à des intervenants extérieurs, les praticiens font appel à l'exemple, plutôt qu'à un document de référence, ce qui également été le cas dans notre travail(55).

b. Une liberté d'organisation qui permet de répondre à la majorité des situations

L'une des difficultés dans le choix des thèmes de ce travail à partir des verbatim a été de proposer une explication de la collaboration qui prenne en compte les différentes situations relatées.

Les participants ont évoqué des situations conflictuelles et des décisions difficiles. Ils ont aussi parfois rappelé que les décisions prises en collaboration peuvent être satisfaisantes.

C'est le rapport à l'incertitude et à l'imprévu qui nous ont permis de comprendre la coexistence de ces deux discours.

L'organisation des services hospitaliers permet, par le biais des internes et médecins de garde, d'assurer la continuité des soins. La liberté des praticiens de choisir leur interlocuteur, de choisir le moment de l'appel au réanimateur, de choisir la façon de présenter le dossier et d'argumenter permet la résolution de nombreuses situations avec la satisfaction des différents praticiens impliqués dans l'interaction. Comme nous l'avons vu, ce sont particulièrement les décisions anticipées, ainsi que les décisions entre deux individus qui se font confiance et se reconnaissent mutuellement qui permettent d'arriver à définir un objectif commun de la prise en charge. Ce ne sont donc pas tant les arguments rationnels qui fondent la qualité de la collaboration mais bien la qualité de l'interdisciplinarité. La liberté des acteurs est donc précieuse pour répondre à de multiples situations. Les travaux d'A. Strauss mettent également en évidence, à travers l'étude du fonctionnement d'un hôpital psychiatrique, l'absence de règles fixes et le changement perpétuel des règles implicites afin de s'adapter à l'évolution de la médecine(55). Ces règles implicites permettent également la possibilité de s'adapter aux situations incertaines et imprévues et d'adapter le fonctionnement de l'hôpital à des situations exceptionnelles, qui ne manquent pas de survenir.

Autrement dit, dans les décisions relatives à la prise en charge d'un patient, il s'agit de s'entendre sur un objectif commun à l'aide de références théoriques. Il serait cependant illusoire d'ignorer la dimension de négociation dans ces discussions, qui visent à aboutir à un équilibre entre les différentes parties et à une cohérence partagée. Cette cohérence ne s'appuie pas uniquement sur la validité des références théoriques ou sur un objectif rationnel mais bien sur les dynamiques de l'interaction, la confiance, la reconnaissance mutuelle, la hiérarchie hospitalière, etc. Envisager l'un sans l'autre me semble être une ignorance de la réalité des pratiques. Par certains aspects, les praticiens en sont conscients lorsqu'ils soulignent ce qui est satisfaisant à travers le recours à leur réseau de praticiens ou ce qui fait obstacle dans la variabilité des praticiens liées aux tableaux de garde.

Cependant, il est intéressant de noter que les solutions proposées par les praticiens sont de l'ordre de la rationalité. On pourrait aller plus loin et faire l'hypothèse que ce n'est pas tellement l'ignorance des praticiens envers les dimensions « relationnelles », c'est plutôt qu'ils considèrent cette dimension comme un immuable, une constante de l'hôpital qu'ils ont intégrée mais qui n'est pas discutée ou élaborée. Ce qui est scientifiquement prouvé, ce qui apparaît rationnel est en quelque sorte une norme acceptée et opposable, un langage commun. C'est à travers des éléments de preuves scientifiques ou d'autorités scientifiques (les recommandations de bonne pratique) que se diffusent certains des changements impulsés par les praticiens (par exemple l'arbre décisionnel utilisé à l'Institut Gustave Roussy, ou le concept de réanimation d'attente issu de la recherche clinique.) La confiance et la reconnaissance mutuelle ne sont jamais discutées par les praticiens comme une construction ou un objectif à atteindre mais comme un acquis ou non.

Cette liberté d'organisation et de négociation des prises en charge s'envisage aussi dans sa dimension temporelle. Elle évolue selon les situations, par exemple dans les suites d'une situation particulière qui amènent les acteurs impliqués à vouloir modifier les règles du jeu. Les participants à notre travail font état de cette importance de l'évolution dans le temps de la collaboration et de leur réseau.

Nous allons voir que des références théoriques et scientifiques peuvent parfois servir à alimenter une négociation autour de l'incertitude et ne sont plus dès lors des « preuves », mais deviennent des outils au service d'une conviction.

C. L'incertitude : enjeu des négociations

a. *Pourquoi et comment l'incertitude met en tension la collaboration ?*

Michel Crozier est un sociologue particulièrement connu pour ses théories de sociologie des organisations. A travers la « théorie de l'action systémique et stratégique » il met en évidence, dans plusieurs entreprises, que les acteurs d'une organisation ont toujours un certain degré de liberté dans leurs décisions(35). Il analyse ce qu'ils font de cette liberté, qui s'exprime particulièrement dans les situations d'incertitude. Il décrit ainsi les zones d'incertitude comme des enjeux de pouvoir, c'est-à-dire des situations dans lesquelles chaque acteur impliqué dans une interaction tente d'influencer les décisions ou actions qui en découlent. Cela s'exprime surtout dans les situations d'incertitudes parce que celles-ci ne présentent pas de contraintes trop importantes qui réduiraient la marge de manœuvre. La référence à une autorité, à un document de référence partagé ou à des règles établies et formelles encadrent les négociations. Nous avons dans notre travail identifié que les situations palliatives étaient le plus souvent des zones d'incertitude qui faisaient l'objet de négociations. Ces négociations étaient volontiers conflictuelles. Ce que les théories de l'action stratégique nous enseignent, c'est que ces conflits ne sont pas forcément solubles. L'important est que les participants trouvent un équilibre dans les négociations et ne se sentent pas lésés. Un trop grand déséquilibre entraîne généralement une rupture. Dans mon travail, suite à une situation particulièrement conflictuelle qui a marqué les réanimateurs, une réunion de morbi-mortalité avec tous les acteurs de la décision a été organisée, afin de reprendre ce qui s'était passé et tenter de modifier les procédures d'appel à la réanimation de manière protocolaire. Cela n'a pas été mis en place par la suite cependant. Cette situation illustre la perception par les praticiens d'une frustration suite à une décision qu'ils estiment déséquilibrée. Ils tentent ensuite de changer les « règles du jeu » en conviant les acteurs autour d'une table. Cela n'aura pas ou peu d'effet sur la pratique un an après.

Il est plus efficace de comprendre les enjeux de la négociation et du conflit que d'imposer une conduite à tenir rationnelle. Pourquoi les acteurs agissent-ils ainsi ? La théorie de l'action stratégique nous enseigne qu'il est plus approprié d'agir sur les enjeux et contingences des acteurs que de leur imposer des conduites à tenir. La liberté d'action est importante pour les acteurs, notamment dans la satisfaction qu'ils retirent de leur travail.

C'est la principale critique que l'on peut faire à la recommandation de l'AFSOS concernant la réanimation des patients atteints de cancer : proposer une « procédure » à partir des réflexions d'un groupe de travail et sans explorer la nature exacte des difficultés existantes entre réanimateurs et oncologues dans ces prises de décisions complexes.

Les éléments fournis dans ce référentiel seraient toutefois utiles à qui voudrait se lancer localement dans une réflexion sur la collaboration interdisciplinaire entre oncologues et réanimateurs. Il est intéressant de noter que les éléments recommandés dans la discussion entre oncologues et réanimateurs sont cités par les praticiens interrogés : état général, dénutrition, autonomie, réversibilité de la complication, qualité de vie estimée à la sortie de l'hôpital, projet de soin oncologique, ce que souhaite le patient pour son existence et ce qu'il a compris de sa maladie. Les difficultés exposées dans les entretiens ne tiennent pas à mon sens aux critères rationnels et aux arguments mais bien à ce qui se joue au-delà de ça, dans l'incertitude, durant une interaction entre deux médecins. Si les outils que sont les arbres décisionnels peuvent donner des repères théoriques pour la pratique quotidienne, ils ne permettent pas d'éviter l'imprévu et la négociation.

« Ce qui est incertitude du point de vue du système est pouvoir du point de vue des acteurs. » On peut entendre cette incertitude de deux façons. D'une part, l'incertitude sur la question du pronostic qui fait l'objet de discussions lors des interactions entre oncologues et réanimateurs. D'autre part, l'incertitude et la marge de manœuvre sur l'organisation de la collaboration, le choix de l'interlocuteur, le motif d'appel, etc. Pour faire face à cette incertitude sur l'interlocuteur, les acteurs sollicitent leur réseau. La maîtrise de la zone d'incertitude que

constitue l'interlocuteur à contacter est précieuse pour les participants, et c'est à travers leur réseau qu'ils trouvent la confiance et la reconnaissance mutuelle nécessaires à la prise de décisions satisfaisantes.

Cependant, le réseau des praticiens est limité par la disponibilité des praticiens, le renouvellement des personnels dans les équipes. Des médecins de garde et d'astreinte sont présents pour répondre aux besoins et aux interventions nécessaires à tout moment afin de répondre aux situations imprévues.

b. Peut-on réellement estimer le bénéfice d'une prise en charge en réanimation ?

En effet, bien que les arguments rationnels soient des repères théoriques, ils ne permettent bien souvent pas de se prononcer avec certitude sur le bénéfice attendu.

La question du pronostic est d'autant plus incertaine que les patients atteints de cancers sont dans une phase palliative avancée de leur maladie. En effet, il ne s'agit plus seulement d'estimer une probabilité de survie en réanimation mais la qualité de vie avec laquelle les patients sortiront de la réanimation, puis de l'hôpital. Cette question est d'autant plus complexe chez les patients en situations palliatives parce que leur qualité de vie est déjà altérée par l'atteinte métastatique symptomatique et les traitements du cancer.

Les questions de pronostic et d'estimation de la durée de vie deviennent alors inopérantes. Qui plus est, les données publiées démontrent que les oncologues surestiment la survie de leurs patients lorsqu'ils doivent l'évaluer(56) et les données concernant la qualité de vie des patients atteints de cancer 3 à 6 mois après la réanimation sont peu nombreuses(18,57).

D'autres données sont importantes, comme en attestent les discours des participants (qualité de vie, autonomie, entourage, etc...), de même que la recommandation de l'association française de soins du support (AFSOS) sur la prise en charge des patients atteints de cancer en réanimation.

Passer d'un pronostic chiffré à l'évaluation d'une situation singulière est une difficulté majeure, comme l'illustre Marie Ménoret dans un travail de sociologie s'intéressant à la prise en compte de l'incertitude lors de l'information des patients atteints de cancer(58).

On peut se demander si estimer le bénéfice d'une prise en charge en réanimation est possible pour des patients atteints de cancers avancés. Est-ce bien un objectif raisonnable, que de vouloir faire l'estimation de ce bénéfice à tout prix ? Ne serait-il pas plus judicieux de s'assurer d'avoir abordé ensemble un certain nombre d'éléments entrant en compte dans ces décisions ?

Une précédente étude a mis en évidence que le triage est imprécis et échoue à identifier les patients qui vivront au-delà de la réanimation mais aussi ceux qui n'en bénéficieront pas(22). Les éléments médicaux permettent de répondre à cette estimation pour une partie des patients seulement, ceux qui ont un état de santé très sévère par exemple. Comment décider pour les autres ?

c. Des solutions rationnelles ?

Face au constat que ces décisions peuvent mettre en tension la collaboration, plusieurs solutions ont été proposées par les participants.

Nous avons identifié :

- l'entente sur une procédure de recours aux réanimateurs par les oncologues,
- l'anticipation pronostique,
- l'utilisation d'arbres décisionnels
- et la réanimation d'attente.

Ces deux dernières sont issues de la littérature scientifique et des recommandations de pratique sur le sujet. Nous évoquerons plus en détail la réanimation d'attente. Il est intéressant de noter à ce sujet que ce qui vient encadrer les interactions et limiter l'incertitude émane plutôt d'une

autorité scientifique que d'une démarche de réflexion sur l'organisation des pratiques à l'échelle locale.

Les différentes solutions sont utilisées dans les services et les pratiques, à l'exception de la « procédure » de recours aux réanimateurs qui n'a pas été suivie d'effet après avoir été proposée à l'issue d'une réunion de morbi-mortalité conjointe aux différents services.

Il est intéressant de constater plusieurs choses. D'une part ces propositions concernent surtout les demandes d'admission en réanimation des patients atteints de cancer et moins les limitations en réanimation par exemple.

D'autre part, ces solutions proposent des modèles de prise de décision, elles tentent de rationaliser ces décisions, c'est-à-dire de fournir des modèles qui viserait à répondre à chacun des situations possibles. Ces solutions ne permettent pas de s'adapter aux situations incertaines ou imprévues, qui par définition, vont sortir du cadre rationnel.

Qui plus est, les praticiens des différentes disciplines mettent en avant leur expérience plutôt que des connaissances ou des compétences, ce qui traduit bien la difficulté à organiser et rationaliser ces décisions. Dans l'arbre décisionnel mis en avant par l'AFSOS par exemple, il faudrait se prononcer sur une survie à 3 à 6 mois ou plus pour le patient. Une telle estimation est-elle fiable ? Est-elle reproductible d'un médecin à l'autre ? Les approches rationnelles masquent l'incertitude. En conséquence, il n'est pas étonnant que les discussions relatives aux patients atteints de cancers fassent l'objet de négociations autour des zones d'incertitude, et notamment autour du pronostic de ces patients.

Peut-on envisager d'autres manières de construire et de prendre ces décisions qui font état de l'incertitude ? Existente-ils d'autres modèles ? Comment aborder la complexité de ces décisions sans se focaliser sur l'élaboration d'un pronostic qui risquerait de devenir un point de fuite ?

d. La réanimation d'attente est-elle une réponse à l'incertitude ?

La réanimation d'attente illustre les négociations autour de l'incertitude et la focalisation sur les questions de pronostic.

Dans les suites de l'étude de Thiéry et al. qui entérinait l'inefficacité du triage à identifier le bénéfice de la réanimation pour les patients, il a été proposé le concept de réanimation d'attente ou « ICU Trial(27). » Il s'agit d'envisager la politique d'admission des patients de cancer de façon à admettre un plus grand nombre de patients et de décider dans un second temps, c'est-à-dire après quelques jours de réanimation, s'il faut poursuivre les soins. Cela permet d'une part, d'identifier les patients qui s'aggravent rapidement en dépit de la réanimation, et de leur prodiguer des soins palliatifs. Cela permet, d'autre part, comme le soulignent plusieurs participants à notre travail, de prendre le temps de réévaluer la situation, particulièrement quand le patient a été admis dans l'urgence, en l'absence d'éléments suffisants.

Cependant la réanimation d'attente est un concept qui ne satisfait pas tout le monde.

Est-ce que le doute doit systématiquement bénéficier au patient au motif qu'on ne peut pas prendre une décision fiable quant au bénéfice dans l'urgence ?

Quelle est la capacité des services de réanimation à accueillir ces patients en termes de disponibilité de lits, d'autant que pour nombres de ces patients il s'agira d'utiliser ces ressources afin de prodiguer des soins palliatifs ? N'y-a-t-il pas aussi des patients pour lesquels l'incertitude persiste après quelques jours de réanimation ? Le délai après lequel il convient de réévaluer l'intensité des soins n'est d'ailleurs pas clairement établi, allant de 2 à 10 jours(59).

La réanimation d'attente est parfois perçue comme une solution à toutes les situations d'incertitude. Lorsqu'on a de la peine à prendre une décision, faut-il admettre les patients au motif que le doute doit leur profiter ? Cela revient à se demander s'il faut faire au motif que l'on peut ? Cela traduit, à mon sens, une certaine incapacité à prendre ces décisions incertaines ou du

moins à penser les conditions de ces décisions. N'y a-t-il pas une illusion à penser que le temps nous donnera des certitudes ?

Il ne s'agit pas de récuser entièrement la réanimation d'attente qui bénéficie à certains patients. Réévaluer régulièrement les patients durant leur séjour en réanimation, prodiguer sans tarder des soins palliatifs aux patients qui s'aggravent en dépit de ce contexte de forte intensité de soins sont de bonnes attitudes. Cependant, cela ne doit pas être un remède à la difficile décision des médecins face à l'incertitude et ne devrait pas justifier une politique d'admission large pour tous les patients atteints de cancers avancés. Je pense que l'information la plus importante à tirer des essais réalisés au sujet de la réanimation d'attente est que l'aggravation d'un patient en réanimation durant les 5 premiers jours nécessitant l'initiation d'une nouvelle suppléance est un facteur pronostique défavorable majeur. La réanimation d'attente n'est pas la réponse à l'incertitude. Autrement dit, il faudrait veiller à ce qu'elle ne soit pas un argument de négociation de l'incertitude, mais une attitude raisonnable et adaptée à certaines situations.

Puisque l'issue est incertaine il me semble important de se concentrer sur la manière de décider plutôt que sur le produit de la décision. Nous allons voir que dans d'autres dispositifs, la réflexion sur le déroulement des décisions et l'organisation des soins ont permis d'améliorer la satisfaction des soignants impliqués.

D. Comment l'organisation de la collaboration peut-elle répondre à la singularité ?

a. La collaboration interdisciplinaire pour s'adapter à la « singularité à grande échelle »

Peut-on imaginer une intégration des qualités du réseau des praticiens à l'échelle de plusieurs services ou de plusieurs disciplines ? C'est la proposition que nous ferions à l'issue de ce travail. Autrement dit, pour reprendre une notion mise en avant par E. Minvielle, il s'agit de trouver des organisations qui permettent la « gestion de la singularité à grande échelle », c'est-à-dire au sein de grandes structures hospitalières et parmi les disciplines telle qu'elles sont organisées à l'heure actuelle(53). Cet enjeu semble primordial. Si la standardisation et les procédures apportent de la sécurité aux soins et une homogénéisation des pratiques, elles délaissent la capacité d'adaptation aux situations imprévues et incertaines. Pourtant, ces situations sont de plus en plus fréquentes du fait de l'accroissement des progrès et des connaissances en médecine. Penser les moyens d'y répondre me semble à ne pas négliger. Nous espérons que ce travail pourra aider les réanimateurs et médecins prenant en charge des patients atteints de cancer à exercer et penser différemment leur liberté d'organisation et de collaboration.

b. Peut-on se faire une idée de la « qualité » de la collaboration à partir de nos résultats ?

Les participants à notre étude valorisent les interactions et les décisions qui font appel à la confiance, à la reconnaissance mutuelle, à l'entente sur un objectif commun, à la traçabilité des décisions. Il est intéressant de constater que les travaux publiés concernant la collaboration illustrent les mêmes dimensions.

D'amour et al. ont ainsi proposé, à partir d'une étude sur les réseaux de soins primaires en néonatalogie au Canada, plusieurs composantes importantes de la collaboration(41). Bien que ces

travaux aient été menés dans un contexte différent, et que la transférabilité de ces résultats dans notre situation d'étude n'est pas acquise, on peut s'intéresser à ces dimensions (*Tableau 4*).

Tableau 4 - Niveaux d'intégration de la collaboration - Adapté de D'amour et al.

<i>Indicateurs</i>	<i>Collaboration active</i>	<i>Collaboration en développement</i>	<i>Collaboration latente ou potentielle</i>
<i>Objectifs</i>	Consensuels et exhaustifs	Quelques objectifs partagés ad hoc	Objectifs conflictuels ou absence d'objectifs partagés
<i>Orientation centrée sur le patient ou autres contingences</i>	Centré sur le patient	Intérêts professionnels guident les décisions	Intérêts personnels guident les décisions
<i>Reconnaissance mutuelle</i>	Opportunités de rencontres fréquentes, activités conjoints prédéfinies	Peu d'opportunités de se rencontrer, peu d'activités conjoints préétablies	Pas d'opportunités de rencontres
<i>Confiance</i>	Confiance établie, ancrée	Confiance conditionnelle	Absence de confiance mutuelle
<i>Centralisation</i>	Entité centrale active et forte qui centralise et promeut la collaboration	Entité centrale avec un rôle politique ambigu ou stratégique	Pas d'entité centrale, absence de rôle sur le plan politique
<i>Gouvernance</i>	Gouvernance partagée, consensuelle	Gouvernance fragmentée avec peu d'impact sur la collaboration	Monopole de gouvernance non consensuelle
<i>Capacité d'innovation et de promotion</i>	Promotion de l'innovation et de la collaboration à l'extérieur de celle-ci	Promotion et innovation fragmentée	Pas d'expertise disponible pour diffuser la collaboration ou l'innovation
<i>Connectivité</i>	Multiplés occasions de rencontres et d'espaces de discussions	Rencontres ad hoc pour discuter de problèmes spécifiques	Quasi absence de rencontres
<i>Outils de formalisation de la collaboration</i>	Accords mutuels, règles définies conjointement	Accords non consensuels, qui ne reflètent pas les pratiques ou sont en cours de négociation	Pas d'accords ou les accords sont sources de conflits
<i>Échange d'informations</i>	Infrastructure commune pour collecter ou échanger l'information	Infrastructure incomplète, ne répond pas au besoin	Absence de possibilité de collecte et d'échange d'information

Les auteurs de cette publication proposent ainsi différents « niveaux » d'intégration de la collaboration à partir des dimensions identifiées. Les constatations faites à travers notre travail illustrent une collaboration en développement, de second niveau. L'organisation du réseau des praticiens répond à la plupart des situations. Ce qui semble manquer est ce qui relève de la gouvernance, des outils de formalisation, des lieux de rencontres et de « connectivité. » La confiance est notamment conditionnelle selon les interlocuteurs, souvent attribuée à une personne par le biais d'un autre réseau que celui de la collaboration interdisciplinaire : expérience professionnelle commune, connaissance extra hospitalière, etc. Les décisions prises ne sont pas le reflet de règles communément admises. Ces règles sont en négociation perpétuelle, bien que des solutions soient proposées, soit au niveau scientifique, soit au niveau individuel. Ces solutions sont peu envisagées à l'échelle du service, de la discipline ou du centre hospitalier.

Cette comparaison illustre que ce qui manque à une meilleure intégration de la collaboration est une réflexion et une organisation à l'échelle des services et des disciplines.

Bien que cette typologie ait été développée dans un autre contexte, les éléments issus de notre travail s'accordent bien avec les différentes rubriques et permettent de concevoir ce que signifie une collaboration intégrée.

Concernant l'interdisciplinarité, nous avons vu en introduction que celle-ci a plusieurs définitions et que les contours du concept sont flous avec des dimensions communes. La confiance, les temps de rencontres interdisciplinaires, l'entente sur des objectifs communs et une vision partagée sont mises en avant dans l'interdisciplinarité comme dans la collaboration(30). Les travaux publiés sur cette question concernent surtout les soins infirmiers et la question de l'interprofessionnalité(60,61). Cependant, la considération pour l'interdisciplinarité s'étend désormais à la profession médicale, puisqu'un enseignement à l'interdisciplinarité a été initié en faculté de médecine suite au dernier plan de développement des soins palliatifs et fera partie du cursus obligatoire de deuxième cycle dans les années à venir(62).

*c. Ce que d'autres travaux de recherche qualitative en santé nous disent de la collaboration
interdisciplinaire en réanimation*

Fassier et al. se sont intéressés au processus de triage des patients âgés admis aux urgences dans une situation critique, lorsqu'il s'agit de décider entre une prise en charge intensive ou palliative(63).

Cette étude a comporté une part d'observation et la réalisation d'entretiens avec des participants des services d'urgences et de réanimation. L'objectif et la méthodologie de cette étude sont similaires à mon travail mais dans un contexte différent.

Parmi les constatations intéressantes à mettre en parallèle avec nos résultats, on peut noter la nature conflictuelle de certaines interactions notamment concernant différentes perceptions du niveau de soins. Les auteurs mettent aussi en avant la négociation autour des notions d'âge physiologique concernant ces conflits. On pourrait ici faire l'hypothèse d'une zone d'incertitude autour de la notion d'âge réel et d'âge physiologique. Une autre constatation est celle d'une variabilité des interactions selon la hiérarchie, ce que nous avons aussi observé.

L'autre similitude avec notre étude est celle d'une heuristique de la prise de décision. C'est-à-dire le constat que les prises de décisions font appel à l'intuition et à une décision rapide plutôt qu'à une évaluation standardisée ou rigoureuse des différents éléments en présence, du fait de l'urgence et d'une « rationalité limitée ». Nous sommes ici aussi dans le registre des « biais cognitifs » et les auteurs ont dans leur travail détaillé les différents biais impliqués.

Les biais cognitifs sont des opérations intellectuelles rapides et systématiques inscrites dans la façon de raisonner des individus. Pour bien comprendre les biais cognitifs, considérons deux façons de décider : un système lent, rationnel et réfléchi, et un système rapide, intuitif. On parle « d'heuristique » de la décision pour qualifier ce second système. Il permet d'évaluer rapidement une situation et de prendre « la moins mauvaise décision possible. » C'est un concept similaire à

celui de « rationalité limitée ». Les situations de prises de décisions en urgence semblent particulièrement limitées de ce point de vue. Il n'existe pas de façon simple de résoudre les biais cognitifs. Il a été proposé de « forcer » le fonctionnement du système lent par le biais de documents qui guident la décision en évaluant les différents points importants. La connaissance de ces biais permet également aux médecins d'y être attentif, au moins a posteriori.

Parmi les implications pratiques de leur travail, ces auteurs insistent sur la formation à l'interdisciplinarité et à la décision conjointe notamment par le biais de la simulation, ce qui me semble intéressant et potentiellement bien accepté. Cela permettrait une meilleure compréhension mutuelle des praticiens et la promotion de la collaboration et de l'interdisciplinarité.

Une autre étude publiée en 2017 s'est intéressée à la collaboration entre oncologues et réanimateurs en pédiatrie, avec un accent sur la communication entre ces deux disciplines(64). Elle a consisté en 10 entretiens de durées similaires aux nôtres à partir desquels les auteurs ont effectué une analyse thématique. Parmi les thèmes identifiés dans les entretiens ont été mis en évidence des éléments facilitateurs et des obstacles (*Tableau 5*).

Tableau 5 – Obstacles et atouts de la collaboration entre oncologues et réanimateurs en pédiatrie
 Adapté de : Odenyii F. et al. *Communication Challenges of Oncologists and Intensivists Caring for Pediatric Oncology Patients: A Qualitative Study.* J Pain Symptom Manage. 2017

Obstacles à la communication interdisciplinaire	<ul style="list-style-type: none"> - Difficultés de communication au sein des disciplines et entre les disciplines - Conflits de valeurs chez les praticiens - Formation à la communication
Facilitateurs à la communication interdisciplinaire	<ul style="list-style-type: none"> - La préparation en équipe des temps de rencontres avec la famille - La capacité à impliquer les familles dans les décisions - Les spécialistes en soins palliatifs sont une ressource importante

Parmi les obstacles identifiés, la difficulté de communication entre les équipes est soulignée par les verbatim fournis dans leur étude. Il en ressort des divergences de perception de la situation qui sont parfois difficiles à concilier, ce qui nous semble s'approcher des conflits rencontrés durant nos entretiens. Il en ressort également le manque de traçabilité écrite de certaines décisions, également présente dans notre travail. Parmi les obstacles, le manque de formation à la communication et à la délibération est souligné par les participants. Ce point n'est pas mis en avant par les participants à notre travail. Ils considèrent que la formation à la prise de décision en collaboration se fait sur le terrain et que les internes, qui sont en première ligne sur les tableaux de garde, apprennent de cette manière.

Les auteurs ont également recueilli des éléments sur la communication au sein même des disciplines, ce que nous avons peu abordé dans notre travail. La communication est une composante importante de la collaboration et les travaux de D'amour et al cités plus haut mettent aussi en avant l'importance d'un support de communication commun.

Dans notre situation d'étude, les communications sont rapides, orales, souvent téléphoniques dans un premier temps mais sans traçabilité systématique. Le fonctionnement du « staff » de réanimation permet une information de la hiérarchie et de l'ensemble du groupe à l'occasion de ce temps. Il permet un débriefing en équipe des situations difficiles ou conflictuelles. Par ailleurs, quelques minutes avant le staff, les jeunes chefs se retrouvent devant la porte et discutent des situations de la nuit, avec parfois des situations de triage, des appels conflictuels qu'ils débriefent ainsi. Ces échanges informels de même que l'existence d'un temps dédié comme le staff de réanimation me semble être précieux pour la communication mais aussi dans la construction d'une opinion à l'échelle de la discipline sur ces questions.

Cette étude qualitative illustre aussi dans une certaine mesure ce que nous ne voulions pas réaliser dans la présentation des résultats pour notre travail. L'identification d'obstacles et de facilitateurs apportent des clés aux praticiens pour comprendre leur collaboration mais ne sont pas replacés dans une compréhension plus globale des situations d'interaction et de collaboration, ce que nous avons tenté de faire. Cependant, la présentation des résultats que nous avons choisi a nécessité de multiples lectures d'autres travaux de sciences humaines et d'ouvrages théoriques en sociologie. Le travail en équipe et le recours à des personnes ressources compétentes en sciences humaines et sociales pour s'orienter dans ces lectures est un atout indéniable. Le risque est de transformer ces travaux en une « sociologie médicale » qui n'ait de valeurs aux yeux d'aucune des deux disciplines.

d. Modèles existants pour faire face à l'incertitude et aux conflits dans la collaboration ?

La réflexion et les changements portant sur l'organisation et les conditions de la collaboration interdisciplinaire sont-ils un outil de la « gestion de la singularité à grande échelle ? »

D'autres études, portant sur des situations plus ou moins différentes de la nôtre permettent de soutenir cette hypothèse.

L'équipe de réanimation médicale de Dijon s'est intéressée à l'impact d'une modification de l'organisation et de la communication au sein d'un service de réanimation sur la qualité de vie au travail et le ressenti des réanimateurs(65). Ces changements concernaient surtout la façon dont les situations de fin de vie étaient discutées et envisagées au motif que ces situations étaient volontiers conflictuelles. Il s'agissait notamment dans cette étude de temps de discussions quotidiens sur les niveaux de soins des patients, d'organisation de temps de débriefing des situations difficiles, et d'un travail en équipe sur la gestion du conflit au sein même de l'équipe. Il ressort de cette étude monocentrique une nette amélioration de la satisfaction au travail et des risques de burnout pour les soignants et praticiens de réanimation. Cela illustre la façon dont un changement de l'organisation d'un travail en équipe améliore le ressenti et la qualité de vie de l'équipe. Les situations de fin de vie en réanimation sont un bon exemple de situations d'incertitude qui mettent en tension les équipes soignantes et l'amélioration de leur prise en charge entraîne une amélioration des conditions de travail. La considération de la gestion de l'incertitude pronostique en réanimation concernant la fin de vie a fait l'objet de plusieurs publications ces dernières années dans le domaine de la réanimation(66,67). Penser l'organisation des soins et la façon de prendre les décisions fait partie des solutions proposées par ces travaux.

L'oncologie n'est pas en reste, puisque la considération pour la démarche participative est mise en avant depuis plusieurs années par l'association française des soins de support(AFSOS).

L'interdisciplinarité est au cœur de la démarche participative. Elle a un impact positif sur la satisfaction au travail des soignants autant que sur la satisfaction des patients(68,69).

e. Une organisation fondée sur la satisfaction des soignants est-elle bénéfique aux patients ?

Les considérations pour l'organisation des soins et l'interdisciplinarité sont de plus en plus nombreuses, notamment concernant la satisfaction au travail des soignants face aux difficiles décisions relatives à la fin de vie. Il s'agit là d'un élément important, notamment parce que ce sont les soignants qui informent et accompagnent les familles et que les conflits et dissensions ne sont pas souhaitables dans les situations de fin de vie et de réanimation. Cependant, il est difficile de se prononcer sur l'impact de l'interdisciplinarité sur la nature des décisions prises au regard du patient : sont-elles plus en accord avec leurs souhaits ? Ont-elles une influence sur qualité de vie ou même la durée de vie des patients ?

Il s'agit plutôt de s'intéresser à la dimension éthique des décisions médicales complexes. Comment faire pour bien faire ? Puisqu'il ne s'agit pas de décider uniquement selon des raisonnements médicaux de bénéfices et de risques, qu'est-ce qui peut guider les soignants dans leurs décisions face à l'incertitude ? Il me semble que l'attitude qui vise à donner la capacité à des soignants et médecins à déterminer ce qui est raisonnable à plusieurs est un bon remède contre la rationalisation des décisions de soins.

Quant à savoir si la collaboration interdisciplinaire est bénéfique, in fine, au patient, en termes de qualité de vie ou de durée de vie, mon travail ne permet pas d'y répondre. Tout au plus les données publiées par Soares et al. confirment cette hypothèse qu'une meilleure collaboration a également un impact positif pour les patients en terme de survie en réanimation et pour la collectivité en termes d'utilisation des ressources médicales(4).

E. Limites

Le choix d'une méthodologie de sciences humaines et sociales nous a semblé adapté afin de répondre à la question de recherche. Cependant, plusieurs réserves peuvent être faites à ce sujet.

a. Difficultés d'accès au terrain de recherche : la méconnaissance des sciences humaines en médecine

La période d'observation a été peu fructueuse et aurait mérité d'être plus longue et plus approfondie. Bien qu'elle ait permis de mieux comprendre certains aspects de la discipline de réanimation médicale, je n'ai pas pu être témoin de situations d'interactions directes entre praticiens des diverses disciplines. Je ne sais pas s'il s'agit là de malchance ou d'une réticence des praticiens à être observés puisque je dépendais de leur bonne volonté pour être présent au bon moment.

Ceci est minimisé par mon expérience de ces interactions en tant qu'interne en réanimation et en oncologie médicale dans un autre CHU. Bien que cette expérience ait été préalable à la réalisation de ce travail de recherche, il me semble juste d'écrire qu'elle a inspiré et enrichi la description présentée ici, notamment par comparaison des similitudes et différences entre les différentes situations.

Les temps d'observation ont été particulièrement marqués par des malentendus liés à la méconnaissance des pratiques de recherche en sciences humaines et sociales par le corps médical. On distingue classiquement l'observation participante (le chercheur à un rôle actif dans la situation examinée) et non participante (il est un observateur sans implications sur le terrain). Mes temps d'observation étaient pensés comme non participants. Pourtant mon statut d'interne dans un autre centre hospitalier universitaire, dans la discipline d'oncologie médicale, a entraîné un certain flottement auprès des participants à propos de mon rôle. Je me suis retrouvé souvent

confronté, dans le discours médical, à une incertitude et une méconnaissance concernant mon rôle d'observateur, et la posture de neutralité que je souhaitais aborder. J'étais présenté comme « interne », on me demandait d'enfiler une tenue comme les internes, et je devais sans cesse redire que j'exerçais un travail d'observation et d'entretiens dans le cadre d'un travail de recherche et que je n'avais aucune fonction de soins. Les internes des services me demandaient où j'en étais dans ma formation. On me demandait mon avis sur les situations, plutôt pour se faire une idée de mes connaissances. Je me suis senti à certains moments interrogé aussi sur la question de la réanimation des patients atteints de cancer, lorsqu'on me demandait « Tu as lu cette publication sur tel sujet ? » Il s'agissait, comme souvent dans les situations d'observation en sciences humaines, de négocier son entrée sur le terrain et la confiance des acteurs(70). Ainsi, par mon rôle d'interne et mon intérêt pour les enjeux de la réanimation dans la collaboration, j'ai eu accès à un discours sur la collaboration qui m'a souvent semblé sincère. J'étais néanmoins identifié comme oncologue et dans les premières questions qui m'ont été posées je percevais une surprise ou une interrogation sur le choix d'étudier la question des rapports entre oncologues et réanimateurs. L'un des participants me demanda après un entretien si c'est parce que je savais que les relations étaient tendues entre oncologues et réanimateurs que j'étais venu dans leur CHU ! Je n'en savais rien, bien entendu.

Ce flottement sur la position d'observateur m'a néanmoins permis d'obtenir un accès plus simple aux internes et aux praticiens hospitaliers, notamment dans les discussions informelles. J'ai eu facilement accès aux dossiers des patients par exemple, là où d'autres chercheurs ont eu des difficultés d'accès à certaines informations(71).

Les preuves de la réalisation des démarches règlementaires ont été particulièrement importante pour convaincre des chefs de service et des praticiens peu aguerris aux méthodes qualitatives, faisant tantôt l'amalgame entre « qualité de vie » et « qualitative » ou tantôt preuve d'une certaine « suspicion » à l'égard d'un observateur extérieur, d'un curieux qui viendrait observer leurs pratiques. Cela dit, une équipe reconnue en recherche portant sur la qualité de vie est présente au

CHU de Besançon, ce qui a pu semer le trouble lorsque je parlais d'une équipe référente au niveau national en recherche qualitative à Besançon. A ce sujet, ma recherche étant adossée à une équipe de recherche supervisée par un professeur de médecine exerçant dans l'établissement, l'usage de son nom et de sa recommandation m'a ouvert, je crois, plus facilement les portes.

b. Échantillonnage : une surreprésentation de pneumologues au sein d'un échantillon trop faible

Le recrutement des participants s'est fait par un échantillonnage de convenance.

Nous n'avons pas pu convenir d'un rendez-vous avec une oncologue médicale. Plusieurs autres praticiens n'ont pas souhaité réaliser un entretien, par manque de temps le plus souvent. Une majorité d'onco-pneumologues ont répondu à mes sollicitations. Cette surreprésentation d'une catégorie professionnelle est intéressante d'autant que d'importants progrès ont été faits en oncologie thoracique et sont venus modifier le pronostic de ces patients.

Il n'existe pas de recommandations ou de possibilité d'estimer à l'avance le nombre d'entretiens nécessaires afin de répondre à une question en recherche qualitative. C'est au fil de l'analyse, par la notion de saturation des données, que le nombre d'entretiens apparaît suffisant.

La saturation des données est l'idée que la question de recherche peut être théorisée ou synthétisée autour de plusieurs axes jusqu'à un point au-delà duquel le recueil de données ne permet plus d'enrichir la théorie obtenue. Il est parfois estimé que lorsque 3 entretiens ne rapportent plus de nouvelles catégories, la saturation des données est obtenue⁽⁷²⁾.

Il est difficile dans notre situation d'affirmer la saturation des données : nos deux derniers entretiens ne nous ont pas permis d'obtenir de nouvelles catégories. Cependant, il n'y a pas eu de double codage de nos entretiens, c'est-à-dire le codage par un tiers non impliqué dans la réalisation des entretiens. Cela aurait permis une meilleure validité du codage et nous incite à la prudence sur la notion de saturation des données.

c. L'entretien : une méthode de choix mais un exercice difficile

Le récit des interactions par les participants, ce qu'ils ont à dire à ce sujet, la façon dont ils justifient leurs actions sont une information précieuse. L'entretien serait la technique de choix pour décrire une organisation et comprendre les comportements des acteurs au sein de celle-ci(35,53).

Dans notre étude, les entretiens réalisés ont une durée de 31 minutes, ce qui concordant avec d'autres études(42,52).

Concernant le guide d'entretien, celui-ci a évolué au fil du travail. L'entretien semi-dirigé est un exercice auquel j'ai pu me former durant mon année de Master, ce qui m'a été précieux. La relecture et l'analyse des entretiens met en évidence des faiblesses dans la technique d'entretien comme les relances excessives, une tendance à poser une question longue dans les moments de gêne, certaines questions alambiquées dans leur formulation.

Nous avons choisi une technique qui se rapproche par certains aspects de la « Critical Incident Technique » qui est une technique d'entretien qui envisage d'étudier les comportements et l'organisation à partir de situations cliniques. Cependant, la Critical Incident Technique se fonde d'une part sur le choix d'une situation type et les participants élaborent tous à partir de la même. D'autre part, la notion d'objectif ou d'un comportement attendu est parfois mise en avant, or nous voulions justement partir de l'expérience des participants pour comprendre les objectifs et les attendus qu'ils ont sans définir de norme ou d'objectif de ces situations a priori(73). Dans notre travail, il était demandé aux participants de raconter la dernière situation de prise en charge d'un patient atteint de cancer qu'ils ont vécu et nous nous éloignons ensuite de la situation pour élaborer plus largement sur la collaboration interdisciplinaire.

d. Ces constatations sont-elles valides ?

Nos résultats apparaissent par plusieurs aspects valides. D'une part, l'organisation des constatations est cohérente. Il ne s'agit pas seulement d'un catalogue de thème mais de l'organisation d'un fil conducteur et d'une cohérence entre eux, par le biais de la question de la capacité d'adaptation aux situations singulières et imprévues.

Cette cohérence se retrouve également dans la comparaison de nos résultats avec les travaux de D'amour et al, puisque les catégories obtenues dans les verbatim sont concordantes.

L'un des éléments importants de la validité d'une recherche qualitative est le lien entre les constatations et la réalité du terrain, le ressenti des participants face aux constatations issues de ce travail. Est-ce qu'ils estiment que les résultats obtenus sont pertinents et opérants pour comprendre leur pratique ? Nous avons soumis aux participants les verbatims de leurs entretiens pour d'éventuels commentaires mais n'avons pas eu de retour. Nous n'avons pas eu l'occasion à ce jour de présenter ces résultats auprès d'autres équipes d'oncologie ou de réanimation de manière formelle. La validité de nos résultats s'en trouve diminuée. C'est là sans doute la limite méthodologique la plus forte à ce travail.

e. La recherche qualitative : un catalogue d'évidences ?

Nous avons tenté à travers l'écriture de ce travail d'aborder et d'illustrer des concepts généraux en recherche qualitative afin d'en faciliter la lecture.

La présentation des résultats d'une recherche est un enjeu important, particulièrement lorsque l'on choisit une méthodologie qualitative. Comme l'écrit M. Drapeau, « la valeur d'une recherche scientifique dépend étroitement de l'habileté du chercheur à démontrer la crédibilité de ses découvertes(74). »

L'enjeu de la crédibilité ou de la scientificité, et de la présentation des résultats sont un sujet largement débattu en sciences humaines et sociales.

De manière intéressante, d'autres auteurs soulignent que les points importants sont les sources de variations, les nuances, la compréhension de processus et l'élaboration du sens plutôt que la fréquence de certaines situations ou évènements(49). Il me semble qu'à travers la présentation de l'organisation de la collaboration dans ce qu'elle a de libre et dynamique, ainsi qu'à travers la compréhension de ce qui met en tension et résout les tensions dans la collaboration, notre travail s'inscrit dans cette attention à la compréhension des processus plutôt qu'aux situations uniques.

L'une des remarques parfois faites aux travaux de sciences humaines et sociales est de se contenter de décrire une situation au risque d'écrire des évidences. Comme l'écrit Philippe Bernoux en réponse à ces critiques, « le bon sens dans les sciences humaines et sociales n'est rien d'autre que la norme reçue de la tradition et non critiquée. » Pour prendre un exemple plus médiatisé, les travaux portant sur le féminisme et la théorie du genre font parfois une description de situations qui sont à la portée de chacun, c'est-à-dire les représentations genrées dans différents domaines de la vie sociale : jouets pour enfants, professions, comportements ou caractères considérés comme féminins et masculins, etc.

Finalement, ce n'est pas tant la description de ce qui serait ainsi à la portée de qui s'impliquerait dans une démarche rigoureuse et réflexive d'analyse d'un phénomène, qui est enrichissante. C'est aussi l'utilisation et l'appropriation de ces résultats par les principaux concernés. A ce titre, nous avons été particulièrement prudents dans la restitution de ce travail et son analyse, à l'utilisation qui pourrait en être faite par les différentes disciplines concernées. Notre objectif était bien de décrire et de comprendre.

Enfin, les critiques que l'on peut faire à ce travail sont pour certaines communes aux débats concernant la crédibilité des recherches en sciences humaines et sociales(37,48,74). Nous n'aborderons pas plus en détail cette controverse bien vivante.

f. La culture de chaque discipline

Je n'ai que peu abordé les liens des praticiens avec leur discipline, ce qu'on pourrait appeler leur « culture » avec toutes les réserves possibles sur ce mot-valise qui finit par perdre de son sens à force d'en avoir tellement. Il est probable que les acteurs formés dans une certaine discipline aient une manière de pensée spécifique, des références partagées avec leurs collègues qui influent sur ses décisions. La réticence à admettre des patients atteints de cancer et des personnes âgées semble relativement partagée auprès des réanimateurs, sans que j'ai pu en percevoir les fondements par exemple.

La « culture » et l'organisation des spécialités médicales ont été étudiées en sociologie, notamment par A.Strauss et E. Freidson(54,55). S'intéresser à ces dimensions des professions médicales aurait nécessité un travail de bien plus grande envergure et des bases théoriques de sociologie plus solides. Cependant, la lecture d'écrits de sociologie interactionniste et de sociologie des organisations a enrichi ma perception de la pratique médicale à l'intérieur de l'hôpital et je ne peux qu'espérer que la lecture de ce travail incite à la lecture de ces auteurs reconnus.

g. L'enjeu de la reproductibilité

Enfin, avant d'aborder les points saillants de ce travail et ses implications pratiques, il me semble utile de rappeler qu'une recherche comme celle-ci n'est toujours qu'une construction à un moment donné, par une personne donnée. La reproductibilité à travers d'autres dispositifs, est un enjeu essentiel de la recherche. La considération pour l'organisation de la collaboration et la

qualité des processus décisionnels concernant la réanimation des patients atteints de cancer se manifestera, je l'espère, par d'autres travaux de recherche sur cette question.

F. Implications pratiques

Quelles sont les implications pratiques de ce travail ? Il me semble devoir distinguer les implications pour les participants, dans le contexte à partir duquel j'ai établi ces constatations, les implications pour la collaboration interdisciplinaire entre oncologues et réanimateurs dans d'autres contextes, et les implications personnelles à l'issue de ce travail.

a. Implications pour les participants.

Concernant les participants à ce travail, il illustre à mon sens l'importance d'étudier et de comprendre l'organisation des soins à l'échelle locale. La pratique hospitalière est marquée par la spécialisation, par les contraintes économiques et le management hospitalier qui valorise les durées de séjours et impose des quantités d'actes plus importantes de même qu'une standardisation des soins par le biais de procédures. Si ces éléments permettent, in fine, une meilleure qualité des soins dans leur ensemble, ils peinent à répondre aux situations inhabituelles, à la singularité et l'incertitude. La difficulté tient alors à la prise en compte de l'imprévu et de la singularité, inhérents au soin, dans un pareil contexte. C'est ce qu'argumente E. Minvielle et notre étude semble aller dans ce sens(53). Les participants ont développé des stratégies (recours à leur réseau, réanimation d'attente, etc.) qui sont pertinentes dans une majorité de situations. Cependant, ces stratégies peinent à prendre en compte la singularité et l'incertitude qui mettent en difficulté la collaboration telle qu'elle est organisée. A travers le discours des participants, les tentatives de rationalisation des prises en charge ne permettent pas toujours d'apporter une

solution. Ce sont les qualités attribuées à l'interdisciplinarité qui font satisfaction et permettent la résolution de ces situations : confiance, reconnaissance mutuelle, objectifs communs, intégration des informations échangées, traçabilité écrite.

Quelles recommandations peut-on en tirer ?

Le passage des internes d'oncologie en réanimation mais aussi des internes de réanimation en oncologie ou hématologie permet de se constituer un réseau et de comprendre le fonctionnement de l'autre discipline, ce qui va dans le sens de l'interdisciplinarité. Ces pratiques sont répandues, et il me semble important de les perpétuer. En d'autres termes, tout ce qui pourrait faciliter la compréhension mutuelle et la confiance serait profitable. Notre étude ne permet pas de répondre formellement et de proposer des conduites à tenir. Il me semble important de valoriser, à partir de ces constatations, la réflexion locale pour construire en collaboration l'interdisciplinarité. Ces résultats devraient permettre d'amener tout le monde autour de la table. Ainsi, il s'agirait de passer d'un modèle fondé sur les demandes d'aides et le réseau des praticiens à une collaboration interdisciplinaire intégrée.

Les résultats de l'étude de Soares vont dans ce sens. Ils démontrent l'impact positif de la collaboration sur l'utilisation des ressources médicales et la survie des patients en réanimation.

Nous pourrions, avec des réserves, faire l'hypothèse que c'est par ce biais que ce bénéfice se fait.

b. Implications dans d'autres contextes

C'est aux praticiens impliqués dans de telles collaborations interdisciplinaires de juger de la pertinence de mes constatations et de s'emparer de ces résultats.

Une reproductibilité de ces résultats dans des conditions similaires serait également intéressante.

On peut imaginer des recherches-actions qui, à partir de la mise en place de mesures favorisant la connaissance mutuelle, la confiance, évalueraient ensuite les effets de ces changements sur divers critères comme la satisfaction des médecins et soignants mais aussi les conséquences sur les ressources utilisées et les trajectoires de vie des patients. L'étude réalisée par l'équipe de réanimation de Dijon, sur le climat éthique et son impact sur la qualité des soins est un bel exemple d'évaluation de la modification de l'organisation du travail et son impact positif sur les soignants(65).

En effet, les objectifs de la réanimation et des prises en charge médicales sont des éléments centraux de la collaboration et nous pensons que nos résultats sont en faveur d'une conception plus large du projet de soins que la survie d'un patient à une complication aiguë. Nous avons vu que la question du pronostic peut faire l'objet de négociations conflictuelles.

Ainsi, peut-être que les praticiens qui liront ce travail seront plus attentif à l'incertitude qui entoure la notion de pronostic et au jeu autour de cette notion dans les interactions autour de situations palliatives. Peut-être tenteront ils de réorienter la discussion vers un projet de soins, qui me semble une notion plus pertinente dans ces situations, parce qu'elle inclut une dimension de cohérence, de sens et d'éthique. Autrement dit, une certaine vigilance des praticiens à l'égard de l'incertitude me semblerait raisonnable. Si nous ne pouvons pas nous entendre sur le bénéfice attendu, parce qu'il est incertain, peut être pouvons-nous nous mettre d'accord sur une prise en charge qui aurait du sens pour les différentes personnes impliquées et concernées par ces décisions. La typologie de situations de réanimation proposées par E. Azoulay et al. et reproduite dans l'introduction de ce travail me semble être un outil utile(26).

Ainsi j'espère que ces résultats permettront à des praticiens de s'intéresser à l'organisation des soins et à la collaboration interdisciplinaire, en particulier dans les situations d'incertitudes où la démarche de prise en charge est sans doute aussi importante que les critères médicaux. Je pense qu'une meilleure considération de l'organisation et du management hospitalier par les acteurs

même permettra de conserver une liberté qui semble, le plus souvent, efficace mais doit s'adapter aux contraintes d'un système de santé qui change, et de possibilités médicales qui évoluent tout autant.

Les interrogations sur l'organisation des soins, sur la démarche décisionnelle ne se situent pas au-delà du champ de la médecine. Ces dimensions font partie intégrante, de tout temps, de la médecine. C'est ce qui fonde, à mon sens, la richesse de ce métier.

c. Implications personnelles

Enfin, à titre personnel, ce travail a continué à me convaincre de la pertinence des réflexions sur l'organisation, sur les démarches de prise de décision et la collaboration interdisciplinaire. La méconnaissance des sciences humaines est un frein à la réalisation et à la diffusion de ce genre de travaux, ce qui fait de la diffusion de ces résultats un enjeu d'autant plus important.

Je reste néanmoins prudent. Il n'y a qu'un pas entre la curiosité envers ces méthodes et l'isolement dans une contre-culture.

Les sciences humaines apportent ici une pertinence, qui, plutôt que de proposer des solutions rationnelles de type « one fits all », cherchent à alimenter la réflexion de qui voudrait penser sa pratique tout en préservant sa liberté d'action et d'organisation.

Les progrès médicaux, bien loin de dissoudre l'incertitude, ont tendance à l'accroître, de même que les situations complexes sont de plus en plus nombreuses et que le système de santé actuel peine parfois à y répondre. L'essor du mouvement des soins palliatifs y est une réponse.

A mon sens ce travail s'inscrit et me conforte dans l'esprit promu par les soins palliatifs : apporter un regard différent sur le soin, qui permet de faire évoluer les pratiques et l'exercice de la

médecine, sans vouloir l'enfermer dans la rationalité, et en tenant compte de la singularité et de l'incertitude inhérentes à la prise en soins des patients. Cette vision n'est pas opposée à celle d'une médecine fondée sur les preuves : la capacité à s'adapter à la singularité des situations y est aussi importante que les preuves scientifiques(75).

6. Conclusion

L'objectif de notre travail était d'aboutir à une meilleure compréhension des conditions de la collaboration interdisciplinaire entre oncologues et réanimateurs. A travers une période d'observation et la réalisation d'entretiens semi-dirigés avec 12 praticiens, nous avons eu accès au vécu et à l'expérience de la collaboration par les différents acteurs qui la construisent au quotidien. La faisabilité de l'étude et de la compréhension d'un phénomène comme la collaboration interdisciplinaire à l'aide de méthodes qualitatives est le premier résultat de notre étude.

Les comportements des acteurs et l'élaboration qu'ils font de leur travail nous ont permis de proposer une compréhension de l'organisation de la collaboration articulée autour des notions de liberté d'organisation, du réseau des praticiens, de négociations, de zones d'incertitudes, et d'interdisciplinarité.

La collaboration est fondée sur des demandes d'aide et des prises de décisions en collaboration. Le réseau d'interlocuteurs privilégiés des praticiens permet de répondre à la majorité des situations. Ce sont les situations palliatives qui mettent particulièrement en tension la collaboration, parce qu'elles sont incertaines. Cette incertitude est, comme l'illustre la théorie de l'organisation systémique et stratégique, un enjeu de pouvoir et de négociation dans les interactions. Ce pouvoir ne doit pas être entendu comme une emprise sur la partie adverse mais comme une tentative d'influencer les actions et décisions de manière favorable à ses convictions. Ainsi, ce travail promeut l'abandon d'une vision strictement utilitariste, c'est-à-dire centrée sur la finalité et la question du bénéfice ou non de la réanimation, tant la question du pronostic masque l'incertitude.

Afin de dépasser ces décisions complexes et parfois conflictuelles, plusieurs solutions ont été proposées : arbres décisionnels, anticipation des niveaux de soins, réanimation d'attente.

Au-delà de ces propositions, l'analyse du discours des participants met en évidence, parfois par leur absence, l'importance de la confiance, d'une reconnaissance mutuelle et de la définition d'objectifs communs dans la collaboration. Ces qualités sont recherchées à travers le réseau des praticiens et viennent bien souvent supplanter le recours à des arbres décisionnels ou à des procédures.

L'organisation des soins, les comportements et stratégies des praticiens que nous avons décrites et analysées, illustrent la complexité des décisions relatives aux patients atteints de cancer en réanimation. Comment concilier la standardisation de la médecine qui permet d'offrir à chacun des chances égales et la préservation d'une capacité d'adaptation aux situations singulières et exceptionnelles ? Ce sont ces situations singulières qui sont les plus conflictuelles.

L'interdisciplinarité semble être la solution privilégiée par les participants pour se guider à travers ces décisions difficiles.

Nous pensons que la compréhension de ces dimensions de la collaboration interdisciplinaire sont précieuses pour les praticiens engagés dans ces interactions au quotidien, afin que chacun puisse penser à l'échelle de sa pratique l'organisation des soins et la collaboration, de manière indissociable des données médicales les plus récentes, dont on ne peut que constater qu'elles accroissent l'incertitude et la complexité des décisions médicales.

Vu

Strasbourg, le 04/09/2019

Le président du Jury de Thèse

Professeur Jean-Emmanuel KURTZ



HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG

Pôle d'Oncologie et d'Hématologie

Professeur Jean-Emmanuel KURTZ

Oncologie médicale

Secrétariat : Tél. 03 88 12 76 82 - Fax 03 88 12 76 69

Email : j-emmanuel.kurtz@chru-strasbourg.fr

N° ADELI : 67 10 7404 5 - N° RPPS : 1000243620

Vu et approuvé

Strasbourg, le

09 SEP. 2019

Le Doyen de la Faculté de Médecine de Strasbourg

Professeur Jean SIBILLIA



7. Annexes

A. Arbre Décisionnel issu des recommandations de l'AFSOS en 2015

Aide à la décision de transfert en réanimation (ou non) d'un patient atteint de cancer
Critères d'admission en réanimation oncohématologique

L'algorithme ci-dessous **formule des propositions**, il encadre la stratégie de décision.
Néanmoins, **chaque décision est individuelle et contextuelle**. Une modulation est possible cas par cas, pouvant aboutir à une décision non strictement conforme à l'algorithme ou à une admission accompagnée d'emblée d'une limitation thérapeutique.

La décision de transfert d'un patient porteur d'une néoplasie en réanimation-USCM dépend, après recueil de toutes les informations disponibles sur les volontés et projet de vie du patient, de 3 critères à recueillir et à analyser dans cet ordre :

- (1) l'état général du patient, évalué sur l'état nutritionnel (dénutrition absente/modérée/sévère); le PS-OMS⁽¹⁾ [fait référence à l'état général du patient dans le mois précédant l'aggravation]; l'évolution clinique récente (amélioration vs. stabilité vs. aggravation)
- (2) la réversibilité supposée de la défaillance aiguë ayant motivé l'appel du réanimateur;
- (3) le pronostic de la néoplasie : celui-ci n'intervient qu'en 3^e lieu, car son estimation « à froid » est contrainte et sujette à modification par l'état général (aptitude ou non à supporter les traitements anti-tumoraux) et la détresse viscérale (modifie *per se* le pronostic).

Toute décision de non-admission fait l'objet d'une note motivée et claire dans le dossier médical.

Volontés du patient, directives anticipées, personne de confiance		Etat Général	Réversibilité de la déf. aiguë (court terme) (2)	Pronostic de la néoplasie (moyen-long terme) (3)	Proposition
Décision médicale partagée Définition commune du projet de soin : objectifs, limites Echange continu entre patient, proches, professionnels... Circularité de l'information, anticipation, traçabilité	Etat général « conservé » (Exemple: OMS 0-1; dénutrition absente à modérée; stable)	Réversibilité ++	NA	Admission (+, toujours, réévaluation vers J.5)	
		Déf. supposée réversible	NA		
		Déf. aiguë non/peu réversible (pronostic engagé à court terme)	Pronostic carcino. >3-6 mois	Discuter admission + Réévaluation +++ à J5	
			Pronostic carcino. <3 mois	Non admission	
		Réversibilité ++	NA	Admission (+, toujours, réévaluation vers J.5)	
		Déf. supposée réversible	Pronostic carcino. >3-6 mois	Discuter admission + Réévaluation +++ à J5	
	Etat général altéré (Exemple: OMS 2-3 et/ou dénutrition modérée à sévère, se dégrade)		Pronostic carcino. <3 mois	Non admission	
		Déf. aiguë irréversible	NA	Non admission	
		Etat général grabataire (Exemple: OMS 4, dénutrition modérée à sévère, dégradé)	NA	NA	Non admission

(1) Etat général : EG grabataire = OMS 4 = situation terminale ; EG altéré = OMS 3 = autonomie altérée mais fcts sup conservées, sortie du domicile, etc.
(2) Réversibilité : Réversible++ = épt pleural, PNO, inf. sur cathéter ; Supposé réversible = pneumopathie, sepsis sur abcès à drainer, installation récente.
(3) Néoplasie : le pronostic carcinologique annoncé est susceptible d'être revu à la baisse à la lumière des co-morbidités et des conséquences d'un séjour en réanimation

Copyright AFSOS, validé le 11/12/2015

B. Grille COREQ

Domain 1 : Research team and reflexivity

Personal Characteristics

1. Interviewer/facilitator Which author/s conducted the interview or focus group?
2. Credentials What were the researcher's credentials? E.g. PhD, MD
3. Occupation What was their occupation at the time of the study?
4. Gender Was the researcher male or female?

5. Experience and training What experience or training did the researcher have?

Relationship with participants

6. Relationship established Was a relationship established prior to study commencement?
7. Participant knowledge of the interviewer What did the participants know about the researcher? e.g. personal goals, reasons for doing the research
8. Interviewer characteristics What characteristics were reported about the interviewer/facilitator? e.g. Bias, assumptions, reasons and interests in the research topic

Domain 2: study design

Theoretical framework

9. Methodological orientation and Theory What methodological orientation was stated to underpin the study? e.g. grounded theory, discourse analysis, ethnography, phenomenology, content analysis

Participant selection

10. Sampling How were participants selected? e.g. purposive, convenience, consecutive, snowball
11. Method of approach How were participants approached? e.g. face-to-face, telephone, mail, email
12. Sample size How many participants were in the study?
13. Non-participation How many people refused to participate or dropped out? Reasons?

Setting

14. Setting of data collection Where was the data collected? e.g. home, clinic, workplace
15. Presence of non-participants Was anyone else present besides the participants and researchers?
16. Description of sample What are the important characteristics of the sample? e.g. demographic data, date

Data collection

17. Interview guide Were questions, prompts, guides provided by the authors? Was it pilot tested?
18. Repeat interviews Were repeat interviews carried out? If yes, how many?
19. Audio/visual recording Did the research use audio or visual recording to collect the data?
20. Field notes Were field notes made during and/or after the interview or focus group?
21. Duration What was the duration of the interviews or focus group?
22. Data saturation Was data saturation discussed?
23. Transcripts returned Were transcripts returned to participants for comment and/or correction?

Domain 3: analysis and findings

Data analysis

24. Number of data coders How many data coders coded the data?
25. Description of the coding tree Did authors provide a description of the coding tree?
26. Derivation of themes Were themes identified in advance or derived from the data?
27. Software What software, if applicable, was used to manage the data?
28. Participant checking Did participants provide feedback on the findings?

Reporting

29. Quotations presented Were participant quotations presented to illustrate the themes / findings? Was each quotation identified? e.g. participant number
30. Data and findings consistent Was there consistency between the data presented and the findings?
31. Clarity of major themes Were major themes clearly presented in the findings?

32. Clarity of minor themes Is there a description of diverse cases or discussion of minor themes?

C. Guide d'entretien

Introduction

Merci d'avoir accepté de me rencontrer pour réaliser cet entretien individuel.

Demander aux participants de couper leurs téléphones ou bips

Récupérer le consentement signé

En quelques mots cet entretien entre dans le cadre d'un projet de recherche réalisé à la faveur d'une année-recherche. Il a pour but de comprendre la collaboration entre oncologues et réanimateurs. Je m'intéresse à votre conception, votre expérience de ces interactions. Ce n'est pas un questionnaire. C'est plutôt une conversation. Il est important que vous vous sentiez libres de parler, toutes vos idées sont intéressantes ou importantes. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses.

Si vous n'y êtes pas opposé cet entretien sera enregistré puis retranscrit.

Bien entendu, toutes les informations que vous me transmettez et tout ce qui sera dit durant la totalité de notre entretien sera strictement confidentiel et anonyme. Ces données ne serviront qu'à des fins scientifiques d'analyse en vue de répondre à la question de recherche.

Si vous n'avez pas d'obligations, l'entretien durera aussi longtemps que vous avez de choses à dire.

Première approche :

(objectif : les mettre à l'aise. Élaborer sur une situation de collaboration interdisciplinaire)

- Pouvez-vous me raconter votre parcours professionnel en quelques mots ?
- Est-ce que vous pouvez me raconter une situation d'interaction avec un oncologue ou un réanimateur concernant un patient atteint de cancer ?
- Pourquoi celle-ci a retenu votre attention ? Quel est votre ressenti de cette situation ?
- Qu'est-ce que vous en pensez rétrospectivement ? Selon vous, pourquoi il a réagi ainsi, pourquoi vous avez réagi ainsi ?
- Comment percevez-vous votre rôle ?

- A quoi est-ce que vous faites attention dans ces temps de collaboration ? Qu'attendez-vous de vos collègues ? De quoi est-ce que vous parlez ?

- Comment est-ce que vous avez appris à prendre ces décisions ?

- Comment sont organisées les interactions ? Qui faut-il appeler ? Des temps de rencontre systématisés ?
- Qui est-ce qui participe à ces temps d'interaction ?
- Urgence et temps contracté : qu'est-ce que ça change ?
- Comment avez-vous appris le triage ? la prise de décision ?
- Vous avez peu parlé de votre perception du temps dans ces situations ?

D. Notice d'information

NOTE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

Investigateur coordonnateur	Professeur Régis Aubry Chef du pôle Autonomie et Handicap CHRU de Besançon Site Jean Minjoz Bâtiment Vert, 4 ^{ème} étage 25030 Besançon cedex Email :raubry@chu-besancon
Chercheur	Philippe Trenszt Interne D.E.S oncologie médicale Étudiant M2 Recherche clinique en médecine palliative

mènent actuellement une recherche en sciences humaines et sociales qualifiée hors loi Jardé, intitulée :

Étude de la compréhension mutuelle des rôles dans la collaboration interdisciplinaire entre oncologues et réanimateurs : approche qualitative
PROCOR

Nous vous présentons ici les informations nécessaires pour comprendre l'intérêt et le déroulement de l'étude.

Lisez attentivement cette notice.

Posez toutes les questions qui vous sembleront utiles.

Après avoir obtenu les réponses satisfaisantes à vos questions, vous pourrez alors décider si vous ne vous opposez pas à la réalisation de cette étude.

Finalité de la recherche et du traitement de données

Le but de l'étude

Notre étude a pour but de décrire et comprendre la collaboration entre oncologues et réanimateurs concernant la prise en charge de patients atteints de cancer avancés. Les points de vue des oncologues et des réanimateurs nous intéressent concernant leur vécu et leurs représentations de cette interaction entre les deux disciplines.

La présente étude comporte une première phase d'observation dans un autre centre hospitalier des situations d'interactions et de collaboration entre oncologues et réanimateurs. Les constatations et l'analyse par le chercheur des éléments observés ont pour but de mieux comprendre vos remarques lors de l'entretien individuel pour lequel vous êtes sollicité.

Ainsi nous souhaitons comprendre ce que vous pensez et comment vous vivez les situations de collaboration interdisciplinaire avec vos confrères médecins oncologues ou réanimateurs concernant la prise en charge des patients atteints de cancer avancés.

Le déroulement de l'étude

Où se déroule cette recherche ?

Les interviews seront menées auprès d'oncologues et de réanimateurs exerçant dans différents centres hospitaliers du Grand Est.

Combien de personnes y participent ?

Nous souhaiterions interroger un nombre suffisant d'oncologues et de réanimateurs nous permettant de ne plus identifier de nouvelles données lors des entretiens ou de nouveaux concepts lors de l'analyse. C'est ce que l'on nomme la saturation des données et des concepts.

Que signifie pour vous le fait de participer à cette recherche ?

Votre participation à cette étude est entièrement volontaire et libre.

Votre participation se résumera à un entretien avec un chercheur, qui durera entre 30 minutes et une heure.

Il s'agit simplement pour nous de pouvoir **discuter avec vous** de la collaboration interdisciplinaire avec les oncologues ou les réanimateurs concernant les patients atteints de cancer avancés.

Ces entretiens n'ont pas pour but d'évaluer ou de juger vos pratiques. Il s'agit de recueillir le discours des participants pour identifier leurs points de vue et leurs représentations et faire émerger une description et une compréhension de la réalité des pratiques à partir de votre expérience. Cette approche est appelée inductive, par opposition à une approche déductive dans laquelle un chercheur viendrait simplement vérifier ses hypothèses auprès de vous.

Où et quand aura lieu l'entretien avec le chercheur ?

Cet entretien aura lieu à **l'endroit qui vous conviendra** : par exemple sur votre lieu de travail ou à votre domicile.

Vous n'aurez pas besoin de vous déplacer. Le chercheur s'organisera pour fixer un rendez-vous avec vous, présentiel ou téléphonique.

Néanmoins, il est important que vous soyez disponible lors de l'entretien. Si vous deviez être joignables au téléphone ou répondre à votre bip, cela nuirait au déroulement de l'entretien. Vous pouvez si vous le souhaitez nous dire de combien de temps vous disposez lorsque nous conviendrons du rendez-vous mais il n'est pas possible de prévoir moins de 30 minutes.

Comment se déroule l'entretien avec le chercheur ?

- La discussion avec le chercheur sera **enregistrée** à l'aide d'un dictaphone numérique.
- Il est donc important que l'entretien se déroule dans un **endroit calme**.
- Le chercheur vous posera des questions sur la collaboration entre oncologues et réanimateurs. Il ne s'agit de connaître les « bonnes réponses », mais bien de raconter la perception que vous en avez, **selon votre propre point de vue**.
- À tout moment, lors de l'entretien, vous pouvez décider de vous arrêter, sans avoir à vous justifier.
- Après l'entretien, l'enregistrement audio servira à **retranscrire** (mots à mots) le contenu de votre échange. C'est à partir des retranscriptions écrites des entretiens que les chercheurs vont ensuite travailler pour en analyser le contenu, le comparer aux autres entretiens et aux observations de terrain. De cette analyse que l'on appelle « qualitative », nous espérons pouvoir décrire et mieux comprendre la collaboration entre oncologues et réanimateurs dans la prise en charge des patients atteints de cancers avancés.

IMPORTANT :

- Ce que vous allez dire lors de cet entretien restera totalement **confidentiel**.
- La retranscription des entretiens sera faite de façon **anonyme** (quand nous utiliserons des extraits de votre entretien, pour écrire des articles scientifiques par exemple, votre nom n'apparaîtra nulle part). Nous serons particulièrement attentif à ce que les éléments de l'entretien ne permettent pas de vous identifier à la lecture d'extraits de celui-ci.
- Un avis favorable du comité d'Éthique des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg a été émis le 19/02/2018 avec le numéro de référence FC/dossier 2018/17.

Existe-t-il des risques ?

Votre participation à cette étude ne présente aucun risque spécifique ni contrainte particulière. Votre participation se résume en effet en la passation d'un entretien individuel, dont l'anonymat et la confidentialité sont garantis.

Le seul risque dans cette étude serait que l'anonymat et la confidentialité ne soient pas respectés. Pour éviter ce risque, un codage et un cryptage des entretiens seront mis en place pour garantir l'anonymat. Les chercheurs et les investigateurs seront particulièrement formés et sensibilisés à la nécessité du respect de la confidentialité.

Indemnisation

Vous ne percevrez aucune contrepartie financière pour votre participation à l'étude.

Nature des données recueillies

Seules les données strictement nécessaires et pertinentes au regard des objectifs de la recherche seront utilisées. Ces données seront anonymisées et vous serez identifiés au moyen d'un code. Seul le chercheur qui réalise la recherche pourra conserver le lien entre le code d'anonymisation et votre identité complète.

Ce recueil de données concernera :

Données d'identification <i>Exclusion faite des nom(s), prénom(s) et du numéro d'inscription au Répertoire national d'identification des personnes physiques</i>	numéro d'ordre : n° d'inclusion et/ou n° de centre) code alphanumérique composé de la première lettre de la spécialité O ou R
Informations signalétiques	Statut (interne, CCa, PH, etc.)
Dates relatives à la conduite de la recherche	date d'inclusion dates des observations dates des entretiens

Sauf opposition de votre part, ces données peuvent être utilisées pour la recherche médicale ou scientifique, dans le respect de la confidentialité. Vous pouvez exprimer votre opposition à tout moment.

Personnes destinataires des données

Pour les besoins de la recherche, vos données peuvent être amenées à être consultées par les personnes suivantes : le médecin investigateur responsable de la recherche, les professionnels de santé intervenant dans la recherche et agissant sous la responsabilité de l'investigateur, les chercheurs en sciences humaines et sociales de l'équipe de recherche interdisciplinaire à laquelle est rattaché le chercheur.

Ces personnes sont soumises au secret professionnel et peuvent relever de l'établissement promoteur, des centres participant à la recherche ou de structures agissant pour le compte du promoteur.

Confidentialité

Vos données de santé seront recueillies et réunies sur un fichier informatique permettant leur traitement automatisé. Le secret médical sera respecté et les données recueillies seront analysées en respectant l'anonymat conformément aux règles de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (art.40 de la Loi 78.17 du 6 janvier 1978 et loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades). Une fois analysées, les données pourront faire l'objet d'un rapport et/ou d'une publication scientifique qui ne feront pas état de votre identité.

Le traitement de vos données est homologué par la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés sous l'appellation méthodologie de référence MR-003

Droit d'accès

Vous disposez d'un **droit d'accès, de rectification et d'opposition** à la transmission de vos données de santé utilisées dans le cadre de cette recherche. Ces droits s'exercent à tout moment auprès du chercheur qui vous suit dans le cadre de la recherche et qui connaît votre identité. Le chercheur informera les personnes concernées de votre opposition ou demande de rectification auxquelles il sera donné suite sous 2 mois.

À tout moment, vous pourrez demander des renseignements complémentaires sur l'utilisation éventuelle de vos données. Ces droits s'exercent auprès du médecin investigateur.

Vos données de santé seront conservées dans les systèmes d'information de l'établissement promoteur, du centre participant ou du professionnel de santé jusqu'au rapport final de la recherche et/ou à la publication des résultats. Ces données feront ensuite l'objet d'un archivage papier et/ou électronique pour une durée conforme à la réglementation en vigueur.

Informations sur l'étude

Tout au long de votre participation, vous serez informé(e) de la survenue de toute nouvelle donnée sur le déroulement de l'étude ou sa mise en œuvre susceptible de modifier votre décision quant à votre participation à l'étude.

Vous avez la possibilité, à tout moment de l'étude, pour toute demande d'information complémentaire sur l'étude ou sur votre participation de contacter :

Philippe Trens

Interne D.E.S oncologie médicale

Tel : 06 87 50 59 39

philippe.trens@hotmail.fr

Vous pourrez être informé(e), si vous le souhaitez, des résultats globaux de la recherche à la fin de l'étude (Art L.1122-1 Code de la Santé Publique) en contactant Philippe Trens aux coordonnées ci-dessus.

La recherche aujourd'hui et demain

Les données recueillies dans le cadre de cette étude pourraient être utiles pour d'autres études ultérieures, en fonction de l'avancement des connaissances et des progrès de la science. Elles peuvent donc faire l'objet d'un nouveau traitement automatisé, toujours dans le respect de votre personne et de votre anonymat. Ces recherches peuvent être réalisées pour partie dès à présent ou ultérieurement.

Nous vous remercions de votre coopération.

Si vous acceptez de participer à cette étude, nous vous demandons de bien vouloir signer le formulaire de consentement ci-après.

FORMULAIRE DE RECUEIL DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ **Participation à une recherche en Sciences Humaines et Sociales**

Le Pr Régis Aubry, investigateur de cette recherche et Philippe Trens, porteur du projet vous ont proposé de participer à l'étude « PROCOR »

Avant de prendre votre décision de participer à cette recherche, vous devez confirmer ce qui suit :

Je confirme que j'ai reçu **oralement et par écrit** toutes les informations nécessaires pour comprendre l'intérêt et le déroulement de l'étude, les bénéfices attendus, les contraintes et les risques prévisibles. J'ai pu poser toutes les questions nécessaires à la bonne compréhension de ces informations et j'ai reçu des réponses claires et précises. J'ai disposé d'un délai de réflexion suffisant entre les informations reçues et ce consentement avant de prendre ma décision.

Je comprends que ma participation est volontaire et que je suis libre de refuser de participer à cette étude. Je peux interrompre ma participation à tout moment, auquel cas j'en informerai le médecin qui me suit au cours de cette étude.

En foi de quoi, **j'accepte librement et volontairement de participer à cette recherche.**

Par ailleurs, l'investigateur pourra éventuellement interrompre ma participation à l'étude s'il l'estime nécessaire.

Je comprends que mon consentement ne décharge pas les organisateurs de la recherche de leurs responsabilités à mon égard et je conserve tous mes droits garantis par la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

J'accepte le traitement informatisé des données personnelles en conformité avec les dispositions de la loi 78/17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, modifiée par la Loi n° 2004-801 du 6 août 2004 de la commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL), relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel. En particulier, j'ai noté que je pourrais exercer, à tout moment, un droit d'accès et de rectification de mes données personnelles, en m'adressant auprès de l'investigateur qui me suit.

Je suis informé(e) que mes données pourront être utilisées pour des études ultérieures, dans le respect de ma personne et de mon anonymat.

Je serai informé(e) de toute nouvelle information durant l'étude, susceptible de modifier ma décision quant à ma participation à celle-ci. Je serai informé(e) des résultats globaux de l'étude, à l'issue de celle-ci, à ma demande.

Je conserve un exemplaire de la note d'information et du présent formulaire de consentement.

Vous pouvez exprimer votre accord pour participer en signant le présent document. Votre consentement est révoquant à tout moment.

<i>Partie à remplir par le participant</i>	<i>Partie à remplir par le médecin investigateur</i>
Nom et Prénom du participant :	Nom et Prénom du médecin :
Date de naissance : ____/____/____	
Signature	Signature
Date de signature : ____/____/20____	Date de signature : ____/____/20____

E. Exemples d'entretiens

Nous proposons un court extrait de plusieurs entretiens afin de mieux comprendre comment se déroulent ceux-ci et ce qu'il s'y raconte, tout en préservant l'anonymat des personnes interrogées.

Les noms des praticiens et des villes ont été modifiés. Les citations commencent par

l'interlocuteur : C. pour chercheur R. pour réanimateur, O. pour oncologue, H. pour hématologue.

Entretien 2

Donc ça c'était un versant extrême puis de l'autre côté on a eu très récemment là une situation inverse qui m'a choquée aussi. Bon il y a que les situations qui choquent dont on se rappelle :

C. Bien sûr, bien sûr

O. Un patient de 50 ans trophiquement bien, on voyait que c'était un costaud, qui arrive avec un cancer du poumon à petites cellules donc d'évolution réputée rapide.

C. Mmm mm

O. A développement médiastinal, compressif sur la trachée et les bronches souches.

Ce monsieur donc on l'avait tenu un pti peu à bout de bras tout le week-end en disant : il va falloir lui mettre une prothèse trachéo-bronchique mais on l'a « bombardé » entre guillemets de corticoïdes et d'anticoagulants parce qu'il avait un syndrome cave supérieur aussi. Pour le faire tenir tout le weekend et lui poser sa prothèse le lundi. Et je crois que c'est le lendemain, notre intention bien sûr était d'avoir tout de suite un projet thérapeutique parce que ce n'est pas la peine de mettre une prothèse si c'est pour ne pas avoir de projet thérapeutique. Donc le projet c'était de faire une chimiothérapie très rapidement et donc le monsieur n'a pas tenu il a fallu qu'il aille en réa donc il est allé en réa il a été intubé et puis au moment où il devait être extubé il tenait pas bien et à ce moment-là le réanimateur a téléphoné en disant bon ben on laisse tombé hein on laisse tombé l'affaire, c'est plus la peine c'est foutu. Alors que c'est un monsieur qui n'avait encore pas reçu de traitement qui était arrivé sur ses pieds donc ça, ça nous a effectivement choqué. Donc il a fallu se battre vraiment avec lui pour qu'il accepte de le réintuber.

C. Ok.

O. de faire la chimio en réa et puis finalement le monsieur s'en est sorti.

C. D'accord.

O. Mais voilà. Ca a été compliqué et on déteste quand on nous dit : mais vous savez votre malade c'est fini on ne vous le réintubera pas on ne vous le reprendra pas et là nous on est très démuni parce qu'on ne peut pas faire les choses à leur place et puis il ne veulent pas entendre alors ils nous disent quelquefois mais on veut pas le réanimer si vous nous promettez pas qu'il a au moins un an devant lui. Hé ben si c'est votre père et qu'on vous dit voilà si on fait une chimiothérapie et qu'il est répondeur il aura un an devant lui, peut-être beaucoup plus et s'il est pas répondeur effectivement dans 2 mois il est mort mais quand c'est quelqu'un auquel on tient ben on a envie de faire mais ça non ils résonnent jamais comme ça les réanimateurs ils se mettent jamais dans la situation ou le malade qu'il faut intuber ca pourrait être leur père. Je pense que ça serait bien qu'ils le fassent.

C. Si je résume un petit peu c'est le fait qu'il y a ou peut être qu'en tout cas eux ont des questions qui vous ne semblent pas adaptées à ce que vous aviez en tête

O. Ah ben oui : des questions de survie euh.. ils nous .. est-ce qu'il va vivre encore au moins 3,4 ans, est-ce que vous pouvez nous le promettre ? Ben non ! On a pas testé la chimiosensibilité de la tumeur, en général une petite cellule c'est très chimio sensible c'est 70 80% au moins minimum donc eux ca vaut le coup d'essayer après qui n'essaie rien ne gagne jamais et ça ils n'ont pas trop envie de jouer là-dessus.

C. On parlait un peu de situations extrêmes qui sont intéressantes effectivement est-ce que vous avez d'autres exemples de moment où ça se passe bien ? Pour essayer de voir ce qu'il pourrait y avoir de différent ?

Je ne sais pas exactement quelle est votre pratique : peut-être que vous êtes moins dans la gestion des patients critiques au service et c'est peut-être plus sur les astreintes que vous êtes appelées

O. Oui. Oui oui. Puis on pousse jamais à la réanimation. Nous on freine plutôt à la réanimation des patients qui sont euh... qui ont déjà reçu plusieurs lignes thérapeutiques. D'une façon générale les seniors comme moi sommes beaucoup plus raisonnables *sourire entendu échangé*

sur les ... comment dire ... les espoirs qu'on peut mettre dans telle ou telle thérapeutique. Et nous on freine quand même assez la réanimation de tous les patients qui ont déjà reçu plusieurs lignes thérapeutiques parce qu'on sait très bien que là les chances s'amenuisent. Par contre on pousse un peu oui pour les gens qu'on pas été traités pour lesquels on a un vrai projet. On va pas pousser si il s'agit d'une primo découverte et qu'on sait d'avance que le patient a un état général incompatible avec un projet thérapeutique donc dans ce cas-là on va pas pousser non plus. Nous on a deux situations très fréquentes en pneumo, très fréquentes, dans lesquelles on dit non à la réa : C'est un patient qu'arrive avec un stade déjà métastatique, un statut OMS 3 pour lequel on pourra pas faire de la chimio ben bien sûr que si y fait une détresse on va pas l'envoyer en réa

C. mmmh mmmh

O. et puis la deuxième situation c'est le malade déjà plusieurs fois traité, en échappement, pas raisonnable de faire quoi que ce soit.

C. du coup si je reprends un peu, ce que vous dites c'est que vous êtes un peu légitime quand vous appelez la réanimation

O. Ah ben oui ! *avec une exclamation manifeste* C'est exactement le mot

C. Vous avez déjà réfléchi à ça et ça vous avez du mal à le faire entendre ?

O. Eh oui !

Et quand c'est un senior qui appelle en disant ben voilà on aimerait bien que vous preniez ce malade parce que celui là on y croit ils nous envoient balader. Alors qu'on a fait des sacrés tris avant pour d'autre malades.

C. j'entends tout à fait.

C. Et du coup qu'est-ce que vous attendriez idéalement du réanimateur quand vous l'appelez pour cette demande Euh... légitime ?

O. Ben c'est vrai qu'ils ont l'impression d'être pris pour des prestataires de services, Tu me l'intubes, tu me fais tes truc, ta ventil', tes antibios et puis tu nous le rends quand il va mieux qu'on puisse...

C. *Hoche la tête*

O. Voilà. C'est ça on les prend pour des prestataires de services. Ils ont pas participé avant au cheminement diagnostic, au bilan, et euh voilà. Au staff. *pause*

Mais euh ils ne peuvent pas non plus être partout hein

C. tout à fait puis j'imagine et vous me dites si je me trompe que pour ces patients c'est pas toujours possible d'anticiper le fait qu'ils vont aller moins bien

O. Exactement. Oui.

Entretien 3

R. Donc la deuxième histoire c'est ce patient.

C. oui.

R. d'oncologie justement pour enchaîner et là donc du coup en fait l'oncologue il se retrouve devant un dossier qui a probablement été complètement négligé, avec un patient qui n'a pas été consulter aux premiers signes quoi. Il avait maigri, il avait une constipation chronique le dossier a un peu trainé déjà en externe, je veux dire en consultation externe avec le médecin traitant. Après le dossier à trainé donc dans l'hôpital où il était hospitalisé avec un diagnostic qui aurait pu être fait il y a un mois, une chimiothérapie qui a pas été entreprise avec un cancer qui a évolué et qui au stade presque de syndrome de fuite capillaire sur une tumeur solide avec déjà une carcinose péritonéale et déjà une lymphangite pulmonaire.

C. mmh mmh

R. Donc moi d'emblée quand je suis appelée pour ce patient je suis pas en accord pour une prise en charge au service parce que clairement on nous appelle pour une détresse respiratoire aiguë chez un patient pour lequel une lymphangite pulmonaire est identifiée et pour moi ça fait partie des seuls critères de non admission des patients en réanimation.

Alors après les arguments avancé par le Dr , c'était le Dr T ils étaient aussi entendables c'est-à-dire que après, une fois que l'on regarde le scanner la détresse respiratoire elle est pour partie, en grande partie encore due à un épanchement pleural bilatéral assez important pour lequel on pouvait attendre quelques bénéfices aux patients pour un drainage et pour... Voilà on l'a drainé il s'est quand même amélioré on a apporté un bénéfice au patient tout en sachant que c'était une prise en charge qui aurait pu être faite en service de pneumologie.

C. D'accord. Est-ce que tu peux me raconter un peu plus comment ça s'est passé au moment où il t'appelle pour ce patient ou il discute, comment tu t'es sentie ?

R. Ben j'étais ... *hésite* moi je me suis sentie un petit peu énervé après moi j'ai compris que en fait lui c'était le deuxième dossier qu'il avait dans le mois du même hôpital avec un patient qui avait été mal pris en charge, clairement avec un gros retard thérapeutique et que je pense qu'il était un peu dépité par le dossier et qu'il voulait quand même faire quelque trucs pour le patient quoi.

C. D'accord. Est-ce que tu penses que le statut de PU ça change quelque chose ?

R. Oui, bien sûr oui, je pense que dans l'interaction effectivement je serais moins rude avec un professeur qu'avec un autre PH. Mais par contre quand même je me suis bien exprimée par rapport voilà à son dossier, quand même.

C. Quand tu dis que tu t'es bien exprimée...

R. Par contre quand il me dit que c'est un pronostic, que ce patient a un pronostic vital à 20 mois en médiane, je le crois pas.

C. D'accord.

R. parce que le patient il a quand même un lâcher de ballon pulmonaire, une lymphangite carcinomateuse au niveau pulmonaire et une carcinose péritonéale.

C. mmh. Tu dis que tu t'es bien exprimé : qu'est-ce que tu veux dire par là ?

R. parce que je lui dis clairement que pour moi une lymphangite carcinomateuse pulmonaire sur un patient qui présente une détresse respiratoire aiguë avec une lymphangite carcinomateuse sur

une tumeur solide c'était ça faisait partie des critères de non admission en réanimation. Après effectivement il avait pas eu de traitement, il y avait plusieurs choses : il avait pas eu de traitement il avait l'épanchement pleural qui se surajoutait donc on pouvait faire quelque chose quoi. Après euh c'est plus les pneumologues habituellement qui prennent en charge ces patients que nous parce que là de toute façon pour ce type de patient clairement le patient il était limité à une défaillance monoviscérale. On serait pas allé sur une intention thérapeutique sur une défaillance polyviscérale mais ça a été dit avec l'oncologue d'emblée.

C. et euh.. mmmh dans l'interaction et la discussion que vous avez eu tu parles de lymphangite et de critères : est-ce que tu as l'impression que cette discussion elle a été vraiment sur des critères pronostic ou il y a quelque chose de l'ordre de l'intuition ou du pas... et comment est-ce que ça se transmet et ça se prend ,

R. Moi je pense qu'il était un peu, qu'il a été un peu désarmé par le fait que ce soit le deuxième patient qu'il recevait dans le mois qui avait eu un retard thérapeutique, une mauvaise. Euh je pense que clairement ça a influé sur cette décision de l'admettre en réanimation. Parce que il était un peu.. oui il était...

C. quand tu parles d'arguments entendables qu'est-ce que tu veux dire par là ?

R. Ce qui est entendable c'est qu'il a raison sur le fait que la détresse respiratoire aiguë n'est pas seulement en lien avec la lymphangite carcinomateuse et qu'il a deux épanchements pleuraux bilatéraux de moyenne voire grande abondance qui effectivement expliquent pour grande partie la détresse respiratoire. Sur cet argument là il a raison, sur l'argument qu'il a pas eu de chimiothérapie je lui accorde tout à fait moi ce que je lui reproche c'est une médiane de vie qu'il m'estime à 20 mois.

C. ouais.

R. C'est ça que je lui reproche. C'est pas le reste.

C. Oui Et comment tu expliques ça, ce fait qu'il donne cette information qui toi te paraît pas juste.

R. Parce que c'est une médiane de survie qui est calculé sur des patients qui sont pas admis d'emblée en réanimation et voilà et que c'est clair qu'une médiane de survie sur des patients en carcinose mais qui ont pas en plus une syndrome de fuite capillaire associée.

Avec une lymphangite carcinomateuse au niveau pulmonaire.

Donc à un moment il me ment et je sais qu'il me ment.

C. Et pour.... pour quelle raison selon toi il rentre dans cette démarche qui est probablement pas consciente.

R. en tout cas moi je trouve que c'est pas honnête de sa part et moi je pense qu'il rentre dans cette démarche parce que il est euh ... il est.... Quelque part ouais je pense que inconsciemment il est quand même dégouté de cette prise en charge et du coup c'est ressorti comme ça moi je l'ai analysée comme ça la situation.

C. Ok je comprends. De manière plus générale qu'est-ce que vous attendez des oncologues ou des hématologues si c'est différent.

R. alors les oncologues on avait commencé à créer un lien avec l'oncologie sauf que du coup je sais pas si t'es informé mais quand même l'équipe d'oncologie a un peu il y avait le DR S qui commençait à se mettre dedans et tout ça mais qui est parti donc ça c'est dommage. Après faut qu'on ait des orateurs et des interactions fixes. Moi le reproche qu'on peut me faire c'est que suite à la RMM on avait bien discuté après j'ai pas trop relancé l'équipe d'oncologie je me suis pas réadressé au Pr W alors que ça avait changé et que le MCUPH est quand même bien motivé pour qu'on ait des interactions avec la réanimation. J'avais demandé qu'on identifie quelqu'un tu vois c'est les suite de la RMM qu'on pas été bien faite. Parce que j'avais demandé qu'on identifie un référent onco pour qu'on puisse justement travailler avec un référent onco avec la réa. Tu vois on sait que chaque patient a un référent mais il faudrait un référent onco qui travaille avec la réa pour qu'on parle pareil mais ce qui a pas été. Pour moi ma difficulté avec les RMM c'est de mettre en place ce qu'on dit pendant les réunions mais ce qui est important c'est que les équipes elles discutent, elles parlent mais après faut appliquer les trucs quoi.

c. Pourquoi c'est important que les équipes discutent et parlent ?

R. parce qu'après justement on peut comprendre l'incompréhension en tout cas on peut essayer de décrire l'incompréhension entre les 2 équipes et voir les petits points qu'on peut améliorer.

C. D'accord

Entretien 7

C. Est-ce qu'il y a des réanimateurs présents dans vos réunions d'équipes, dans vos RCP, dans vos staffs de service ?

H. Non, non.

De temps en temps si quand on a des réunions sur un thème sur voilà, là récemment on a eu un truc sur les infections fongiques, ben ils étaient là aussi mais pas au quotidien, il n'y a pas vraiment d'interactions systématiques.

C. Ok. ... *Silence* Est-ce que vous avez parfois des internes de réanimation qui viennent faire de l'hémato ?

H. Non ça ne m'est jamais arrivé.

C. Par contre dans l'autre sens ça se fait systématiquement c'est ça ?

H. oui, enfin maintenant je crois que les nouvelles maquettes de l'internat les obligent à passer en réa. Avant c'était fortement conseillé donc nous on faisait minimum un semestre en réa en tant qu'interne.

C. est-ce que le fait d'avoir des internes dans le service de réanimation ça vous apporte quelque chose, une forme de relais par exemple ?

H. Oui, complètement. Souvent c'est eux qui s'occupent des gens en réanimation. Mais ouais en général que ce soit les internes d'hémato en réa ou d'autres internes ça se passe bien mais c'est vrai que c'est plus facile, de parler du patient, quand il y a un hématologue qui est en réa.

C. est-ce que vous auriez en tête des concepts qui seraient plus difficile à communiquer ou discuter avec des réanimateurs

H. Non pas spécialement... Ou vraiment la spécificité de la pathologie hémato. Parfois c'est un peu... entre un lymphome agressif ou indolent ou ce n'est pas tout à fait... disons qu'on va dire que les nuances de pronostic d'hémato ce n'est peut-être pas tellement compris par les réas mais à part ça.

Entretien 8

C. Et du coup les arguments avec les réa, sur quoi porte la conversation, qu'est-ce qui te semble important pour eux ? qu'est-ce qu'ils te demandent régulièrement ou qu'est-ce qu'ils attendent ? et inversement qu'est ce qui est important pour toi ?

C. Le pronostic *sans hésitation* Eux c'est leur première question. C'est combien de temps ce monsieur peut encore vivre ? C'est très compliqué pour un oncologue de donner un pronostic. C'est extrêmement compliqué.

Ils nous demandent les comorbidités. Est-ce qu'on peut... ? ben ma mamie de 82 ans évidemment elle était obèse, hypertendue, diabétique de type 2 elle avait plein de comorbidités qui font qu'elle serait d'ailleurs morte d'autre chose que son cancer. Donc les comorbidités. L'âge c'est évidemment un critère mais pas que pour les patients cancéro. Les réanimateurs j'imagine qu'ils tiquent sur l'âge pour tout patient. 88 ans en plus quand t'as un cancer ben oui. Mais en même temps si t'étais OMS 0 puis que tu t'occupais de tes petits enfants une semaine avant ben t'as envie quand même de l'envoyer en réa. En tout cas moi personnellement oui.

Donc c'est voilà c'est les comorbidités c'est l'âge. et puis le projet derrière. Si le patient il vit en ehpad tout seul qu'il n'a pas de famille. On aborde rarement les directives anticipées. C'est dommage parce que c'est d'abord ce qu'on devrait toujours se poser comme questions. Qu'est ce que le patient il voulait ? On se rend compte que très souvent on les a pas.

C. oui.

O. parce que le moment où on est dans la situation aiguë qu'on se dit mince on a pas de directives on sait pas si le patient il veut être intubé. Donc ça ben on part du principe que oui il voulait l'être et après on discute avec la famille.

C. et du coup tu évoques le fait que par exemple dans un contexte particulier très entourée avec des petits enfants etc. même si sur des éléments de pronostique c'est peut être pas optimal t'a quand même envie de proposer quelque chose qui soit pas dans un objectif curatif. Est-ce que ça t'arrive à le transmettre à des réanimateurs. Est-ce qu'il y a des réanimateurs avec lesquels ça se passe mieux que d'autre, avec qui t'arrive à discuter de ça ?

O. Oui il y en a clairement avec qui ça se passe mieux que d'autres notamment une qui est en partagé avec la réa et les soins palliatifs.

C. D'accord

O. Donc là il y a clairement des vraies discussions et elle est hyper hyper ouverte à ce genre de discussions, à ces détails-là qui sont pas des détails mais plus que d'autres qui sont très techniques, pronostiques, on veut des chiffres, combien de mois, combien de semaines.

C. Et c'est de ce que j'entends c'est plus agréable pour vous d'avoir quelqu'un avec qui tu peux parler de ces détails-là ?

O. Bien sûr.

C. Vous utilisez aussi j'imagine des fiches ou des éléments papier pour voir un petit peu ce qu'il en est, ou discuter de ... je sais qu'en onco-pneumo ils utilisent les grilles de l'IGR dont parfois ils se servent pour discuter. Est-ce que c'est en amont, est-ce que c'est avec les réas ? Pas spécialement ?

O. en pratique non on ne les utilise pas.

C. Vous les avez dans un coin de la tête au moment de réfléchir ?

O. Oui. Puis c'est vraiment du cas par cas je suis même pas sûr qu'on puisse vraiment appliquer ces grilles. Je sais même pas si je les ai déjà vu en fait.

C. D'accord. Vous faites au cas par cas.

O. en tout cas nous on les utilise pas. Et on annonce tout par téléphone. Le réanimateur vient le voir et voilà ça suffit pour prendre une décision.

C. Est-ce que tu peux me raconter un peu comment ça se passe dans l'anticipation ? Parce que j'imagine que vous déjà quand le patient commence à aller moins bien que c'est pas aussi brutal que la dame avec le Glasgow 4 vous discutez entre vous oncologues de ce que vous allez faire et ensuite comme tu le disais assez bien avant il y a toujours un moment un petit peu d'urgence

O. oui

C. Comment vous anticipez ça dans la discussion avec les réas ?

O. alors moi je bosse en hospitalisation donc j'ai les patients hospitalisés au long cours. A chaque entrée de patient on le statue en fonction : est-ce que c'est un patient réanimatoire, est-ce que c'est un patient palliatif et entre les deux on a le réa-palliatif. ca fait beaucoup rire les réanimateurs.

C. Pourquoi ?

O. Parce que pour eux c'est soit réa soit pallia ca peut pas être les deux.

C. D'accord.

O. alors que pour nous si c'est très clair pour nous.

C. Qu'est ce que vous entendez par ce terme de réa pallia.

O. C'est quand un patient qui a un cancer métastatique, qui est chez nous pour une complication liée à sa chimio, qui a un pronostic de 6 mois donc qui reste effroyable et qui vient chez nous et pendant son hospit il fait un choc septique. Bah soit on l'intube soit on l'intube pas.

Réa : on intube on se pose pas la question

Palliatif : on met même pas d'antibio on le remplit même pas

et Réa palliatif : hé ben on fait tout ce qu'on peut en chambre, on demande un avis réa.

Clairement on demande un avis et puis c'est un petit peu en fonction de la défaillance viscérale qu'on va avoir au moment du choc, de l'épisode aiguë, qu'on poussera ou pas jusqu'à l'intubation.

Globalement réa pallia c'est qu'on fait tout ce qu'on peut en chambre mais on le descend pas et on l'intube pas.

C. ok

O. C'est un petit ça la règle. Ca c'est quelque chose qui est normalement discuté en amont avec les patients. Et comme je te disais les directives anticipées on se rend compte qu'on les a jamais dans les dossiers. Donc c'est avec la famille parfois, quand on sent que c'est... alors le choc septique en principe on le voit quand même quelques heures avant. Bien sûr il chute sa tension, il chauffe, on est inquiet. On appelle la famille en disant ben on est inquiet. On va faire tout ce qu'on peut ici mais peut être que ça ne tournera pas bien et en fait on se rend compte c'est très souvent la famille ou les patients eux-mêmes qui disent si ça tourne pas bien je veux pas devenir un légume et et je veux pas être branché de partout.

C. Ok

O. Mais c'est dommage qu'il faille attendre un moment critique aigu pour avoir ces discussions là avec la famille, on devrait clairement l'avoir avant.

C. et qu'est ce qui fait que c'est difficile de l'avoir avant c'est une question de temps, de difficulté à aborder le sujet ?

O. je pense difficulté à aborder le sujet. Moi les patients ce sont pas mes patients à moi je les ai en hospit de façon ponctuelle. Ce sont des questions à aborder avec les oncologues référents clairement. Et c'est oui je pense qu'on est pas à l'aise avec ça. C'est des patients qu'on voit toutes les semaines, tous les 15j pour les chimio ben ouais je pense qu'on est pas très bon pour ça.

Entretien 11

R. Non, parce que j'ai fait un internat d'AR. Je n'ai pas fait de hors filière en spécialité médicale.

C. Est-ce qu'à un moment tu as eu l'impression que ça pouvait te manquer ?

R. Oui

C. De quelle manière ?

R. Alors sur l'hématologie je pense que ça m'a manqué surtout sur l'oncohémato, parce que ça demande de fournir un travail non négligeable quand on a ce type de patient avec une pathologie oncohématologique. Après en onco je pense que j'ai un peu... j'étais passé en tant qu'externe, j'avais pas mal appréhendé les choses de ce côté là. Je me sens un peu moins en défaut en onco mais c'est vrai que l'oncohémato c'est spécifique. Il y beaucoup de nouvelles thérapies qui changent et on est pas forcément au vent. de tout ce qui se fait et des dernières thérapeutiques et de l'impact sur le pronostic des patients.

R. Après sur l'oncologie solide ce sont les nouvelles thérapies, enfin on fait 100% confiance à notre correspondant d'oncologie mais on est pas très à l'aise. Enfin je ne suis pas très à l'aise.

C. Oui je comprends. Et qu'est-ce qui fait que tu n'est pas très à l'aise. Est-ce que c'est le fait de devoir faire 100% confiance à quelqu'un et de se laisser guider par quelqu'un d'autre ?

R. En fait ça dépend des gens. Ce qu'il ya c'est que quand tu sais que c'est quelqu'un en qui tu as confiance ou des échanges antérieurs ont été fiables, fidèles, quand t'as discuté du pronostic du patient ou on te dit : clairement voilà le pronostic il est pas bon mais je pense que ça, ça et ça. ou alors que le pronostic est bon et que tu te sens en confiance avec cette personne je trouve qu'il n'y a pas trop de difficulté. Mais par contre si tu as l'impression que la personne en face, la dernière fois que tu as eu à faire à elle tu as eu l'impression qu'elle n'était pas tout à fait honnête, ça peut arriver, on va pas se mentir, tu trouves que t'es pas en confiance et s'en remettre en qui t'as pas forcément confiance eh ben c'est difficile ca demande de chercher par ailleurs mais parfois il est 3h du mat' et tu dois admettre un patient.

C. Et comment elle se construit cette confiance ?

R. Ben je pense elle est surtout basée sur le sentiment qu'on nous a dit la vérité. Moi ça me dérange pas, si je pense que le patient a un pronostic sur le plan carcinologique moyennement bon mais sur le plan de la réanimation un problème aiguë potentiellement réversible rapidement. Si l'oncologue me dit écoute le pronostic du patient sur le plan oncologique il est pas bon,

clairement il a tant de mois devant lui au moins je sais à quoi m'en tenir. S'il me dit le pronostic il est bon mais que finalement quand on rediscute une dizaine de jours après, que le patient est toujours en réa, avec plusieurs défaillances d'organes et que là il dit « non mais tu sais il est en 5ème ligne, on va pas s'en sortir, tu vois » je me sens pas en confiance.

C. J'entends.

R. C'est la variabilité du discours dans le temps qui fait qu'on peut se sentir ou pas en confiance et souvent on nous enjolive un peu les choses, ça arrive. Moi ça me correspond pas je me sens pas en confiance avec quelqu'un qui me dit qu'un patient avec un cancer métastatique en 3ème ligne qui progresse sous chimiothérapie a un bon pronostic.

C. oui.

R. Alors j'estime que j'ai pas les compétences pour avoir un avis 100% fiable, mais quand même. Ca ça me gêne.

C. T'as quand même une expérience aussi dans la prise en charge de ces patients !

C. Et qu'est-ce qui fait que certaines personnes vont avoir un discours qui change dans le temps, comment est-ce que tu te l'expliques.

R. Je ne sais pas. Je ne sais pas si c'est lié au fait que c'est pas forcément le praticien en charge du patient en garde au milieu de la nuit ou lié au fait qu'il n'y a pas eu de discussions sur l'engagement thérapeutique sur ces patients chez fait et que donc de fait eux ils se disent qu'on peut pas mettre de limite, au milieu de la nuit sans avoir une discussion concertée, ce que je peux entendre aussi.

Je ne sais pas, mais c'est vrai que j'ai déjà eu des situations et des fluctuations comme ça ou on se sent pas trop en confiance, j'ai parfois du mal à adhérer au projet initialement. Après quand il y a un doute on prend toujours les patients.

C. Et comment c'est organisé à Mulhouse, le travail avec les oncologues : comment ça fonctionne en principe l'organisation de cette collaboration ?

R. alors moi j'ai un recul de 1 an et demi, sincèrement on a moins de relation avec les oncologues parce qu'on a surtout des relations avec les pneumologues qui font de l'oncologie.

c. D'accord

R. ou les gynécologues qui font de l'oncologie. Ou alors quelque fois des relations avec les oncologues mais c'est pas là que j'ai le plus d'expérience.

Alors souvent on est sollicité en journée quand ils ont un patient dans leur service qui est en défaillance d'organe, souvent respiratoire et qui nous appelle en nous disant voilà j'ai un patient qui a tel antécédent, telle pathologique néoplasique, on en est à tel stade, il a tel pronostic je pense qu'il faut le réanimer. Donc ça c'est finalement une situation qui est souvent confortable parce qu'on arrive à discuter vraiment. L'autre situation c'est l'interne de garde des étages qui appelle, donc qui connaît pas les patients et qui dit qu'il a un patient en détresse respi, qu'il faut le prendre en réa, qu'il a appelé le médecin d'astreinte du service et qu'ils ont dit qu'il fallait tout faire. Ça c'est la deuxième situation moins confortable.

Et la troisième situation elle est à peu près superposable mais aux urgences. C'est à dire qu'on un patient en choc septique, j'ai appelé le pneumologue, il faut tout faire, il faut le mettre en réa.

C. D'accord

R. et là c'est quand il y a des intermédiaires que c'est un peu moins confortable en terme de communication.

C. Des internes ou des intermédiaires qui connaissent pas bien le malade, c'est ça que tu veux dire ?

R. Interne ou urgentiste, parce que je pense que dans ces situations, quand le médecin sénior qui s'occupe d'oncologie a le patient sous les yeux, quand c'est son patient et qu'il le connaît je suis pas sur que ce soit là qu'il y a le plus de souci, je pense que c'est quand ils connaissent pas le patient ou que c'est des modes de fonctionnement dégradé, sur les gardes ou les astreintes et qu'il y a un intervenant extérieur autre sur le début de la prise en charge.

C. Et est-ce qu'il vous arrive vous de contacter les oncologues quand vous avez des patients atteints de cancer dans le service ?

C'est peut-être moins fréquent en CH périphérique de faire de diagnostic de cancer en réa ?

R. oui on appelle.

C. Vous appelez quelqu'un en particulier ?

R. euh... Non on a plus notre réseau. Moi après à titre personnel j'ai pas suffisamment de réseau en oncologie et en gynécologie et je crois que je pense que si j'y suis confronté je saurais qui j'appelle. Et en pneumologie, on appelle quand même notre réseau.

C. D'accord

8. Bibliographie

1. Décret n°2002-465 du 5 avril 2002 relatif aux établissements de santé publics et privés pratiquant la réanimation et modifiant le code de la santé publique (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat). 2002-465 avril, 2002.
2. Vincent J-L, Lefrant J-Y, Kotfis K, Nanchal R, Martin-Loeches I, Wittebole X, et al. Comparison of European ICU patients in 2012 (ICON) versus 2002 (SOAP). *Intensive Care Med.* 1 mars 2018;44(3):337-44.
3. Marx E, Reich M. Croyances, idées reçues et représentations de la maladie cancéreuse. *Psycho-Oncol.* sept 2009;3(3):129-30.
4. Soares M, Bozza FA, Azevedo LCP, Silva UVA, Corrêa TD, Colombari F, et al. Effects of Organizational Characteristics on Outcomes and Resource Use in Patients With Cancer Admitted to Intensive Care Units. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol.* 20 sept 2016;34(27):3315-24.
5. Benoit DD, Soares M, Azoulay E. Has survival increased in cancer patients admitted to the ICU? We are not sure. *Intensive Care Med.* 1 oct 2014;40(10):1576-9.
6. Hanahan D, Weinberg RA. Hallmarks of Cancer: The Next Generation. *Cell.* mars 2011;144(5):646-74.
7. Zhou C, Wu Y-L, Chen G, Feng J, Liu X-Q, Wang C, et al. Erlotinib versus chemotherapy as first-line treatment for patients with advanced EGFR mutation-positive non-small-cell lung cancer (OPTIMAL, CTONG-0802): a multicentre, open-label, randomised, phase 3 study. *Lancet Oncol.* 1 août 2011;12(8):735-42.
8. Robert C, Thomas L, Bondarenko I, O'Day S, Weber J, Garbe C, et al. Ipilimumab plus Dacarbazine for Previously Untreated Metastatic Melanoma. *N Engl J Med.* 30 juin

2011;364(26):2517-26.

9. Schadendorf D, Hodi FS, Robert C, Weber JS, Margolin K, Hamid O, et al. Pooled Analysis of Long-Term Survival Data From Phase II and Phase III Trials of Ipilimumab in Unresectable or Metastatic Melanoma. *J Clin Oncol*. 10 juin 2015;33(17):1889-94.
10. Ostermann M, Ferrando-Vivas P, Gore C, Power S, Harrison D. Characteristics and Outcome of Cancer Patients Admitted to the ICU in England, Wales, and Northern Ireland and National Trends Between 1997 and 2013*. *Crit Care Med*. oct 2017;45(10):1668.
11. Taccone F, Artigas AA, Sprung CL, Moreno R, Sakr Y, Vincent J-L. Characteristics and outcomes of cancer patients in European ICUs. *Crit Care*. 2009;13(1):R15.
12. Vliet M van, Verburg IWM, Boogaard M van den, Keizer NF de, Peek N, Blijlevens NMA, et al. Trends in admission prevalence, illness severity and survival of haematological patients treated in Dutch intensive care units. *Intensive Care Med*. 1 sept 2014;40(9):1275-84.
13. Darmon M, Bourmaud A, Georges Q, Soares M, Jeon K, Oeyen S, et al. Changes in critically ill cancer patients' short-term outcome over the last decades: results of systematic review with meta-analysis on individual data. *Intensive Care Med*. juill 2019;45(7):977-87.
14. Azoulay E, Mokart D, Pene F, Lambert J, Kouatchet A, Mayaux J, et al. Outcomes of Critically Ill Patients With Hematologic Malignancies: Prospective Multicenter Data From France and Belgium--A Groupe de Recherche Respiratoire en Reanimation Onco-Hematologique Study. *J Clin Oncol*. 1 août 2013;31(22):2810-8.
15. Soares M, Caruso P, Silva E, Teles JMM, Lobo SMA, Friedman G, et al. Characteristics and outcomes of patients with cancer requiring admission to intensive care units: A prospective multicenter study*. *Crit Care Med*. janv 2010;38(1):9-15.
16. Azoulay E, Moreau D, Alberti C, Leleu G, Adrie C, Barboteu M, et al. Predictors of short-term mortality in critically ill patients with solid malignancies. *Intensive Care Med*. déc 2000;26(12):1817-23.
17. Soares M, Toffart A-C, Timsit J-F, Burghi G, Irrazabal C, Pattison N, et al. Intensive care

in patients with lung cancer: a multinational study. *Ann Oncol.* 1 sept 2014;25(9):1829-35.

18. Zafra M, Carrillo A, Vicente MA, Sánchez Cánovas M, Ivars Rubio A, Ballester Navarro I, et al. Long-term survival and performance status of cancer patients after discharge from ICU (intensive care unit). *J Clin Oncol.* 20 mai 2018;36(15_suppl):e18744-e18744.

19. Oeyen SG, Benoit DD, Annemans L, Depuydt PO, Van Belle SJ, Troisi RI, et al. Long-term outcomes and quality of life in critically ill patients with hematological or solid malignancies: a single center study. *Intensive Care Med.* mai 2013;39(5):889-98.

20. Blanch L, Abillama FF, Amin P, Christian M, Joynt GM, Myburgh J, et al. Triage decisions for ICU admission: Report from the Task Force of the World Federation of Societies of Intensive and Critical Care Medicine. *J Crit Care.* décembre 2016;36:301-5.

21. Azoulay E, Pochard F, Chevret S, Vinsonneau C, Garrouste M, Cohen Y, et al. Compliance with triage to intensive care recommendations. *Crit Care Med.* nov 2001;29(11):2132-6.

22. Thiery G. Outcome of Cancer Patients Considered for Intensive Care Unit Admission: A Hospital-Wide Prospective Study. *J Clin Oncol.* 1 juill 2005;23(19):4406-13.

23. Société de réanimation de langue. Limitation et arrêt des traitements en réanimation adulte. Actualisation des recommandations de la Société de réanimation de langue française. *Réanimation.* déc 2010;19(8):679-98.

24. Mokart D, Pastores SM, Darmon M. Has survival increased in cancer patients admitted to the ICU? Yes. *Intensive Care Med.* 1 oct 2014;40(10):1570-2.

25. Pène F, Salluh JIF, Staudinger T. Has survival increased in cancer patients admitted to the ICU? No. *Intensive Care Med.* 1 oct 2014;40(10):1573-5.

26. Azoulay E, Soares M, Darmon M, Benoit D, Pastores S, Afessa B. Intensive care of the cancer patient: recent achievements and remaining challenges. *Ann Intensive Care.* 2011;1(1):5.

27. Lecuyer L, Chevret S, Thiery G, Darmon M, Schlemmer B, Azoulay É. The ICU Trial: A

new admission policy for cancer patients requiring mechanical ventilation*: Crit Care Med. mars 2007;35(3):808-14.

28. Shrime MG, Ferket BS, Scott DJ, Lee J, Barragan-Bradford D, Pollard T, et al. Time-Limited Trials of Intensive Care for Critically Ill Patients With Cancer: How Long Is Long Enough? JAMA Oncol. 1 janv 2016;2(1):76-83.

29. Blot F., Chvetzoff G., Burnod A. Aide à la décision de transfert en réanimation d'un patient atteint de cancer [Internet]. 2015 [cité 8 janv 2017]. Disponible sur: <http://www.afsos.org/wp-content/uploads/2016/09/decisiontransfert-en-rea-j2r2015-copie.pdf>

30. Daydé M-C, Derniaux A, Favre N, Gautier S. L'interdisciplinarité en pratique. 2019.

31. Castel P. La gestion de l'incertitude médicale : approche collective et contrôle latéral en cancérologie, Managing medical uncertainty: collegiality and lateral control in oncology, El manejo de la incertidumbre médica : enfoque colectivo y control lateral en cancerología. Sci Soc Santé. 2008;26(1):9-32.

32. Kaufmann J-C (1948-). L'entretien compréhensif. 2011.

33. Suter E, Arndt J, Arthur N, Parboosingh J, Taylor E, Deutschlander S. Role understanding and effective communication as core competencies for collaborative practice. J Interprof Care. janv 2009;23(1):41-51.

34. Le Breton D (1953-). L'interactionnisme symbolique. 2016.

35. Bernoux P. La sociologie des organisations: initiation théorique suivie de douze cas pratiques. Paris: Éd. du Seuil; 2014.

36. Giacomini MK, Cook DJ. Users' guides to the medical literature: XXIII. Qualitative research in health care B. What are the results and how do they help me care for my patients? Evidence-Based Medicine Working Group. JAMA. 26 juill 2000;284(4):478-82.

37. Giacomini MK, Cook DJ. Users' guides to the medical literature: XXIII. Qualitative research in health care A. Are the results of the study valid? Evidence-Based Medicine Working Group. JAMA. 19 juill 2000;284(3):357-62.

38. Bouhassira D, Attal N, Alchaar H, Boureau F, Brochet B, Bruxelle J, et al. Comparison of pain syndromes associated with nervous or somatic lesions and development of a new neuropathic pain diagnostic questionnaire (DN4). *Pain*. 1 mars 2005;114(1):29-36.
39. Kivits J, Balard F, Fournier C, Winance M. *Les recherches qualitatives en santé*. Malakoff: Armand Colin; 2016.
40. Daneault S, Dion D, Sicotte C, Yelle L, Mongeau S, Lussier V, et al. Hope and Noncurative Chemotherapies: Which Affects the Other? *J Clin Oncol*. mai 2010;28(13):2310-3.
41. D'Amour D, Goulet L, Labadie J-F, Martín-Rodríguez LS, Pineault R. A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. *BMC Health Serv Res*. 21 sept 2008;8(1):188.
42. Hosie A, Agar M, Lobb E, Davidson PM, Phillips J. Palliative care nurses' recognition and assessment of patients with delirium symptoms: a qualitative study using critical incident technique. *Int J Nurs Stud*. oct 2014;51(10):1353-65.
43. Laurent A, Magalie B, Ansel D, Aubert L, Mellier D, Quenot J-P, et al. Les professionnels de réanimation à l'épreuve de la relation avec le patient. *L'Évolution Psychiatr*. 8 janv 2015;
44. Coenen-Huther J. La sociologie des sciences entre positivisme et sociologisme. *Rev Eur Sci Soc Eur J Soc Sci*. 1 août 2002;(XL-124):219-31.
45. Paillé P. L'analyse par théorisation ancrée. *Cah Rech Sociol*. 1994;(23):147.
46. Glaser BG, Strauss AL. *La découverte de la théorie ancrée: stratégies pour la recherche qualitative*. Paris: Armand Colin; 2012. (Individu et Société).
47. Paillé P (1958-). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. 2016.
48. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care*. 16 sept 2007;19(6):349-57.
49. Clark D. What is qualitative research and what can it contribute to palliative care? *Palliat Med*. 1 mars 1997;11(2):159-66.

50. Arborio A-M, Fournier, Pierre. L'observation directe - L'enquête et ses méthodes. Armand Colin; 2010. 128 p. (128 - Sociologie - Anthropologie).
51. Desclaux A. L'éthique médicale appliquée aux sciences humaines et sociales : pertinence, limites, enjeux, et ajustements nécessaires. *Bull Société Pathol Exot.* 2008;101(2):77-84.
52. Beaussant Y, Mathieu-Nicot F, Pazart L, Tournigand C, Daneault S, Cretin E, et al. Is shared decision-making vanishing at the end-of-life? A descriptive and qualitative study of advanced cancer patients' involvement in specific therapies decision-making. *BMC Palliat Care* [Internet]. déc 2015 [cité 17 févr 2016];14(1). Disponible sur: <http://www.biomedcentral.com/1472-684X/14/61>
53. Minvielle É. 1. Gérer et comprendre l'organisation des soins hospitaliers [Internet]. Presses de l'EHESP; 2000 [cité 2 oct 2019]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/professions-et-institutions-de-sante--9782859526184-page-115.htm>
54. Freidson E, Lyotard-May A. La profession médicale. Paris: Payot; 1984.
55. Strauss AL. La trame de la négociation: sociologie qualitative et interactionnisme. Paris: L'Harmattan; 1992.
56. Glare P, Virik K, Jones M, Hudson M, Eychmuller S, Simes J, et al. A systematic review of physicians' survival predictions in terminally ill cancer patients. *BMJ.* 26 juill 2003;327(7408):195-8.
57. Soares M, Salluh JIF, Torres VBL, Leal JVR, Spector N. Short- and Long-term Outcomes of Critically Ill Patients With Cancer and Prolonged ICU Length of Stay. *Chest.* sept 2008;134(3):520-6.
58. Ménoret M. Informer mais convaincre : incertitude médicale et rhétorique statistique en cancérologie. *Sci Soc Santé.* 2007;25(1):33-54.
59. Shrime MG, Ferket BS, Scott DJ, Lee J, Barragan-Bradford D, Pollard T, et al. Time-Limited Trials of Intensive Care for Critically Ill Patients With Cancer. *JAMA Oncol.* 1 janv 2016;2(1):76-83.

60. Zwarenstein M, Goldman J, Reeves S. Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2009 [cité 13 oct 2019];(3). Disponible sur: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD000072.pub2/abstract>
61. Rose L. Interprofessional collaboration in the ICU: how to define? *Nurs Crit Care*. 2011;16(1):5–10.
62. DICOM_Lisa.C, DICOM_Lisa.C. Le plan national « Soins Palliatifs 2015-2018 » [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2019 [cité 4 oct 2019]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/findevie/ameliorer-la-fin-de-vie-en-france/article/le-plan-national-soins-palliatifs-2015-2018>
63. Fassier T, Valour E, Colin C, Danet F. Who Am I to Decide Whether This Person Is to Die Today? Physicians' Life-or-Death Decisions for Elderly Critically Ill Patients at the Emergency Department–ICU Interface: A Qualitative Study. *Ann Emerg Med*. juill 2016;68(1):28-39.e3.
64. Odeniyi F, Nathanson PG, Schall TE, Walter JK. Communication Challenges of Oncologists and Intensivists Caring for Pediatric Oncology Patients: A Qualitative Study. *J Pain Symptom Manage*. déc 2017;54(6):909-15.
65. Quenot JP, Rigaud JP, Prin S, Barbar S, Pavon A, Hamet M, et al. Suffering among carers working in critical care can be reduced by an intensive communication strategy on end-of-life practices. *Intensive Care Med*. janv 2012;38(1):55-61.
66. Benoit DD, Jensen HI, Malmgren J, Metaxa V, Reyners AK, Darmon M, et al. Outcome in patients perceived as receiving excessive care across different ethical climates: a prospective study in 68 intensive care units in Europe and the USA. *Intensive Care Med*. 1 juill 2018;44(7):1039-49.
67. Piers RD, Azoulay E, Ricou B, Ganz FD, Max A, Michalsen A, et al. Inappropriate Care

in European ICUs: Confronting Views From Nurses and Junior and Senior Physicians. *CHEST*.

1 août 2014;146(2):267-75.

68. Moret L, Anthoine E, Gillet N, Fouquereau E, Colombat P. Organisation du travail, démarche participative et satisfaction des patients hospitalisés : une évaluation dans 47 services d'oncohématologie. *Psycho-Oncol*. 1 sept 2014;8(3):157-64.

69. Magnet M, Colombat P, Bauchetet C. Propositions concernant l'amélioration de l'organisation des soins en oncologie. *Oncologie*. 1 janv 2014;16(1):3-16.

70. Arborio A-M. L'observation directe en sociologie : quelques réflexions méthodologiques à propos de travaux de recherches sur le terrain hospitalier. *Rech Soins Infirm*. 2007;90(3):26.

71. Fainzang S. *La relation médecins-malades: information et mensonge*. P.U.F; 2015.

72. Prod'homme C, Jacquemin D, Touzet L, Aubry R, Daneault S, Knoops L. Barriers to end-of-life discussions among hematologists: A qualitative study. *Palliat Med*. 1 mai 2018;32(5):1021-9.

73. Butterfield LD, Borgen WA, Amundson NE, Maglio A-ST. Fifty years of the critical incident technique: 1954-2004 and beyond. *Qual Res*. 1 nov 2005;5(4):475-97.

74. Drapeau M. Les critères de scientificité en recherche qualitative. *Prat Psychol*. 1 mars 2004;10(1):79-86.

75. Sackett DL, Rosenberg WMC, Gray JAM, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ*. 13 janv 1996;312(7023):71-2.

**DECLARATION SUR L'HONNEUR**

Document avec signature originale devant être joint :

- à votre mémoire de D.E.S.

- à votre dossier de demande de soutenance de thèse

Nom : TRENSZ

Prénom : Philippe

Ayant été informé(e) qu'en m'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans mon propre mémoire de spécialité ou dans mon mémoire de thèse de docteur en médecine, je me rendrais coupable d'un délit de contrefaçon au sens de l'article L335-1 et suivants du code de la propriété intellectuelle et que ce délit était constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 23 décembre 1901 dite de répression des fraudes dans les examens et concours publics,

Ayant été avisé(e) que le président de l'université sera informé de cette tentative de fraude ou de plagiat, afin qu'il saisisse la juridiction disciplinaire compétente,

Ayant été informé(e) qu'en cas de plagiat, la soutenance du mémoire de spécialité et/ou de la thèse de médecine sera alors automatiquement annulée, dans l'attente de la décision que prendra la juridiction disciplinaire de l'université

J'atteste sur l'honneur

Ne pas avoir reproduit dans mes documents tout ou partie d'œuvre(s) déjà existante(s), à l'exception de quelques brèves citations dans le texte, mises entre guillemets et référencées dans la bibliographie de mon mémoire.

A écrire à la main : « J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète ».

J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète

Signature originale :

A STRASBOURG, le 10/10/2019

Photocopie de cette déclaration devant être annexée en dernière page de votre mémoire de D.E.S. ou de Thèse.

RESUME :

Introduction

La question de la réanimation des patients atteints de cancer est souvent pensée par le prisme du raisonnement médical. Quels sont les arguments médicaux pour évaluer, a priori, le bénéfice que peut tirer un patient donné d'une thérapeutique ou d'une suppléance vitale ? A ce jour, les progrès médicaux ont amélioré la survie des patients atteints de cancer en réanimation, et dans le même temps, paradoxalement, ont augmenté l'incertitude quant à l'évaluation de chaque situation. Dès lors, la qualité des interactions et du processus décisionnel entre oncologues et réanimateurs apparaît comme primordiale. Nous avons privilégié le terme de collaboration interdisciplinaire pour décrire ces interactions. Dans les décisions d'admission en réanimation ou de limitations thérapeutiques en réanimation, la démarche et les conditions des décisions importent au moins autant que leur issue. Ainsi, nous avons voulu décrire et comprendre la collaboration interdisciplinaire entre oncologues et réanimateurs. Pour cela nous avons privilégié une méthodologie de recherche qualitative.

Méthodes

Nous avons réalisé un temps d'observation des pratiques puis nous avons réalisé 11 entretiens d'une durée moyenne de 31 minutes avec 12 praticiens d'oncologie, de réanimation, de pneumologie et d'hématologie, prenant tous en charge des patients atteints de cancers. A partir de l'observation des pratiques et de l'analyse qualitative des transcrits d'entretien selon la méthode de la théorie ancrée, nous avons décrit et discuté l'organisation de la collaboration interdisciplinaire entre oncologues et réanimateurs.

Résultats

Cette méthode de recueil de données qualitatives est acceptée par les praticiens et informative. L'organisation actuelle de la collaboration comme un phénomène dynamique, fondé sur les demandes et le réseau des praticiens. Cette organisation peine à répondre aux situations imprévisibles ou incertaines. A travers les interactions décrites comme conflictuelles, nous avons mis en évidence ce qui met en tension la collaboration : les zones d'incertitude et particulièrement les patients en situations palliatives au pronostic incertain. Différentes stratégies ont été mises en place par les praticiens pour résoudre ces difficultés (réanimation d'attente, arbres décisionnels, procédure d'appels de la réanimation) avec une efficacité incertaine. Ce qui semble le plus aidant pour les participants relève de l'interdisciplinarité : confiance, reconnaissance mutuelle, entente sur des objectifs communs, traçabilité écrite.

Conclusion

Le recours aux méthodes de recherche issues des sciences humaines et sociales permet une meilleure compréhension des relations interdisciplinaires et de l'organisation de la collaboration entre oncologues et réanimateurs. Ces connaissances sont précieuses pour les praticiens concernés par cette collaboration au quotidien.

Rubrique de classement : Oncologie médicale

Mots-clés : oncologie, cancer, réanimation, collaboration interdisciplinaire, recherche qualitative, sciences humaines et sociales, sociologie des organisations, négociation

Président : Monsieur le Professeur Jean-Emmanuel Kurtz

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Laurent Calvel

Monsieur le Professeur Francis Schneider

Monsieur le Professeur Luc Fornecker

Adresse de l'auteur : Philippe TRENZ, 17 rue du général Offenstein 67100 Strasbourg