



HAL
open science

La place du médecin traitant (MT) dans la limitation de soins

Émilie Bédani

► **To cite this version:**

Émilie Bédani. La place du médecin traitant (MT) dans la limitation de soins. Médecine humaine et pathologie. 2015. dumas-01261642

HAL Id: dumas-01261642

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01261642>

Submitted on 25 Jan 2016

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

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

Université de Bordeaux
U.F.R des Science médicales

Année 2015

Thèse n°164

**LA PLACE DU MEDECIN TRAITANT DANS LA
LIMITATION DE SOINS**

Thèse pour l'obtention du
DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE
Présentée et soutenue publiquement le 30 octobre 2015

Par

Emilie BEDANI

Née le 24 mai 1987 à Saint-Denis (Réunion)

Directeur de thèse
Monsieur le Docteur Philippe Roget

Rapporteur
Monsieur le Docteur Bernard-Alex Gaüzère

Jury

Monsieur le Professeur Xavier Combes
Monsieur le Professeur Jean-Marc Franco
Madame le Docteur Katia Mougine-Damour
Monsieur le Docteur Philippe Roget
Monsieur le Docteur Bernard-Alex Gaüzère

Président
Juge
Juge
Juge
Juge

Remerciements

A Monsieur le Professeur Xavier Combes, président du jury

Vous me faites l'honneur d'avoir accepté de présider la soutenance de cette thèse.

Je vous remercie de l'attention que vous portez à mon travail, veuillez trouver ici, l'expression de mon profond respect et de ma sincère gratitude.

A Monsieur le Docteur Philippe Roget, directeur de thèse :

Merci de m'avoir proposé ce travail de thèse, puis de m'avoir guidée et épaulée tout au long de ces moments. Merci pour votre disponibilité, votre soutien à toute heure.

Merci pour tous vos conseils avisés.

Recevez ici l'expression de ma sincère reconnaissance et de tout mon respect

A Monsieur le Professeur Jean Marc Franco :

Pour votre disponibilité, ainsi que pour votre implication dans l'enseignement de la Médecine Générale et l'intérêt porté aux internes de médecine générale, veuillez croire à mes plus sincères remerciements.

A Madame le Docteur Katia Mougin-Damour

Pour votre disponibilité, votre soutien ainsi que pour votre enthousiasme à tout épreuve. Merci d'avoir accepté de juger mon travail.

Recevez ici l'expression de ma sincère gratitude et de tout mon respect.

A Monsieur le Docteur Bernard Alex Gaüzère, rapporteur de thèse et juge :

Professeur visiteur de l'Université de Bordeaux

Merci pour votre disponibilité ainsi que pour votre patience pour la lecture et la relecture de cette thèse. Veuillez croire à mes sincères remerciements.

A Monsieur le Docteur Patrick Gaillard :

Vous m'avez fait partager pendant ces six mois votre rigueur et votre passion de la médecine générale. Merci de m'avoir ouvert à ce monde enthousiasmant.

Recevez ici, tous mes remerciements ainsi que tout mon respect.

Spéciales dédicaces

A mes parents : Merci d'être toujours présent pour moi, pour votre soutien constant, pour vos sourires et parfois vos colères bienveillantes, de supporter votre petite « chipèque » ! Merci tout simplement d'être vous et de tout ce que vous m'avez transmis et permis d'accomplir.

A mon petit frère, maintenant bien grand : Merci de m'avoir toujours encouragée.

A David : Merci de me supporter au quotidien, merci pour tous ces moments de bonheur que l'on vit chaque jour. Merci également pour ton aide précieuse dans la réalisation de cette thèse, de combler mes si grandes lacunes en informatique et en anglais !

A ma grand-mère Armande : Merci pour ton sourire de petite chinoise et ton soutien.

A ma grand-mère Aliette : Pour ta gentillesse.

A mes grand pères Jules et Guito : Partis bien trop tôt mais toujours présents.

A tous mes amis d'ici et d'ailleurs : Merci d'être présents, pour tous ces bons et beaux moments partagés en votre compagnie. Vous êtes tous merveilleux.

A tous mes co internes : Merci de m'avoir supportée pendant tous ces semestres.

Aux équipes médicales et paramédicales : Merci de m'avoir accompagnée durant tout mon internat. J'ai appris énormément à vos côtés.

MERCI A TOUS !!!!

MI AIM ZOT TOUT !!!!

LISTE DES ABREVIATIONS

ACP: Advance Care Planning.

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé.

CHGM : Centre Hospitalier Gabriel Martin.

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins.

DIU : Diplôme Inter-Universitaire.

DPI : Dossier Patient Informatisé.

DU : Diplôme Universitaire.

EMSP : Equipe Mobile de Soins Palliatifs.

ETICS : Echelle Thérapeutique d'Intensité Croissante de Soins.

HAS : Haute Autorité de Santé.

LATA : Limitations et Arrêts des Thérapeutiques Actives.

OMS : Organisation Mondiale de la Santé.

POLST: Physician Orders for Life Sustaining Treatment.

SFAP : Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs.

SFAR : Société Française d'Anesthésie et de Réanimation.

SFMU : Société Française de Médecine d'Urgence.

SRLF : Société de Réanimation de Langue Française.

SU : Service d'Urgences.

USP : Unité de Soins Palliatifs.

Table des matières

INTRODUCTION	7
CONTEXTE	8
1. Cadre légal et ordinal	8
2. La démarche palliative	13
3. Place du médecin traitant dans les recommandations	16
I. METHODES	19
1. Etude.....	19
2. Données.....	20
3. Analyse statistiques	20
II. RESULTATS	21
1. Population.....	21
2. Taux de réponse.....	21
3. Décisions de LATA en milieu hospitalier	21
4. Médecins généralistes et décisions de LATA.....	23
5. Personne de confiance et directives anticipées.....	29
6. Traçabilité.....	31
7. LATA et décès des patients.....	31
8. Implication plus importante du médecin traitant dans les décisions de limitations.....	32
9. Axe d'amélioration : l'outil ETICS en médecine générale	33
III. DISCUSSION	34
1. Limites de l'étude.....	34
2. Données sociodémographiques	34
3. Implication des médecins généralistes dans les décisions de limitations de soins	34
4. Communication ville/hôpital.....	36
5. Médecins traitants et directives anticipées	37
6. La personne de confiance	39
7. Axes d'amélioration	40
IV. CONCLUSION.....	45
V. ANNEXES	47
1. ETICS (Annexe A).....	47
2. Données pour remplissage ETICS (Annexe B).....	48
3. Questionnaire principal (Annexe C).....	49
4. Physician Orders for Life Sustaining Treatment - POLST (Annexe D).....	51
VI. BIBLIOGRAPHIE.....	53
VII. SERMENT D'HIPPOCRATE	57

Table des illustrations

Figure 1 : Répartition des patients dans la stadification ETICS.....	22
Figure 2 : répartition des patients selon le niveau d'ETICS.	23
Figure 3 : Répartition par niveaux d'ETICS de l'information aux médecins traitants.	24
Figure 4 : Répartition de l'information aux médecins traitants dans le cadre d'une limitation de soins.....	25
Figure 5 : Répartition graphique du nombre d'explications fournies aux médecins traitants pour le projet ETICS.....	26
Figure 6 : Participation du médecin traitant à la discussion de limitation.	27
Figure 7 : Répartition graphique de l'accord entre médecin traitant et médecin hospitalier concernant le projet thérapeutique.	28
Figure 8 : Connaissance des directives anticipées des patients par leur médecin traitant.	29
Figure 9 : Connaissance de la personne de confiance des patients par leur médecin traitant. .	30
Figure 10 : Représentation de la traçabilité du projet thérapeutique par le médecin traitant dans le dossier patient.	31
Figure 11 : Répartition du nombre de patients décédés au moment de l'étude.	31
Figure 12 : Représentation graphique du souhait des médecins traitants à être plus impliqués dans les décisions de limitations.	32
Figure 13 : Avis des médecins traitants sur la place de l'outil ETICS en médecine générale comme aide à la décision de limitation.	33
Tableau 1 : durée moyenne de séjour et durée entre dates d'entrée et de détermination de l'ETICS.....	24

INTRODUCTION

Depuis plusieurs années, le comportement de la société vis-à-vis de la mort s'est considérablement modifié. L'évolution des techniques médicales avec l'apparition de véritables prouesses mais également le vieillissement de la population (1) engendrent inévitablement des changements de comportement.

Ainsi, dans les années soixante-dix, 60% des français décédaient à domicile (2). Le médecin traitant apparaissait comme un élément majeur de l'accompagnement du patient et de ses proches.

Des données récentes montrent que la majorité des décès ont lieu actuellement en milieu hospitalier. Dans le rapport de 2011 établi par l'OBSERVATOIRE NATIONAL DE FIN DE VIE (3), il est constaté que 58% des décès ont lieu à l'hôpital, 11% en maison de retraite et 27% à domicile. Parmi ces décès hospitaliers, 17% surviennent dans les services d'urgences médicales et 22% dans les services de réanimation. Un malade sur trois qui décède à l'hôpital passe au moins trois jours en réanimation au cours de sa dernière semaine de vie (4). La SFMU (Société Française de Médecine d'Urgences) déclarait que 45% des décès hospitaliers, en 2011, survenaient dans un contexte de limitations ou d'arrêts de traitements actifs (LATA). Dans les services de réanimation, les décisions de LATA concernent en moyenne 11% des patients admis et précèdent 50 à 90% des décès selon les équipes (4). Ainsi, les décisions de LATA ne sont pas rares et font partie du quotidien médical.

En raison de cette évolution, la nécessité de légiférer semblait inévitable. Dans une société toujours plus médiatisée, la fin de vie médicalisée est devenue un sujet d'actualité récurrente (5). Ainsi, ces décisions de LATA sont prévues et encadrées par la loi du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie, dite « Loi Léonetti » (6). Celle-ci a permis une amélioration et une réglementation de ces décisions apportant les notions d'obstination déraisonnable et d'accès aux soins palliatifs pour les patients en fin de vie.

Le débat sur la fin de vie reste complexe. La question du rôle du médecin traitant dans une fin de vie désormais médicalisée est donc pertinente. Bien qu'encadrée par les sociétés savantes et les différentes lois, la place du médecin traitant n'est pas clairement déterminée mais son implication semble indispensable.

Ce travail de thèse propose d'évaluer la prévalence de la participation effective du médecin traitant dans la détermination d'une limitation de soins dans le cadre d'un projet hospitalier d'évaluation thérapeutique croissante de soins. Les objectifs secondaires consistent à évaluer la connaissance et l'utilisation des directives anticipées, de la personne de confiance mais également la traçabilité de ces décisions.

CONTEXTE

1. Cadre légal et ordinal

a. Code de déontologie

La notion de limitation et d'arrêt des thérapeutiques actives fait partie intégrante du Code de déontologie médicale de 2012 (7). Les articles 37 et 38 précisent « qu'en toutes circonstances, le médecin doit s'efforcer de soulager les souffrances du malade par des moyens appropriés à son état et de l'assister moralement. Il doit s'abstenir de toute obstination déraisonnable dans les investigations ou la thérapeutique et peut renoncer à entreprendre ou poursuivre des traitements qui apparaissent inutiles, disproportionnés ou qui n'ont d'autre objet ou effet que le maintien artificiel de la vie ». Il définit clairement les limites de cette décision et confirme le caractère collégial de celle-ci. « La décision de limiter ou d'arrêter les traitements dispensés ne peut être prise sans qu'ait été préalablement mise en œuvre une procédure collégiale. Le médecin peut engager la procédure collégiale de sa propre initiative ». L'article 37 établit également l'importance de la recherche et du respect des directives anticipées lorsqu'elles existent mais aussi de l'avis de la personne de confiance. « La décision de limitation ou d'arrêt de traitement prend en compte les souhaits que le patient aurait également exprimés, en particulier dans des directives anticipées, s'il en a rédigé, l'avis de la personne de confiance qu'il aurait désignée ».

b. Loi du 4 mars 2002

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (8) replace le patient au centre d'une relation soignant-soigné équilibrée et surtout au centre de sa prise en charge.

Le malade doit être informé de son état de santé sauf s'il a clairement exprimé le souhait de ne pas l'être et doit consentir de manière éclairée. Les médecins n'ont pas seulement le devoir d'informer les patients sur leur maladie mais doivent également rechercher son consentement aux investigations et aux traitements proposés. Ainsi, le malade a le droit de participer à la décision médicale et la loi lui donne le droit de s'opposer à toute investigation ou thérapeutique. Le médecin n'est donc plus considéré comme le seul garant de la santé de son patient. Celui-ci a le pouvoir d'influencer les décisions médicales prises à son sujet.

La loi établit également le droit des malades à la dignité et à l'accès aux soins palliatifs.

c. Loi du 22 avril 2005

La loi du 22 avril 2005 dite loi Léonetti, relative aux droits des malades et à la fin de vie (6), complétée par le décret du 6 février 2006 (9) pose le cadre légal des limitations et arrêts thérapeutiques. Elle met en exergue la notion d'obstination déraisonnable : « ces actes ne doivent pas être poursuivis par une obstination déraisonnable. Lorsqu'ils apparaissent inutiles,

disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie, ils peuvent être suspendus ou ne pas être entrepris. Dans ce cas, le médecin sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa vie en dispensant les soins visés ».

Selon la situation du patient, la loi définit deux cas de figures pour la mise en place des limitations et arrêts des thérapeutiques actives.

- Dans la situation où le patient est apte à exprimer sa décision, la loi Léonetti prévoit le respect du principe d'autonomie. Le médecin doit respecter la décision de son patient. Le patient doit consentir à la proposition de soins ou à défaut peut s'opposer à toutes thérapeutiques. « Lorsqu'une personne, en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, qu'elle qu'en soit la cause, décide de limiter ou d'arrêter tout traitement, le médecin respecte sa volonté après l'avoir informée des conséquences de son choix. La décision du malade est inscrite dans son dossier médical ».
- Dans la situation où le patient n'est pas en mesure de s'exprimer, la loi insiste sur la nécessité d'une procédure collégiale en intégrant tous les paramètres à la disposition du médecin afin de respecter au mieux la volonté du patient s'il était en état de l'exprimer. La procédure collégiale se réalise en concertation avec l'équipe de soins et sur l'avis d'au moins un autre médecin en qualité de consultant. Aucun lien hiérarchique ne doit exister entre le médecin consultant et celui prenant en charge le patient. Les directives anticipées sont également un des paramètres à prendre en compte. Elles « indiquent les souhaits de la personne relatifs à sa fin de vie concernant les conditions de la limitation ou l'arrêt de traitement. Elles sont révocables à tout moment ». Enfin, la recherche d'une personne de confiance est la dernière variable à prendre en compte. Elle est définie comme « toute personne majeure [...] qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant, et qui sera consultée au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. Cette désignation est faite par écrit. Elle est révocable à tout moment ».

d. Le rapport Sicard

A la suite de la demande du président de la République concernant la mission de réflexion sur la fin de vie, le Professeur Sicard a rendu son rapport « penser solidairement la fin de vie » en décembre 2012 (10).

Ce rapport constate une mauvaise connaissance et une absence effective d'application systématique de la loi Léonetti et des directives anticipées qui en découlent.

Il décrit également une « médecine sourde aux attentes des patients. Chaque jour voit croître dans notre société une revendication très largement majoritaire. Selon les sondages d'opinion, entre 80 et 90% de personnes répondent positivement à une demande de légalisation d'euthanasie ». Le rapport dénonce une inégalité de prise en charge de la fin de vie, notamment dans l'accès aux soins palliatifs. Il décrit également une médecine qui privilégie la performance technique et peine à entendre que les malades puissent vouloir cesser de vivre, souhait considéré comme un échec thérapeutique.

Le rapport rejette toute légalisation de l'euthanasie comme pratiquée en Belgique ou au Pays Bas, soit l'administration par un médecin et sur demande du malade d'un produit létal qui entraîne immédiatement la mort. Il y voit « le danger de franchir la barrière d'un interdit ». Il propose plutôt la mise en place « d'une assistance au suicide où l'acte létal est accompli par la personne malade elle-même ».

Le rapport Sicard suggère plusieurs axes d'amélioration.

- Il prône pour la diffusion et l'utilisation régulière des directives anticipées et de la personne de confiance en s'inspirant du modèle utilisé dans certains états des Etats-Unis d'Amérique (*POLST Physician Orders for Life-Sustaining Treatment*).
- Il recommande l'amélioration de la formation médicale avec l'intégration dans chaque faculté de médecine d'une filière spécifique destinée aux soins palliatifs.
- Il propose l'intégration le plus précocement possible de la démarche palliative dans le parcours de soins avec l'amélioration de l'accès des soins palliatifs au domicile mais également dans les centres médicaux.
- Enfin, il suggère l'amélioration de la pratique de soins en sollicitant la Haute Autorité de Santé (HAS) pour la mise en place de « recommandations de bonnes pratiques en soins de support et en soins palliatifs avec la même exigence qu'en soins curatifs ».

e. Les recommandations

Les différentes sociétés savantes ont publié des recommandations et définitions sur les limitations et arrêts des thérapeutiques actives. Toutes se basent sur la loi Léonetti, sur le principe de collégialité et tentent de lutter contre l'obstination déraisonnable.

- **Recommandations de la SRLF**

La Société de Réanimation de Langue Française (SRLF) a publié des recommandations sur les limitations et arrêt des thérapeutiques actives en réanimation en 2002 (11), réactualisées en 2008 (12). Ces recommandations reposent sur les différents textes de loi. Elles se réfèrent à la loi du 22 avril 2005, au décret du 6 février 2006 mais également au code de déontologie médicale (article 37).

La SRLF définit la limitation des thérapeutiques actives par :

- « la non-optimisation d'un ou plusieurs traitements dont des techniques de suppléance d'organe assurant un maintien artificiel en vie ».
- « la prévention d'une non-optimisation ou d'une non-instauraton d'un ou plusieurs traitement(s) en cas de nouvelle défaillance d'organe, même au cas où le maintien artificiel en vie pourrait en dépendre ».

L'arrêt des traitements est quant à lui défini par « l'interruption d'un ou de plusieurs traitements dont des techniques de suppléance d'organe assurant un maintien artificiel en vie ».

Les recommandations précisent que l'intention doit être clairement exprimée et consignée dans le dossier médical afin de permettre une distinction cruciale entre le « laisser mourir » d'un malade en fin de vie du « faire mourir », assimilé à un homicide et condamnable.

La SRLF insiste également sur le principe de collégialité qui permet ainsi à la discussion de se dérouler avant toutes décisions d'arrêt ou de limitation thérapeutique. C'est un processus de réflexion partagée visant à améliorer la qualité des soins du patient en fin de vie. Le principe de collégialité peut également faciliter l'acceptation de la décision par les proches comme par les patients et les soignants eux-mêmes.

Cependant, l'urgence ou l'absence de possibilité d'entreprendre une procédure collégiale ne doivent pas conduire à l'obstination déraisonnable si l'issue est à l'évidence fatale à très brève échéance.

- **Recommandations de la SFAR**

En 2006, le conseil d'administration de la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR) a approuvé les « Recommandations de bonnes pratiques cliniques concernant l'application de la loi n°2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie » (13). Ces recommandations se basent sur les principes de la Loi Léonetti en insistant sur les notions d'obstination déraisonnable, de décision collégiale ainsi que la recherche de directives anticipées et de personne de confiance dans le cas de patient incapable d'exprimer sa volonté.

A l'occasion de l'affaire du docteur Bonnemaïson en 2011, médecin urgentiste à Bayonne, mis en examen le 12 août 2011 pour « empoisonnement sur personnes particulièrement vulnérables », la SFAR rappelle « que toute décision de limitation thérapeutique chez le sujet inconscient doit suivre des règles strictes définies tant par la loi que par les bonnes pratiques professionnelles ».

- **Recommandations de la SFMU**

En 2002, la Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU) émet elle aussi des recommandations sur les limitations et arrêt des thérapeutiques actives (14). Les principes de bases évoqués sont identiques à ceux de la SRLF, à savoir : une décision collégiale, la recherche d'éléments aidants à la décision, l'information, la consultation et l'accompagnement des proches. Celle-ci évoque notamment quatre situations cliniques pour lesquelles les médecins urgentistes pourraient être amenés à prendre de telles décisions :

- Présence d'une affection aiguë par défaillance profonde d'une fonction vitale dont la conséquence sera une absence de récupération d'une autonomie des fonctions vitales, ou si une indépendance des thérapeutiques de suppléance est possible, la qualité de vie obtenue apparaîtra déraisonnable.
- Survenue d'une poussée aiguë témoignant de l'évolution terminale ou d'une affection aiguë intercurrente chez un patient à la qualité de vie dramatiquement limitée, porteur d'une pathologie chronique évolutive au pronostic à court terme défavorable en termes d'espérance de vie, d'accentuation de la dépendance et d'aggravation de la qualité de vie future.
- Patient porteur d'une pathologie connue évolutive, souvent néoplasique, adressé par son médecin traitant ou une structure de soins de suite ou de long séjour, parfois sous la

pression de l'entourage, pour valider que le patient est bien au-dessus de toute ressource thérapeutique.

- Patient conscient, informé, apte à consentir et qui demande lui-même la limitation ou l'arrêt d'un traitement actif de sa défaillance d'organe.

La SFMU propose également la possibilité d'adopter une attitude intermédiaire entre la poursuite des thérapeutiques actives et l'abstention thérapeutique. La mise en route du traitement étant justifiée sans qu'elle soit considérée comme une obstination déraisonnable. Ainsi, celle-ci propose une réanimation compassionnelle, d'attente ou de validation.

2. La démarche palliative

Les soins palliatifs se sont construits en réponse aux multiples euthanasies illégales, mais également face à des situations vécues comme des abandons thérapeutiques ou au contraire des acharnements thérapeutiques. Ces prises de conscience ont abouti à une véritable réflexion autour de la mort, du mourant et de la nécessité de mettre en place un accompagnement et une prise en charge spécifique.

Les limitations et arrêts des thérapeutiques actives sont une réponse parmi d'autres à l'accompagnement des patients en fin de vie. Elles permettent le respect des choix du patient tout en luttant contre la solitude du soignant dans le processus de décision et en évitant l'obstination déraisonnable.

LATA et soins palliatifs ne peuvent être dissociés. En effet, la limitation ou l'arrêt d'une thérapeutique active ne signifie pas l'arrêt des soins. Ainsi, la mise en place de soins palliatifs dans ce contexte est une nécessité pour le patient, pour les proches mais également pour les soignants.

a. Définition

Les soins palliatifs sont définis par l'ANAES (15) comme des « soins actifs, continus, évolutifs, coordonnés et pratiqués par une équipe pluri professionnelle. Ils ont pour objectif, dans une approche globale et individualisée, de prévenir ou de soulager les symptômes physiques, dont la douleur, mais aussi les autres symptômes, d'anticiper les risques de complications et de prendre en compte les besoins psychologiques, sociaux et spirituels, dans le respect de la dignité de la personne soignée ».

L'OMS (16) définit les soins palliatifs comme un moyen pour « améliorer la qualité de vie des patients et de leur famille, face aux conséquences d'une maladie potentiellement mortelle, par la prévention et le soulagement de la souffrance, identifiée précocement et évaluée avec précision, ainsi que le traitement de la douleur et des autres problèmes physiques, psychologiques et spirituels qui lui sont liés ». L'OMS souligne la nécessité de la mise en application précoce de ces soins palliatifs dans le décours de la maladie. Ceux-ci peuvent être « en association avec d'autres traitements pouvant prolonger la vie, comme la chimiothérapie et la radiothérapie, et incluent les investigations qui sont requises afin de mieux comprendre les complications cliniques gênantes et de manière à pouvoir les prendre en charge ».

b. Principes

Les soins palliatifs ont pendant longtemps été opposés aux soins curatifs, en raison de leurs origines. Le « Mouvement des Soins Palliatifs » se réfère au « Mouvement des Hospices » de Grande Bretagne du XIX^{ème} siècle. Dans ce contexte caritatif, le Dr Cicely Saunders se consacrait au soulagement physique de la douleur cancéreuse et à la description de ses autres composantes. Elle y fonda le premier service de soins palliatifs en 1967 à l'hôpital Saint Christopher et décrivit les soins palliatifs comme « tout ce qu'il reste à faire quand on pense qu'il n'y a plus rien à faire ».

La diffusion en France des soins palliatifs s'est accompagnée d'une tendance à généraliser leur champ d'action à l'ensemble des mourants, notamment les personnes âgées et les sidéens. Cependant, le contexte français est marqué par la crainte médico légale du potentiel lien pouvant être établi entre l'institution de morphine et l'avancée du décès. Pour une large majorité de la population, la prescription de morphine pour soulager les symptômes est également associée à une mort imminente voire accélérée. Ainsi, les soins palliatifs sont apparus comme une étape terminale, précédant immédiatement la mort.

La nécessité de l'accompagnement des patients, des proches mais également des soignants a permis d'envisager les soins palliatifs d'une manière différente. Ainsi, s'occuper des aspects psychologique, social et spirituel du patient et de ses proches ne serait plus réservé aux patients pour lesquels un traitement curatif est impossible. Proposer une démarche palliative ne serait plus synonyme d'abandon de tout projet de vie.

Ainsi, la démarche palliative recommande une prise en charge globale du patient et de ses proches, plus précoce, alors même que la phase curative est en cours.

c. Loi

La loi n°99-477 du 9 juin 1999 (17) garantit l'accès aux soins palliatifs pour tous les patients dont l'état de santé le nécessite.

L'article 2 de cette loi aborde les moyens nécessaires à la réalisation des objectifs permettant pour cela le développement d'unités de soins palliatifs, d'équipes mobiles et la mise en place d'hospitalisation à domicile. Ainsi, la perspective d'une mort à domicile est envisagée.

L'article 7 encourage également le développement de la culture des soins palliatifs dans l'ensemble des services hospitaliers.

Ainsi, la loi rejoint l'esprit de la Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs (SFAP) qui rappelle dans la page d'accueil de son site Internet (18) ses quatre grandes orientations : « mobiliser les acteurs des soins palliatifs et de l'accompagnement, développer et transmettre les savoirs en soins palliatifs et en accompagnement, promouvoir l'accès aux soins palliatifs et à l'accompagnement, diffuser la culture palliative ».

La loi prône donc une alliance entre soins curatifs et palliatifs.

d. Organisation

Les soins palliatifs et l'accompagnement considèrent le malade comme un être vivant, et la mort comme un processus naturel. En aucun cas, ils ne provoquent intentionnellement la mort. Les soins palliatifs ont développé le concept d'une prise en charge globale au centre de laquelle se situent le patient et ses proches.

Ainsi, cette prise en charge est multi et interdisciplinaire. On y trouve médecins, infirmiers, aides-soignants, kinésithérapeutes, assistantes sociales, psychologues, auxiliaires de vie, bénévoles, ergothérapeutes, orthophonistes... Ces équipes prennent en compte la ou les

pathologies du patient mais également son état psychique, son confort physique, moral et affectif ainsi que celui de ses proches.

Cette démarche s'organise à l'hôpital dans des Unités de Soins Palliatifs (USP), dans des services où sont dédiés et identifiés des lits en soins palliatifs, par le biais d'équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP). Cette prise en charge peut également se faire à domicile grâce aux services d'hospitalisation à domicile et aux réseaux de soins palliatifs.

Concrètement, cette démarche se traduit par une ouverture des visites de proches 24 heures sur 24, des réunions quotidiennes entre l'ensemble des intervenants, des entretiens avec les patients et leurs proches pour une prise en charge physique, psychique, psychologique et sociale.

3. Place du médecin traitant dans les recommandations

La loi Léonetti insiste sur la notion de collégialité en intégrant l'avis d'un médecin consultant. Au vue de son rôle, le médecin traitant pourrait être ce tiers idéal, faisant le lien entre l'équipe de soins hospitalière, le patient et les proches.

Cependant, le rôle du médecin traitant n'est pas clairement défini dans les différents textes réglementaires. Celui-ci est juste nommé à titre d'intervenant en cas de conflit ou de difficultés avec les proches. Il n'apparaît donc pas comme une source d'information potentielle, concernant les antécédents du patient et en particulier les souhaits qu'il aurait pu exprimer relatif au niveau d'engagement thérapeutique en cas de fin de vie.

a. Code de déontologie médicale

Les recommandations du code de déontologie médicale du conseil de l'ordre des médecins (CNOM) sont dans un premier temps destinées à l'ensemble des médecins sans spécifier le rôle du médecin traitant.

- Article 38

L'article 38 traite de l'attitude que doit adopter tout médecin face à une situation de fin de vie : « le médecin doit accompagner le mourant jusqu'à ses derniers moments, assurer par des soins et mesures appropriés la qualité d'une vie qui prend fin, sauvegarder la dignité du malade et reconforter son entourage. Il n'a pas le droit de provoquer la mort ».

Le rôle du médecin traitant est présenté uniquement dans un commentaire associé à l'article : « Elucider la demande et évaluer les besoins fondamentaux du patient exige du thérapeute une recherche particulière qui pourra le conduire à privilégier les soins palliatifs par rapport aux soins curatifs et à proposer les différentes options qui peuvent le mieux correspondre aux impératifs du patient : maintien à domicile, transfert en milieu hospitalier ou en unités de soins palliatifs ».

Le médecin traitant est également cité dans une autre note comme acteur principal des soins palliatifs : « Ces soins peuvent être assurés par le médecin traitant au domicile du patient, dans des unités de soins palliatifs ou dans des secteurs hospitaliers non spécialisés ».

Le médecin traitant apparaît ainsi comme le médecin le mieux placé pour déterminer les besoins du patient en fin de vie et reste le meilleur interlocuteur du patient.

- Article 63

L'article 63 du code de déontologie médicale concerne l'obligation d'information lors d'une hospitalisation : « Sans préjudice des dispositions applicables aux établissements publics de santé et aux établissements privés participant au service public hospitalier, le médecin qui prend

en charge un malade à l'occasion d'une hospitalisation doit en aviser le praticien désigné par le malade ou son entourage. Il doit le tenir informé des décisions essentielles auxquelles ce praticien sera associé dans la mesure du possible ».

Cet article est complété par un corollaire : « Lorsqu'un patient, après ou sans consultation préalable, est hospitalisé, le médecin de l'établissement de santé doit tenir au courant le médecin traitant et éventuellement le spécialiste qui contribue à la prise en charge du patient ».

Le médecin traitant est donc au plan théorique, clairement intégré dans le processus d'hospitalisation de son patient. Le conseil de l'ordre considère que son information est une nécessité et son association aux prises de décision souhaitable.

C'est ainsi qu'un corollaire complète l'explication du rôle consultatif du médecin traitant : « Cette information est également nécessaire lorsque le médecin traitant est sollicité pour donner un avis, systématiquement ou, pour des décisions difficiles, à la demande d'un spécialiste ou du patient. L'association du médecin traitant à ces décisions est souhaitable mais elle tiendra compte des conditions pratiques, de l'urgence, du type de décisions à prendre ». Le médecin traitant est donc clairement en droit de participer aux décisions difficiles même si cette intégration est dépendante des services hospitaliers.

Le CNOM définit également le rôle du médecin traitant dans la poursuite des soins à domicile. Il représente le relais idéal entre les proches et l'équipe hospitalière : « Outre l'élémentaire courtoisie, qui fait tenir au courant le médecin habituel du patient, ce dernier doit pouvoir aussi répondre aux préoccupations de l'entourage lorsque l'hospitalisation a lieu loin du domicile du patient et de sa famille, en particulier lorsque des données sensibles se prêtent mal à une simple communication téléphonique ».

b. Code de santé publique

L'article R710-2-6 du Code de la Santé publique (19) précise qu'après une hospitalisation, le service doit informer le médecin traitant dans un délai de huit jours en lui adressant un compte rendu hospitalier détaillé avec tous les résultats nécessaires, les traitements reçus et les décisions prises et ce, afin d'assurer la continuité des soins.

Ainsi, l'information du médecin traitant des circonstances et du déroulement de l'hospitalisation de l'un de ses patients apparaît comme une obligation.

c. Loi du 4 mars 2002

La loi du 4 mars 2002 dans l'article L.1111-6 (8) précise quant à elle que le médecin traitant peut aussi être désigné comme personne de confiance par le patient :

« Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui peut être : un parent, un proche, le médecin traitant et qui sera consultée au cas où elle-même sera hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information à cette fin ».

Ainsi, par cet article, la loi accorde une place et un rôle majeur aux médecins traitants dans les décisions de fin de vie concernant leurs patients.

d. Recommandations des sociétés savantes

- SRLF

Les recommandations de la SRLF (11) mentionnent à plusieurs reprises la nécessité d'une décision collégiale avec une prise en charge globale du patient. D'après les auteurs, tous les correspondants médicaux du patient doivent être associés à la réflexion même s'ils ne sont pas sur place. Ainsi, le concept semble englober le médecin traitant, mais à aucun moment celui-ci n'est clairement et explicitement nommé.

- SFAR

Les recommandations de la SFAR rappellent quant à elles, que le médecin traitant est un des intermédiaires souvent précieux pour une meilleure information des proches. Il peut intervenir dans l'annonce et la gestion des proches pour les amener à une prise de conscience progressive lors de décision de fin de vie.

Cependant, le médecin traitant n'est pas du tout envisagé comme le possible détenteur d'informations pertinentes telles que les souhaits du patient ou de son état antérieur.

- SFMU

Les recommandations de la SFMU (14) placent au centre de leur réflexion le concept de la chaîne éthique : « Elle doit être activée en même temps que la chaîne de survie. Une médecine éthique en situation d'urgence ne peut être le fait d'un exercice autarcique et isolé ».

« Elle doit donner à chaque maillon toute sa place : au malade, à sa famille, à son entourage, aux professionnels de santé qui concourent à la prise en charge avant et après le SU ».

En ce qui concerne l'arrêt et l'abstention des thérapeutiques, il est précisé que « ces décisions sont à replacer dans la chaîne éthique en intégrant tous les intervenants. Elles ne peuvent être que collégiales... ».

Ainsi, le médecin traitant apparaît comme un maillon essentiel de cette chaîne éthique : « La chaîne éthique n'a de sens qu'au service du malade. Tous ceux qui le connaissent sont les maillons de la chaîne : famille, personne de confiance qu'il aura désignée, médecin(s) traitant(s), infirmière à domicile... ».

Cependant ces recommandations, tout comme celles de la SRLF, considèrent le médecin traitant juste comme un informateur, détenteur des antécédents du patient mais sans réellement l'inclure à la réflexion.

I. METHODES

Le médecin traitant est potentiellement un acteur majeur de la relation médecin-malade à l'hôpital.

Durant l'hospitalisation de son patient, il est le garant des informations médicales mais également familiales et sociales relatives à ce dernier. Il est celui qui le connaît le mieux dans sa globalité. Il est donc à même d'apprécier la dégradation de sa qualité de vie.

Il peut également participer à l'information du patient, de ses proches. Il peut être un atout considérable, un médiateur en cas de conflit ou de difficultés avec l'équipe hospitalière.

A la sortie de l'hôpital, le médecin traitant assure le relais entre les services hospitaliers et le domicile permettant ainsi la poursuite de la prise en charge et la continuité des soins. Il peut également être amené à gérer la période du deuil des proches ou la prise en charge du patient en hospitalisation à domicile pour des soins palliatifs.

Le seul devoir qui incombe à l'hôpital est celui de l'information du médecin traitant sur l'évolution du patient durant l'hospitalisation par le biais d'un compte rendu d'hospitalisation.

Ainsi, dans un souci d'amélioration de la prise en charge globale du patient, la question du rôle du médecin traitant dans des processus de décisions importants telles que la limitation de soins et la stratégie d'engagement thérapeutique est légitime.

1. Etude

L'étude réalisée est de type épidémiologique, analytique, observationnelle et quantitative.

L'étude a été adressée à des médecins généralistes de la région Ouest de la Réunion. Le recueil de données a été effectué au Centre Hospitalier Gabriel Martin (CHGM) de Saint Paul (Ile de la Réunion).

Le centre hospitalier utilise pour le dossier patient informatisé (DPI) un logiciel nommé *DxCare*. Cet hôpital dispose dans le logiciel, d'un outil permettant d'établir le niveau de soins associé à un patient dans une échelle thérapeutique d'intensité croissante de soins (ETICS – Annexe A) via différents items à valider (Annexe B). Chaque patient estimé fragile et admis via les urgences ou directement en service a bénéficié d'une stadification. Il convient de noter que par défaut, tout patient est côté ETICS A.

L'usage de cette échelle institutionnalisée au CHGM a créé deux néologismes :

- Le niveau d'ETICS correspondant au niveau de soins déterminé pour un patient donné suite à l'application d'une procédure institutionnelle.
- ETICSer, action de déterminer un niveau dans l'ETICS.
- ETICSé, patient ayant bénéficié d'une détermination dans l'ETICS pour un séjour donné.

Nous avons recueilli les différentes décisions d'ETICS au cours d'une période de deux ans (août 2012 jusqu'à septembre 2014).

Parmi ces décisions d'ETICS, nous avons sélectionné les patients pour lesquels une décision de limitation de soins avait été instaurée.

Parmi ces dossiers, nous avons sélectionné les patients pour lesquels un contact avec un médecin traitant avait été pris et indiqué dans le dossier.

Nous avons ainsi pu sélectionner notre population d'étude. Les questionnaires ont donc été envoyés à ces médecins généralistes de l'Ouest de l'île.

2. Données

Le questionnaire (Annexe C) a été réalisé à l'intention des médecins généralistes sélectionnés par le biais de l'outil informatique utilisé au CHGM.

Il s'agit d'un questionnaire d'une durée de dix à quinze minutes composé de onze questions ouvertes et fermées avec la possibilité de rajouter des commentaires. Une notice explicative accompagnait ce questionnaire afin de permettre aux médecins de comprendre les objectifs de l'étude.

Tous les médecins traitants ont été contactés initialement par téléphone afin de s'assurer de leur participation. Les questionnaires ont été envoyés par Email ou par fax selon la convenance du médecin.

Un premier contact avec l'ensemble des médecins généralistes a eu lieu de décembre 2014 à janvier 2015. Nous avons de nouveau pris contact avec les médecins n'ayant pas répondu d'avril à mai 2015. Le recueil des données du questionnaire s'est donc effectué de décembre 2014 à juin 2015.

3. Analyse statistiques

Les données ont été introduites dans une base Access, puis retranscrites dans un tableau Excel.

Celles-ci ont été corrélées à la situation clinique du patient lors du séjour ayant fait l'objet d'une décision de limitation de soins.

Les données ont également été comparées à l'éventuelle présence d'une personne de confiance désignée pour le séjour associé au niveau d'ETICS ou de directives anticipées présentes dans le dossier hospitalier du patient.

L'analyse statistique est une analyse descriptive. Les données qualitatives ont été décrites par le nombre d'observation (n) et le pourcentage correspondant (%).

II. RESULTATS

1. Population

La population étudiée comprend 56 médecins généralistes exerçant dans l'Ouest de la Réunion, dans un rayon d'action de 10 km aux alentours du CHGM. Soixante-quinze questionnaires ont été envoyés à ces médecins traitants.

2. Taux de réponse

L'étude a recueilli les réponses de 27 médecins traitants soit un taux de réponse de 48%. Trente-trois questionnaires sur 75 ont été récupérés. Dix questionnaires n'ont pas été remplis faute de renseignements précis sur le médecin traitant.

3. Décisions de LATA en milieu hospitalier

a. Nombre de décisions de limitations de soins

Au total, entre le début de la collecte informatisée des décisions dans l'ETICS et septembre 2014, 1007 décisions ont été prises.

Ces décisions ont concernés essentiellement une population gériatrique avec une moyenne d'âge de 80,9 ans pour les femmes et 76,6 ans pour les hommes.

b. Répartition des décisions de niveaux de soins sur la période de l'étude

Les niveaux d'intensité de soins ayant motivés le plus fréquemment une limitation de soins furent de types B et C. Données établies sur l'ensemble des 1007 décisions prises au sein du CHGM durant la période de recueil (août 2012 – septembre 2014). La figure 1 précise les niveaux d'intensité de soins sur la période de l'étude.

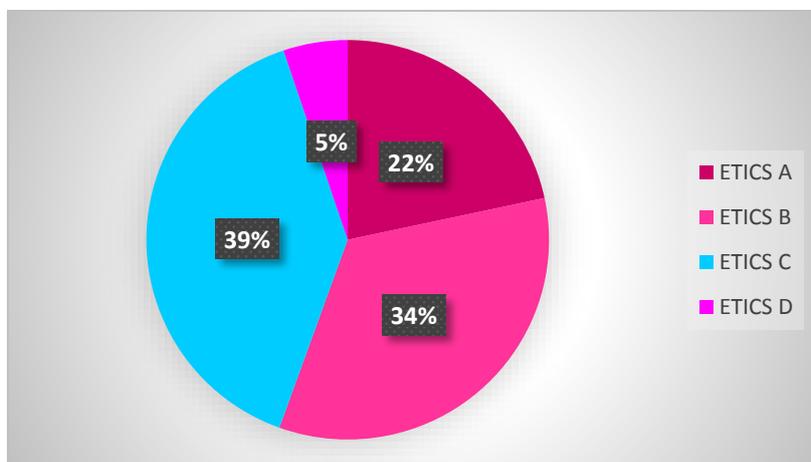


FIGURE 1 : REPARTITION DES PATIENTS DANS LA STADIFICATION ETICS.

c. Durée du séjour et latence entre l'entrée en hospitalisation et décision d'ETICS

En moyenne, la durée entre l'entrée et la détermination d'un niveau de soins tracé est supérieure à deux jours (entre 2.9 et 4.7 jours). Le tableau I précise la durée moyenne du séjour ainsi que la durée entre l'entrée et la détermination de l'ETICS.

TABLEAU 1 : DUREE MOYENNE DE SEJOUR ET DUREE ENTRE DATES D'ENTREE ET DE DETERMINATION DE L'ETICS.

Projet thérapeutique	Durée moyenne de séjour en jours	Durée moyenne entre entrée et ETICS en jour
ETICS A	11,8	4,7
ETICS B	14,9	5,6
ETICS C	13,6	4,9
ETICS D	8,5	2,9

4. Médecins généralistes et décisions de LATA

a. Information des décisions ETICS au médecin traitant

La figure 2 montre la répartition des patients selon le niveau d'ETICS :

- ETICS B : 10 patients
- ETICS C : 20 patients
- ETICS D : 3 patients

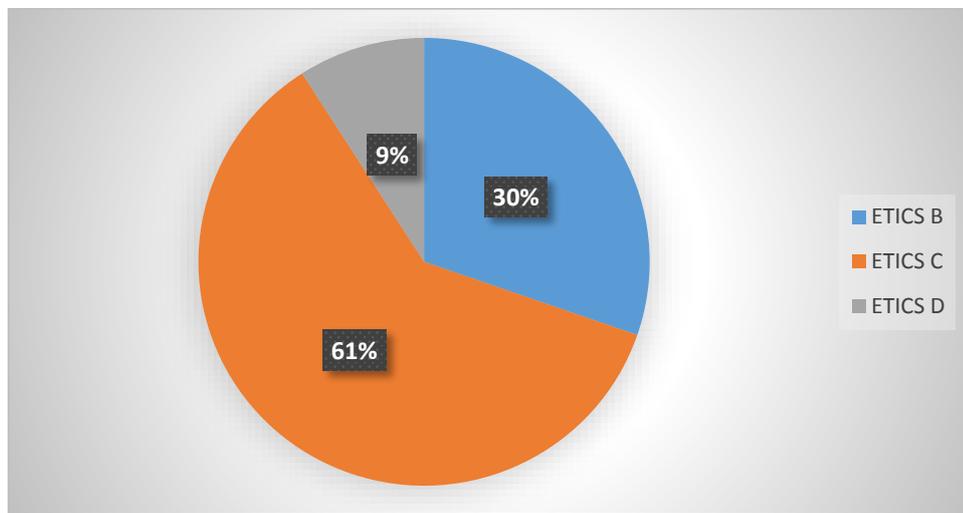


FIGURE 2 : REPARTITION DES PATIENTS SELON LE NIVEAU D'ETICS.

Pendant la période donnée (soit d'août 2012 à septembre 2014), 1007 décisions d'ETICS ont été comptabilisées.

Il est noté dans le DPI, une information du médecin traitant dans 8% de ces décisions.

La figure 3 montre la répartition de l'information aux médecins traitants en fonction du niveau de soins.

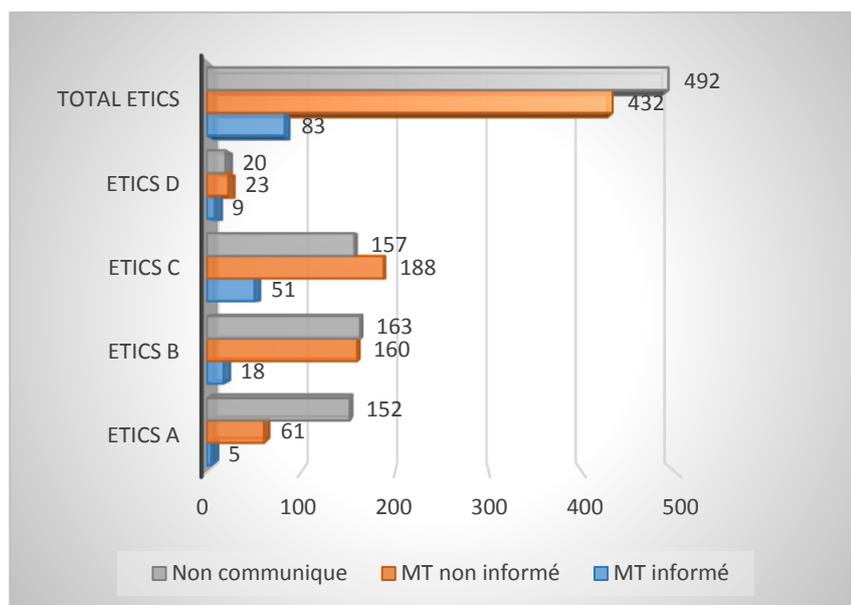


FIGURE 3 : REPARTITION PAR NIVEAUX D'ETICS DE L'INFORMATION AUX MEDECINS TRAITANTS.

b. Contact effectif pris auprès des médecins traitants pour les décisions de limitations

Les données issues des 33 questionnaires révèlent qu'il y a une prise de contact avec un médecin traitant pour sept patients, soit 21%.

La figure 4 montre la prise de contact effective avec un médecin traitant dans le cadre d'une limitation de soins.

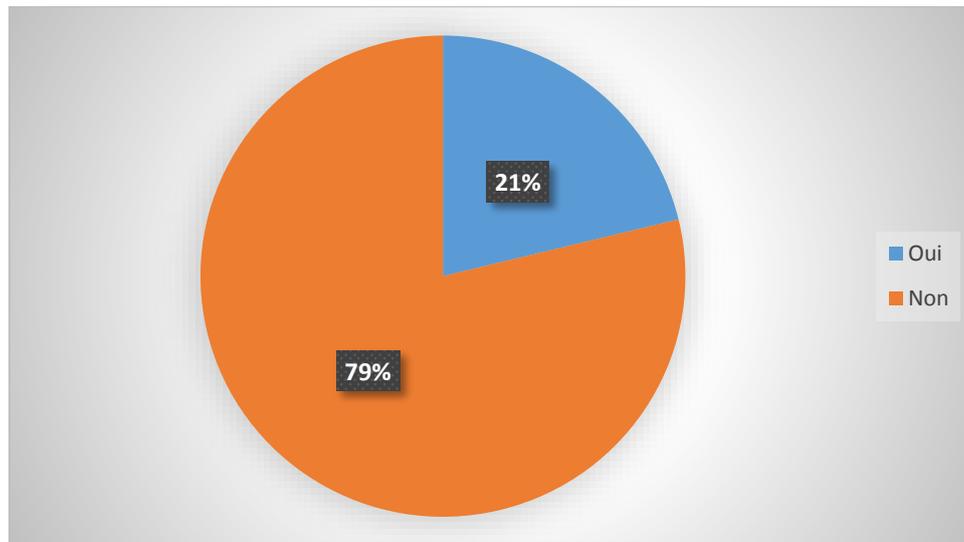


FIGURE 4 : REPARTITION DE L'INFORMATION AUX MEDECINS TRAITANTS DANS LE CADRE D'UNE LIMITATION DE SOINS

c. Explication concernant le projet ETICS

L'étude révèle qu'une explication concernant le projet institutionnel ETICS au CHGM n'a été délivrée que deux fois sur 33, soit 6%. Pour 30 patients, les médecins traitants ont répondu négativement à la question.

La figure 5 représente la répartition graphique du nombre d'explications fournies aux médecins traitants concernant le projet institutionnel.

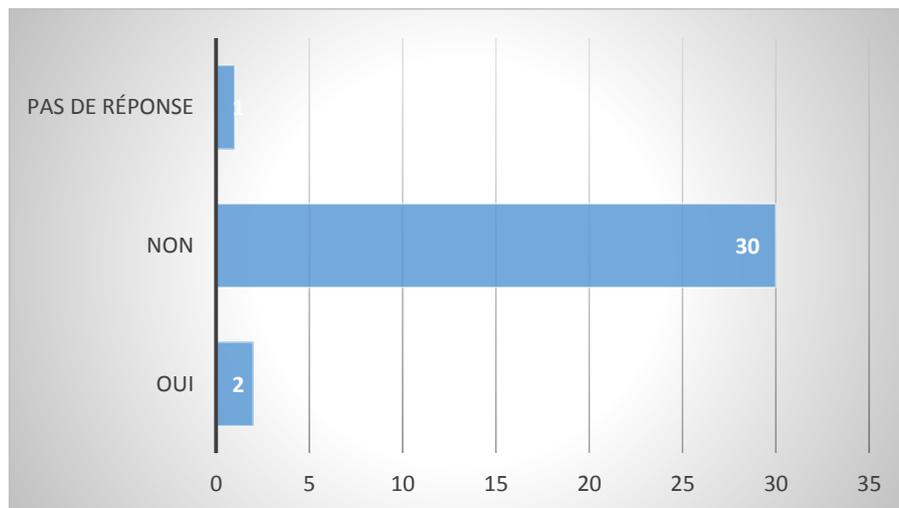


FIGURE 5 : REPARTITION GRAPHIQUE DU NOMBRE D'EXPLICATIONS FOURNIES AUX MEDECINS TRAITANTS POUR LE PROJET ETICS.

d. Discussion entre médecin traitant et médecin hospitalier pour un projet thérapeutique.

Pour trente patients soit dans 91% des cas, les médecins traitants n'ont pas participé à la discussion concernant le projet de limitation de soins.

La figure 6 montre la répartition graphique de la participation des médecins traitants à la discussion.

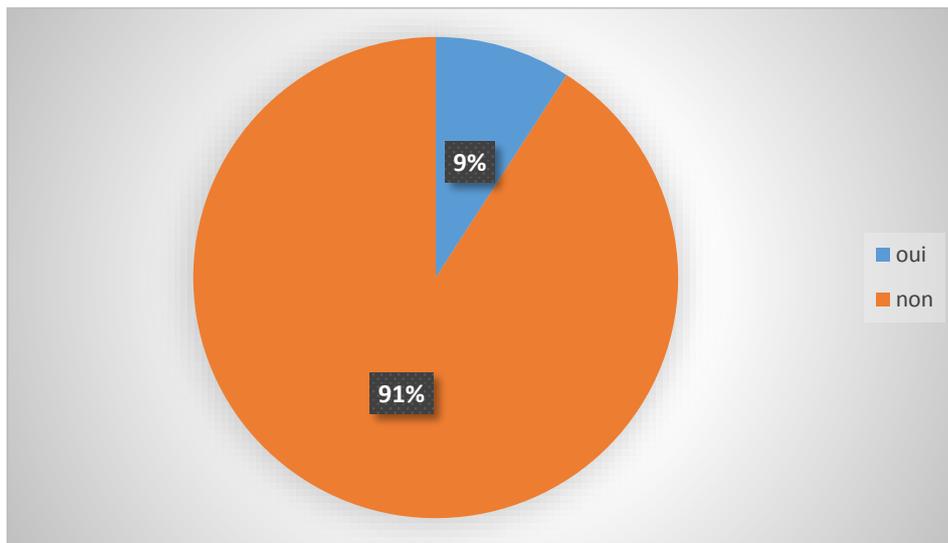


FIGURE 6 : PARTICIPATION DU MEDECIN TRAITANT A LA DISCUSSION DE LIMITATION.

A la question : Quels ont été vos arguments pour la décision de limitation de soins ?

Il n'y a eu que deux réponses. Dans les deux cas, les arguments furent en faveur de soins limités au confort pour des patients décrits comme grabataires.

Dans 30% des cas (n=10), les médecins généralistes interrogés ont dit avoir formulé un avis sur le projet thérapeutique et la limitation de soins.

A la question : Quel était votre avis concernant le projet thérapeutique de votre patient ?

Dix avis positifs ont été recueillis. Les réponses données étaient :

- Soins palliatifs (n=3)
- Pas de réanimation (n=1)
- Pas d'acharnement thérapeutique (n=1)
- Abstention thérapeutique (n=1)
- Pas de souffrance (n=1)
- Accompagnement de fin de vie (n=1)
- En accord avec le projet thérapeutique hospitalier (n=2)

Dans 30% des cas (n=10), il y avait un accord sur la limitation de soins a été trouvé entre le médecin traitant et le médecin hospitalier.

La figure 7 objective l'accord entre médecin traitant et médecin hospitalier.

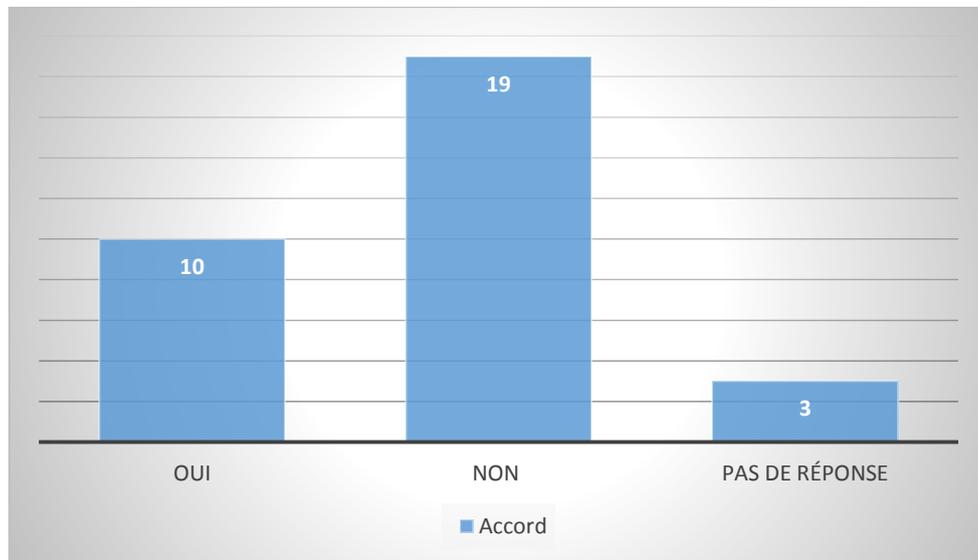


FIGURE 7 : REPARTITION GRAPHIQUE DE L'ACCORD ENTRE MEDECIN TRAITANT ET MEDECIN HOSPITALIER CONCERNANT LE PROJET THERAPEUTIQUE.

5. Personne de confiance et directives anticipées

a. Directives anticipées

Dans 64% (n=21) des cas, les médecins traitants n'ont aucune connaissance des directives anticipées de leur patient.

Dans 36% des cas (n=12), les médecins traitants ont répondu positivement à la question des directives anticipées.

A la question : Quelles étaient les directives anticipées pour vos patients ?

Six réponses sur 12 réponses positives ont été relevées. Les réponses données étaient :

- horreur des directives anticipées
- protocole identique à l'ASDR mais non décrit
- prescription de morphine anticipée
- soins palliatifs
- traitement symptomatique et absence d'acharnement
- pas de réanimation

La figure 8 précise la répartition des connaissances des directives anticipées par les médecins traitants.

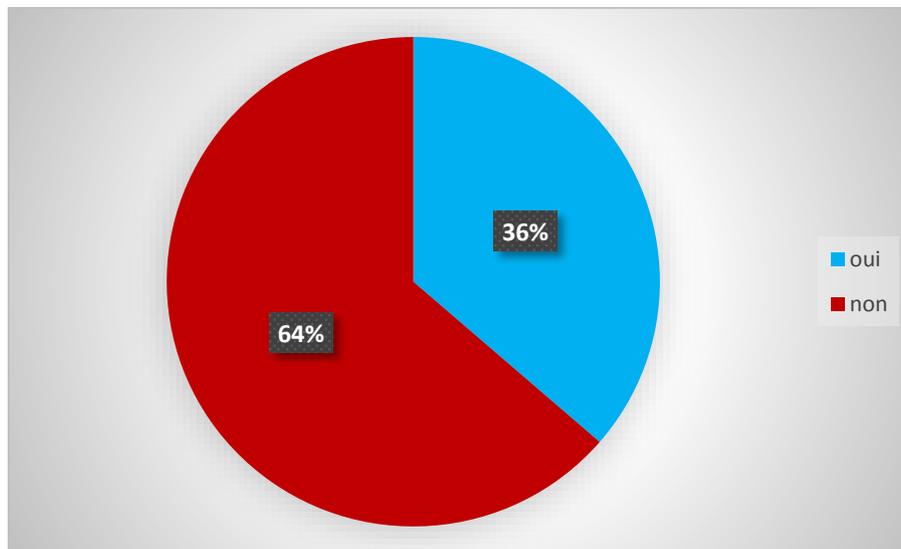


FIGURE 8 : CONNAISSANCE DES DIRECTIVES ANTICIPÉES DES PATIENTS PAR LEUR MÉDECIN TRAITANT.

Une recherche dans le DPI du logiciel *DxCare* du CHGM a permis d'identifier la présence ou non de directives anticipées. Il ne fut retrouvé aucune directive anticipée.

b. Personne de confiance

Dans 39% des cas (n=13), le médecin traitant n'avait aucune idée de la personne de confiance de son patient.

Pour les 20 patients dont le médecin traitant a eu connaissance d'une personne de confiance, le nom de celle-ci était transcrit dans le dossier (« fille », « fils », « sœur aînée », « épouse »). A plusieurs reprises, il n'y avait aucun nom mais la mention « écrit dans le dossier apparaissait. Un des médecins traitants mentionnait également que le nom de la personne de confiance était noté dans le dossier d'hospitalisation à domicile.

A la lecture du DPI, une personne de confiance était tracée dans 14 dossiers (soit 42%) dans le dossier destiné à cet effet (Recueil soignant). Il n'a été retrouvé qu'à une seule reprise sur le formulaire institutionnel.

La figure 9 rappelle la répartition de la connaissance de la personne de confiance par le médecin traitant.

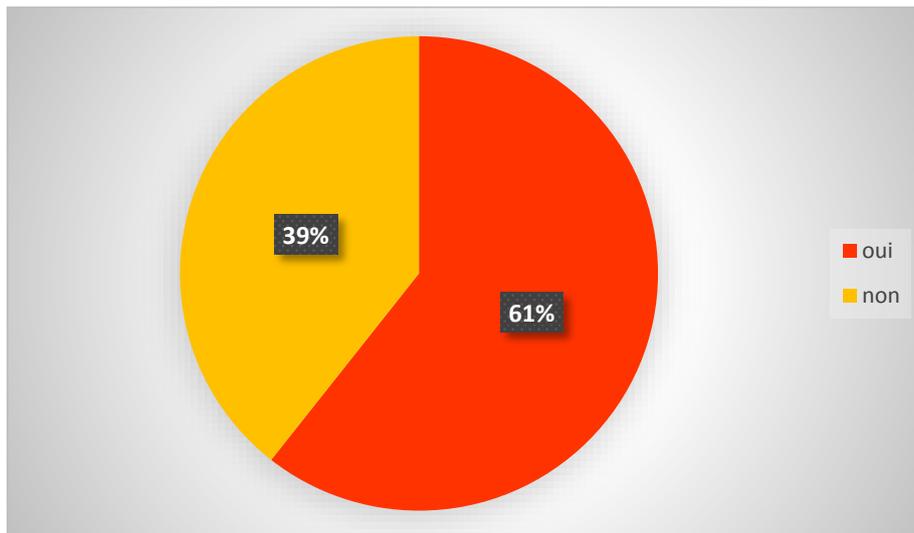


FIGURE 9 : CONNAISSANCE DE LA PERSONNE DE CONFIANCE DES PATIENTS PAR LEUR MEDECIN TRAITANT.

6. Traçabilité

Dans 64% des cas (n=21), la décision de limitation de soins n'a pas été tracée dans le dossier du médecin traitant.

La figure 10 précise la traçabilité du projet thérapeutique par le médecin traitant.

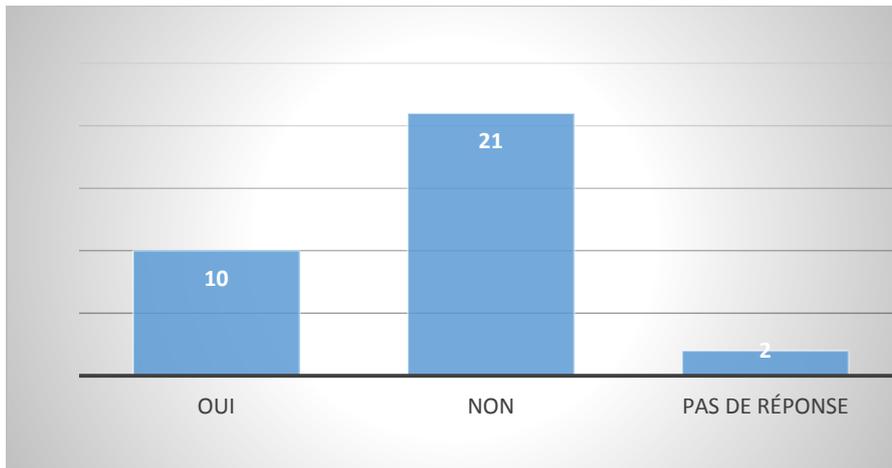


FIGURE 10 : REPRESENTATION DE LA TRAÇABILITE DU PROJET THERAPEUTIQUE PAR LE MEDECIN TRAITANT DANS LE DOSSIER PATIENT.

7. LATA et décès des patients

Soixante-seize pour cent des patients (n=25) concernés étaient décédés lors de la réalisation de l'enquête.

La figure 11 montre la répartition des patients décédés au moment de notre enquête.

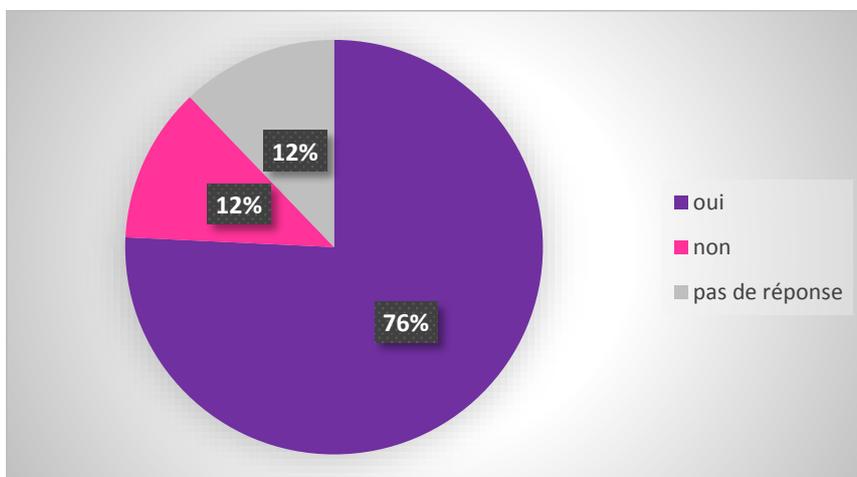


FIGURE 11 : REPARTITION DU NOMBRE DE PATIENTS DECEDES AU MOMENT DE L'ETUDE.

8. Implication plus importante du médecin traitant dans les décisions de limitations

Dans 84% des cas (n=28), les médecins traitant interrogés souhaitent davantage être impliqués dans les décisions de limitations de soins.

Dans 10% des cas, les médecins interrogés ne semblent pas intéressés par les décisions de limitations de soins puisqu'aucune réponse n'a été recueillie.

La figure 12 précise le souhait du médecin traitant d'être plus impliqué dans les décisions de limitations.

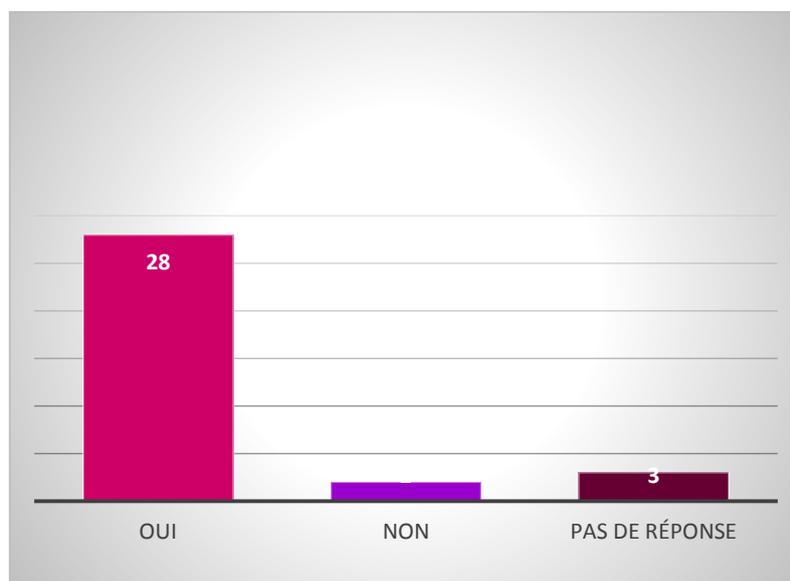


FIGURE 12 : REPRESENTATION GRAPHIQUE DU SOUHAI DES MEDECINS TRAITANTS A ETRE PLUS IMPLIQUES DANS LES DECISIONS DE LIMITATIONS.

9. Axe d'amélioration : l'outil ETICS en médecine générale

Dans 76% des cas (n=25), les médecins traitants estiment que l'outil ETICS pourrait être un axe d'amélioration dans la prise en charge des patients en fin de vie et une aide à la décision pour les limitations de soins.

La figure 13 précise l'avis des médecins généralistes sur la place de l'outil ETICS comme aide à la décision de limitations.

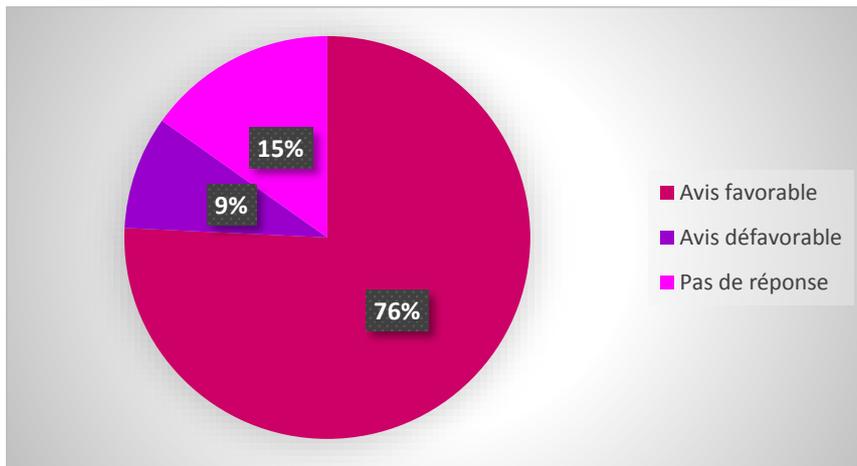


FIGURE 13 : AVIS DES MEDECINS TRAITANTS SUR LA PLACE DE L'OUTIL ETICS EN MEDECINE GENERALE COMME AIDE A LA DECISION DE LIMITATION.

III. DISCUSSION

1. Limites de l'étude

Le biais majeur est que la population étudiée repose sur le volontariat et non sur un tirage au sort. Les participants sont probablement des médecins intéressés par l'éthique, les soins palliatifs et les décisions de fin de vie, comme en témoigne le fait que plusieurs d'entre eux étaient déjà impliqués dans des réseaux de soins à domicile. La population étudiée n'est donc absolument pas représentative de la population de médecins traitants. Il existe donc un biais de confusion.

Notre étude comporte un faible nombre de participants, ce qui ne permet pas l'application de tests statistiques usuels.

Enfin, s'agissant d'une étude mono centrique, ses résultats ne sauraient être extrapolés à d'autres régions de l'île.

2. Données sociodémographiques

La population de médecins traitants étudiée était majoritairement masculine avec 78% d'hommes.

Les médecins généralistes ont montré un certain intérêt pour ce travail avec un taux de réponse de 48% aux questionnaires envoyés.

3. Implication des médecins généralistes dans les décisions de limitations de soins

a. Consultation du médecin traitant dans les décisions de limitations

Notre étude montre que seulement 21% des médecins traitants ont été contactés lors de la détermination d'une limitation de soins dans le cadre d'un projet hospitalier d'évaluation thérapeutique croissante de soins.

Par ailleurs, on retrouve une information du médecin traitant par le formulaire ETICS dans uniquement 8% dans le DPI sur la période de recueil des données.

Nos résultats sont en accord avec l'étude réalisée par Me Morin dans les départements de l'Essonne, du Val de Marne et de l'Aveyron sur *le rôle du médecin généraliste dans la décision*

d'arrêt thérapeutique prise en milieu hospitalier pour les patients en fin de vie. Les résultats montraient que seul un tiers des médecins généralistes avait participé à cette décision (20).

Une autre étude réalisée en 2003 par S.Fernandez-Curiel dans les mêmes départements sur *le rôle du médecin généraliste lors de la décision d'arrêt thérapeutique prise à l'hôpital* est en accord avec nos résultats. Celle-ci indiquait que 68.2% (n=105) des médecins généralistes n'étaient pas impliqués dans la stratégie de soins lorsque leurs patients étaient hospitalisés au CHU de Créteil (21).

Le processus décisionnel de limitation de soins fait intervenir un médecin consultant, extérieur à la situation donnée. Le médecin traitant, en tant que garant de la mémoire médicale de son patient durant son hospitalisation semble être la personne idéale à inclure dans ce processus décisionnel. Cependant, différentes études démontrent le contraire. En effet, l'étude de Le Meur en 2014 (22) constate que seulement 6 médecins généralistes interrogés (18.8%) ont participé à la décision de limitation de soins et que 26 d'entre eux ne sont pas du tout impliqués. L'étude de Ferrand en 2006 (2) montre que seul un quart des médecins généralistes est contacté lors de ces décisions.

Les discussions autour de la mort, la fin de vie sont des sujets parfois difficiles à aborder pour certains médecins généralistes et pour certains patients (23) (24) (25). Elles représentent un challenge pour ces médecins sans véritable expérience ou formation. Elles nécessitent un temps de consultation important avec la crainte de l'épuisement professionnel pour certains médecins généralistes. Ce constat peut donc expliquer le manque d'implication des médecins généralistes dans les décisions de limitations de soins.

L'absence d'implication du médecin traitant dans ces décisions peut également être expliquée par le manque de communication et d'interaction entre la ville et l'hôpital (2) (20).

b. Les médecins traitants souhaitent être plus impliqués dans les décisions de limitations de soins.

Notre étude montre que dans 84% des cas (n=28), les médecins généralistes interrogés souhaitent plus être impliqués dans les décisions de limitations de soins. Différentes études corroborent nos résultats (2) (20) (21) (26). En effet, l'étude de Ferrand (2) objective que 90% des médecins participants s'estiment compétents pour avoir une part active dans les décisions de limitations et d'arrêts de traitements. La thèse de Me Morin (20) montre que pour 70% des médecins généralistes leur participation aux décisions de LATA est vécue comme indispensable.

4. Communication ville/hôpital

Notre étude constate qu'une relation entre les médecins généralistes et l'hôpital existe, même si elle est rare : information du médecin traitant par le formulaire ETICS dans 8% des cas dans le DPI. Dans 21% des cas, les médecins traitants ont été contactés pour une décision de limitation de soins dans notre étude.

Cependant, nous avons constaté que la communication entre les médecins traitants et les médecins hospitaliers est loin d'être satisfaisante.

Notre étude révèle qu'une explication claire dans le cadre du projet institutionnel mis en place au CHGM n'a été délivrée que dans 6% des cas (n=2).

Par ailleurs, les médecins traitants de notre étude n'ont pas participé à la discussion concernant le projet de limitation de soins dans 90% des cas (n=30). Un accord entre médecin hospitalier et médecin traitant n'a été trouvé que dans 30% des cas (n=10).

Tous nos résultats prouvent qu'une relation médecin traitant/hôpital est réelle mais qu'elle reste décevante du point de vue des médecins traitants avec une insatisfaction générale.

Les études à ce sujet sont nombreuses et leurs résultats sont parfois mitigés. La plupart des études (2) (20) (21) (26) (27) (28) (29) (30) (31) (32) (33) (34) confirment les résultats de notre observation.

Ce constat a été fait depuis déjà plusieurs années. L'étude de Westerman (33) montre en 1990 une image inquiétante de la communication entre les soins primaires et secondaires. Médecins traitants et médecins hospitaliers semblent en désaccord sur la qualité des informations échangées.

L'étude de Balla en 1994 (27) met en évidence un certain manque de confiance et de communication entre médecins généralistes et médecins hospitaliers. Ces derniers ne prennent pas en compte l'expérience et la connaissance des médecins traitants de leurs patients, d'un point de vue médical mais également psycho social. Le médecin traitant reste souvent étranger au système hospitalier.

D'autres études mettent à mal la relation ville/hôpital en critiquant non pas la quantité mais la qualité des informations délivrées (20) (30) (31).

L'étude d'Ettesse en 2010 (28) démontre que l'implication du médecin traitant est un facteur indépendant de satisfaction dans la communication avec les familles, en particulier lorsque celles-ci relatent des états de stress post traumatiques ou des dépressions. Ainsi, l'implication du médecin traitant dans la prise en charge hospitalière permet également une communication satisfaisante avec les familles et parfois la résolution de conflits avec l'équipe hospitalière.

Pourtant, le médecin traitant en tant que pierre angulaire du vécu quotidien des patients et de l'ensemble des spécialités hospitalières serait la personne idéale pour représenter le patient à l'hôpital.

C'est ce que suggèrent également les différentes sociétés savantes et les instances nationales et internationales (6) (7) (8) (11) (12) (14).

5. Médecins traitants et directives anticipées

Notre étude révèle que dans 64% des cas (n=21), les médecins traitants interrogés n'ont pas connaissances des directives anticipées de leurs patients. Une recherche dans le DPI du logiciel *DxCare* du CHGM montre qu'aucune directive anticipée n'est présente dans les dossiers destinés à cet effet.

Une étude réalisée en 2004 (35) montre que les directives anticipées ne font pas partie de la culture médicale quotidienne. Les discussions de fin de vie impliquent une connaissance et une utilisation de l'éthique conséquente et sont parfois source de conflit entre médecin traitant et famille.

Le manque de formation à la prise en charge des patients en fin de vie pourrait être une explication à l'absence de connaissance et d'utilisation des directives anticipées.

L'étude de Noël en 1999 (36) montre qu'il existe un manque certain dans l'éducation médicale puisque 66,5% des médecins généralistes ne se sentaient pas à l'aise face aux situations de fin de vie. Ils estimaient ne pas avoir l'expérience requise pour ce genre de prise en charge.

Les soins palliatifs et les soins de support ne sont que très peu abordés lors de notre cursus médical. Cependant, fort de ce constat, la proposition de loi créant de nouveaux droits pour les personnes malades et en fin de vie du 17 mars 2015 (37) permet aux étudiants en médecine, aux médecins, infirmiers, aides-soignants l'accès à une formation aux soins palliatifs.

L'abord du sujet des directives anticipées est souvent tardif et apanage des médecins formés et actifs en médecine palliative. La loi Léonetti (6) a affirmé et confirmé cette spécialité, mais a également et indirectement orienté le recueil des directives anticipées du patient en fin de vie vers les professionnels de médecine palliative.

Une étude réalisée en 2013 (38) dans quatre pays européens (Italie, Espagne, Pays-Bas et Belgique) a permis de mettre en évidence de grandes variations dans les discussions concernant la fin de vie entre médecin traitant et patient. Cette étude révèle que les discussions concernant la fin de vie sont plus fréquentes et plus précoces dans les pays du nord de l'Europe (Pays-Bas et Belgique). La compétence palliative du médecin ainsi que le diagnostic de maladie terminale facilitent également les discussions. Ces différences de pratiques peuvent en partie être expliquées par la religion, la culture et l'éducation dispensées dans ces pays. En effet, les pays du Nord de l'Europe ont une culture de la décision et du contrôle qui favorisent les discussions de fin de vie. Le refus de la passivité vis-à-vis de sa propre fin de vie motive la discussion. A contrario, l'influence du catholicisme dans les pays du Sud de l'Europe a tendance à entraîner une certaine passivité face à la maladie voire même un déni. Les discussions de fin de vie ne se font que très rarement avec une certaine peur et un certain stress de la part du médecin traitant.

Une autre étude (39) comparant ces quatre pays d'Europe confirme le gradient nord/sud constaté. En effet, aux Pays-Bas, les discussions au sujet de la fin de vie sont abordées de façon beaucoup plus précoce. Ces divergences peuvent être expliquées par une organisation et une législation différente avec une formation plus importante aux soins palliatifs.

Les services d'urgences sont de plus en plus confrontés à la prise en charge de patients âgés, poly-pathologiques et la mort aux urgences est une réalité incontestable.

Un article publié en 2005 sur la *fin de vie aux urgences* (40) met en évidence une faillite de notre système de prise en charge de ces patients. En effet, le contexte de l'urgence, la méconnaissance des antécédents médicaux, de l'évolutivité de la pathologie sous-jacente et de l'autonomie du patient font parfois mettre en route des thérapeutiques inadaptées. Ainsi, l'identification et la prise en charge des patients en fin de vie doivent être optimisées. Il est fondamental d'impliquer au mieux les médecins traitants. Les auteurs de l'article ont constaté une diminution significative du taux d'admission aux urgences de ces patients lorsque le médecin traitant était impliqué dans un programme de continuité de soins.

Un autre article traitant des *décisions de limitation ou d'arrêt thérapeutiques actives dans les services d'urgence* (41) constate une inadaptation des soins primaires avec un recours aux services hospitaliers et notamment aux services d'urgence inapproprié. Des décisions de limitations ou d'arrêt des thérapeutiques en découlent mais les services d'urgence ne sont pas adaptés et surtout inexpérimentés pour de telles décisions.

6. La personne de confiance

Notre étude montre que dans 39% des cas (n= 13), les médecins traitants n'ont aucune idée de la personne de confiance de leur patient.

A la lecture du DPI, une personne de confiance était tracée dans 14 dossiers (soit 42%) dans le dossier destiné à cet effet (Recueil soignant). Il n'a été retrouvé qu'à une seule reprise dans le formulaire institutionnel.

Ces résultats sont en accord avec les données de la littérature. En effet, l'étude de Daire sur *la personne de confiance en médecine générale* (42), réalisée en 2012, retrouve que le dispositif de la personne de confiance est largement sous utilisé en médecine générale et qu'une majorité de médecins généralistes ne l'utilisent pas du tout (43.5 à 63%). Cette notion serait mal connue des médecins généralistes qui n'y trouveraient pas un intérêt dans leur pratique.

Dans cette même étude, les médecins généralistes étaient réticents à l'idée d'être nommés personne de confiance, avec la « crainte de conflit d'intérêt avec la famille ». Cette remarque est en contradiction avec la thèse de L'Hermite (26) qui retrouve que 16% des médecins généralistes ont été nommés personne de confiance. Ceci démontre la confiance qu'ont les patients en leur médecin traitant.

Par ailleurs, la législation française a légitimé la désignation du médecin traitant comme personne de confiance (6) (8) (37). Cette désignation doit être écrite. Elle est révisable à tout moment. Il est à noter que la personne de confiance participe, assiste et aide à la formulation des décisions du patient.

N'est-il cependant pas dangereux pour le médecin traitant désigné comme personne de confiance par le patient, de faire également partie des décisions de traitements ? Le risque de conflit d'intérêt avec la famille peut ainsi être envisagé. Le médecin traitant serait alors juge et partie dans la prise en charge de son patient hors d'état de s'exprimer. Cette remarque est d'autant plus valable, que le médecin traitant est censé retranscrire dans son dossier médical les décisions contenues dans les directives anticipées. Ne s'expose-t-on pas à certaines dérives ou contestations embarrassantes pour le médecin traitant ? A l'heure des errements médiatiques actuels, ces remarques ne doivent pas favoriser l'implication des médecins traitants en tant que personne de confiance.

7. Axes d'amélioration

a. Communication

Depuis de nombreuses années, le manque de communication est pointé du doigt. Historiquement, la médecine n'est pas une discipline d'équipe mais, progressivement le métier s'est modifié. Il s'est fractionné en de multiples disciplines qui doivent collaborer et apprendre à travailler ensemble pour une prise en charge optimale des patients.

Les difficultés de communication signalées résident dans :

- La nécessité de transmettre des informations de façon rapide, un maximum d'information dans un minimum de temps pour parfois aboutir à des décisions d'une importance majeure.
- Le problème de la forme de transmission de l'information : 80% des patients adressés aux urgences le sont par courrier joint. L'intérêt de ce modèle est la rapidité de réaliser et de transmettre les données de façon claire et concise, ce qui n'est pas toujours le cas.
- Le contenu souhaité de l'information transmise qui diffère selon le point de vue du généraliste ou du médecin hospitalier. Ainsi, le réanimateur prendra une décision basée essentiellement sur des données bio médicales alors que le généraliste se basera lui sur des critères bio médicales mais également psycho-socio-relationnels.
- L'accès à cette information à tout moment. En effet, si le médecin traitant dispose de souhaits et d'information concernant un de ses patients dont il ignore l'hospitalisation, il ne peut transmettre la volonté de ce dernier. Cela est d'autant plus vrai lors de période où le médecin ne travaille pas notamment la nuit ou le weekend.

Ainsi, des propositions d'amélioration de la communication peuvent être effectuées.

- L'intérêt de l'utilisation du Dossier Médical Partagé est, depuis de nombreuses années, évoqué comme une pièce maîtresse d'ouverture et de gestion des patients. Cependant, son efficacité actuelle est pour le moment remise en question. Néanmoins, il représente une source d'information importante, un carnet de santé informatisé et sécurisé accessible sur internet, gratuit. Il contient les comptes rendus hospitaliers et radiologiques, les résultats d'analyses biologiques, les antécédents, les allergies, les actes importants réalisés, les médicaments prescrits et délivrés. Il pourrait être largement utilisé lors de l'admission aux urgences de patients « chroniques » afin d'éviter l'instauration de thérapeutiques parfois inadaptées.
- L'utilisation plus importante d'internet et la communication par mails sont également des moyens d'améliorer la communication entre praticiens. L'utilisation de logiciels de transmission d'information sécurisée par mail type APICRYPT est déjà exploitée dans certains cabinets de médecine générale pour la réception de résultats biologiques (26). Les médecins généralistes pourraient ainsi délivrer leurs mails sécurisés aux hôpitaux lors de l'hospitalisation en urgence ou non de leurs patients. Ce moyen économique et écologique se heurte cependant à des réticences, en particulier en ce qui concerne la sécurité des informations.
- Une autre proposition d'amélioration de la communication est l'utilisation de fiche de liaison. Dans le département de la Mayenne, une fiche de liaison SAMU urgences Pallia 53 est disponible à l'ensemble des médecins généralistes et transmis aux médecins

régulateurs du SAMU. Cette fiche comprend plusieurs parties dont la pathologie principale, les diagnostics associés à prendre en compte, les connaissances du diagnostic par le malade et ses proches, les souhaits exprimés, les directives anticipées, le projet thérapeutique, les décisions collégiales et limitations thérapeutiques réalisées et les prescriptions anticipées. Dans l'étude de Pechard en 2013 (43), 88% des médecins déclaraient que cette fiche pouvait être utile pour leur propre spécialité lors de l'absence ou pour éviter d'être sollicité pendant une autre activité.

- La proposition d'une permanence téléphonique peut également être une solution envisageable pour aider à la prise en charge de patients complexes. Dans l'étude de Marrilliet (44), les médecins généralistes étaient interrogés sur l'intérêt de la mise en place d'une permanence téléphonique au sein de l'unité de soins palliatifs. Tous les médecins répondant ont estimé « très utile » ou « plutôt utile » ce moyen d'aide.
- L'amélioration du réseau ville/hôpital est également un moyen de favoriser la communication avec la création de réseaux ville-hôpital. La mobilisation et la mise en relation des différentes ressources sanitaires et sociales autour des besoins des personnes permettent ainsi d'améliorer la prise en charge globale et d'éviter le sentiment de solitude parfois ressenti par les médecins traitants.

b. Anticipation

Un rapport sur la fin de vie, réalisé en 2011, révèle que seules 34% des personnes décèdent à côté d'un proche et 66% à côté d'un soignant (3). La mort et la fin de vie restent des sujets tabous en France. Il est important de les replacer dans la vie car elles font malgré tout partie de la vie. Elles sont des étapes nécessaires et inévitables. Occulter la mort dans la prise en charge des patients paraît être une décision dangereuse.

La fin de vie peut être anticipée par la personne elle-même. L'évocation de ses propres volontés avec ses proches, son médecin traitant, la désignation d'une personne de confiance ou la réalisation de directives anticipées peuvent aider au respect des souhaits du patient.

Ainsi, des propositions d'amélioration de l'anticipation peuvent être envisagées.

- L'outil ETICS utilisé au CHGM peut être envisagé comme une piste. En effet, notre étude montre que dans 76% des cas (n=25), les médecins traitants interrogés estimaient que cette échelle pourrait être un axe d'amélioration dans la prise en charge des patients en fin de vie et une aide à la décision de limitations de soins. En imaginant une diffusion de l'ETICS en médecine générale, cet outil pourrait permettre la réalisation d'une décision collégiale entre médecins hospitaliers et médecins traitants. Il pourrait également servir de base de données pour une aide à la décision de limitations de soins. Cependant, il ne faut en aucun cas voir dans cet outil une décision de limitation fixée et figée. C'est une aide à la réflexion et non une décision et une catégorisation du patient immuable.
- La législation française met en avant la valorisation et la diffusion des directives anticipées (6) (37). Cependant, cette notion est très mal connue de la population française et peu utilisée chez les professionnels de santé. Notre étude, en accord avec les données de la littérature, révèle que dans 64% des cas (n=21), les médecins traitants n'avaient aucune idée des directives anticipées de leurs patients. Ainsi, des campagnes d'information sur la loi Léonetti et les différentes possibilités que celle-ci offre pour

anticiper sa propre fin de vie seraient nécessaires. La création d'un fichier standardisé sur support papier ou informatisé (type registre national), associé à un guide d'aide à la rédaction, disponible facilement pour les médecins et les patients pourrait être un moyen de diffusion des directives anticipées. Par ailleurs, la mise en place d'une plateforme sécurisée de dépôts de directives anticipées comme suggérée dans la proposition de loi du 17 Mars (37) pourrait également être un moyen d'aide à la décision de limitations de soins. Cependant, il est important de ne pas voir dans les directives anticipées une solution parfaite aux problèmes des décisions de fin de vie. Il me semble important de rester prudents sur l'impact de celles-ci. Les directives anticipées sont le reflet des souhaits et des attentes du patient à un instant de sa vie. Il est donc nécessaire de s'assurer en tant que médecin traitant de la validité de celles-ci.

- L'amélioration des décisions de fin de vie aux Etats Unis est passée par la création d'un système nommé POLST (*Physician Orders for Life-Sustaining Treatment* – Annexe D). Cette approche équivaut à notre ETICS. Elle a été initialement mise en place en Californie afin d'éviter l'obstination déraisonnable chez les personnes fragiles notamment celles admises en maison de retraite. Le POLST est disponible sur internet avec un guide d'aide à la rédaction. Il permet ainsi de recueillir les directives anticipées des personnes le souhaitant. La formation des professionnels de santé à cet outil a permis une large diffusion mais également une adhésion et une utilisation importante dans la population générale. Plusieurs études (45) (46) (47) (48) ont ainsi démontré l'efficacité de cet outil pour l'amélioration des décisions de fin de vie, le recueil, la diffusion et le respect des directives anticipées. Un tel système pourrait être largement utilisé en France.
- En Allemagne, un protocole d'étude nommé *Advance Care Planning* (ACP) a été mis en place après la modification récente de la législation à propos des directives anticipées. Ce programme permet le recueil et l'utilisation des directives anticipées. L'étude de Schmitzen en 2011 (49) démontre qu'un tel programme de valorisation des directives anticipées peut être développé et utilisé afin de respecter les souhaits des patients en fin de vie. Cependant, les auteurs notent une nécessité d'implication majeure des professionnels de santé et notamment des médecins généralistes. Le développement de l'ACP demande une formation et un entraînement afin d'aborder ces sujets délicats dans de bonnes conditions. Une modification des mœurs et de la culture actuelle en matière de fin de vie doit s'opérer. Une autre étude réalisée en 2011 (50) comparant l'utilisation de l'ACP en Belgique et au Pays Bas a montré qu'un tiers des patients décédés avaient effectué des directives anticipées selon le programme ACP. Néanmoins, il reste des progrès à faire, notamment en termes d'anticipation afin que les décisions de fin de vie soient correctement prises, dans le respect du patient.
- Dans le cadre de l'amélioration des conditions professionnelles, de la qualité des soins mais aussi de l'amélioration du processus décisionnel dans l'élaboration de LATA, la création de réseaux de soins pourrait être une autre piste à envisager. L'étude de Van Den Block (51) présente l'utilisation d'un réseau de surveillance de médecins généralistes d'Europe qui enregistre les décès et les circonstances de fin de vie de leurs patients. Ce réseau de surveillance permet ainsi une description épidémiologique sur la fin de vie dans plusieurs pays d'Europe. Il peut donc servir de base de données afin de monitorer la fin de vie et permettre une amélioration des pratiques avec une anticipation certaine pour un respect des souhaits des patients. Il faut également souligner le développement des structures d'accompagnement des patients à domicile telles que les

réseaux de soins, les équipes mobiles en soins palliatifs et en soins de support, l'hospitalisation à domicile... Ces différentes structures contribuent à préserver le généraliste par l'aide à la prescription, le regroupement pluri professionnel, l'interdisciplinarité, la collégialité.

c. Formation

La formation en soins palliatifs et à l'éthique apparaît être un axe d'amélioration majeur. Celle-ci occupe une place minime dans notre cursus médical et pourtant des médecins généralistes réalisent dans leur pratique quotidienne des décisions de limitations thérapeutiques. L'étude de Lapage (52) révèle que 98% des médecins généralistes s'impliquaient dans les décisions de limitations avec 68% d'entre eux pratiquant des soins palliatifs. 90% des médecins interrogés considéraient que la prise en charge palliative faisait partie intégrante de leur métier.

L'impression d'incompétence et le manque de formation est une réalité. En effet, la thèse de L'Hermitte sur *la place du médecin généraliste dans les limitations et arrêts des thérapeutiques actives au CHU d'Angers* (26) montre que 18% des médecins ne se trouvent pas compétents et 20% signalent le manque de formation comme limite à leur implication. La thèse de Nicourt sur *l'évaluation de l'implication du médecin généraliste dans la prise de décision d'entrée en soins palliatifs lors d'une hospitalisation* (32) révèle le même constat. 55% des médecins admettent ne pas avoir reçu de formation aux soins palliatifs alors qu'ils seront inévitablement confrontés à la prise en charge de patient en fin de vie. 71% d'entre eux considèrent cet apprentissage indispensable.

Il paraît donc indispensable de développer des formations continues au cours de l'exercice médical afin d'améliorer la prise en charge des patients en fin de vie. L'amélioration des pratiques peut ainsi se faire par l'intermédiaire de diplôme universitaire (DU) ou interuniversitaires (DIU), qui restent cependant difficilement accessibles. Ne faudrait-il pas mettre en place des formations plus courtes, plus ciblées ? Celles-ci seraient sans doute plus adaptées au mode d'exercice des médecins généralistes. Cette demande de formation ne touche pas uniquement les soignants mais est également demandée par les aidants principaux. Ces formations sont également indispensables car source d'échange et de rencontres entre professionnels.

Il serait également intéressant de développer une meilleure communication sur les formations, les aides, les réseaux et les numéros d'astreinte afin de favoriser la diffusion des différentes initiatives prises.

d. Limites à l'implication des médecins traitants

En médecine générale, seuls les actes de soins sont remboursés. Les temps de coordination, de prévention, d'assistance ne sont pas pris en compte, avec une rémunération identique quel que soit le temps passé. D'un point de vue économique pur, cela peut aboutir à un manque de revenus non négligeable et ne favorise pas ce type de prise en charge. Une revalorisation des prestations avec la mise en place de consultations dédiées aux discussions liées à la fin de vie permettraient peut-être une meilleure implication des médecins traitants et une meilleure prise

en charge des patients en fin de vie. Ainsi, les médecins généralistes pourraient y voir une reconnaissance dans le travail accompli.

Par ailleurs, le manque de temps est actuellement la contrainte majeure dans une démographie médicale qui ne cesse de voir diminuer le nombre de médecins dans des zones dites désertées sur le plan médical. Cette situation augmente le nombre de malades à prendre en charge et diminue le temps dédié à chaque patient. Dans ces conditions, les situations complexes, émotionnellement fortes et chronophages de décision de limitation ou arrêt thérapeutiques semblent parfois des moments difficilement supportables. L'étude de Texier sur le *refus de prise en charge du patient en soins palliatifs (en phase terminale) à domicile par son médecin généraliste* (24), décrit deux types de population médicale en difficulté voire en souffrance face à ce type de situation.

- Une population de femmes, installées en cabinet urbain ou semi rural de groupe qui ne refuse pas d'emblée les prises en charge palliatives à domicile mais affirment avec recul devoir abandonner ces patients pour des motifs liés à l'interrelation entre leur vie professionnelle et personnelle.
- D'un autre côté, une population d'hommes, plus âgés, installés en cabinet rural, seuls, qui eux refusent d'emblée les prises en charge palliatives à domicile pour des motifs liés à la crainte ou la réalité de l'épuisement professionnel.

Dans cette étude, il est également mis en évidence des éléments tels que la solitude, la lourdeur ou la charge de travail et la chronophagie induite par cette surcharge de travail potentiellement responsable de « burn out » du médecin.

Ainsi, l'ensemble de ces facteurs montre la particularité de ces prises en charge et la nécessité de les valoriser. C'est en considérant le travail réalisé que l'épanouissement des acteurs médicaux sera favorisé.

IV. CONCLUSION

Notre étude a montré que les médecins traitants étaient peu impliqués dans les discussions de fin de vie. En effet, ils ont été contactés par les médecins hospitaliers dans 21% des cas, seuls deux médecins traitants ont eu le sentiment de participer à une discussion déterminant la limitation, les trente autres ont été informés d'une décision prise collégalement au sein de l'institution hospitalière. Le médecin traitant évoque un plein accord dans 30% des cas. Pourtant, dans 84% des cas, les médecins traitants interrogés dans notre étude voudraient être davantage impliqués dans les décisions de fin de vie. En ce qui concerne les directives anticipées, ceux-ci ont déclaré avoir connaissance des directives anticipées de leur patient dans 36% des cas et de la personne de confiance dans 61% des cas. Enfin, la discussion autour de la fin de vie n'a été tracée dans le dossier patient des médecins traitants que dans 30% des cas.

Ces résultats nous ont permis de mettre en évidence un manque de concordance entre la volonté de participation des médecins généralistes dans les décisions de fin de vie et leur réelle implication.

L'avis du médecin traitant apparaît nécessaire dans les décisions de fin de vie. Il possède un point de vue complètement différent de celui des médecins réanimateurs par la connaissance globale du patient et de son environnement. Il enrichit ainsi la décision collégiale et facilite l'émergence d'une vraie discussion éthique. Il est également le représentant du patient, de sa famille et peut être le médiateur en cas de conflit entre la famille et l'hôpital.

L'amélioration globale de la communication entre médecins traitants et médecins hospitaliers semble être un axe de travail primordial. Une meilleure transmission des informations concernant leurs patients permettrait une meilleure compréhension du travail de ces praticiens et une meilleure estime réciproque de leurs actions respectives. Une plus grande utilisation de l'informatique, le dossier médical partagé ou la mise en place de fiche de liaison disponible au SAMU sont des propositions intéressantes.

La communication et la coopération occupent une place centrale dans la prise en charge des patients. La valorisation d'un réseau ville/hôpital pourrait à mon sens améliorer la qualité mais également la coordination de soins. Nous pourrions ainsi diminuer le nombre de ré-hospitalisations, améliorer les prises en charge et favoriser une bonne surveillance.

L'anticipation de la fin de vie est également un axe de travail à privilégier afin d'éviter des décisions dans un contexte d'urgence. La création de base de données informatisée pour le recueil des directives anticipées, la diffusion de questionnaire tels que l'ETICS dans notre étude, de programme tels que le *POLST* aux Etats-Unis ou encore de l'*ACP* en Allemagne pourraient être des pistes sérieuses à envisager. Le médecin traitant apparaît comme la personne idéale pour aborder le sujet des directives anticipées. Il reste, au regard du patient, le médecin traitant. Le praticien soigne généralement ses patients depuis de nombreuses années. Il est le garant de la mémoire médicale de son patient, il connaît son environnement social et familial. Une relation de confiance réciproque s'est, dans la plupart des cas, mise en place permettant d'aborder des sujets difficiles.

Ainsi, une précocité de la communication et une planification permettraient d'améliorer la prise en charge et la qualité de la décision.

La formation des équipes médicales, paramédicales mais également des aidants principaux fait aussi partie de l'amélioration de la prise en charge des patients en fin de vie.

Néanmoins, certaines limites sont constatées dans l'implication des médecins généralistes dans les décisions de fin de vie. Ces prises en charge sont relativement chronophages avec un contexte relationnel et émotionnel fort, parfois difficile à vivre pour certains médecins.

Par ailleurs, en miroir de ce travail, il serait intéressant de connaître le point de vue des médecins hospitaliers sur la place qu'ils donnent aux médecins traitants dans les décisions de fin de vie. Il serait également intéressant de connaître la place souhaitée des intervenants paramédicaux dans ces décisions de LATA, puisqu'autant impliqués dans la prise en charge de ces patients en fin de vie, que ce soit en milieu hospitalier ou à domicile.

Notre travail suggère l'intérêt d'une réflexion collégiale lors de la mise en place de décisions de limitations et d'arrêts des thérapeutiques. Cependant, quel est le devenir de ces décisions ? Sont-elles réévaluées en fonction de l'évolution du patient ? Nos résultats montrent que 12% des patients concernés par ces décisions de limitations ne sont pas décédés au moment de notre étude. Ainsi, ces décisions ont-elles été réévaluées ? Comment les soins ont-ils été réinvestis par la suite ? Un travail rétrospectif répondant à ses questions pourrait être intéressant. Faciliter les rencontres entre équipes hospitalières et équipes libérales afin de coordonner les soins pour une prise en charge adaptée et personnalisée dans l'intérêt du patient est une démarche à poursuivre.

Enfin, la fin de vie est un moment crucial et la mort un instant redouté par chaque être humain. Le développement de la médecine et les prouesses techniques actuellement possibles sont des réponses aux angoisses provoquées par cette étape difficile. Ainsi, il s'en suit de nombreux questionnements sur les moyens à utiliser, les lieux à favoriser, les moments de mise en place et le rôle à donner à chaque acteur. Les réponses sont d'autant plus difficiles que chaque fin de vie est un moment unique et propre à chaque individu. La médicalisation de cette partie de vie n'est pas une solution en soi mais juste un outil pour permettre l'accompagnement de chaque mourant.

Notre travail sur *la place du médecin traitant dans les limitations de soins* est le premier du genre réalisé à la Réunion. Le faible effectif de l'étude ainsi que l'absence de randomisation de la population étudiée ne permettent que de dégager des tendances, au premier rang desquelles la nécessité pour l'hôpital d'aller au-devant des médecins traitants.

Le moindre des paradoxes de ce travail n'est-il pas d'une part, le faible taux de réponse des médecins traitants à cette enquête, en opposition avec le souhait de ceux qui ont répondu d'être plus impliqués dans les décisions relatives à la fin de vie de leurs patients ?

V. ANNEXES

1. ETICS (Annexe A)

Grade/niveau A : comportent les soins intensifs & réanimation ou avancés
Toute mesure nécessaire à la précision diagnostique Toute mesure thérapeutique conforme au standard optimum, incluant les manœuvres de réanimation CP et l'admission en soins intensifs ou orientation vers un centre spécialisé
Grade/niveau B : comportent les soins ordinaires ou usuels
Mesure diagnostiques usuelles: radiologie, labo disponibles facilement et peu envahissantes Mesures médicales usuelles : médicaments, antibiothérapie, solutés, gavage temporaires Mesures chirurgicales usuelles : lors des pathologies intercurrentes risquant de limiter encore davantage le contrôle des symptômes
Grade/niveau C : comportent les soins palliatifs
Maintien ou restauration de l'intégrité cutanée Soins de la mécanique corporelle: kiné, ergothérapeute, orthophoniste, podologue Contrôle de l'élimination : laxatifs, lavements, sondes Hydratation et nutrition par des moyens normaux Contrôle des symptômes spécifiques: douleur, dysphagie, nausées, vomissements, fièvre, vertiges. Cela peut inclure l'antibiothérapie et la chirurgie si le bénéfice en est le contrôle de ces symptômes.
Grade/niveau D : comportent les soins de phase terminale
Soins associés à l'hygiène corporelle Positionnement corporel confortable Soins buccaux Contrôle de la douleur et de l'inconfort Support émotionnel

2. Données pour remplissage ETICS (Annexe B)

- Date de la décision
- ETICS proprement dit
- Composition du collège médical :
 - Nom du premier médecin
 - Nom du deuxième médecin
 - Nom du troisième médecin (non obligatoire)
- Nom du médecin traitant
- Information à la famille oui non
- Information du médecin traitant oui non
- Remarque:
- Motivation de la décision :

3. Questionnaire principal (Annexe C)

Je réalise une thèse de médecine générale qui porte sur les limitations de soins au Centre Hospitalier Gabriel Martin et plus particulièrement sur la consultation du médecin traitant dans cette décision de limitation de soins.

Au CHGM, un questionnaire permettant d'établir une Echelle Thérapeutique d'Intensité Croissante de Soins (ETICS) est d'utilisation fréquente. Celle-ci nous permet d'établir un projet thérapeutique et in fine une potentielle décision de limitation de soins pour tout patient hospitalisé au sein de l'établissement.

En tant que médecin traitant votre avis sur le projet thérapeutique est donc essentiel.

Ce questionnaire (d'une durée de 10 à 15min) a donc pour but de savoir si vous avez en tant que médecin traitant été contacté et consulté dans ce projet thérapeutique et dans la limitation des soins.

- Question 1 :

Avez-vous été contacté pour tel patient ?

Oui / Non

- Question 2 :

Vous a-t-on expliqué le contexte institutionnel du projet thérapeutique au CHGM ?

Oui/ Non

- Question 3 :

Avez-vous participé à la discussion concernant le projet thérapeutique de votre patient ?

Oui/ Non

Si oui, quels ont été vos arguments

- Question 4 :

Connaissez-vous les directives anticipées ?

Oui/ Non

Si oui, quelles étaient-elles ?

- Question 5 :

Avez-vous eu connaissance d'une personne de confiance pour votre patient ?

Oui/ Non

Si oui, le nom de cette personne a-t-il été noté dans votre dossier patient ?

- Question 6 :

Avez-vous formulé un avis quant au projet thérapeutique et à la limitation de soins concernant votre patient ?

Oui/ Non

Si oui, quel était votre avis sur le projet thérapeutique ?

- Question 7 :

Avez-vous tracé cette discussion dans votre dossier patient pour une communication ultérieure ?

Oui/ Non

- Question 8 :

Un accord entre vous et votre interlocuteur a-t-il été trouvé ?

Oui/ Non

- Question 9 :

Votre patient est-il décédé ?

Oui/ Non

- Question 10 :

Pensez-vous que la diffusion du questionnaire ETICS apporterait un bénéfice supplémentaire dans la prise en charge du patient en fin de vie ?

Oui/ Non

- Question 11 :

Souhaitez-vous être d'avantage impliqués dans la décision de limitation de soins de vos patients en fin de vie.

Oui/ Non

Merci de votre participation

Emilie BEDANI (interne de médecine générale)

HIPAA PERMITS DISCLOSURE OF POLST TO OTHER HEALTHCARE PROVIDERS AS NECESSARY**Patient Information**

Name (last, first, middle):	Date of Birth:	Gender: M F
-----------------------------	----------------	---------------------------

Healthcare Provider Assisting with Form Preparation N/A if POLST is completed by signing physician

Name:	Title:	Phone Number:
-------	--------	---------------

Additional Contact None

Name:	Relationship to Patient:	Phone Number:
-------	--------------------------	---------------

Directions for Healthcare Provider**Completing POLST**

- **Completing a POLST form is voluntary.** California law requires that a POLST form be followed by healthcare providers, and provides immunity to those who comply in good faith. In the hospital setting, a patient will be assessed by a physician who will issue appropriate orders that are consistent with the patient's preferences.
- **POLST does not replace the Advance Directive.** When available, review the Advance Directive and POLST form to ensure consistency, and update forms appropriately to resolve any conflicts.
- POLST must be completed by a healthcare provider based on patient preferences and medical indications.
- A legally recognized decisionmaker may include a court-appointed conservator or guardian, agent designated in an Advance Directive, orally designated surrogate, spouse, registered domestic partner, parent of a minor, closest available relative, or person whom the patient's physician believes best knows what is in the patient's best interest and will make decisions in accordance with the patient's expressed wishes and values to the extent known.
- A legally recognized decisionmaker may execute the POLST form only if the patient lacks capacity or has designated that the decisionmaker's authority is effective immediately.
- POLST must be signed by a physician and the patient or decisionmaker to be valid. Verbal orders are acceptable with follow-up signature by physician in accordance with facility/community policy.
- If a translated form is used with patient or decisionmaker, attach it to the signed English POLST form.
- Use of original form is strongly encouraged. Photocopies and FAXes of signed POLST forms are legal and valid. A copy should be retained in patient's medical record, on Ultra Pink paper when possible.

Using POLST

- Any incomplete section of POLST implies full treatment for that section.
- Section A:*
- If found pulseless and not breathing, no defibrillator (including automated external defibrillators) or chest compressions should be used on a patient who has chosen "Do Not Attempt Resuscitation."
- Section B:*
- When comfort cannot be achieved in the current setting, the patient, including someone with "Comfort-Focused Treatment," should be transferred to a setting able to provide comfort (e.g., treatment of a hip fracture).
 - Non-invasive positive airway pressure includes continuous positive airway pressure (CPAP), bi-level positive airway pressure (BiPAP), and bag valve mask (BVM) assisted respirations.
 - IV antibiotics and hydration generally are not "Comfort-Focused Treatment."
 - Treatment of dehydration prolongs life. If a patient desires IV fluids, indicate "Selective Treatment" or "Full Treatment."
 - Depending on local EMS protocol, "Additional Orders" written in Section B may not be implemented by EMS personnel.

Reviewing POLST

It is recommended that POLST be reviewed periodically. Review is recommended when:

- The patient is transferred from one care setting or care level to another, or
- There is a substantial change in the patient's health status, or
- The patient's treatment preferences change.

Modifying and Voiding POLST

- A patient with capacity can, at any time, request alternative treatment or revoke a POLST by any means that indicates intent to revoke. It is recommended that revocation be documented by drawing a line through Sections A through D, writing "VOID" in large letters, and signing and dating this line.
- A legally recognized decisionmaker may request to modify the orders, in collaboration with the physician, based on the known desires of the patient or, if unknown, the patient's best interests.

This form is approved by the California Emergency Medical Services Authority in cooperation with the statewide POLST Task Force. For more information or a copy of the form, visit www.caPOLST.org.

SEND FORM WITH PATIENT WHENEVER TRANSFERRED OR DISCHARGED

VI. BIBLIOGRAPHIE

1. **Insee.** Projections de population pour la France métropolitaine à l'horizon 2050 -La population continue de croître et le vieillissement se poursuit. [En ligne] http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=ip1089.
2. **Ferrand.** Participation of French general practitioners in end-of-life decisions for their hospitalised patients. *J Med Ethics.* 2006, Vol. 32.
3. **Observatoire national de la fin de vie, France.** Observatoire national de la fin de vie: rapport 2011- Fin de vie un premier état des lieux. *La documentation française.* [En ligne] Février 2012. [Citation : 27 Aout 2015.] <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/124000093/index.shtml>.
4. **Reignier.** Limitations et arrêts des traitements ou réanimation d'attente? *SFMU.* [En ligne] 2011. http://sofia.medicalistes.org/spip/IMG/pdf/Limitation_et_arrets_des_traitements_ou_reanimation_d_attente.pdf.
5. **Carenjot.** De Vincent Humbert à Vincent Lambert, l'euthanasie médicale sur le devant de la scène médiatique. *bioéthiques et réflexions.* [En ligne] WordPress, Avril 2014. <https://bioethiquereflexions.wordpress.com/2014/04/09/de-vincent-humbert-a-vincent-lambert-leuthanasie-medicale-sur-le-devant-de-la-scene-mediatique/>.
6. **Legifrance.** Loi N°2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie. *Legifrance.gouv.fr.* [En ligne] 2005. <http://legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000446240&dateTexte=&categorieLien=id>.
7. **Ordre National des Médecins.** *Code de Déontologie Médicale.* 2012.
8. **Legifrance.** Legifrance.gouv.fr. *Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.* [En ligne] 2011. <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000227015>.
9. **Legifrance.** Décret n° 2006-120 du 6 février 2006. *Legifrance.gouv.fr.* [En ligne] Février 2006. <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000264708>.
10. **Sicard.** *Penser solidairement le fin de vie.* 2012. <http://www.elysee.fr/assets/pdf/Rapport-de-la-commission-de-reflexion-sur-la-fin-de-vie-en-France.pdf>.
11. **Ferrand.** Les limitations et arrêts de thérapeutique(s) active(s) en réanimation adulte. Recommandations de la société de réanimation de langue française. *Réanimation.* Elsevier Masson SAS, 2002, Vol. 11.
12. **Société de réanimation de langue française.** Limitation et arrêt des traitement en réanimation adulte. Actualisation des recommandations de la société de réanimation de langue française. *Réanimation.* Elsevier Masson SAS, 2010, Vol. 19.

13. **Lienhart.** Recommandations de bonnes pratiques cliniques concernant l'application de la loi n°2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie. *Annales françaises d'anesthésie et de réanimation*. Elsevier Masson SAS, 2006, Vol. 25, 11-12.
14. **Haegy.** Ethique et urgences. Réflexions et recommandations de la Société Francophone de Médecine d'Urgence. *Ethique et urgence*. Journal Européen des urgences, 2003.
15. **ANAES.** Modalités de prise en charge de l'adulte nécessitant des soins palliatifs - Recommandations pour la pratique clinique. HAS. [En ligne] Décembre 2002. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/txt_soins_palliatifs_recommandations_finales_mise_en_ligne.pdf.
16. **OMS.** National Cancer control programmes- Policies and managerial guidelines 2nd edition. WHO. [En ligne] 2002. <http://www.who.int/cancer/media/en/408.pdf>.
17. **Legifrance.** Loi n°99-477 du 9 juin 1999 visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs. *Legifrance.gouv.fr*. [En ligne] juin 2000. <http://legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000212121>.
18. **SFAP.** Société française d'accompagnement et de soins palliatifs. *sfap.org*. [En ligne] 1990.
19. **Legifrance.** Code de la santé publique - Article R710-2-6. *Legifrance.gouv.fr*. [En ligne] mai 2003. <http://legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006802415>.
20. **Morin.** *Le rôle du médecin généraliste dans la décision d'arrêt thérapeutique prise en milieu hospitalier pour les patients en fin de vie : comparaison en milieu rural et urbain*. Paris : s.n., 2004.
21. **Fernandez-Curiel.** *Le rôle du médecin généraliste lors de la décision d'arrêt thérapeutique prise à l'hôpital*. Paris : s.n., 2003.
22. **Le Meur.** Implication insuffisante des médecins généralistes lors de décisions de limitation et/ou d'arrêt des traitements au sein d'un service de réanimation. . *Presse Médicale*. Elsevier Masson SAS, 2014, Vol. 43.
23. **Barclay.** End-of-life care conversations with heart failure patients: a systematic literature review and narrative synthesis. *British Journal of General Practice*. 2011.
24. **Texier.** Refus de prise en charge du patient en soins palliatifs (en phase terminale) à domicile par son médecin généraliste: est-ce une réalité. *Médecine Palliative-Soins de support-Accompagnement-Ethique*. Elsevier Masson SAS, 2012, Vol. 12.
25. **Dahlhaus.** Involvement of general practitioners in palliative cancer care: a qualitative study. *Support Care Cancer*. 2013, Vol. 21.
26. **L'Hermite.** *Place du médecin généraliste dans les limitations et arrêts des thérapeutiques actives au CHU d'Angers*. Amiens : s.n., 2013.
27. **Balla.** Improving the continuity of care between general practitioners and public hospitals. *THE MEDICAL JOURNAL OF AUSTRALIA*. 1994, Vol. 161.

28. **Etesse.** How the relationships between general practitioners and intensivists can be improved: the general practitioners' point of view. *Critical Care*. 2010, Vol. 14.
29. **DeLaitre.** Relations entre médecin traitant et médecin réanimateur: l'opinion des réanimateurs de huit départements du sud de la France. *Annales françaises d'anesthésie et de réanimation*. Elsevier Masson, 2006, Vol. 25.
30. **Giraud.** *Coopération ville-hôpital: le point de vue des médecins généralistes*. Grenoble : s.n., 2010.
31. **Hubert.** Information médicale : de l'hôpital à la ville. Que perçoit le médecin traitant? *La presse médicale*. 2009, Vol. 38, 10.
32. **Nicourt.** *Evaluation de l'implication du médecin généraliste dans la prise de décision d'entrée en soins palliatifs lors d'une hospitalisation*. Grenoble : s.n., 2014.
33. **Westerman.** A study of communication between general. *British Journal of General Practice*. 1990, Vol. 40.
34. **Bertrand.** Le point de vue des médecins généralistes sur l'évaluation de la qualité des soins à l'hôpital. *Santé Publique*. 1999, Vol. 11, 4.
35. **Lang.** Making decisions with families at the end of life. *American Family Physician*. 2004, Vol. 15.
36. **Nöel.** Opinion de médecins généralistes face aux fins de vie à domicile. *Presse Med*. 1999, Vol. 28.
37. **Assemblée Nationale.** Proposition de loi n°486 du 17 mars 2015. *assemblée nationale.fr*. [En ligne] Mars 2015. <http://www.assemblee-nationale.fr/14/pdf/ta/ta0486.pdf>.
38. **Evans.** End-Of-Life Decisions: a cross-national study of treatment preference discussions and surrogate decision-maker appointments. *Plos One*. 2013, Vol. 8.
39. **Evans.** End-of-Life Communication: A Retrospective Survey of Representative General Practitioner Networks in Four Countries. *Journal of Pain and Symptom Management*. Elsevier, 2014, Vol. 47, 3.
40. **Tardy.** Fin de vie aux urgences. *Société de réanimation de langue française*. Elsevier SAS, 2005, Vol. 14.
41. **LeConte.** Décisions de limitation ou d'arrêt des thérapeutiques actives dans les services d'urgence. *Société de réanimation de langue française*. Elsevier Masson SAS, 2008.
42. **Daire.** La personne de confiance en médecine générale. *Soins gériatriques*. Elsevier, 2012, Vol. 17, 98.
43. **Pechard.** Intérêts d'une fiche de liaison en situation d'urgence de patients en soins palliatifs. *Médecine Palliative : Soins de Support - Accompagnement - Éthique*. Elsevier, 2013, Vol. 12.
44. **Marrilliet.** Intérêt d'une permanence téléphonique de soins palliatifs. Enquête postale auprès des médecins généralistes isérois. *Médecine Palliative : Soins de Support - Accompagnement - Éthique*. Elsevier, 2013, Vol. 12.

45. **Hammes.** The POLST program: a retrospective review of the demographics of use and outcomes in one community where advance directives are prevalent. *Journal of Palliative Medicine.* 2012, Vol. 15.
46. **Hickman.** A comparison of methods to communicate treatment preferences in nursing facilities: traditional practices versus the physician orders for life-sustaining treatment program. *journal of the American Geriatrics Society.* 2010, Vol. 58.
47. **Hickman.** Use of the Physician Orders for Life-Sustaining Treatment Program for Patients Being Discharged from the Hospital to the Nursing Facility. *journal of Palliative Medicine.* 2014, Vol. 17, 1.
48. **Wenger.** Implementation of Physician Orders for Life Sustaining Treatment in Nursing Homes in California: evaluation of a Novel Statewide Dissemination Mechanism. *Journal of General Internal Medicine.* 2012, Vol. 28.
49. **Schmiten.** A complex regional intervention to implement advance care planning in one town's nursing homes: Protocol of a controlled inter-regional study. *BioMed Central Health Services Research.* 2011, Vol. 11.
50. **Meeussen.** Advance care planning in Belgium and The Netherlands: a nationwide retrospective study via sentinel networks of general practitioners. *Journal of pain and symptom management.* 2011, Vol. 42.
51. **Van Den Block.** Nationwide continuous monitoring of end-of-life care via representative networks of general practitioners in Europe. *BioMedCentral Family Practice.* 2013, Vol. 14.
52. **Lapage.** Soins palliatifs à domicile. Évaluation des besoins des soignants des Deux-Sèvres . *Revue Praticien Médecine Générale.* 2007, Vol. 21.
53. **ARS.** ARS. *ARS Océan Indien.* [En ligne] Février 2012. http://www.ars.ocean-indien.sante.fr/fileadmin/OceanIndien/Internet/Votre_ARS/Etudes_et_publications/ARSOI_COM_Dossier_statistique_territoire_sante-VD.pdf.

VII. SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

Titre : La place du médecin traitant (MT) dans la limitation de soins.

Résumé

Introduction : Les limitations et arrêts des thérapeutiques actives (LATA) encadrées par des sociétés savantes et la loi Léonetti et questionnent le rôle du MT dans cette étape désormais médicalisée.

Méthodes : Etude épidémiologique, analytique, observationnelle, quantitative, uni centrique. Recueil des données-patients d'août 2012 à septembre 2014 et des données des MT entre décembre 2014 et juin 2015. Objectif principal : déterminer la prévalence de la consultation du médecin traitant dans la détermination des LATA dans le cadre d'un projet hospitalier d'évaluation thérapeutique croissante de soins au CHGM de Saint-Paul, Réunion. Objectifs secondaires : déterminer la connaissance et l'utilisation des directives anticipées, de la personne de confiance, évaluer la traçabilité de ces décisions.

Résultats : 56 MT, taux de réponse de 48%. Consultation du MT dans la LATA (21%) ; participation MT à la discussion (9%) ; absence de connaissance du MT des directives anticipées de son patient (64%) ; personne de confiance notée dans le dossier (61%) ; décision de LATA non notée dans le dossier (64%).

Conclusion : réel manque de concordance entre la volonté de participation des médecins généralistes et leur implication effective dans les décisions de fin de vie. Des solutions simples peuvent être envisagées : amélioration de la communication entre le monde hospitalier et la médecine de ville, formation en soins palliatifs, directives anticipées, utilisation d'outil tel que l'ETICS.

Mots clés : LATA, fin de vie, médecin traitant, ETICS, Réunion.

Abstract

Title: The role of the general practitioner (GP) in the withholding of life support (WHLS).

Introduction: WHLS are important decisions supervised by medical boards and the law. The debate of the end of life is complex and questions the role of the GP.

Methods: analytical, epidemiological, observational, quantitative, and single centre type of study. Data collection of end-of-life decisions took place between August 2012 and September 2014. Selected GP were questioned by means of a questionnaire from December 2014 till June 2015. The main objective of the study was to determine the prevalence of the general practitioner consultation in the determination of limitation of life support within the framework of a hospital project that evaluate increasing therapeutic care within Gabriel Martin's hospital centre (Saint-Paul, Reunion). The secondary goal consisted in determining the knowledge and the use of the anticipated directives, the surrogate decision maker but also in estimating the traceability of these decisions.

Results: 56 GP, 48 % rate answer. The study founds GP got approach, in the determination of a limitation support, in 21 % of the cases. In 9 % of the cases, the family practitioner actually participated in the discussion. In 64 % of the cases, the questioned family doctors have no knowledge of the anticipated directives of their patient. On the contrary, in 61 % of the cases, a surrogate decision maker is known and noted in their medical record. GP did not keep in writing the decision of limitation fixed at the time of the study because in 64 % of the cases, there is no track of this decision in their patient case.

Conclusion: Real lack of agreement between GP and hospital. Simple solutions can be implemented: better communication between hospital and GP, training in palliative care, anticipated directives, tools like ETICS...

Key words: end of life, general practitioner, ETICS, Reunion