



HAL
open science

Décisions de soins palliatifs : place du médecin traitant

Hélène Kilfiger

► **To cite this version:**

Hélène Kilfiger. Décisions de soins palliatifs : place du médecin traitant. Sciences du Vivant [q-bio]. 2018. dumas-02088789

HAL Id: dumas-02088789

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02088789>

Submitted on 3 Apr 2019

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.

Décisions de soins palliatifs : place du médecin traitant.

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE

Le 24 Octobre 2018

Par Madame Hélène KILFIGER

Née le 29 octobre 1990 à La Ciotat (13)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur ASTOUL Philippe

Président

Monsieur le Professeur ROSSI Pascal

Assesseur

Monsieur le Professeur BOYER Laurent

Assesseur

Monsieur le Docteur BARGIER Jacques

Assesseur

Madame le Docteur BERNARD Cécile

Directeur

Décisions de soins palliatifs : place du médecin traitant.

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE

Le 24 Octobre 2018

Par Madame Hélène KILFIGER

Née le 29 octobre 1990 à La Ciotat (13)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur ASTOUL Philippe

Président

Monsieur le Professeur ROSSI Pascal

Assesseur

Monsieur le Professeur BOYER Laurent

Assesseur

Monsieur le Docteur BARGIER Jacques

Assesseur

Madame le Docteur BERNARD Cécile

Directeur

AIX-MARSEILLE UNIVERSITE

Président : Yvon BERLAND

FACULTE DE MEDECINE

Doyen : Georges LEONETTI

Vice-Doyen aux Affaires Générales : Patrick DESSI
Vice-Doyen aux Professions Paramédicales : Philippe BERBIS

Assesseurs :

- * aux Etudes : Jean-Michel VITON
- * à la Recherche : Jean-Louis MEGE
- * aux Prospectives Hospitalo-Universitaires : Frédéric COLLART
- * aux Enseignements Hospitaliers : Patrick VILLANI
- * à l'Unité Mixte de Formation Continue en Santé : Fabrice BARLESI
- * pour le Secteur Nord : Stéphane BERDAH
- * aux centres hospitaliers non universitaires : Jean-Noël ARGENSON

Chargés de mission :

- * 1^{er} cycle : Jean-Marc DURAND et Marc BARTHET
- * 2^{ème} cycle : Marie-Aleth RICHARD
- * 3^{ème} cycle DES/DESC : Pierre-Edouard FOURNIER
- * Licences-Masters-Doctorat : Pascal ADALIAN
- * DU-DIU : Véronique VITTON
- * Stages Hospitaliers : Franck THUNY
- * Sciences Humaines et Sociales : Pierre LE COZ
- * Préparation à l'ECN : Aurélie DAUMAS
- * Démographie Médicale et Filiarisation : Roland SAMBUC
- * Relations Internationales : Philippe PAROLA
- * Etudiants : Arthur ESQUER

Chef des services généraux : * Déborah ROCCHICCIOLI

Chefs de service :

- * Communication : Laetitia DELOUIS
- * Examens : Caroline MOUTTET
- * Logistique : Joëlle FRAVEGA
- * Maintenance : Philippe KOCK
- * Scolarité : Christine GAUTHIER

DOYENS HONORAIRES

M. Yvon BERLAND
M. André ALI CHERIF
M. Jean-François PELLISSIER

PROFESSEURS HONORAIRES

MM	AGOSTINI Serge	MM	FIGARELLA Jacques
	ALDIGHERI René		FONTES Michel
	ALESSANDRINI Pierre		FRANCOIS Georges
	ALLIEZ Bernard		FUENTES Pierre
	AQUARON Robert		GABRIEL Bernard
	ARGEME Maxime		GALINIER Louis
	ASSADOURIAN Robert		GALLAIS Hervé
	AUFFRAY Jean-Pierre		GAMERRE Marc
	AUTILLO-TOUATI Amapola		GARCIN Michel
	AZORIN Jean-Michel		GARNIER Jean-Marc
	BAILLE Yves		GAUTHIER André
	BARDOT Jacques		GERARD Raymond
	BARDOT André		GEROLAMI-SANTANDREA André
	BERARD Pierre		GIUDICELLI Roger
	BERGOIN Maurice		GIUDICELLI Sébastien
	BERNARD Dominique		GOUDARD Alain
	BERNARD Jean-Louis		GOUIN François
	BERNARD Pierre-Marie		GRISOLI François
	BERTRAND Edmond		GROULIER Pierre
	BISSET Jean-Pierre		HADIDA/SAYAG Jacqueline
	BLANC Bernard		HASSOUN Jacques
	BLANC Jean-Louis		HEIM Marc
	BOLLINI Gérard		HOUEL Jean
	BONGRAND Pierre		HUGUET Jean-François
	BONNEAU Henri		JAQUET Philippe
	BONNOIT Jean		JAMMES Yves
	BORY Michel		JOUE Paulette
	BOTTA Alain		JUHAN Claude
	BOURGEADE Augustin		JUIN Pierre
	BOUVENOT Gilles		KAPHAN Gérard
	BOUYALA Jean-Marie		KASBARIAN Michel
	BREMOND Georges		KLEISBAUER Jean-Pierre
	BRICOT René		LACHARD Jean
	BRUNET Christian		LAFFARGUE Pierre
	BUREAU Henri		LAUGIER René
	CAMBOULIVES Jean		LEVY Samuel
	CANNONI Maurice		LOUCHET Edmond
	CARTOUZOU Guy		LOUIS René
			LUCIANI Jean-Marie
	CHAMLIAN Albert		MAGALON Guy
	CHARREL Michel		MAGNAN Jacques
	CHAUVEL Patrick		MALLAN- MANCINI Josette
	CHOUX Maurice		MALMEJAC Claude
	CIANFARANI François		MATTEI Jean François
	CLEMENT Robert		MERCIER Claude
	COMBALBERT André		METGE Paul
	CONTE-DEVOLX Bernard		MICHOTEY Georges
	CORRIOL Jacques		MILLET Yves
	COULANGE Christian		MIRANDA François
	DALMAS Henri		MONFORT Gérard
	DE MICO Philippe		MONGES André
	DELARQUE Alain		MONGIN Maurice
	DEVIN Robert		MONTIES Jean-Raoul
	DEVRED Philippe		NAZARIAN Serge
	DJIANE Pierre		NICOLI René
	DONNET Vincent		NOIRCLERC Michel
	DUCASSOU Jacques		OLMER Michel
	DUFOUR Michel		OREHEK Jean
	DUMON Henri		PAPY Jean-Jacques
	FARNARIER Georges		PAULIN Raymond
	FAVRE Roger		PELOUX Yves
	FIECHI Marius		PENAUD Antony

MM PENE Pierre
PIANA Lucien
PICAUD Robert
PIGNOL Fernand
POGGI Louis
POITOUT Dominique
PONCET Michel
POUGET Jean
PRIVAT Yvan
QUILICHINI Francis
RANQUE Jacques
RANQUE Philippe
RICHAUD Christian
ROCHAT Hervé
ROHNER Jean-Jacques
ROUX Hubert
ROUX Michel
RUFO Marcel
SAHEL José
SALAMON Georges
SALDUCCI Jacques
SAN MARCO Jean-Louis
SANKALE Marc
SARACCO Jacques
SARLES Jean-Claude
SASTRE Bernard
SCHIANO Alain
SCOTTO Jean-Claude
SEBAHOUN Gérard
SERMENT Gérard
SERRATRICE Georges
SOULAYROL René
STAHL André
TAMALET Jacques
TARANGER-CHARPIN Colette
THOMASSIN Jean-Marc
UNAL Daniel
VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène
VANUXEM Paul
VERVLOET Daniel
VIALETTES Bernard
WEILLER Pierre-Jean

PROFESSEURS HONORIS CAUSA

1967

MM. les Professeurs
DADI (Italie)
CID DOS SANTOS (Portugal)

1974

MM. les Professeurs
MAC ILWAIN (Grande-Bretagne)
T.A. LAMBO (Suisse)

1975

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

1976

MM. les Professeurs
P. FRANCHIMONT (Belgique)
Z.J. BOWERS (U.S.A.)

1977

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

1978

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

1980

MM. les Professeurs
A. MARGULIS (U.S.A.)
R.D. ADAMS (U.S.A.)

1981

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

1982

M. le Professeur
W.H. HENDREN (U.S.A.)

1985

MM. les Professeurs
S. MASSRY (U.S.A.)
KLINSMANN (R.D.A.)

1986

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

1987

M. le Professeur
P.J. DYCK (U.S.A.)

1988

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

1989

M. le Professeur
P. MUSTACCHI (U.S.A.)

1990	
MM. les Professeurs	J.G. MC LEOD (Australie) J. PORTER (U.S.A.)
1991	
MM. les Professeurs	J. Edward MC DADE (U.S.A.) W. BURGDORFER (U.S.A.)
1992	
MM. les Professeurs	H.G. SCHWARZACHER (Autriche) D. CARSON (U.S.A.) T. YAMAMURO (Japon)
1994	
MM. les Professeurs	G. KARPATI (Canada) W.J. KOLFF (U.S.A.)
1995	
MM. les Professeurs	D. WALKER (U.S.A.) M. MULLER (Suisse) V. BONOMINI (Italie)
1997	
MM. les Professeurs	C. DINARELLO (U.S.A.) D. STULBERG (U.S.A.) A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne) P.I. BRANEMARK (Suède)
1998	
MM. les Professeurs	O. JARDETSKY (U.S.A.)
1999	
MM. les Professeurs	J. BOTELLA LLUSIA (Espagne) D. COLLEN (Belgique) S. DIMAURO (U. S. A.)
2000	
MM. les Professeurs	D. SPIEGEL (U. S. A.) C. R. CONTI (U.S.A.)
2001	
MM. les Professeurs	P-B. BENNET (U. S. A.) G. HUGUES (Grande Bretagne) J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)
2002	
MM. les Professeurs	M. ABEDI (Canada) K. DAI (Chine)
2003	
M. le Professeur Sir	T. MARRIE (Canada) G.K. RADDI (Grande Bretagne)
2004	
M. le Professeur	M. DAKE (U.S.A.)
2005	
M. le Professeur	L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)
2006	
M. le Professeur	A. R. CASTANEDA (U.S.A.)
2007	
M. le Professeur	S. KAUFMANN (Allemagne)

EMERITAT

2008

M. le Professeur	LEVY Samuel	31/08/2011
Mme le Professeur	JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
M. le Professeur	PONCET Michel	31/08/2011
M. le Professeur	KASBARIAN Michel	31/08/2011
M. le Professeur	ROBERTOUX Pierre	31/08/2011

2009

M. le Professeur	DJIANE Pierre	31/08/2011
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2012

2010

M. le Professeur	MAGNAN Jacques	31/12/2014
------------------	----------------	------------

2011

M. le Professeur	DI MARINO Vincent	31/08/2015
M. le Professeur	MARTIN Pierre	31/08/2015
M. le Professeur	METRAS Dominique	31/08/2015

2012

M. le Professeur	AUBANIAC Jean-Manuel	31/08/2015
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2015
M. le Professeur	CAMBOULIVES Jean	31/08/2015
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2015
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2015
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2015
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2015

2013

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

2014

M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017

2015

M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

2016

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

2017

M. le Professeur	ALESSANDRINI Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2018
M. le Professeur	CHAUVEL Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2018
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2018
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2018
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2018

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert	CHOSSEGROS Cyrille	GRIMAUD Jean-Charles
ALBANESE Jacques	<i>CLAVERIE Jean-Michel Surnombre</i>	GROB Jean-Jacques
ALIMI Yves	COLLART Frédéric	GUEDJ Eric
AMABILE Philippe	COSTELLO Régis	GUIEU Régis
AMBROSI Pierre	COURBIERE Blandine	GUIS Sandrine
ANDRE Nicolas	COWEN Didier	GUYE Maxime
ARGENSON Jean-Noël	CRAVELLO Ludovic	GUYOT Laurent
ASTOUL Philippe	CUISSET Thomas	GUYS Jean-Michel
ATTARIAN Shahram	CURVALE Georges	HABIB Gilbert
AUDOUIN Bertrand	DA FONSECA David	HARDWIGSEN Jean
AUQUIER Pascal	DAHAN-ALCARAZ Laetitia	HARLE Jean-Robert
AVIERINOS Jean-François	DANIEL Laurent	HOFFART Louis
AZULAY Jean-Philippe	DARMON Patrice	HOUVENAEGHEL Gilles
BAILLY Daniel	D'ERCOLE Claude	JACQUIER Alexis
BARLESI Fabrice	D'JOURNO Xavier	JOURDE-CHICHE Noémie
BARLIER-SETTI Anne	DEHARO Jean-Claude	JOUVE Jean-Luc
BARTHET Marc	DELPERO Jean-Robert	KAPLANSKI Gilles
BARTOLI Jean-Michel	DENIS Danièle	KARSENTY Gilles
BARTOLI Michel	<i>DESSEIN Alain Surnombre</i>	KERBAUL François
<i>BARTOLIN Robert Surnombre</i>	DESSI Patrick	KRAHN Martin
BARTOLOMEI Fabrice	DISDIER Patrick	LAFFORGUE Pierre
BASTIDE Cyrille	DODDOLI Christophe	LAGIER Jean-Christophe
BENSOUSSAN Laurent	DRANCOURT Michel	LAMBAUDIE Eric
BERBIS Philippe	DUBUS Jean-Christophe	LANCON Christophe
BERDAH Stéphane	DUFFAUD Florence	LA SCOLA Bernard
<i>BERLAND Yvon Surnombre</i>	DUFOUR Henry	LAUNAY Franck
BERNARD Jean-Paul	DURAND Jean-Marc	LAVIEILLE Jean-Pierre
BEROUD Christophe	DUSSOL Bertrand	LE CORROLLER Thomas
BERTUCCI François	<i>ENJALBERT Alain Surnombre</i>	<i>LE TREUT Yves-Patrice Surnombre</i>
BLAISE Didier	EUSEBIO Alexandre	LECHEVALLIER Eric
BLIN Olivier	FAKHRY Nicolas	LEGRE Régis
BLONDEL Benjamin	<i>FAUGERE Gérard Surnombre</i>	LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FELICIAN Olivier	LEONE Marc
BONELLO Laurent	FENOLLAR Florence	LEONETTI Georges
BONNET Jean-Louis	FIGARELLA/BRANGER Dominique	LEPIDI Hubert
BOTTA/FRIDLUND Danielle	FLECHER Xavier	LEVY Nicolas
BOUBLI Léon	FOURNIER Pierre-Edouard	MACE Loïc
BOYER Laurent	<i>FRANCES Yves Surnombre</i>	MAGNAN Pierre-Edouard
BREGEON Fabienne		<i>MARANINCHI Dominique Surnombre</i>
BRETELLE Florence	FUENTES Stéphane	<i>MARTIN Claude Surnombre</i>
BROUQUI Philippe	GABERT Jean	MATONTI Frédéric
BRUDER Nicolas	GAINNIER Marc	MEGE Jean-Louis
BRUE Thierry	GARCIA Stéphane	MERROT Thierry
BRUNET Philippe	GARIBOLDI Vlad	METZLER/GUILLEMAIN Catherine
BURTEY Stéphane	GAUDART Jean	MEYER/DUTOUR Anne
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GAUDY-MARQUESTE Caroline	MICCALEF/ROLL Joëlle
CASANOVA Dominique	GENTILE Stéphanie	MICHEL Fabrice
CASTINETTI Frédéric	GERBEAUX Patrick	MICHEL Gérard
CECCALDI Mathieu	GEROLAMI/SANTANDREA René	MICHELET Pierre
CHABOT Jean-Michel	GILBERT/ALESSI Marie-Christine	MILH Mathieu
CHAGNAUD Christophe	GIORGI Roch	MOAL Valérie
CHAMBOST Hervé	GIOVANNI Antoine	MONCLA Anne
CHAMPSAUR Pierre	GIRARD Nadine	MORANGE Pierre-Emmanuel
CHANEZ Pascal	GIRAUD/CHABROL Brigitte	MOULIN Guy
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GONCALVES Anthony	MOUTARDIER Vincent
CHARREL Rémi	GORINCOUR Guillaume	<i>MUNDLER Olivier Surnombre</i>
<i>CHARPIN Denis Surnombre</i>	GRANEL/REY Brigitte	NAUDIN Jean
CHAUMOITRE Kathia	GRANVAL Philippe	NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
CHIARONI Jacques	GREILLIER Laurent	NICOLLAS Richard
CHINOT Olivier	<i>GRILLO Jean-Marie Surnombre</i>	OLIVE Daniel

OUAFIK L'Houcine
PAGANELLI Franck
PANUEL Michel
PAPAZIAN Laurent
PAROLA Philippe
PARRATTE Sébastien
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure
PELLETIER Jean
PETIT Philippe
PHAM Thao
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique
PIQUET Philippe
PIRRO Nicolas
POINSO François
RACCAH Denis
RAOULT Didier
REGIS Jean
REYNAUD/GAUBERT Martine
REYNAUD Rachel
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth
RIDINGS Bernard Surnombre

ROCHE Pierre-Hugues
ROCH Antoine
ROCHWERGER Richard
ROLL Patrice
ROSSI Dominique
ROSSI Pascal
ROUDIER Jean
SALAS Sébastien
SAMBUC Roland Surnombre
SARLES Jacques
SARLES/PHILIP Nicole
SCAVARDA Didier
SCHLEINITZ Nicolas
SEBAG Frédéric
SEITZ Jean-François
SIELEZNEFF Igor
SIMON Nicolas
STEIN Andréas
TAIEB David
THIRION Xavier
THOMAS Pascal

THUNY Franck
TREBUCHON-DA FONSECA Agnès
TRIGLIA Jean-Michel
TROPIANO Patrick
TSIMARATOS Michel
TURRINI Olivier
VALERO René
VAROQUAUX Arthur Damien
VELLY Lionel
VEY Norbert
VIDAL Vincent
VIENS Patrice
VILLANI Patrick
VITON Jean-Michel
VITTON Véronique
VIEHWEGER Heide Elke
VIVIER Eric
XERRI Luc

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

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

PROFESSEUR CERTIFIE

BRANDENBURGER Chantal

PRAG

TANTI-HARDOUIN Nicolas

PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE A MI-TEMPS

ADNOT Sébastien
FILIPPI Simon

PROFESSEUR ASSOCIE A TEMPS PARTIEL

BURKHART Gary

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ACHARD Vincent (<i>disponibilité</i>)	FABRE Alexandre	NINOVE Laetitia
ANGELAKIS Emmanouil	FOLETTI Jean- Marc	NOUGAIREDE Antoine
ATLAN Catherine (<i>disponibilité</i>)	FOUILLOUX Virginie	OLLIVIER Matthieu
BARTHELEMY Pierre	FROMNOT Julien	OUDIN Claire
BARTOLI Christophe	GABORIT Bénédicte	OVAERT Caroline
BEGE Thierry	GASTALDI Marguerite	PAULMYER/LACROIX Odile
BELIARD Sophie	GELSI/BOYER Véronique	PERRIN Jeanne
BERBIS Julie	GIUSIANO Bernard	RANQUE Stéphane
BERGE-LEFRANC Jean-Louis	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	REY Marc
BEYER-BERJOT Laura	GONZALEZ Jean-Michel	ROBERT Philippe
BIRNBAUM David	GOURIET Frédérique	SABATIER Renaud
BONINI Francesca	GRAILLON Thomas	SARI-MINODIER Irène
BOUCRAUT Joseph	GRISOLI Dominique	SARLON-BARTOLI Gabrielle
BOULAMERY Audrey	GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné	SAVEANU Alexandru
BOULLU/CIOCCA Sandrine	GUIDON Catherine	SECQ Véronique
BUFFAT Christophe	HAUTIER/KRAHN Aurélie	TOGA Caroline
CAMILLERI Serge	HRAIECH Sami	TOGA Isabelle
CARRON Romain	KASPI-PEZZOLI Elise	TROUSSE Delphine
CASSAGNE Carole	L'OLLIVIER Coralie	TUCHTAN-TORRENTS Lucile
CHAUDET Hervé	LABIT-BOUVIER Corinne	VALLI Marc
COZE Carole	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	VELY Frédéric
DADOUN Frédéric (<i>disponibilité</i>)	LAGIER Aude (<i>disponibilité</i>)	VION-DURY Jean
DALES Jean-Philippe	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	ZATTARA/CANNONI Hélène
DAUMAS Aurélie	LEVY/MOZZICONACCI Annie	
DEGEORGES/VITTE Joëlle	LOOSVELD Marie	
DEL VOLGO/GORI Marie-José	MANCINI Julien	
DELLIAUX Stéphane	MARY Charles	
DESPLAT/JEGO Sophie	MASCAUX Céline	
DEVEZE Arnaud (<i>Disponibilité</i>)	MAUES DE PAULA André	
DUBOURG Grégory	MILLION Matthieu	
DUFOUR Jean-Charles	MOTTOLA GHIGO Giovanna	
EBBO Mikaël	NGUYEN PHONG Karine	

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad	DEGIOANNI/SALLE Anna	POGGI Marjorie
BARBACARU/PERLES T. A.	DESNUES Benoît	RUEL Jérôme
BERLAND/BENHAIM Caroline		STEINBERG Jean-Guillaume
BOUCAULT/GARROUSTE Françoise	MARANINCHI Marie	THOLLON Lionel
BOYER Sylvie	MERHEJ/CHAUVEAU Vicky	THIRION Sylvie
COLSON Sébastien	MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte	VERNA Emeline

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

GENTILE Gaëtan

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BARGIER Jacques
BONNET Pierre-André
CALVET-MONTREDON Céline
GUIDA Pierre
JANCZEWSKI Aurélie

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

REVIS Joana

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à TEMPS-PLEIN

TOMASINI Pascale

PROFESSEURS DES UNIVERSITES et MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS
PROFESSEURS ASSOCIES, MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES mono-appartenants

ANATOMIE 4201

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)
LE CORROLLER Thomas (PU-PH)
PIRRO Nicolas (PU-PH)

GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH)
LAGIER Aude (MCU-PH) disponibilité

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)
DANIEL Laurent (PU-PH)
FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH)
GARCIA Stéphane (PU-PH)
XERRI Luc (PU-PH)

DALES Jean-Philippe (MCU-PH)
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)
LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)
MAUES DE PAULA André (MCU-PH)
SECQ Véronique (MCU-PH)

**ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ;
MEDECINE URGENCE 4801**

ALBANESE Jacques (PU-PH)
BRUDER Nicolas (PU-PH)
KERBAUL François (PU-PH)
LEONE Marc (PU-PH)
MARTIN Claude (PU-PH) Surnombre
MICHEL Fabrice (PU-PH)
MICHELET Pierre (PU-PH)
VELLY Lionel (PU-PH)

GUIDON Catherine (MCU-PH)

ANGLAIS 11

BRANDENBURGER Chantal (PRCE)

BURKHART Gary (PAST)

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

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)

PERRIN Jeanne (MCU-PH)

BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE 4301

GUEDJ Eric (PU-PH)
GUYE Maxime (PU-PH)
MUNDLER Olivier (PU-PH) Surnombre
TAIEB David (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)
RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)
VION-DURY Jean (MCU-PH)

BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF) (69ème section)

**BIOSTATISTIQUES, INFORMATIQUE MEDICALE
ET TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION 4604**

CLAVERIE Jean-Michel (PU-PH) Surnombre
GAUDART Jean (PU-PH)
GIORGI Roch (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)
DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)

ANTHROPOLOGIE 20

ADALIAN Pascal (PR)

DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)
VERNA Emeline (MCF)

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501

CHARREL Rémi (PU PH)
DRANCOURT Michel (PU-PH)
FENOLLAR Florence (PU-PH)
FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)
LA SCOLA Bernard (PU-PH)
RAOULT Didier (PU-PH)

ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH)
DUBOURG Grégory (MCU-PH)
GOURIET Frédérique (MCU-PH)
NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)
NINOVE Laetitia (MCU-PH)

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)
LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)
DESNUES Benoit (MCF) (65ème section)
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)
ENJALBERT Alain (PU-PH) Surnombre
GABERT Jean (PU-PH)
GUIEU Régis (PU-PH)
OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

BUFFAT Christophe (MCU-PH)
FROMNOT Julien (MCU-PH)
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

BIOLOGIE CELLULAIRE 4403

ROLL Patrice (PU-PH)

GASTALDI Marguerite (MCU-PH)
KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)
LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

CARDIOLOGIE 5102

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

CHIRURGIE DIGESTIVE 5202

BERDAH Stéphane (PU-PH)
HARDWIGSEN Jean (PU-PH)
LE TREUT Yves-Patrice (PU-PH) Surnombre
SIELEZNEFF Igor (PU-PH)

BEYER-BERJOT Laura (MCU-PH)

CHIRURGIE GENERALE 5302

GIUSIANO Bernard (MCU-PH)
MANCINI Julien (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)
BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)
BLONDEL Benjamin (PU-PH)
CURVALE Georges (PU-PH)
FLECHER Xavier (PU-PH)
PARRATTE Sébastien (PU-PH)
ROCHWERGER Richard (PU-PH)
TROPIANO Patrick (PU-PH)

OLLIVIER Matthieu (MCU-PH)

CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702

BERTUCCI François (PU-PH)
CHINOT Olivier (PU-PH)
COWEN Didier (PU-PH)
DUFFAUD Florence (PU-PH)
GONCALVES Anthony (PU-PH)
HOUVENAEGHEL Gilles (PU-PH)
LAMBAUDIE Eric (PU-PH)
MARANINCHI Dominique (PU-PH) *Surnombre*
SALAS Sébastien (PU-PH)
VIENS Patrice (PU-PH)

SABATIER Renaud (MCU-PH)

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103

COLLART Frédéric (PU-PH)
D'JOURNO Xavier (PU-PH)
DODDOLI Christophe (PU-PH)
GARIBOLDI Vlad (PU-PH)
MACE Loïc (PU-PH)
THOMAS Pascal (PU-PH)

FOUILLOUX Virginie (MCU-PH)
GRISOLI Dominique (MCU-PH)
TROUSSE Delphine (MCU-PH)

CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104

ALIMI Yves (PU-PH)
AMABILE Philippe (PU-PH)
BARTOLI Michel (PU-PH)
MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)
PIQUET Philippe (PU-PH)

SARLON-BARTOLI Gabrielle (MCU-PH)

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202

GRILLO Jean-Marie (PU-PH) *Surnombre*
LEPIDI Hubert (PU-PH)

ACHARD Vincent (MCU-PH) *disponibilité*
PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003

BERBIS Philippe (PU-PH)
GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH)
GROB Jean-Jacques (PU-PH)
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

DUSI

COLSON Sébastien (MCF)

ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5404

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

EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION 4601

AUQUIER Pascal (PU-PH)
BOYER Laurent (PU-PH)
CHABOT Jean-Michel (PU-PH)
GENTILE Stéphanie (PU-PH)
SAMBUC Roland (PU-PH) *Surnombre*
THIRION Xavier (PU-PH)

DELPERO Jean-Robert (PU-PH)
MOUTARDIER Vincent (PU-PH)
SEBAG Frédéric (PU-PH)
TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)
BIRNBAUM David (MCU-PH)

CHIRURGIE INFANTILE 5402

GUYS Jean-Michel (PU-PH)
JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
LAUNAY Franck (PU-PH)
MERRROT Thierry (PU-PH)
VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH)

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)
GUYOT Laurent (PU-PH)

FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

CHIRURGIE PLASTIQUE,

RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛOLOGIE 5004

CASANOVA Dominique (PU-PH)
LEGRE Régis (PU-PH)

HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201

BARTHET Marc (PU-PH)
BERNARD Jean-Paul (PU-PH)
BOTTA-FRIDLUND Danielle (PU-PH)
DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)
GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
GRANDVAL Philippe (PU-PH)
GRIMAUD Jean-Charles (PU-PH)
SEITZ Jean-François (PU-PH)
VITTON Véronique (PU-PH)

GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)

GENETIQUE 4704

BEROUD Christophe (PU-PH)
KRAHN Martin (PU-PH)
LEVY Nicolas (PU-PH)
MONCLA Anne (PU-PH)
SARLES/PHILIP Nicole (PU-PH)

NGYUEN Karine (MCU-PH)
TOGA Caroline (MCU-PH)
ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403

AGOSTINI Aubert (PU-PH)
BOUBLI Léon (PU-PH)
BRETTELLE Florence (PU-PH)
CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)
COURBIERE Blandine (PU-PH)
CRAVELLO Ludovic (PU-PH)
D'ERCOLE Claude (PU-PH)

BERBIS Julie (MCU-PH)
LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)
TANTI-HARDOUIN Nicolas (PRAG)

IMMUNOLOGIE 4703

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)
MEGE Jean-Louis (PU-PH)
OLIVE Daniel (PU-PH)
VIVIER Eric (PU-PH)

FERON François (PR) (69ème section)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)
DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH)
DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)
ROBERT Philippe (MCU-PH)
VELY Frédéric (MCU-PH)

BOUCAULT/GARROUSTE Françoise (MCF) 65ème section)

MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503

BROUQUI Philippe (PU-PH)
LAGIER Jean-Christophe (PU-PH)
PAROLA Philippe (PU-PH)
STEIN Andréas (PU-PH)

MILLION Matthieu (MCU-PH)

MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT ; MEDECINE GENERALE ; ADDICTOLOGIE 5301

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)
DISDIER Patrick (PU-PH)
DURAND Jean-Marc (PU-PH)
FRANCES Yves (PU-PH) Surnombre
GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)
HARLE Jean-Robert (PU-PH)
ROSSI Pascal (PU-PH)
SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)

EBBO Mikael (MCU-PH)

GENTILE Gaëtan (MCF Méd. Gén. Temps plein)

ADNOT Sébastien (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)
FILIPPI Simon (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)

BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
BONNET Pierre-André (MCF associé Méd. Gén à mi-temps)
CALVET-MONTREDON Céline (MCF associé Méd. Gén. à temps plein)
GUIDA Pierre (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)
JANCZEWSKI Aurélie (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

NUTRITION 4404

DARMON Patrice (PU-PH)
RACCAH Denis (PU-PH)
VALERO René (PU-PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité
BELIARD Sophie (MCU-PH)

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)

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

OPHTALMOLOGIE 5502

DENIS Danièle (PU-PH)
HOFFART Louis (PU-PH)
MATONTI Frédéric (PU-PH)
RIDINGS Bernard (PU-PH) Surnombre

HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION 4701

BLAISE Didier (PU-PH)
COSTELLO Régis (PU-PH)
CHIARONI Jacques (PU-PH)
GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)
MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)
VEY Norbert (PU-PH)

GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
LOOSVELD Marie (MCU-PH)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603

LEONETTI Georges (PU-PH)
PELISSIER/ALICOT Anne-Laure (PU-PH)
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

BARTOLI Christophe (MCU-PH)
TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BERLAND/BENHAIM Caroline (MCF) (1ère section)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905

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

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

BERGE-LEFRANC Jean-Louis (MCU-PH)
SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

NEPHROLOGIE 5203

BERLAND Yvon (PU-PH) Surnombre
BRUNET Philippe (PU-PH)
BURTEY Stéphanne (PU-PH)
DUSSOL Bertrand (PU-PH)
JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)
MOAL Valérie (PU-PH)

NEUROCHIRURGIE 4902

DUFOUR Henry (PU-PH)
FUENTES Stéphane (PU-PH)
REGIS Jean (PU-PH)
ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)
SCAVARDA Didier (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)
GRAILLON Thomas (MCU PH)

NEUROLOGIE 4901

ATTARIAN Sharham (PU PH)
AUDOIN Bertrand (PU-PH)
AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)
CECCALDI Mathieu (PU-PH)
EUSEBIO Alexandre (PU-PH)
FELICIAN Olivier (PU-PH)
PELLETIER Jean (PU-PH)

PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904

DA FONSECA David (PU-PH)
POINSO François (PU-PH)

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501

DESSI Patrick (PU-PH)
FAKHRY Nicolas (PU-PH)
GIOVANNI Antoine (PU-PH)
LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)
NICOLLAS Richard (PU-PH)
TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH)

DEVEZE Arnaud (MCU-PH) Disponibilité

REVIS Joana (MAST) (Orthophonie) (7ème Section)

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502

DESSEIN Alain (PU-PH) Surnombre

CASSAGNE Carole (MCU-PH)
L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)
MARY Charles (MCU-PH)
RANQUE Stéphane (MCU-PH)
TOGA Isabelle (MCU-PH)

PEDIATRIE 5401

ANDRE Nicolas (PU-PH)
CHAMBOST Hervé (PU-PH)
DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)
GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)
MICHEL Gérard (PU-PH)
MILH Mathieu (PU-PH)
REYNAUD Rachel (PU-PH)
SARLES Jacques (PU-PH)
TSIMARATOS Michel (PU-PH)

COZE Carole (MCU-PH)
FABRE Alexandre (MCU-PH)
OUDIN Claire (MCU-PH)
OVAERT Caroline (MCU-PH)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903

BAILLY Daniel (PU-PH)
LANCON Christophe (PU-PH)
NAUDIN Jean (PU-PH)

CHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PSYCHOLOGIE SOCIALE 16

AGHABABIAN Valérie (PR)

RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)
CHAGNAUD Christophe (PU-PH)
CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)
GIRARD Nadine (PU-PH)
GORINCOUR Guillaume (PU-PH)
JACQUIER Alexis (PU-PH)
MOULIN Guy (PU-PH)
PANUEL Michel (PU-PH)
PETIT Philippe (PU-PH)
VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)
VIDAL Vincent (PU-PH)

REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE 4802

GAINNIER Marc (PU-PH)
GERBEAUX Patrick (PU-PH)
PAPAZIAN Laurent (PU-PH)
ROCH Antoine (PU-PH)

HRAIECH Sami (MCU-PH)

RHUMATOLOGIE 5001

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

**PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE -
PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803**

BLIN Olivier (PU-PH)
FAUGERE Gérard (PU-PH) Surnombre
MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)
SIMON Nicolas (PU-PH)

BOULAMERY Audrey (MCU-PH)
VALLI Marc (MCU-PH)

PHILOSOPHIE 17

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

PHYSIOLOGIE 4402

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)
BREGÉON Fabienne (PU-PH)
MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)
TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

BARTHELEMY Pierre (MCU-PH)
BONINI Francesca (MCU-PH)
BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)
DADOIN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)
DEL VOLGO/GORI Marie-José (MCU-PH)
DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)
GABORIT Bénédicte (MCU-PH)
REY Marc (MCU-PH)

LIMERAT/BOUDOURESQUE Françoise (MCF) (40ème section) Retraite 1/5/2018
RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)
STEINBERG Jean-Guillaume (MCF) (66ème section)
THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101

ASTOUL Philippe (PU-PH)
BARLESI Fabrice (PU-PH)
CHANEZ Pascal (PU-PH)
CHARPIN Denis (PU-PH) Surnombre
GREILLIER Laurent (PU-PH)
REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

MASCAUX Céline (MCU-PH)

TOMASINI Pascale (Maitre de conférences associé des universités)

THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4804

AMBROSI Pierre (PU-PH)
BARTOLIN Robert (PU-PH) Surnombre
VILLANI Patrick (PU-PH)

DAUMAS Aurélie (MCU-PH)

UROLOGIE 5204

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

REMERCIEMENTS

À mon président de jury :

À Monsieur le Professeur ASTOUL

Vous me faites l'honneur de bien vouloir présider cette thèse. Je vous remercie de l'attention que vous avez pu porter à mon travail ainsi que de m'avoir accueilli pendant six mois dans votre service.

Veillez trouver ici le témoignage de ma plus grande estime et tout mon respect.

Aux membres du jury :

À Monsieur le Professeur BOYER

Vous me faites l'honneur de prendre place au sein du jury de cette thèse.

Veillez trouver ici l'expression de ma plus sincère considération et tout mon respect.

À Monsieur le Professeur ROSSI

Vous me faites l'honneur de participer au jury de cette thèse.

Veillez trouver ici l'expression de ma plus sincère reconnaissance et tout mon respect.

À Monsieur le Docteur BARGIER

Je suis très sensible à l'honneur que tu me fais d'accepter de siéger au sein de mon jury de thèse. Je te remercie pour ton implication et ton dévouement auprès des étudiants.

Je te prie de recevoir l'expression de mon plus grand respect.

À Madame le Docteur BERNARD

Je te remercie sincèrement d'avoir accepté de diriger ce travail à mes côtés et pour toute ton aide. Ton regard sur les soins palliatifs m'a permis de découvrir une discipline passionnante. Reçois ici ma plus grande considération et mes remerciements.

PENSÉES SPÉCIALES

À mes parents, je vous remercie pour tout l'amour que vous me donnez, de votre investissement et surtout votre patience durant ces longues années d'études. Je ne vous remercierai jamais assez. Merci d'être ce que vous êtes.

À Sylvain, merci pour ta présence au quotidien et pour tout l'amour que tu me donnes. Je suis impatiente de vivre tous les merveilleux moments qui nous attendent. Je t'aime.

À ma grande sœur, merci d'avoir été ma confidente pendant toutes ces années.

À Jérôme, Nathan et Paul, j'ai la chance d'avoir le meilleur beau-frère et les plus « adorables » petits monstres qu'ils soient.

À ma famille, vous qui m'avez suivi jusque ici en ne cessant jamais de m'encourager et de me motiver, merci à tous.

À tous mes amis, merci de m'avoir soutenu, écouté et épaulé pendant ces nombreuses années.

À ma petite sœur Éva, où que tu sois, je ne t'oublierai jamais.

À Annette.

À toutes les équipes hospitalières de Marseille, Salon de Provence, Martigues, ce fut un plaisir et une joie de venir travailler avec vous.

À mon maître de stage, Jean-Yves, merci de m'avoir partagé ta passion pour la médecine générale.

À toute l'équipe de la PMI d'Arles, merci pour votre implication et votre soutien pour ce dernier semestre d'internat et cette thèse.

UN GRAND MERCI À TOUS !!!!

TABLE DES MATIÈRES

I – INTRODUCTION.....	4
II – CONTEXTE.....	6
A - Définitions des soins palliatifs.....	7
1 - Les soins palliatifs.....	7
2 - Les soins palliatifs « précoces ».....	7
3 - Les limitations et arrêt des thérapeutiques actives.....	8
B - Les acteurs des soins palliatifs.....	9
1 - Les unités de soins palliatifs.....	9
2 - Les lits identifiés en soins palliatifs.....	9
3 - Les équipes mobiles de soins palliatifs.....	10
4 - Les réseaux de soins palliatifs.....	10
C - Textes de lois régissant les soins palliatifs.....	11
1 - Loi du 9 juin 1999.....	11
2 - Loi du 4 mars 2002.....	12
3 - Loi du 22 avril 2005 ou loi Léonetti.....	12
4 - Loi du 2 février 2016.....	13
5 - Loi du 6 mars 2017.....	14
D - La place du médecin traitant.....	14
E - La fin de vie à domicile.....	17
F - La fin de vie en établissements pour personnes âgées dépendantes.....	19
III – MATÉRIEL ET MÉTHODES.....	21
A - Objectifs de l'étude.....	22
1 - Objectif principal.....	22
2 - Objectif secondaire.....	22
B - Recherche documentaire.....	22
C - Type d'étude.....	23
D – Matériel.....	24
E – Méthodes.....	24
1 – Données.....	24
2 – Questionnaire.....	25
F - Analyse statistique.....	25
IV – RÉSULTATS.....	26

A - Analyse descriptive des résultats.....	27
1 - Caractéristiques de l'échantillon.....	27
2 - Suivi des patients en soins palliatifs.....	33
3 - Les soins palliatifs à l'hôpital.....	37
B - Analyse bivariée des résultats.....	46
V – DISCUSSION.....	51
A - Choix du matériel et méthodes.....	52
1 - Choix de la population.....	52
2 - Forces et biais de l'étude.....	52
3 – Questionnaire.....	53
B - Résultats principaux.....	53
1 - Taux de réponses et critères des médecins généralistes.....	53
1.a - Taux de réponses.....	53
1.b - Critères des médecins généralistes.....	54
1.b.1 - Répartition des médecins généralistes selon leur âge.....	54
1.b.2 - Répartition des médecins généralistes selon leur genre.....	54
1.b.3 - Répartition des médecins généralistes selon leur temps et milieu d'exercice.....	54
1.b.4 - Médecins généralistes et activité salariée.....	55
C - L'expérience du généraliste face aux soins palliatifs.....	56
1 - Les soins palliatifs : une partie intégrante de leur pratique.....	56
2 - Prendre de l'avance sur les soins palliatifs : une nécessité.....	58
2.a - Les soins palliatifs précoces : une stratégie complémentaire ?.....	58
2.b - La formation en soins palliatifs.....	59
D - La place du médecin traitant dans les décisions de soins palliatifs en ville.....	61
1 - Relations du médecin traitant avec les dispositifs de soins palliatifs.....	61
2 - Les motifs de recours aux dispositifs de soins palliatifs.....	63
3 - Les acteurs impliqués dans les décisions de soins palliatifs.....	66
4 - Le respect de la procédure collégiale en ville.....	69
5 - Les principaux lieux de fin de vie.....	71
E - La place du médecin traitant face aux décisions de soins palliatifs hospitalières....	73
1 - Relations entre le généraliste et l'hôpital.....	73
2 - Les acteurs impliqués dans le retour à domicile et la continuité des soins.....	74
F - Quelles améliorations envisageables ?.....	75
1 - Prévenir la fin de vie.....	75

2 - La formation en soins palliatifs.....	76
VI- CONCLUSION.....	78
VII- BIBLIOGRAPHIE.....	80
VIII- ANNEXES.....	90
1 - Annexe A.....	91
2 - Annexe B.....	97
IX- ABRÉVIATIONS.....	98
X- SERMENT D'HIPPOCRATE	

I. INTRODUCTION

Nous naissons et nous mourrons. La mort, bien que phénomène naturel de la vie, reste un sujet délicat à aborder.

Depuis plusieurs années, le monde médical est confronté du fait des progrès de la médecine, à un allongement du temps de vie des patients atteints de pathologies chroniques graves.

Malgré la médiatisation de nombreuses situations de fin de vie et la volonté de faire respecter son droit à «bien mourir», l'échec médical reste mal perçu et les limites sont toujours repoussées.

Pourtant, l'opinion publique ne considère pas forcément les soins palliatifs comme un échec mais plutôt comme une façon de refuser la souffrance et de vivre plus dignement et sereinement. (1)

Alors qu'une grande majorité des patients souhaiterait mourir à domicile, lieu se voulant confortable et rassurant, près de 70 % d'entre eux (2) s'éteignent à l'hôpital.

Le médecin généraliste, véritable pilier dans le parcours de soins, a de ce fait une place privilégiée et centrale.

De par son aptitude aux premiers recours et sa proximité des patients, il se positionne comme un élément indispensable dans le suivi des patients atteints de pathologies chroniques graves et dans leur maintien à domicile. Pourtant, de nombreuses études identifient les difficultés rencontrées par les médecins traitants avec la prise en charge palliative à domicile.

Notre étude s'intéresse à ces médecins traitants et à leur place dans les prises de décisions de soins palliatifs.

La première partie de notre étude aborde le thème des soins palliatifs en France avec les différentes réglementations les régissant et la place du médecin traitant dans les recommandations.

La seconde et la troisième partie représenteront respectivement les matériels et méthodes que nous avons utilisés et les résultats de notre étude.

La quatrième partie comportera l'analyse de nos résultats afin d'évaluer la place du médecin traitant dans les prises de décisions de soins palliatifs, qu'elles soient prises au domicile ou à l'hôpital ; la connaissance des dispositifs de soins palliatifs et procédures à respecter ; et enfin, les acteurs qui participent à leur prise de décision.

II. CONTEXTE

A. DEFINITIONS DES SOINS PALLIATIFS :

1) Les soins palliatifs :

Dans les années 90, les soins palliatifs sont considérés comme « des soins actifs, complets, donnés aux malades dont l'affection ne répond pas au traitement curatif » (3) afin d'optimiser la qualité de vie des patients et de leur famille.

« La lutte contre la douleur et d'autres symptômes et la prise en considération des problèmes psychologiques et spirituels, sont primordiales ». (3)

L'organisation mondiale de la santé (OMS) redéfinit en 2002 les soins palliatifs et considère que :

« Les soins palliatifs cherchent à 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. » (4)

Le rôle des soins palliatifs n'est ni de donner ni de repousser la mort. Ils apportent le soutien nécessaire afin que le patient puisse vivre le plus confortablement et activement possible jusqu'à sa mort ; ils aident les familles et proches en les soutenant tout au long de l'évolution de la maladie, en s'efforçant de leur apporter des réponses claires à leurs questions et en les aidant à accepter la maladie de leur proche.

« Les soins palliatifs soutiennent la vie et considèrent la mort comme un processus naturel. » (4)

Pour le grand public, les soins palliatifs sont communément admis et se résument souvent à la prise en charge des patients en fin de vie. Cependant les études récentes et les référentiels notamment en oncologie, recommandent la mise en place de soins palliatifs précoces. (5)(6)

2) Les soins palliatifs « précoces » :

Les soins palliatifs instaurés précocement, peuvent être annoncés plutôt comme des soins de support.

Cependant qu'ils soient nommés soins palliatifs ou soins de support, leur objectif est identique : proposer au patient atteint d'une maladie grave et incurable une prise en charge complète (physique, psychologique, spirituelle, sociale, etc...) et adaptée à chaque patient, en prenant en compte son entourage.

Ces soins palliatifs « précoces » peuvent être mis en place dès le diagnostic de la maladie, et en association avec le traitement curatif, afin d'améliorer la qualité de vie du patient voire sa survie. Ils peuvent même agir de façon positive sur l'évolution de la maladie. (4)

Plusieurs études ont été réalisées et l'une des plus importantes, « *Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer* », de Temel JS, Greer JA, Muzikansky A et al., qui comprenait 151 patients atteints de cancer bronchique non à petites cellules, a montré que la prise en charge palliative au diagnostic améliorait la qualité de vie et la survie globale. (5)(6)

De ce fait, depuis 2011, l'*American Society of Clinical Oncology (ASCO)* considère les soins palliatifs précoces comme partie intégrante de la prise en charge oncologique. (5)

Ainsi, les soins palliatifs devraient être proposés précocement aux patients atteints de maladie grave et évolutive dont le pronostic est engagé à court ou moyen terme. Les discussions sur le niveau d'engagement thérapeutique et notamment sur les limitations de certaines thérapeutiques actives en seraient facilitées.

3) Les limitations et arrêt des thérapeutiques actives (LATA) :

La limitation et arrêts des thérapeutiques, plus souvent désignée par son acronyme LATA, provient du principe de refus d'obstination déraisonnable. Il s'agit de ne pas instaurer des traitements actifs « withholding » ou de ne pas les maintenir « withdrawing ». (7)

Le refus d'obstination déraisonnable, défini en 2005 par l'article L.1110-5 du code de la santé publique, consiste à « suspendre ou à ne pas entreprendre » des traitements qui apparaissent non adaptés et dont l'utilisation ne sert qu'à maintenir artificiellement la vie, et ce afin de conserver la dignité du patient. (7)(8)

Suite à l'immense émotion en France suscitée par le décès de Vincent Humbert le 28 octobre 2003, une très grande confusion concernant la responsabilité pénale des

médecins et l'euthanasie apparaît. (9)

S'ensuit la loi n°2005-370, du 22 avril 2005, qui est l'aboutissement d'une longue réflexion relative aux droits des malades et à la fin de vie. (9)

De ce fait, la LATA est différente de l'euthanasie, qui, selon toutes les définitions communément admises, est un acte destiné à mettre délibérément fin à la vie d'une personne atteinte d'une maladie grave et incurable, à sa demande, afin de cesser une situation qu'elle juge insupportable. (10)

Ainsi, conformément à la loi, les soins palliatifs doivent être entrepris dans toutes les structures de soins afin de répondre à la demande. Pour cela plusieurs équipes sont chargées de les mettre en œuvre.

B. LES ACTEURS DES SOINS PALLIATIFS :

1) Les unités de soins palliatifs (USP) :

Les Unités de Soins Palliatifs sont des structures situées dans des établissements de santé qui accueillent pour une durée plus ou moins longue des patients en situation de soins palliatifs. Ces services sont totalement consacrés à la fin de vie, aux soins palliatifs et à l'accompagnement. Ils dédient leurs lits aux situations de soins palliatifs complexes, dont la prise en charge est trop lourde pour un suivi à domicile.

Le personnel de ces unités est spécialement formé pour les prises en charge de soins palliatifs et de fin de vie.

2) Les lits identifiés en soins palliatifs (LISP) :

Les lits identifiés en soins palliatifs sont des lits situés dans les services d'hospitalisation hors USP. Souvent placés dans des services de cancérologie, ils pallient au déficit en lit des USP ou permettent un relai pour les patients entre leur domicile et les établissements de santé.

3) Les équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP) :

Leur action est régie par la Circulaire DHOS/02/2008/99 du 25 mars 2008.

L'équipe mobile de soins palliatifs (EMSP) est une équipe multidisciplinaire et pluri-professionnelle rattachée à un établissement de santé, qui se déplace au lit du malade et auprès des soignants, à la demande des professionnels de l'établissement de santé. L'équipe mobile exerce une activité transversale au sein de l'établissement de santé.

Elle ne dispense pas directement des soins, mais par son expertise, elle conseille et aide à la prise en charge des patients dans les différents services où elle intervient.

(11)

Certaines EMSP peuvent aussi intervenir en dehors de l'hôpital : d'ailleurs, le programme de développement des soins palliatifs de 2008-2012, comprend différentes mesures qui organisent l'accès aux soins palliatifs à domicile et en établissement d'hébergement pour personnes dépendantes (EHPAD). (12) En effet, la mesure 6 du programme veut « rendre effective l'intervention des EMSP dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes et diffuser la culture palliative dans les établissements médico-sociaux ». (12)

En 2014, l'Observatoire national de fin de vie (ONFV) a publié un complément d'enquête de 2012, afin de réaliser un état des lieux de la précarité rencontrée par les EMSP. Dans cette enquête, les principales raisons d'appels aux soins palliatifs étaient dans 36 % des cas une difficulté dans la gestion des traitements, dans 28 % des cas une situation administrative complexe, dans 23 % des cas des relations conflictuelles intrafamiliales, dans 21 % des cas des troubles du comportement du patient, etc ... (13), montrant le large champ d'action des EMSP.

En dehors des EMSP, les réseaux de soins palliatifs sont aussi des acteurs importants de la prise en charge palliative en ville.

4) Les réseaux de soins palliatifs :

Outre les EMSP, le réseau de santé permet ou facilite l'accès aux soins de toute personne dont l'état requiert les soins palliatifs.

A ce titre, les réseaux de soins palliatifs ont pour objectif global de permettre à la personne en situation palliative de bénéficier de soins de qualité, en particulier pour

soulager la douleur physique et psychique sur le lieu de vie de son choix.

Le réseau doit faciliter la continuité du suivi de la personne sur l'ensemble du parcours de prise en charge et particulièrement à la sortie de l'hôpital, à domicile (ou dans des structures médico sociales) ou en cas de ré-hospitalisation, tout en garantissant au malade le respect de ses droits fondamentaux. (14)

Le réseau définit son aire géographique, en cohérence avec les orientations définies par le schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) et les projets médicaux du territoire. (15)

Le réseau de soins palliatifs, en collaboration avec d'autres acteurs de la santé (EMSP, l'hospitalisation à domicile (HAD), etc ...), interviennent à domicile pour aider de par leur expertise les professionnels de santé déjà présents (médecin traitants, infirmières, etc...).

Les professionnels de santé peuvent contacter les réseaux de soins palliatifs grâce à une permanence téléphonique souvent mise en place, afin d'obtenir des réponses à leurs questions.

Certains réseaux permettent aussi l'accès à une permanence téléphonique pour les patients et leur famille, pouvant être bénéfique dans les situations urgentes, ainsi qu'un sentiment de sécurité pour les patients et leurs proches, dans cette période difficile de fin de vie. (16)

Alors que le circulaire DHOS du 25 mars 2008 est relatif au référentiel national d'organisation des réseaux de santé en soins palliatif, bien d'autres lois régissent les soins palliatifs. (14)

C. TEXTES DE LOIS RÉGISSANT LES SOINS PALLIATIFS :

1) Loi du 9 juin 1999 :

« Toute personne malade dont l'état le requiert, a le droit d'accéder à des soins palliatifs et à un accompagnement. Les soins palliatifs sont des soins actifs et continus pratiqués en équipe pluridisciplinaire en institution ou à domicile... ». (17)

Cette loi votée à l'unanimité par le Parlement garantit un droit d'accès aux soins

palliatifs pour tout patient en fin de vie (article 1).

La loi donne droit aux proches désireux d'accompagner une personne en fin de vie, un congé d'accompagnement (article 11 et 12).

Enfin, cette loi permet :

- L'enseignement des soins palliatifs (article 7)
- L'organisation du bénévolat (article 10)

2) Loi du 4 mars 2002 :

« La personne malade a droit au respect de sa dignité. Elle a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur et d'être informée sur son état de santé. Elle peut désigner une personne de confiance. Le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix ». (18)

Cette loi permet au patient de désigner une personne de confiance qui pourra être consultée si le patient ne peut s'exprimer et qui recevra l'information nécessaire aux prises de décision. La personne de confiance peut accompagner le malade dans ses démarches, les consultations médicales afin de l'aider dans son jugement.

3) Loi du 22 avril 2005 ou loi Léonetti :

« Toute personne majeure peut rédiger des directives anticipées dont le médecin doit tenir compte, concernant les conditions de sa fin de vie. Lorsqu'une personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, la limitation ou l'arrêt de traitement susceptible de mettre sa vie en danger ne peuvent être réalisés sans avoir respecté une procédure collégiale ». (19)

La loi condamne l'obstination déraisonnable sans approuver l'euthanasie dont le but est de donner la mort.

Des antalgiques ou d'autres traitements puissants peuvent être prescrits en fin de vie, même si le risque est d'accélérer la survenue du décès. Ce principe est celui du double effet qui permet la pratique d'un acte pouvant être à la fois bénéfique et mauvais, si le bon effet est supérieur au mauvais.

Le patient en fin de vie peut décider de la continuité de ses traitements. Si le patient est

hors d'état d'exprimer sa volonté, la limitation ou l'arrêt des traitements doit être prise de façon collégiale et après consultation d'un proche ou de la personne de confiance.

Il est important de souligner que dans cette loi, le rôle de cette personne de confiance est renforcé.

Enfin, cette loi prévoit le dispositif des directives anticipées du patient, document rédigé par le patient qui consigne ses souhaits et dont la durée de validité est de 3 ans.

4) Loi du 2 Février 2016 :

« Toute personne a droit à une fin de vie digne et apaisée. Les professionnels de santé mettent en œuvre tous les moyens à leur disposition pour que ce droit soit respecté ».

Cette loi promet l'accès aux soins palliatifs sur tout le territoire. Elle prévoit que tous les professionnels de santé devront suivre une formation en soins palliatifs.

Lorsque les traitements ont pour seul effet un maintien artificiel de la vie, s'ils sont considérés comme démesurés ou sans intérêt, les traitements seront interrompus ou ne seront pas mis en place, en prenant compte de l'avis du patient.

Une sédation profonde peut être envisagée, à la demande du patient, dans le but de faire disparaître les douleurs réfractaires aux traitements, chez les patients atteints d'une maladie grave et incurable et dont le pronostic vital est engagé à court terme.

Tout patient a le droit de rédiger des directives anticipées s'il en est capable, qui devront être prises en compte dans toutes les décisions médicales, sauf en cas d'urgence vitale pendant le temps nécessaire à l'évaluation de la situation. Ces directives peuvent être modifiées à tout moment par le patient et n'ont plus de limite de validité.

Pour les décisions complexes ou lorsque le patient n'est pas en mesure de donner son avis, une procédure collégiale peut être mise en place :

- Prise en compte des directives anticipées, de l'avis de la personne de confiance ou des proches s'il n'y a pas de personne de confiance. Les directives anticipées prévalent sur tout autre avis.
- Prise en compte de l'avis d'un autre médecin, qui n'a pas de lien hiérarchique avec le médecin référent du patient.
- Se concerter avec l'équipe soignante. (20)

Dans le cas où les médecins décident de ne pas prendre en compte les directives anticipées du patient, ils doivent en informer la personne de confiance préalablement choisie par le patient.

Chaque patient de plus de 18 ans peut nommer une personne de confiance. Cette personne sera consultée dans la situation où le patient ne peut pas s'exprimer : elle est le porte-parole du patient. Cette personne de confiance pourra avoir accès au dossier médical, aux directives anticipées et pourra participer aux consultations médicales. (21)
(22)

5) Loi du 6 mars 2017 :

Le Conseil d'État a saisi le Conseil Constitutionnel concernant la conformité à la Constitution des dispositions issues de la loi du 2 février 2016. Celles ci ont été considérés conformes à la Constitution. (23)

D. LA PLACE DU MÉDECIN TRAITANT :

Le rôle du médecin généraliste se caractérise par l'exercice d'une médecine de soins primaires qui englobe le patient dans sa totalité, en tenant compte de son environnement.

En 1974, un groupe de médecins s'est réuni dans la ville de Leeuwenhorst pour définir les principes de la médecine générale, tels que : « le généraliste est un diplômé de médecine qui donne des soins personnels, de premier recours et continus à des individus, des familles et à un groupe de population, sans considération d'âge, de sexe ni de pathologie. C'est la synthèse de ces fonctions qui est unique. » (24)

Ce groupe a donné naissance à l'*European Academy of Teachers in General Practice* (EURACT).

Le *World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians* (WONCA), définit en 2002 le médecin traitant comme étant « chargé de dispenser des soins globaux et continus à tous ceux qui le souhaitent [...]. Ils soignent les personnes dans leur contexte familial, communautaire, culturel et toujours dans le respect de l'autonomie. [...] Leur activité professionnelle

comprend la promotion de la santé, la prévention des maladies et la prestation de soins à visée curative et palliative ». (25)

Plus récemment, selon le rapport « la place du médecin traitant dans le système de soins » publié en 2015 par le Pr Druais Pierre-Louis à l'attention de l'ancienne ministre de la santé, Mme Marisol Touraine, « la fonction traitante du médecin généraliste doit s'inscrire dans quatre domaines :

- Parcours de soins, parcours de santé au bénéfice du patient.
- Tenue du dossier médical, dossier patient partagé, en amont même du dossier médical partagé.
- Mise en œuvre d'outils de communication, type messagerie sécurisée, échanges et conférences téléphoniques.
- Organisation des soins autour des compétences acquises en médecine générale. » (26)

Dans ce rapport on observe l'insistance sur le partage et la communication du dossier médical dans le rôle du médecin traitant. Le but premier de ce dossier médical partagé est de fournir rapidement des informations essentielles sur les traitements, les examens paracliniques afin d'éviter les redondances. Il s'agit de pouvoir partager le dossier médical, de façon sécurisée, afin de coordonner les soins.

Cette notion de coordination est retrouvée dans l'article L. 4130-1 du Code de la santé publique où une des missions principales du médecin traitant est d'assurer la coordination des soins nécessaires.

Les autres missions du médecin généraliste selon le Code de la santé publique (article L. 4130-1) sont : «

- Contribuer à l'offre de soins ambulatoire, en assurant pour ses patients la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des maladies ainsi que l'éducation [...]
- Orienter ses patients [...]
- Veiller à l'application individualisée des protocoles et recommandations pour les affections nécessitant des soins prolongés et contribuer au suivi des maladies chroniques [...]

- S'assurer de la synthèse des informations transmises par les différents professionnels de santé ;
- Administrer et coordonner les soins visant à soulager la douleur. En cas de nécessité, le médecin traitant assure le lien avec les structures spécialisées dans la prise en charge de la douleur ;
- [...]
- Participer à la mission de service public de permanence des soins [...] ;
- Contribuer à l'accueil et à la formation des stagiaires de deuxième et troisième cycles d'études médicales. » (27)

Dans cet article L.4130-1, on remarque qu'outre la coordination des soins courants, une importance réelle est donnée au médecin traitant dans la prise en charge de la douleur et dans la relation qu'il entretient avec les structures spécialisées qui suivent le patient, plaçant le médecin traitant comme un véritable pilier et potentiel premier acteur dans la prise en charge palliative d'un patient.

Autre position du médecin traitant, selon la loi n°2002-303, du 4 mars 2002, Article L.1111-6 :

« Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance 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. [...]. » (18)

Dans cet article, le médecin traitant tient une place importante dans les décisions de soins palliatifs de ses patients, pouvant être désigné comme la personne de confiance du patient, c'est à dire qu'il lui est donné la possibilité d'exprimer la volonté du patient à sa place lorsque ce dernier n'en est plus capable.

81 % des patients souhaitent mourir chez eux (28)(35), un lieu plus rassurant et naturel ; le médecin généraliste, premier acteur dans l'organisation des soins, devra de plus en plus apprendre à faire face aux soins palliatifs à domicile.

E. LA FIN DE VIE A DOMICILE :

Un rapport sur la fin de vie à domicile a été publié par l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) en 2017. (29)

Dans l'analyse effectuée, il est remarqué qu'en 2013, sur 518 673 décès de personnes âgées de plus de 18 ans qui ont été enregistrés, 60 % de ces décès requéraient d'une prise en charge palliative.

Hors, sur ces 518 673 décès, seulement 71 000 personnes ont été admises dans les structures spécialisées en soins palliatifs (USP ou LISP) en 2014. Ce qui nous renvoie au constat que 75 % des patients qui auraient besoin de soins palliatifs, n'y ont pas accès.

Selon ce rapport, en 2013, le domicile représentait seulement 38 % des lieux de décès, alors que dans les années 50s celui ci était le lieu de décès principal. Le lieu de décès a fortement changé sur ce dernier siècle et ce changement radical est en grande partie dû à la création d'établissements de santé (cliniques, hôpitaux, etc ...), ce qui résulte en une diminution des soins qui sont fournis au domicile.

Ce constat de manque en soins palliatifs est d'autant plus important à domicile, où il n'y a pas d'obligation de permanence de soins, et où la formation des professionnels de santé en soins palliatifs est très inconstante.

La même année, environ 65 000 prises en charge avaient pu être assurées par des structures spécialisées (réseaux, EMSP, etc ...) au domicile des patients. (29)

D'autres facteurs montrent que la prise en charge au domicile peut s'avérer compliquée :

- La permanence de soins la nuit, les week-ends ou autres jours fériés, est compliquée et souvent le patient est amené aux urgences voire hospitalisé lorsque son état se dégrade ou bien se complique.

- Certains patients doivent organiser eux même leur prise en charge à domicile et sont privilégiés ceux qui ont un entourage connaissant le système de soins. (29)

Selon une seconde étude, effectuée en 2012 sur la fin de vie à domicile par l'Observatoire national de fin de vie, en 19 ans, le lieu de fin de vie a changé de 28,6 %

au domicile en 1990 contre 25,5 % en 2009. Il s'agit plus précisément de 28 % des cas des plus de 90 ans, et 24 % des moins de 90 ans. (30)

Le pourcentage de décès à l'hôpital reste relativement le même avec un taux de 57,5 %. La part des décès en EHPAD a légèrement augmenté de 8 % en 1990 contre 10 % en 2010. (30)

L'ONFV a constaté que 30,2 % des patients sont à domicile dans les 7 jours avant le décès contre 18,1 % le jour du décès parmi ceux dont le décès était prévisible. (30) Ce résultat était aussi retrouvé par le rapport de l'IGAS, ce qui équivalait à environ 160 000 personnes. (29)

Les raisons des transferts de ces patients en fin de vie du domicile vers le secteur hospitalier sont multiples : une insuffisance d'aides au domicile, la solitude et le sentiment d'impuissance des proches. Ces transferts dépassent souvent les capacités d'accueil des services spécialisés (USP, LISP).

Dans ces différentes études, on constate qu'il est difficile d'organiser une fin de vie à domicile sans entourage solide. L'investissement des proches est parfois très lourd jusqu'à leur épuisement.

Pour prévenir cet épuisement, le bien-être du malade est primordial (diminuant l'anxiété de la famille), mais aussi celui des proches avec des moments de répit. La confiance envers les professionnels de santé impliqués dans la prise en charge au domicile permet de soulager les familles.

Les aides à domicile permettent un relais pour les tâches ménagères : limiter l'épuisement physique et psychique des aidants du domicile est fondamental.

Pour permettre aux proches de s'investir dans cette étape de fin de vie, des aides financières existent : un fond national permet de prendre en charge 90 % des dépenses. De plus, l'Allocation Journalière d'Accompagnement permet un congé indemnisé par l'assurance maladie pendant trois semaines. (30)

Développer les soins de fin de vie au domicile est une priorité pour les années à venir : en effet cela correspond à la fois au souhait des patients de mourir chez eux, entourés par leurs proches, mais également à l'augmentation du nombre de décès annuel ; d'ici 2060 l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE) prévoit jusqu'à 770 000 décès par an. (29)

De plus, notre système de soins actuel va rapidement être submergé par le nombre croissant de décès (vieillessement de la population) et par la complexité des pathologies (comorbidités associées).

Pour cela l'IGAS insiste sur le rôle du médecin traitant qui doit être soutenu, le signalement précoce des situations palliatives et la rédaction de protocoles en cas de fin de vie imminente afin d'éviter des transferts inutiles. (29)

F. LA FIN DE VIE EN ÉTABLISSEMENT D'HÉBERGEMENT POUR PERSONNES DÉPENDANTES (EHPAD) :

L'observatoire national de fin de vie a mené une étude fin 2013 auprès des établissements d'hébergement pour personnes dépendantes afin d'évaluer les conditions de fin de vie des résidents :

Il est observé que lorsqu'un résident de l'EHPAD est en fin de vie, 66 % des institutions peuvent accueillir le patient dans une chambre seule. Dans 29 % des cas la possibilité n'est pas constante voire impossible pour 5 % des cas. Par ailleurs, 89 % des établissements peuvent héberger un proche la nuit mais cela n'est proposé que dans la moitié des cas. (31)

Un élément important dans les EHPAD est la possibilité d'assurer une prise en charge palliative : dans ce rapport il est retrouvé que 74 % des EHPAD ont pris contact avec un réseau de soins palliatifs ou une équipe mobile de soins palliatifs. Et pourtant seulement 62,5 % ont recours aux soins palliatifs pour leurs résidents en fin de vie. (31)

Cela se retrouve aussi dans les unités de soins palliatifs (USP) : seulement 21 % des EHPAD ont hospitalisé un patient dans ces services. Ce chiffre est expliqué soit par un manque de place dans l'unité (13 %), soit par un refus de la part du service d'accepter le patient (4 %) ; mais dans 73 % des cas, ce sont les EHPAD eux mêmes qui considèrent inutile l'admission dans une USP. Au total, jusqu'à 25 % des EHPAD n'ont aucun contact avec une équipe de soins palliatifs. (31)

Concernant la formation en soins palliatifs, il est retrouvé dans cette étude que seulement 21 % des médecins coordonnateurs avaient reçu une formation sur la fin de vie. De même pour les médecins généralistes, qui participent au suivi des malades et à

leurs prescriptions, il est expliqué que 92 % d'entre eux n'ont reçu aucune formation à la fin de vie. Pourtant 84 % d'entre eux s'impliquent dans la prise en charge de la dernière semaine de fin de vie.(31)

L'hospitalisation à domicile qui pourrait être une solution très intéressante dans la prise en charge de la fin de vie en EHPAD, grâce à la possibilité de personnel spécialisé et surtout supplémentaire, n'est pourtant que très peu utilisée, avec 8 % des EHPAD qui lui font appel.

Une problématique importante est aussi le manque de personnel la nuit, avec seulement 14 % des EHPAD qui ont un infirmier de nuit, et seulement 25 % ont une permanence téléphonique ; ce qui favorise les transferts, quelques fois inutiles, vers les hôpitaux.

Au total, dans cette étude, 1 % des patients mourraient dans une USP, 25 % à l'hôpital et le reste dans les EHPAD. (31)

Selon le programme de développement des soins palliatifs de 2008-2012, le développement extra-hospitalier des soins palliatifs dans les EHPAD est devenue une priorité d'action des EMSP. (12)

III. MATÉRIEL ET MÉTHODES

Le médecin généraliste a un rôle primordial puisqu'il est le médecin de premier recours et reste le pivot de la prise en charge des patients. Il serait en mesure de détecter précocement les besoins en soins palliatifs (32) afin de les anticiper grâce à la connaissance de ses patients, de ses proches et de son environnement. Pourtant il est démontré que la plupart des décisions palliatives sont prises en milieu hospitalier et que 28% environ des médecins traitants sont tenus au courant d'une décision de LATA. (33) Cependant, un contact entre le médecin traitant et le personnel spécialisé pourrait optimiser et faciliter les décisions de soins palliatifs. (34)

A. OBJECTIFS DE L'ÉTUDE :

1. Objectif principal :

L'objectif principal de notre étude est d'évaluer le rôle des médecins traitants dans la décision de soins palliatifs de leurs patients.

2. Objectif secondaire :

Nous profiterons de notre analyse pour étudier quels acteurs participent à la discussion lors des prises de décisions par le médecin traitant.

B. RECHERCHE DOCUMENTAIRE :

Différentes recherches ont été faites sur Sudoc, Google Scholar, CISMef, Pubmed, Theseimg.

Les mots clés sur Sudoc étaient :

- Soins palliatifs
- Médecin traitant
- Place

Les mots clés sur Pubmed étaient :

- Palliative care

- General practitioner
- Family medicine
- Involvement

Les mots clés sur Google Scholar étaient :

- Médecin traitant
- Soins palliatifs
- Rôle
- Décisions

Cette recherche documentaire nous a permis de mettre en évidence deux études qui nous ont particulièrement intéressées.

La première étude est une thèse soutenue par Émilie Bédani en 2015 : « La place du médecin traitant dans la limitation de soins ». (36)

La deuxième étude qui a retenu notre attention est une thèse publiée en 2014 par Aurélie Nicourt : « Évaluation de l'implication du médecin généraliste dans la décision d'entrée en soins palliatifs au cours d'une hospitalisation ». (33)

Leurs travaux diffèrent de notre enquête car nous ne nous consacrons pas seulement aux limitations de soins : nous évaluons quelle place a le médecin traitant dans les décisions de soins palliatifs en général, sans nous réduire aux patients hospitalisés.

C. TYPE D'ETUDE :

Notre étude est une étude descriptive et analytique anonyme et non rémunérée.

Nous avons réalisé notre questionnaire à l'aide de Google Drive®.

Après impression, celui-ci a été envoyé à 100 médecins généralistes tirés au sort sur la liste des médecins généralistes des Bouches-du-Rhône inscrits au Conseil National de l'Ordre des Médecins. (CNOM)

Les questionnaires nous ont été renvoyés par une enveloppe pré-timbrée qui leur était préalablement fournie.

D. MATÉRIEL :

L'enquête a été réalisée sur le département des Bouches-du-Rhône uniquement.

Parmi 1756 médecins généralistes femmes et 1952 médecins généralistes hommes dont les coordonnées sont inscrites sur le site internet du Conseil de l'Ordre des médecins des Bouches du Rhône, nous avons tiré au sort 50 % de femmes et 50 % d'hommes, ce qui correspond à 46 femmes et 54 hommes.

Les médecins généralistes inclus étaient ceux installés. Les critères d'exclusion étaient les médecins généralistes avec une activité salariale unique, les médecins remplaçants, les médecins retraités, les médecins avec une activité spécifique unique (homéopathie, etc).

E. MÉTHODES :

1. Données :

Un premier questionnaire a été envoyé à un échantillon « test », faisant partie nos connaissances, afin de vérifier la compréhensibilité et la clarté du questionnaire au début du mois de Mai 2018. Ces médecins n'ont pas été inclus dans l'étude.

Après modifications faites, nous avons pu envoyer le questionnaire final (Annexe A), rédigé à l'aide de Google Drive®. Un premier envoi a été fait par email, mais devant le faible taux de réponses, nous avons imprimé et envoyé par voie postale le questionnaire début Juin 2018. Les médecins ayant répondu par email n'ont pas été inclus.

Les réponses ont été recueillies jusqu'au 1er Août 2018 grâce à des enveloppes pré-timbrées incluses dans l'envoi du questionnaire puis elles ont été incorporées dans un tableur Excel®.

46 médecins généralistes ont répondu et 45 questionnaires ont été inclus dans l'étude, ce qui correspond à un taux de réponses de 45 %.

Le questionnaire qui n'a pas été inclus est celui d'un médecin qui n'a pas répondu à la

totalité des questions.

2. Questionnaire :

Le questionnaire est composé d'une première partie comportant 9 questions d'ordre général afin de mieux connaître le médecin répondant : l'âge, le sexe, le type d'activité, le temps d'exercice, la formation en soins palliatifs, l'activité salariée parallèle, leur habitude à contacter les services des patients hospitalisés.

La seconde partie concernait le vécu en soins palliatifs des médecins généralistes et comptait 18 questions.

Il y avait au total 26 questions obligatoires et 1 question optionnelle qui correspond aux services dans lesquels les médecins travaillent en parallèle, s'ils ont une activité salariée.

F. ANALYSE STATISTIQUE :

Nous avons sollicité l'expertise d'une statisticienne afin de nous aider à établir nos résultats.

Après avoir rentré nos données dans un tableur Excel®, celles ci ont été étudiées à l'aide du logiciel XSTAT®.

L'analyse statistique est composée de deux parties.

La première partie est une analyse exclusivement descriptive des résultats obtenus. Afin de calculer la moyenne avec son écart de confiance à 95 % (IC à 95 %), ainsi que la médiane et les quartiles, le théorème central limite a été utilisé.

Les autres variables ont été analysées à l'aide de la loi normale avec calcul des IC à 95 %.

Les variables utilisées pouvaient être quantitatives (par exemple, un nombre de patients), qualitatives nominales (par exemple, homme/femme), ou binaires (réponse par oui/non).

Les résultats ont été répartis sous forme de diagramme (type camembert ou en

colonnes) et sous forme de tableaux.

La deuxième partie correspond à l'analyse bivariée des résultats. Nous avons demandé à la statisticienne de croiser certaines de nos données, c'est à dire d'étudier les relations qui peuvent exister entre deux variables.

Chacun des croisements a été effectué à l'aide du test de χ^2 afin d'observer les correspondances entre les variables. Un risque relatif alpha (aussi appelé risque de première espèce) de 5 % a été retenu. Il correspond au risque de conclure à une différence entre deux variables alors que cette différence n'existe pas. Les résultats ont été fournis sous formes de tableaux.

IV. RESULTATS

A. ANALYSE DESCRIPTIVE DES RÉSULTATS :

1. Caractéristiques de l'échantillon

Parmi les médecins ayant répondu à l'enquête, 48,9 % étaient des hommes (n= 22) et 51,1 % des femmes (n = 23).

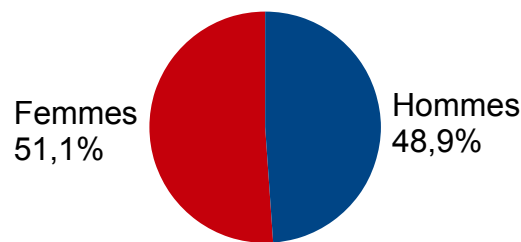


Illustration 1 : Répartition des médecins généralistes selon leur sexe

	Effectif	Pourcentage	IC 95 %
Femmes	23	51,1%	[36,5 - 65,7]
Hommes	22	48,9%	[34,3 - 63,5]

Tableau 1 : Sexe des médecins généralistes

La tranche d'âge la plus représentée est celle entre 40 - 50 ans avec 53,3 % (soit n = 24). Un quart d'entre eux étaient âgés entre 50 - 60 ans (24,4 % soit n = 11). Les tranches d'âge les moins décrites sont celles des médecins entre 30 - 40 ans et de plus de 60 ans.

	Effectif	Pourcentage	IC 95 %
30 – 40 ans	6	13,3%	[3,4 - 23,3]
40 – 50 ans	24	53,3%	[38,8 - 67,9]
50 – 60 ans	11	24,4%	[11,9 - 37,0]
> 60 ans	4	8,9%	[0,6 - 17,2]

Tableau 2 : Âge des médecins généralistes

Dans notre étude, 50 % des hommes étaient âgés entre 40 et 50 ans, contre 56,5 % de femmes. Les tranches d'âge entre 30-40 ans et 50-60 ans avaient le même taux chez les femmes soit 21,7 % chacune, alors que chez les hommes elles comptaient 4,5 % et 27,3 % respectivement. Nous n'avons recueilli que des hommes dans la tranche d'âge de plus de 60 ans (18,18 %).

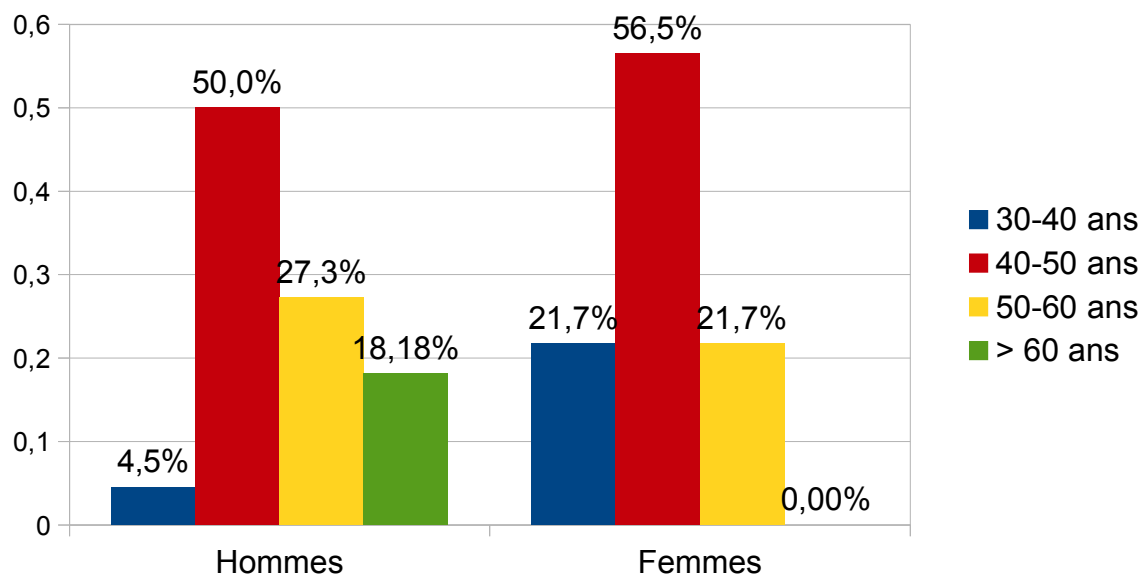


Illustration 2 : Répartition de l'âge des médecins généralistes selon leur sexe

Nos résultats ont permis de répartir les médecins selon qu'ils exerçaient en zone urbaine, semi-rurale ou rurale. Le milieu d'exercice majoritaire était le milieu semi-rural avec 57,8 % des médecins (n = 26).

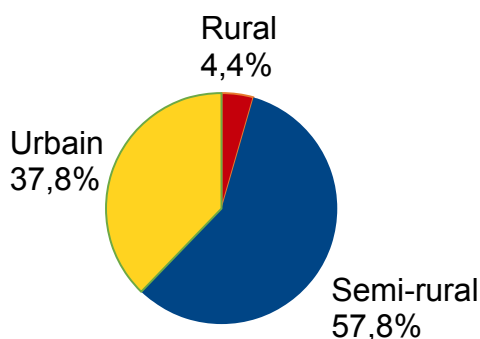


Illustration 3 : Répartition du milieu d'exercice des médecins généralistes

	Effectif	Pourcentage	IC 95 %
Rural	2	4,4%	[0,0 - 10,5]
Semi-rural	26	57,8%	[43,3 - 72,2]
Urbain	17	37,8%	[23,6 - 51,9]

Tableau 3 : Milieu d'exercice des médecins généralistes

Une répartition des médecins selon leur mode d'exercice a été objectivée à l'aide d'un diagramme. Une grande partie des médecins généralistes travaillent en groupe (73,3 % soit n = 33).

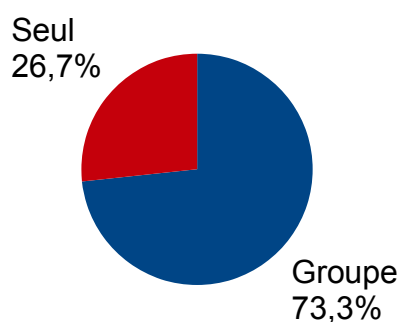


Illustration 4 : Répartition des médecins généralistes selon leur type d'exercice

	Effectif	Pourcentage	IC 95 %
Groupe	33	73,3%	[60,4 - 86,3]
Seul	12	26,7%	[13,7 - 39,6]

Tableau 4 : Type d'exercice des médecins généralistes

Le début d'activité était estimé à plus de 15 ans pour la moitié des médecins répondants (48,9 %, soit n = 22).

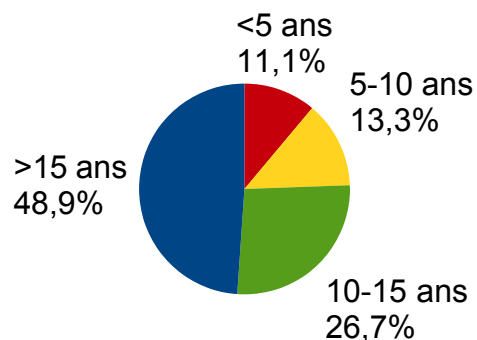


Illustration 5 : Répartition des médecins généralistes selon leur temps d'exercice

	Effectif	Pourcentage	IC 95 %
< 5 ans	5	11,1%	[1,9 - 20,3]
5 – 10 ans	6	13,3%	[3,4 - 23,3]
10 – 15 ans	12	26,7%	[13,7 - 39,6]
> 15 ans	22	48,9%	[34,3 - 63,5]

Tableau 5 : Temps d'exercice des médecins généralistes

Parmi les médecins répondants, 20 % (n = 9) avaient une activité mixte : la majorité (7 % soit n = 3) exerçait parallèlement en EHPAD. Un médecin généraliste (soit 2,2%) avait une activité en service d'oncologie et/ou soins palliatifs.

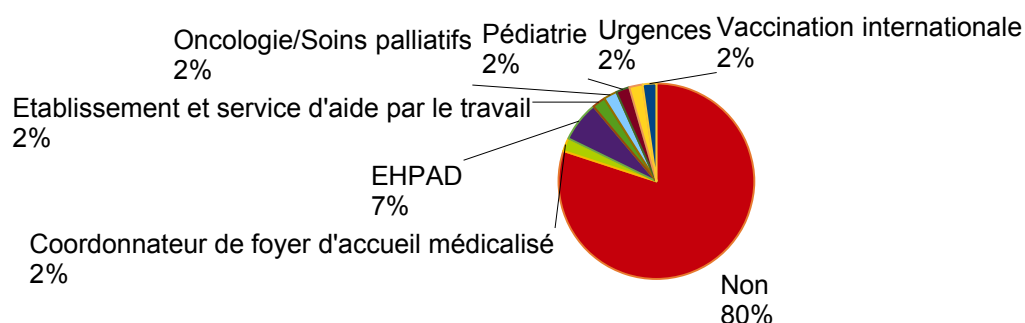


Illustration 6 : Répartition des médecins généralistes selon leur activité salariée

	Effectif	Pourcentage	IC 95 %
Aucune activité salariée	36	80,0%	[68,3 - 91,7]
Coordonnateur de foyer d'accueil médicalisé	1	2,2%	[0,0 - 6,5]
EHPAD	3	6,7%	[0,0 - 14,0]
Etablissement et service d'aide par le travail	1	2,2%	[0,0 - 6,5]
Oncologie/Soins palliatifs	1	2,2%	[0,0 - 6,5]
Pédiatrie	1	2,2%	[0,0 - 6,5]
Urgences	1	2,2%	[0,0 - 6,5]
Vaccination internationale	1	2,2%	[0,0 - 6,5]

Tableau 6 : Activité salariée des médecins généralistes

Lorsque leurs patients sont hospitalisés, près de la moitié (44,4 %) des médecins prennent contact « de temps en temps » avec les services qui les accueillent (n = 20). 22,2 % (n= 10) des répondants contactent les services « presque toujours », 28,9 % (n= 13) les contactent « souvent » et 4,4 % n'entretiennent jamais de contact avec les services de leurs patients (n= 2).

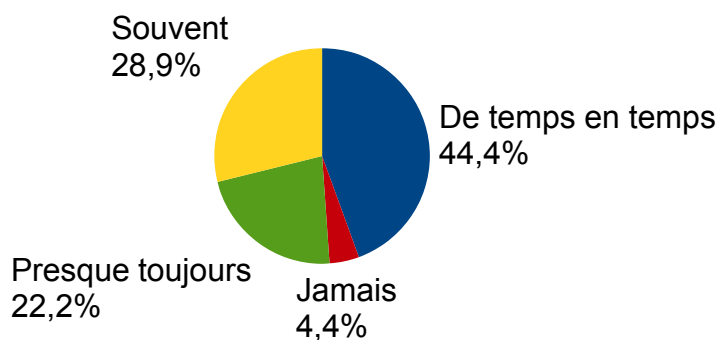


Illustration 7 : Fréquence de contact des médecins généralistes avec les services hospitaliers

	Effectif	Pourcentage	IC 95 %
Jamais	2	4,4%	[0,0 - 10,5]
De temps en temps	20	44,4%	[29,9 - 59,0]
Souvent	13	28,9%	[15,6 - 42,1]
Presque toujours	10	22,2%	[10,1 - 34,4]

Tableau 7 : Prise de contact avec les services hospitaliers

Dans notre échantillon de médecin, 20 % (soit n = 9), ont une formation en soins palliatifs.

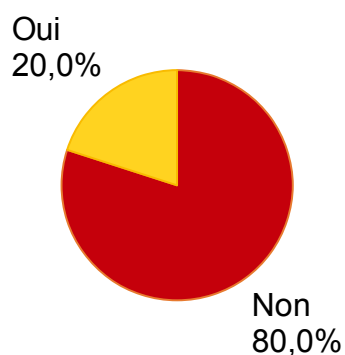


Illustration 8: Répartition des médecins généralistes selon leur formation en soins palliatifs

	Effectif	Pourcentage	IC 95 %
Pas de formation	36	80,0%	[68,3 - 91,7]
Formation	9	20,0%	[8,3 - 31,7]

Tableau 8 : Formation en soins palliatifs

2. Suivi des patients en soins palliatifs :

En moyenne, les médecins de notre étude ont suivi 4,489 patients en soins palliatifs au cours des 12 derniers mois.

Nombre d'observations	Minimum	Maximum	1er Quartile	Médiane	2ème Quartile	Moyenne	Ecart-type (n-1)
45	0,000	15,000	2,000	3,000	5,000	4,489	3,362

Tableau 9 : Moyenne de patients en soins palliatifs par médecin au cours des 12 derniers mois

Les médecins généralistes ont fait appel aux dispositifs de soins palliatifs pour l'intervalle de patients « entre 3 et 5 » dans 46,7 % des cas. 37,8 % d'entre eux les ont contacté pour < 3 patients et enfin 16 % des médecins ont appelé les équipes spécialisées pour > 5 patients. A noter qu'un médecin n'a eu aucun patient en soins palliatifs au cours des 12 derniers mois.

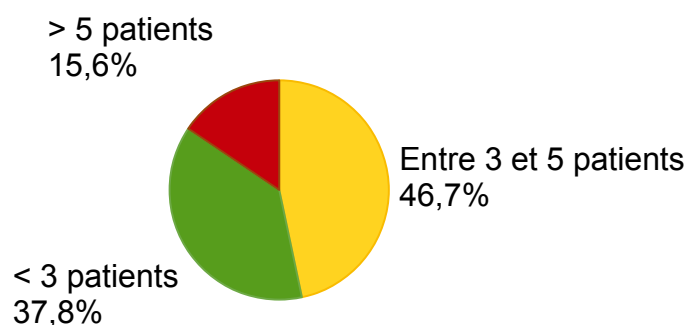


Illustration 9 : Nombre de patients ayant bénéficié d'un dispositif de soins palliatifs par le médecin traitant

	Effectif	Pourcentage	IC 95 %
< 3 patients	17	37,80%	[23,6 – 51,9]
Entre 3 et 5 patients	21	46,70%	[32,1 – 61,2]
> 5 patients	7	15,60%	[5,0 – 26,1]

Tableau 10 : Patients ayant bénéficié d'un dispositif de soins palliatifs

Dans l'initiation des soins palliatifs, près de la moitié des médecins mettent en place les soins palliatifs à l'arrêt des traitements curatifs (41,9 % ; n = 57), 32,4 % (n = 44) les initient en fin de vie imminente, et seulement 25,7 % (n = 35) mettent en place les soins palliatifs précocement (phase palliative précoce dans laquelle les traitements spécifiques et palliatifs sont utilisés conjointement). Il existe une différence entre le nombre de patients inclus dans cette question (n = 136), et le nombre total de patients

impliqués (n = 139) dans l'étude : ce résultat est dû aux décès de 3 patients à l'hôpital, avec décision de soins palliatifs prise à l'hôpital sans aucune intervention du médecin traitant dans les soins palliatifs.

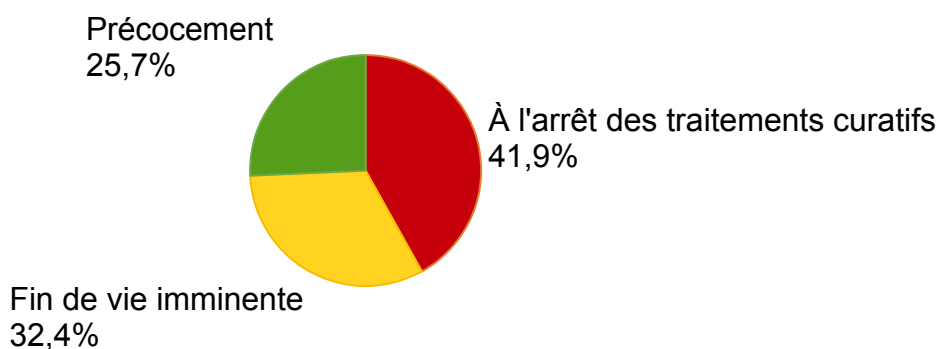


Illustration 10 : Répartition des différents temps d'instauration des soins palliatifs par les médecins généralistes

	Effectif	Pourcentage	IC 95 %
Précocement	35	25,7%	[18,4 - 33,1]
À l'arrêt des traitements	57	41,9%	[33,6 - 50,2]
Fin de vie	44	32,4%	[24,5 - 40,2]

Tableau 11 : Temps d'instauration des soins palliatifs

Les principales raisons de demande de passage de l'EMSP à domicile sont la douleur (66,9 %) et la présence d'autres symptômes gênants (61,9 %).

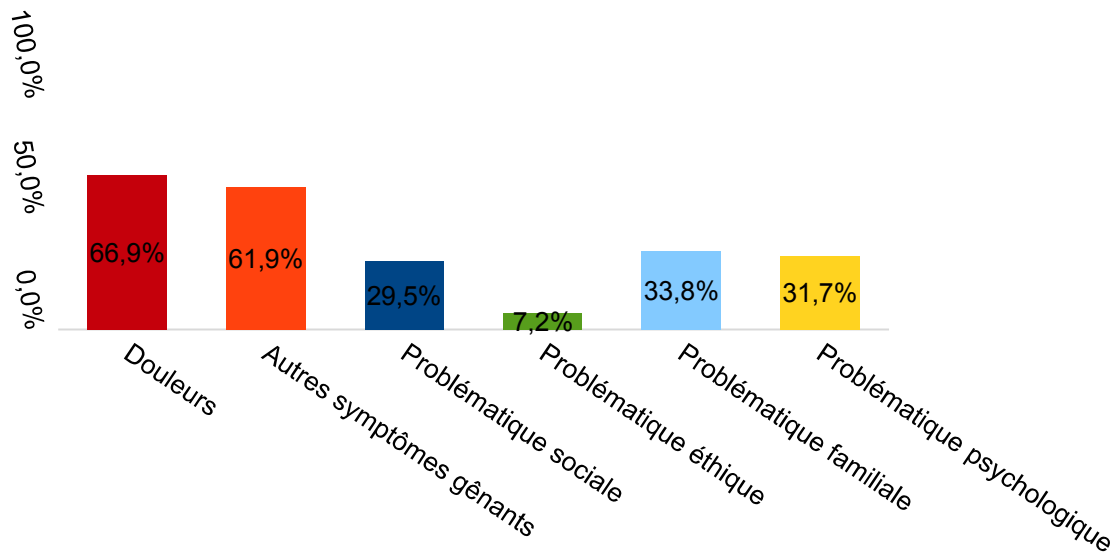


Illustration 11 : Répartition des différentes causes d'appel aux dispositifs de soins palliatifs provenant du médecin traitant

Les principaux acteurs consultés par ordre décroissant sont la famille dans 78,4 % des cas, les infirmiers diplômés d'état (IDE) au domicile du patient, l'avis du patient lui-même, le médecin spécialiste (qui est consulté une fois sur deux) et enfin les aides à domicile du patient. Dans seulement 0,7 % des situations, personne n'a été consulté.

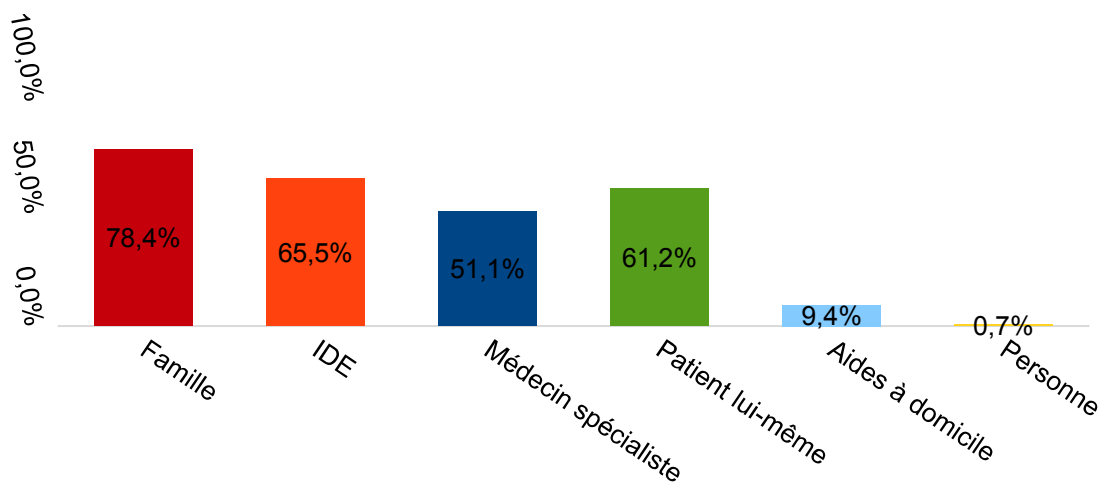


Illustration 12 : Répartition des différents acteurs consultés par le médecin généraliste lors de la décision de soins palliatifs

L'équipe soignante du patient a une place très importante puisqu'elle est consultée dans 71,2 % des situations. Il est intéressant de voir que la famille est plus sollicitée (59

%) que la personne de confiance elle-même (35,3 %). L'avis d'un médecin sans aucun lien hiérarchique est pris dans 46,8% des cas et les directives anticipées sont rédigées dans seulement 29,5 % des situations.

Enfin dans 7,2% des situations, aucun critère de la procédure collégiale n'est respecté.

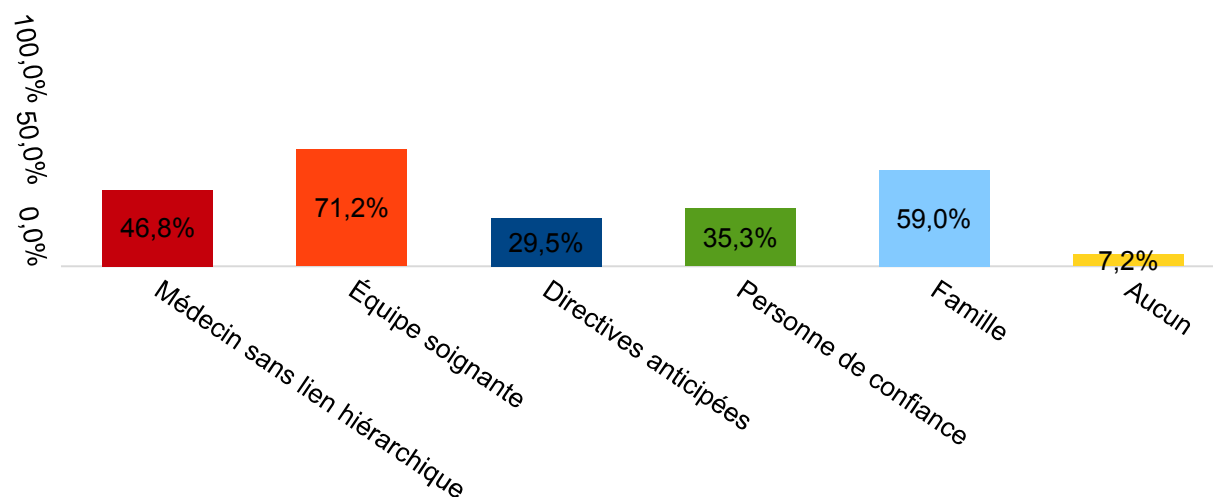


Illustration 13 : Répartition des différents acteurs consultés par le médecin généraliste lors de la procédure collégiale

Parmi les médecins répondant, 31,11 % d'entre eux ont respecté la procédure collégiale.

	Effectif	Pourcentage	IC 95 %
Procédure collégiale respectée	14	31,11%	[17,58 – 44,64]
Procédure collégiale non respectée	31	68,89%	[55,98 – 83,80]

Tableau 12 : Répartition des médecins ayant respecté ou non la procédure collégiale

3. Les soins palliatifs à l'hôpital :

Dans plus de la moitié des cas, les médecins généralistes sont appelés dans moins de 3 situations pour les décisions de soins palliatifs.

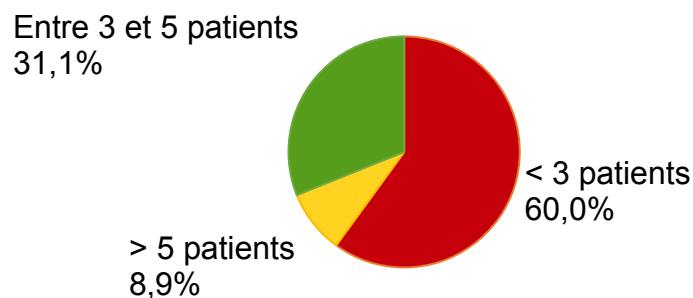


Illustration 14 : Nombre de patient pour lesquels le médecin traitant a été mis au courant de la décision de soins palliatifs par l'hôpital.

	Effectif	Pourcentage	IC 95 %
< 3 patients	27	60,0%	[45,7 - 74,3]
Entre 3 et 5 patients	14	31,1%	[17,6 - 44,6]
> 5 patients	4	8,9%	[0,6 - 17,2]

Tableau 13 : Décisions de soins palliatifs à l'hôpital

Pour 33,1 % des patients, les médecins généralistes ont été contacté après la prise de décision et pour 4,3 % d'entre eux, au décès du patient. Ils n'ont pas été contacté pour 25,2 % des 139 patients qu'ils ont impliqué dans l'étude (soit 17,1 % du nombre total de patient en soins palliatifs au cours des 12 derniers mois (n= 205)).

Inversement, leur avis a été pris en compte dans 15 % des cas avant la prise de décision et dans 22 % des situations, au moment de la prise de décision.

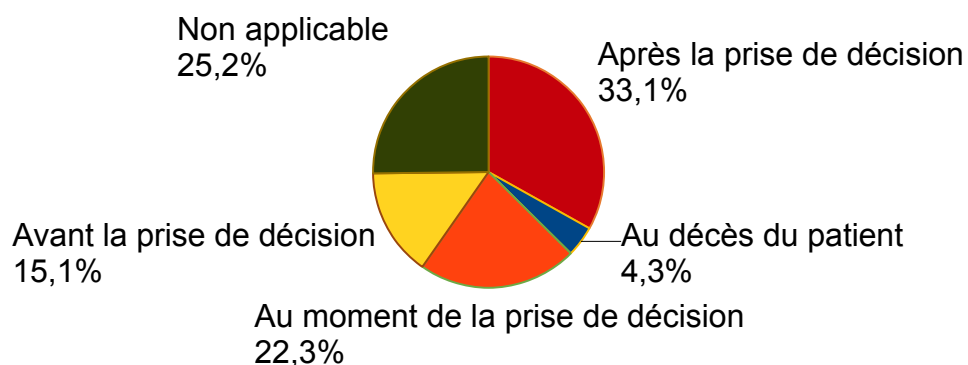


Illustration 15 : Répartition des moments où l'hôpital a contacté le médecin traitant pour participer à la décision de soins palliatifs

	Effectif	Pourcentage	IC 95 %
Avant	21	15,1%	[9,2 - 21,1]
Au moment	31	22,3%	[15,4 - 29,2]
Après	46	33,1%	[25,3 - 40,9]
Au décès	6	4,3%	[0,9 - 7,7]
Non applicable	35	25,2%	[18,0 - 32,4]

Tableau 14 : Moment de contact des médecins généralistes par l'hôpital

En considérant le nombre total de patients en soins palliatifs au cours des 12 derniers mois (soit n = 205), 139 ont été impliqués par les généralistes. Sur ces 139 patients, 97 avaient été suivis par un dispositif de soins palliatifs mis en place à la fois par le médecin traitant et l'hôpital. 35 de ces 205 (soit 17,1 %) patients ont bénéficié d'un dispositif de soins palliatifs mis en place uniquement par le médecin traitant et 3 patients uniquement par l'hôpital. 4 patients ont été impliqués par les médecins mais n'avaient pas été suivis par un dispositif de soins palliatifs. Si on rajoute à ce nombre les 66 patients non impliqués par les généralistes (qui résulte de la différence entre le nombre total de patients en soins palliatifs au cours des 12 derniers mois (n = 205) et le nombre de patients impliqués par les généralistes (n = 139)), au total 70 patients de notre enquête n'ont pas bénéficié de dispositif spécifique de soins palliatifs lors de leur fin de vie : nous considérons qu'ils ont été suivi uniquement par les médecins traitants sans aide extérieure.

	Soins palliatifs à l'hôpital	Pas de soins palliatifs à l'hôpital	TOTAL
Dispositif de soins palliatif contacté par le médecin	n = 97 % = 47,3 %	n = 35 % = 17,1 %	n = 132 % = 64,4 %
Dispositif de soins palliatif non contacté par le médecin	n = 3 % = 1,5 %	n = 70 % = 34,1 %	n = 73 % = 35,60 %
TOTAL	n = 100 % = 48,8 %	n = 105 % = 51,2 %	n = 205 % = 100 %

Tableau 15 : Répartition des patients suivis en soins palliatifs

Près de la moitié des patients de l'enquête étaient hospitalisés en service d'oncologie et/ou soins palliatifs (46 %). Pour 10,8 % des patients, c'est le service de gériatrie qui a

organisé les soins palliatifs et pour 11,5 %, ceux sont d'autres services de médecine hospitaliers.

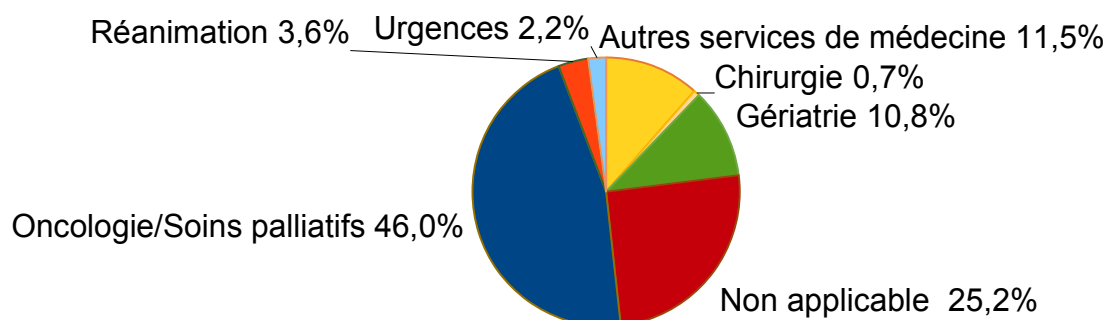


Illustration 16 : Répartition des différents services ayant pris la décision de soins palliatifs

	Effectif	Pourcentage	IC 95 %
Autres	16	11,5%	[6,2 - 16,8]
Chirurgie	1	0,7%	[0,0 - 2,1]
Gériatrie	15	10,8%	[5,6 - 15,9]
Oncologie/Soins palliatifs	64	46,0%	[37,8 - 54,3]
Réanimation	5	3,6%	[0,5 - 6,7]
Urgences	3	2,2%	[0,0 - 4,6]
Non applicable	35	25,2%	[18,0 - 32,4]

Tableau 16 : Services ayant pris la décision de soins palliatifs

Les principales raisons de mise en place de soins palliatifs à l'hôpital sont la douleur (54,7%), ainsi que les autres symptômes gênants (41 %).

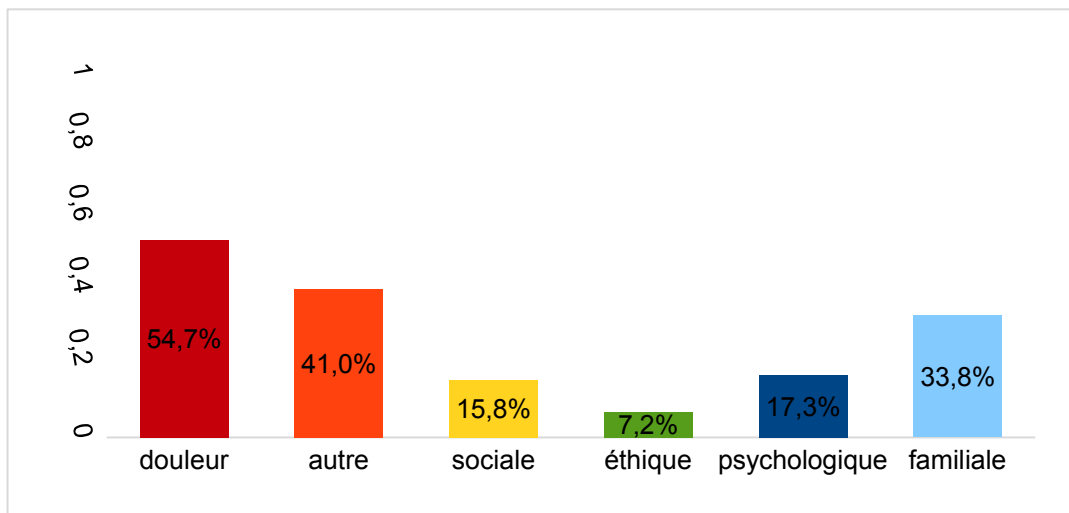


Illustration 17 : Causes de mise en place des soins palliatifs par l'hôpital

L'enquête s'est ensuite intéressée aux dispositifs mis en place par l'hôpital lors du retour à domicile et pouvant aider le médecin traitant dans l'accompagnement de ses patients en fin de vie : ils comprennent la sortie avec l'aide d'une équipe spécialisée de type EMSP ou réseau de soins palliatifs, la mise en place d'une HAD afin de coordonner les soins, le passage d'IDE au domicile du patient ainsi que d'aides au domicile afin de soulager les familles. Dans 36,7 % des cas, les patients sont sortis de l'hôpital avec la mise en place d'un dispositif de soins palliatifs.

Près de 11,5 % des patients sont sortis de l'hôpital avec un diagnostic de soins palliatifs sans aucune organisation concernant le retour à domicile.

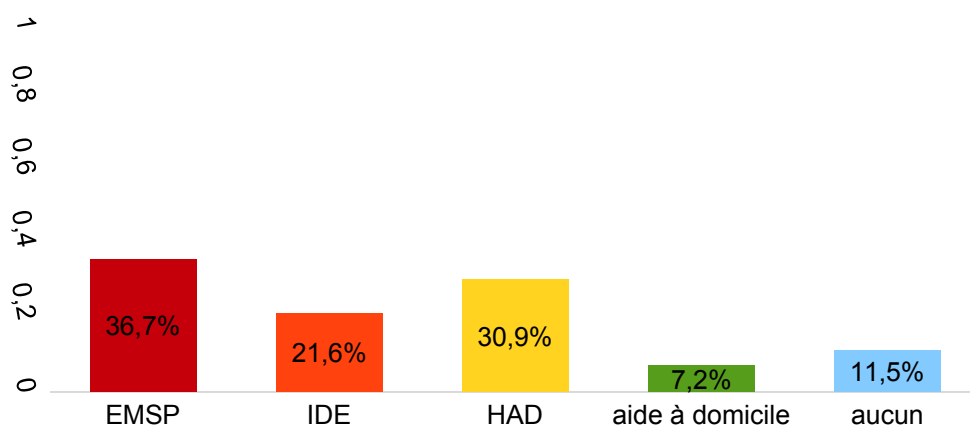


Illustration 18 : Dispositifs mis en place au retour à domicile par l'hôpital

La grande majorité des patients en soins palliatifs avait plus de 70 ans (65,5 %). Dans 23,7 % des cas, ils avaient entre 61 et 70 ans; dans 10,8 % des cas ils avaient entre 41

et 60 ans.

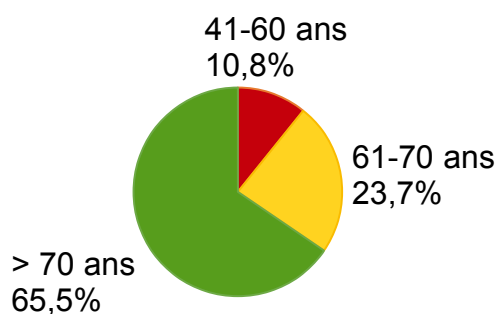


Illustration 19 : Répartition de l'âge des patients en soins palliatifs

	Effectif	Pourcentage	IC 95 %
41-60 ans	15	10,8%	[5,6 - 15,9]
61-70 ans	33	23,7%	[16,7 - 30,8]
> 70 ans	91	65,5%	[57,6 - 73,4]

Tableau 17 : Âge des patients

Par ordre de fréquence décroissante, la pathologie oncologique (70,5 %) est la plus largement représentée, suivie des maladies neuro-dégénératives (11,5 %), des insuffisances terminales d'organes (10,1 %) et enfin la poly-pathologie (7,9 %).

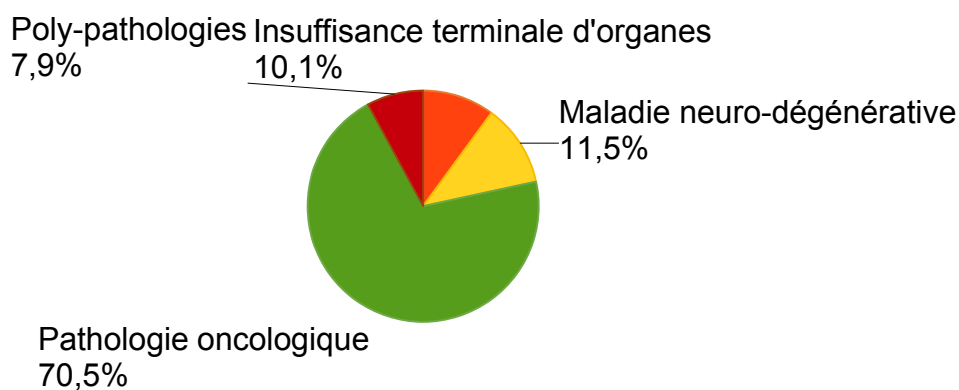


Illustration 20 : Répartition de la pathologie responsable des soins palliatifs pour chaque patient

	Effectif	Pourcentage	IC 95 %
Insuffisance d'organes	14	10,1%	[5,1 - 15,1]
Neuro-dégénératif	16	11,5%	[6,2 - 16,8]
Oncologique	98	70,5%	[62,9 - 78,1]
Poly-pathologies	11	7,9%	[3,4 - 12,4]

Tableau 18 : Pathologies des patients

Le lieu de fin de vie majoritaire était le domicile, suivi par les EHPAD et enfin l'hébergement chez un tiers ou les foyers de vie.

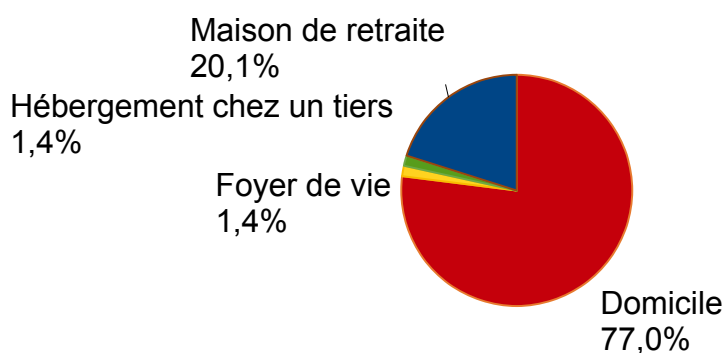


Illustration 21 : Répartition des différents lieux de fin de vie des patients en soins palliatifs

	Effectif	Pourcentage	IC 95 %
Domicile	107	77,0%	[70,0 % - 84,0 %]
Foyer	2	1,4%	[0,0 % - 3,4 %]
Tiers	2	1,4%	[0,0 % - 3,4 %]
Maison de retraite	28	20,1%	[13,5 % - 26,8 %]

Tableau 19 : Lieux de fin de vie

À la question « Votre avis est-il important pour les prises de décisions de mise en place de soins palliatifs prises à l'hôpital pour vos patients ? », alors que 31,1 % des médecins traitants ont répondu « de temps en temps » et « presque toujours » et que 22,2 % d'entre eux considèrent que leur avis est « souvent » important, 15,6 % pensent que leur avis n'est « jamais » utile aux prises de décisions.

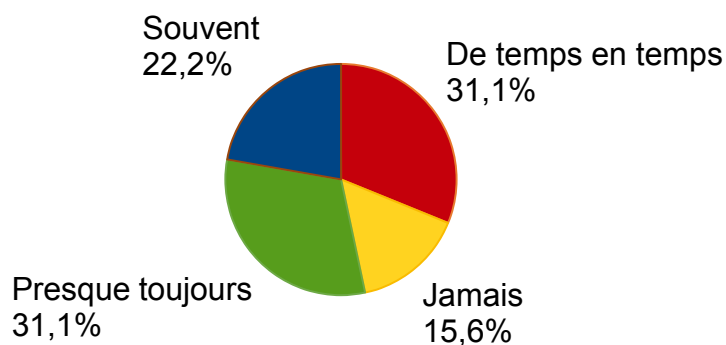


Illustration 22 : Représentation des médecins généralistes sur l'importance de leur avis dans les décisions prises à l'hôpital

	Effectif	Pourcentage	IC 95 %
Jamais	7	15,60%	[5,00 - 26,10]
De temps en temps	14	31,10%	[17,60 - 44,60]
Souvent	10	22,20%	[10,10 - 34,40]
Presque toujours	14	31,10%	[17,60 - 44,60]

Tableau 20 : Importance de l'avis des médecins généralistes

La grande majorité des médecins impliqués dans l'enquête souhaiterait participer aux décisions de soins palliatifs à l'aide du téléphone.

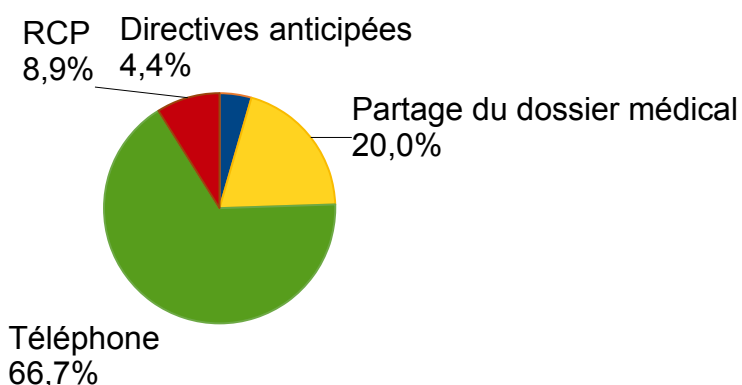


Illustration 23 : Répartition du support de contact avec l'hôpital souhaité par les médecins généralistes

	Effectif	Pourcentage	IC 95 %
Directives anticipées	2	4,4%	[0,0 - 10,5]
Dossier médical	9	20,0%	[8,3 - 31,7]
Téléphone	30	66,7%	[52,9 - 80,4]
RCP	4	8,9%	[0,6 - 17,2]

Tableau 21 : Supports de contact

À la question « Rédigez-vous des directives anticipées ? », 40 % des médecins ont répondu « de temps en temps » et 31 % d'entre eux n'en rédigent jamais. 20 % des réponses étaient « souvent » et seulement 9 % « presque toujours ».

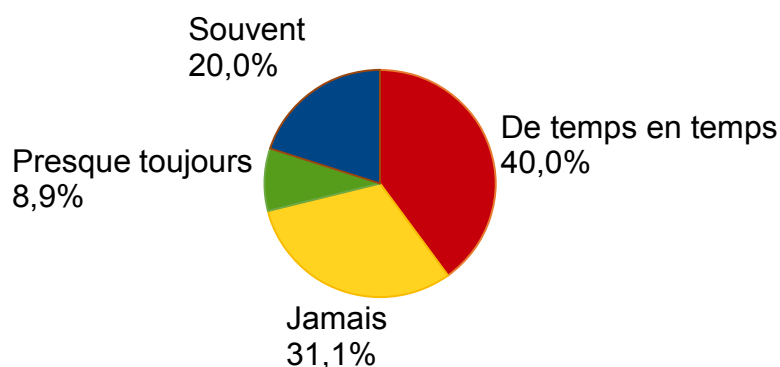


Illustration 24 : Répartition du taux de rédaction de directives anticipées pour chaque médecin traitant

	Effectif	Pourcentage	IC 95 %
Jamais	14	31,1%	[17,6 - 44,6]
De temps en temps	18	40,0%	[25,7 - 54,3]
Souvent	9	20,0%	[8,3 - 31,7]
Presque toujours	4	8,9%	[0,6 - 17,2]

Tableau 22 : Directives anticipées

64 % des médecins pensent que les soins palliatifs sont plus faciles à instaurer si la décision est prise à l'hôpital.

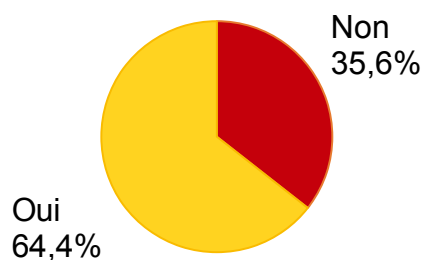


Illustration 25 : Représentation des médecins généralistes sur la sensation de facilité d'instauration des soins palliatifs lorsqu'ils sont initiés à l'hôpital

	Effectif	Pourcentage	IC 95 %
Non	16	35,6%	[21,6 - 49,5]
Oui	29	64,4%	[50,5 - 78,4]

Tableau 23 : Facilité d'initiation des soins palliatifs

B. ANALYSE BIVARIÉE DES RÉSULTATS :

Un lien de corrélation a été recherché entre la formation en soins palliatifs des médecins généralistes et la précocité de l'instauration des soins palliatifs à l'aide du test du Khi Deux. Au risque α de 5 %, il a été mis en évidence un lien entre la formation en soins palliatifs des médecins généralistes et l'instauration précoce des soins palliatifs (test du Khi Deux : $p < 0,0001$).

	Effectif des réponses non	Effectif des réponses oui
Arrêt des traitements	52	5
Fin de vie	41	3
Précocement	19	16

Tableau 24 : Lien entre formation en soins palliatifs et précocité de prise en charge

Khi ² (valeur observée)	25,612	Test du Khi ² : $p < 0,0001$ donc il existe un lien entre la formation en soins palliatifs et le moment de prise en charge.
Khi ² (valeur critique)	5,991	
DDL	2	
p -value	< 0,0001	
alpha	0,05	

Tableau 25 : Test du Khi² entre formation en soins palliatifs/moment de prise en charge

Un lien de corrélation a été recherché entre la formation en soins palliatifs et le respect de la procédure collégiale : concernant le fait de prendre l'avis d'un médecin avec qui il n'y a aucun lien hiérarchique, le lien est significatif au risque alpha de 5 % avec un $p = 0,018$.

	Effectif des réponses non	Effectif des réponses oui
Effectif des réponses non	66	8
Effectif des réponses oui	48	17

Tableau 26 : Contingence médecin sans lien hiérarchique/formation en soins palliatifs

Khi ² (valeur observée)	5,522	Lien significatif
Khi ² (valeur critique)	3,841	
DDL	1	
p -value	0,018	
alpha	0,05	

Tableau 27: Test du Khi² entre formation en soins palliatifs/médecin sans lien hiérarchique

Un lien de corrélation a été recherché entre la formation en soins palliatifs et le fait de prendre en compte les directives anticipées dans le cadre de la procédure collégiale. Il existe un lien significatif au risque alpha de 5 % avec un $p = 0,025$.

	Effectif des réponses non	Effectif des réponses oui
Effectif des réponses non	85	13
Effectif des réponses oui	29	12

Tableau 28 : Contingence entre directives anticipées/formation en soins palliatifs

Khi ² (Valeur observée)	5,018	Lien significatif
Khi ² (Valeur critique)	3,841	
DDL	1	
<i>p</i> -value	0,025	
alpha	0,05	

Tableau 29 : Test du Khi² entre formation en soins palliatifs/directives anticipées

Un lien de corrélation a été recherché entre la formation en soins palliatifs des médecins traitants et le fait de tenir compte de l'avis de l'équipe soignante du patient dans le cadre de la procédure collégiale. Il n'y a pas de lien significatif au risque alpha de 5 % avec un $p = 0,628$.

	Effectif de réponse non	Effectif de réponse oui
Effectif de réponses non	33	9
Effectif de réponses oui	83	16

Tableau 30 : Contingence entre équipe soignante/formation en soins palliatifs

Khi ² (valeur observée)	0,234	Lien non significatif
Khi ² (valeur critique)	3,841	
DDL	1	
<i>p</i> -value	0,628	
alpha	0,05	

Tableau 31 : Test du Khi² entre équipe soignante/formation en soins palliatifs

Un lien de corrélation a été recherché entre la formation en soins palliatifs des médecins traitants et le fait de tenir compte de l'avis de la personne de confiance dans le cadre de la procédure collégiale. Il n'y a pas de lien significatif au risque alpha de 5 % avec un $p = 0,140$.

	Effectif de réponses non	Effectif de réponses oui
Effectif de réponses non	77	13
Effectif de réponses oui	37	12

Tableau 32 : Contingence entre personne de confiance/formation en soins palliatifs

Khi ² (valeur observée)	2,171	Lien non significatif
Khi ² (valeur critique)	3,841	
DDL	1	
<i>p</i> -value	0,140	
alpha	0,05	

Tableau 33 : Test du Khi² entre personne de confiance/formation en soins palliatifs

Un lien de corrélation a été recherché entre la formation en soins palliatifs des médecins traitants et le fait de tenir compte de l'avis de la famille du patient dans le cadre de la procédure collégiale. Il n'y a pas de lien significatif avec au risque alpha de 5 % un $p = 0,432$.

	Effectif de réponses non	Effectif de réponses oui
Effectif de réponses non	45	12
Effectif de réponses oui	69	13

Tableau 34 : Contingence entre famille/formation en soins palliatifs

Khi ² (valeur observée)	0,615	Lien non significatif
Khi ² (valeur critique)	3,841	
DDL	1	
<i>p</i> -value	0,432	
alpha	0,05	

Tableau 35 : Test du Khi² entre famille/formation en soins palliatifs

Un lien de corrélation a été recherché entre la formation en soins palliatifs des médecins traitants et le fait de ne pas utiliser les critères de la procédure collégiale. Il n'y a pas de lien significatif au risque alpha de 5% avec un $p = 0,863$.

	Effectif de réponses non	Effectif de réponses oui
Effectif de réponses non	106	23
Effectif de réponses oui	8	2

Tableau 36 : Contingence entre le fait de ne pas respecter la procédure collégiale/formation en soins palliatifs

Khi ² (valeur observée)	0,030	Lien non significatif
Khi ² (valeur critique)	3,841	
DDL	1	
<i>p</i> -value	0,863	
Alpha	0,05	

Tableau 37 : Test du Khi² entre le fait de ne pas respecter la procédure collégiale/formation en soins palliatifs

Un lien de corrélation a été recherché entre le sentiment de simplicité de retour à domicile si celui ci avait été instauré à l'hôpital. Il n'y a pas de lien significatif au risque alpha de 5 % avec un $p = 0,054$.

	Pas de facilité	Facilité
Retour à domicile	54	69
Pas de retour à domicile	3	13

Tableau 38 : Contingence entre facilité de mise en prise en charge si retour à domicile à domicile organisé

Khi ² (valeur observée)	3,703	Lien non significatif
Khi ² (valeur critique)	3,841	
DDL	1	
<i>p</i> -value	0,054	
alpha	0,05	

Tableau 39 : Test du Khi² entre facilité de prise en charge / retour à domicile organisé

V. DISCUSSION

A. CHOIX DU MATÉRIEL ET MÉTHODES :

1. Choix de la population :

Notre enquête s'est limitée aux médecins généralistes des Bouches-du-Rhône, un département qui est vaste et riche en médecins généralistes, mais surtout qui est le lieu de notre pratique.

Nous avons ciblé les médecins généralistes installés.

Les médecins retraités, remplaçants, avec une activité salariée seule, ainsi que les médecins généralistes avec une spécialité d'exercice unique (telles que l'acupuncture, l'homéopathie, etc ...), ont tous été exclus de l'étude.

La raison pour laquelle nous les avons exclus est simple : leur suivi de patients en soins palliatifs est trop bref (pour les remplaçants), voire inexistant (médecins salariés, etc ...); et ils ne pourraient pas répondre de manière objective à notre étude.

2. Forces et biais de l'étude :

L'objectif de notre travail est de savoir quelle est la place du médecin traitant dans les décisions de prise en charge palliative de leurs patients et quels acteurs y sont impliqués.

Pour répondre à nos attentes, nous avons décidé de réaliser une enquête descriptive, rétrospective et analytique.

Il s'agit de la première enquête réalisée sur l'implication du médecin traitant dans les prises de décisions palliatives à la fois à domicile à l'hôpital, sans limitation au LATA.

L'enquête a fortement intéressé les médecins généralistes, notre taux de réponses s'élevant à 45 %.

Notre étude a su relever d'autres questions de recherche importantes tels que l'avis des médecins hospitaliers sur les améliorations qu'ils souhaiteraient voir dans leur relation avec le médecin traitant lors des décisions de prise en charge palliative.

Un biais de l'enquête rétrospective est celui de sélection ou « biais de non réponse ». En effet, les médecins dont l'expérience en soins palliatifs est plus riche auraient tendance à s'intéresser plus particulièrement à notre étude. Ce biais pourrait surestimer

le nombre de patients en situation palliative par médecin généraliste que nous avons obtenus.

Il existe aussi un biais de mémorisation lié au caractère rétrospectif de notre enquête. Sur la dernière année les médecins devaient se souvenir de façon relativement précise jusqu'à maximum 5 situations palliatives auxquelles ils ont eu affaire au cours des 12 derniers mois. Il est donc possible que certains éléments de réponse soient imprécis.

Un biais d'information ou de « qualité des données disponibles », peut être considéré par le questionnaire écrit : les médecins répondants pourraient avoir eu des difficultés de compréhension des données.

Dans ce type d'étude quantitative, il peut y avoir un biais de restriction car les questions sont imposées par celui qui les pose et sont fermées.

3. Questionnaire :

L'enquête par un questionnaire en ligne avait initialement été notre objectif, mais devant le faible taux de réponses nous avons décidé d'envoyer notre questionnaire par voie postale avec enveloppe pré-timbrée, afin d'obtenir un maximum de réponses concernant la place et les limites des médecins généralistes dans les décisions de soins palliatifs de leurs patients.

Le questionnaire était constitué de 27 questions et le temps de réponse était estimé à moins de 5 minutes.

Les questions étaient pour la plupart fermées avec des réponses restreintes.

Nous avons dû nous limiter à 5 expériences par question maximum constituant une limite pour les médecins ayant eu plus de 5 patients en soins palliatifs au cours des 12 derniers mois.

Le questionnaire était anonyme, non rémunéré, nous avons fait attention à utiliser le moins d'abréviations possible afin d'optimiser la compréhension de chacun des médecins et nous avons explicité les termes.

B. RÉSULTATS PRINCIPAUX :

1. Taux de réponses et critères des médecins généralistes :

1.a. Taux de réponses :

Le taux de participation à notre étude s'est élevé à 45 %. Des taux de réponses similaires ont pu être retrouvés dans de nombreuses études sur les soins palliatifs. (37)

1.b. Critères des médecins généralistes :

1.b.1. Répartition des médecins généralistes selon leur âge :

En 2017, selon l'Atlas de la démographie médicale en France du Conseil National de l'Ordre des Médecins, l'âge moyen des médecins en activité était de 51,2 ans. (38)

Alors que cet âge moyen a tendance à diminuer dans certains départements par rapport à 2010, en Provence-Alpes-Côte-d'Azur, celui-ci est passé de 51 ans à 52 ans entre 2010 et 2017.

En comparant avec notre étude, il existe une variation de l'âge par rapport à l'âge moyen national, avec la composante « entre 40-50 ans » figurant le plus.

Malgré ce léger écart, le profil national est relativement comparable à l'âge moyen de notre enquête avec des femmes plus jeunes et des hommes plus âgés : même si 50 % des hommes étaient âgés entre 40 et 50 ans, contre 56,52 % de femmes, la tranche d'âge la plus jeune « entre 30-40 ans » est constituée majoritairement de femmes (21,73 %), alors que les hommes ne représentent que 4,54 % et la tranche d'âge des plus de 60 ans ne compte exclusivement que des hommes (18,18 %).

1.b.2. Répartition des médecins généralistes selon leur genre :

En 2017, 47 % des médecins en exercice sont des femmes contre 38 % en 2007. En région Provence-Alpes-Côte-d'Azur, la féminisation du métier est très présente puisqu'elles comptent 59 % des nouveaux inscrits au tableau du CNOM. (39)

Nous avons réalisé notre étude en tirant au sort 100 médecins généralistes dont

l'adresse est inscrite sur le site internet du CNOM des Bouches-du-Rhône : 50 % de femmes parmi 1756 médecins généralistes femmes (n=46) et 50 % d'hommes parmi 1952 médecins généralistes hommes (n = 54).

Dans notre enquête, les résultats montrent une répartition de femmes de 51,1 % contre 48,9 % d'hommes, ce qui diffère légèrement du profil national, où la répartition de femmes est de 47 % contre 53 % d'hommes.

Mais des résultats similaires aux nôtres sont retrouvés dans d'autres études sur les soins palliatifs. (33)

Ce taux de femmes (51,1 %) légèrement plus élevé que celui des hommes pourrait expliquer le fait que notre population soit sensiblement plus jeune, par rapport à la moyenne nationale.

1.b.3. Répartition des médecins généralistes selon leur temps et milieu d'exercice :

Le profil socio-démographique « type » de notre étude est celui d'un médecin généraliste exerçant en milieu semi-rural (dans 58,7 % de nos résultats) et en cabinet de groupe principalement (73,3 %). Près de la moitié (48,9%) des médecins de notre étude exerce depuis plus de 15 ans. Ce profil est similaire à plusieurs autres enquêtes faites sur les soins palliatifs. (40)(41)

1.b.4. Médecins généralistes et activité salariée :

Dans la littérature, on peut lire que depuis l'année 2007, le nombre total de médecin généraliste en activité (n = 88137) a chuté de 9,1 %. Selon les prédictions du CNOM de 2017, la tendance sera à la baisse et d'ici 2025, on ne comptera plus que 79262 médecins généralistes en activité. (38)

Sur la dernière décennie, toutes spécialités confondues, il existe une perte de 10,5 % des médecins actifs réguliers exerçant en libéral (ils sont 42,8 % au total), alors que le salariat prend le dessus avec 46,5 % des médecins et une hausse de 10,7 %. L'activité mixte a quant à elle aussi augmentée de 9,7 % et se retrouve à 10,7 % en 2017.

Les résultats de notre étude sont plutôt à la hausse. En effet, 20 % des médecins

interrogés ont une activité salariale parallèle (4 femmes et 5 hommes).

Dans une étude effectuée auprès des internes de médecine générale sur leur profession future, 76 % des internes souhaiteraient avoir une activité mixte. (42)

Ce constat montre l'attrait des médecins généralistes pour une activité plus variée, et pourrait expliquer le taux de 20 % de notre étude.

C. L'EXPÉRIENCE DU GÉNÉRALISTE FACE AUX SOINS PALLIATIFS :

1. Les soins palliatifs : une partie intégrante de leur pratique :

Au début du 20^{ème} siècle, le nombre de décès annuel en France avoisinait les 800000 personnes.

Grâce à la lutte contre la mortalité infantile, les innovations thérapeutiques en matière de cancers et de maladies cardiovasculaires, en 2015, ce chiffre est redescendu à 587 000 décès. (43)

L'espérance de vie est quant à elle passée pour les hommes de 63,4 ans à 79 ans et pour les femmes de 69,2 ans à 85,1 ans, entre 1950 et 2015. (44)

Ainsi, les médecins généralistes sont confrontés au vieillissement de la population et à de plus en plus de patients atteints de poly-pathologies. De par leur relation avec leurs patients, ils sont les premiers acteurs impliqués lorsqu'une situation de soins palliatifs se dessine.

Dans notre enquête, la moyenne de patients en soins palliatifs pour chaque médecin traitant (4,48) est sensiblement égale à la moyenne retrouvée dans la littérature (4,40). (40)

L'opinion publique associe les soins palliatifs aux pathologies cancéreuses. Cependant, comme nous l'avons vu précédemment, les soins palliatifs se destinent à toutes les pathologies avancées qui, par leur échappement au contrôle médical, vont mener au décès.

Dans notre étude, pour plus de deux tiers des patients, c'est une pathologie oncologique qui a conduit à l'initiation des soins palliatifs (dans 70,5 % des cas). Ce

résultat est retrouvé dans l'étude de Mme BRENOT-DOMBOUE et Mme MARSANDE ; ainsi que dans la thèse de Mme LAFFITTE, où elles correspondent à près 90 % des pathologies. (45)(46)

En comparaison, selon le rapport de 2011 de l'ONFV, les patients atteints de cancer ne sont que 50 % des patients en soins palliatifs suivis par les médecins généralistes. (47)

De plus, selon l'Institut national de la santé de la recherche médicale (INSERM) en 2015, même si les maladies tumorales étaient responsables du plus grand nombre de décès en France (166,2 millions de décès), d'autres pathologies chroniques telles que les affections circulatoires ou respiratoires, entraînaient 142 millions de décès et 42,1 millions de décès respectivement, par leur échappement au contrôle médical et devraient bénéficier des soins des spécialisés en soins palliatifs. (48)(49)

En effet, les soins palliatifs soulagent la souffrance et soutiennent les patients, tout en tenant compte des préoccupations spirituelles et psychosociales, quelle que soit la pathologie. (50)

L'élargissement des soins palliatifs à toute pathologie chronique limitant l'espérance de vie et plus seulement aux pathologies cancéreuses, aurait un impact conséquent en matière de santé. (51)

Différentes études sur l'instauration de soins palliatifs dans les maladies chroniques, en association avec les traitements qui visent à ralentir la maladie, ont démontré un effet bénéfique à la fois pour le patient mais aussi pour les aidants : amélioration de la symptomatologie et qualité de vie, maintien prolongé d'une autonomie, soulagement des familles, etc... (6)(52)(53)

Ce résultat met en exergue le fait qu'aujourd'hui, si la culture palliative est relativement bien développée pour les patients atteints de cancer, dans les autres domaines, elle est encore balbutiante, malgré la législation qui affirme le droit aux soins palliatifs pour tous les patients les nécessitant.

Développer l'accès aux soins palliatifs pour tous et en particulier hors oncologie est une priorité et former les médecins généralistes dans ce domaine paraît fondamental. En effet, dans notre étude les médecins généralistes sont des médecins concernés par les soins palliatifs et pensent peu les proposer aux patients atteints d'autres pathologies.

Au total, même si la pathologie principale des patients de notre étude était oncologique, sur le nombre de patients total que les médecins généralistes suivent, d'autres pathologies mènent à terme à un échappement thérapeutique et au décès du patients. Ces patients nécessiteraient tout autant la mise en place de soins palliatifs afin d'améliorer leur qualité de vie.

2. Prendre de l'avance sur les soins palliatifs : une nécessité :

2.a. Les soins palliatifs précoces : une stratégie complémentaire ?

Dans les années 70, le Dr Vanier Thérèse disait que les soins palliatifs étaient « tout ce qu'il reste à faire lorsqu'il n'y a plus rien à faire ». (54) De ce fait, l'idée d'instaurer tôt les soins palliatifs, parfois même au diagnostic, pourrait paraître paradoxale.

Dans la thèse de Mme LANGLADE, le seul médecin ayant parlé précocement de soins palliatifs à son patient l'avait fait devant l'extension de la maladie d'emblée. (32)

En analysant nos résultats, la mise en place des soins palliatifs par le médecin traitant est tardive pour $\frac{3}{4}$ de nos patients : à l'arrêt des traitements curatifs ou en situation de fin de vie imminente. Seulement 25,7 % de nos patients ont bénéficié d'une prise en charge palliative précoce.

Cependant, depuis quelques années, la question sur la précocité des soins palliatifs fait surface et de nombreuses études ont été menées à ce sujet.

Par une prise en charge des douleurs, un soutien psychologique tout au long de la trajectoire de la maladie, et grâce à l'acceptation du pronostic et la diminution des symptômes dépressifs, il en ressort que mettre en place précocement les soins palliatifs améliore considérablement la qualité de vie ainsi que la survie des patients. Aborder la question des soins palliatifs bien avant la phase de fin de vie serait donc profitable.

Après que l'étude de J. Temel ait démontré une amélioration de la qualité de vie et de la survie globale grâce aux soins palliatifs instaurés au diagnostic, dans un groupe de patients atteints de cancers bronchique non à petites cellules, de nombreux autres travaux ont été effectués et appuient l'introduction précoce des soins palliatifs. (6)

Ces constatations sont amplement diffusées actuellement par l'OMS et par l'ASCO depuis 2011. (4)(6)

Une autre étude menée sur deux groupes de patients atteints d'une forme avancée de sclérose en plaques a introduit les soins palliatifs plus tôt dans un des groupes : les soins palliatifs ont soulagé les deux groupes mais leur intervention plus précoce sur un des groupes a amené à un meilleur contrôle des symptômes, une diminution du fardeau des familles et une baisse des coûts. Lorsque les soins palliatifs ont été interrompus, une dégradation progressive de l'état de santé des patients a pu être observée en quelques semaines dans chacun des groupes. Il est donc important aux intervenants de se former et d'assurer une continuité des soins entre l'hôpital et la ville lors du retour au domicile. (55)

En France, selon un bulletin d'information de l'Ordre National des Médecins publié en 2013, la moitié des patients ont pu recevoir des soins palliatifs seulement 48h à 72h avant leur décès. (56)

Une étude effectuée par deux universités Brusseloises, entre 2011 et 2015, relate que sur 2045 décès non subits, 62 % des patients n'ont pas pu avoir accès aux soins palliatifs. Les patients qui ont pu bénéficier de soins palliatifs sont décédés dans les 12,5 jours en moyenne et la mise en place des soins palliatifs a été considérée comme trop tardive dans 51 % des cas. (57)

La littérature retrouve une étude comparative menée en 2011 sur les soins palliatifs en France et en Allemagne. Les équipes médicales françaises, plutôt paternalistes, ont tendance à demander l'aide des équipes de soins palliatifs trop tardivement alors qu'en Allemagne, où le patient décide librement, celles ci sont appelées plus tôt. (58)

L'instauration des soins palliatifs précoces est clairement d'actualité et notre étude confirme la nécessité d'informations et d'explications tant pour l'opinion publique qu'auprès des médecins généralistes. Ainsi, afin de favoriser le repérage précoce des situations palliatives, la Haute Autorité de Santé (HAS) recommande en 2016 différents outils, dont la question surprise. La question surprise repose sur le fait que le médecin se demande si il serait surpris du décès de son patient dans l'année qui suit. Celle ci permettrait d'aider les médecins à instaurer précocement les soins palliatifs et ainsi à maintenir au domicile leur patients relevant de situations palliatives. (59)

La formation en soins palliatifs, qu'elle soit initiale ou continue doit aussi se développer dans ce domaine.

2.b. La formation en soins palliatifs du généraliste :

Le programme national de développement de 2008-2012 a pour objectif principal la diffusion d'une culture palliative intégrée à la pratique des professionnels. (60)

Le développement de cette démarche palliative a favorisé l'émergence de dispositifs de soins palliatifs, tels que les réseaux ou équipes mobiles, et d'endroits dédiés aux soins palliatifs (unités de soins palliatifs, lits identifiés en soins palliatifs).

La formation en soins palliatifs est un élément primordial de ce programme de développement. Par formation, il est privilégié, plutôt qu'un enseignement théorique, un apprentissage clinique, au lit du malade et en équipe.

La formation universitaire a quant à elle aussi subi des modifications dans le sens de la formation des étudiants en médecine aux soins palliatifs.

Les objectifs du programme de développement de 2008-2012, bien qu'il ait été atteints pour la plupart, d'après un rapport réalisé en juin 2013 (61), ont permis de promouvoir la création d'un nouveau programme de développement des soins palliatifs et l'accompagnement en fin de vie de 2015-2018. (62)

Ce nouveau plan insiste une fois de plus sur le renforcement de l'enseignement en soins palliatifs pour tous les professionnels et la formation en soins palliatifs des professionnels impliqués dans la fin de vie.

Outre la formation universitaire, à travers les diplômes d'universités (DU) ou diplômes inter universitaires (DIU), d'autres organismes proposent une formation dans le cadre du Développement Professionnel Continu (DPC), ou de Formations médicales continues (FMC).

Dans notre enquête, 20 % des médecins interrogés avaient une formation en palliatifs. Ce pourcentage est relativement élevé par rapport à la moyenne nationale.

En effet, selon l'ONFV, la proportion de médecins généralistes ayant bénéficié d'une formation aux soins palliatifs, depuis 2005, s'élève à 2,5 % seulement. (47) Dans une étude menée en 2005 par Mme BOESPFLUG, les médecins généralistes se trouvent insuffisamment formés et en situation d'échec face à la fin de vie. (63)

Alors que les médecins, de plus en plus débordés ont du mal à se former, les situations de fin de vie se multiplient.

Des résultats similaires aux nôtres sont retrouvés dans les thèses de Mme CUEILLE et Mme LANGLADE. (41)(32)

Mais d'autres études ont trouvé des résultats plus satisfaisants, comme celle de Mme PÉTISNÉ-BEAUCHEF (40), avec le pourcentage de médecins ayant reçu une formation en soins palliatifs dépassant les 61 %.

Le résultat que nous avons obtenu est plus bas que ce dernier : cela pourrait s'expliquer par le fait que notre population de médecin est relativement âgée et que lors de leur cursus universitaire, il n'y avait pas d'obligation de formation aux soins palliatifs.

Mais, alors que les médecins de famille occupent encore une place privilégiée auprès des malades et de leurs proches, l'ONFV souligne que, dans les faits, ils ne sont impliqués, en moyenne, que dans une à trois situations de fin de vie chaque année. Seulement une minorité d'entre eux prend en charge, toujours selon le rapport, plus de cinq situations de fin de vie à domicile chaque année. Il s'agit notamment de médecins exerçant en zone rurale ou semi-rurale. (47)

Nous avons remarqué la présence d'un lien de corrélation entre formation en soins palliatifs et temps de prise en charge : les médecins formés ou avec de l'expérience en soins palliatifs mettent en place une prise en charge palliative plus précocement pour leurs patients. Ce constat conforte l'idée que la formation en soins palliatifs est essentielle afin de prendre en charge de façon optimale les patients.

Pour ces patients en soins palliatifs, est-il possible de savoir si leur médecin de famille a été impliqué dans le projet de soins et notamment dans les prises de décision ?

D. LA PLACE DU MÉDECIN TRAITANT DANS LES DÉCISIONS DE SOINS PALLIATIFS DE SES PATIENTS EN VILLE :

Le médecin traitant a une place centrale et privilégiée dans notre système de soins. Il suit ses patients de leur naissance à leur mort, connaît notamment les histoires de famille, les accompagne dans les moments difficiles et angoissants comme leur fin de vie. Mais qu'en est-il de sa place lorsqu'il faut décider de soins palliatifs ?

1. Liens du médecin généraliste avec les dispositifs de soins palliatifs :

Afin de diffuser la culture palliative, de nombreuses structures comme les réseaux et les équipes mobiles de soins palliatifs ont été créées. Ces structures ont pour objectif d'aider les médecins traitants dans les situations complexes.

Dans notre travail, sur la totalité des patients en soins palliatifs au cours des 12 derniers mois (soit n = 205), 64,4 % d'entre eux ont bénéficié d'un dispositif de soins palliatifs (EMSP ou réseau) mis en place par le médecin traitant. Parmi ces 205 patients, pour 17,1 % d'entre eux, c'est le médecin traitant seul qui a organisé les soins avec ces équipes et pour 47,3% d'entre eux le médecin et l'hôpital ont coordonné ensemble la mise en place des dispositifs de soins palliatifs.

Notre résultat se veut rassurant quant à la connaissance des ressources disponibles pour les médecins, et une thèse réalisée en 2015 auprès de 64 médecins de Gironde, retrouve que 94 % des médecins traitant avait recours aux dispositifs de soins palliatifs lorsqu'ils en ont besoin. (32)

Dans l'étude de Mr STIPON, 24 % des médecins interrogés n'ont jamais eu recours aux équipes mobiles de soins palliatifs. (64)

Notre étude retrouve que pour 73 patients, aucun dispositif de soins palliatif n'a été mis en place par le médecin traitant soit 35,6 % des patients. Ce qui signifie que pour ces 35,6 %, les soins palliatifs ont été gérés par le médecin traitant seul. Ceci peut avoir plusieurs explications : un appel trop tardif aux soins palliatifs ; des situations de soins palliatifs simples et pour lequel le médecin généraliste ne ressent pas le besoin d'avoir le soutien d'une équipe de soins palliatifs ; une méconnaissance des structures ou de leur travail.

Ce résultat est retrouvé dans le travail de Mme BELLEGUEULLE (65), où 32 % des demandes en soins palliatifs sont non abouties, pour les $\frac{3}{4}$ des cas dû au décès rapide des patients : la fin de vie a donc dû être gérée seule par le médecin. Ce constat renforce l'idée que la présentation des patients aux équipes spécialisées est trop tardive.

Dans une étude effectuée par Mme CALMELS (66) en 2016, une minorité de médecins ont recours aux dispositifs de soins palliatifs et préfèrent l'HAD.

Le résultat que nous avons obtenu pourrait s'expliquer par le fait que les médecins

ayant répondu à notre enquête sont plus intéressés et ont plus d'expérience en soins palliatifs, pouvant constituer un biais de sélection.

Une autre étude élaborée par le Dr MINO (67)(32) retrouve encore une fois que la plupart des praticiens ont peu travaillé avec les réseaux et sont mal connus des médecins.

Au Royaume-Uni, il a été décrit en 2005 l'importance que les rôles des différents acteurs participant aux soins palliatifs soient bien définis. Des tensions entre les acteurs peuvent mener à des comportements inadaptés dans la relation construite autour du patient. (68)(32)

Un des freins à la mise en place de structure de soins palliatifs peut effectivement être la peur du médecin traitant d'être dépossédé de la prise en charge de son patient ou la non compréhension du rôle de ces structures de soins palliatifs. Ainsi, on peut se demander dans quelles situations le médecin généraliste fait appel à ces structures.

2. Les motifs de recours aux dispositifs de soins palliatifs en ville :

Quelles soient d'ordre physique ou psychologique, les raisons d'intégrer un dispositif de soins palliatifs à la prise en charge sont nombreuses.

Dans notre travail, les raisons principales pour lesquelles les dispositifs de soins palliatifs ont été intégrés à la prise en charge sont d'ordre physique (difficulté à soulager la douleur dans 66,9 % ; la présence de symptômes gênants (respiratoires, digestifs, etc...) existe dans 61,9% des cas). La détresse psychologique du patient et des familles est présente dans 31,7 % et 33,8 % respectivement.

Pour la grande majorité des patients de l'enquête (66,9 %), la difficulté à contrôler les symptômes douloureux a été la raison principale de l'appel aux équipes spécialisées de soins palliatifs.

D'autres études, comme celle de Mr STIPON, montrent une difficulté des médecins dans la prise en charge de la douleur. La difficulté n'est pas tant à l'utilisation de morphiniques (présente dans 2,6 % des cas) mais plutôt à l'utilisation de thérapeutiques spécifiques tel que le Fentanyl® (55,6 %), etc... (64)

La littérature retrouve une étude allemande du Professeur Busse, effectuée auprès de

26 médecins généralistes et 47 de leurs patients en phase terminale. Dans leur dernière semaine de vie, tous les patients ont ressenti des douleurs et seulement 57 % d'entre eux ont été correctement soulagés par les traitements antalgiques prescrits par leur médecin traitant. (69)

De même, l'enquête du Dr WALSH accomplie auprès de 200 médecins généralistes a identifié que 100 % d'entre eux ont eu au moins une fois dans leur expérience des difficultés à soulager les douleurs de leurs patients. (70)

Ces différentes expériences nous rappellent à quel point la formation en matière de douleur et soins palliatifs est importante et insuffisante chez les médecins généralistes. Un des freins à leur formation lorsqu'ils sont installés est le manque de temps. (32)

La prise en charge d'autres symptômes gênants (tels que les symptômes digestifs, respiratoires), a nécessité le soutien des équipes de soins palliatifs pour plus de la moitié des patients de notre enquête (61,9 %).

La thèse de Mme CUEILLE retrouve des résultats sensiblement identiques aux nôtres avec une difficulté à gérer ces symptômes dans 64 % des cas. (41)

Quant aux résultats de Mr STIPON, où il est retrouvé que 29,3 % des médecins généralistes ont eu des difficultés à soulager ces symptômes gênants, avec près de la moitié des médecins âgés de moins de 40 ans, on peut s'interroger sur le fait que l'âge du médecin, et donc son expérience, influence le contrôle des symptômes des patients. (64)

La situation de soins palliatifs est une étape difficile à accepter et à vivre : il ne faut donc pas minimiser la souffrance psychologique des patients. Dans notre étude, même si non majoritaire, elle était présente chez 31,7 % des patients.

En comparaison, il s'agissait de la première difficulté rencontrée dans la thèse de Mme FORTANE. (71)

La littérature retrouve que le Dr SEAMARK, dans son travail auprès de 79 médecins généralistes, découvre que 31 % d'entre eux ont eu des difficultés à gérer les troubles émotionnels. De plus, 37 % de ces médecins n'ont pas eu de cours ou de formation quelconque sur les soins palliatifs depuis plus de 3 ans : la formation en soins palliatifs aiderait les soignants à soulager la souffrance morale de leurs patients. (72)

L'étude du Dr TROLLOR, effectuée en milieu rural en Nouvelle-Galles du Sud, en

Australie, démontre que 88 % des médecins généralistes sont très impliqués dans les prises en charge palliatives mais qu'ils ont des difficultés à gérer les émotions des patients et de leur famille. Ils seraient en recherche d'un complément de formation lors des études médicales mais aussi après. (73)

Enfin, Mme BIROT explique que la gestion des « angoisses non apaisées » favorise un stress supplémentaire pour le médecin traitant. (74)

Le circulaire Laroque appuie sur le fait que les « les soins palliatifs comprennent la relation avec les familles des malades, l'assistance morale, éventuellement matérielle ou administrative ». (75)

Tout en se concentrant sur le patient, prendre en compte son entourage est un objectif important des soins palliatifs. Notre étude retrouve que pour 33,8 % des patients, leur famille a été une des raisons ayant motivé l'appel aux services spécialisés en soins palliatifs.

Mme VANTOMME a même observé que la famille peut devenir un véritable obstacle face aux soins à domicile. (76)

Alors que nous sommes confrontés quotidiennement à la souffrance, qu'elle soit physique ou psychologique, à des patients avec un état général dégradé, il ne faut pas sous-estimer l'état de désespoir et de peine dans lequel les familles se trouvent, même celles qui semblent faire face et sont très impliquées. Les situations de fin de vie sont source de tensions, lesquelles peuvent générer des conflits intrafamiliaux.

Il faut donc être très attentif à leur souffrance et il est important de comprendre la situation et les liens entre les membres de la famille.

Une situation de soins palliatifs ou de fin de vie, qu'elle se passe à l'hôpital ou au domicile, engendre parfois des problèmes d'ordre social pouvant impacter la qualité de vie du patient et de sa famille.

Ils peuvent se caractériser par la perte d'un emploi, un problème financier secondaire au coût du matériel, l'isolement, etc...

Dans notre enquête, cette problématique sociale a été présente dans 29,5 % des situations ayant eu recours aux dispositifs de soins palliatifs.

Une évaluation sociale par le biais de ces dispositifs est parfois nécessaire afin d'évaluer quels sont les besoins et ressources possibles.

Dans l'étude de Mme LAFFITTE, 60 % des appels étaient d'ordre socio-administratif. (46)

Notre population est âgée, avec 65,5 % des patients âgés de plus de 70 ans. Dans l'étude de Mme LAFFITTE (46), la population est plus jeune et les demandes de réseaux ont été plus importantes pour cette tranche d'âge. Notre chiffre assez bas d'appels au réseau pour des raisons sociales peut s'expliquer par le fait que la population est âgée. Les patients âgés ont souvent déjà des aides mises en place de par la perte d'autonomie liée à l'âge hors contexte de soins palliatifs. Chez les personnes plus jeunes, c'est au contraire souvent l'évolution de la pathologie qui engendre des difficultés sociales. Le réseau a un rôle essentiel dans ces situations. En effet, les médecins généralistes sont peu expérimentés face aux difficultés matérielles et administratives des soins palliatifs ou de la fin de vie, ce qui rajoute un poids supplémentaire à leur travail. Le réseau de par son expertise peut soulager grandement les médecins dans toutes ces tâches.

À toutes ces difficultés rencontrées précédemment, se rajoute en situation de soins palliatifs ou de fin de vie, une question plus complexe, d'ordre éthique.

Dans notre travail, celle-ci a été présente dans 7,2 % des situations.

Dans un contexte de fin de vie, il existe une dissymétrie entre le patient qui s'en remet au soignant et le médecin qui a un pouvoir d'influence, ce qui peut conduire à des décisions irrationnelles. Le médecin peut être confronté à des difficultés face à ces situations où il est personnellement et psychologiquement impliqué. Il peut demander l'intervention du réseau pour palier à ces difficultés, afin de respecter les principes éthiques du malade en fin de vie : le principe d'autonomie, le principe d'humanité, le principe de proportion, le principe de justice, etc ...

Le réseau peut aider à répondre aux questions du médecin, comme: doit-il annoncer un pronostic dont la fin est inévitable ? Doit-il poursuivre ou arrêter tel ou tel traitement ? Comment réagir aux demandes d'euthanasie d'un patient ou de sa famille ? (77)

3. Les acteurs impliqués dans les décisions de soins palliatifs :

Alors que c'est au médecin de décider ou non d'une décision de soins palliatifs, il prend souvent l'avis d'autres acteurs, afin de pouvoir prendre une décision au plus près du

patient et la plus adaptée possible. Dans notre étude, les acteurs le plus fréquemment interrogés sont les familles.

En effet, celles ci sont consultées dans 78,4 % des situations palliatives. Dans l'étude de Mme LOUVET-MONORY (78), 92,8 % des familles ont été averties et consultées lors des décisions de sédation d'un patient. La thèse récente de Mme GELLEZ (79) retrouve aussi des résultats sensiblement identiques aux nôtres avec l'avis des proches qui s'est élevé à 71 %.

Parallèlement, même si l'avis de la famille peut s'avérer d'une grande aide dans les démarches palliatives à suivre, il arrive souvent que celles ci soient source de conflit. Des manifestations agressives peuvent apparaître suite à un désaccord de prise en charge, un refus du maintien à domicile, devant la souffrance du patient, etc... C'est une des difficultés rencontrées dans la thèse de Mme CALMES. (66)

Pourtant, une information claire et adaptée des familles paraît être un élément indispensable à la coopération, selon l'étude d'AZOULAY et coll. (80)

Même si l'avis des proches est souvent pris à titre consultatif, il semble que leur avis prévale sur l'avis des équipes médicales selon certains auteurs, malgré une codification spécifique qui a été créée par la procédure collégiale. (81)

Ces auteurs avouent avoir eu peur de représailles judiciaires de la part des familles, ce qui a conduit à leur décision. (79)(82)

C'est pour cela qu'il est important de connaître la structure d'une famille, connaître les liens qui unissent les différents membres, faire dans certains cas un génogramme afin de mieux se représenter la structure familiale.

Un autre acteur principal dans la prise en charge à domicile est l'équipe paramédicale. Les infirmiers sont très impliqués dans notre étude et leur avis est pris dans 65,5% des cas.

On retrouve dans l'étude du Dr BLANCHET que leur avis est très important, y compris dans les décisions de sédation. (83)

En effet, ces équipes sont à proximité du patient, voient leur état s'améliorer ou au contraire se dégrader et sont à même de conseiller le médecin traitant. Dans certaines situations, les patients se confient même aux infirmiers sur leur désirs de fin de vie. C'est le cas de l'étude du Dr GUISSADO sur les demandes d'euthanasie en gériatrie, où

63 % des demandes ont été exprimées aux infirmières, contre 16 % auprès du médecin. (84) Ce qui montre leur rôle capital dans la prise en charge.

Selon le code de déontologie médicale, le patient a le droit de recevoir « une information loyale, claire et appropriée ». (85)(22)

Dans 61,1 % des cas, l'avis du patient a été pris en compte.

Malgré qu'il soit le principal intervenant dans la prise en charge, il reste moins sollicité que la famille.

Dans la littérature, on retrouve que son avis a été demandé lors des prises de décisions de soins palliatifs dans 79 % des cas. (79)

Notre résultat est relativement satisfaisant et montre que le patient reste le principal responsable de sa prise en charge.

En effet, d'autres études montrent un défaut d'information sur le pronostic ou la prise en charge, comme le retrouve Mme CUEILLE (41) dans son étude. Une autre étude réalisée en 2007 par Mme DEVEAUTOUR, montre qu'une majorité de patient connaît son diagnostic mais seulement un tiers connaît son pronostic. (86)

Pourtant, il est très important dans le cheminement personnel du patient de connaître exactement ce qu'il en est.

L'éducation thérapeutique, qui permet au patient de s'impliquer dans sa démarche de soins, est encore émergente en cancérologie. Pourtant, selon l'étude du Dr PEROL, la connaissance de leur maladie par les patients pourrait permettre un meilleur contrôle de celle-ci (contrôle de la douleur, observance du traitement, etc...). (87)

Encore peu développée en France, celle-ci est plébiscitée aux États-Unis, où il existe des programmes d'apprentissage des maladies cancéreuses pour les patients. (88)

Enfin, concernant les acteurs influençant les décisions de soins palliatifs, les médecins spécialistes sont impliqués dans la moitié des cas (51,1%).

Une étude effectuée auprès de médecins Isérois retrouve des résultats sensiblement comparables aux nôtres lors des avis de soins palliatifs (51,5 %). (89)

Il apparaît que la problématique principale est le manque de temps et la difficulté à joindre les spécialistes. (90)

Afin de structurer la réflexion et d'aider à la prise de décision complexe, consulter les

acteurs de proximité et les médecins impliqués dans la prise en charge d'un patient est primordial. Dans cette optique, la loi du 2 février 2016 sur la fin de vie définit la notion de procédure collégiale.

4. Le respect de la procédure collégiale en ville :

La loi Claeys-Léonetti a défini la procédure collégiale, qui se veut aider les médecins généralistes dans les situations complexes qu'ils peuvent rencontrer en soins palliatifs. La procédure collégiale est propre à chaque patient et doit tenir compte de : l'avis du patient, de ses directives anticipées, de l'avis de sa personne de confiance, de sa famille, de l'opinion de l'équipe soignante de proximité et celui d'un médecin consultant extérieur, sans lien hiérarchique avec le médecin traitant. La procédure est collégiale mais la décision appartient au médecin seul.

Dans une étude menée en 2015 par Mme LITTRÉ (91), la procédure collégiale apparaît surtout comme une aide pour le médecin traitant. Prendre l'avis des différents acteurs leur permet de partager leurs expériences ou conforte le médecin dans ses choix.

Organiser une procédure collégiale est difficile à effectuer au domicile. Elle est pluridisciplinaire et fait intervenir des acteurs médicaux ou non, afin de prendre en charge le patient.

Tous les médecins de notre étude prennent l'avis de plusieurs acteurs de la procédure collégiale mais seulement 31,11 % d'entre eux arrivent à réunir tous les acteurs de celle-ci.

Le temps et l'organisation de réunions avec la disponibilité de chacun des acteurs est un frein au respect de la procédure collégiale.

Un autre frein à la procédure collégiale est la méconnaissance de telle procédure, comme le retrouve Mme LITTRÉ. (91)

Il pourrait être intéressant afin de simplifier de telles décisions de créer un outil permettant d'évaluer rapidement les différentes catégories de la procédure déjà acquises et de regrouper les informations concernant le patient et son suivi de fin de vie.

Les réseaux de soins palliatifs peuvent intervenir dans des décisions collégiales afin de faciliter la communication entre les acteurs. Les médecins des réseaux de soins

palliatifs et des EMSP sont régulièrement interrogés au titre de médecin consultant extérieur.

Notre travail retrouve que l'équipe soignante du patient est consultée dans 71,2 % des cas. Cette valeur est légèrement plus élevée que celle retrouvée dans la littérature, où elle semble consultée dans la moitié des cas. (92)

De même pour l'avis d'un consultant extérieur, on retrouve que son avis est pris dans 46,8 % des situations alors que la littérature retrouve qu'il est appelé dans un tiers des cas. (92)

Mais l'étude citée précédemment retrouve que dans l'échantillon de médecins, près d'un médecin sur deux ne prenait pas ou peu en compte l'état de santé de son patient lorsqu'il était hospitalisé, alors que dans notre étude nous avons retrouvé que seulement 4,4 % de notre échantillon de médecins ne s'enquérirait jamais de l'état de santé de ses patients hospitalisés.

De plus notre étude a observé un lien de corrélation entre les médecins formés en soins palliatifs et le fait de prendre l'avis d'un médecin consultant. Nous pouvons une nouvelle fois reconnaître que la formation en soins palliatifs est un atout dans la prise en charge. Les médecins de notre étude formés connaissent donc la procédure collégiale et ont compris l'importance de la pluridisciplinarité en soins palliatifs.

Depuis la loi du 4 mars 2002, le patient est dans le droit de désigner une personne de confiance, qui pourra être consultée pour avis dans le cas où le patient est dans l'incapacité de donner le sien. (18)

Alors que son rôle est primordial, la personne de confiance est peu sollicitée dans notre étude, tout juste dans 1/3 des cas. Dans la littérature celle-ci est plus fréquemment sollicitée jusqu'à 65,7 %. (78)

En comparaison, l'avis de la famille est plus facilement pris en compte dans notre échantillon.

Cette différence renforce l'idée qu'il est difficile pour le médecin généraliste de réunir tous les acteurs de la procédure, mais aussi la méconnaissance probable des patients sur leur droit de désigner une personne de confiance.

La loi dite Léonetti de 2005, a instauré la notion de directives anticipées. (18) Cette notion a été renforcée en 2016 grâce à la loi dite Clays-Léonetti, qui supprime le délai

de validité de 3 ans de ces directives. Les directives anticipées s'imposent au médecin, sauf en cas d'urgence, alors que en 2005 elles servaient d'éclairage pour celui ci. (22)

Alors que le médecin traitant tient un rôle à part entière dans le recueil des directives anticipées, nous observons dans notre enquête que très peu de médecins ne les prennent en compte alors qu'elles sont définies par la loi : elles ont été rédigées dans seulement 29,5 % des situations.

Il a été observé dans la littérature, dans l'étude de Mme LOUVET-MONORY en 2017 que les directives anticipées avait été évoquées par le médecin dans 75,9 % des situations mais rédigées dans seulement 41,4 % des cas. (78)

En 2012, le travail de Mr DIEUMEGARD retrouve que les directives anticipées ont été écrites dans les dossiers dans 20,3 % des cas et dans 2,5 % des cas selon le rapport de la commission de réflexion sur la fin de vie en France, la même année. (93)

On remarque en comparant avec nos résultats que malgré un taux de directives anticipées relativement faible, celui ci semble avoir légèrement augmenté depuis 2012.

Il est aussi intéressant de remarquer que la formation en soins palliatifs semble avoir un effet positif sur la rédaction de directives anticipées. En effet, notre enquête a observé un lien de corrélation significatif avec un p -value à 0,025.

Ainsi les médecins formés aux soins palliatifs sont plus enclin à utiliser les dispositifs de soins palliatifs et connaissent les outils proposés pour ces situations (personne de confiance, directives anticipées et procédure collégiale notamment). Quel est le lieu de fin de vie des patients pris en charge par les médecins de notre étude ?

5. Les principaux lieux de fin de vie :

Les situations de soins palliatifs ou de fin de vie sont source d'angoisse pour les patients et leurs proches. Une grande majorité des patients désire mourir à domicile, lieu rassurant et chaleureux. Mais ce constat est différent, seulement 25,5 % des patients décèdent réellement à leur domicile. (35)

Le lieu principal de fin de vie selon l'ONFV, est le domicile. Une étude vient confirmer ce constat en expliquant que 4 semaines avant le décès, une grande majorité des patients vit à domicile. (29)(94) Notre étude elle aussi retrouve que le domicile est le lieu de fin de vie dans 77 % des cas. Pourtant, plus on se rapproche de la mort, plus le

maintien à domicile est difficile. Le lieu de fin de vie ne reste pas le lieu de décès. Il existe un transfert important des patients du domicile à l'hôpital dans les jours qui précèdent le décès. Dans le sens inverse, une fois que les patients ont été hospitalisés, le transfert de l'hôpital au domicile devient très rare. Ce constat est différent lorsque le lieu de fin de vie sont les EHPAD, où les transferts juste avant les décès sont moins fréquents. (94) Ces établissements ne représentaient que 20,1 % des lieux de fin de vie de notre étude.

D'après ces constatations, on peut en déduire que le médecin traitant est très impliqué dans les jours qui précèdent le décès. Quand les patients présentent des complications aiguës graves ou des symptômes d'inconfort difficiles à soulager mais aussi quand on s'approche du décès, la charge émotionnelle pour les familles devient forte avec une possibilité d'épuisement des aidants. Toutes ces raisons peuvent conduire à un transfert hospitalier même proche du décès.

Pour un maintien à domicile optimal en soins palliatifs, plusieurs facteurs sont à considérer.

Tout d'abord le patient doit être au courant des problématiques que sa maladie peut engendrer et qui peuvent rendre difficile les soins à domicile. L'entourage est très important : ils ont un rôle à la fois dans le soutien, l'accompagnement du patient mais également dans la transmission des informations des soignants et la surveillance du malade. Cet entourage doit être informé et conscient des difficultés liées à la maladie qui pourront être rencontrées au cours de cette période de fin de vie. Cependant même si les difficultés sont expliquées et anticipées, un soutien des aidants reste fondamental et la conduite à tenir en cas d'épisode aigu ou de symptômes d'inconfort doit être anticipée. De plus, assumer le décès de son proche au domicile n'est pas forcément simple.

L'équipe soignante a un rôle important dans la décision de prise en charge à domicile. C'est le médecin traitant et les équipes qui le soutiennent qui peuvent décider si la situation est adéquate ou non, même si quelques fois cela va à l'encontre du désir du patient et de sa famille de rester au domicile. (95)

Dans cette équipe soignante, le médecin traitant occupe une place à part. Il est un acteur incontournable du suivi et de l'accompagnement du patient en soins palliatifs. Quel est son rôle dans les prises de décision ?

E. LA PLACE DU MÉDECIN TRAITANT FACE AUX DÉCISIONS DE SOINS PALLIATIFS HOSPITALIÈRES :

1. Relations entre le généraliste et l'hôpital :

Précédemment, nous avons pu constater que les médecins généralistes qui ont répondu à notre étude avaient une bonne connaissance des structures de soins palliatifs. Pour 26,5 % des patients qui ont bénéficié de l'aide des dispositifs de soins palliatifs, ce sont les médecins généralistes qui ont sollicité ces structures. Il en ressort tout de même que sur le nombre total de patients en soins palliatifs, 70 patients (soit 34,1 %) ont été suivi par le médecin généraliste seul, sans prise de décision hospitalière de soins palliatifs, ni aide extérieure par un dispositif de soins palliatif.

Qu'en est-il de la place du médecin traitant dans les décisions de soins palliatifs prises à l'hôpital ?

Dans une majorité de cas, c'est à dire 60 %, les médecins ne sont contactés que pour moins de 3 patients dans les décisions de soins palliatifs hospitalières.

Afin de prendre une décision palliative adaptée à chaque patient, il est important de prendre en compte à la fois l'avis du médecin traitant et celui du spécialiste à la recherche d'informations supplémentaires qui peuvent être capitales.

Pourtant une grande partie des médecins ne sont contactés qu'après la prise de décision de soins palliatifs, voire au décès de leurs patients.

Malgré cela il est positif dans notre étude de voir que le médecin traitant est contacté dans 74,8 % des cas, que ce soit pour participer à la décision de soins palliatifs, à l'annonce des soins palliatifs ou lors du décès des patients.

Dans ces 74,8 %, seuls 37,4 % sont contactés afin de participer à la décision de soins palliatifs.

Comparativement, le Dr MORIN a constaté que 47 % des médecins généralistes avaient été informés d'une décision de LATA par les praticiens hospitaliers.(41)(96)

Dans une étude effectuée en 2001 par le Dr CORDONNIER, sur une enquête de pratique en onco-hématologie, il a pu être constaté un déficit dans la communication avec les médecins généralistes. (97)

Pourtant une autre étude a pu démontrer qu'un facteur principal de limitation des transferts des patients à l'hôpital en fin de vie est la communication, avec notamment l'élaboration de conduites à tenir en cas de dégradation de l'état du patient.(98)

De même, une revue de la littérature effectuée par Mme GELLEZ retrouve que le médecin traitant est sollicité seulement dans 26 % des publications. (79)

Dans une autre étude, du Dr FERNANDEZ-CURIEL (99), 56,8 % de ceux confrontés à des situations de fin de vie avaient été contacté au moins une fois lors d'une décision d'arrêt des soins. La participation aux décisions n'avait été requise que dans 19,7 % des cas. Ils avaient été contacté durant l'hospitalisation dans 77,5 % des cas, à l'admission du patient dans 7 % des cas, à la sortie du patient dans 14 % des cas et au décès dans 9 % des cas.

Des résultats plus satisfaisants sont retrouvés dans une étude du Dr HUBERT sur la communication entre l'hôpital et les médecins généralistes. Celui ci démontre que la communication était satisfaisante en terme quantitatif (80 % des patients), mais moins sur le plan qualitatif de la transmission des informations. (100)

La majorité des médecins de notre étude considère que leur avis est important aux décisions de soins palliatifs prises à l'hôpital, pourtant celui ci est rarement pris. De plus, 64,4 % de notre échantillon de médecin considère que la continuité des soins au domicile serait plus facile à mettre en place lorsque les soins palliatifs sont initiés à l'hôpital.

Si le lien n'est pas toujours fait avec le médecin généraliste lors des prises de décision, celui-ci a un rôle pivot dans la coordination des soins au domicile. Quels sont les autres acteurs impliqués ?

2. Les acteurs impliqués dans le retour à domicile et la continuité des soins :

Lors du retour à domicile d'une hospitalisation où le diagnostic de soins palliatifs a été établi, l'hôpital a organisé la continuité des soins avec la mise en place d'un dispositif de soins palliatifs dans 36,7 % des cas, la mise en place d'une HAD dans 30,9 % des cas, la mise en place d'infirmières à domicile dans 21,6 % des cas et d'aides à domicile dans 7,2 % des cas. Il n'y a eu aucun dispositif spécifique ni aucune organisation particulière pour 11,5 % des patients.

Dans la thèse de Mme DECOSTER (95), l'HAD a été utilisée dans 53 % des cas et un dispositif de soins palliatifs dans 47 % des cas.

Ainsi, le médecin généraliste n'est pas le seul intervenant dans la prise en charge palliative pour la plupart des situations.

L'étude de Mme DECOSTER (95) retrouve que le médecin a coordonné les soins au retour à domicile, tout seul, dans 15 % des cas. Ce résultat est relativement comparable au notre. D'autres études révèlent un manque de coordination et de travail en équipe. (101)(102)

Ces résultats révèlent une lacune dans la prise en charge. Il est intéressant de s'interroger sur les éventuelles améliorations que l'on pourrait faire afin de les combler.

F. QUELLES AMÉLIORATIONS ENVISAGEABLES ?

1. Prévenir la fin de vie :

Alors que les soins palliatifs sont communément rattachés à la fin de vie par l'opinion publique, nous avons observé que leur instauration précoce s'avère bénéfique même lorsque des traitements curatifs sont encore envisagés, et ce parfois même au diagnostic.

Par leur expertise, ils améliorent le confort, la qualité de vie des patients et de leur famille, voire dans certaines études l'espérance de vie. (6)

Anticiper les soins palliatifs lorsqu'une situation de fin de vie se dessine pourrait se faire grâce à différents outils, tels que la question surprise qui permettrait au médecin se questionnant, d'instaurer plus tôt les soins palliatifs ; par la rédaction de conduites à tenir en cas de dégradation de l'état général afin d'éviter des transferts inutiles dans les hôpitaux majorant l'inconfort du patient ; ou en favorisant la rédaction de directives anticipées, peu connues des patients et pourtant plébiscitées par la loi. Une étude réalisée en 2010 à l'hôpital Cochin retrouvait que 90 % des patients n'avaient jamais entendu parler de directives anticipées. (64)(103)

Pourtant ces directives anticipées sont un véritable outil de communication entre le médecin généraliste et ses patients concernant la fin de vie.

Afin de ne pas stigmatiser les directives anticipées et ne pas les associer à la fin de vie imminente, il pourrait être intéressant de les proposer systématiquement aux patients. Le fait de les intégrer à la pratique habituelle diminuerait l'effet de peur que peuvent avoir les patients à l'idée de les rédiger.

Enfin, il faut peut être attendre encore quelques années avant que les directives anticipées se fassent plus populaires. En effet, nous avons pu voir dans notre étude que le taux de directives anticipées s'étaient majoré depuis 2012, il faut donc peut-être laisser un peu de temps s'écouler avant de retrouver les directives anticipées dans les mœurs des médecins généralistes et de leurs patients.

L'amélioration de la communication entre les médecins de ville et les équipes hospitalières pourrait favoriser l'anticipation des besoins en soins palliatifs : par exemple, le médecin traitant pourrait exprimer les difficultés qu'il rencontre au domicile ; le médecin spécialiste pourrait demander l'aide du médecin traitant pour continuer ou mettre en place des soins en ville, etc...

Même si notre résultat concernant la communication entre le généraliste et l'hôpital s'est révélé satisfaisant sur le plan quantitatif, de nombreuses études ont rapporté que le contenu de l'information n'était souvent pas adéquat. (100) De même, l'avis de notre échantillon de médecin n'était que très peu souvent pris en compte.

Il serait important de favoriser les échanges et le partage, et notre échantillon de médecin pense en majorité que le simple appel téléphonique serait d'une grande utilité.

La continuité des soins en serait améliorée et la qualité de vie du patient avec.

Une idée intéressante serait d'étudier quelles améliorations souhaiteraient voir les médecins hospitaliers dans la communication avec les généralistes et dans le suivi des patients en situation de soins palliatifs.

Si il reste à perfectionner plusieurs points concernant l'anticipation des soins palliatifs, il y aurait un lien certain avec la formation en soins palliatifs des médecins généralistes.

2. La formation en soins palliatifs :

Alors que la formation en soins palliatifs est renforcée au niveau universitaire par le programme de développement de 2015-2018, celle ci est insuffisante après l'installation du médecin voire inexistante.

Il y a quelques années, ce renforcement de l'éducation n'existait pas, ce qui explique pourquoi la plupart des médecins actuellement installés n'ont pas bénéficié de ces enseignements. La façon dont ils appréhendent les soins palliatifs est basée uniquement sur leurs expériences. Dans notre travail, la formation en soins palliatifs a un effet positif, à la fois sur le respect de la procédure collégiale mais aussi sur la précocité d'installation des soins palliatifs et diminue l'appréhension qu'ont les médecins face aux situations difficiles que les soins palliatifs peuvent générer.

En diminuant l'anxiété et les difficultés des médecins face à ces situations, on pourrait penser que les transferts inutiles dans les hôpitaux seraient diminués et le maintien à domicile serait ainsi favorisé, comme le souhaite une majorité de patients.

Bien que la formation se situe principalement au niveau médical, la formation et l'éducation des patients sur leur maladie et leurs symptômes est une perspective récente.

Mieux connaître la maladie, les médicaments qui leur sont prescrits, amène les patients à mieux gérer leurs symptômes et deviennent acteurs de leur prise en charge. Même si cette idée d'éduquer les patients en oncologie et soins palliatifs pourrait paraître intéressante, elle n'est pas encore inscrite dans les soins en France, contrairement à d'autres pays.

Le temps permettra encore une fois d'évaluer le bénéfice de ces nouvelles approches dans les années à venir.

VI. CONCLUSION

Les progrès de la médecine et les innovations en matière de thérapeutiques ont participé au vieillissement de la population. Cependant, les pathologies chroniques et/ou graves continuent d'entraver la qualité de vie des patients. Les médecins sont de plus en plus confrontés à des situations de fin de vie et la législation à travers la loi du 22 avril 2005, a permis l'utilisation de procédures à suivre qui aident à la poursuite ou non d'un traitement. La notion de collégialité a été renforcée récemment permettant une véritable interdisciplinarité pour les prises de décision dans les situations complexes.

Le développement des soins palliatifs permet à la fois d'améliorer la cohérence du projet de soins et le confort du patient, mais renforce aussi le soutien auprès des familles et des soignants.

Notre étude a pu retrouver que le médecin généraliste était impliqué dans les décisions de soins palliatifs de ses patients, dès lors qu'ils étaient gérés à domicile. Il a su utiliser fréquemment les ressources disponibles pour l'organisation des soins palliatifs. Mais une grande partie des situations ont été gérées par lui seul. Pourtant, il est important, afin de prendre au mieux en charge le patient et sa famille, de proposer une prise en charge pluridisciplinaire et de maintenir une communication suffisante entre l'hôpital et la ville.

Même si sur le plan quantitatif, la communication entre généralistes et spécialistes est adéquate, sur le plan qualitatif, les médecins sont souvent appelés trop tard et leur avis n'est pas pris en compte dans les décisions de soins palliatifs hospitalières dans une majorité de cas. Du manque d'informations satisfaisantes en découle souvent une prise en charge non adaptée : soins palliatifs trop tardifs, mauvais soulagement des symptômes ou manque d'accompagnement par exemple, et donc une prise en soins de la fin de vie non optimale sur le plan somatique et psychologique.

Plusieurs perspectives d'amélioration sont à envisager, que ce soit au niveau de la formation des médecins à la prise en charge palliative, l'anticipation des soins palliatifs, la diffusion des directives anticipées ou l'instauration précoce de soins cohérents grâce aux différents dispositifs existants et à une plus ample communication.

« Accompagner quelqu'un c'est se placer ni devant ni derrière ni à sa place : c'est être
à côté »

Père Joseph Templier

VII. BIBLIOGRAPHIE

1. Daniel d'Hérouville. Représentations sociales des soins palliatifs. Médecine & Hygiène | « InfoKara ». 2009/4 Vol. 24 | pages 159 à 163.
2. Thiel Marie-Jo, Professeure des Universités, Directrice du CEERE, Université de Strasbourg. Pourquoi n'a t'on pas le droit de mourir à domicile ? Les Services des Urgences et le SAMU 67 - 15ème « Rendez-Vous de l'Urgence » Le jeudi 27 mai 2010 à 19h00 - Forum de la Faculté de Médecine de Strasbourg : « Fins de Vie & Soins Palliatifs » - http://www.chru-strasbourg.fr/Hus/HTML/rv_urgence/ru.jsp
3. OMS. Définition des soins palliatifs. 1990 – <http://www.sfap.org/system/files/def-oms.pdf> (accès le 1er mai 2018)
4. OMS. Définitions des soins palliatifs. 2002 - <http://www.sfap.org/system/files/def-oms.pdf> (accès le 1er mai 2018)
5. C. Bouleuc, A. Burnod, J. Danis, E. Renault-Tessier. Comment intégrer de manière précoce les soins palliatifs pour les patients atteints de cancer bronchique ? Bulletin du cancer 2010. Elsevier Volume 97, Issue 10, October 2010, Pages 1173-1181
6. Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, et al. Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. N Engl J Med. 2010 ;363 :733-742.
7. F. Braun, M. Bailly. Les limitations et arrêt des thérapeutiques actives en régulation médicale. In : Conférence Congrès Urgences 2013. Paris, chapitre 58.
8. Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005, JO n° 95 du 23 avril 2005, rectificatif JO n° 116 du 20 mai 2005. Article L.1110-5 du code de la santé publique
9. Docteur Georges ESTPHAN « Collégialité et législation face à la pratique dans les décisions de limitation et d'arrêt des thérapeutiques actives en réanimation onco-hématologique, rôle de la réunion de concertation collégiale » Mémoire en vue d'obtenir le diplôme Master 2, « Recherche en éthique » de l'Université Paris Descartes
10. L'avis n°121 du CCNE « fin de vie, autonomie de la personne, volonté de mourir » du 13/06/13.
11. Centre national de ressources. Qu'est ce qu'une équipe mobile de soins palliatifs ? Publié le 06 oct. 2011 à 10h57. [Internet]. [cité 6 mai 2018]. <http://www.spfv.fr/faq-soin-palliatif/quest-ce-quune-equipe-mobile-soins-palliatifs-emsp>
12. Programme de développement des soins palliatifs 2008-2012. Axe 1 : Rendre effective l'intervention des équipes mobiles de soins palliatifs dans les établissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes et diffuser la culture palliative dans

les établissements médico-sociaux. Page 16.

13. Enquête nationale Equipes Mobiles de Soins Palliatifs - Observatoire National de la Fin de Vie [Internet]. [cité 6 mai 2018]. Disponible sur: <http://www.onfv.org/enquete-nationale-equipes-mobiles-de-soins-palliatifs/>

14. Circulaire N°DHOS/O2/O3/CNAMTS/2008/100 du 25 mars 2008 relative au référentiel national d'organisation des réseaux de santé en soins palliatifs

15. Référentiel AFSOS/SFAP: Quand associer une approche palliative spécialisée pour les patients atteints de cancer ? Chapitre : Freins à une approche intégrée. [consulté le 17 juin 2018] sur <http://www.afsos.org/fiche-referentiel/associer-approche-palliative-specialisee-patients-adultes-atteints-de-cancer/>

16. Centre national de ressources. Qu'est ce qu'un réseau de soins palliatifs ? Publié le 06 oct. 2011 à 11h08. [Internet]. [cité 6 mai 2018] <http://www.spfv.fr/faq-soin-palliatif/quest-ce-quun-reseau-soins-palliatifs-domicile>

17. Loi n°99-477 du 9 juin 1999 visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs.

18. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Article 3.

19. Loi du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie. Art.L1111-11

20. Loi du 2 février 2016. Article 37-2, article R.4127-37-2 du code de la santé publique

21. Dossier législatif sur la proposition de loi de MM. Alain Clayes et Jean Léonetti créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie

22. Loi n°2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie.

23. LOI n° 2017-285 du 6 mars 2017 visant à favoriser l'assainissement cadastral et la résorption du désordre de propriété

24. Leeuwenhorst group "The General practitioner in Europe. A statement by the working party appointed by the European Conference on the Teaching of General practice." Netherlands.1974.

25. Wonca Europe 2002 - La définition Européenne de la Médecine générale – Médecine de famille

26. Rapport Druais : "La place et le rôle de la Médecine générale dans le système de santé".
27. Code de la santé publique - Article L4130-1
28. Sondage IFOP. Les français et la mort IFOP : octobre 2010
29. Dr G.Duhamel et J.Mejane (IGAS), avec le concours de P.Piron, interne en médecine en stage à l'IGAS. Les soins palliatifs et la fin de vie à domicile
30. Observatoire Nationale de la Fin de vie. Rapport 2012 : La fin de vie à domicile. Paris:ONFV, 2012.
31. ONFV. La fin de vie en EHPAD. Premiers résultats d'une étude nationale (2013). Paris : ONFV, 2013.
32. Amélie Langlade. Pourquoi les soins palliatifs ne sont pas instaurés précocement ? Étude des représentations des médecins généralistes à l'égard des soins palliatifs. Médecine humaine et pathologie. 2015. <dumas-01117426>
33. Aurélie Nicourt. Évaluation de l'implication du médecin généraliste dans la prise de décision d'entrée en soins palliatifs lors d'une hospitalisation. Médecine humaine et pathologie. 2014. <dumas-01075483>
34. Article 63 (article R.4127-63 du code de la santé publique)
35. Observatoire National de la Fin de Vie. « Vivre sa fin de vie chez soi ». Rapport de Mars 2013.
36. Émilie Bédani. La place du médecin traitant (MT) dans la limitation de soins. Médecine humaine et pathologie. 2015. <dumas-01261642>
37. Aussert-Raymond F. Prise En Charge à Domicile Des Patients En Soins Palliatifs Par Le Médecin Généraliste : Analyse Des Pratiques Au Sein D'un Réseau de Soins Palliatifs Dans Le Sud de l'Essonne. Réseau Rodin'. 2017. Thèse d'exercice. France : Université Paris Descartes. Faculté de médecine et de pharmacie.
38. Bouet, Dr Patrick. « CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MÉDECINS », Atlas de la démographie médicale 2017
39. Le Breton-Lerouillois G, Rault J-F. La démographie médicale en région provence alpes côte d'azur. Situation en 2013. [Internet]. [cité 01 septembre 2018]. Disponible

sur: http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/paca_2013.pdf

40. Caroline Pétisné-Beauchef. Identification des besoins de formation des médecins généralistes en soins de fin de vie. Médecine humaine et pathologie. 2016. <dumas-01631163>

41. Virginie Cueille. Le médecin généraliste face à la fin de vie à domicile : connaissances, compétences et limites. État des lieux auprès des médecins généralistes de la Seine Maritime et de l'Eure. Médecine humaine et pathologie. 2017. <dumas-01598279>

42. Estelle Coppolani. Je peux m'installer, mais je ne le fais pas, pourquoi ? Enquête auprès des médecins généralistes remplaçants thésés de Haute Garonne. Université : Toulouse. 2014

43. Insee. Statistiques de l'état civil

44. Insee. Estimations de populations et statistiques de l'état civil

45. Anne Brenot-Domboué, Anne-Laure Marsande. État des lieux et comparaison du ressenti des médecins généralistes lors de l'accompagnement en ville des patients en soins palliatifs selon l'organisation locale : étude de trois secteurs géographiques en Savoie : bassin chambérien, Tarentaise et Maurienne. Médecine humaine et pathologie. 2013. <dumas-00917040>

46. Sandrine Laffitte. Évaluation de l'apport au médecin généraliste d'un réseau de soins palliatifs. Étude de 60 dossiers du réseau de soins palliatifs « Arc-en-ciel ». Université Paris 7. 2012

47. Observatoire National de la Fin de Vie. Rapport 2011. « Fin de vie: un premier état des lieux » Paris, 2011.

48. « CépiDc - causes médicales de décès ». s.d. Consulté le 6 septembre 2018. <http://www.cepidc.inserm.fr/>.

49. Jean Bacon. Intégrer la philosophie des soins palliatifs à la gestion des maladies chroniques limitant l'espérance de vie : qui, comment et quand ? [cité le 7 août 2018] Disponible sur : <http://integrationdessoinspalliatifs.ca/media/36318/TWF-integrating-palliative-approach-report-FR-frinal3.pdf>

50. From the national consensus project for quality palliative care (a consortium of the

american academy of hospice and palliative Medicine, the center to advance palliative care, hospice and Palliative nurses association, last acts partnership, and national Hospice and palliative care organization)..Journal of Palliative Medicine.Oct 2004. ahead of print <http://doi.org/10.1089/jpm.2004.7.611>

51. Cochrane, E., colville, E., conway, r. *Addressing the Needs of Patients with Advanced Non-Malignant Disease in a Hospice Day Care Setting*. international Journal of palliative nursing. Août 2008; 14(8):382-7.

52. Smith, t.J., temin, s., Erin, r. et coll. *American Society of Clinical Oncology Provisional Clinical Opinion: The Integration of Palliative Care into Standard Oncology Care*. août 2018. récupéré à www.asco.org, juin 2018.

53. Bakitas, M., Bishop, M.F., caron, p. et coll. *Developing Successful Models of Cancer Palliative Care Services*. seminars in oncology nursing. novembre 2010; 26(4):266-84.

54. Dr SAFFON.N . Équipe résonance. Les soins palliatifs. http://www.medecine.ups-tlse.fr/du_diu/fichiers/saffon/Les%20soins%20palliatifs.pdf

55. Higginson, i.J., costantini, M., silber, E. et coll. *Evaluation of a New Model of Short-Term Palliative Care for People Severely Affected with Multiple Sclerosis: A Randomised Fast-Track Trial to Test Timing of Referral and How Long the Effect is Maintained*. postgraduate Medical Journal. novembre 2011; 87(1033):769-75.

56. Conseil de l'Ordre des médecins. Bulletin d'information de l'Ordre des médecins « Accompagner un patient en fin de vie ». 2013. [Internet]. Disponible sur : http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cn_bulletin/MEDECINS_Special_fin_de_vie_2013.pdf

57. J. Cohen, T.Smets, K.Pardon et L. Deliens, « Pallia ve Zorg : meer dan stervensbegeleiding. Nood aan integra e en verbreiding », Lannoo Campus, 2015 31.

58. Horn R. Euthanasia and end-of-life practices in France and Germany. A comparative study. Med Health Care Philos. mai 2013;16(2):197- 209.

59. HAS – Note méthodologique et de synthèse documentaire « Mise au point sur la démarche palliative ». Décembre 2016. [cité 01 sept 2018] Disponible sur <https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016->

12/mc_247_note_methodo_demarche_palliative_web.pdf

60. Programme de développement des soins palliatifs 2008-2012. 2008 juin [cité 01 sept.-18] p. 44. Disponible sur:
www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Programme_de_developpement_des_soins_palliatifs_2008_2012.pdf
61. (Bilan programme national de développement des soins palliatifs. 2013 juin [cité 01 sept.-18] p. 109. Disponible sur:
www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Bilan_programme_national_soins_palliatifs_270613.pdf
62. Plan national 2015-2018 pour le développement des soins palliatifs et l'accompagnement en fin de vie. Axe 2
63. Boespflug.O, Hermet.R,Crepeau.T.And Al. Le médecin face au malade en fin de vie: enquête auprès du corps médical sur la formation aux soins palliatifs et l'accompagnement des malades en fin de vie. *Medecine Palliative* 2005 ; 4 : 65-171
64. Stipon Matthieu. État des lieux de la prise en charge en soins palliatifs en médecine générale en Saine-Maritime et dans l'Eure. Université de Rouen / 2016
65. Bellegueulle E, Oncle J. Etude de la sollicitation des réseaux de soins palliatifs par les médecins généralistes dans la prise en charge des patients au domicile: étude qualitative menée auprès de médecins généralistes de la Somme. Amiens, France: Université de Picardie ; 2016.
66. Calmels Laëtitia. La pratique des soins palliatifs en ambulatoire dans le Maine et Loire : enquête auprès des médecines généralistes. Sous la direction de Huez Jean-François. Angers: Université Angers, 2016.
67. Mino. JC. Etude par entretiens sur les avis des généralistes et des équipes des réseaux à propos de leur collaboration. *Médecine Palliative*, 2006 ; 5 :21-25
68. Auty.S. Palliative care: roles and perceptions. *International journal of palliative nursing*.2005, 11, 2, p 61
69. Busse, R., et al., Sentinel practices in evaluating longer periods of care: quality of life and drug therapy of terminally ill persons in Lower Saxony (Germany). *J Epidemiol Community Health*, 1998. 52(Suppl 1): p. 56S-60S.
70. Walsh, D. and J. Regan, Terminal care in the home--the general practice

perspective. Ir Med J, 2001. 94(1): p. 9-11.

71. Fortane, Vanessa. Enquête : les difficultés des médecins généralistes de Loire atlantique dans leur pratique des soins palliatifs à domicile, leurs ressources actuelles et celles qui souhaiteraient voir mises en place.

Thèse d'exercice : médecine : Suresnes : 2010 ; 125

72. David A Seamark, Clive Lawrence, James Gilbert. Characteristics of Referrals to an Inpatient Hospice and a Survey of General Practitioner Perceptions of Palliative Care - 1996

73. Trollor, J., Rural general practitioners and palliative care in the north-west of New South Wales. Aust Fam Physician, 1995. 24(6): p. 1106-9, 1112-3.

74. Birot E. Ressenti de médecins généralistes face à la prise en charge palliative dans le cadre de l'hôpital à domicile. Thèse présentée et soutenue publiquement le 6 avril 2010.

75. Laroque G. Circulaire dgs/3d du 26 août 1986, relative à l'organisation des soins et à l'accompagnement des malades en phase terminale [Internet]. [cité 25 avr 2018]. Disponible sur: <http://www.sfap.org/system/files/circulaire-laroque.pdf>

76. Vantomme C. Difficultés des médecins généralistes dans la prise en charge au domicile de patients en soins palliatifs. Enquête auprès de 268 médecins généralistes dans le Val de Marne. Thèse présentée et soutenue publiquement en 2007.

77. R. Schaerer - Éthique et fin de vie : Fin de vie : Soins palliatifs et accompagnement. La Revue du praticien, 1999 - Huveaux

78. Élise Louvet Monory. La sédation en situation palliative terminale au domicile par le médecin général- iste. Médecine humaine et pathologie. 2017. <dumas-01658822>

79. Marie Gellez. Facteurs déterminant la décision médicale en fin de vie : revue systématique de la littérature. 2018

80. Azoulay E, Pochard F, Chevret S, Lemaire F, Mokhtari M, Le Gall JR, et al. Meeting the needs of intensive care unit patient families: a multicenter study. Am. J. Respir. Crit. Care Med. 2001 Jan;163(1):135-9.

81. Maurizi-Balzan J. Arrêt de dialyse : place d'un outil d'aide à la réflexion en pratique clinique. Éthique Santé. 2007;4(4):207- 12.

82. Tourneret M, Mino J-C. Les décisions de limitation de thérapeutiques actives aux urgences, une étude qualitative exploratoire. *Santé Publique*. 2008;20(6):517.
83. Blanchet V, Viallard M-L, Aubry R. Sédation en médecine palliative : recommandations chez l'adulte et spécificités au domicile et en gériatrie. *Médecine Palliatif Soins Support - Accompagnement - Éthique*. avr 2010;9(2):59-70.
84. H Guisado, M Balahoczky, F Herrmann, GB Zulian - La demande d'euthanasie en gériatrie. *InfoKara*, 2002 - cairn.info
85. Code de déontologie médicale. Article 35.
86. Deveautour I. La prise en charge des patients en fin de vie à domicile dans le département de la creuse.
Thèse d'exercice : médecine : limoges : 2007
87. Pérol, David, Pauline Toutenu, Anne Lefranc, Véronique Régnier, Gisèle Chvetzoff, Pierre Saltel, et Franck Chauvin. 2007. «L'éducation thérapeutique en oncologie : vers une reconnaissance des compétences du patient» 94: 8.
88. Slort W, Blankenstein AH, Wanroolij BS, Vandzehoortshe, Deliens The ACA training programme to improve communication between general practitioners and their palliative care patients:development and applicability. *BMC Palliative Care*. 2012;11(1):9.
89. Marrilliet A, Ruhlmann C, Laval G, Labarère José. Intérêt d'une permanence téléphonique de soins palliatifs. *Enquête postale auprès des médecins généralistes isérois. Médecine palliative* 2013 ;12 :32-41
90. Fougère B, Mytych I, Baudemont C, Gautier-Roques E, Montaz L. Prise en charge des patients douloureux en soins palliatifs par les médecins généralistes. *Médecine palliative* 2012 ;11 :90-97
91. Littré Clarisse. Loi Léonetti et collégialité : aide ou carcan pour la pratique du médecin généraliste ? Université d'Angers. 2015
92. Anne-Sophie Malaquin. Décision de limitation et arrêt des thérapeutiques (LAT) en réanimation : Implication du médecin généraliste ? Lille : 2013
93. Cédric Dieumegard. Sédation dans la pratique palliative : étude de la faisabilité à domicile et des conditions de réalisation. Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine., n° 12, 2012, 117 p., FRA

94. Pennec, Sophie, Joëlle Gaymu, Alain Monnier, Françoise Riou, Régis Aubry, Silvia Pontone, et Chantal Cases. 2013. « Le dernier mois de l'existence : les lieux de fin de vie et de décès en France ». *Population* 68 (4): 585.
<https://doi.org/10.3917/popu.1304.0585>.
95. Catherine Decoster. Etat des lieux et perspectives d'amélioration de la prise en charge d'un patient relevant de soins palliatifs à domicile par le médecin généraliste. Lille : 2013
96. Lucas MORIN et Régis AUBRY, Étude nationale en France (1990-2010) Médecine Palliative : 2015.
97. C Cordonnier, C Magnier, G Leverger, JP Ghanassia et al. Résultats d'une enquête de pratique en onco-hématologie réalisée en France en 2001 - La Presse Médicale, 2004 – Elsevier
98. Korte-Verhoef MC, Pasman HRW, Schweitzer BP, Francke AL, Onwuteaka-Philipsen BD, Deliens L. General practitioners' perspectives on the avoidability of hospitalizations at the end of life: A mixed-method study. *Palliat Med.* 2 avr 2014;28(7):949- 58.
99. Fernandez-Curiel. Le rôle du médecin généraliste lors de la décision d'arrêt thérapeutique prise à l'hôpital. Paris : s.n., 2003.
100. Gaël Hubert ; Michel Galinski ; Mirko Ruscev ; Frédéric Lapostolle ; Frédéric Adnet Information médicale : de l'hôpital à la ville. Que perçoit le médecin traitant ? La Presse Médicale Volume 38,n°10 pages 1404-1409 (octobre 2009) SAMU93-EA3409 ; Hôpital Avicenne ; F-93000 Bobigny, France.
101. Fino-Delcroix M. Les soins palliatifs et le médecin généraliste. Thèse présentée et soutenue publiquement le 14 septembre 2012. Université de Lille.
102. Cavagno G. Difficultés rencontrées par les professionnels de santé libéraux dans le maintien à domicile des patients en fin de vie : à propos d'une enquête réalisée auprès de 270 médecins généralistes et 300 infirmières libérales dans le secteur sanitaire 2 d'Aquitaine : état des lieux mars 2004. Thèse présentée et soutenue publiquement en 2004. Université de Bordeaux.
103. Fournier V, Berthiau D, Kempf E, d'Haussy J. Quelle utilité des directives anticipées pour les médecins ? *Presse Médicale* 2013 ;47 :159-169

VIII. ANNEXES

ANNEXE A : Questionnaire

Décisions de soins palliatifs : place du médecin traitant.

*Obligatoire

PREMIÈRE PARTIE :

1. 1) Êtes-vous : *

Une seule réponse possible.

- Un homme
 Une femme

2. 2) Quel âge avez-vous ? *

Une seule réponse possible.

- < 30 ans
 Entre 30 ans et 40 ans
 Entre 40 ans et 50 ans
 Entre 50 ans et 60 ans
 > 60 ans

3. 3) Dans quel milieu exercez-vous ? *

Une seule réponse possible.

- Rural
 Semi-rural
 Urbain

4. 4) Exercez vous : *

Une seule réponse possible.

- Dans un cabinet de groupe
 Seul

5. 5) Depuis combien de temps exercez-vous ? *

Une seule réponse possible.

- < 5 ans
 Entre 5 ans et 10 ans
 Entre 10 ans et 15 ans
 > 15 ans

6. 6) Avez-vous une activité salariale parallèle ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

7. 7) Si oui, dans quel service ?

Une seule réponse possible.

- Oncologie et/ou soins palliatifs
- Gériatrie
- Urgences
- Psychiatrie
- Autre : _____

8. 8) Lorsque vos patients sont hospitalisés, avez-vous un lien avec les services dans lesquels ils se trouvent ? *

Une seule réponse possible.

- Presque toujours
- Souvent
- De temps en temps
- Jamais

9. 9) Avez-vous une formation en soins palliatifs ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

DEUXIÈME PARTIE :

Dans ce travail, les soins palliatifs s'entendent au sens de la définition de l'OMS de 2002 : « Les soins palliatifs cherchent à 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 par le traitement de la douleur et des autres problèmes physiques, psychologiques et spirituels qui lui sont liés [...] ». Ce sont des soins actifs multidisciplinaires dans une approche globale de la personne atteinte d'une maladie grave évolutive ou en fin de vie. [Charte des soins palliatifs, 1996].

10. 10) Combien de patients en soins palliatifs avez vous eu au cours de 12 derniers mois ? *

11. 11) Pour combien d'entre eux avez-vous fait appel à une équipe de soins palliatifs ? (réseau de soins palliatifs, équipe mobile de soins palliatifs) *

Une seule réponse possible.

- < 3 patients
- Entre 3 et 5 patients
- > 5 patients

12. 12) Quelles sont les raisons pour lesquelles vous avez fait appel à une équipe de soins palliatifs ? (plusieurs réponses possibles par patient) *

Plusieurs réponses possibles par patient. Si vous avez moins de patients que le nombre de lignes disponibles, merci de répondre "non applicable" pour les patients en trop. Merci d'utiliser les flèches droite et gauche de votre clavier afin de voir toutes les colonnes.
Plusieurs réponses possibles.

	Prise en charge de la douleur	Prise en charge d'autres symptômes gênants (respiratoires, digestifs, cutanés, neurologiques, etc...)	Problématique sociale (aides, etc...)	Problématique éthique	Problématique psychologique	Problématique familiale	Non applicable
Patient 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patient 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patient 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patient 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patient 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. 13) A quel moment dans l'évolution de la maladie de vos patients avez-vous mis en place les soins palliatifs ? *

Une seule réponse possible par patient. Si vous avez moins de patients que le nombre de lignes disponibles, merci de répondre "non applicable" pour les patients en trop.
Une seule réponse possible par ligne.

	Précocement, en association avec les traitements de la maladie	A l'arrêt des traitements curatifs	En situation de fin de vie imminente	Non applicable
Patient 1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Patient 2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Patient 3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Patient 4	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Patient 5	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

14. 14) Dans le processus de décision de prise en charge palliative, quels sont les acteurs que vous avez consulté ? (plusieurs réponses possibles par patient) *

Plusieurs réponses possibles par patient. Si vous avez moins de patients que le nombre de lignes disponibles, merci de répondre "non applicable" pour les patients en trop.
Plusieurs réponses possibles.

	Le patient lui-même	Le médecin spécialiste	Famille/proches	IDE	Aides à domicile	Personne	Non applicable
Patient 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patient 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patient 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patient 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patient 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15. **15) Dans le processus de décision de prise en charge palliative de vos patients, de quels points de la procédure collégiale vous êtes vous aidé ? (plusieurs réponses possibles par patient) ***

Si vous avez moins de patients que le nombre de lignes disponibles, merci de répondre "non applicable" pour les patients en trop. "La procédure collégiale a pour objectif de prendre en compte à la fois, la volonté du patient à travers ses directives anticipées, la parole de sa personne de confiance, celle de son entourage et de réunir ensuite les professionnels concernés, autour d'une démarche de réflexion éthique afin que cette délibération puisse éclairer la décision médicale finale."
Plusieurs réponses possibles.

	Prendre l'avis d'un autre médecin avec qui vous n'avez pas de lien hiérarchique	Prendre l'avis de l'équipe soignante du patient	Prendre en compte des directives anticipées	Prendre l'avis de la personne de confiance	Prendre l'avis de la famille	Aucun	Non applicable
Patient 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patient 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patient 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patient 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patient 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16. **16) Pour combien de patients avez-vous été contacté lors des prises de décision de mise en place des soins palliatifs pour vos patients hospitalisés ? ***

Une seule réponse possible.

- < 3 patients
 Entre 3 et 5 patients
 > 5 patients

17. **17) A quel moment avez-vous été contacté lors de la mise en place de soins palliatifs pour vos patients à l'hôpital ? ***

Si vous avez moins de patients que le nombre de lignes disponibles, merci de répondre "non applicable" pour les patients en trop.
Une seule réponse possible par ligne.

	Avant la prise de décision	Au moment de la prise de décision	Après la prise de décision	Au décès du patient	Non applicable
Patient 1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Patient 2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Patient 3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Patient 4	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Patient 5	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

18. **18) Si vous avez été contacté lors de la décision de soins palliatifs de vos patients, par quel type de service cela a-t-il été fait ? ***

Si vous avez moins de patients que le nombre de lignes disponibles, merci de répondre "non applicable" pour les patients en trop.
Une seule réponse possible par ligne.

	Soins palliatifs/oncologie	Chirurgie	Urgences	Gériatrie	Réanimation	Autre service de médecine	Non applicable
Patient 1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Patient 2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Patient 3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Patient 4	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Patient 5	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

19. 19) Pour quelles raisons les soins palliatifs ont-ils été mis en place à l'hôpital ? (plusieurs réponses possibles par patient) *

Plusieurs réponses possibles par patient. Si vous avez moins de patients que le nombre de lignes disponibles, merci de répondre "non applicable" pour les patients en trop. Merci d'utiliser les flèches droite et gauche de votre clavier afin de voir toutes les colonnes.
Plusieurs réponses possibles.

	Prise en charge de la douleur	Prise en charge d'autres symptômes gênants	Problématique sociale	Problématique psychologique	Problématique éthique	Problématique familiale	Non applicable
Patient 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patient 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patient 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patient 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patient 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20. 20) Si une décision de prise en charge palliative a été prise à l'hôpital, comment a été organisé le retour à domicile ? *

Plusieurs réponses possibles par patient. Si vous avez moins de patients que le nombre de lignes disponibles, merci de répondre "non applicable" pour les patients en trop.
Plusieurs réponses possibles.

	Mise en place de dispositifs de soins palliatifs (réseaux ou équipe mobile)	Mise en place d'IDE à domicile	Mise en place d'une HAD	Mise en place d'aides à domicile	Le retour à domicile n'a pas été organisé	Non applicable
Patient 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patient 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patient 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patient 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patient 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

21. 21) Quelle était la tranche d'âge de vos patients suivis par les soins palliatifs : *

Si vous avez moins de patients que le nombre de lignes disponibles, merci de répondre "non applicable" pour les patients en trop.
Une seule réponse possible par ligne.

	0 à 20 ans	21 à 40 ans	41 à 60 ans	61 à 70 ans	Plus de 70 ans	Non applicable
Patient 1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Patient 2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Patient 3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Patient 4	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Patient 5	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

22. 22) Quelle était la principale pathologie de vos patients suivis par les soins palliatifs ? *

Une seule réponse possible par patient. Si vous avez moins de patients que le nombre de lignes disponibles, merci de répondre "non applicable" pour les patients en trop.
Une seule réponse possible par ligne.

	Pathologie oncologique	Insuffisance terminale d'organe	Pathologie neurologique dégénérative	Poly-pathologies	Non applicable
Patient 1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Patient 2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Patient 3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Patient 4	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Patient 5	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

23. **23) Quel était le lieu de vie de vos patients en soins palliatifs ? ***

Une seule réponse possible par patient. Si vous avez moins de patients que le nombre de lignes disponibles, merci de répondre "non applicable" pour les patients en trop.

Une seule réponse possible par ligne.

	Domicile	Maison de retraite	Hébergement chez un tiers	Foyer de vie	Non applicable
Patient 1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Patient 2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Patient 3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Patient 4	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Patient 5	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

24. **24) Votre avis est-il important pour les prises de décisions de mise en place des soins palliatifs prises à l'hôpital pour vos patients ? ***

Une seule réponse possible.

- Presque toujours
- Souvent
- De temps en temps
- Jamais

25. **25) Par quel support aimeriez-vous pouvoir communiquer avec l'hôpital et être consulté pour les décisions de soins palliatifs de vos patients ? ***

Une seule réponse possible.

- Appel téléphonique
- Partage du dossier médical
- Réalisation de directives anticipées
- Participation aux réunions de concertation pluridisciplinaire

26. **26) Pensez-vous que lorsque la décision de prise en charge palliative est prise à l'hôpital, elle est plus facile à mettre en œuvre que lorsqu'elle est prise en ville ? ***

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

27. **27) Pour vos patients en soins palliatifs, rédigez vous des directives anticipées ? ***

Une seule réponse possible.

- Presque toujours
- Souvent
- De temps en temps
- Jamais

Je vous remercie sincèrement pour votre participation.

ANNEXE B : Lettre explicative aux médecins

Questionnaire de thèse: « Décisions de soins palliatifs : place du médecin traitant »

Cher Confrère, chère Consoeur,

Je vous écris afin de solliciter votre aide pour la réalisation de ma thèse de fin d'études : « Décisions de soins palliatifs : place du médecin traitant »

Je suis consciente que vous n'avez que très peu de temps mais cela m'aiderait énormément si vous pouviez consacrer quelques minutes de votre temps afin de remplir mon questionnaire de thèse.

Il étudie quelle est votre place dans les décisions de soins palliatifs de vos patients prises en dehors ou durant une hospitalisation et quels sont les acteurs et facteurs qui influencent ces décisions.

Je vous joins une enveloppe pré-timbrée afin de pouvoir me renvoyer le questionnaire. Veuillez me renvoyer que le questionnaire, sans cette lettre, afin que l'affranchissement de l'enveloppe retour soit respecté.

Si vous désirez connaître les résultats de mon étude, vous pouvez me confier votre adresse email et je serais ravie de vous les faire parvenir.

Je vous remercie par avance du temps que vous consacrerez à cette étude et vous prie de croire, cher Confrère, chère Consoeur, en l'expression de mes sentiments respectueux.

Cordialement,
KILFIGER Hélène

IX. ABRÉVIATIONS

OMS : Organisation mondiale de la santé

ASCO : American society of clinical oncology

LATA : Limitations et arrêt des thérapeutiques actives

USP : Unités de soins palliatifs

LISP : Lits identifiés en soins palliatifs

EMSP : Équipes mobiles de soins palliatifs

EHPAD : Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

SROS : Schéma régional d'organisation sanitaire

HAD : Hospitalisation à domicile

DHOS : Direction de l'hospitalisation et de l'offre des soins

EURACT : European academy of teachers in general practice

WONCA : World organisation of national colleges, academies and academic association of general practitioners/family physicians

IGAS : Inspection générale des affaires sociales

ONFV : Observatoire national de fin de vie

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

CNOM : Conseil national de l'ordre des médecins

HAS : Haute autorité de santé

IDE : Infirmier diplômé d'état

DU : Diplôme d'université

DIU : Diplôme inter-universitaire

DPC : Développement personnel continu

FMC : Formation médicale continue

RCP : Réunion de concertation pluridisciplinaire

X. SERMENT D'HIPPOCRATE

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) 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.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) 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 déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

RÉSUMÉ

INTRODUCTION : Considéré comme véritable pilier du système de soins, la place du médecin traitant est privilégiée. Dans le même temps, le vieillissement de la population multiplie les situations de soins palliatifs en ville comme en secteur hospitalier.

MATÉRIEL ET MÉTHODES : Notre enquête est une étude descriptive et analytique auprès de 45 médecins généralistes des Bouches-du-Rhône. L'objectif principal était d'analyser la place du médecin traitant dans les décisions de soins palliatifs de leurs patients. Les acteurs participant à la discussion lors de la prise de décision ont fait partie de notre objectif secondaire.

RÉSULTATS : Les médecins généralistes interrogés ont suivi en moyenne 4,48 patients en soins palliatifs au cours des 12 derniers mois. Si 74,8 % ont été informé du devenir de leurs patients par l'hôpital, seulement 37,4 % ont été contacté afin de participer à la prise de décision. Ce constat contraste avec le sentiment que leur avis est important pour la prise de telles décisions. Si il existe bien un lien entre la ville et l'hôpital, un effort est à faire concernant la continuité des soins avec plus de 34,1 % des patients où la prise de décision et le suivi en soins palliatifs ont impliqué le médecin traitant seul. Pour la plupart des médecins, le téléphone serait le meilleur outil pour améliorer leur position face à ces prises de décision.

CONCLUSION : Cette enquête a révélé un manque dans la qualité des informations transmises entre le médecin traitant et le spécialiste. Celui-ci résulte en un défaut de prise en charge concernant la continuité des soins, laissant un médecin généraliste souvent seul face à des situations complexes de fin de vie. La précocité des soins palliatifs, la formation des médecins généralistes et des informations de qualité seraient des améliorations à envisager.

MOTS CLÉS : Soins palliatifs ; médecin généraliste ; place ; décision.

ABSTRACT

INTRODUCTION : While general practioners have a central place in health system, population is getter older and palliative care situations are multiplying.

MATERIAL AND METHODS : 45 general practioners were involved in our descriptive and analytical study. The main objective of the study was to identify which place general practioners have in palliative care decisions for their patients. Actors involved in palliative care discussion were part of our secondary objective.

RESULTS : General practioners followed along the last 12 months around 4,48 palliative care patients. While 74,8 % of them were informed about their patients when hospitalized, only 37,4 % were involved in palliative care decisions. However, most of them think that their opinion could be important for those decisions. Continuity of care should be improved while 34,1 % of the patients were followed by general practioners alone. For most of them, phone is the best tool that could improve their involvement in palliative care decisions.

CONCLUSION : Our study exposed a lack of informations transmission between general practionners and specialists. This results in a deficient continuity of care, often leaving general practionners alone when complex situations occur. Early palliative care, general practionner's formation and quality of transmitted informations should be improved.

KEYWORDS : Palliative care ; general practionner ; place ; decision.