



HAL
open science

Prise en charge de la fin de vie au domicile : état des lieux de la coopération médecin traitant - IDE

Audrey Jusseaume

► **To cite this version:**

Audrey Jusseaume. Prise en charge de la fin de vie au domicile : état des lieux de la coopération médecin traitant - IDE. Sciences du Vivant [q-bio]. 2019. dumas-02117363

HAL Id: dumas-02117363

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02117363>

Submitted on 2 May 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.



**Faculté des sciences
médicales et paramédicales**

Aix-Marseille Université

**Prise en charge de la fin de vie au domicile :
état des lieux de la coopération Médecin Traitant - IDE**

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

**LA FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET PARAMÉDICALES
DE MARSEILLE**

Le 24 Janvier 2019

Par Madame Audrey JUSSEAUME

Née le 11 juin 1987 à Mont-Saint-Aignan (76)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur SALAS Sébastien

Monsieur le Docteur (MCU-PH) SABATIER Renaud

Madame le Docteur (MCU-PH) TABOURET Emeline

Monsieur le Docteur PROUX Aurélien

Président

Assesseur

Assesseur

Assesseur



**Faculté des sciences
médicales et paramédicales**

Aix-Marseille Université

**Prise en charge de la fin de vie au domicile :
état des lieux de la coopération Médecin Traitant - IDE**

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

**LA FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET PARAMÉDICALES
DE MARSEILLE**

Le 24 Janvier 2019

Par Madame Audrey JUSSEAUME

Née le 11 juin 1987 à Mont-Saint-Aignan (76)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur SALAS Sébastien

Monsieur le Docteur (MCU-PH) SABATIER Renaud

Madame le Docteur (MCU-PH) TABOURET Emeline

Monsieur le Docteur PROUX Aurélien

Président

Assesseur

Assesseur

Assesseur

AIX-MARSEILLE UNIVERSITE

Président : Yvon BERLAND

FACULTE DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES

Administrateur provisoire: Georges LEONETTI

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

MM NOIRCLERC Michel
OLMER Michel
OREHEK Jean
PAPY Jean-Jacques
PAULIN Raymond
PELOUX Yves
PENAUD Antony
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
RIDINGS Bernard
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
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)

PROFESSEURS EMERITE

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	RUF0 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	VIALETTE 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	SEBBAHOUN Gérard	31/08/2018

2018

M. le Professeur	MARANINCHI Dominique	31/08/2021
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2019
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2019

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

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

PAGANELLI Franck	ROCHE Pierre-Hugues	THOMAS Pascal
PANUEL Michel	ROCH Antoine	THUNY Franck
PAPAZIAN Laurent	ROCHWERTGER Richard	TREBUCHON-DA FONSECA Agnès
PAROLA Philippe	ROLL Patrice	TRIGLIA Jean-Michel
<i>PARRATTE Sébastien Disponibilité</i>	ROSSI Dominique	TROPIANO Patrick
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure	ROSSI Pascal	TSIMARATOS Michel
PELLETIER Jean	ROUDIER Jean	TURRINI Olivier
PERRIN Jeanne	SALAS Sébastien	VALERO René
PETIT Philippe	<i>SAMBUC Roland Surnombre</i>	VAROQUAUX Arthur Damien
PHAM Thao	SARLES Jacques	VELLY Lionel
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique	SARLES/PHILIP Nicole	VEY Norbert
PIQUET Philippe	SARLON-BARTOLI Gabrielle	VIDAL Vincent
PIRRO Nicolas	SCAVARDA Didier	VIENS Patrice
POINSON François	SCHLEINITZ Nicolas	VILLANI Patrick
RACCAH Denis	SEBAG Frédéric	VITON Jean-Michel
RANQUE Stéphane	SEITZ Jean-François	VITTON Véronique
RAOULT Didier	SIELEZNEFF Igor	VIEHWEGER Heide Elke
REGIS Jean	SIMON Nicolas	VIVIER Eric
REYNAUD/GAUBERT Martine	STEIN Andréas	XERRI Luc
REYNAUD Rachel	TAIEB David	
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth	THIRION Xavier	

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

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIEN HOSPITALIER

ACHARD Vincent (<i>disponibilité</i>)	EBBO Mikaël	NGUYEN PHONG Karine
AHERFI Sarah	FABRE Alexandre	NINOVE Laetitia
ANGELAKIS Emmanouil (<i>dispo oct 2018</i>)	FAURE Alice	NOUGAIREDE Antoine
ATLAN Catherine (<i>disponibilité</i>)	FOLETTI Jean- Marc	OLLIVIER Matthieu
BARTHELEMY Pierre	FOUILLOUX Virginie	OVAERT Caroline
BEGE Thierry	FROMNOT Julien	PAULMYER/LACROIX Odile
BELIARD Sophie	GASTALDI Marguerite	PESENTI Sébastien
BERBIS Julie	GELSI/BOYER Véronique	RESSEGUIER Noémie
BERGE-LEFRANC Jean-Louis	GIUSIANO Bernard	REY Marc
BERTRAND Baptiste	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	ROBERT Philippe
BEYER-BERJOT Laura	GONZALEZ Jean-Michel	SABATIER Renaud
BIRNBAUM David	GOURIET Frédérique	SARI-MINODIER Irène
BONINI Francesca	GRAILLON Thomas	SAVEANU Alexandru
BOUCRAUT Joseph	GRISOLI Dominique	SECQ Véronique
BOULAMERY Audrey	GUERIN Carole	SUCHON Pierre
BOULLU/CIOCCA Sandrine	GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné	TABOURET Emeline
BUFFAT Christophe	GUIDON Catherine	TOGA Caroline
CAMILLERI Serge	HAUTIER/KRAHN Aurélie	TOGA Isabelle
CARRON Romain	HRAIECH Sami	TOMASINI Pascale
CASSAGNE Carole	KASPI-PEZZOLI Elise	TOSELLO Barthélémy
CHAUDET Hervé	L'OLLIVIER Coralie	TROUSSE Delphine
CHRETIEN Anne-Sophie	LABIT-BOUVIER Corinne	TUCHTAN-TORRENTS Lucile
COZE Carole	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	VELY Frédéric
CUNY Thomas	LAGIER Aude (<i>disponibilité</i>)	VION-DURY Jean
DADOUN Frédéric (<i>disponibilité</i>)	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	ZATTARA/CANNONI Hélène
DALES Jean-Philippe	LEVY/MOZZICONACCI Annie	
DAUMAS Aurélie	LOOSVELD Marie	
DEGEORGES/VITTE Joëlle	MANCINI Julien	
DELLIAUX Stéphane	MARY Charles	
DESPLAT/JEGO Sophie	MASCAUX Céline	
DEVILLIER Raynier	MAUES DE PAULA André	
DUBOURG Grégory	MILLION Matthieu	
DUFOUR Jean-Charles	MOTTOLA GHIGO Giovanna	

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

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

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

CASANOVA Ludovic
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

MATHIEU Marion
REVIS Joana

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)
LEONE Marc (PU-PH)
MICHEL Fabrice (PU-PH)
VELLY Lionel (PU-PH)

GUIDON Catherine (MCU-PH)

ANGLAIS 11

BRANDENBURGER Chantal (PRCE)

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

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

BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE 4301

GUEDJ Eric (PU-PH)
GUYE Maxime (PU-PH)
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)
GIUSIANO Bernard (MCU-PH)
MANCINI Julien (MCU-PH)

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

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)

AHERFI Sarah (MCU-PH)
ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH) disponibilité octobre 2018
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)
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)
SIELEZNEFF Igor (PU-PH)

BEYER-BERJOT Laura (MCU-PH)

CHIRURGIE GENERALE 5302

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 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) Disponibilité
 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)
 SALAS Sébastien (PU-PH)
 VIENS Patrice (PU-PH)

SABATIER Renaud (MCU-PH)
 TABOURET Emeline (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)
 BOUFI Mourad (PU-PH)
 MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)
 PIQUET Philippe (PU-PH)
 SARLON-BARTOLI Gabrielle (PU PH)

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202

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)
 CUNY Thomas (MCU PH)

EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION 4601

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

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

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

CHIRURGIE INFANTILE 5402

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

BERTRAND Baptiste (MCU-PH)
 HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201

BARTHET Marc (PU-PH)
 BERNARD Jean-Paul (PU-PH)
BOTTA-FRIDLUND Danielle (PU-PH) Surnombre
 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 Héléne (MCU-PH)

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403

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

IMMUNOLOGIE 4703

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

FERON François (PR) (69ème section)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)
 CHRETIEN Anne-Sophie (MCU PH)
 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 D'URGENCE 4805

KERBAUL François (PU-PH)
 MICHELET Pierre (PU-PH)

**MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU
 VEILLISSEMENT ; 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)

IMMUNOLOGIE ; 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)

DEVILLIER Raynier (MCU PH)
 GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
 LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
 LOOSVELD Marie (MCU-PH)
 SUCHON Pierre (MCU-PH)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603

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

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)

OPHTALMOLOGIE 5502

DENIS Danièle (PU-PH)
 HOFFART Louis (PU-PH) *Disponibilité*
 MATONTI Frédéric (PU-PH) *Disponibilité*

PEDEPSYCHIATRIE; 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)
 MICHEL Justin (PU-PH)
 NICOLLAS Richard (PU-PH)
 TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH)
 DEVEZE Arnaud (MCU-PH) *Disponibilité*
 REVIS Joana (MAST) (Orthophonie) (7ème Section)

**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)

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502

RANQUE Stéphane (PU-PH)

PHILOSOPHIE 17

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

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

MATHIEU Marion (MAST)

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)

PHYSIOLOGIE 4402

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

COZE Carole (MCU-PH)
 FABRE Alexandre (MCU-PH)
 OVAERT Caroline (MCU-PH)
 TOSELLO Barthélémy (MCU-PH)

BARTHELEMY Pierre (MCU-PH)
 BONINI Francesca (MCU-PH)
 BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)
 DADOUN Frédéric (MCU-PH) (*disponibilité*)
 DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)
 REY Marc (MCU-PH)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903

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

RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)
 THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

PSYCHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PCYCHOLOGIE SOCIALE 16

AGHABABIAN Valérie (PR)

PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101**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)

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 (MCU-PH)

REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE 4802

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

THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4804

AMBROSI Pierre (PU-PH)
 VILLANI Patrick (PU-PH)

HRAIECH Sami (MCU-PH)

DAUMAS Aurélie (MCU-PH)

RHUMATOLOGIE 5001

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

UROLOGIE 5204

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

REMERCIEMENTS :

Au Professeur Sébastien SALAS de m'avoir fait l'honneur de présider cette thèse.

Aux Docteurs Emeline TABOURET et Renaud SABATIER d'avoir accepté de juger mon travail.

A Aurélien, mon directeur de thèse et avant tout ami. Rencontré à Briançon pendant le meilleur semestre d'été, les soirées et les conneries que vous avez faites avec Antoine et Ben ont permis que ce semestre soit moins dur et que se crée une amitié sans faille. Merci à Antoine aussi.

A Céline et Christine pour leur aide précieuse.

A mes parents, d'avoir toujours cru en moi et de m'avoir donné toutes les chances de réussir et d'être la personne que je suis aujourd'hui.

A ma famille, d'être là à mes côtés depuis toujours dans les meilleurs comme dans les pires moments.

Aux amis rencontrés à Marseille, marseillais ou non d'ailleurs, pour tous ces moments de bonheur partagé : Amélie, Alex, Flora, Teresa, Julie, Aurélie K, Laureen, Anne-Charlotte et j'en oublie ; mais aussi à l'équipe des voileux pour tous ces moments passés sur l'eau ou autour d'un pastis : Nico M, Aurélie M, Nico W, Arnaud, Doudou, Jonathan et j'en passe.

A Elise pour les multiples relectures de ce travail, les conversations décos, amours, voyages, etc...

A Elisa pour sons soutien sans faille et nos conversations durant des heures à rire, pleurer et encore rire. Sans oublier Clem.

A la première équipe de futurs médecins, Julie et Abel, qu'on a formé à Nîmes il y a plus de 12 ans, et à cette amitié indéfectible malgré la distance. De tout ça est née une amitié avec la famille Lossois frère et sœur.

A Caroline, amie d'enfance depuis nos 12 ans que la vie ou la distance n'a pas éloignée.

A tous les médecins généralistes qui m'ont fait confiance et à leurs patients : le Docteur Françoise RICHAND, les Docteurs BENYAHYA père et fille, le Docteur Charbelle EZZEDINE, le Docteur Danièle BOLCIONI, le Docteur Jacques AMICHOT et le Docteur Cyrille CHABLIS.

Aux grands absents : Papa, Ben et Papi. Je sais que vous veillez sur moi.

PLAN

INTRODUCTION	2
Contexte	2
Histoire et définition des soins palliatifs	2
Une amélioration continue	4
Etat des lieux en France	5
MATERIEL ET METHODE	8
Type d'étude et population	8
Elaboration du questionnaire	8
Recueil des données	9
RESULTATS	10
Taux de réponse	10
Caractéristiques des répondants : Questions 1 à 4	10
Evaluation des problèmes rencontrés au domicile : Questions 5 à 8	12
Proposition d'amélioration de la PEC : Questions 9 à 11	15
DISCUSSION	17
Binôme médecin traitant – IDE	17
Limites d'une prise en charge de fin de vie au domicile	18
La prise en charge au domicile de demain	20
CONCLUSION	22
ANNEXES	23
ABREVIATIONS	26
BIBLIOGRAPHIE	27

INTRODUCTION

Contexte :

Avant d'exercer, tout médecin prête solennellement serment devant ses pairs. Le serment d'Hippocrate lui rappelle que chacune de ses interventions est liée à des obligations légales, morales et éthiques vis-à-vis des patients et de ses proches ainsi que de ses pairs.

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

Malgré les moyens mis en œuvre pour la diffusion de la culture palliative auprès du grand public et des professionnels de santé, la vision des soins palliatifs est encore restreinte à la toute fin de vie, et le débat souvent détourné sur des affaires médiatisées trop complexes, oubliant au passage les questions essentielles que chaque personne se pose sur ses propres limites vis-à-vis des souffrances et de la mort, cela favorisant les peurs d'acharnement et de souffrance.

Les conditions de la fin de vie nous concernent en tant que professionnel mais aussi à titre personnel. Elles nous questionnent sur le plan éthique et philosophique mais aussi et peut être même surtout sur le plan technique.

D'autant plus que son organisation comprend le malade mais aussi son entourage, les angoisses et les questionnements étant multipliés. Les professionnels de santé qui sont en première ligne sont les infirmiers (IDE) libéraux épaulés par les médecins traitants (MT). Leur partenariat est indispensable. Toute la problématique du domicile est, donc, de soutenir et d'aider ces équipes qui sont au plus proche du malade et de ses proches, de jour comme de nuit, en semaine comme le week-end. Sans eux, la fin de vie au domicile est impossible.

De nombreuses définitions ont vu le jour concernant les soins palliatifs. Elles ont régulièrement été complétées du fait de l'évolution des pratiques, des réflexions et de la promulgation des différentes lois portant sur le sujet.

Histoire et définition des soins palliatifs :

Les soins palliatifs ne sont pas seulement une "aide à mieux mourir" mais sont voulus comme une "aide à mieux vivre" jusqu'à la mort.(1)

En 1967, le Dr Cicely Saunders donne naissance aux soins palliatifs en développant pour la première fois le concept de « total pain » (douleur globale) ; concept qui prend en considération la douleur physique ainsi que les souffrances psychologiques,

sociales et spirituelles des malades en fin de vie. Ce fut la première à mettre au point des protocoles antalgiques et l'utilisation des morphiniques par voie orale.

Presque 20 ans plus tard, tout s'accélère en France. On commence à développer une prise en charge globale en s'inspirant de l'expérience anglaise. La première charte française des soins palliatifs est écrite et donne ainsi naissance à l'Association pour le développement des Soins Palliatifs. En 1987, la première unité de soins palliatifs à l'hôpital international de l'université de Paris, dirigée par le Dr Maurice Abiven, verra le jour.

Deux ans plus tard, la SFAP est créée et les universités de Paris XI et Paris XIII accueillent les étudiants pour le premier Diplôme Universitaire en Soins Palliatifs. L'essor des soins palliatifs que nous connaissons actuellement est lancé.

La première définition des soins palliatifs a été donnée en 1990 par l'OMS : « *des soins actifs, complets, donnés aux malades dont l'affection ne répond pas au traitement curatif. La lutte contre la douleur et les autres symptômes, ainsi que la prise en considération des problèmes psychologiques, sociaux et spirituels sont primordiaux. Ils ne hâtent ou ne retardent le décès. Leur but est de préserver la meilleure qualité de vie possible jusqu'à la mort.* » (2)

Celle-ci a été complétée par la SFAP en 1996 en utilisant les mots forts d'approche globale. Pour la première fois, on parle de respect de la dignité du malade, et de protection contre l'obstination déraisonnable. Celle-ci n'oublie pas l'entourage du malade dans le soutien qu'on peut lui apporter pendant et après la prise en charge.(3)

La France par la loi du 9 juin 1999 impose que tout malade est en droit d'accéder à des soins palliatifs. Elle replace aussi le malade comme premier décideur dans sa prise en charge en lui donnant le droit de « *s'opposer à toute investigation ou thérapeutique* ». Les patients sont donc maintenant protégés légalement, ainsi que leurs proches puisque cette loi ouvre le droit au congé d'accompagnement d'une personne en fin de vie. (4)

Douze ans après sa première définition, en 2002, l'OMS place la qualité de vie du malade au premier plan et la complète en détaillant les actions thérapeutiques ou diagnostiques possibles sans pour autant être perçues comme un acharnement. (2)

Ainsi, les soins palliatifs ne sont ni la prolongation inutile de la vie, acceptant la limite des soins, ni l'accélération du processus de mort faute de solutions. En quelques années, le cadre actuel dans lequel nous travaillons est donc planté.

Les soins palliatifs visent à maintenir une certaine qualité de vie au patient, en luttant contre les différentes formes de souffrance, qui permettra au malade de profiter de ces derniers moments, et redéfinissent ainsi l'objectif médical en insistant sur l'obligation de soins et non de guérison.

Bernard Kouchner déclarait en 2001 : « *La réponse aux nouveaux besoins de santé, exige des prises en charge plus globales et mieux coordonnées entre elles. La dichotomie entre, d'une part, l'hôpital, qui est le lieu de la technicité, de la science et le temple d'une hiérarchie professionnelle parfois obsolète, et, d'autre part, des médecins de ville qui sont trop souvent isolés dans leur pratique, demeure une réalité que nous devons absolument faire progresser.* » (5)

Par cette déclaration, il rappelle le caractère unique et non scientifique de chaque patient, oublié trop souvent par l'hôpital, et le fossé parfois trop grand entre la prise en charge hospitalière et le domicile.

La loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie, dite loi Léonetti renforce le pouvoir décisionnaire du malade en créant, par exemple, les directives anticipées et permet d'arrêter un traitement poursuivi avec une obstination déraisonnable. Elle protège aussi les professionnels de santé en stipulant la possibilité qu'un traitement donné puisse avoir pour effet secondaire d'abrèger la vie, sans pour autant dépenaliser l'euthanasie. Elle reconnaît ainsi des droits spécifiques au malade en fin de vie.(6)

Compte tenu de certaines situations particulièrement graves et médiatisées et les limites de la loi, il devenait indispensable de penser à l'adoption d'une nouvelle loi. Ainsi la loi Léonetti Clayes de février 2016 renforce les droits au refus de traitement, la non-obstination déraisonnable, l'importance du rôle de la personne de confiance et renforce l'importance des directives anticipées.(7) Elles deviennent opposables à la décision du médecin et permettent au patient de se protéger contre l'acharnement thérapeutique.

Une amélioration continue :

Le lieu de décès des français a profondément évolué depuis un siècle. Encore majoritaire dans les années 1950s, le domicile - entendu comme le domicile personnel ou le lieu d'hébergement dans un établissement médico-social - est progressivement devenu un lieu de décès minoritaire.

Ces dernières années ont donc vu naître le Plan national 2015-2018, 3^{ème} plan triennal, pour le développement des soins palliatifs et l'accompagnement en fin de vie. Il s'est articulé en 4 axes :

- d'informer le patient sur ses droits et le placer au cœur des décisions qui le concernent
- de développer les prises en charge au domicile
- d'accroître les compétences des professionnels et des acteurs concernés
- de réduire les inégalités d'accès aux soins palliatifs.(8)

Le Centre National des Soins Palliatifs et de la Fin de Vie a été créé le 5 janvier 2016 par le décret n° 2016-5 du 5 janvier 2016. Il réunit désormais les équipes de l'Observatoire National de la Fin de Vie (ONFV) et du Centre National de Ressources en Soins Palliatifs. Il vise à favoriser l'accès aux droits et à participer à l'amélioration de la fin de vie en France, en particulier en contribuant à une meilleure connaissance des conditions des soins palliatifs et de la fin de vie et en participant au suivi des politiques publiques relatives aux soins palliatifs et à la fin de vie.(9)

L'IGAS, en 2017, réaffirme le rôle essentiel du médecin traitant qui doit participer à la réponse interdisciplinaire et dont l'implication joue un rôle essentiel aux yeux des patients et des proches, particulièrement en fin de vie. Pour compléter l'action du médecin traitant, la mission propose notamment de renforcer l'implication des infirmiers, rouage essentiel des soins, de permettre lorsqu'elle est nécessaire l'intervention des médecins coordonnateurs d'HAD et d'EHPAD, et de faciliter l'accès aux dispositifs d'appui et de coordination. (10)

Dans l'optique d'améliorer l'accès aux soins, la loi de santé de Marisol Touraine de janvier 2016 crée un nouveau statut aux IDE. Elle prévoit une nouvelle formation qui définira les IDE de pratique avancée et IDE coordinateur de parcours de soins, pour les autonomiser et ainsi espérer soulager la charge de travail des MT dans certains cas définis par la loi.

Ils sont donc autorisés à « *réaliser des actes techniques nécessaires au suivi de la ou des pathologies et interpréter les résultats* », « *prescrire des examens complémentaires nécessaires au suivi du patient et interpréter les résultats* », prescrire des dispositifs médicaux ou des médicaments « *non soumis à prescription médicale obligatoire* » ou « *renouveler ou adapter des prescriptions médicales en cours* » par le décret n°2018-629 du 18 juillet 2018.(11)

La première promotion d'étudiants à l'Université d'Aix-Marseille verra le jour à la fin de l'année scolaire 2020-2021.

Etat des lieux en France :

A ce jour, 80% des français souhaitent mourir à domicile. (12) Bien sûr, on comprend bien que le respect de la volonté du malade à 100% ne pourra être atteint, soit pour des raisons de symptômes réfractaires nécessitant une hospitalisation soit pour des raisons de complications aiguës ne pouvant être prises en charge au domicile ; le but étant de s'approcher au plus près du souhait du malade.

Pourtant, en 2006, on rapportait 27% de décès annuels survenant au domicile. En 2013, on notait une progression à 38% de ces décès. (10)

Mais le MT et les IDE sont parfois mis à l'écart pendant toute la durée du traitement des pathologies chroniques évolutives, comme par exemple dans le suivi oncologique. Cela n'est pas rare de revoir le malade qu'au diagnostic de soins palliatifs posé, voire à la fin de vie, n'ayant eu que les courriers pour suivre de loin la prise en charge. Il faut alors, pour l'équipe pluridisciplinaire du domicile, se mettre en place très rapidement. C'est alors à eux de trouver le temps et les ressources nécessaires pour réintégrer le malade dans leur exercice quotidien, très souvent surchargé.

Les IDE rapportent souvent une solitude au domicile, n'ayant pas toujours de capitaine dans le bateau qu'est la prise en charge du malade au domicile.

Les structures hospitalières et de prise en charge au domicile sont d'ailleurs sollicitées pour soutenir le MT et/ou les IDE au chevet du malade.

Les structures hospitalières se composent:

- D'unités de soins palliatifs (USP) : ce sont des structures d'hospitalisation d'environ 10 lits accueillant pour une durée limitée les patients étiquetés soins palliatifs. Les USP sont constituées de lits totalement dédiés à la pratique des soins palliatifs et de l'accompagnement. Elles réservent leur capacité d'admission aux situations les plus complexes et/ou les plus difficiles. Elles assurent ainsi une triple mission de soins, d'enseignement et de recherche. (13)
En 2017, elles étaient au nombre de 157 dont 15 en Région Sud (Source SFAP).
- D'équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP) : elles ont pour mission la prise en charge globale du patient et de son entourage familial, la prise en charge de la douleur et des autres symptômes, l'accompagnement psychologique et psychosocial et le rapprochement, le retour et le maintien à domicile. Elles interviennent en tant que soutien et conseil auprès des soignants dans d'autres services. (13)
En 2017, elles étaient au nombre de 426. (Source SFAP)
- De Lits Identifiés en Soins Palliatifs (LISP): Ce sont des lits situés au sein d'un service d'hospitalisation. Ils permettent une ouverture et un lien entre le domicile et les établissements dans le cadre d'un réseau de santé, et ainsi assurer un repli des patients du domicile par exemple.(13)
En 2015, ils étaient 5057 répartis 835 établissements (Source SAE)

Les structures de prise en charge à domicile se composent:

- De réseaux de soins palliatifs : ce sont des équipes pluri professionnelles composées de médecins, d'IDE, de psychologues, d'assistantes sociales et de bénévoles. Elles ont pour mission de mobiliser et coordonner les structures sanitaires et sociales afin de permettre aux patients d'accéder à des soins palliatifs sur le lieu de vie de leur choix. (14)
En 2017, ils étaient 107 dont 5 en Région Sud. (Source SFAP)
- Des Hospitalisations A Domicile (HAD) : ce sont des structures qui dépendent d'établissements hospitaliers. Elles concernent des patients malades de tous âges, atteints de pathologies graves aiguës ou chroniques, évolutives et/ou instables. (15)
En 2017, il en existait 122. (Source SFAP)

Grâce au travail de toutes ces équipes médicales et paramédicales, en 2010 42,5% des décès survenus en région PACA dans la prise en charge palliative correspondaient au souhait du malade. Il faut donc continuer les efforts fournis et donner la parole aux équipes de première ligne.

On entend ainsi s'intéresser à ce partenaire indispensable qu'est le MT et l'IDE dans la prise en charge du malade en fin de vie à domicile, les IDE étant moins souvent entendues et pourtant la première pierre de l'édifice soutenant le malade.

MATERIEL ET METHODE

Type d'étude et population :

Nous avons mené une étude descriptive réalisée de septembre à novembre 2018 sous forme de questionnaire adressé aux IDE des Bouches-du-Rhône et du Var.

L'objectif principal de notre étude est d'évaluer la qualité de la coopération MT – IDE dans la prise en charge d'une fin de vie à domicile.

L'objectif secondaire est de proposer des pistes d'amélioration dans la coopération MT-IDE.

Elaboration du questionnaire :

Le questionnaire a été créé suite à de multiples réunions avec deux IDE travaillant presque exclusivement avec des patients en soins palliatifs. En écoutant leur problématique quotidienne dans le soutien au patient et la réalisation technique de la prise en charge, nous avons identifié nos besoins en information relatifs à l'étude et traduit ceux-ci en questions, rédigées sur fichier Word.

Il s'articule en 3 parties : la première partie visait à établir les caractéristiques de la population cible ; il était demandé leur ancienneté, leur lieu d'exercice, leur niveau de spécificité quant à la prise en charge d'une fin de vie et leurs interlocuteurs privilégiés.

La deuxième partie traitait des problématiques rencontrées par les IDE dans la prise en charge du patient ; il était demandé d'identifier les problèmes qui mènent à un échec de la fin de vie au domicile.

La dernière partie abordait des pistes d'amélioration quant à la fréquence des contacts avec le MT et avec les autres structures, et à la possibilité d'élargir leurs compétences.

Ce questionnaire était composé essentiellement de questions fermées à choix multiples, au total de 11, avec possibilité de rajouter des commentaires libres.

Recueil des données :

Le questionnaire a ensuite été diffusé par mail à l'aide du logiciel Google Forms. Il a été envoyé à toutes les IDE travaillant avec le RESP 13 ayant renseigné un mail, à un groupement d'IDE du Var se réunissant une fois par mois et aux IDE ayant travaillé avec moi dans le cadre de mes remplacements en cabinet libéral dans les Bouches-du-Rhône.

Le RESP 13 est une cellule de coordination chargée de la réception et de la régulation des demandes, de la coordination et de l'animation du Pôle Soins Palliatifs des Bouches-du-Rhône, soutenu par l'ARS.

C'est un recours de proximité, permanent et gratuit 24h/24 et 7j/7, composé de 5 équipes mobiles de soins palliatifs à domicile, adossées aux unités de soins palliatifs de 5 établissements à Gardanne, Aix-en-Provence, Salon-de-Provence et Marseille (centre hospitalier Saint Joseph et clinique Saint Elisabeth).

Au total plus de 2000 mails ont été envoyés de septembre à novembre 2018.

RESULTATS

Taux de réponse :

Sur plus de 2000 mails envoyés, 213 IDE ont répondu. Mais 211 questionnaires ont été remplis, les 2 autres ayant répondu par mail par un long texte sur leur pratique et leur ressenti. Le taux de participation est de 10%.

Caractéristiques des répondants : Questions 1 à 4

Durée d'exercice en libéral :

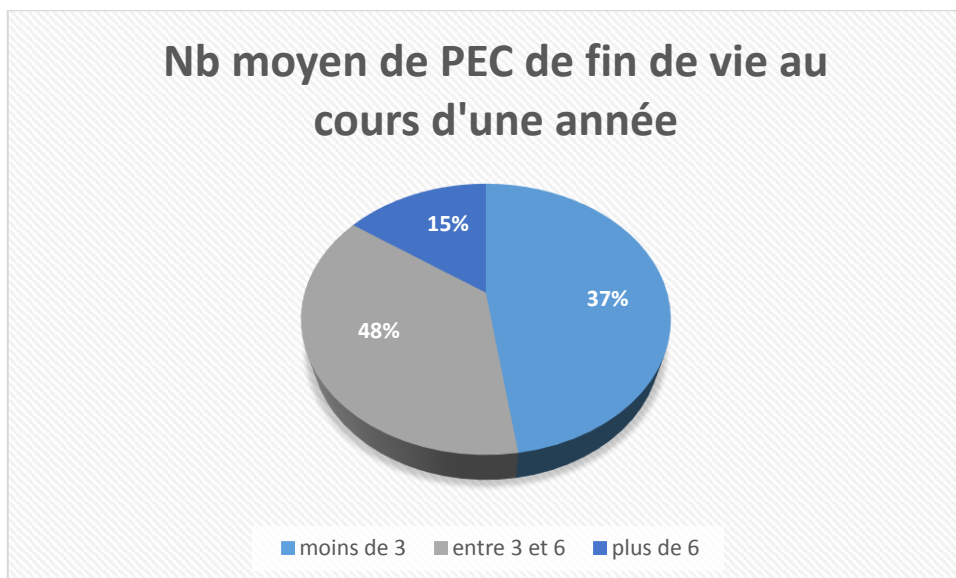
59% des infirmiers interrogés travaillent en libéral depuis 5 à 15 ans, 34% depuis plus de 15 ans et 7% depuis moins de 5 ans.

Lieu d'exercice :

Le lieu d'exercice est majoritairement les Bouches-du-Rhône : 89% alors que le Var ne correspond qu'à 11% des répondants, ceci étant dû à l'aide du RESP 13 qui nous a fourni leur listing d'IDE libéraux.

Nombre de PEC en fin de vie au cours d'une année en moyenne :

Pour 48% des IDE libéraux, les prises en charges en fin de vie au cours d'une année sont inférieures à 3 ; 37% en ont entre 3 et 6 et 15% en ont plus de 6.



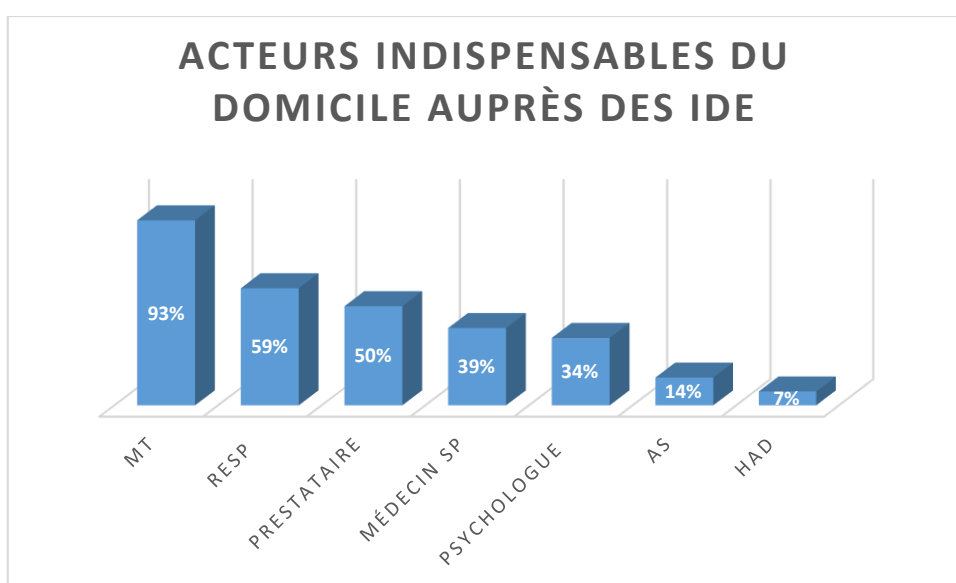
Les acteurs indispensables du domicile épaulant les IDE :

Pour 93% des IDE, le médecin traitant est indispensable dans la prise en charge du malade en fin de vie au domicile. Sur 211 répondants, 38 ont répondu que seul le médecin traitant est indispensable.

Le réseau de soins palliatifs avec 59% est le deuxième partenaire indispensable ; puis viennent pour 50% des répondants les prestataires de santé.

Pour plus de la moitié des IDE libéraux, ces 3 acteurs sont donc indispensables.

Le médecin de soins palliatifs est indispensable pour 39% ; les psychologues pour 34% ; les assistantes sociales pour 14% et l'HAD pour 7% des répondants.



Evaluation des problèmes rencontrés au domicile : Questions 5 à 8

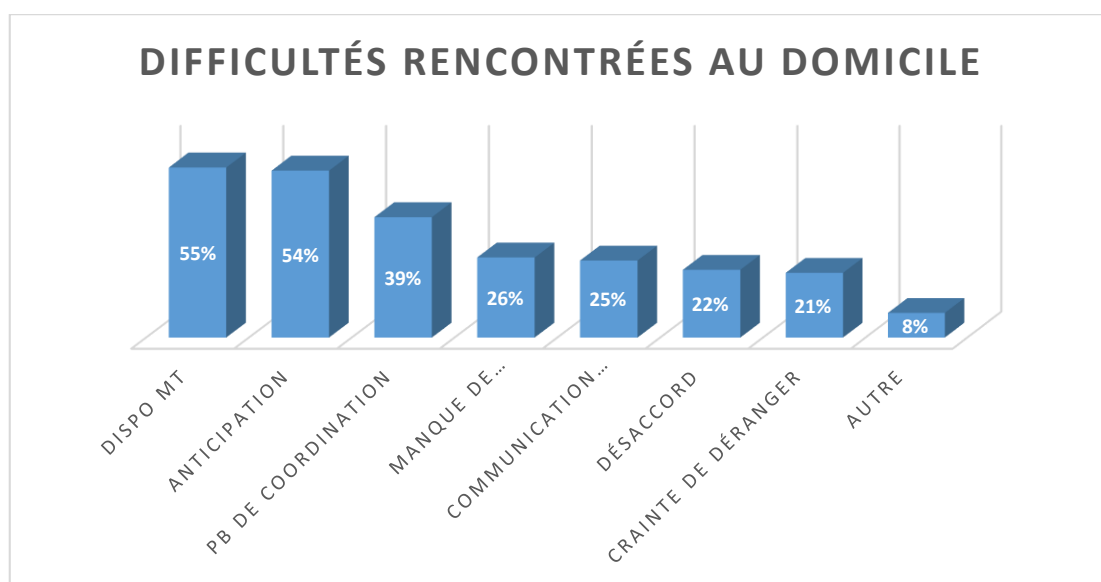
Difficultés rencontrées dans la PEC de la fin de vie au domicile :

Majoritairement les IDE rencontrent 2 problèmes : la disponibilité du MT à 55% et le défaut d'anticipation des prescriptions à 54%.

Le problème de coordination entre le MT et la structure de soins en charge du malade en fin de vie se pose dans 39% des cas.

Dans moins d'un tiers des prises en charge, le manque de régularité dans les contacts avec le MT, la communication défailante entre le MT et le malade, le désaccord de l'IDE avec les prescriptions et la crainte de déranger le MT sont en cause.

Certains d'entre eux, 8%, rapportent des problèmes liés au manque de formation des MT à utiliser, dans le cadre d'une prise en charge en fin de vie, les morphiniques et les anxiolytiques par voie orale ou injectables ; d'autres rapportent une prise en charge trop chronophage. Deux des répondants n'ont pas rencontré de difficultés.

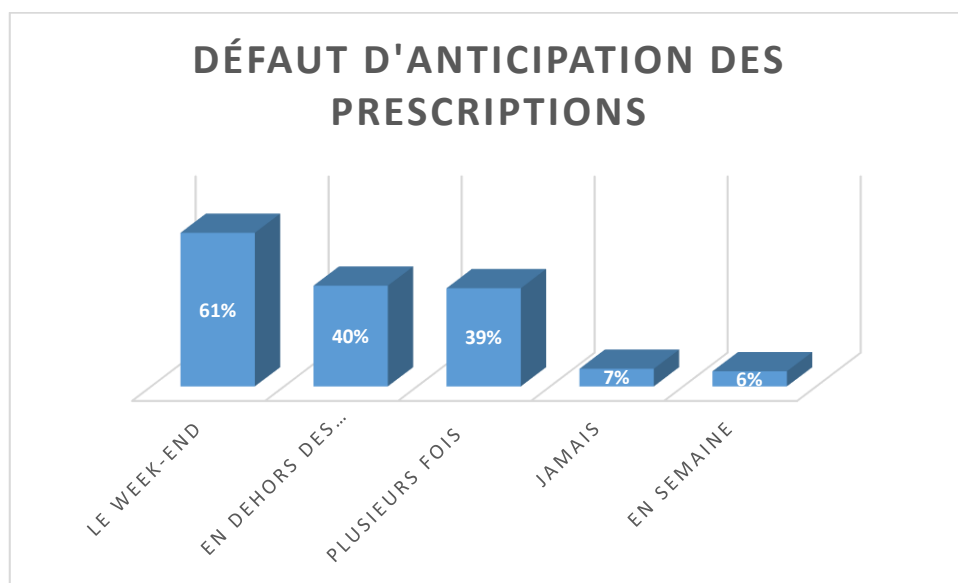


Défaut d'anticipation des prescriptions médicamenteuses :

Dans 61% des cas, le défaut d'anticipation des prescriptions médicamenteuses se produit le week-end et dans 40% des cas en dehors des horaires d'ouverture du cabinet du MT. Les problèmes en semaine, pendant l'ouverture du cabinet, ne se produisent que 6% des fois.

Cela se produit plusieurs fois dans près de 40% des prises en charge du malade en fin de vie.

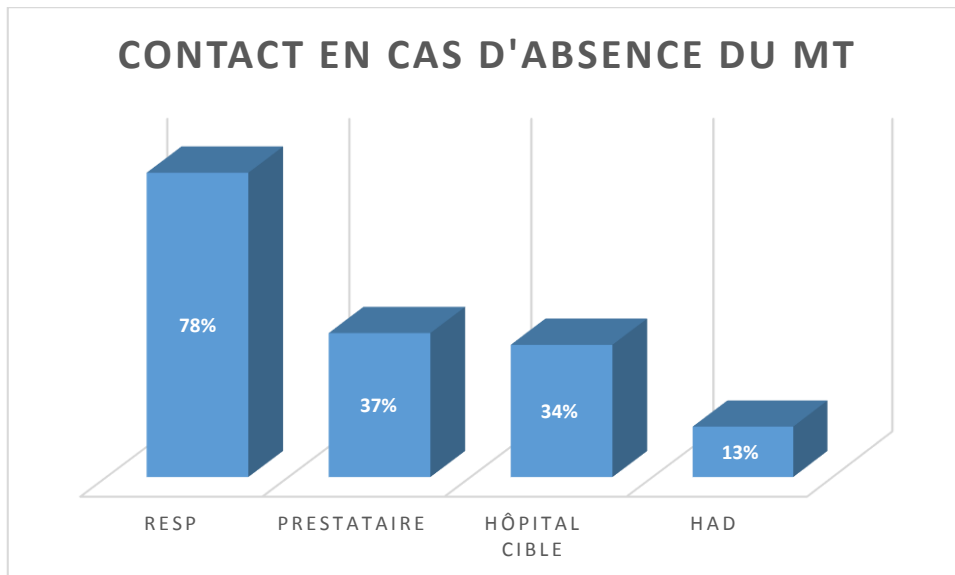
A noter que 7% des IDE ont répondu que cela ne se produisait jamais.



Principal interlocuteur en cas d'impossibilité à joindre le médecin traitant :

En cas d'absence du MT, le réseau de soins palliatifs est privilégié par 78% des répondants.

L'hôpital cible et le prestataire de santé sont contactés, quant à eux, dans un peu plus d'un tiers des cas, à 34% et 37%, respectivement ; alors que l'HAD n'est contactée par 13% des répondants.



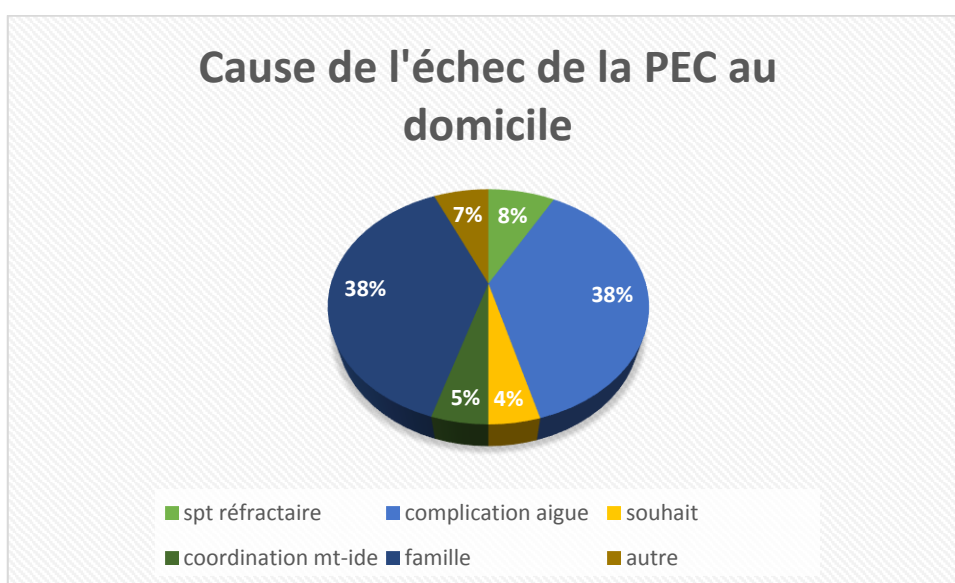
Echec de la fin de vie : LA cause principale

La cause principale mise en cause dans l'échec du maintien à domicile du patient en fin de vie est à parts égales, 38%, la complication aiguë survenant le week-end ou la nuit, et l'épuisement familial.

Les symptômes réfractaires ne pouvant être gérés à domicile sont responsables de 8% des hospitalisations.

4% des échecs sont dus à un souhait du patient et 5% à un défaut de coordination entre le MT et l'IDE.

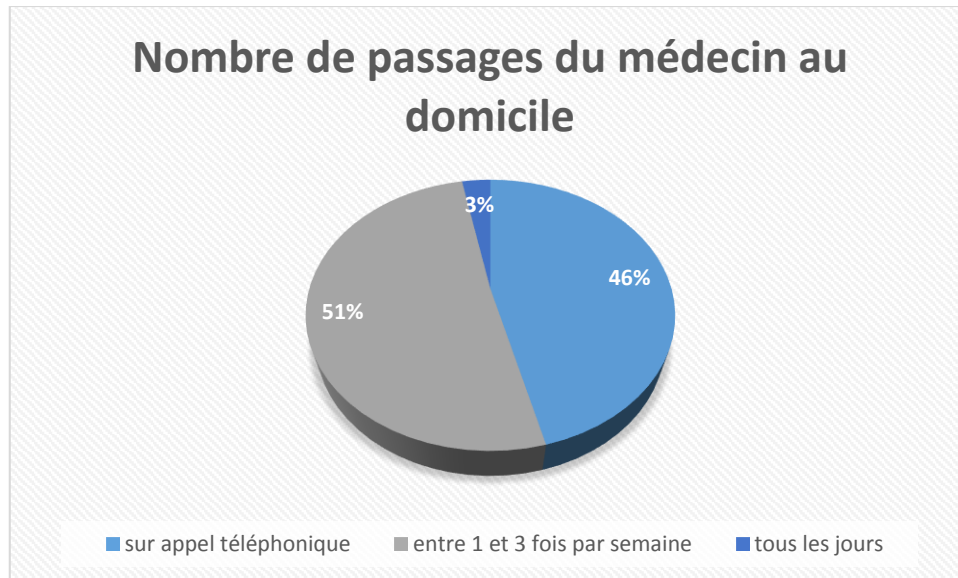
Dans les réponses « autres », 2 IDE ont répondu un défaut d'anticipation, 3 IDE ont répondu un manque de formation, 2 IDE ont répondu l'isolement du malade et 1 IDE a mis en cause la PEC chronophage pour un IDE libéral. Enfin, 3 IDE ont répondu qu'ils n'avaient jamais eu d'échec.



Proposition d'amélioration de la PEC : Questions 9 à 11

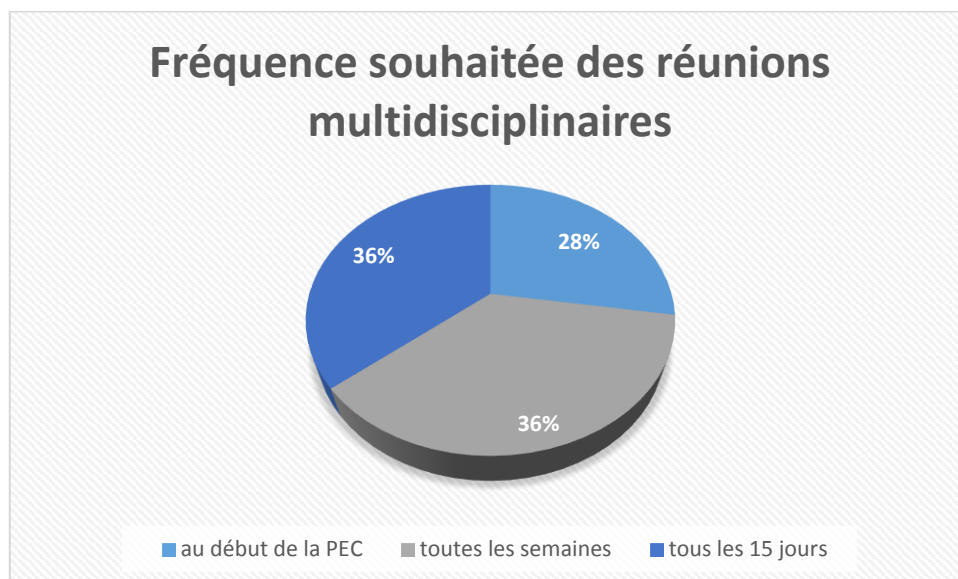
Estimation du nombre de passages par semaine du MT au domicile :

51% des répondants préféreraient entre 1 et 3 passages par semaine au domicile du MT et 46% préféreraient déclencher la visite à domicile par appel téléphonique. Seuls 3% des répondants souhaitent un passage journalier.



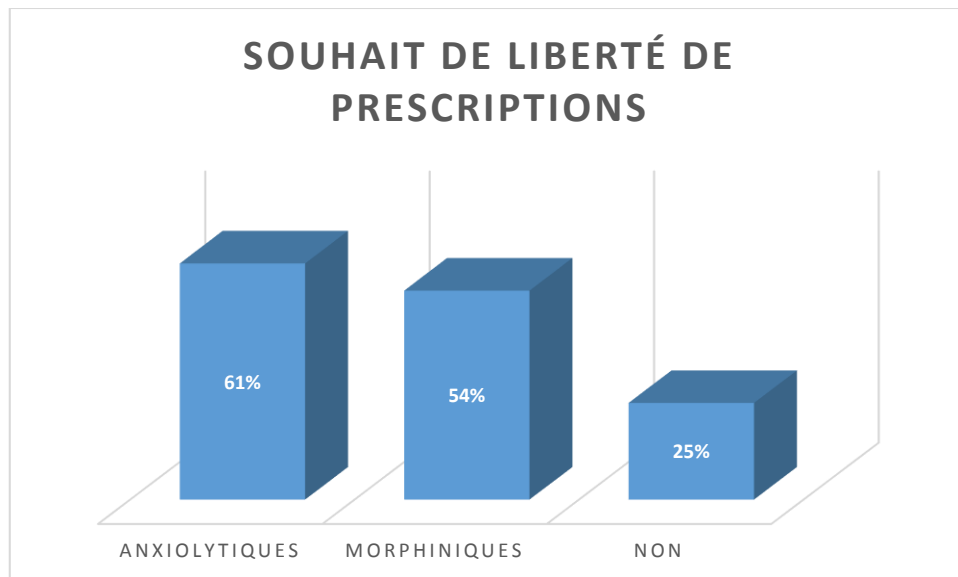
Fréquence souhaitée d'une réunion de concertation multidisciplinaire :

Une réunion de concertation multidisciplinaire est souhaitée dans les mêmes proportions, 36%, toutes les semaines et tous les 15 jours. 28% des répondants la jugent nécessaire uniquement au début de la prise en charge.



Liberté de prescriptions ou non :

61% des répondants souhaitent une liberté de prescriptions des anxiolytiques et 54% une liberté de prescriptions des morphiniques, alors que 25% ne souhaitent pas prendre de décisions.



DISCUSSION

Binôme médecin traitant – IDE

En 2017, l'INSEE a répertorié 37% de décès étant survenus au domicile, comprenant 24% en logement privé et 13% en maison de retraite, lieu de vie des personnes âgées gérées médicalement par le médecin généraliste. En région PACA, on comptait 39% des décès au domicile, soit environ 21 000 décès. La région était dotée d'environ 175 médecins généralistes pour 100 000 habitants et de 27 IDE libéraux pour 1000 patients de 75 ans et plus.

Une prise en charge de fin de vie au domicile demande une organisation importante gérée par le médecin généraliste. Lorsque le patient est étiqueté « soins palliatifs », ou « fin de vie », par l'hôpital ou par le médecin traitant lui-même, il faut alors mettre en place une équipe d'IDE qui aura le temps et les moyens de s'occuper de lui de manière optimale. Cependant, le médecin peut avoir perdu de vue son patient durant toute la phase curative, n'étant informé que par les courriers de l'hôpital. Ceci complique l'évaluation des besoins humains et matériels nécessaires au retour à domicile. Les prestataires de santé sont ensuite sollicités, si besoin, pour la mise en place des matériels techniques. Lorsque le domicile est enfin organisé, les structures de soins telles que l'HAD ou les réseaux de soins palliatifs peuvent alors apporter une coordination et un soutien à cette prise en charge complexe.

52% des interrogés gèrent régulièrement la fin de vie au domicile avec plus de trois prises en charge par an, représentant une population homogène et représentative pour évaluer l'état des lieux de la coopération MT - IDE. On se doit de s'appuyer sur leur expérience, étant donné que 93% d'entre eux travaillent en libéral depuis plus de 5 ans. L'infirmier est le pivot central de l'organisation d'une fin de vie au domicile, représentant les « yeux » du médecin. La communication médecin traitant - malade est d'ailleurs perçue comme défaillante par 25% des IDE interrogés. Il entre dans la plus grande intimité du patient et de sa vie de famille. Cette proximité leur permet de pouvoir exprimer au mieux et régulièrement leurs souhaits mais aussi leurs angoisses, créant un lien avec lequel le médecin généraliste ne pourra rivaliser. Ils sont confrontés en 1^{er} à la souffrance tant mentale que physique du patient. Les symptômes peuvent évoluer rapidement au cours d'une journée. Avec, en général, trois passages journaliers, l'IDE est capable d'évaluer fréquemment l'efficacité des traitements mis en place et la nécessité d'une adaptation ou d'un changement de thérapeutique. Ils doivent pouvoir relayer ces informations et soulager sans délai, le cas échéant, leur patient. Ils souhaitent, donc, plus d'autonomie mais qu'elle soit toujours encadrée médicalement.

De ce fait, le médecin traitant prend alors toute sa place de leader. Il est plébiscité par 93% des IDE interrogés ; 18% pensant même qu'il est le seul et unique acteur indispensable du domicile. Il connaît le malade et sa famille dans la majorité des cas depuis de longues années, ce qui n'est pas forcément le cas du reste de l'équipe soignante. Il incarne la personne ressource, représentant un soutien technique et émotionnel autant pour le malade que pour les équipes soignantes. Aux Pays-Bas, Borgsteede et al. ont montré que patients et médecins avaient la même perception de ce qu'est une « bonne prise en charge de la fin de vie », qualifiée en quatre items : disponibilité du médecin traitant ; compétence médicale ; collaboration avec les autres intervenants ; attention et continuité des soins.

Mais la prise en charge d'un malade en fin de vie est très chronophage pour les médecins (16). Elle nécessite un nombre plus important de visites à domicile qu'une prise en charge classique et une attention particulière à l'équipe soignante présente au quotidien. Les temps de visite sont plus longs, autant pour le médecin que pour les IDE. A ceci s'ajoute la surcharge de travail habituelle d'un cabinet libéral. La disponibilité du médecin traitant et donc la régularité des contacts infirmiers-médecin ne sont, malheureusement, pas toujours optimales aux yeux des interrogés. Ceci conduit à un manque de réactivité dans l'adaptation des traitements et mène parfois à une perte de confiance des IDE, mettant à mal ce binôme si important. Certaines des décisions médicales peuvent être, alors, remises en cause par les IDE, essentiellement lorsque les traitements mis en place ne correspondent plus à l'état actuel du malade. 22% des IDE ont répondu avoir déjà été en désaccord avec les prescriptions du médecin traitant.

Pourtant, le défaut de coordination MT – IDE n'est pas la cause principale d'échec de la fin de vie au domicile, uniquement 5% des interrogés la jugeant responsable d'une hospitalisation. Ce binôme arrive donc à travailler ensemble et à assurer ses objectifs, chacun s'adaptant à l'autre.

Limites d'une prise en charge de fin de vie au domicile

La première cause de l'échec de la fin de vie au domicile est la complication aiguë survenant le week-end ou la nuit pour 37% des répondants. Cela signifie donc que, lorsque les médecins sont joignables, les problèmes rencontrés ne mènent pas à une hospitalisation allant à l'encontre du souhait du patient. Mais alors pourquoi cela se produit-il en dehors des horaires d'ouverture du cabinet ?

Le défaut d'anticipation des prescriptions médicamenteuses est un problème récurrent dans les prises en charge (17). Dans notre étude, 54% des IDE ont déjà dû faire face à des difficultés liées au manque d'anticipation, essentiellement le week-end et la nuit, et cela parfois plusieurs fois au cours de la prise en charge. Ils sont alors parfois obligés de faire appel aux services d'urgences. Pourtant, par le décret n°2004-802 du 29 juillet 2004, les IDE sont autorisés à entreprendre et adapter des traitements dans le cadre des protocoles préétablis, écrits, datés et signés par un médecin afin de supprimer rapidement certains symptômes. Le manque de formation en soins palliatifs

et thérapeutique de la douleur des médecins généralistes français est souvent souligné (18) (19). Il entraîne une certaine crainte à prescrire des morphiniques et des anxiolytiques à fortes doses sans surveillance médicale continue. En dehors des horaires d'ouverture du médecin traitant, il est plus difficile pour les IDE de faire valider en amont ou en aval l'utilisation de ces prescriptions. Les médecins de ville restent donc réticents quant à la mise en place de prescriptions pouvant engendrer des effets secondaires indésirables lourds voire irréversibles. En effet, l'utilisation des morphiniques dans la détresse respiratoire a, par exemple, un double effet : apaiser le patient mais en ralentissant la fréquence respiratoire, avec les risques que cela comporte. L'étude de Sophie Pennec a montré que seuls 36% des patients étaient traités par opioïdes et 3% par midazolam le jour du décès.

Les IDE se tournent alors, en seconde intention, vers les structures de soins type RESP 13 et HAD ; les médecins généralistes exprimant eux-mêmes un besoin structurel. Ces structures jouent le rôle de relais du médecin traitant pour la validation médicale, même en dehors des horaires d'ouverture du cabinet, créant le trinôme du domicile. Dans notre questionnaire, le RESP 13 est majoritairement sollicité par 78% des interrogés, contrairement à l'HAD. Le RESP 13 est exclusivement dédié à la prise en charge des soins palliatifs. L'HAD, quant à elle, a un niveau moindre de spécificité avec seulement 28% de leur activité dédiée aux soins palliatifs (rapport 2007 de la cour des comptes) ; et ne peut être mise en place que par demande hospitalière et non par les médecins généralistes eux-mêmes. De plus, l'astreinte téléphonique du RESP 13 est assurée par un médecin alors que celle de l'HAD par une infirmière coordinatrice, rassurant plus l'équipe soignante pour certaines décisions médicales. Il existe, par ailleurs, un biais de sélection, la majorité ayant travaillé au moins une fois avec le RESP 13.

Pourtant 39% des répondants ont rencontré des difficultés dues à un problème de coordination entre le médecin traitant et les structures de soins. Le médecin a parfois du mal à trouver ou conserver sa place de décisionnaire dans ce trinôme. Certains médecins refusent d'ailleurs les prises en charge conjointes (20). Il existe, par ailleurs, un certain délai de réponse par ces structures chargées d'un nombre élevé de cas à traiter. Les changements de prescriptions engendrés sont alors parfois mal compris par le médecin qui gérait seul avant. Les équipes infirmières se plaignent de devoir modifier plusieurs fois au cours de la journée les traitements, augmentant même leur nombre de passages au domicile.

Elles se tournent alors, en troisième intention, vers les prestataires de santé qui, pour certains, ont un médecin à disposition pour répondre à leurs questions et des IDE coordinatrices. Ils jouent alors le rôle de soutien technique des structures de soins type réseaux de soins palliatifs ou HAD, en plus de leur soutien matériel. Mais ils sont aussi plus faciles à joindre que l'hôpital cible ou le médecin référent de soins palliatifs et se déplacent à domicile. L'évaluation clinique est toujours plus efficace que l'évaluation téléphonique.

La deuxième cause de cet échec avancée par les IDE interrogés est l'épuisement familial. L'entourage est très sollicité mais malheureusement souvent oublié dans la prise en charge. Cet épuisement est sous évalué par le médecin traitant par le nombre limité de visites dans la semaine et l'optimisation du temps consacré uniquement à

l'évaluation des besoins du patient. L'équipe infirmière peut alors jouer le rôle de sentinelle de détection de ce symptôme familial et alerter à temps pour une demande d'hospitalisation de répit. Les entrées en unités hospitalières spécialisées ne pouvant s'effectuer en urgence, l'anticipation reste, encore ici, l'outil indispensable pour permettre aux familles d'entrevoir un temps de soulagement.

Une autre solution serait une prise en charge psychologique étendue aux aidants familiaux (21) et remboursée (22). Les structures de soins sont déjà surchargées par le nombre de patients et ne peuvent assurer ce soutien. Mais avec le remboursement, ils pourraient augmenter leurs moyens humains.

L'autre point négatif pour certains aidants est le poids financier, prenant parfois des congés sans soldes pour rester auprès du patient. Dans ces cas précis, une prise en charge par une assistante sociale aiderait à diminuer un stress inutile. Beaucoup ignore l'existence d'allocations allouées aux aidants. Les services sociaux des hôpitaux étant trop surchargés, ce suivi pourrait être assuré soit par le biais des structures de soins, soit par le biais des services sociaux de la ville de résidence du patient.

Du fait des symptômes réfractaires, nécessitant un plateau technique plus important, l'objectif de réussite à 100% du domicile restera difficilement atteignable (17).

La prise en charge au domicile de demain

En 2050, une personne sur trois sera âgée de 60 ans et plus d'après les calculs de l'INSEE. Or la capacité d'accueil des hôpitaux ne pourra augmenter aussi vite et les structures d'urgences seront probablement de plus en plus surchargées. Il faudra que le domicile puisse gérer les prises en charge ne nécessitant pas la technicité de l'hôpital.

La réussite de la fin de vie au domicile est donc un enjeu majeur dans les trente années à venir. L'anticipation est le maître mot de cette réussite.

Pour soutenir les médecins généralistes, il faut en premier lieu lever leurs craintes des prescriptions anticipées et les former aux thérapeutiques de la douleur et de l'angoisse de la fin de vie (18) (19). On ne pourra malheureusement pas éviter le désintérêt ou le refus de certains. Mais, pour les générations futures, il est possible d'augmenter le temps de formation impartie aux soins palliatifs, voire même imposer cette formation, pour tous les internes de médecine générale. Un traitement qui fait peur ne sera pas prescrit correctement voire jamais prescrit. Mais le médecin a besoin, lors de la mise en place de ces prescriptions, de suivre l'évolution de l'utilisation. Il faudrait que l'IDE l'informe de l'adaptation thérapeutique régulièrement, avec par exemple un accord de déclenchement d'appel téléphonique pour une posologie atteinte.

Le dossier médical partagé avec un avis de médecin de soins palliatifs pour chaque patient suivi par une structure hospitalière pourrait diminuer ce sentiment de solitude et permettre au médecin généraliste d'être guidé.

Le médecin traitant exprime un besoin de collégialité dans cette prise en charge complexe et lourde. Les IDE l'ont d'ailleurs bien compris et demandent des réunions de concertation multidisciplinaires MT – IDE – structure de soins. Le médecin généraliste ne peut être d'astreinte toutes les nuits et tous les week-end. Il faut donc l'intervention d'un troisième pilier qui le relaiera, assurant ainsi la continuité des soins. Pour favoriser la mise en place de ces réunions, la cotation de la première consultation pourrait être majorée par la Sécurité Sociale, tout comme celles de sortie d'hospitalisation. Les trois acteurs seraient obligatoirement présents.. Ainsi la charge de travail des équipes soignantes serait reconnue et récompensée. Cela permettrait d'éviter certaines hospitalisations, et donc des dépenses supplémentaires. Une prise en charge au domicile codifiée dès le début permet de mieux distribuer les rôles.

On constate, dans notre étude, que les IDE sont partagés quant à la fréquence des visites du médecin traitant à domicile. 46% souhaitent entre 1 et 3 passages par semaines alors que 51% souhaitent un déclenchement de la visite sur appel téléphonique. Il faudrait, alors, que chaque binôme médecin – IDE définisse le nombre de visites à domicile en fonction des besoins et des obligations de chacun ; par exemple 2 visites par semaine planifiées et une visite supplémentaire en cas d'urgence après appel de l'IDE. Une visite tous les vendredis pourrait permettre d'anticiper les problèmes du week-end et aux équipes de se sentir moins seules. Le travail des équipes infirmières sera d'autant plus simplifié s'ils savent qui et comment joindre chaque acteur de l'urgence. Ceci devra être bien sûr défini aussi avec la structure de soins mise en place.

Le nouveau diplôme « IDE en pratique avancée » est certainement une piste pour l'avenir. Il concernera les pathologies chroniques stabilisées et les polyopathologies courantes en soins primaires, l'oncologie et l'hémato-oncologie, la maladie rénale chronique, la dialyse et la transplantation rénale. Ainsi, les infirmiers exprimant un besoin de liberté à 54% pour les morphiniques et à 61% pour les anxiolytiques, pourront adapter les prescriptions médicales en cours. Cela pourra diminuer les difficultés liées à la crainte de déranger le médecin et au manque de disponibilité. Certaines situations d'urgence pourraient trouver une réponse rapide et adaptée, surtout en dehors des horaires d'ouverture du cabinet.(23)

CONCLUSION

L'accompagnement d'un patient en fin de vie au domicile est une prise en charge complexe et peu fréquente. Mourir dignement et sans souffrance est un droit que tout patient doit se voir proposer.

Le binôme médecin traitant – infirmiers est indispensable au bon fonctionnement de cette gestion au domicile. Cette relation qui les unie est très forte, comme le montre notre étude. Ils se soutiennent mutuellement face aux difficultés de la fin de vie, tant au niveau thérapeutique que au niveau émotionnel. Sans eux, la fin de vie au domicile est impossible.

Mais, ce binôme ne peut être seul devant cette lourde tâche. Il a besoin de soutien et de relais lorsque la charge de travail devient trop importante ou trop difficile à gérer. Les structures de soins peuvent alors être un soutien technique si l'équipe soignante le souhaite, avec comme acteur possible le médecin de soins palliatifs.

Le domicile ne pourra jamais se substituer complètement à l'hôpital, lieu de la technicité. Mais optimiser le domicile au mieux permettra de répondre aux attentes du patient et de sa famille.

Malheureusement, trop d'échecs ont encore lieu, principalement lorsque le médecin traitant est absent. L'anticipation des prescriptions et des souffrances émotionnelles de la famille doit pouvoir permettre la gestion de la plupart des difficultés qui se présentent.

Etablir des « chartes » de prise en charge pour chaque patient en accord avec tous les acteurs du domicile permettrait de poser un cadre de travail plus efficace et plus adapté. Chaque patient est unique, donc chaque situation de fin de vie l'est.

Le nouveau diplôme des IDE en pratique avancée peut devenir un nouveau pilier à la réussite du domicile. De nombreuses pistes sont encore à étudier.

ANNEXES

Questionnaire :

Chers collègues,

Dans le cadre d'un projet de thèse de médecine générale, nous souhaitons évaluer la coopération Médecin traitant – IDE au domicile du patient dans le cadre de la fin de vie au domicile.

Devant la difficulté quotidienne pour les professionnels de santé de répondre aux angoisses et à la souffrance d'une fin de vie au domicile, et surtout pour les IDE qui sont en première ligne, il est nécessaire d'optimiser la prise en charge pour respecter au mieux le souhait du patient dans les meilleures conditions possibles jusqu'à la fin.

En répondant à ce questionnaire, cela nous permettra de mettre à jour les dysfonctionnements et les voies d'amélioration possibles afin de répondre au mieux au souhait du patient.

Merci d'avance du temps que vous y consacrerez.

Audrey JUSSEAUME, médecin remplaçante non thésée

06 76 76 18 22 – jusseaume11@hotmail.com

Prise en charge de la fin de vie au domicile : état des lieux de la coopération Médecin traitant - Infirmière

- 1) Depuis combien de temps travaillez-vous en libéral ?
 - Moins de 5 ans
 - Entre 5 et 15 ans
 - Plus de 15 ans

- 2) Dans quel département exercez-vous ?
 - Bouches-du-Rhône 13
 - Var 83

- 3) Combien de prises en charge de fin de vie au domicile avez-vous eu en moyenne sur une année d'activité ?
 - Moins de 3
 - Entre de 3 et 6
 - Plus de 6

- 4) Dans le cadre de la PEC de la fin de vie au domicile, quels sont, selon vous, les acteurs indispensables ?
 - Médecin traitant
 - HAD
 - Médecin de SP de l'hôpital référent
 - Prestataires de santé
 - Réseau de soins palliatifs
 - Assistante sociale
 - Psychologue

- 5) Quelles difficultés rencontrez-vous dans la PEC de la fin de vie au domicile ?
 - La disponibilité du MT
 - La crainte de déranger le MT dans son activité
 - Un manque de régularité dans les contacts avec le MT
 - Une communication défailante MT-malade
 - L'anticipation des prescriptions médicamenteuses ou d'examens complémentaires
 - Un désaccord avec les prescriptions du MT
 - Un problème de coordination entre le MT et la structure de soins
 - Autre

- 6) Le défaut d'anticipation des prescriptions médicamenteuses vous pose soucis :
- Jamais
 - Le week-end
 - En semaine
 - En dehors des horaires d'ouverture du cabinet libéral
 - Plusieurs fois au cours de la PEC
- 7) En cas d'impossibilité à joindre le MT, avec qui communiquez-vous dans ce cas-là ?
- Réseau de soins palliatifs
 - HAD
 - Hôpital cible
 - Prestataire de santé
- 8) Selon votre expérience, quelle a été LA cause principale de l'échec d'une fin de vie à domicile ayant nécessité une hospitalisation ?
- Symptôme réfractaire
 - Complication aigüe survenue le week-end ou la nuit
 - Un souhait du patient
 - Un défaut de coordination MT-IDE
 - L'épuisement familial
 - Autre
- 9) Combien de fois par semaine estimeriez-vous le passage du médecin à domicile ?
- Entre 1 et 3 fois
 - Tous les jours
 - Sur appel téléphonique
- 10) Voudriez-vous systématiquement des réunions de concertation multidisciplinaire (par ex, IDE – MT – réseau) ?
- Au début de la PEC uniquement
 - Toutes les semaines
 - Tous les 15 jours
- 11) Souhaiteriez-vous :
- Plus de libertés dans la prescription de morphiniques ?
 - Plus de libertés dans la prescription des anxiolytiques ?
 - Ni l'un ni l'autre.

Commentaires libres :

ABREVIATIONS

MT :	médecin traitant
IDE :	infirmier(e) diplômé(e) d'état
SFAP :	société française d'accompagnement et de soins palliatifs
OMS :	organisation mondiale de la santé
IGAS :	inspection générale des affaires sociales
HAD :	hospitalisation à domicile
EHPAD :	établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
USP :	unités de soins palliatifs
EMSP :	équipes mobiles de soins palliatifs
LISP :	lits identifiés en soins palliatifs
HAD :	hospitalisation à domicile
SSR :	soins de suite et rééducation

BIBLIOGRAPHIE

1. Glorion B. La restructuration de l'offre de soins : réseaux et impact de l'e-santé. 2001.
2. Organisation Mondiale de la Santé. Définition des soins palliatifs par l'OMS [Internet]. Disponible sur: <http://www.sfap.org/system/files/def-oms.pdf>
3. Morel V. Réflexions sur la définition des soins palliatifs proposée par la Société française d'accompagnement et de soins palliatifs (Sfap) en 1996. 06/10/10. Médecine palliative.
4. LOI n° 99-477 du 9 juin 1999 visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000212121>
5. Kouchner B. Colloque « Filières et réseaux, médecines ambulatoires et hospitalières ». 2001.
6. LOI n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000446240&categorieLien=id>
7. LOI n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031970253&categorieLien=id>
8. Ministère des Solidarité et de la Santé. Plan national triennal pour le développement des soins palliatifs et l'accompagnement en fin de vie. 2015.
9. Centre National des Soins Palliatifs et de la Fin de Vie. Un centre national pour tous sur les soins palliatifs et la fin de vie [Internet]. 2018. Disponible sur: https://www.parlons-fin-de-vie.fr/wp-content/uploads/2018/10/Plaqueette_Pre%CC%81sentation_Centre_2018.pdf
10. IGAS. Les soins palliatifs et la fin de vie au domicile. 2017.
11. Décret n° 2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2018/7/18/SSAH1812409D/jo/texte>
12. Observatoire National de la Fin de Vie. Rapport 2011: « Fin de vie, un premier état des lieux ». 2011.

13. Société Française d'Accompagnement et Soins Palliatifs. Définition et organisation des soins palliatifs [Internet]. Disponible sur: <http://www.sfap.org/rubrique/definition-et-organisation-des-soins-palliatifs-en-france>
14. Association pour les Soins Palliatifs Paca. Les réseaux soins palliatifs région PACA [Internet]. Disponible sur: <http://www.apsp-paca.net/reseaux-soins-palliatifs-paca.php>
15. HAD France. Définition de l'HAD [Internet]. Disponible sur: <http://www.hadfrance.fr/definition-de-l-had.html>
16. Fortane V. Les difficultés des médecins généralistes de Loire-Atlantique dans leur pratique des soins palliatifs [thèse de médecine]. 2010.
17. Pennec S, Riou F, Monnier A, Gaymu J, Cases C, Pontone S, et al. Fin de vie au domicile en France métropolitaine en 2010 : à partir d'une étude nationale en population générale. *Médecine Palliative : Soins de support - Accompagnement - Ethique*. déc 2013;12(6).
18. Legoff E, Thiltges I, Taillandier L, Di Patrizio P. Besoin des médecins généralistes dans la prise en charge des patients en soins oncologiques de support. *Médecine Palliative*. déc 2017;16(6).
19. Poinceaux S, Texier G. Internes de médecine générale : quelles compétences en soins palliatifs ? *Médecine Palliative : Soins de support - Accompagnement - Ethique*. févr 2016;15(1).
20. Poterre M, Taounhaer S. Défaut de continuité dans la prise en charge médicale en fin de vie au domicile. *Médecine Palliative : Soins de support - Accompagnement - Ethique*. juin 2017;16(3).
21. 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 : Soins de support - Accompagnement - Ethique*. avr 2012;11(2).
22. Lanusse-Cazalé G. Fins de vie à domicile : challenge pour le médecin généraliste. *Médecine Palliative : Soins de support - Accompagnement - Ethique*. aout 2011;10(4).
23. Mitchell GK, Edgar HS, Bibo MP, Makoni B, Young SN, Rosenberg JP, et al. Evaluation of a pilot of nurse practitioner led, GP supported rural palliative care provision. *BMC Palliative Care*. 15(93).

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.

RESUME

Introduction : En 2050, une personne sur trois sera âgée de 60 ans et plus. La réussite de la fin de vie au domicile est donc un enjeu majeur dans les trente années à venir.

Méthodes : Nous avons conduit une étude par questionnaire auprès de plus de 2000 infirmiers des Bouches-du-Rhône et du Var.

Résultats : 213 infirmiers ont répondu. 93% d'entre eux a plus de 5 ans d'expérience en activité libérale et 52% a plus de 3 prises en charge de fin de vie gérées au domicile. Le médecin traitant est plébiscité comme acteur indispensable du domicile par 93% des répondants ; 18% pensant qu'il est le seul et unique. La disponibilité de celui-ci est jugée défaillante par 56% des infirmiers. 26% constate un manque de régularité dans leurs contacts avec le médecin généraliste. Le défaut d'anticipation des prescriptions est rencontré par 54% par les répondants, à 61% le week-end et à 40% en dehors des horaires d'ouverture du cabinet. Les causes principales d'échec de la fin de vie au domicile rapportées par les interrogés sont la complication aiguë survenant le week-end ou la nuit à 38% et l'épuisement familial à 38%. Le défaut de coordination médecin traitant – infirmière n'est responsable que dans 5% des cas.

Conclusion : La coopération médecin traitant – infirmière lors de la prise en charge d'une fin de vie au domicile fonctionne. Pourtant, ce binôme ne peut être seul et exprime un besoin de collégialité. Cette prise en charge ne peut être qu'améliorée par la mise en place systématique de prescriptions anticipées

Mots clés : fin de vie, domicile, médecin traitant, infirmière.