



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

THESE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

Par

Térence LANDRIN

Le 12 octobre 2010

Les médecins généralistes du Grand Nancy et les soins palliatifs : état des lieux, besoins, propositions.

Examineurs de la thèse :

M. Gérard BARROCHE	Professeur	Président
M. Jean-Dominique DE KORWIN	Professeur	Juge
M. Xavier DUCROCQ	Professeur	Juge
Mme. Catherine LAMOUILLE- CHEVALIER	Docteur en médecine	Juge

UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ, NANCY 1
FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Président de l'Université : Professeur Jean-Pierre FINANCE

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE

Vice Doyen Mission « sillon lorrain » : Professeur Annick BARBAUD

Vice Doyen Mission « Campus » : Professeur Marie-Christine BÉNÉ

Vice Doyen Mission « Finances » : Professeur Marc BRAUN

Vice Doyen Mission « Recherche » : Professeur Jean-Louis GUÉANT

Assesseeurs :

- Pédagogie :
- 1^{er} Cycle :
- « Première année commune aux études de santé (PACES) et universitarisation études para-médicales »
- 2^{ème} Cycle :
- 3^{ème} Cycle :
- « *DES Spécialités Médicales, Chirurgicales et Biologiques* »
- « *DES Spécialité Médecine Générale* »
- Filières professionnalisées :
- Formation Continue :
- Commission de Prospective :
- Recherche :
- DPC :

Professeur Karine ANGIOÏ-DUPREZ

Professeur Bernard FOLIGUET

M. Christophe NÉMOS

Professeur Marc DEBOUVERIE

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI

Professeur Francis RAPHAËL

M. Walter BLONDEL

Professeur Hervé VESPIGNANI

Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT

Professeur Didier MAINARD

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX

Professeur Jacques ROLAND – Professeur Patrick NETTER

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Pierre ALEXANDRE – Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain BERTRAND - Pierre BEY - Jean BEUREY
Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT
Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Jean-Pierre DELAGOUTTE - Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS
Michel DUC - Jean DUHEILLE - Adrien DUPREZ - Jean-Bernard DUREUX - Gabriel FAIVRE – Gérard FIEVE - Jean FLOQUET
Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ
Simone GILGENKRANTZ - Oliéro GUERCI - Pierre HARTEMANN - Claude HURIET – Christian JANOT - Jacques LACOSTE
Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Alain LARCAN - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Jacques LECLERE
Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS - Michel MANCIAUX - Jean-Pierre MALLIÉ - Pierre MATHIEU
Denise MONERET-VAUTRIN - Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN - Gilbert PERCEBOIS
Claude PERRIN - Guy PETIET - Luc PICARD - Michel PIERSON - Jean-Marie POLU – Jacques POUREL - Jean PREVOT
Antoine RASPILLER - Michel RENARD - Jacques ROLAND - René-Jean ROYER - Paul SADOUL - Daniel SCHMITT
Jean SOMMELET - Danièle SOMMELET - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Augusta TREHEUX - Hubert UFFHOLTZ
Gérard VAILLANT – Paul VERT - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Michel WAYOFF - Michel WEBER

=====

**PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS
PRATICIENS HOSPITALIERS**

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Professeur Gilles GROSDIDIER

Professeur Pierre LASCOMBES – Professeur Marc BRAUN

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Professeur Bernard FOLIGUET

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)

Professeur Denis REGENT – Professeur Michel CLAUDON

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER

Professeur René ANXIONNAT

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard NAMOUR

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUÉL – Professeur Christian BEYAERT

3^{ème} sous-section : (Biologie Cellulaire)

Professeur Ali DALLOUL

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

Professeur Olivier ZIEGLER – Professeur Didier QUILLIOT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)

Professeur Alain LE FAOU - Professeur Alain LOZNIEWSKI

3^{ème} sous-section : (Maladies infectieuses ; maladies tropicales)

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Épidémiologie, économie de la santé et prévention)

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Francis GUILLEMIN

Professeur Denis ZMIROU-NAVIER – Professeur François ALLA

2^{ème} sous-section : (Médecine et santé au travail)

Professeur Christophe PARIS

3^{ème} sous-section : (Médecine légale et droit de la santé)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Professeur François KOHLER – Professeur Éliane ALBUISSON

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Professeur Thomas LECOMPTE – Professeur Pierre BORDIGONI

Professeur Jean-François STOLTZ – Professeur Pierre FEUGIER

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY

Professeur Didier PEIFFERT – Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marie-Christine BENE

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

**48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie et réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence)

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ

Professeur Paul-Michel MERTES – Professeur Gérard AUDIBERT

2^{ème} sous-section : (Réanimation médicale ; médecine d'urgence)

Professeur Alain GERARD - Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT

Professeur Bruno LÉVY – Professeur Sébastien GIBOT

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)

Professeur François PAILLE – Professeur Gérard GAY – Professeur Faiez ZANNAD

49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP et RÉÉDUCATION

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Hervé VESPIGNANI

Professeur Xavier DUCROCQ – Professeur Marc DEBOUVERIE

2^{ème} sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE

Professeur Thierry CIVIT

3^{ème} sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC – Professeur Bernard KABUTH

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean PAYSANT

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeur Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Daniel MOLE - Professeur Didier MAINARD

Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Professeur François DAP – Professeur Gilles DAUTEL

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIORESPIRATOIRE et VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie ; addictologie)

Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE – Professeur Nicolas SADOUL

Professeur Christian de CHILLOU

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT - Professeur Jean-Pierre CARTEAUX – Professeur Loïc MACÉ

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF et URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Professeur Marc-André BIGARD - Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI – Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

2^{ème} sous-section : (Chirurgie digestive)

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeur Michèle KESSLER – Professeur Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Philippe MANGIN – Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Gisèle KANNY

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Patrick BOISSEL – Professeur Laurent BRESLER

Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Pierre MONIN - Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER
Professeur François FEILLET - Professeur Cyril SCHWEITZER

2^{ème} sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Michel SCHMITT – Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean-Louis LEMELLE

3^{ème} sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Michel SCHWEITZER – Professeur Jean-Louis BOUTROY
Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Patricia BARBARINO

4^{ème} sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)

Professeur Claude SIMON – Professeur Roger JANKOWSKI

2^{ème} sous-section : (Ophtalmologie)

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeur Karine ANGIOI-DUPREZ

3^{ème} sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)

Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeur Etienne SIMON

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeur Sandrine BOSCHI-MULLER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON – Docteur Thierry HAUMONT

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Docteur Edouard BARRAT - Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Docteur Béatrice MARIE

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Docteur Marie-Hélène LAURENS – Docteur Jean-Claude MAYER

Docteur Pierre THOUVENOT – Docteur Jean-Marie ESCANYE – Docteur Amar NAOUN

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)

Docteur Damien MANDRY

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Docteur Jean STRACZEK – Docteur Sophie FREMONT

Docteur Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN – Docteur Catherine MALAPLATE-ARMAND

Docteur Shyue-Fang BATTAGLIA

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Docteur Nicole LEMAU de TALANCE

3^{ème} sous-section : (Biologie Cellulaire)

Docteur Véronique DECOT-MAILLERET

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

Docteur Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière*)

Docteur Francine MORY – Docteur Véronique VENARD

2^{ème} sous-section : (*Parasitologie et mycologie*)

Docteur Nelly CONTET-AUDONNEAU – Madame Marie MACHOUART

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Epidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Docteur Alexis HAUTEMANIERE – Docteur Frédérique CLAUDOT

3^{ème} sous-section (*Médecine légale et droit de la santé*)

Docteur Laurent MARTRILLE

4^{ère} sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Docteur Pierre GILLOIS – Docteur Nicolas JAY

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Docteur François SCHOONEMAN

2^{ème} sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie : cancérologie (type mixte : biologique)*)

Docteur Lina BOLOTINE

3^{ème} sous-section : (*Immunologie*)

Docteur Marcelo DE CARVALHO BITTENCOURT

4^{ème} sous-section : (*Génétique*)

Docteur Christophe PHILIPPE – Docteur Céline BONNET

**48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

3^{ème} sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique*)

Docteur Françoise LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT – Docteur Nicolas GAMBIER

4^{ème} sous-section : (*Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie*)

Docteur Patrick ROSSIGNOL

50^{ème} Section : RHUMATOLOGIE

1^{ère} sous-section : (*Rhumatologie*)

Docteur Anne-Christine RAT

**54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE,
ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

5^{ème} sous-section : (*Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale*)

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} section : SCIENCE ÉCONOMIE GÉNÉRALE

Monsieur Vincent LHUILLIER

40^{ème} section : SCIENCES DU MÉDICAMENT

Monsieur Jean-François COLLIN

60^{ème} section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVILE

Monsieur Alain DURAND

61^{ème} section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Monsieur Jean REBSTOCK – Monsieur Walter BLONDEL

64^{ème} section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Mademoiselle Marie-Claire LANHERS

65^{ème} section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY
Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE – Monsieur Christophe NEMOS
Madame Natalia DE ISLA – Monsieur Pierre TANKOSIC

66^{ème} section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

67^{ème} section : BIOLOGIE DES POPULATIONS ET ÉCOLOGIE

Madame Nadine MUSSE

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale

Professeur associé Alain AUBREGE
Professeur associé Francis RAPHAEL
Docteur Jean-Marc BOIVIN
Docteur Jean-Louis ADAM
Docteur Elisabeth STEYER

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Daniel ANTHOINE - Professeur Pierre BEY - Professeur Michel BOULANGE
Professeur Jean-Pierre CRANCE - Professeur Jean FLOQUET - Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ
Professeur Simone GILGENKRANTZ – Professeur Henri LAMBERT - Professeur Alain LARCAN
Professeur Denise MONERET-VAUTRIN - Professeur Jean-Pierre NICOLAS – - Professeur Guy PETIET
Professeur Luc PICARD - Professeur Michel PIERSON - Professeur Jacques POUREL
Professeur Jacques ROLAND - - Professeur Michel STRICKER - Professeur Gilbert THIBAUT
Professeur Hubert UFFHOLTZ - Professeur Paul VERT - Professeur Michel VIDAILHET

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Norman SHUMWAY (1972)
Université de Stanford, Californie (U.S.A)
Professeur Paul MICHIELSEN (1979)
Université Catholique, Louvain (Belgique)
Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeur Mamish Nisbet MUNRO (1982)
Massachusetts Institute of Technology (U.S.A)
Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Harry J. BUNCKE (1989)
Université de Californie, San Francisco (U.S.A)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume Uni)

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Professeur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur James STEICHEN (1997)
Université d'Indianapolis (U.S.A)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
*Centre Universitaire de Formation et de Perfectionnement des
Professionnels de Santé d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)*

Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE JURY

Monsieur le Professeur Gérard BARROCHE

Professeur de Neurologie

Il nous a fait l'honneur d'accepter de présider cette thèse.

Qu'il trouve dans ce travail le témoignage de notre reconnaissance pour son accueil bienveillant.

A NOTRE JUGE

Monsieur le Professeur Jean-Dominique DE KORWIN

Professeur de Médecine Interne

Qui a accepté de juger cette thèse.

Qu'il soit assuré de notre reconnaissance

A NOTRE JUGE

Monsieur le Professeur Xavier DUCROQ

Professeur de Neurologie

Qui a spontanément accepté de juger notre travail.

Qu'il reçoive ici toute l'expression de notre gratitude.

A NOTRE JUGE ET DIRECTRICE DE THESE

Madame le Docteur Catherine LAMOUILLE-CHEVALIER

Praticien Hospitalier

Nous la remercions d'avoir accepté de diriger et juger cette thèse.

Qui, durant notre stage en unité fixe et mobile de soins palliatifs, a su compléter les connaissances dans ce domaine, insuffler l'énergie nécessaire à notre épanouissement et réussite professionnelle.

Qu'elle voit dans ce travail la preuve de notre gratitude et sympathie.

A l'ensemble de ma famille :

A mes parents, frères et sœur, présents ou absents pour la soutenance. Merci pour votre soutien de près comme de loin. Toujours là quand il faut. Le petitou a bien grandi mais reste le même... Merci pour toutes ces années de médecine où vous avez su vous adapter à mon boulot, à moi... mais comme on dit les chiens ne font pas des chats.

À mes tantes, oncles, cousins, cousines qui partagent ce même délire depuis toujours et avec qui le mot rigolade ne semble pas pouvoir disparaître.

A mes Grands-parents que je n'oublie pas : l'envie de l'autre et de s'en occuper, de s'en préoccuper vient de là aussi...

A F.H. : juste merci ça ne suffit pas ? Non alors merci pour ton aide, ton soutien, tes heures à attendre que j'arrête de stresser, ta patience, ta bonne humeur malgré tout. Bon t'es quand même pas la perfection faite mère non plus... mais je t'aime comme ça.

A ma belle famille que je découvre encore, qui s'agrandit et qui m'a parfaitement intégré. Merci.

Aux amis de Marseille et d'ailleurs : les vieux (Laetitia, Adeline, David, Yann...), les moins vieux (Katell, Aurélia, Anne-Laure, Camille, Hélène, Anna, Simon, Rodolphe et Fanny etc...), les récents (Eloïse, Cécile, Olivier, Marion, Carine, etc..) : il y a trop de choses à dire alors je ne dirai rien. Vous le savez déjà.

A tous ceux que j'ai croisés en stage et qui ont su me donner l'envie de travailler malgré le manque d'intérêt pour certaines spécialités... Au Dr. Nathalie Russo...

A Bar le Duc et son service de médecine interne, les Philippe, Karine, Marie-Pierre, les secrétaires et le personnel, à Isabelle et son EMSP qui m'ont ouvert les yeux et donner le goût des soins palliatifs. Une graine sans eau est une graine perdue. Une graine avec de l'eau, du soleil, de l'engrais ça donne beaucoup.

Au personnel du centre Paul Spillmann, aux services du Dr. Jonveaux : merci d'avoir confirmé mes impressions et enrichi ma vie de votre philosophie. Je ne peux pas oublier combien ce fut agréable d'avoir cette sensation d'être à l'endroit qu'il fallait, qui me correspondait le plus. Merci aussi pour l'épanouissement que cela a pu entraîner.

Et enfin à **Catherine Lamouille-Chevalier** qui a autant galéré et peut-être plus stressé que moi pour cette thèse. Merci.

SERMENT

"Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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

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

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

« Les gens n'accordent guère d'importance à la vie, la preuve : quand ils la perdent, ils ne la réclament jamais. »

[Jean Deluca]

**Les médecins généralistes du Grand Nancy et
les soins palliatifs : état des lieux, besoins,
propositions.**

Table des matières

1. Introduction.....	21
2. Les soins palliatifs.....	22
2.1. Définition.....	22
2.2. Historique	25
2.2.1. Les précurseurs.....	25
2.2.2. Le mouvement palliatif français.....	26
2.3. Le développement actuel des soins palliatifs en France	32
2.3.1. Les structures de soins palliatifs.....	32
2.3.1.1. <i>La consultation de médecine palliative</i>	33
2.3.1.2. <i>Les équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP)</i>	34
2.3.1.3. <i>Les lits identifiés en soins palliatifs (LISP)</i>	35
2.3.1.4. <i>Les réseaux de soins palliatifs</i>	36
2.3.1.5. <i>Les services d'hospitalisation à domicile (HAD)</i>	38
2.3.1.6. <i>Les unités de soins palliatifs (USP)</i>	40
2.4. Les formations en soins palliatifs	42
2.4.1. Les formations universitaires	43
2.4.1.1. <i>Formation initiale : module 6 des études médicales</i>	43
2.4.1.2. <i>Diplômes universitaires et interuniversitaires de soins palliatifs et d'accompagnement</i>	45
2.4.1.3. <i>DESC de médecine palliative et médecine de la douleur</i>	47
2.4.2. Non universitaires	48
2.4.2.1. <i>Formation médicale continue (FMC)</i>	48
2.4.2.2. <i>Compagnonnage</i>	50

2.4.2.3. En Lorraine : le Certificat Interdisciplinaire de Soins Palliatifs, Accompagnement et Douleur (CISPAD).....	51
3. Constats et objectifs du travail	52
3.1. Constats	52
3.2. Objectifs du travail	53
3.3. Méthode	54
3.3.1. Elaboration d'un questionnaire destiné aux médecins généralistes de l'agglomération nancéienne	54
3.3.2. Résultats	55
4. Discussion	66
5. Propositions.....	70
5.1. Développer la formation	70
5.1.1. Formation médicale continue et initiale	70
5.1.2. CISPAD.....	73
5.1.3. DIU de soins palliatifs.....	74
5.1.4. Enseignement dans le cadre des réseaux et des hospitalisations à domicile.....	74
5.2. Développer le lien ville- hôpital	75
5.2.1. Information des généralistes sur l'hospitalisation de leurs patients	75
5.2.2. Création d'une plaquette	76
5.2.3. Maintien d'une ligne téléphonique.....	76
5.3. Favoriser les échanges entre Médecins généralistes et palliatologues	77
5.3.1. Conventions avec les EHPAD.....	77
5.3.2. Stages en unités de soins palliatifs	78
6. Conclusion	79
7. Annexes.....	80
8. Références bibliographiques	93

Glossaire

ADMD : Association pour le Droit de Mourir dans la Dignité

ASP : Association pour le développement des Soins Palliatifs

CAV : Centre Alexis Vautrin

CISPAD : Certificat Interdisciplinaire de Soins Palliatifs, Accompagnement et Douleur

COLORDSPA : COrdination Lorraine Douleur Soins Palliatifs et Accompagnement

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CUGN : Communauté Urbaine du Grand Nancy

DESC : Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaires

DIU : Diplôme Inter-Universitaire

DU : Diplôme Universitaire

EMSP : Equipe Mobile de Soins Palliatifs

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

HAD : Hospitalisation à Domicile

HADAN : Hospitalisation à Domicile de l'Agglomération Nancéienne

JALMALV : Jusqu'à la Mort Accompanyer La Vie

LATA : limitation et arrêt des thérapeutiques actives

LISP : Lit Identifié de Soins Palliatifs

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PEC : Prise en Charge

PHRC : Programme Hospitalier de Recherche Clinique

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

SEP : Sclérose en Plaque

SFAP : Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs

SLA : Sclérose Latérale Amyotrophique

SROS : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire et Sociale

USLD : Unités de Soins de Longue Durée

USP : Unité de soins Palliatifs

1. Introduction

Avec l'évolution permanente de la médecine, les traitements actuellement disponibles permettent de prendre en charge des pathologies non curables jusqu'à présent ou de prolonger la durée de cette prise en charge. Ainsi le nombre de patients en situation palliative ne cesse de croître dans le temps. Le soulagement des symptômes d'inconfort, indépendamment des traitements spécifiques de la maladie sous-jacente, entre dans le cadre de la démarche palliative.

Cette progression médicale a nécessité la création et le développement des soins palliatifs dans le monde et donc en France.

Pour appliquer cette démarche, des connaissances minimales dans ce domaine sont indispensables. Or, la formation médicale initiale, telle qu'elle existe aujourd'hui, contient peu de plages horaires pour l'enseignement de la philosophie palliative. Les stages pratiques en soins palliatifs sont rares dans le cursus médical.

Les médecins généralistes, après leur installation, se retrouvent donc confrontés à des situations complexes en ville sans disposer nécessairement des bases utiles à la gestion optimale de ces patients.

Nous allons donc nous intéresser à l'historique de ces soins palliatifs, à ses précurseurs anglo-saxons puis français, avant de faire le point sur les structures existantes sur le territoire français et les formations complémentaires dans ce domaine.

Par la suite, nous étudierons les réponses obtenues à un questionnaire réalisé auprès des médecins généralistes du Grand Nancy sur leurs connaissances et formations en soins palliatifs afin de pouvoir discuter et faire des propositions adaptées pour tenter d'améliorer celles-ci.

2. Les soins palliatifs

2.1. *Définition*

La Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs (SFAP) a proposé une définition des soins palliatifs qu'elle a intégrée à ses statuts (1):

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

Les soins palliatifs et l'accompagnement sont interdisciplinaires. Ils s'adressent au malade en tant que personne, à sa famille et à ses proches, à domicile ou en institution. La formation et le soutien des soignants et des bénévoles font partie de cette démarche.

Les soins palliatifs et l'accompagnement considèrent le malade comme un être vivant, et la mort comme un processus naturel. Ceux qui dispensent des soins palliatifs cherchent à éviter les investigations et les traitements déraisonnables (communément appelés acharnement thérapeutique). Ils se refusent à provoquer intentionnellement la mort. Ils s'efforcent de préserver la meilleure qualité de vie possible jusqu'au décès et proposent un soutien aux proches en deuil. Ils s'emploient par leur pratique clinique, leur enseignement et leurs travaux de recherche, à ce que ces principes puissent être appliqués. »

Ceci n'est pas la seule définition puisque plusieurs textes et organisations ont, eux aussi, tenté de les définir comme la loi du 9 juin 1999 qui rappelle que « toute personne malade dont l'état le requiert a le droit d'accéder à des soins palliatifs et à un

accompagnement. » (2), ou l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), l'Ordre des Médecins, l'ancienne ANAES etc.

Cependant nous nous intéresserons à celle-ci puisque la SFAP joue un rôle de société savante dans le domaine des soins palliatifs, regroupant un large panel de professionnels de la santé, d'associations, d'experts et de chercheurs.

L'image des soins palliatifs destinés uniquement aux patients en fin de vie imminente n'est pas exacte et ne correspond pas ou plus à la conception actuelle de ceux-ci. Leur instauration précoce permet l'introduction d'une démarche continue et adaptée à l'évolution naturelle de la maladie (3). Ils sont mis en place lorsque la phase curative d'une maladie grave et évolutive, est dépassée. Cette décision n'est pas aisée, « la frontière entre curatif et palliatif est floue, mouvante... » (4)

La phase palliative peut alors s'échelonner sur une longue durée (des mois voire des années). La situation devient à la fois chronique et palliative. Elle intègre donc une part curative (traitements actifs des affections intercurrentes), une part préventive (symptômes désagréables, inconfort prévisibles liés à la pathologie sous-jacente) et une part palliative proprement dite (prise en charge symptomatique exclusive).

Les soins palliatifs consistent en une « approche globale du patient » : ils ne se limitent pas à la seule plainte physique mais à la souffrance quel que soit le domaine dans lequel elle s'exprime. Ce concept de globalité justifie la diversité, la pluridisciplinarité et la multidisciplinarité des acteurs en soins palliatifs: médecins, infirmiers, aide-soignant, auxiliaires de vie, psychologues, assistantes sociales, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, orthophonistes, bénévoles, représentants du culte etc.

Il est indispensable que ce personnel soit formé. La formation et le soutien des soignants ainsi que des bénévoles font partie intégrante de la démarche palliative. Le but est d'optimiser la prise en charge des patients et de leurs proches tout en favorisant les échanges entre professionnels, participant entre autre à la prévention du « burn-out ». (5) Cette démarche palliative peut être diffusée par le biais d'un compagnonnage en complément des formations théoriques existantes.

Tout professionnel étant formé dans le domaine des soins palliatifs a pour mission d'appliquer ses connaissances, de soutenir les équipes et de transmettre la philosophie palliative aux autres acteurs de soins.

2.2. *Historique*

2.2.1. Les précurseurs

La première pratique de soins palliative dans sa conception moderne, débute en Angleterre en 1967 avec Cicely Saunders qui crée le St Christopher's Hospice de Londres, établissement de soins voué aux soins palliatifs. Cette infirmière, devenue par la suite assistante sociale puis médecin, avait pris conscience de l'importance de la globalité de la prise en charge des patients en fin de vie pour leur assurer qualité et dignité jusqu'à son terme.

(6)

Les aspects sociaux, psychologiques, spirituels venaient s'ajouter aux aspects purement médicaux. La douleur devenait là aussi un symptôme à prendre en compte, à soulager, quelle qu'en soit son origine. Elle s'attacha à développer les thérapeutiques antalgiques et le maniement des morphiniques.

Dans cet hospice, se mirent aussi en place des formations dans ce nouveau domaine des soins palliatifs.

La démarche palliative était donc lancée et allait se diffuser progressivement aux autres pays anglo-saxons grâce, notamment, à Elisabeth Kübler –Ross aux Etats-Unis et Balfour Mount au Canada.

Ce n'est que plus tard que cette philosophie s'étendit au monde entier en particulier avec le développement de la cancérologie et l'épidémie de SIDA.

2.2.2. Le mouvement palliatif français

A la fin du XVIIIème siècle en France, les Hôtels Dieu étaient dévoués, de manière non spécifique, aux patients mourant, aux indigents et incurables. (7)

C'est en 1842, à Lyon dans le quartier du calvaire que Jeanne Garnier, jeune femme veuve rendant visite à ces indigents, fonda l'association des Dames du Calvaire. Son objectif était d'accueillir les patients incurables, de les soulager et de les accompagner.

Aurélie Jousset fonda à Paris en 1874 l'œuvre du Calvaire, créant un hospice dans le 15ème arrondissement. Ce centre deviendra par la suite la Maison Jeanne Garnier qui est la plus grande unité de soins palliatifs en France (80 lits).

D'autres structures ont par la suite été créées à Saint-Etienne, Bordeaux, Marseille, Rueil-Malmaison etc.

Cependant à leur origine ces centres n'étaient pas spécifiques aux soins palliatifs et la démarche palliative n'y était pas encore clairement affichée.

C'est au cours des années 1970-1980 qu'une prise de conscience de la nécessité d'assurer des soins adaptés aux patients en fin de vie a eu lieu. A la différence des anglo-saxons qui développèrent les soins palliatifs par le biais de la cancérologie principalement, en France c'est la gériatrie qui en fut le point de départ.

Après la constitution d'un groupe de travail en 1973 dont le compte-rendu ne fut pas suivi de mesures particulières, un nouveau groupe vit le jour en 1985, à l'initiative d'Edmond Hervé, secrétaire d'état chargé de la santé, qui missionna Geneviève Laroque de sa direction.

Il fallait alors faire le point sur les conditions de fin de vie des patients en phase palliative et proposer, si nécessaire, des axes d'amélioration. De ce rapport (8) découla la circulaire du 26 août 1986, dite circulaire Laroque (9), publiée par la ministre déléguée à la Santé, Michèle Barzach. Ce texte reste à l'heure actuelle une référence pour les soins palliatifs car il signe leur reconnaissance officielle et l'engagement du gouvernement français à les promouvoir.

En 1987, le docteur Maurice Abiven concrétise cette circulaire par la création de la première unité de soins palliatifs française à l'Hôpital international de la Cité Universitaire de Paris

A la suite de cette création, d'autres unités virent progressivement le jour en province. En parallèle de celle-ci, se développa le mouvement associatif avec l'Association pour le développement des soins palliatifs (ASP) en 1987 devenue en 1990 la Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs (SFAP).

Il faut aussi rappeler la création de l'association JALMALV (Jusqu'à la Mort Accompagner La Vie) en 1983, en réponse à la naissance de l'ADMD (Association pour le Droit de Mourir dans la Dignité), association pro- euthanasique.

La Loi Hospitalière du 31 juillet 1991 (10) reconnaît les soins palliatifs comme une fonction hospitalière : les établissements de santé « dispensent aux patients les soins préventifs, curatifs et palliatifs que requiert leur état et veillent à la continuité de ces soins, à l'issue de leur admission ou de leur hébergement ».

En 1993, suite à la demande, en décembre 1990, du ministre des Affaires Sociales et de la Solidarité, Claude Evin, et du ministre délégué à la Santé, Bruno Durieux, Henri Delbecq, chef de service de médecine interne du Centre hospitalier de Dunkerque, rend un rapport (11) faisant le point sur la situation, les avancées depuis la Circulaire Laroque en 1986

dans le domaine des soins palliatifs. Ce rapport, prouvant le sous-développement des soins palliatifs à domicile et en institution, est rendu public par Bernard Kouchner, alors ministre de la Santé, en 1993 et émet 88 propositions articulées autour de trois axes :

- développement des soins palliatifs à domicile et en institution
- planification des centres de soins palliatifs
- enseignement des soins palliatifs.

Les divers gouvernements se succédant s'accordent tous sur l'importance de développer les soins palliatifs, ainsi que sur les efforts aussi bien humains que financiers à réaliser.

Bernard Kouchner, secrétaire d'Etat chargé de la santé, déclare alors « les soins palliatifs et la douleur sont une priorité de santé publique ». A cette époque (1998-1999), le Sénat émet le rapport n°207 (12), réalisé par Lucien Neuwirth, en faveur du développement des soins palliatifs et de l'accompagnement. Le conseil de l'Europe édite lui aussi des recommandations le 21 mai 1999 (13), insistant sur la protection des droits de l'homme et la dignité.

On assiste alors à la mise en place d'un plan triennal 1999-2001 modifiant la formation et permettant la création de nouvelles structures de soins palliatifs (14).

En 1999 le remplacement du carnet à souche par des ordonnances sécurisées a rendu la prescription des opiacés plus aisée. C'est surtout l'adoption de la Loi du 9 juin (2) qui marque cette année. Elle permet de garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs à tout patient dont l'état le justifie. Elle permet aussi l'intégration des soins palliatifs dans le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire et Sociale (SROS), l'organisation de l'enseignement et du bénévolat, l'élaboration de recommandations et crée le congé d'accompagnement.

La circulaire du 22 mars 2000 (15) définit la contribution du fond national d'action sanitaire et social à la mise en place de mesures de maintien à domicile dans le cadre des soins palliatifs. Cette circulaire crée deux dotations spécifiques allouées aux caisses Primaires d'Assurance Maladie (CPAM) pour participer au financement des dépenses liées au maintien à domicile des personnes en fin de vie (garde-malade, achat d'équipements spécifiques). Une dotation est prévue pour aider à la formation des bénévoles d'accompagnement.

Celle du 30 mai 2000 (16) aura pour mission la promotion, le développement des Hospitalisations à Domicile (HAD) et définit les soins palliatifs, comme la prise en charge de la douleur, prioritaires.

En 2002 Bernard Kouchner reconduit le plan triennal par un nouveau programme national s'étendant de 2002 à 2005 (17) et l'articule autour de trois axes :

- Le développement des soins palliatifs à domicile
- La poursuite du renforcement et de la création de structures spécialisées,
- La sensibilisation de l'ensemble du corps social à la démarche palliative.

Par ailleurs, Henri Delbecq est de nouveau nommé chargé de mission auprès du ministère.

Ce nouveau plan suit la circulaire du 19 février 2002 précisant l'organisation des soins palliatifs et de l'accompagnement (18). Y sont définis les missions et modalités de fonctionnement des réseaux, des hospitalisations à domicile, de la démarche palliative au sein de tous les services et le concept de lits identifiés de soins palliatifs.

Le président de la République remet en 2003 le plan cancer qui insiste sur le développement des soins de support en cancérologie et la globalité de la prise en charge des patients.

La circulaire du 5 mai 2004 rappelle les bonnes pratiques d'une démarche palliative en établissement (19).

De 2004 à 2005, dans les suites de l'affaire Vincent Humbert, une mission parlementaire est mise en place, présidée par Jean Léonetti. Le rapport de cette mission (20) engendrera l'adoption de la loi no 2005-370 du 12 avril 2005, promulguée le 22 avril 2005, dite « Loi Léonetti » (21) relative aux droits des malades et à la fin de vie. Elle intègre, entre autres, la notion de directives anticipées, de limitation et arrêt des thérapeutiques actives (LATA), la création de procédures collégiales dans la prise en charge des patients et le fait que les soins palliatifs soient intégrés au projet d'établissement ou de service social ou médico-social. Sa mise en application a été permise par le décret no 2006-122 (22). Cette loi garantit le droit à l'accès de toutes les personnes en fin de vie aux soins palliatifs quel que soit le lieu de leur prise en charge.

Elle est cependant difficile dans son application au quotidien, au vu de la complexité des prises en charges palliatives (questionnements éthiques, techniques, pratiques etc.). La pluridisciplinarité et l'aspect collégial de la décision sont indispensables (23).

La circulaire du 14 septembre 2007 (24) décrit un programme hospitalier de recherche clinique (PHRC) : « Les priorités fixées au gouvernement par Monsieur le Président de la République en matière de santé publique comportent le développement des soins palliatifs.

A cet effet, les projets de recherche en épidémiologie ou portant sur l'évaluation des structures, des modes d'organisation en soins palliatifs ou l'impact des différentes stratégies

de prise en charge des patients en fin de vie sont souhaités. Les projets présentés pourront également porter sur l'évaluation de la mise en œuvre de la loi no 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie. »

La circulaire du 25 mars 2008 (25) relative à l'organisation des soins palliatifs précise les orientations de la politique de santé en la matière. Elle fournit des référentiels d'organisation des soins pour chacun des dispositifs hospitaliers de prise en charge et précise le rôle du bénévolat d'accompagnement.

Présenté le 13 juin 2008 au Centre Hospitalier de Bourges par le Président de la République, le programme de développement des soins palliatifs 2008-2012 (26) s'articule autour de trois axes :

- la poursuite du développement de l'offre hospitalière et l'essor des dispositifs extra-hospitaliers
- l'élaboration d'une politique de formation et de recherche
- l'accompagnement offert aux proches.

Les soins palliatifs ont, depuis plus de 30 ans, bénéficiés de multiples attentions, plans, textes législatifs afin de s'installer dans la société actuelle.

2.3. *Le développement actuel des soins palliatifs en France*

2.3.1. Les structures de soins palliatifs

Avec la loi Léonetti (21) renforçant la loi sur les droits des malades du 4 mars 2002 (27), de nombreux services ont été confrontés à des patients en situation de fin de vie imminente sans savoir comment les prendre en charge.

La connaissance des structures existantes dans le domaine des soins palliatifs est donc indispensable.

Selon les souhaits du patient, la situation clinico-psycho- sociale, les possibilités de l'entourage, la prise en charge palliative peut s'effectuer à domicile, en institution (EHPAD, USLD) ou à l'hôpital. L'action entre les différentes structures doit être coordonnée pour organiser au mieux la filière de soins. En France il existe différents types de structures de soins palliatifs.

2.3.1.1. *La consultation de médecine palliative*

Il s'agit d'un service de consultations dédié aux patients en situation palliative. La première a été créée par Michèle Salamagne en 1978 à la Croix Saint-Simon.

Elle représente donc un premier lien entre l'hôpital et le domicile, les médecins généralistes et/ou spécialistes d'organes et les équipes spécialisées.

Durant la consultation le patient est évalué, là aussi, de manière globale, en multidisciplinarité. Les symptômes désagréables vont être recherchés, traités mais aussi anticipés (métastases pouvant devenir douloureuses, anxiété, dénutrition etc.).

Son but est d'assurer une continuité des soins aux patients afin de prolonger le plus possible leur maintien à domicile (29).

Elle permet également une diminution du nombre de consultations aux services d'accueil des urgences, d'intervention par le SAMU.

A Nancy, des consultations de ce type se sont organisées au CHU ainsi qu'au centre anti- cancéreux (Centre Alexis Vautrin).

2.3.1.2. *Les équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP)*

Les équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP) sont des équipes pluridisciplinaires dont la mission est d'apporter une expertise, au lit du malade hospitalisé dans un service sans spécificité palliative, ainsi qu'aide, soutien, formation, et écoute du personnel soignant.

Leurs fonctionnements et missions ont été définis dans la circulaire Laroque de 1986 (9), puis dans la circulaire du 19 février 2002 (18) et la loi du 9 juin 1999 (2). Leur mise en place a nécessité de nombreuses années (30).

Elles ont un intérêt dans l'aide à la décision de limitation, d'arrêt de traitement curatif (31), dans l'application de la loi Léonetti...

Le concept de transversalité est indissociable de l'intervention de l'EMSP (32). Le soutien des équipes avec la notion de « soutien de couloir » (33) est appliqué dans les situations cliniques difficiles, où le personnel peut se retrouver en difficulté.

Les limites des EMSP se retrouvent dans le fait qu'un service peut ne pas connaître son existence, ne pas oser appeler pour des raisons diverses (fonctionnement de service, ordres d'un supérieur etc.) (34-35). Il faut cependant que l'intégration de l'équipe se fasse le plus possible au sein d'un centre hospitalier afin d'optimiser son travail et d'éviter certaines dérives (36).

La Lorraine est dotée de multiples équipes mobiles réparties sur l'ensemble de son territoire, dans chacun de ses départements, dont trois au sein de l'agglomération nancéienne.

2.3.1.3. *Les lits identifiés en soins palliatifs (LISP)*

Les lits identifiés en soins palliatifs (LISP) sont des lits situés au sein d'un service d'hospitalisation, fréquemment confronté à des fins de vie. Ce terme de LISP apparaît de manière officielle dans la circulaire du 19 février 2002 (18).

« Ce sont les mêmes soignants qui suivent le patient depuis sa maladie et mettent en place les soins palliatifs » (3).

L'obtention de ces lits découle d'une démarche de service. Ce dernier doit répondre à des critères d'évaluation de l'activité palliative. Cette démarche rentre dans le cadre du projet d'établissement et la formation du personnel en est une priorité. Ces notions sont expliquées dans la circulaire du 25 juin 2004 (37).

La gestion de ces lits dépend du service dans lequel ils se trouvent. Ceci entraîne une disparité entre toutes les structures aussi bien d'un point de vue administratif que pratique (38- 39). Le concept pose un certain nombre de problèmes quant à leur définition même et leur utilisation réelle dans les services en disposant (40). Ces lits disposent d'une tarification différente ; le diagnostic « palliatif » étant le motif et diagnostic principal de l'hospitalisation.

Les services disposant de LISP doivent travailler en lien avec l'EMSP et les associations de bénévoles d'accompagnement locales.

La Lorraine possède sur son territoire de multiples hôpitaux disposant de LISP, on dénombre 11 de ces lits au sein du CHU de Nancy.

2.3.1.4. *Les réseaux de soins palliatifs*

Ces réseaux sont une des possibilités de maintien à domicile des patients. Ils ont été définis pour la première fois en 1996 par les arrêtés des 7 novembre et 19 décembre (42) complétés progressivement par des décrets, ordonnances et circulaires afin d'en assurer leur pérennisation, d'en définir leurs rôles notamment en soins palliatifs (43 à 45) dans la dernière circulaire de 2008 (46) relative au référentiel national d'organisation des réseaux de santé en soins palliatifs.

Les médecins généralistes se trouvent régulièrement en difficulté lors du maintien de leur patient à domicile (47). Leur adhésion est une des conditions à la mise en place de ces réseaux et leur interaction avec leurs professionnels est indispensable.

Ces médecins ne font pas spontanément appel aux services proposés par les réseaux, ceux-ci étant le plus souvent sollicités par les services hospitaliers lors de retour à domicile des patients. Cependant ils avouent que travailler ensemble facilite le maintien à domicile (48-49-50-51).

Ces réseaux ont un rôle de coordination (52- 53) :

- ils coordonnent et forment les professionnels intervenant auprès des malades, mettent à leur disposition les outils nécessaires ;
- ils s'assurent de l'accompagnement des patients et de leur entourage de manière globale ;
- ils participent à l'évaluation et à la prévention des symptômes désagréables en lien avec des équipes de soins palliatifs,

- ils assurent l'éducation du patient,
- ils participent à la recherche,
- ils assurent la continuité des soins en contact étroit avec les professionnels libéraux et hospitaliers.

Là aussi la Lorraine dispose de plusieurs réseaux de soins palliatifs dont le réseau Trait d'Union sur l'agglomération nancéienne.

2.3.1.5. *Les services d'hospitalisation à domicile (HAD)*

Les HAD sont des structures hospitalières. Leur nombre de lits est donc limité. C'est la circulaire du 22 mars 2000 (15) qui définit les mesures de maintien à domicile dans le cadre des soins palliatifs et celle du 30 mai 2000 dans le cadre de l'HAD, à proprement parler, dans ce domaine (16). Cette circulaire insiste sur l'évaluation de la douleur et la prise en charge en fin de vie des patients.

Plusieurs décrets et circulaires viendront par la suite compléter ces deux dernières afin de mieux définir les professionnels intervenants, le financement, les conditions de mise en place de ces HAD etc. (54)

Une HAD s'articule autour du médecin généraliste qui devient le prescripteur privilégié.

Le principe de pluridisciplinarité y est appliqué. L'adhésion du patient, avant toute chose, de la famille et des professionnels libéraux y est indispensable afin d'assurer un maintien à domicile dans les meilleures conditions. Elle a donc un rôle dans la coordination des soins (55).

Des ressources identiques à celles des services hospitaliers sont donc disponibles au domicile : psychologue, assistante sociale, consultant en soins palliatifs etc.

Ce service reste une interface optimale entre l'hôpital et la ville.

Les conditions du recours sont définies par chaque HAD mais il est évident que la majorité des patients présente un état général meilleur et une espérance de vie plus prolongée que ceux dont l'état clinico-psycho-social ne permet pas une inclusion en HAD (56-57). Il est cependant à noter que certaines HAD ont développé une spécificité palliative exclusive.

Les HAD sont en voie de développement en Lorraine dans plusieurs bassins de santé et en particulier celui de Nancy.

2.3.1.6. *Les unités de soins palliatifs*

(USP)

Les Unités de Soins Palliatifs (USP) sont des structures d'hospitalisation de court séjour accueillant pour une durée limitée les patients en soins palliatifs.

Leur création remonte, comme les EMSP, à la circulaire Laroque de 1986 qui les définit pour la première fois (9). La circulaire du 19 février 2002 (18) et l'application de la loi du 9 juin 1999 (2) ont permis de mieux répartir ces structures sur le territoire et mieux définir leur fonctionnement (nombre de soignants par patient, nombre de lits etc.).

Les USP sont constituées de lits totalement dédiés à la pratique des soins palliatifs et de l'accompagnement.

Elles sont réservées aux situations les plus complexes et/ou les plus difficiles. L'entrée en USP ne répond cependant pas à des critères bien définis mais fonction du service (57).

La durée de séjour est très variable mais ces services ne sont pas voués à des hospitalisations de patients en phase palliative prolongée. Certains patients, de par leur stabilité clinique, tout en étant en situation palliative, relèvent d'autres services de moyen ou de long séjour voire d'EHPAD (58).

L'hospitalisation dans ces services résulte donc d'une réelle démarche visant à déterminer leur indication et le projet de vie du patient. Elle n'est en aucun cas une hospitalisation par défaut. La peur de la mort, le manque de moyens, la longueur de l'agonie etc. ne doivent pas être des motifs d'entrée en USP. Comme l'explique la loi de juin 1999, un

patient, dont l'état le requiert, a le droit à des soins palliatifs et à un accompagnement. Tout établissement se doit donc d'accueillir un tel patient (59).

Il est possible par ailleurs de réaliser dans ces services des « hospitalisations de répit » principalement pour l'entourage afin de lutter contre l'épuisement familial. Ces séjours sont utiles, notamment, dans le cadre de pathologies neuro-dégénératives (SLA, SEP etc.) (60).

Comme toutes les autres structures de soins palliatifs, elles participent à la formation du personnel, assurent le soutien du patient, de sa famille. Elles doivent être un des lieux privilégiés de la recherche.

Elles assurent ainsi une triple mission de soins, d'enseignement et de recherche.

La Lorraine en est dotée de deux : une au CHU de Nancy et une au CHR de Metz-Thionville.

2.4. *Les formations en soins palliatifs*

La formation en soins palliatifs des médecins commence dès la formation initiale dans le deuxième cycle. Si un médecin le souhaite, il peut, selon certaines conditions, à partir du troisième cycle, obtenir une formation universitaire complémentaire et diplômante.

Il existe aussi un cadre non universitaire basé sur la formation médicale continue, le compagnonnage et en Lorraine le Certificat Interdisciplinaire de Soins Palliatifs, Accompagnement et Douleur (CISPAD).

Dans plusieurs études françaises et canadiennes, plus de 50% des médecins, hospitaliers ou généralistes, déclaraient ne pas avoir été formés dans le domaine palliatif (chiffre plus faible pour les internes et étudiants) et que la formation complémentaire découlait d'une démarche personnelle (61-62-63). Cet enseignement leur semble cependant indispensable (64). La poursuite de la démarche palliative passe donc par le renforcement de cette formation pour en assurer l'avenir et entretenir la recherche (65-66).

2.4.1. Les formations universitaires

2.4.1.1. *Formation initiale : module 6 des études médicales*

La circulaire du 9 mai 1995 (67) relative aux enseignements de 1er et 2ème cycles des études médicales introduit pour la première fois l'obligation de sensibiliser les étudiants en médecine aux soins palliatifs. « En plus de la gériatrie, sont ajoutés à la liste des enseignements obligatoires les soins palliatifs, ainsi que le traitement de la douleur ». Cette discipline devra faire l'objet de séminaires obligatoires à la validation du cursus, et est jugée prioritaire pour les quatre années à venir. Cet enseignement vise à combler le manque de formation initiale de l'ancienne formule des études, représentant un handicap majeur dans la propagation de la démarche palliative.

L'arrêté du 4 mars 1997 (68) relatif au deuxième cycle des études médicales rappelle cette obligation, la notion de priorité dans l'enseignement des soins palliatifs et le traitement de la douleur.

Depuis la réforme du 10 octobre 2000 (69) modifiant l'arrêté du 4 mars 1997 relatif au deuxième cycle des études médicales, un module 6 est créé. Celui-ci s'intitule « douleurs – soins palliatifs – accompagnement ».

Les objectifs généraux définis dans le programme officiel sont les suivants : « L'étudiant doit savoir différencier une douleur aiguë ou douleur "symptôme" d'une douleur chronique ou douleur "maladie". Il doit être attentif à écouter, à évaluer et à prendre en charge

les souffrances physiques et morales des malades. Il doit être capable de mettre en place et de coordonner les soins palliatifs à domicile ou à l'hôpital chez un malade en fin de vie. »

Un item est entièrement voué aux soins palliatifs : item n° 69 : « soins palliatifs pluridisciplinaires chez un malade en fin de vie. Accompagnement d'un mourant et de son entourage ».

L'étudiant devra savoir identifier une situation relevant de soins palliatifs, argumenter les principes de la prise en charge globale et pluridisciplinaire d'un malade en fin de vie et de son entourage et aborder les problèmes éthiques posés par les situations de fin de vie.

Par ce biais d'obligation de formation au cours des études médicales, tout interne, à sa prise de poste, aura dans ses connaissances, les fondements des soins palliatifs et se devra de les appliquer afin de mettre en place une démarche palliative le cas échéant.

Au cours de l'internat des séminaires sur les soins palliatifs ont été introduits afin d'entretenir cette base de connaissance. Ils ne sont cependant pas toujours instaurés et leur amplitude horaire est souvent faible au cours de l'internat.

2.4.1.2. *Diplômes universitaires et interuniversitaires de soins palliatifs et d'accompagnement*

« Le premier diplôme universitaire (DU) de soins palliatifs (DUSP) a été créé en 1990 à Paris sous la responsabilité de Michèle SALAMAGNE, à la faculté de Médecine du Kremlin-Bicêtre. En 1995, il existait 10 DUSP en France et en 2001 quasiment toutes les universités françaises proposent cet enseignement » (7)

Le DU se déroule normalement sur une année avec un examen écrit et/ou oral à la fin de l'enseignement.

Sous l'impulsion de la SFAP un diplôme inter universitaire (DIU) a été créé en 1997. Un DIU se déroule dans une inter-région sur deux ans avec un volume horaire d'enseignement et de stage d'au moins 200 heures au total. La première année, un examen écrit et anonyme permet de faire le point sur les acquis. Pour valider le DIU, en deuxième année, un travail écrit personnel est demandé lors des ateliers, l'étudiant doit avoir réalisé un stage pratique validant avec un rapport et doit rédiger et soutenir un mémoire.

Le programme enseigné permet de poser les bases de la démarche palliative, les stages d'appliquer ces connaissances.

L'inscription à ces diplômes relève donc d'une démarche personnelle. Les inconvénients se retrouvent au niveau du coût, du volontariat, du problème du temps et de l'éloignement géographique.

Les motivations des étudiants sont assez variées mais on retrouve essentiellement le désir d'acquérir des compétences, d'accompagner les patients et leurs familles, d'améliorer leur prise en charge (70).

2.4.1.3. *DESC de médecine palliative et médecine de la douleur*

Ce diplôme d'étude spécialisée complémentaire (DESC) fait suite à l'arrêté du 26 janvier 2007 (71) modifiant l'arrêté du 22 septembre 2004, pour être mis en vigueur en 2008. Il entre dans le cadre des DESC et DES du troisième cycle des études médicales créés par le décret du 16 janvier 2004 (72).

Il a pour objectif de remplacer, à terme, les DU et DIU pour les médecins afin de tendre vers une spécialité médicale. Il se déroule sur deux ans. Les modalités d'enseignement ont changé et ne sont pas définitivement fixées pour l'avenir. Les nouveaux étudiants en première année de DESC en novembre 2009 bénéficiaient selon leurs souhaits de cours nationaux à Paris et de cours interrégionaux.

Le choix de l'orientation palliative ou douleur se fait à partir de la deuxième année.

Il est à l'origine de controverses quant à l'apparition d'une spécialisation en soins palliatifs alors que le but initial était la diffusion à l'ensemble des services hospitaliers de cette philosophie (73-74). Il est cependant indispensable que des spécialistes puissent assurer la prise en charge des patients, la formation des soignants et la pérennisation de la recherche dans ce domaine. En effet on ne peut parler de recherche, de société savante sans parler de spécialisation. Cette dernière n'est pas forcément un frein à la diffusion de la démarche palliative.

2.4.2. Non universitaires

2.4.2.1. *Formation médicale continue* (FMC)

Un docteur en médecine se doit, au cours de sa carrière, de rester informé des nouveautés dans les différentes spécialités et de conserver les connaissances acquises au cours de sa formation. Cette obligation, qui apparaissait dans le code de déontologie, n'était pas toujours suivie par les médecins. C'est l'ordonnance du 24 avril 1996 d'Alain Juppé qui a rendu cette formation législativement obligatoire (75).

Pour ce faire, la formation médicale continue se déroule dans diverses conditions : inscription à des revues, groupes de pairs, soirées avec des intervenants spécialisés dans un domaine médical etc.

Concernant les soins palliatifs, cette FMC est toujours en cours de développement.

Il existe donc dans des revues médicales des articles faisant référence à la démarche palliative, permettant d'avoir une information disponible à grande échelle et adaptée aux emplois du temps des médecins.

En ce qui concerne les groupes de pairs, les médecins généralistes organisent régulièrement des rencontres entre eux afin d'échanger sur des situations difficiles.

Les soirées de FMC avec intervention d'un spécialiste existent aussi pour les soins palliatifs. Cette mission est régulièrement dévouée aux EMSP.

Le but est donc d'apporter à un groupe de professionnels des connaissances sans avoir l'obligation de s'inscrire à un diplôme universitaire. Le fait de participer à ces soirées ne permet pas l'obtention d'un diplôme. Ces soirées relèvent d'une démarche aussi bien des généralistes, désireux de se former, que des spécialistes, désireux de diffuser cette démarche.

Certaines facultés organisent des congrès, des séminaires, comme c'est le cas à Nancy avec la Semaine Médicale de Lorraine, où une formation sur la discipline par le biais de conférences, ateliers ou stages pratiques est proposée. Les personnes présentes peuvent intervenir, questionner à tout moment. Là aussi, la participation n'y est pas obligatoire et dépend d'une démarche personnelle.

2.4.2.2. *Compagnonnage*

Devant des difficultés de prise en charge, un médecin peut se faire accompagner et aider d'un référent en soins palliatifs au lit du malade.

Ce compagnonnage peut être assuré par les EMSP ou un référent local, hospitalier ou libéral. Cette formation de terrain permet aux médecins d'acquérir des connaissances pratico-pratiques, réutilisables a posteriori, de participer aux décisions collégiales concernant son patient, de lutter contre l'isolement du praticien libéral. Néanmoins il nécessite une bonne connaissance du maillage local afin de solliciter une aide à bon escient.

2.4.2.3. En Lorraine : le Certificat Interdisciplinaire de Soins Palliatifs, Accompagnement et Douleur (CISPAD).

Il a été créé initialement au Centre Hospitalier Régional de Metz-Thionville puis repris secondairement par la Coordination Lorraine Douleur Soins Palliatifs et Accompagnement (COLORDSPA). Cette dernière a été mise en place le 23 Avril 2002 dans le but de développer au niveau régional la démarche palliative auprès des professionnels de santé et de favoriser la formation et la recherche dans le domaine de l'algologie.

Actuellement ce CISPAD fonctionne dans les bassins de santé de Metz- Thionville et Epinal- Golbey. L'objectif est de créer un tel enseignement dans l'ensemble des bassins de santé de la région Lorraine, autour d'un programme commun. L'originalité de ce certificat est de réunir des professionnels de santé médicaux et paramédicaux, hospitaliers et libéraux d'une zone géographique, autour de référents douleur et soins palliatifs de cette même zone, créant ainsi un réseau informel de professionnels.

Comme toute formation complémentaire, elle justifie une démarche personnelle.

3. Constats et objectifs du travail

3.1. Constats

Au cours de mon stage à l'unité de soins palliatifs du CHU de Nancy, j'ai été confronté à de nombreuses situations au cours desquelles des patients en situation palliative transitaient au préalable par le service d'accueil des urgences à la suite d'une situation aiguë (infection, douleur, AVC...) ou d'une altération progressive de l'état général. Certains médecins généralistes contactés à propos de leurs patients n'étaient pas informés des possibilités de maintien à domicile et ne connaissaient pas forcément toutes les structures de soins palliatifs disponibles dans le Grand Nancy pouvant leur apporter une aide. De même, la possibilité d'hospitalisation directe en USP était rarement connue. Souvent ils avouaient leurs limites quant à leurs connaissances en soins palliatifs, véritable frein à la prise en charge ambulatoire.

Il s'en est suivi un questionnement quant à l'information et la formation des médecins de l'agglomération nancéienne à propos des soins palliatifs. L'idée de cette thèse s'est alors imposée d'elle-même.

3.2. *Objectifs du travail*

L'objectif du travail est de faire un état des lieux des besoins des médecins généralistes de la Communauté Urbaine du Grand Nancy en terme de formation dans le domaine des soins palliatifs et des relations avec les spécialistes hospitaliers.

Dans un second temps nous nous attacherons, en fonction des résultats obtenus, à faire des propositions d'enseignements, adaptés aux attentes des praticiens, afin de garantir une prise en charge optimale des patients en soins palliatifs et de favoriser leur maintien à domicile.

Enfin, il est envisagé de réaliser et de mettre à disposition une plaquette d'information concernant les différentes structures existantes au sein du CHU de Nancy.

3.3. *Méthode*

3.3.1. Elaboration d'un questionnaire destiné aux médecins généralistes de l'agglomération nancéienne

Un questionnaire (annexe 1) a été élaboré afin de faire le point sur la formation des médecins généralistes du Grand Nancy, les besoins de ceux-ci et les connaissances des structures de proximité existantes dans le domaine des soins palliatifs.

Cette enquête a ciblé l'ensemble des généralistes de la Communauté Urbaine du Grand Nancy (CUGN), créée en 1995 et regroupant autour de Nancy 19 villes représentant un bassin de population d'environ 266000 habitants (annexe 2).

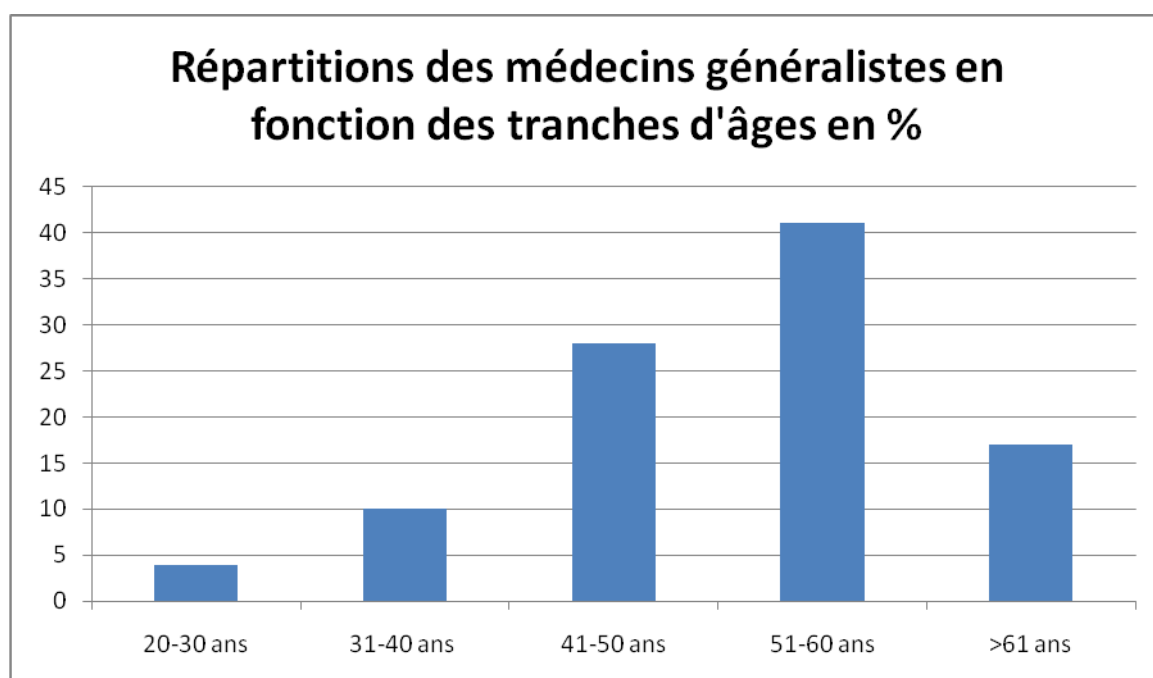
Le questionnaire a donc été proposé par téléphone, du 15 juillet 2010 au 22 août 2010, à l'ensemble des médecins sans aucune sélection préalable. En l'absence de réponse, une relance téléphonique était réalisée.

3.3.2. Résultats

Au total 274 médecins ont été contactés : 87 médecins ont accepté de répondre au questionnaire soit 32%, 90 étaient absents durant cette période estivale soit 33% et 97 ont refusé de répondre pour diverses raisons, soit 35%. Dans les 87 réponses obtenues nous avons 53 hommes soit 60% et 34 femmes soit 40%.

Dans les refus, ont été évoqués le manque de temps, d'envie, d'intérêt, l'absence de rémunération, le faible nombre de patients en situation palliative dans leur patientèle. Certains médecins ont expliqué leur orientation exclusivement homéopathique ou curative. En effet en cas de nécessité de prise en charge palliative, ils préfèrent adresser le patient à un confrère afin de continuer ce suivi.

Les âges sont répartis à 4% de 20 à 30 ans, 10% de 31 à 40 ans, 28% de 41 à 50 ans, 41% de 51 à 60 ans et 17% au-delà de 61 ans.



Il y a cependant une différence de répartition en fonction du sexe : la population masculine étant majoritairement représentée par la tranche d'âges de 51 à 60 ans (47%) alors que pour la population féminine de la tranche 41 à 50 ans (44%) est prédominante.

Les médecins ayant pu bénéficier de la formation initiale intégrant, depuis 1996, les soins palliatifs sont donc moins représentés dans les personnes ayant répondu au questionnaire.

La durée d'installation est en moyenne de 18,5 années avec des extrêmes de 1 mois et 37 ans.

La majorité des médecins, 86%, a une activité exclusivement libérale. Il n'y a pas de différence importante entre les sexes (84% pour les hommes et 90% pour les femmes).

Concernant le nombre de patients en situation palliative, le problème de la limite entre curatif et palliatif a régulièrement été soulevé par les praticiens et leurs réponses concernent donc seulement les patients en phase palliative terminale, plus facilement dénombrables.

On se retrouve donc face à un nombre moyen faible de patients concernés. Ce chiffre est moindre du fait du recours précoce à l'hospitalisation de fin de vie via le service des urgences, des entrées directes dans le service connaissant le patient ou en USP. Les minimales sont de 0 pour les médecins ne pratiquant pas les soins palliatifs à 30 pour un médecin participant régulièrement au réseau de soins palliatifs. La moyenne est donc de 5,8 patients suivis par an (5.3 pour les médecins femmes, 6 pour les médecins hommes).

Ce suivi est majoritairement effectué à domicile pour 95% des patients puis en EHPAD pour 4%, et 1% en établissement sanitaire et social (maison d'accueil spécialisée).

La raison de ce suivi est principalement représentée par les pathologies néoplasiques à 93% puis les pathologies neuro-dégénératives à 4% puis les insuffisances terminales d'organes à 3%. Ce chiffre est aussi faussé du fait du caractère palliatif de nombreuses pathologies (diabète, hypertension artérielle, démence débutante etc.) sans que les médecins ne considèrent ces patients comme relevant de soins palliatifs.

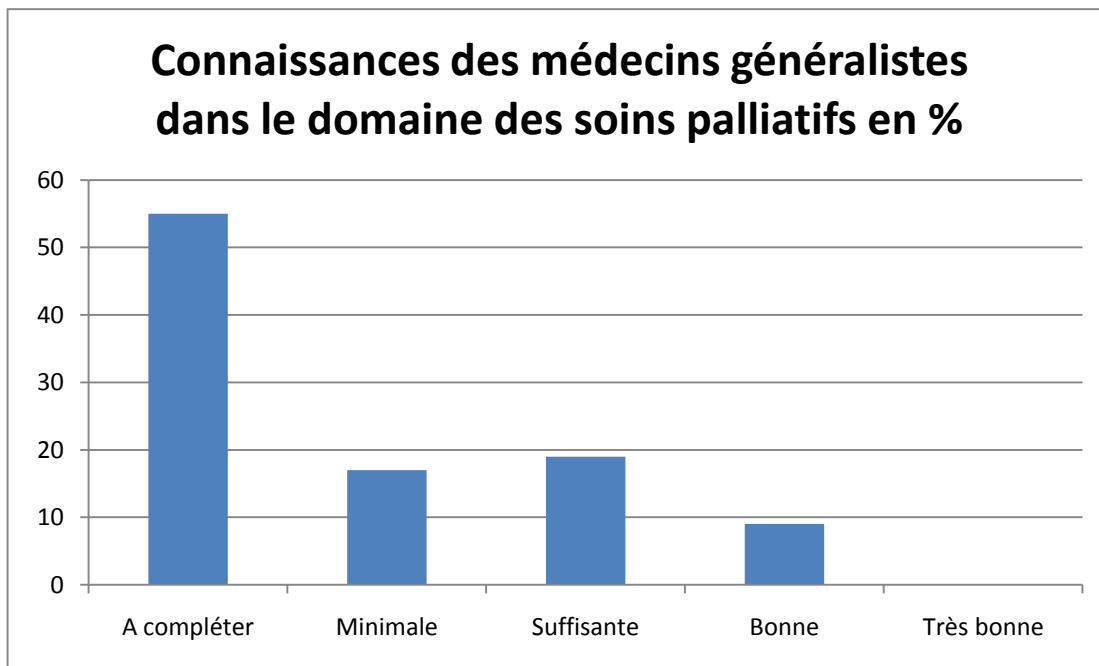
Sur l'ensemble des réponses 56% n'ont pas de diplôme complémentaire à leurs études de médecine générale. Dans les 38 médecins ayant obtenu un diplôme complémentaire, seulement 7 en ont un en rapport avec la pratique des soins palliatifs (2 DIU de soins palliatifs et 5 DIU de cancérologie ne représentant respectivement que 5% et 13% des diplômes).

Devant ce chiffre faible, on ne peut pas mettre en évidence de différence selon les âges et le sexe. Les autres types de diplômes sont essentiellement représentés par l'homéopathie (23%), la médecine du sport (21%) et la réparation du dommage corporel (15%). Les autres diplômes concernent, entre autre, l'allergologie, la gériatrie, la santé des enfants.

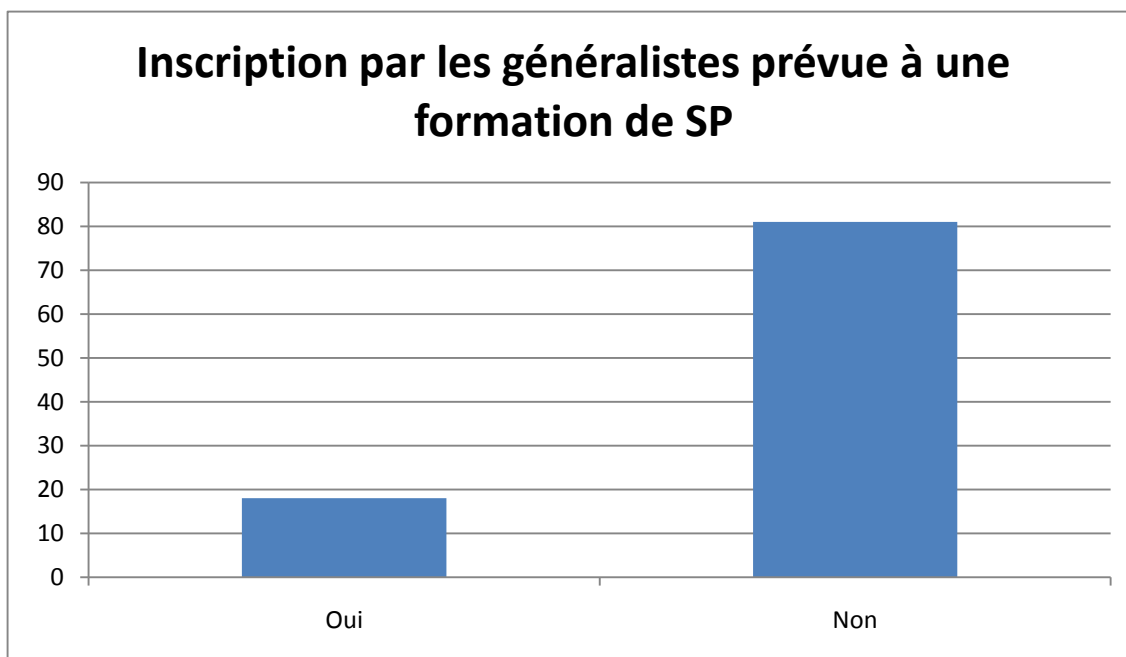
Les médecins pensent à 54% qu'ils ont une formation dans le domaine des soins palliatifs à compléter, 17% minimale, 19% suffisante et 10% bonne. Aucun ne pense avoir une très bonne formation.

On note donc que 90% des médecins pensent devoir améliorer leur formation dans le domaine qui nous intéresse. Quel que soit le sexe, ces pourcentages ne varient pas.

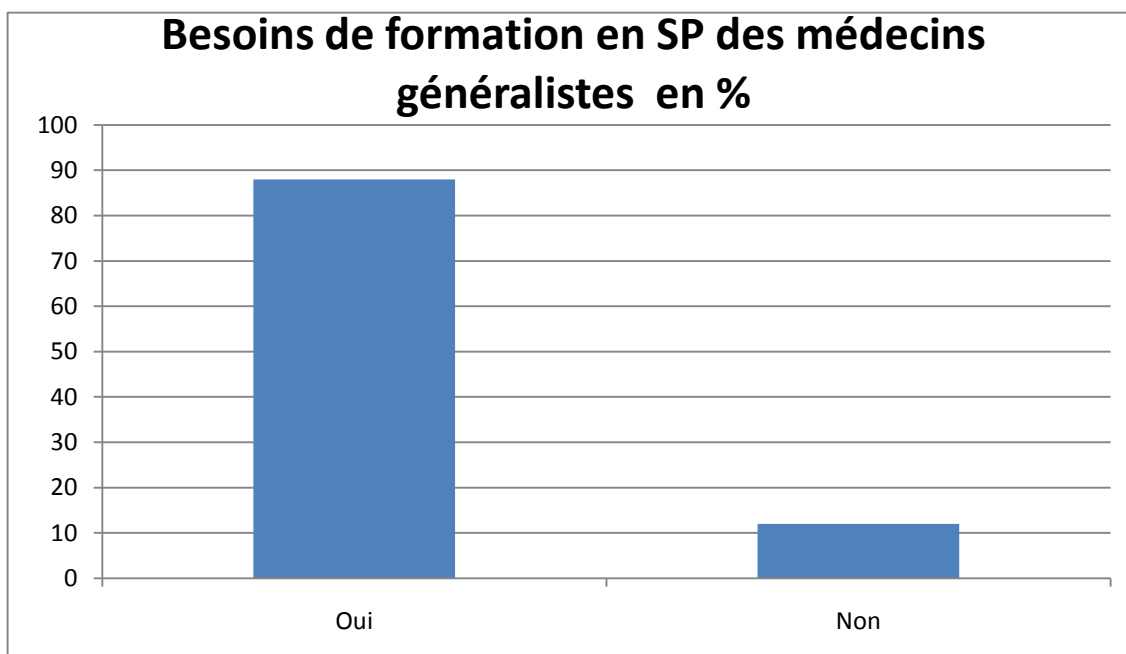
Par contre selon les tranches d'âge le pourcentage varie légèrement : il passe à 99% pour les moins de 40 ans alors qu'il est de 87% pour les plus de 41 ans. On ne peut cependant conclure que l'âge seul est une cause de variation, de nombreux facteurs devant être pris en compte (formations, expériences pratiques etc.).



Ils avouent ne pas vouloir s'inscrire à une formation en soins palliatifs à 82% devant le peu de patients concernés par ce problème et le temps important nécessaire à celle-ci. Le fait de devoir engager des frais supplémentaires pour une formation est aussi un frein surtout que celle-ci sera responsable, du fait des cours, d'une diminution de leur activité libérale d'autant plus importante que la plage horaire d'enseignement l'est.

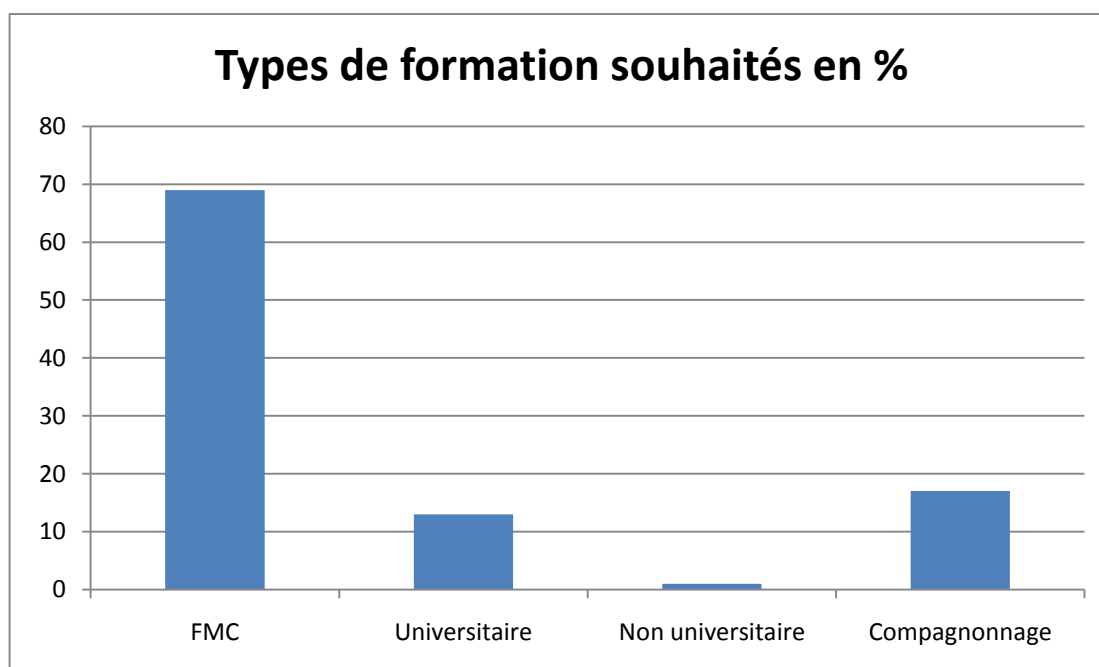


Ce chiffre faible de souhait d'inscription contraste de manière importante avec les besoins réels avoués de formation dans ce domaine (88% des médecins interrogés).



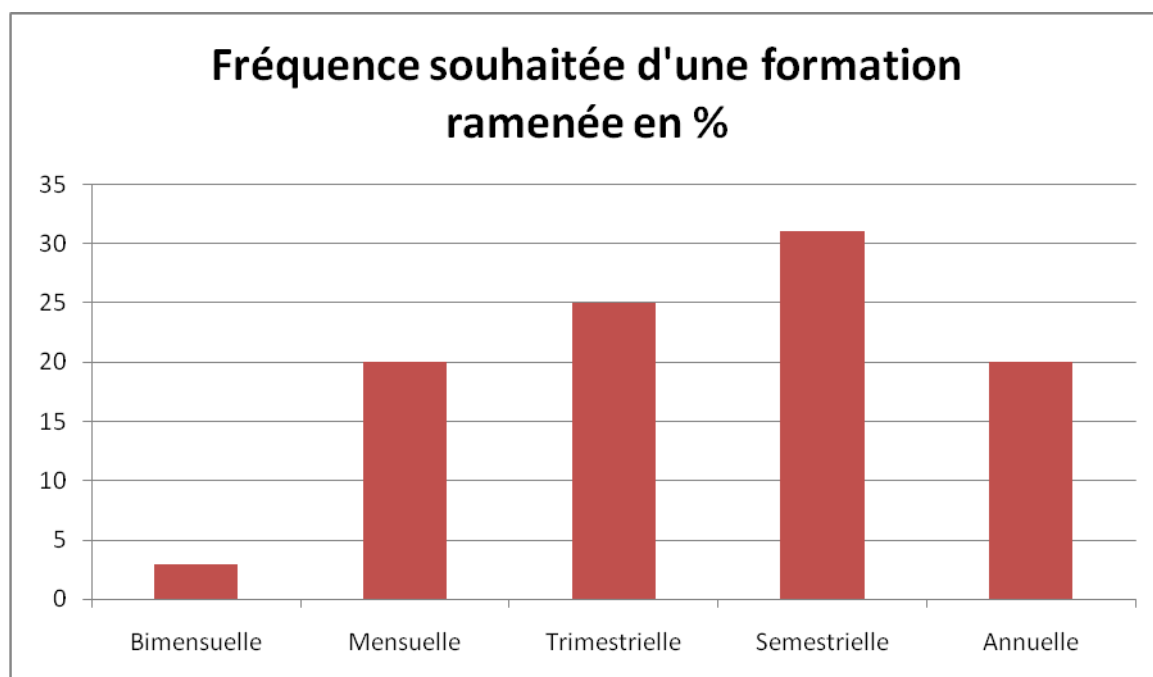
De préférence (69%), cette formation devra se faire sous forme de FMC (formation médicale continue) sur une soirée ou un week-end.

Seulement 17% préféreraient un compagnonnage par l'EMSP, 13% une formation universitaire (type DU ou DIU) et 1% une formation non universitaire (type certificat d'après leurs dires). Le chiffre de 1% concernant la formation non universitaire peut s'expliquer par la méconnaissance de ce type d'enseignement et son caractère récent.



La fréquence de formation la plus adaptée semble donc être semestrielle à 31% puis trimestrielle à 25%, annuelle et mensuelle à 20% et enfin bimensuelle à 3%. Plusieurs formations répondent déjà à ces préférences : le DIU, le DESC, les FMC. Par contre le CISPAD, organisé actuellement de manière bimensuelle, nécessiterait des adaptations dans son organisation pour répondre aux attentes des médecins nancéiens.

Le compagnonnage reste à part puisqu'il s'agit d'une formation sur le terrain, lors de la pratique des soins et ne nécessite pas la création d'une plage horaire spécifique. Son avantage est, au contraire, de s'adapter aux contraintes d'emploi du temps des professionnels libéraux.

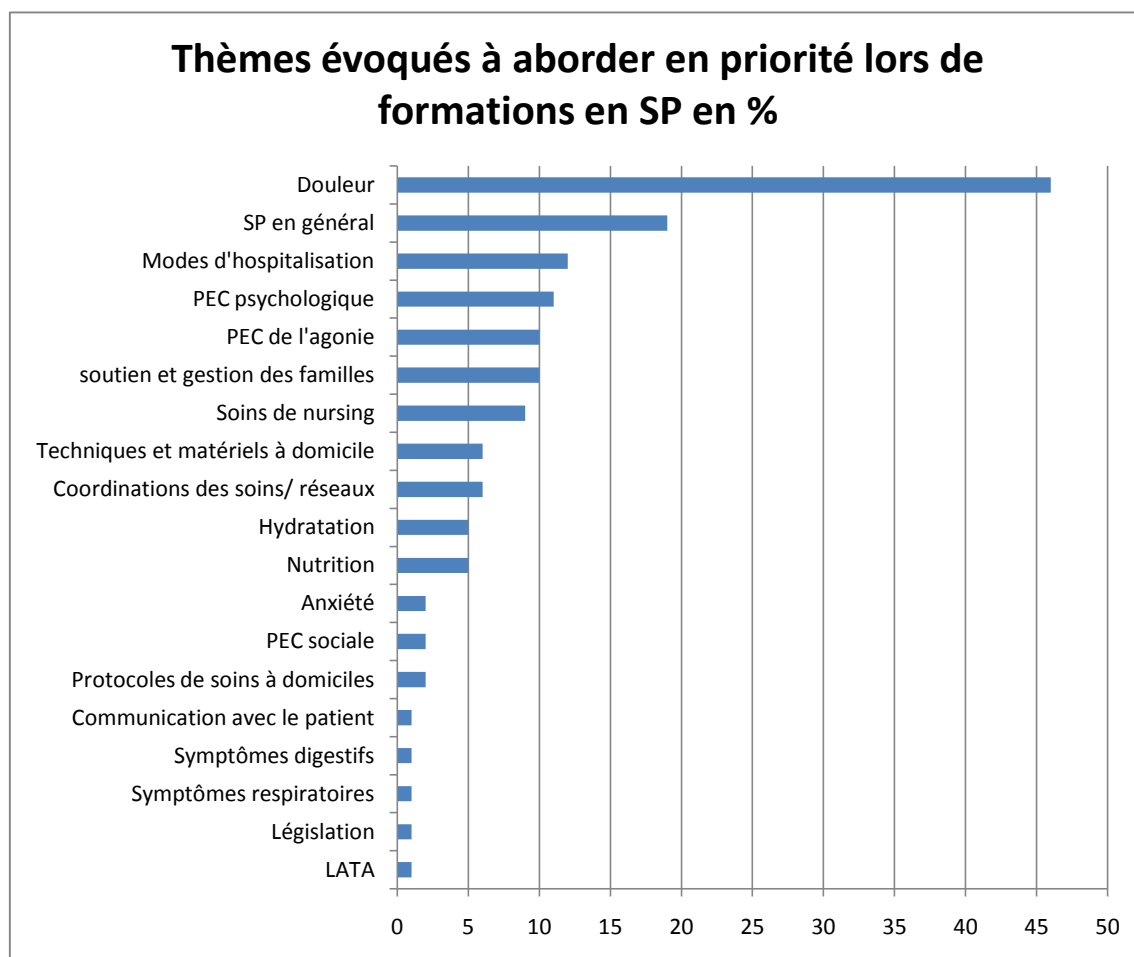


Dans les thèmes à aborder en priorité, on retrouve la douleur dans 46% des réponses. Elle est donc un des symptômes dont la prise en charge est la plus difficile à domicile du fait de la multiplicité des molécules, des évolutions récentes en matière d'antalgie, des difficultés de rétrocession de certaines molécules en ville etc.

On retrouve aussi la notion de vue générale des soins palliatifs dans 19%, les modes d'hospitalisation possibles dans 12%, le soutien psychologique dans 11%, la gestion des familles et de la phase agonique (10%).

Les autres thèmes évoqués sont très variés mais pourraient faire l'objet de cours spécifiques, utiles à la pratique régulière des soins palliatifs en ville : le nursing, les

techniques de soins à domicile, le matériel disponible à domicile et son utilisation, la coordination des soins avec l'explication du rôle des réseaux et des services d'hospitalisation à domicile, l'aspect social, les problèmes de nutrition, l'aspect législatif etc.

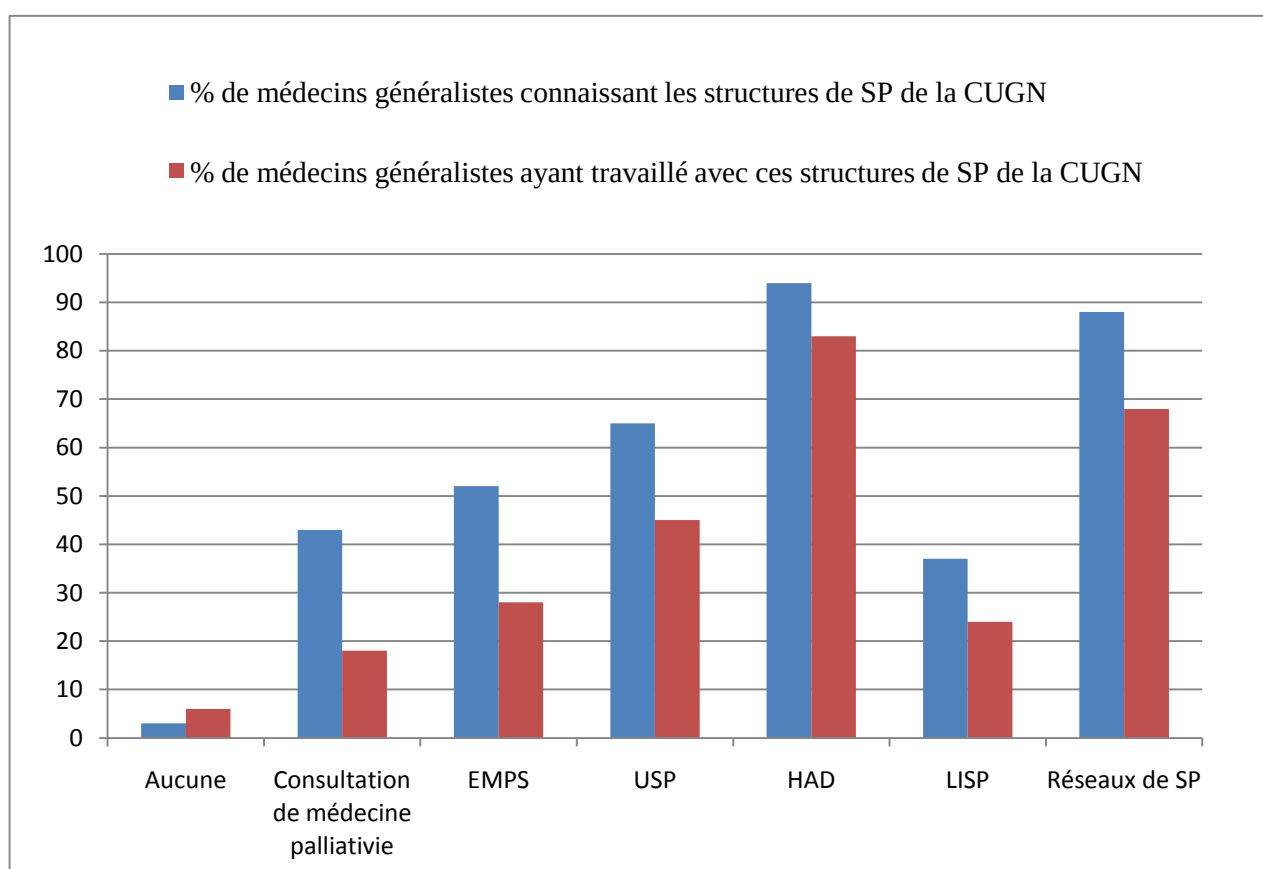


Lors des échanges téléphoniques, de nombreux généralistes expriment clairement ce besoin de formation mais insistent sur le caractère synthétique que celle-ci devrait revêtir.

Au niveau des structures de soins palliatifs sur le Grand Nancy, on constate que dans la majorité des cas les médecins généralistes ne sont informés que partiellement. S'ils connaissent majoritairement, à 94%, l'hospitalisation à domicile (HADAN) et , à 88%, les réseaux de soins palliatifs, travaillant respectivement avec eux à 83% et 68%, le pourcentage

de médecins connaissant les autres structures diminue rapidement. 52% connaissent l'unité de soins palliatifs, 52% l'équipe mobile de soins palliatifs, 37% le principe de lits identifiés de soins palliatifs et 43% la consultation de soins palliatifs. 3% ne connaissaient aucune de ces structures.

Ils ont travaillé à 45% avec l'USP, 28% avec l'EMSP, 24% avec les LISP et seulement 18% avec la consultation. 6% n'ont jamais travaillé avec aucune de ces structures.



Les généralistes expliquent régulièrement que des patients sortent de services du CHU ou de structures privées avec une HAD ou des réseaux mis en place ; de ce fait, se sentent déchargés d'une partie de la décision de retour à domicile alors qu'ils restent le prescripteur principal.

Lorsque leurs patients sont hospitalisés, suite à une consultation aux urgences via le SAMU, les pompiers, SOS médecins ou l'action d'un proche, ils ne sont pas forcément tenus au courant ou tardivement lors de la sortie du patient ou de son décès.

Quelques généralistes évoquent le fait que certaines prises en charge à domicile étant, d'après eux, trop complexes, ils préfèrent ne pas renouveler l'expérience en adressant leur patient aux urgences directement. Ceci montre le problème de gestion du patient, de sa famille, son entourage et de la coordination des professionnels au domicile.

Les réponses au questionnaire montrent bien le besoin d'aide dans ces domaines avec 10% des réponses concernant la gestion des familles et les souhaits d'information quant au fonctionnement des réseaux et HAD. La limite entre le rôle de ces structures et celui des généralistes leur apparaît comme floue ou en tout cas comme peu ou mal définie, renforçant leur sentiment d'être déchargés du suivi de leur patient. Cette absence de coordination serait une des causes des échecs du retour à domicile.

L'intervention de l'EMSP durant l'hospitalisation de leur patient ne leur est pas systématiquement transmise de même que la décision de prise en charge palliative exclusive et non plus curative.

Par ailleurs beaucoup de généralistes ont pour habitude de contacter le Centre Alexis Vautrin pour demander des conseils pour leurs patients, même si ceux-ci ne sont pas suivis par leurs soins, sur la ligne téléphonique directe accessible 24h/24. Ils travaillent aussi régulièrement avec la maison hospitalière Saint-Charles qui dispose de lits identifiés de soins palliatifs.

D'autres évoquent, que faute de connaissance des structures, là encore, ils adressent leurs patients aux urgences lors d'épisodes aigus.

Au total on se rend compte que la formation initiale médicale ne permet pas d'appréhender les soins palliatifs dans leur pratique courante et que le médecin généraliste, faute de moyen, de temps et/ou de connaissance, est souvent contraint de faire admettre, via les urgences, les patients dans un service hospitalier

.

4. Discussion

Depuis leur création, les soins palliatifs ont connu un essor très important mais cependant plus limité que d'autres domaines de la médecine actuelle. Les soins palliatifs restent un sujet assez tabou pour nombre de personnes, tant dans le grand public que parmi les professionnels de santé. Ceci pourrait expliquer le nombre important de refus, face à notre questionnaire, lorsque la notion de soins palliatifs est évoquée. Cette gêne est aussi mise en évidence par l'arrêt du suivi, par certains généralistes, lorsque la phase palliative, et surtout terminale, de la maladie est atteinte. La notion de mort reste dérangeante pour les médecins, vécue comme un sentiment d'échec. Ce sentiment est renforcé par l'exclusion de la mort de la société actuelle.

Ceci contraste avec l'évolution actuelle de la médecine qui permet d'allonger l'espérance de vie, y compris dans le cadre de maladies incurables. Dans les années à venir, les médecins seront confrontés à un nombre croissant de patients en situation palliative, à l'émergence de nouveaux symptômes en lien avec les traitements disponibles, en particulier en cancérologie. Le niveau de formation en soins palliatifs des professionnels de santé se devra donc de répondre à ces besoins, dans un délai tenant compte de la rapidité de ces progrès.

On peut se demander si, pour obtenir cette diffusion, il faudra de nouveau légiférer ou si les textes existants le permettront à eux seuls. En effet, il est important de poursuivre et développer la recherche afin d'innover dans le domaine des thérapeutiques et encourager les équipes déjà mises en place.

En parallèle il est aussi nécessaire que les unités existantes exercent pleinement leur rôle. On assiste à une augmentation permanente du nombre des unités fixes et des équipes mobiles de soins palliatifs. Après plusieurs années d'existence, ces équipes voient leur activité perdurer voire augmenter. Ceci témoigne, d'une part d'une diffusion encore trop aléatoire ou du moins insuffisante de la philosophie palliative, et d'autre part d'une évolution des pratiques nécessitant toujours une expertise extérieure.

La création du DESC de médecine de la douleur et médecine palliative en est une des preuves. Cette spécialisation médicale a pour avantage, comme toutes les autres spécialités, d'apporter cette expertise tout en gardant le principe de formation inhérent à la démarche palliative. Il faut néanmoins veiller à ce que cette spécialisation continue de s'inscrire dans cette philosophie d'échange, de compagnonnage et d'ouverture. Il faut lutter contre le risque de sectorisation qui serait délétère tant pour les patients et leurs proches que pour les professionnels de santé.

Cependant, les modalités d'accès à ce DESC et le faible nombre de possibilités d'inscription rendent nécessaire le recours à un autre type de formation, universitaire pour les praticiens déjà installés désireux d'orienter leur activité, et non universitaire dans le cadre de la formation continue. Quel que soit le type de formation complémentaire, le problème de temps dédié, de démarche personnelle, de coût reste un frein. Il faut donc développer des enseignements tenant compte de ces exigences : formation condensée, pratico-pratique, en lien avec des acteurs de soins locaux etc.

Le problème du financement de ces soins palliatifs est aussi primordial à évoquer. La reconnaissance de la démarche palliative existe de nos jours tant au niveau politique que dans le grand public via la médiatisation de certaines situations (Affaire Vincent Humbert, Chantal Sebire etc.). L'inscription des soins palliatifs en tant que priorité gouvernementale a permis

leur développement par le biais de budgets importants. Il reste toutefois un questionnement quant à la pérennité de ces financements dans l'environnement socio-économique actuel. Il faut donc privilégier les dépenses sur des postes permettant de former le plus grand nombre de professionnels là où les besoins sont les plus importants et en particulier en EHPAD et à domicile.

Ainsi en favorisant le maintien dans le lieu de vie habituel, on peut espérer optimiser la prise en charge d'un patient jusqu'à son décès.

Dans la pratique libérale, les soins palliatifs sont aussi chronophages. La mise en œuvre d'une démarche palliative, en ville, demande un intérêt particulier, une volonté des médecins dans ce domaine. L'absence de rémunération spécifique à cette pratique en est un frein. Il serait intéressant d'évaluer l'impact de la création d'une affection de longue durée, spécifique pour les soins palliatifs, sur la diffusion de cette philosophie en ville.

La méconnaissance des structures de soins palliatifs par les généralistes questionnés peut s'expliquer par le manque de temps disponible pour se renseigner et le peu d'expériences vécues. Le fait que, dans la majorité des cas, les patients soient orientés par le service d'accueil des urgences vers un service de soins palliatifs ou vers des lits identifiés de soins palliatifs en est une autre raison.

Néanmoins le recours aux urgences comme mode de prise en charge palliative montre bien la complexité de ces situations tant pour les familles que pour les médecins. En effet, de par les spécificités de sa profession, le généraliste met en place, dans le temps, une relation plus intime avec ses patients et ses proches. Il en connaît l'histoire, le mode de vie, la famille, le travail etc. et engage donc une part émotionnelle, plus ou moins importante rendant les prises en charge en fin de vie difficiles avec une perte relative de l'objectivité.

Il faut donc améliorer le soutien des médecins généralistes, lutter contre leur isolement, favoriser les échanges entre professionnels... pour améliorer le lien entre la ville et l'hôpital.

Il est évident que les médecins généralistes reçoivent un courrier médical pour les informer d'un séjour dans un service et de l'évolution de la situation (sortie ou décès). Cependant, ces courriers arrivent après un délai plus ou moins important, ne permettant pas toujours de les tenir informés dans des délais adaptés et donc de les faire participer au projet de soins.

5. Propositions

Devant ces résultats mettant en évidence des besoins réels en termes de formation dans le domaine de soins palliatifs, une connaissance des structures existantes limitée et le peu de temps disponible pour compléter cette formation, il paraît important de proposer différentes solutions et d'en discuter les formalités.

5.1. *Développer la formation*

5.1.1. Formation médicale continue et initiale

De nombreux généralistes ne pouvant s'inscrire à un DIU ou DU, par manque de temps ou devant le peu de patients concernés, expliquent bien l'intérêt d'une soirée ou d'un week-end de FMC seulement dédiés aux soins palliatifs.

Il semble important de reprendre l'ensemble des problèmes régulièrement rencontrés à domicile et de mettre en place des cours synthétiques offrant un maximum de connaissances, surtout pratiques, sans devenir redondant.

La douleur, son évaluation et son traitement, sont à évoquer en priorité mais aussi les autres symptômes désagréables fréquemment rencontrés en fin de vie (anxiété, constipation, occlusion, anorexie...).

Il faut aussi proposer des enseignements portant sur les recours possibles en cas de nécessité de prise en charge en urgence, les moyens disponibles pour soutenir les familles, les professionnels et les matériels utiles au maintien à domicile quand celui-ci est possible.

Des protocoles de soins pour le domicile, diffusés aux médecins généralistes, adaptés à leur pratique, pourraient constituer des outils intéressants tout en favorisant le lien entre professionnels. Ces protocoles peuvent être inspirés de ceux existant déjà au CHU de Nancy mais nécessitent des adaptations afin de répondre aux contraintes, à la fois de la pratique libérale et du domicile.

Lors de ces FMC un temps de parole et d'échange entre pairs permet de mettre en place un soutien et de répondre à certaines détresses du médecin. C'est ici que les groupes de type Balint prennent tout leur intérêt. En effet ces groupes, initialement créés à Londres autour de la psychanalyse, permettent aujourd'hui un échange utile et formateur entre des médecins formés ou ayant plus d'expérience dans un domaine et d'autres médecins désireux en terme de formation.

L'EMSP pourrait participer à cet enseignement de terrain tout en remplissant sa mission de formation. Ce partenariat s'inscrit également dans la continuité du projet de soin tel qu'il a pu être établi aux cours de l'hospitalisation du patient avec l'EMSP, évitant ainsi toute rupture lors du retour à domicile.

Le développement de ces FMC entre dans le cadre du programme de développement des soins palliatifs 2008-2012. Il reprend cette notion, mise en évidence dans les réponses au questionnaire, de « soins palliatifs (...) encore insuffisamment connus des professionnels de santé y compris quelquefois des médecins, et ne sont notamment pas toujours perçus comme partie intégrante de leurs activités de soins. Les modalités et les contenus de l'enseignement

ne préparent pas toujours suffisamment à la réalité des pratiques auxquelles sont confrontés les personnels soignants. »

Ce programme insiste aussi sur le fait que : « une politique ambitieuse de formation, initiale et continue (...) constitue l'un des leviers essentiels pour garantir l'accès de tous à des soins palliatifs de qualité. »

Ainsi ce programme a pour objectifs de « favoriser la reconnaissance universitaire pour les soins palliatifs et intégrer la dimension palliative à tous les niveaux de la formation médicale. »

En amont de cette FMC, la formation médicale initiale est aussi à améliorer. Les modifications de celle-ci sont aussi évoquées dans ce plan quadriennal. Dans ses actions, ce programme évoque les changements à opérer durant les trois cycles des études médicales afin d'introduire, de manière plus importante, les soins palliatifs dans ce cursus. La création du DESC de médecine palliative fait partie intégrante de ces perspectives.

La recherche et l'enseignement, ainsi que leur promotion, entrent aussi dans ce cadre de la formation avec la possibilité pour les médecins ayant une activité de soins dans ce domaine de s'y investir.

5.1.2. CISPAD

La politique de développement de ce certificat sur l'ensemble de la région Lorraine est à poursuivre et il est envisageable de l'implanter sur le territoire nancéien pour compléter la formation des médecins généralistes.

Ce cadre non universitaire intéresse quelques généralistes interrogés. Il a pour avantage d'apporter des bases pratico-pratiques, dans le domaine des soins palliatifs, permettant un premier niveau de prise en charge par l'omnipraticien comme en témoigne le programme d'enseignement (Annexe 3). La faible charge horaire de cet enseignement et son organisation en sessions courtes de 2h30 semblent plus adaptées à la pratique libérale. Ce ci est d'autant plus vrai qu'il s'agit d'une formation locale, les trajets sont donc limités et les échanges favorisés par la proximité d'exercice des étudiants. De plus, tout comme les sessions de FMC, le lien ville- hôpital est renforcé du fait de l'animation par des intervenants spécialisés locaux.

5.1.3. DIU de soins palliatifs

Devant la motivation de certains médecins généralistes à se former dans ce domaine, la promotion des diplômes existants pourrait les inciter à s'y inscrire.

En effet, durant de nombreux échanges téléphoniques, des généralistes admettent que si on leur expliquait le déroulement de ces formations et les modalités d'obtention, ils seraient prêts à s'y inscrire. Certains ont même découvert la présence de ces diplômes lors de ces entretiens.

La réalisation d'un « catalogue » de formations en soins palliatifs, sur le modèle de ceux existants pour les formations intra-hospitalières pourrait être envisagée. Sa diffusion pourrait s'appuyer sur la logistique de certaines manifestations scientifiques (Semaine Médicale de Lorraine par exemple) ou celle des conseils départementaux de l'Ordre des Médecins.

5.1.4. Enseignement dans le cadre des réseaux et des hospitalisations à domicile

La formation de terrain régulièrement dispensée par ces réseaux de soins palliatifs est à entretenir afin de pouvoir toucher un maximum de professionnels. Il est indispensable en complément du travail fourni et peut concerner des médecins non intéressés par les autres types de formations mais ayant besoin de soutien et d'appui autour d'une situation complexe.

5.2. *Développer le lien ville- hôpital*

5.2.1. Information des généralistes sur l'hospitalisation de leurs patients

Dans les réponses obtenues par téléphone, certains médecins évoquaient le fait de ne pas être informés de la situation de leurs patients, en phase palliative, lorsque ceux-ci étaient hospitalisés quelles que soient la cause et la modalité (SAU, consultation etc.) de cette hospitalisation.

Il paraît donc nécessaire d'améliorer l'information des généralistes au fur et à mesure de la prise en charge hospitalière du patient.

Cette information peut être envisagée sous forme de résumés réguliers avec les grandes phases de l'évolution clinique, les orientations choisies en concertation avec le patient, l'équipe et la famille, le mode de sortie etc.

Il faut donc trouver du temps et du personnel dédiés à cette tâche d'information. Une EMSP peut jouer ce rôle à condition qu'elle soit intervenue auprès du patient. Cela permettrait d'informer les généralistes de l'intervention de l'équipe mobile durant le séjour et donc de maintenir une continuité dans cette prise en charge.

Le courrier par voie postale ne semble pas être le meilleur outil à utiliser dans ce contexte, du fait des variations très rapides des situations cliniques et de la latence importante de ce mode de communication.

Il est en effet nécessaire de s'adapter à la gestion informatisée des cabinets médicaux et des dossiers des patients en privilégiant les courriels par messagerie sécurisée. Ce système de communication a un double avantage d'information en temps réel et de manière concise d'une part, et la possibilité d' «alimenter » le dossier du patient directement d'autre part.

5.2.2. Création d'une plaquette

Devant la méconnaissance de nombreux généralistes des structures de soins palliatifs agissant sur le Grand Nancy, la création puis la diffusion d'une plaquette sont intéressantes afin que les généralistes puissent rapidement contacter la structure adéquate, en cas de besoin. Sur le modèle de plaquette proposé (annexe 4) apparaissent les structures existantes au sein du CHU de Nancy, leurs coordonnées, leurs modalités de fonctionnement et leurs référents médicaux. Elle pourra être adressée par courrier ou courriel à l'ensemble des médecins généralistes de la CUGN

5.2.3. Maintien d'une ligne téléphonique

Dans le cadre du lien hôpital-ville, le fait qu'un généraliste puisse joindre directement un médecin de soins palliatifs par téléphone paraît être une solution simple et rapidement applicable, facilitant la prise en charge ambulatoire des patients.

Ces conseils téléphoniques pourraient s'effectuer aux heures ouvrables, par le biais de la ligne senior déjà mise en place au niveau du Centre Paul Spillmann comme dans d'autres services du CHU de Nancy. La diffusion de ce numéro de téléphone entrerait dans le

cadre de la plaquette informative sur les soins palliatifs. Néanmoins, il est nécessaire de se questionner sur la pertinence d'une astreinte téléphonique, spécifiquement dédiée aux soins palliatifs, et utilisable 24h/24.

5.3. Favoriser les échanges entre Médecins généralistes et palliatologues

5.3.1. Conventions avec les EHPAD

Dans le cadre du programme de développement des soins palliatifs 2008-2012, le développement des conventions entre EHPAD et EMSP est mis en valeur. Les objectifs y sont de « systématiser la collaboration, formalisée par des conventions, entre établissements de santé disposant d'une équipe mobile de soins palliatifs et les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes et pour personnes adultes handicapées. »

Pour ces différentes actions, après la signature des conventions définissant les modalités d'intervention des EMSP, le programme prévoit d'organiser un pilotage régional, de renforcer les EMSP, tant en nombre qu'en effectif avec le financement de 30 millions d'euros prévu sur une période de 4 ans.

C'est donc une occasion de plus de faire interagir les médecins pour mettre en commun les connaissances et pouvoir réaliser un compagnonnage lors des interventions dans ces structures. Ainsi les généralistes sont sensibilisés à la démarche palliative et les EMSP aux

difficultés du maintien « à domicile », à ses limites tant du point de vue des thérapeutiques que du matériel disponible. De cette interaction, pourront donc naître des protocoles de soins adaptés à ces lieux de vie spécifiques. Le rôle de soutien, de formation, de conseiller des EMSP auprès des médecins traitants est mis en avant.

5.3.2. Stages en unités de soins palliatifs

Durant les conversations téléphoniques, de nombreux médecins évoquent l'intérêt de stages en unités, aussi bien fixes que mobiles, de soins palliatifs. Ils permettraient d'appréhender la prise en charge sur le terrain des patients. La formation serait donc basée sur le compagnonnage. Il est aussi possible de faire participer ces médecins à des consultations de médecine palliative afin de les confronter à des situations comparables à celles rencontrées dans leur travail quotidien. La notion de stages pratiques apparaît dans le programme 2008-2012. Les modalités exactes sont à développer.

6. Conclusion

Après de multiples efforts de la part des professionnels et des autorités publiques, les soins palliatifs ont connu un développement important sur le territoire français. La philosophie palliative a su se mettre en place au cours du temps. Cependant, cette diffusion semble restée encore à l'heure actuelle restreinte à une population motivée par la discipline.

La complexité de cette démarche rend son application difficile de par la notion même des soins palliatifs et la représentation communément rencontrée de ces derniers. Imposer aux professionnels de la santé une pensée palliative n'est pas une solution et ne permettra pas sa mise en œuvre. Poursuivre l'aide aux médecins généralistes, continuer à les rassurer face à une situation palliative, leur apporter les connaissances minimales, utiles à la prise en charge optimale de leur patient paraissent être des solutions adaptées. Les informer sur les différents types de formations existantes, les motiver pour s'y inscrire, aussi.

Le renforcement du lien hôpital -ville semble être une des clés de la réussite de la généralisation des soins palliatifs par le biais d'un compagnonnage par l'EMSP.

L'ensemble des acteurs devra rester vigilant quant à l'évolution dans le temps de cette démarche. Les modifications futures des études médicales permettront peut-être de pallier ce manque de formation initiale.

L'évaluation de la connaissance des structures, de la mise en œuvre des propositions, de l'image des soins palliatifs dans le temps, permettra d'en voir la diffusion réelle en ville.

7. Annexes

Annexe 1

Questionnaire adressé aux médecins généralistes de la CUGN

- 1) Êtes-vous :
 - a. Un homme
 - b. Une femme

- 2) Depuis combien d'années êtes vous installé(e) ?

- 3) Dans quelle tranche d'âge vous situez vous ?
 - a. 20-30 ans
 - b. 31-40 ans
 - c. 41-50 ans
 - d. 51-60 ans
 - e. 61 ans et plus

- 4) Avez-vous une activité :
 - a. Libérale exclusive
 - b. Avec activité salariée (praticien attaché(e), coordinateur, temps partiel hospitalier)

- 5) Avez-vous obtenu des diplômes complémentaires ?
 - a. Oui
 - b. Non

- 6) Si oui lesquels?

7) Combien de patients en situation palliative suivez-vous en moyenne par an ?

8) Ce suivi est-il réalisé :

- a. A domicile,
- b. En EHPAD,
- c. autres structures sanitaires et sociales

9) Dans le cadre de quels types de pathologie les prenez-vous en charge principalement ?
(Une seule réponse possible)

- a. Pathologies neuro-dégénératives,
- b. Pathologies néoplasiques
- c. Insuffisances terminales d'organes (cardiaque, pulmonaire, rénale, hépatique...)

10) Avez-vous une formation spécifique pour ces prises en charge palliatives ?

- a. Aucune
- b. Universitaire :
 - i. Diplôme universitaire (DU) d'éthique,
 - ii. DIU de soins palliatifs
 - iii. DU de la douleur
 - iv. Capacité douleurs
 - v. DESC médecine palliative, médecine de la douleur
 - vi. Autre : précisez..
- c. Non universitaire : Formation médicale continue

11) Comptez-vous vous inscrire à une formation en soins palliatifs ?

- a. Oui
- b. Non

12) Si oui laquelle ?

13) Pensez-vous avoir une formation en soins palliatifs :

- a. A compléter
- b. Minimale
- c. Suffisante
- d. Bonne
- e. Très bonne

14) Considérez vous avoir des besoins de formation en soins palliatifs ?

- a. Oui
- b. non

15) Si oui les quelles ?

- a. FMC
- b. Formation universitaire DU/capacité/DESC
- c. Formation non universitaire, non diplômante
- d. Compagnonnage par EMSP

16) Quels seraient les thèmes que vous souhaiteriez aborder en priorité ?

17) A quelle fréquence seriez-vous prêt(e) à participer à ces formations ?

Une seule réponse possible

- a. bimensuelle
- b. mensuelle
- c. trimestrielle
- d. semestrielle
- e. annuelle

18) Quelles sont les structures de soins palliatifs que vous connaissez ? (plusieurs choix possibles)

- a. Consultation palliative
- b. EMSP
- c. USP
- d. Hospitalisation à domicile (HAD)
- e. Hospitalisation traditionnelle
- f. Réseau de soins palliatifs

19) Avec lesquelles avez-vous déjà été amené(e) à travailler ? (plusieurs choix possibles)

- a. Consultation palliative
- b. EMSP
- c. USP
- d. Hospitalisation à domicile (HAD)
- e. Hospitalisation traditionnelle
- f. Réseau de soins palliatifs

Annexe 2

Villes de la Communauté Urbaine du Grand Nancy :

Ordre alphabétique

Art-sur-Meurthe
Dommartemont
Essey-lès-Nancy
Fléville-devant-Nancy
Heillecourt
Houdemont
Jarville-la-Malgrange
Laneuveville-devant-Nancy
Laxou
Ludres
Malzéville
Maxéville
Nancy
Pulnoy
Saint-Max
Saulxures-lès-Nancy
Seichamps
Tomblaine
Vandoeuvre-lès-Nancy
Villers-lès-Nancy

Annexe 3

Programme du CISPAD 2010-2011

**PROGRAMME CISPAD
THIONVILLE
2010-2011**

<i>Journée</i>	Date	Thème	Enseignant
1	09/09/10	Accueil, généralités sur le CISPAD Soins Palliatifs et Douleur - Historique, législation et organisation - Les soins palliatifs en mouvement (film)	B. WARY
2	23/09/10	La douleur - Douleur et souffrance - Psychologie du malade en fin de vie	R. ISIDORE C. PELLISSIER
3	07/10/10	Évaluation de la douleur - Estimation - Auto-évaluation - Hétéro-évaluation - Cas cliniques	JF. VILLARD
4	21/10/10	Physiopathologie de la douleur Les soins de bouche	M. DORON C. BEHEM
5	04/11/10	Approche psychologique - Relation d'aide et vérité - Cas cliniques	R. ISIDORE
6	18/11/10	Traitement de la douleur - Principes fondamentaux du traitement de la douleur chronique	B. LEHEUP
7	02/12/10	Bénévolat d'accompagnement - Bénévolat d'accompagnement - Le parcours des funérailles	A.M. JABLONKA
8	16/12/10	Deux symptômes pénibles fréquents en fin de vie (autres que la douleur) - La dyspnée - Les symptômes digestifs Douleurs induites	M. DORON C. BEHEM M.J. DISSARD N. VERLHAC

9	06/01/11	Thérapeutiques non médicamenteuses - Ergothérapie - Musicothérapie-relaxation - Hypnose	G. WARY C. FOMBARON R. ISIDORE
10	20/01/11	Autres symptômes pénibles de la fin de vie Confusion, problèmes d'alimentation, mauvaises odeurs, anxiété, hypersudation, ...	JF. VILLARD
11	03/02/11	Le deuil - Le deuil - Les enfants endeuillés - Les adultes endeuillés	M.J. DISSARD C. PELLISSIER M.C. KEIME
12	17/02/11	Mourir à domicile Table ronde avec un médecin généraliste, une infirmière libérale, un médecin de réseau de soins palliatifs, un médecin, une assistante sociale et une infirmière HAD palliative.	J.M. BEZ P. PETRUZZI D. REVOL M. DORON F.ROSATI C. THIVAT
13	17/03/11	Soins Palliatifs et Gériatrie - Soigner une personne âgée en fin de vie Neuro-oncologie et soins palliatifs	B. WARY L. TAILLANDIER
14	31/03/11	Radiothérapie palliative et antalgique Soins Palliatifs et Hématologie	E. BARTHELME V. DORVAUX
15	14/04/11	Soins Palliatifs et Neurologie - Les céphalées - Prendre soin d'un patient en fin de vie atteint de SLA (Maladie de Charcot)	O. GAL B. WARY
16	12/05/11	Soins Palliatifs et Éthique - Cas cliniques - Discussion - Exposé	B. LEHEUP F. ROSATI C. PELLISSIER
17	09/06/11	Contrôle des connaissances	

Annexe 4

**Plaquette destinée aux médecins généralistes sur les
structures publiques de soins palliatifs de la CUGN**

**Structures de
soins palliatifs
au sein du CHU
de Nancy**

Térence LANDRIN

Equipe Mobile de soins palliatifs

Chef de service : Dr. T. Jonveaux
Médecins : Dr. F. Schweitzer,
Dr. C. Lamouille- Chevalier,
Dr. A. Pop
Hôpital Saint Julien
Rue Foller
54000 Nancy

Secrétariat : 03.83.85.26.32

Equipe pluridisciplinaire se déplaçant au lit du patient dans tous les services du CHU et dans certains EHPAD. Elle apporte expertise et aide à la prise en charge des patients et de leurs proches.

Elle est joignable pour des conseils téléphoniques du lundi au vendredi de 8h30 à 17h15.

Unité de soins palliatifs

Chef de service : Dr. T. Jonveaux
Médecins : Dr. F. Schweitzer,
Dr. C. Lamouille- Chevalier
Centre Paul Spillmann
Hôpital Saint Julien
Rue Foller
54000 Nancy

Secrétariat : 03.83.85.11.12

Salle de soins : 03.83.85.11.15/
03.83.85.11.24

Bureau médical : 03.83.85.11.36

Service hospitalier de 15 lits entièrement dédiés aux soins palliatifs. Il a pour rôle de prendre en charge des patients face à une situation complexe (douleurs, symptômes réfractaires, difficulté avec l'entourage ...).

Des entrées directes du domicile sont possibles après accord du médecin d'astreinte.

Consultation de médecine

palliative

Chef de service : Dr. T. Jonveaux
Médecin : Dr. F. Schweitzer,
Dr. C. Lamouille- Chevalier
Hôpital Saint Julien
Rue Foller
54000 Nancy

Secrétariat RDV : 03.83.85.11.32

Consultation spécialisée destinée aux patients ambulatoires.

Le secrétariat est joignable par téléphone du lundi au vendredi de 8h30 à 16h15.

8. Références bibliographiques

1. Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs. Statuts. 28 septembre 2007 à Paris, <http://www.sfap.org> (consulté le 27 septembre 2010).
2. Loi n° 99-477 du 9 juin 1999, visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs. JORF 1999 ; 10 juin : 1524.
3. Berra N. Les soins palliatifs, rapport du secrétaire d'Etat chargé des Aînés, auprès du Ministre du Travail, de la solidarité et de la Fonction Publique. Juin 2010, <http://www.sfap.org> (consulté le 27 septembre 2010).
4. Mémento Pratique des soins continus, Editions Tabloïd Communication, Paris, 1993 : 11-12.
5. Grandjean C, Villadieu R, Christiann F. Souffrance cachée des soignants : quelles réponses ? Med Pal 2005 ; 4 : 190-198.
6. Schaerer R. De Cicely Saunders à nos jours. Med Pal 2007, 6 : 163-168.
7. Wary B. Le mouvement palliatif français, petite histoire et évolution. Revue JALMALV 2002; 69:9-15.
8. Rapport du groupe de travail "Aide aux mourants". Bulletin Officiel, 1986 ; n°86/32 bis.

9. Circulaire DGS/275/3D du 26 août 1986 relative à l'organisation des soins et à l'accompagnement des malades en phase terminale (dite "circulaire Laroque"),
<http://www.sfap.org> (consulté le 27 septembre 2010).
10. Art. L.711-4 du Code de la santé publique (Livre VII), titre 1er, Art.2. : loi 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière, JORF n°179 du 2 août 1991 page 10255 modifié par le JORF n°253 du 29 octobre 1991.
11. Rapport sur les soins palliatifs et l'accompagnement des malades en fin de vie : réalisé par Henri Delbecq pour le ministère de la santé et de l'action humanitaire, Janvier 1993,
<http://www.sfap.org> (consulté le 27 septembre 2010).
12. Rapport du Sénat n°207, 1998-1999 pour une politique de développement des soins palliatifs et de l'accompagnement, réalisé par Lucien Neuwirth, <http://www.sfap.org> (consulté le 27 septembre 2010).
13. Recommandation 1418 de l'assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe (21 mai 1999) sur la protection des droits de l'homme et de la dignité des malades incurables et des mourants
14. Plan triennal de développement des soins palliatifs 1999-2001 (dit "plan Kouchner"),
<http://www.sfap.org> (consulté le 27 septembre 2010).

15. Circulaire CNAMTS DAR n°5/2000 du 22 mars 2000 relative à la contribution du FNASS à la mise en place de mesures de maintien à domicile dans le cadre des soins palliatifs, <http://www.sfap.org> (consulté le 27 septembre 2010).
16. Circulaire DH/EO2/2000/295 du 30 mai 2000 relative à l'hospitalisation à domicile, <http://www.sfap.org> (consulté le 27 septembre 2010).
17. Ministère de la Santé. Programme national de développement des soins palliatifs 2002-2005, février 2002, <http://www.sfap.org> (consulté le 27 septembre 2010).
18. Circulaire DHOS/O 2/DGS/SD 5 D n° 2002-98 du 19 février 2002 relative à l'organisation des soins palliatifs et de l'accompagnement, en application de la loi n° 99-477 du 9 juin 1999, visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs. Bulletin officiel 2002 ; 12 :1073.
19. Circulaire DHOS/02 no 035601 du 5 mai 2004 relative à la diffusion du guide de bonnes pratiques d'une démarche palliative en établissements. Bulletin officiel 2004 ; 24 :1709.
20. Rapport de M. Jean Leonetti au nom de la mission d'information sur l'accompagnement de la fin de vie : référence 1708, enregistrée à la Présidence de l'Assemblée nationale le 30 juin 2004, <http://www.sfap.org> (consulté le 27 septembre 2010).
21. Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie dite loi Leonetti. JORF n°95 du 23 avril 2005 page 7089 rectifié au JORF n°116 du 20 mai 2005 page 8732.

22. Décret no 2006-122 relatif au contenu du projet d'établissement ou de service social ou médico-social en matière de soins palliatifs. JORF n°32 du 7 février 2006 page 1977, texte n° 35.
23. Gueneau- Peureux D. Faire vivre la loi Leonetti : une attitude de soignant-citoyen. Med Pal 2010 : 10.1016/j.medpal.2010.05.005.
24. Circulaire N°DHOS/MOPRC/2007/335 du 14 septembre 2007 relative au programme hospitalier de recherche clinique (PHRC) 2008, <http://www.sfap.org> (consulté le 27 septembre 2010).
25. Circulaire N°DHOS/O2/2008/99 du 25 mars 2008 relative à l'organisation des soins palliatifs, <http://www.sfap.org> (consulté le 27 septembre 2010).
26. Programme de développement des soins palliatifs 2008-2012, <http://www.sfap.org> (consulté le 27 septembre 2010).
27. Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. JORF du 5 mars 2002 page 4118.
28. Aubry R. Les soins palliatifs ont-ils encore un avenir ? Réponse. Med Pal 2006 ; 5 : 65-67.
29. Leheup BF, Lamouille C, Robert V. consultation externe et continuité des soins palliatifs. Med Pal 2009 ; 8 : 66-71.

30. Helin V. Soins palliatifs en équipe mobile : du rêve à la réalité. *Revue JALMALV* 1999;16:25-8.
31. Viallard ML. Apports possibles d'une équipe mobile d'accompagnement et de soins palliatifs dans les situations de limitation et d'arrêt de traitement actif. *Med Pal* 2009 ; 8 :3-6.
32. Derniaux A, Chevallier J, Perrineau M. La transversalité en équipe mobile de soins palliatifs : essai d'élaboration d'un concept. *Med Pal* 2005;4:146-51.
33. Decamp S, Gaudron S, Terrier M, Mitaine L, Mervaux M, Bougle MF. Le soutien de couloir : prise en charge par une EMSP en milieu hospitalo-universitaire. *Infokara* 2002;17:16-9.
34. Hager MO. Résistances à l'appel de l'EMSP. In: Société Régionale d'Auvergne d'accompagnement et de soins palliatifs, éd. Journée régionale 2001 : 52-56.
35. Ruszniewski M, Zivkovic L. Résistances des équipes soignantes face aux équipes mobiles. *Eur J Pall Care* 1999;6(1):11-4.
36. Roux L, Lert F, Mino JC, Markstein C. L'intégration de l'équipe mobile de soins palliatifs à l'hôpital : enjeux institutionnels, professionnels et organisationnels. Synthèse d'une étude européenne. *Med Pal* 2003;2(1):6-13.

37. Circulaire DHOS/02/2004/290 du 25 juin 2004 relative à la diffusion du guide pour l'élaboration de demande de lits identifiés en soins palliatifs. Bulletin officiel 2004 ; 28 :2079.
38. Guy-Coichard C, Zivkovic L. Y a-t-il une place pour les lits identifiés de soins palliatifs ? Bilan d'une expérience dans un CHU parisien. Med Pal 2008 ; 7 :161-166.
39. Aubry R. Du bon usage du concept des lits identifiés des soins palliatifs. Med Pal 2008 ; 7, 119-120.
40. Wary B. Lits identifiés en soins palliatifs : concept noble, politique floue...Med Pal 2006 ; 5 : 266-268.
41. Arrêtés des 7 novembre et 19 décembre 1996 : création du conseil d'orientation des filières et réseaux de soins expérimentaux - commission Soubie, <http://www.sfap.org> (consulté le 27 septembre 2010).
42. Décret n° 96-789 du 11 septembre 1996 modifiant du code de la Sécurité sociale s'agissant des filières et réseaux de soins expérimentaux. JORF n°213 du 12 septembre 1996 page 13595.
43. Ordonnance N° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins, titre III, coordination des soins : Filières et réseaux de soins, réseaux expérimentaux. JORF n°98 du 25 avril 1996 page 6324.

44. Circulaire DH/EO N° 97-277 du 9 avril 1997 relative aux réseaux de soins et communautés d'établissement, complétant les textes de 1996, <http://www.sante.gouv.fr> (consulté le 27 septembre 2010).
45. Circulaire DGS/SQ2/DAS/DH/DSS/DIRMI n°99-648 du 25 novembre 1999 relative aux réseaux de soins préventifs, curatifs, palliatifs ou sociaux, <http://www.sante.gouv.fr> (consulté le 27 septembre 2010).
46. 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, <http://www.sante.gouv.fr> (consulté le 27 septembre 2010).
47. Vailler P. Enquête sur les besoins et les difficultés du médecin généraliste dans sa pratique des soins palliatifs à domicile, Actes du Congrès de la SFAP, 3 au 5 mai 1996.
48. Mino JC. Etude par entretiens sur les avis des généralistes et des équipes des réseaux à propos de leur collaboration. Med Pal 2006 ; 5 :21-25.
49. Bungener M, Poisson-Salomon AS. Travailler et soigner en réseau. Paris : Éditions Inserm, 1998.
50. Bourgueil Y, Robelet M, Serre M, et al. (Groupe Image). La coordination entre logiques gestionnaires et dynamiques professionnelles. Rapport à la Mission Recherche du ministère des Affaires Sociales, ENSP, décembre 2002.

51. Marchand H. Soins palliatifs à domicile entre coopération et conflit. Mémoire du Master Européen « Soins palliatifs et thanatologie », Institut Universitaire Kurt Bösch, 1999.
52. Mino JC, Lert F. Le travail invisible des équipes de soutien et conseil en soins palliatifs au domicile. Sciences Sociales et Santé 2003; 21: 35-63.
53. Mino JC. Quel rôle au domicile pour les équipes de coordination des réseaux de soins palliatifs ? Med Pal 2004 ; 3 : 263-267
54. Complément du 11 décembre 2000 à la circulaire DH/EO2/2000/295 du 30 mai 2000 relative à l'hospitalisation à domicile, <http://www.sante.gouv.fr> (consulté le 27 septembre 2010).
55. Perret C, Chapuis F. Facteurs favorisant le retour à domicile des patients en fin de vie hospitalisés. Med Pal 2010 ; doi : 10.1016/j.medpal.2010.04.001
56. Chappuis V. Description des patients relevant de soins palliatifs suivis en HAD. Med Pal 2008 ; 7 : 297-301.
57. Delarue M. Accueil et sélection en unité de soins palliatifs : quelques aspects réflexifs. Med Pal 2008 ; 7 : 86-90.
58. Devaux JM. La durée de séjour en unité de soins palliatifs. Med Pal 2008 ; 7 :18-24.

59. Marin I. Allez donc mourir ailleurs ! Un médecin, l'hôpital et la mort. Buchet Chastel 2004.
60. Owen E, Johnson M. Un programme pour des soins palliatifs neurologiques permettant un répit pour l'entourage. Eur J Palliat Care 12.
61. Boespflug O, Hermet R, Crepeau T, Schmidt J. 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. Med Pal 2005 ; 4 :165-171.
62. Barclay S, Wyatt P, Shore S, Finlay I, Grande G, Todd C. Caring for the dying: how well prepared are general practitioners? A questionnaire study in Wales. Palliat Med 2003; 17: 27-39.
63. Barnabé C, Kirk P. A needs assessment for southern Manitoba physicians for palliative care education. Palliat Med 2003; 6: 801-7.
64. Mallet D, Amar S, Béal JL, Hubault P, Lassaunière JM, Leboul D. La formation en soins palliatifs : une chance pour la médecine. Med Pal 2007 ; 6 : 189-298.
65. Viallard ML. Pour la construction et la consolidation d'un savoir en soins palliatifs. Med Pal 2008 ; 7 :179-180.
66. Viallard ML. Formation, enseignement et recherche : une priorité pour l'avenir des soins palliatifs. Med Pal 2009 ; 8 : 103-104.

67. Circulaire DGES-GGS 95-15 du 9 mai 1995 relative aux enseignements de 1er et 2ème cycles des études médicales, <http://www.sfap.org> (consulté le 27 septembre 2010).
68. Arrêté du 4 mars 1997 relatif à la 2ème partie du deuxième cycle des études médicales. JORF n°72 du 26 mars 1997 page 4684.
69. Arrêté du 10 octobre 2000 modifiant l'arrêté du 4 mars 1997 relatif à la 2ème partie du deuxième cycle des études médicales. JORF n°241 du 17 octobre 2000 page 16482.
70. Joly C, Lainé A, Déchelotte P, Haas S. Motivations et attentes des étudiants inscrits à un diplôme d'université de soins palliatifs. Med Pal 2010 ; 9 : 115-119
71. Arrêté du 26 janvier 2007 modifiant l'arrêté du 22 septembre 2004 fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées complémentaires de médecine. JORF n°43 du 20 février 2007 page 2991, texte n° 22.
72. Décret no 2004-67 du 16 janvier 2004 fixant l'organisation du troisième cycle des études médicales. JORF n°15 du 18 janvier 2004 page 1394, texte n° 14.
73. Boles JM. Controverse « les soins palliatifs : en route vers la spécialité ? ». Les soins palliatifs ne doivent pas aller vers la spécialité. Med Pal 2008 ; 7 : 211-214.
74. Burucoa B. Controverse « les soins palliatifs : en route vers la spécialité ? ». Les soins palliatifs doivent aller vers la spécialité. Med Pal 2008 ; 7 : 215-221.

75. Ordonnance N° 96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins, JORF n°98 du 25 avril 1996 page 6311.

VU

NANCY, le 15 septembre 2010
Le Président de Thèse

Professeur G. BARROCHE

NANCY, le 16 septembre 2010
Le Doyen de la Faculté de Médecine
Par délégation,

Mme le Professeur K. ANGIOI

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE

NANCY, le 21 septembre 2010

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY 1
Par délégation

Madame C. CAPDEVILLE-ATKISON

Les médecins généralistes du Grand Nancy et les soins palliatifs: état des lieux, besoins, propositions.

Les soins palliatifs se sont développés depuis 1986, en France, grâce à la mise en place de textes législatifs successifs. La diffusion de la philosophie palliative a permis la création de structures de soins palliatifs sur le territoire français (LISP, EMPS, USP, HAD, réseaux). La formation médicale initiale actuelle ne permet pas d'aborder l'ensemble des aspects de cette démarche. Une formation complémentaire est donc disponible pour les médecins le souhaitant, universitaire (DIU, DU, DESC, etc.) et non universitaire (FMC, CISPAD, etc.). Dans notre enquête téléphonique, 87 médecins généralistes du Grand Nancy ont répondu à notre questionnaire sur leur formation et sur les soins palliatifs. Il en est ressorti que ceux-ci ne sont que peu formés à la pratique de ces soins et qu'ils connaissaient et travaillaient peu avec les structures de soins palliatifs.

Nous avons discuté et émis plusieurs propositions afin d'améliorer la pratique des soins palliatifs en ville: développer la formation initiale et complémentaire, développer l'interaction entre l'hôpital et la ville, favoriser les échanges entre médecins généralistes et palliatologues.

General practitioners of Nancy's agglomeration and palliative care: current situation, needs, suggestions.

Thèse de Médecine Générale- Année 2010

Mots clés : médecine générale ; soins palliatifs ; formation médicale ; enseignement ; lits identifiés de soins palliatifs ; unité de soins palliatifs ; équipe mobile de soins palliatifs ; hospitalisation à domicile ; consultation de médecine palliative ; réseaux de soins palliatifs.

UNIVERSITE HENRI POINCARÉ, NANCY-1
Faculté de Médecine de Nancy
9 avenue de la Forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex