



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-thesesexercice-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>

THÈSE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

Par

Clémence Donzé

Le 22 juin 2017

**PLACE DU MEDECIN GENERALISTE DANS LA LIMITATION ET L'ARRET DES
SOINS EN MEDECINE GENERALE :
ENQUETE D'OPINION EN LORRAINE**

Examineurs de la thèse :

Monsieur le Professeur Sébastien GIBOT	Président
Monsieur le Professeur François PAILLE	Juge
Madame la Professeure Christine PERRET-GUILLAUME	Juge
Monsieur le Docteur Christophe ROTHMANN	Directeur
Monsieur le Docteur Nicolas HUTIN	Juge



**UNIVERSITÉ
DE LORRAINE**



FACULTÉ de MÉDECINE
NANCY

**Président de l'Université de Lorraine :
Professeur Pierre MUTZENHARDT**

**Doyen de la Faculté de Médecine
Professeur Marc BRAUN**

Vice-doyens

Pr Karine ANGIOI-DUPREZ, Vice-Doyen

Pr Marc DEBOUVERIE, Vice-Doyen

Asseseurs :

Premier cycle : Dr Guillaume GAUCHOTTE

Deuxième cycle : Pr Marie-Reine LOSSER

Troisième cycle : Pr Marc DEBOUVERIE

Innovations pédagogiques : Pr Bruno CHENUUEL

Formation à la recherche : Dr Nelly AGRINIER

Animation de la recherche clinique : Pr François ALLA

Affaires juridiques et Relations extérieures : Dr Frédérique CLAUDOT

Vie Facultaire et SIDES : Pr Laure JOLY

Relations Grande Région : Pr Thomas FUCHS-BUDER

Etudiant : M. Lucas SALVATI

Chargés de mission

Bureau de docimologie : Dr Guillaume VOGIN

Commission de prospective facultaire : Pr Pierre-Edouard BOLLAERT

Orthophonie : Pr Cécile PARIETTI-WINKLER

PACES : Dr Chantal KOHLER

Plan Campus : Pr Bruno LEHEUP

International : Pr Jacques HUBERT

=====
DOYENS HONORAIRES

Professeur Jean-Bernard DUREUX - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER - Professeur Henry COUDANE

=====
PROFESSEURS HONORAIRES

Etienne ALIOT - Jean-Marie ANDRE - Alain AUBREGE - Jean AUQUE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY
 Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL - Pierre BORDIGNONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE
 Jean-Louis BOUTROY - Serge BRIANÇON - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL
 Claude CHARDOT - Jean-François CHASSAGNE - François CHERRIER - Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY
 Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS - Jean DUHEILLE - Jean-Bernard DUREUX - Gilbert FAURE - Gérard FIEVE
 Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Alain GERARD - Hubert GERARD
 Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Gilles GROSDIDIER - Oliéro GUERCI - Philippe HARTEMANN
 Gérard HUBERT - Claude HURIET - Christian JANOT - Michèle KESSLER - François KOHLER - Jacques LACOSTE
 Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Alain LE FAOU - Jacques LECLERE
 Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS - Jean-Pierre MALLIÉ - Philippe MANGIN - Jean-Claude MARCHAL - Pierre MATHIEU
 Michel MERLE - Pierre MONIN - Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN - Gilbert PERCEBOIS
 Claude PERRIN - Luc PICARD - François PLENAT - Jean-Marie POLU - Jacques POUREL - Jean PREVOT - Francis RAPHAEL
 Antoine RASPILLER - Denis REGENT - Michel RENARD - Jacques ROLAND - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT
 Michel SCHWEITZER - Daniel SIBERTIN-BLANC - Claude SIMON - Danièle SOMMELET - Jean-François STOLTZ
 Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Gérard VAILLANT - Paul VERT - Hervé VESPIGNANI - Colette VIDAILHET
 Michel VIDAILHET - Jean-Pierre VILLEMOT - Michel WEBER

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Etienne ALIOT - Professeur Gérard BARROCHE - Professeur Pierre BEY – Professeur Serge BRIANÇON
Professeur Jean-Pierre CRANCE - Professeur Gilbert FAURE - Professeur Alain GERARD - Professeure Michèle KESSLER -
Professeur Jacques LECLÈRE - Professeur Alain LE FAOU - Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ - Professeure Simone
GILGENKRANTZ – Professeur Gilles GROSDIDIER - Professeur Philippe HARTEMANN - Professeur François KOHLER
Professeur Alain LE FAOU - Professeur Pierre MONIN - Professeur Jean-Pierre NICOLAS – Professeur Luc PICARD -
Professeur François PLENAT Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC - Professeur Jean-François STOLTZ - Professeur Paul
VERT - Professeur Michel VIDAILHET

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Professeur Marc BRAUN – Professeure Manuela PEREZ

2^{ème} sous-section : (Histologie, embryologie et cytogénétique)

Professeur Christo CHRISTOV– Professeur Bernard FOLIGUET

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

Professeur Jean-Michel VIGNAUD – Professeur Guillaume GAUCHOTTE

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 René ANXIONNAT - Professeur Alain BLUM - Professeur Serge BRACARD - Professeur Michel CLAUDON

Professeure Valérie CROISÉ-LAURENT - Professeur Jacques FELBLINGER

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

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

Professeur Jean-Louis GUEANT - Professeur Bernard NAMOUR - Professeur Jean-Luc OLIVIER

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Professeur Christian BEYAERT - Professeur Bruno CHENUUEL - Professeur François MARCHAL

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT - Professeur Olivier ZIEGLER

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

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

Professeur Alain LOZNIEWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER

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

Professeure Marie MACHOUART

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

Professeur Thierry MAY - Professeure Céline PULCINI - Professeur Christian RABAUD

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

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

Professeur François ALLA - Professeur Francis GUILLEMIN - Professeur Denis ZMIROU-NAVIER

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)

Professeure Eliane ALBUISSON - Professeur Nicolas JAY

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

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

Professeur Pierre FEUGIER

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

Professeur Thierry CONROY - Professeur François GUILLEMIN - Professeur Didier PEIFFERT - Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT – Professeure Marie-Thérèse RUBIO

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-réanimation ; médecine d'urgence)

Professeur Gérard AUDIBERT - Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Thomas FUCHS-BUDER
Professeure Marie-Reine LOSSER - Professeur Claude MEISTELMAN

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

Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Sébastien GIBOT - Professeur Bruno LÉVY

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

Professeur Pierre GILLET - Professeur Jean-Yves JOUZEAU - Professeur Patrick NETTER

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

Professeur François PAILLE - Professeur Patrick ROSSIGNOL - Professeur Faiez ZANNAD

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

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Marc DEBOUVERIE - Professeur Louis MAILLARD - Professeur Luc TAILLANDIER - Professeure Louise TYVAERT

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

Professeur Jean AUQUE - Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS - Professeur Olivier KLEIN

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

Professeur Jean-Pierre KAHN - Professeur Raymund SCHWAN

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

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)

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE - Professeur Damien LOEUILLE

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

Professeur Laurent GALOIS - Professeur Didier MAINARD - Professeur Daniel MOLE - Professeur François SIRVEAUX

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

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ

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

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

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

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

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Edoardo CAMENZIND - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET - Professeur Yves JUILLIERE

Professeur Nicolas SADOUL

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

Professeur Thierry FOLLIGUET - Professeur Juan-Pablo MAUREIRA

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

Professeur Sergueï MALIKOV - Professeur Denis WAHL – Professeur Stéphane ZUILY

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

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

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI - Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeur Luc FRIMAT - Professeure Dominique HESTIN

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Pascal ESCHWEGE - Professeur Jacques HUBERT

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

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

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Jean-Dominique DE KORWIN - Professeure Gisèle KANNY

Professeure Christine PERRET-GUILLAUME – Professeur Roland JAUSSAUD – Professeure Laure JOLY

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

Professeur Ahmet AYAV - Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD

3^{ème} sous-section : (Médecine générale)

Professeur Jean-Marc BOIVIN – Professeur Paolo DI PATRIZIO

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

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET - Professeur Jean-Michel HASCOET
Professeur Emmanuel RAFFO - Professeur Cyril SCHWEITZER

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

Professeur Pierre JOURNEAU - Professeur Jean-Louis LEMELLE

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

Professeur Philippe JUDLIN - Professeur Olivier MOREL

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

Professeur Bruno GUERCI - Professeur Marc KLEIN - Professeur Georges WERYHA

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

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

Professeur Roger JANKOWSKI - Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER

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

Professeure Karine ANGIOI - Professeur Jean-Paul BERROD - Professeur Jean-Luc GEORGE

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

Professeure Muriel BRIX

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

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

Professeur Walter BLONDEL

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER

=====

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur associé Sophie SIEGRIST

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON

2^{ème} sous-section : (Histologie, embryologie et cytogénétique)

Docteure Chantal KOHLER

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

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

Docteur Jean-Marie ESCANYE

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

Docteur Damien MANDRY - Docteur Pedro TEIXEIRA

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

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

Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA - Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle AIMONE-GASTIN
Docteure Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteur Marc MERTEN - Docteur Abderrahim OUSSALAH

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Docteure Silvia DEMOULIN-ALEXIKOVA - Docteur Mathias POUSSEL

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

Docteure Véronique DECOT-MAILLERET

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

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

Docteure Corentine ALAUZET - Docteure Hélène JEULIN - Docteure Véronique VENARD

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

Docteure Anne DEBOURGOGNE

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

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

Docteure Nelly AGRINIER - Docteur Cédric BAUMANN - Docteure Frédérique CLAUDOT - Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE

2^{ème} sous-section (Médecine et Santé au Travail)

Docteure Isabelle THAON

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

Docteur Laurent MARTRILLE

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

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

Docteure Aurore PERROT – Docteur Julien BROSEUS (*stagiaire*)

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

Docteure Lina BOLOTINE – Docteur Guillaume VOGIN (*stagiaire*)

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Docteure Céline BONNET - Docteur Christophe PHILIPPE

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

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

Docteur Antoine KIMMOUN

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

Docteur Nicolas GAMBIER - Docteure Françoise LAPICQUE - Docteur Julien SCALA-BERTOLA

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

Docteur Nicolas GIRERD

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

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Docteure Anne-Christine RAT

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

Docteure Anne-Claire BURSZTEJN

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

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

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

Docteur Fabrice VANHUYSE

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

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

Docteur Jean-Baptiste CHEVAUX

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

3^{ème} sous-section : (Médecine générale)

Docteure Elisabeth STEYER

54^{ème} Section : DEVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

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

Docteure Isabelle KOSCINSKI

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

1^{ère} sous-section : (Oto-Rhino-Laryngologie)

Docteur Patrice GALLET

=====
MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

7^{ème} Section : SCIENCES DU LANGAGE : LINGUISTIQUE ET PHONETIQUE GÉNÉRALES

Madame Christine DA SILVA-GENEST

19^{ème} Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

60^{ème} Section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE, GÉNIE CIVIL

Monsieur Alain DURAND

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Claire LANHERS - Monsieur Nick RAMALANJAONA - Monsieur Pascal REBOUL

65^{ème} Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Madame Nathalie AUCHET - Madame Natalia DE ISLA-MARTINEZ - Monsieur Jean-Louis GELLY
Madame Céline HUSELSTEIN - Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE - Monsieur Christophe NEMOS

66^{ème} Section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteur Pascal BOUCHE – Docteur Olivier BOUCHY - Docteur Arnaud MASSON – Docteur Cédric BERBE
Docteur Jean-Michel MARTY

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
*Research Institute for Mathematical Sciences de
Kyoto (JAPON)*

Professeure Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS
(1996)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIËTNAM)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume-Uni)
Professeur Yunfeng ZHOU (2009)
Université de Wuhan (CHINE)
Professeur David ALPERS (2011)
Université de Washington (U.S.A)
Professeur Martin EXNER (2012)
Université de Bonn (ALLEMAGNE)

DÉDICACES

À NOTRE MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE JURY

Monsieur le Professeur Sébastien GIBOT,

Professeur des Universités en Réanimation

Toute notre reconnaissance pour votre disponibilité et votre participation à ce jury.

À NOTRE MAÎTRE ET JUGE

Monsieur le Professeur François PAILLE

Professeur des Universités en thérapeutique et Addictologie

Tous nos remerciements pour votre présence et votre participation à ce jury.

À NOTRE MAÎTRE ET JUGE

Madame la Professeure Christine PERRET-GUILLAUME

Professeure des Universités en Gériatrie

Tous nos remerciements pour votre présence et votre participation à ce jury.

À NOTRE MAÎTRE , JUGE ET DIRECTEUR DE THÈSE

Monsieur le Docteur Christophe ROTHMANN

Médecin urgentiste et Expert médico-judiciaire

*Des remerciements ne sont que trop modestes à côté de votre service rendu.
Merci de m'avoir fait confiance et de m'avoir accordé votre temps si précieux.
Cette thèse est l'aboutissement d'un long travail, et je suis heureuse d'avoir pu le faire avec vous. Un grand merci.*

À NOTRE MAÎTRE ET JUGE

Monsieur le Docteur Nicolas HUTIN

Médecin Généraliste et ami

Merci d'être ici ce jour. Sans cesse dans ma pratique quotidienne, je ne peux m'empêcher de penser au médecin disponible, humain et bon que vous incarnez... Certainement un modèle professionnel pour moi.

À MES COLLÈGUES ET MAÎTRES DE STAGES

Juju qui me supporte au quotidien et toute mon équipe, Caroline JEANSOLIN qui m'a aidée beaucoup plus qu'elle ne croit, Hélène ADAM, Philippe MEYER pour leur éternel soutien...

À MES PARENTS

Merci Maman, merci Papa pour tous les sacrifices humains et financiers que vous avez faits pour moi. Merci de m'avoir inculqué des valeurs qui font de moi aujourd'hui une jeune femme heureuse et épanouie. Merci de m'avoir accompagnée et de continuer à le faire, dans tous ces moments de la vie. Je vous aime.

À MON FIANCÉ

Gaël, mon amour. Depuis mes débuts en médecine, tu es à mes côtés et ne cesse de croire en moi. Merci de faire de moi une belle et bonne personne. Je suis fière d'être entourée au quotidien de ta bienveillance et de ton amour. Je t'aime.

À MES ENFANTS

Louison, mon Loulou, Merci d'être un bonhomme si affectueux et gentil, dans les moments et les absences parfois pénibles que je t'ai fait traverser tout au long de ces études. Continue à m'émerveiller chaque jour.

Célestine, mon petit Clown plein de tendresse et d'espièglerie, merci pour ces moments de complicité qui me réconfortent.

À MES FRÈRES

Jeunes et moins jeunes, vous m'avez toujours protégée et soutenue. Et pour cela vous êtes géniaux ! Merci de veiller sur moi depuis toutes ces années dans les bons et les moins bons moments.

À MES AMIES DE TOUJOURS

Clémence et Marie, qui à travers ces intempéries de la vie, avez toujours su m'accompagner par votre présence, vos paroles réconfortantes et votre humour. Même si nos vies ne sont plus dans la même ville, ces moments forts nous rapprochent toujours un peu plus. Merci pour tout.

À TOUS CEUX PRESENTS

A Mathilde TDLC pour son aide précieuse, Mamie Nicole qui m'a accueillie pour mes quelques révisions de rattrapage, Badette et Co pour les breaks post-examens, ma belle-famille, mes belles sœurs (et Dieu sait qu'il y en a), mes amis d'enfance, Julie, Mélanie et Thomas mes acolytes de la Fac, ET CEUX QUE J'OUBLIE...

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 ».

SOMMAIRE

1.PARTIE 1 : PREAMBULE

2.PARTIE 2 : PLACE DU MEDECIN GENERALISTE DANS LA LIMITATION ET ARRET DES SOINS EN MEDECINE GENERALE : ENQUETE D'OPINION EN LORRAINE

2.1 Introduction

2.2 Matériel et Pratique

- 2.2.1 Médecins inclus
- 2.2.2 Développement et diffusion du questionnaire
- 2.2.3 Éthique
- 2.2.4 Statistiques

2.3 Résultats

- 2.3.1 Participation
- 2.3.2 Profil des médecins généralistes réponders
- 2.3.3 Connaissance des recommandations
- 2.3.4 Traitements pouvant être limités ou arrêtés
- 2.3.5 Ressenti des médecins généralistes réponders

2.4 Discussion

- 2.4.1 Méthodologie
- 2.4.2 Problématique
- 2.4.3 Ouverture

2.5 Conclusion

3.PARTIE 3 : CONCLUSION

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

ANNEXES

ABREVIATIONS

1. PARTIE 1 : PREAMBULE

« Primum non nocere » (1), à la fois un dogme de la médecine de soins actifs, mais également de la médecine palliative. Les avancées de la science ont fait de la médecine une discipline efficace et omniprésente tout au long de la vie de chaque individu. La médecine générale ou médecine de famille est maintenant devenue une spécialité à part entière.

Un médecin généraliste possède plusieurs champs d'action définis par l'OMS (2), s'attachant à la prise en charge globale, familiale, communautaire, préventive, continue du patient avec une volonté de coordination et collaboration pluridisciplinaire des soins.

Contrairement au médecin hospitalier, le médecin généraliste accomplit ses missions en ville comme en ruralité, dans l'environnement du patient. L'approche et la pratique des soins sont différentes, avec la nécessité de prendre en charge un patient pathologique, en ayant recours à des compétences multiples et variées, toujours dans le respect des volontés du patient et avec les contraintes environnementales.

En France, il y a 57% de médecins généralistes libéraux (3).

Quelques facultés de médecine proposent un enseignement en premier ou en second cycle des études médicales pour sensibiliser les étudiants à la culture palliative. L'arrêté du 10 octobre 2000 (4), modifiant l'arrêté du 4 mars 1997 relatif à la deuxième partie du deuxième cycle des études médicales, rend obligatoire la mise en place du module 6 « Douleur, soins palliatifs et accompagnement».

Le médecin généraliste garantit au plus tôt les soins palliatifs, toujours dans l'objectif de soulager le patient (5). Après avoir réalisé les soins à visée curative, il doit prodiguer, dans le respect de la dignité du patient, « ces soins actifs, continus, évolutifs, coordonnés et pratiqués par une équipe professionnelle. Dans une approche globale et individualisée, leurs objectifs étant de prévenir ou de soulager les symptômes physiques, dont la douleur, mais aussi les autres symptômes, d'anticiper les risques de complications et de prendre en compte les besoins psychologiques, sociaux et spirituels, dans le respect de la dignité de la personne soignée. Les soins palliatifs cherchent à éviter toutes investigations ou traitements déraisonnables et se refusent à provoquer intentionnellement la mort. Selon cette approche, le patient est alors considéré comme un être vivant et la mort comme un processus naturel... » (6).

L'approche de la mort est pour le malade une période de solitude, de souffrance et d'angoisse. Pour sa famille, c'est une épreuve et pour son médecin traitant une étape difficile (7).

La mort devient aujourd'hui, comme la naissance, un cap de la vie à anticiper dans une société médicalisée et de plus en plus médicalisante. En 2013, 569 200 personnes sont décédées en France (8). Ce niveau, le plus haut depuis 30 ans, s'explique par la structure de la population. Les générations aux âges de forte mortalité sont un peu plus nombreuses que par le passé et le nombre de lits hospitaliers dédiés de soins palliatifs encore insuffisants. La société actuelle vieillissant, la situation se pose quotidiennement et les gens souhaitent mourir à domicile. 58% des français regrettent la mort à l'Hôpital, 81% préféreraient finir de vivre chez eux (9)(10). La proportion réelle de décès à domicile ne varie que très peu depuis 1990, passant de 28,7% à 25% (11). Le vieillissement actuel de la population en France provoque souvent l'hospitalisation en urgence de patients fragiles, atteints de co-morbidités ou maladies chroniques diverses, avec une rupture environnementale et une tendance à l'aggravation durant le séjour hospitalier, saturant ainsi les services de médecine polyvalente, de gériatrie, d'urgences voire de réanimation. Ces services hospitaliers sont ainsi confrontés à la prise en charge quotidienne de patients qu'ils ne connaissent pas, mais qui, du fait de la nature même de l'affection dont ils souffrent et/ou de leur âge avancé, sont en fin de vie. Une étude publiée en 2003 (12) rapporte que 13,5 % des patients admis en réanimation décédaient ou avaient des décisions de limitation et/ou arrêt thérapeutique prises pendant leur séjour. La médecine générale, spécialité à part entière, s'ancre dans un décor encore flou en matière de fin de vie, notamment par absence de recommandations propres.

Pour éviter l'obstination déraisonnable, émergent les soins de support et les soins palliatifs. La fin de vie ne s'arrête donc pas uniquement au domaine physique. Elle comprend également les aspects psychologiques, sociaux et spirituels, à la fois pour le patient comme pour son entourage proche. De même, les patients concernés ne sont pas exclusivement les patients atteints de cancers ou en état de mort encéphalique. Ces soins de support s'adressent aussi aux personnes atteintes de maladies graves, aiguës ou chroniques, évolutives ou mettant en jeu le pronostic vital ou en phase avancée, terminales et/ou incurables, aux patients déments en absence de plan de soins (13). Ainsi, les soins de support caractérisent l'ensemble des actes et soutiens nécessaires aux personnes malades tout au long de la maladie, conjointement aux éventuels traitements spécifiques (chirurgie, chimiothérapie, radiothérapie...) et différents domaines (algologue, diététicienne, orthophonie, social, psychologue...) (14).

Initialement nés en Grande – Bretagne grâce à une ancienne infirmière, C. SAUNDERS, dans les années 1940 (15), ils apparaissent en France en 1986 par la réforme LAROQUE (16), puis sont précisés en 1991 par la Réforme hospitalière (17), et enfin en 1999 (18) pour garantir le droit du patient à une « mort digne » avec une approche soignante appropriée dans ces derniers jours. Ils seront complétés en mars 2002 par la notion de « respect de la volonté du patient » (19). L'affaire Vincent HUMBERT, en 2003 (20), aboutie pour partie le 22 avril 2005 à la législation donnant un cadre relatif « aux droits des malades et à la fin de vie » (21), avec des valeurs supérieures sur la limitation ou l'arrêt des traitements, collégiales et respectant les volontés du patient (directives anticipées et personne de confiance).

La mort se médicalise, comme la maladie. L'Etat propose, des programmes de développement des soins palliatifs à travers plusieurs plans triennaux (22). Enfin, la Loi LEONETTI-CLAYES (23) renforce les droits des patients en fin de vie et s'attache à donner réalité au refus de l'acharnement thérapeutique. On parle alors de soulager la souffrance par la « sédation terminale », avec le risque d'effet secondaire d'abrèger la vie. C'est le principe du double-effet.

En 2017, pour respecter la loi, un médecin doit prendre un avis extérieur, auprès d'un « consultant », pour valider sa décision de limitation ou d'arrêt de soins (24). En cas d'absence de consensus entre les deux médecins, un autre médecin extérieur peut être consulté voire plusieurs. C'est finalement au médecin en charge du patient qu'il appartient, grâce à l'aide de cette procédure collégiale, de prendre la décision ou non de limitation ou d'arrêt thérapeutique.

Même si la Loi Léonetti et l'article 37 du code de Déontologie Médicale (25) donnent un cadre légal à la fin de vie, il est légitime de soulever ces difficultés rencontrées à domicile par le médecin généraliste, qui se retrouve parfois démuni devant certaines prises de décisions et face à des pathologies de plus en plus lourdes et spécifiques. C'est pourquoi le médecin généraliste doit collaborer avec les réseaux de soins palliatifs existants (26): unité mobile de soins palliatifs, Hospitalisation A Domicile (HAD), unité de soins palliatifs avec lits dédiés. Ces différentes structures sont encore trop peu présentes en Lorraine (27)(28).

La limitation et l'arrêt des thérapeutiques actives, « withholding » et « withdrawing » (29), sont deux entités différentes. La première correspond à la « non-optimisation d'un ou de plusieurs traitement (s) ou technique (s) de suppléance d'organes » et à la « prévision d'une non optimisation ou d'une non instauration de thérapeutique en cas de défaillance d'organes ». La seconde consiste en l'interruption d'un ou plusieurs traitement (s), dont les techniques de suppléance d'organe assurent un maintien artificiel de la vie (ventilation

mécanique, vasopresseurs, épurations extra-rénales...). Dans la littérature, les traitements interrompus en réanimation correspondent aux produits sanguins labiles, catécholamines, antibiotiques, à la dialyse, ventilation mécanique, nutrition parentérale, nutrition entérale (30). En France, nutrition et hydratation sont rarement interrompues (31). Les évolutions législatives de 2016 (23) vont sans doute modifier ces conduites.

Ces discussions éthiques, politiques, déontologiques et législatives posent un certain nombre de limites technico-pratiques concernant la limitation ou l'arrêt des soins, par le médecin généraliste à domicile. Il existe un écart entre les recommandations officielles et législatives et la réalité clinico-pratique « du domicile ». Les recommandations et informations concernant la limitation et/ou l'arrêt thérapeutique sont mal connues ou assez floues pour les médecins généralistes. Pourtant, les patients en fin de vie à domicile ont les mêmes besoins et posent les mêmes problématiques qu'à l'hôpital.

Une campagne d'accès aux informations pour les médecins généralistes et des accès privilégiés auprès d'équipes chevronnées pourraient offrir de nouvelles perspectives. L'émergence d'outils validés d'aide à la décision, la rédaction de prescriptions particulières, semblent être des axes à étendre. A l'heure de la télémédecine, du dossier patient informatisé, des réunions pluridisciplinaires, un consensus, intégrant la place du médecin généraliste dans l'organisation de la fin de vie de ses patients à domicile, semble légitime.

2. PARTIE 2 : PLACE DU MEDECIN GENERALISTE DANS LA LIMITATION ET L'ARRET DES SOINS EN MEDECINE GENERALE : ENQUETE D'OPINION EN LORRAINE

2.1 INTRODUCTION

Après avoir obtenu une qualité de leur vie, les patients réclament une amélioration de la qualité de leur mort. Si 89% des français considèrent les soins palliatifs comme une réponse nécessaire à la souffrance des personnes en fin de vie (32), environ 87% estiment qu'ils permettent de la vivre plus sereinement et avec dignité. Pourtant près de deux tiers des patients ont le sentiment d'être mal informés au sujet des soins palliatifs. Aujourd'hui, en France, les trois quarts des sujets meurent à l'hôpital (33). La loi du 9 juin 1999 (18), modifiée par celle du 22 avril 2005 (20), sur le droit à l'accès aux soins palliatifs, et les différents plans triennaux de développement des soins palliatifs (21) (22) ont permis d'amorcer une prise de conscience sur la nécessité de mieux accompagner les personnes en fin de vie et leurs proches au sein des établissements de santé, en rédigeant des recommandations et consensus médicaux. Cependant, le cadre de la fin de vie et le rôle du médecin généraliste dans ces décisions de limitation et/ou d'arrêt thérapeutique restent encore mal définis.

Chaque année, 154 861 Français décèdent des suites d'une maladie à l'évolution progressive, comportant une phase terminale facilement identifiable. Entre 60 et 80% d'entre eux semblent vouloir passer leurs derniers instants dans leur domicile. Cependant, seulement 25% des décès surviennent réellement à domicile, les autres ayant lieux dans des établissements de santé (30).

La SRLF, la SFMU et la SFG ont rédigé des recommandations concernant la limitation et/ou l'arrêt thérapeutique. Le cadre législatif actuel (23) impose au médecin référent de se concerter avec l'équipe de soins, si elle existe, et d'obtenir l'avis motivé d'au moins un autre médecin, appelé en qualité de consultant. Il ne doit exister aucun lien de nature hiérarchique entre le médecin en charge du patient et le consultant. En 2009, sur 14012 médecins généralistes recensés en France, seulement 423 (2%) avaient une formation médicale continue en « fin de vie ». Dans ce contexte et dans un milieu hospitalier déficitaire en lits dédiés, les médecins libéraux risquent d'être de plus en plus confrontés à la fin de vie à domicile et devoir gérer des situations complexes (9).

Ainsi, la place du médecin généraliste comme pivot de cette prise en charge et de ces décisions semble légitime, avec nécessité de permettre un cadre sécurisé et sécurisant pour tous les protagonistes.

L'objectif principal de notre étude s'intéresse à la place du médecin généraliste dans la décision de limitation et/ou d'arrêt thérapeutique pour les patients adultes en fin de vie à domicile.

Les objectifs secondaires sont de recueillir le ressenti des médecins généralistes, au sujet des thérapeutiques et pathologies concernées, selon eux, par ce type de décision et de proposer des pistes de réflexion pour améliorer ces prises en charge.

2.2 MATERIEL ET METHODES

En décembre 2015, nous avons réalisé, grâce à un questionnaire d'opinions, une étude transversale descriptive, au cours d'un séminaire annuel dédié aux médecins généralistes de Lorraine, intitulé *Preuves & Pratiques*.

2.2.1 Médecins inclus

Chaque année a lieu un séminaire dédié aux médecins généralistes de Lorraine, nommé *Preuves & Pratiques*. Il rassemble, au cours d'une journée, des professionnels venant de toute la Lorraine et est animé par des spécialistes chargés d'intervenir sur des sujets divers et variés de l'actualité médicale. Des séminaires identiques ont lieu également dans chaque département au cours de l'année. 301 médecins généralistes ont participé au séminaire de l'année 2015.

2.2.2 Développement et diffusion du questionnaire

Notre recueil de données a été réalisé sur la base d'un questionnaire d'opinions. Il comprend onze questions à réponses fermées, dont une à choix multiple, réparties en trois parties.

La première partie porte sur le profil des médecins généralistes répondants (âge, sexe, expérience, lieu d'exercice, travail de collaboration, visites à domicile, spécialisations), la seconde sur l'aspect théorique et pratique des thérapeutiques et soins susceptibles de concerner la fin de vie. Enfin, la dernière partie concerne le ressenti des médecins généralistes face aux décisions de limitation et/ou d'arrêt thérapeutique.

Chaque médecin généraliste participant se voit remettre au moment de son arrivée, un nécessaire contenant les documents médicaux relatifs aux sujets programmés de la journée.

Un questionnaire a donc été inséré dans chaque lot. Une annonce publique a été faite, le matin et l'après-midi, pour inciter à le compléter.

Le recueil s'est fait en deux temps. Une partie des questionnaires a été récupérée directement à la fin du séminaire et une autre nous est parvenue en différé, par mail ou voie postale (coordonnées personnelles fournies en fin de questionnaire).

2.2.3 Éthique

S'agissant d'un questionnaire d'opinions, aucun résultat n'a eu d'influence sur la prise en charge des patients ou de leurs familles. Le consentement des patients et l'avis du comité de protection des personnes ne sont donc pas nécessaires.

2.2.4 Statistiques

L'analyse statistique a été effectuée à l'aide du logiciel Microsoft Excel. Les valeurs de chaque variable qualitative ont été exprimées en pourcentage et en fréquence absolue.

2.3 RESULTATS

2.3.1 Participation

Sur 301 médecins généralistes participant au séminaire, 36% ont répondu au questionnaire. 88% des répondants ont rendu le questionnaire directement à la sortie du séminaire et 12% l'ont envoyé dans le mois suivant. Deux ont été exclus, car incomplets.

2.3.2 Profil des médecins généralistes répondants

Le médecin généraliste ayant répondu au questionnaire est un homme, titulaire (figure 1) de plus de 60 ans (figure 2), ayant une expérience acquise de plus de 30 ans pour environ 28% (figure 3) et une activité semi-rurale pour 44,8% (figure 4).

Il existe près de quarante spécialisations différentes (figure 5) pour 55% des médecins généralistes répondants.

64,5% des médecins généralistes répondants travaillent en collaboration, 38,3% ont des activités annexes (maison de retraite, hôpital local, vacations salariées dans des structures publiques ou privées,...)

93,4% font des visites à domicile et 42% seulement travaillent avec des réseaux de soins palliatifs.

2.3.3 Connaissance des Recommandations Générales

Parmi les 107 questionnaires exploitables, 22,4% des médecins généralistes connaissent les recommandations officielles et actuelles, mais 89,7% jugent compatible leur rôle dans la décision de limitation et/ou d'arrêt des soins et 90% ont déjà été confrontés à de telles prises de décision.

Les situations pathologiques pouvant engendrer une limitation et/ou un arrêt des soins sont détaillées dans la figure 6.

2.3.4 Traitements pouvant être limités ou arrêtés

Selon les médecins généralistes répondants, les principaux traitements pouvant être arrêtés à l'hôpital avec leur avis consultatif sont les amines vaso-actives et les produits sanguins labiles (figure 7).

Dans 75,7% des cas, le traitement antibiotique est susceptible d'être limité ou arrêté par le médecin généraliste seul (figure 8).

2.3.5 Ressenti des médecins généralistes répondants

La collégialité d'une telle décision reste « primordiale » pour 54,2% des médecins généralistes répondants (figure 9) et seulement 27,1% considèrent ces prises de décision comme normales, « Pas de problèmes, cela fait partie de mes missions » (figure 10). Enfin, 29,9% pensent que la place du médecin généraliste est « indispensable » dans la prise de ces décisions et 68,2% se considèrent comme « trop peu sollicités » (figure 11).

2.4 DISCUSSION

2.4.1 Méthodologie

Le recrutement initial des médecins généralistes s'est avéré difficile, car les Conseils de l'Ordre National et Départemental des Médecins ne fournissent plus de liste des médecins installés et en activité, par souci de confidentialité. Il existe alors un biais de sélection, de part le seul interrogatoire des médecins généralistes participants à un séminaire annuel. Cette population concerne des professionnels motivés, en quête de formation. Les résultats ne semblent pas pouvoir être extrapolés à la population nationale des médecins généralistes. Nous avons obtenu 36% de participation, avec des médecins généralistes installés dans les différents départements de Lorraine. La multiplication des modalités de retour des questionnaires (présence au séminaire, fax, mail et voie postale) a sans doute favorisé le

nombre de participants. Nous avons respecté un anonymat initial pour plus d'objectivité et une part d'aléatoire, puisque la population sélectionnée concerne les médecins généralistes lorrains. La population concernée touche aussi bien des titulaires, des remplaçants, que des internes en formation, élargissant ainsi les types de pratiques, de connaissances et d'expériences. Sur le plan épidémiologique, 54% des médecins réponders sont des hommes, pour une moyenne nationale de médecins généralistes masculins à 59% (34).

Le questionnaire était court, simple, avec des réponses attendues binaires, pour plus d'adhésion.

Le formulaire de recueil des données étant constitué de questions fermées, le choix des réponses est limité et peut induire un biais de mesure. Le médecin généraliste répondeur peut ne pas s'identifier aux différentes propositions et son choix définitif peut être influencé par la nécessité d'une réponse explicite.

Enfin, il existe un biais d'interprétation, puisque l'opinion des médecins généralistes réponders, recueillie à travers le questionnaire, ne représente aucune réalité de la pratique générale et reste subjective (questionnaire d'opinions et de pratiques).

2.4.2 Problématique

Les médecins généralistes interrogés méconnaissent les recommandations concernant la limitation et/ou l'arrêt thérapeutique. S'ils ont des expériences plus ou moins anciennes, seulement 22,4% disent connaître les recommandations actuelles sur le sujet. Deux travaux (35) (36) réalisés chez des médecins urgentistes montrent qu'environ 30% d'entre eux connaissent les recommandations sur la limitation et/ou l'arrêt thérapeutique. Tout comme certains de ces urgentistes, le médecin généraliste se retrouve parfois seul lors de la prise en charge du patient et de la réflexion aboutissant à une décision thérapeutique.

Cependant, 38% des médecins urgentistes et 27 % des médecins généralistes considèrent ces prises de décisions comme « sans problèmes et faisant partie de leurs missions ». Dans plus de 60% des cas, les médecins généralistes se disent « mal à l'aise » face à ces décisions. Cette « réalité du terrain » relate une faille dans le système de soins. Plus de 90% des médecins généralistes réponders ont déjà été confrontés à des situations de décision de limitation et/ou d'arrêt thérapeutique, mais seulement 42% d'entre eux travaillent en collaboration avec des réseaux de soins palliatifs.

Un médecin généraliste prend en effet en charge, chaque année, en moyenne entre un et quatre patients en fin de vie (37). Les pathologies concernées sont à 99% les néoplasies en phases terminales.

Dans la littérature, il n'y a pas de surprise pour les principales maladies (33) et on retrouve 30% de tumeurs et 30% de pathologies cardio-vasculaires.

Concernant les différents types de thérapeutiques, il faut distinguer les thérapeutiques actives des soins. Depuis le 2 février 2016, l'hydratation et l'alimentation artificielle sont considérées comme des traitements (39).

Dans la littérature, on ne retrouve pas de référence concernant les thérapeutiques arrêtées en médecine générale. En médecine d'urgences, les principaux traitements concernés par une limitation et/ou un arrêt (40) sont le massage cardiaque externe, la ventilation mécanique, le support inotrope, l'oxygénation au masque et le remplissage vasculaire. Dans un travail réalisé en réanimation (41), les traitements susceptibles d'être limités ou arrêtés concernent la ventilation mécanique (82%), l'administration d'oxygène (82%), la perfusion d'amines vasopressives (59%), la dialyse (1%), la nutrition parentérale (12%), la nutrition entérale (15%), l'administration d'antibiotiques (36%) et la transfusion de produits sanguins labiles (7%). Ces soins « hospitaliers » sont très différents de ceux réalisés à domicile, qui ne concernent pas le support des grandes fonctions vitales. Ainsi, à domicile, vont surtout être limitées ou arrêtées la nutrition, l'oxygénothérapie, l'hydratation et l'antibiothérapie, en parallèle de la mise en place d'une éventuelle sédation terminale, comme l'autorise la loi du 2 février 2016 (23).

A domicile, après avoir recherché la volonté du patient et avant de prendre une décision de limitation ou d'arrêt de thérapeutique pour éviter parfois une obstination déraisonnable, le médecin généraliste doit se concerter avec l'équipe de soins quand elle existe et obtenir l'avis motivé d'au moins un autre médecin, appelé en qualité de consultant. Il ne doit exister aucun lien de nature hiérarchique entre le médecin en charge du patient et le consultant. L'avis motivé d'un deuxième consultant est demandé par ces médecins si l'un d'eux l'estime utile (42). Cette procédure, légitime et incontournable au regard de la législation, semble parfois complexe à mettre en œuvre et n'est pas toujours respectée en pratique de terrain. Le médecin généraliste peut donc être le demandeur de l'avis d'un confrère généraliste comme lui pour la prise d'une décision de limitation et/ou d'arrêt thérapeutique, ou se retrouver consultant pour une telle décision à la demande de l'un de ses confrères ou pour l'un de « ses patients » hospitalisé et pour lequel l'équipe hospitalière envisage une limitation et/ou un arrêt thérapeutique. Dans notre enquête, 68% des médecins répondants se considèrent « trop peu sollicités », chiffre très important, si l'on considère que le médecin généraliste détient une partie importante du dossier médical du patient, avec notamment des informations cruciales comme ses directives anticipées éventuelles. Certaines études confirment ce défaut de

sollicitation (4 à 8%) (37) (40) (41). Ces pratiques doivent être étendues, le médecin traitant du patient devant devenir un acteur essentiel et incontournable lors d'une décision de limitation et/ou d'arrêt thérapeutique concernant l'un de « ses patients ».

Le médecin généraliste agit souvent seul, lors de la prise en charge décisionnelle. Il est ainsi « hors la loi », eu égard aux recommandations professionnelles et à la législation en vigueur sur le sujet de la fin de vie et de la limitation et/ou arrêt thérapeutique. Dans notre travail, plus de 90% des médecins généralistes répondants considèrent primordial ou indispensable le caractère « collégial » de ces prises de décisions. En milieu hospitalier, la prise de décision par un seul médecin peut varier de 11 à 63% (41) (43) (44). En médecine générale, une autre dimension interfère sur l'aspect décisionnel. Le souci d'objectivité et surtout des affects du médecin généraliste vis à vis de « son patient ». Les médecins généralistes sont ainsi confrontés à deux difficultés principales. La première liée à la confusion du patient concernant l'idée qu'il a de la fin de vie et ce que cela implique réellement en pratique. La seconde est liée à la proximité que lui confère son rôle de médecin de famille, avec un manque évident d'objectivité et un affect différent dans la prise de décision (45). Pour éviter et anticiper la première, il est indispensable d'expliquer avec un discours clair ce qu'est la fin de vie, les étapes à franchir, les maux et les souffrances potentiels (détresse respiratoire, hémorragie, arrêt cardio respiratoire, hyperthermie...), ainsi que les possibilités thérapeutiques pour y faire face. Vouloir une fin de vie à domicile est une chose, être confronté à certaines souffrances avec l'image que cela peut véhiculer à son entourage en est une autre.

Les médecins hospitaliers sont moins concernés par ces problématiques, car ils n'ont pas les mêmes rapports avec les patients. Il est toujours difficile de prendre une décision, en étant personnellement impliqué dans le quotidien d'une personne. Prendre la décision d'une anxiolyse ou d'une sédation pour encadrer la fin de vie à domicile pourrait paraître inconcevable et irréalisable. Pourtant, introduire un traitement à domicile par midazolam par exemple est possible et réalisé, le plus souvent dans le cadre d'une HAD.

Chez nos voisins frontaliers, plus de 80% des médecins généralistes se considèrent eux-mêmes comme une indispensable partie dans la prise en charge de la fin de vie de leurs patients (76% en Allemagne et 91% en Suisse). Environ 90% d'entre eux seraient en contact direct avec les familles de patients mourants et 50% coordonneraient les soins. Globalement, près de 68% des patients décèdent dans leur environnement domestique (46).

2.4.3 Ouverture

La communication semble une piste fondamentale à développer, à travers l'information, la prévention, la formation. Les directives anticipées sont une absolue nécessité, à la fois pour connaître les volontés du patient, mais également pour aborder avec lui les étapes et les situations à risques dans le cadre de la fin de vie à domicile (détresse respiratoire, hémorragie, arrêt cardio-respiratoire...).

Grâce à la télémédecine, certaines interfaces médicales accessibles à tout médecin demandeur d'un avis pluridisciplinaire existent. Par exemple, pour les patients atteints de cancers, quel que soit leur pronostic ou âge, depuis des années, des protocoles collégiaux existent à travers des plateformes virtuelles telles que Oncolor (47). Des réunions de concertation pluridisciplinaire sont réalisées de façon régulière pour statuer et valider, en fonction de chaque dossier, quel protocole est le plus adapté à la prise en charge du patient.

Dans chaque situation, le patient reste en définitif le seul décisionnaire des choix qui lui sont proposés, l'objectif étant de respecter sa volonté.

En Lorraine, il existe des réseaux de soins palliatifs : USP, EMSP, HAD, LISP (48). Il semble évident d'améliorer la formation des médecins généralistes dans cette médecine palliative, d'adapter les recommandations de la fin de vie et de la limitation et/ou arrêt thérapeutique à domicile, de favoriser le lien entre les médecins libéraux et hospitaliers. C'est ce que nous proposons à travers un « annuaire » des différents réseaux régionaux de soins palliatifs (Annexes). Les médecins référents, susceptibles d'être consultés pour un avis dans le contexte d'une fin de vie à domicile, y sont énumérés avec leurs coordonnées.

2.5 CONCLUSION

En France, aucun travail descriptif concernant le rôle du médecin généraliste dans la limitation et/ou l'arrêt thérapeutique en fin de vie à domicile n'est rapporté. Cependant, certains chiffres de ce travail sont juxtaposables à d'autres résultats obtenus dans des études menées en France. Tout d'abord, concernant la place du médecin généraliste et les prises de décisions de limitation et/ou l'arrêt thérapeutique, celui-ci s'estime apte à endosser le rôle de consultant lors de processus collégiaux, mais reste trop peu sollicité. Les pathologies concernées sont assez superposables à la littérature. En revanche les thérapeutiques sont bien spécifiques. En effet, le modèle hospitalier ne peut se transposer au domicile. Le médecin généraliste devrait être considéré comme un complément indispensable. Il peut renseigner le dossier de son patient et transmettre d'éventuelles directives anticipées. Les médecins généralistes sont confrontés à de telles prises de décisions au domicile et l'extrême majorité

d'entre eux jugent compatibles leur rôle de médecin traitant avec la participation à la décision de limitation et/ou d'arrêt thérapeutique chez « leurs patients » en fin de vie. Peu de médecins généralistes connaissent les recommandations concernant la prise en charge de la fin de vie. Ce résultat peut s'expliquer par l'absence réelle de recommandation dans la spécialité de médecine générale et par la difficulté de superposition du cadre hospitalier à la médecine générale libérale.

L'accès aux réseaux de soins palliatifs est insuffisant et peut nettement s'améliorer. Il y a 10 ans, une méta-analyse rapportait déjà des problèmes de disparité et d'accès aux réseaux de soins palliatifs. Le médecin généraliste est souvent bien esseulé sur le terrain, face à une situation de limitation et/ou d'arrêt thérapeutique et se retrouve parfois « hors la Loi » dans ses décisions et leurs modalités. Le développement de liens hospitaliers, de réseaux interdisciplinaires à travers un annuaire spécifique ou par une plateforme informatique par exemple, pourrait ainsi favoriser et homogénéiser les prises en charge à la fois sur l'aspect réglementaire de la prise de décision, mais également pour optimiser les soins et la réflexion éthique dans ce contexte particulier d'exercice de la médecine générale de terrain.

3. PARTIE 3 : CONCLUSION

Depuis l'apparition des soins palliatifs ou de fin de vie, les progrès et le développement des structures mises en place en matière d'accompagnement à domicile sont permanents, mais restent encore insuffisants. Aucun travail quantitatif n'a été réalisé sur le sujet et semble d'ailleurs difficile à organiser, compte-tenu de la problématique multiple, éthique, déontologique et juridique. La transposition d'un système hospitalier en milieu extra-hospitalier est une illusion, impossible à mettre en place. En revanche des outils ou réseaux d'aide, développés en milieu hospitalier pourraient, par extension, s'avérer utiles dans la prise en charge à domicile des patients en fin de vie.

En plus d'un souhait réel, l'implication du médecin généraliste dans les décisions de limitation et/ou d'arrêt thérapeutique à domicile est une absolue nécessité.

Les résultats de ce travail confirment que la prise en charge des patients désireux d'une fin de vie à domicile est une partie importante du travail des médecins généralistes et reste trop peu mise en place. Bien qu'elle s'ancre dans une démarche pluridisciplinaire, l'interruption des traitements présents chez un patient, sera individuelle en fonction du patient, de son histoire et de sa pathologie. L'accès à la pluridisciplinarité n'est pas facile pour les médecins généralistes libéraux. Les thérapeutiques actives ne sont pas les mêmes en milieu hospitalier et « en ville ». La volonté du patient, à travers ses directives anticipées, reste un enjeu majeur à respecter et une démarche à démocratiser, pour pouvoir l'inscrire dans le dossier individuel patient et partager ces informations médicales si nécessaires à une prise en charge efficiente et personnalisée.

Les travaux épidémiologiques annoncent une augmentation de la population des patients souhaitant bénéficier de soins palliatifs à domicile. Le médecin généraliste devrait donc jouer un rôle central, important et décisionnel, avec l'obligation de préserver la notion absolue et légale de collégialité de la décision en cas de limitation et/ou d'arrêt thérapeutique. Dans plusieurs domaines, la télémédecine a fait ses preuves, notamment en matière de prise de décision collégiale et de validation de protocoles.

Un travail entre les médecins généralistes et l'Hôpital est, à notre sens, une évidence dans un futur très proche.

A travers les directives anticipées, il est inéluctable d'anticiper et d'aborder la fin de vie des patients de médecine générale, en expliquant avec clarté le déroulement et les alternatives thérapeutiques pour une décision plus sereine de limitation ou d'arrêt thérapeutique éventuelle, le moment venu.

ANNEXES

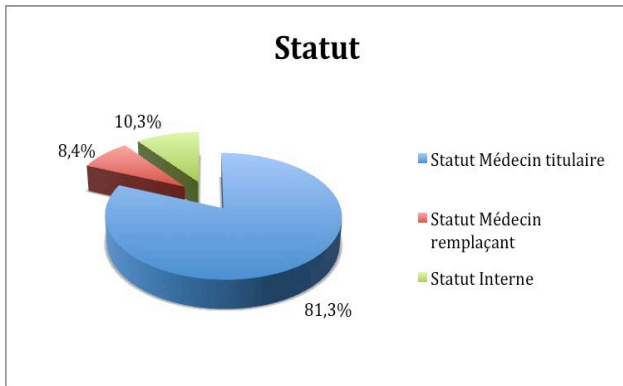


Figure 1

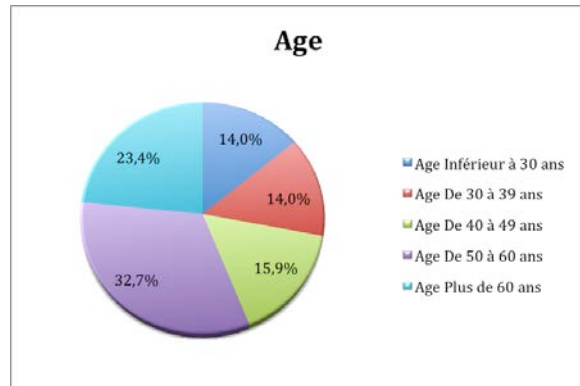


Figure 2

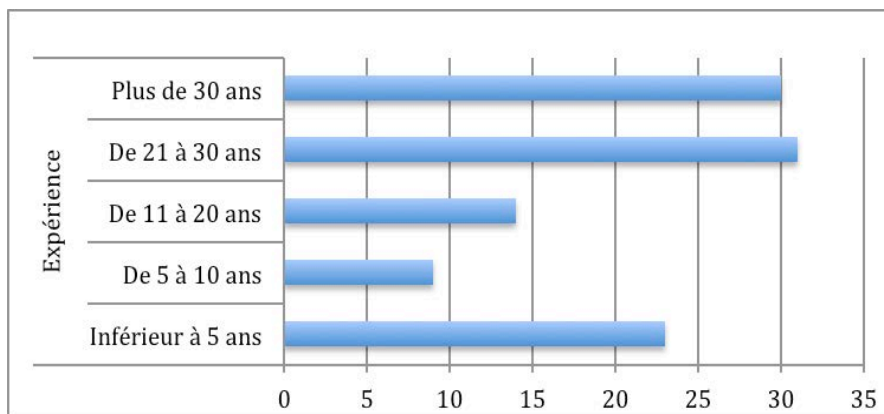


Figure 3

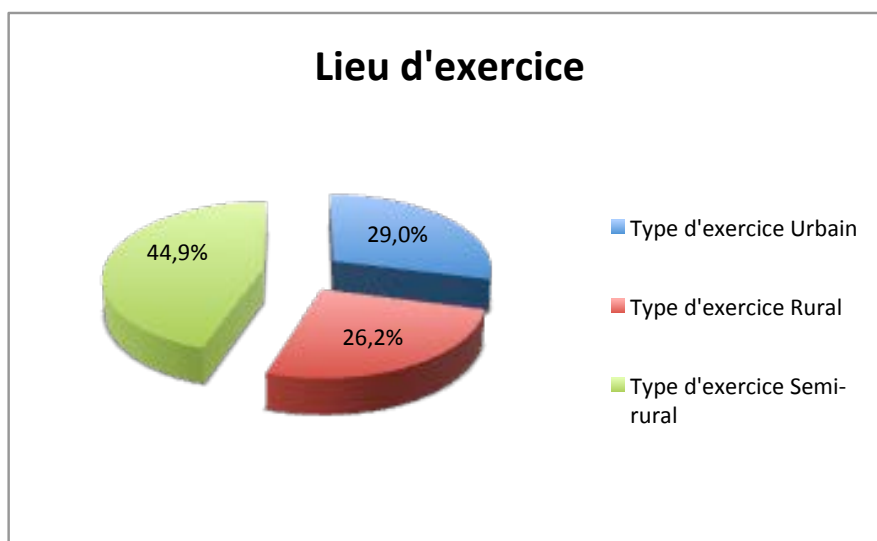


Figure 4 Lieu d'exercice des médecins généralistes

Figure 5 Types de spécialisation / DU ou DIU acquis par les médecins généralistes

- Santé de l'Enfant
- Habilitation Homéopathie
- Sexologie
- Médecine Aéronautique
- Réparation Préjudice Corporel
- Pédiatrie
- Santé et Micro-Nutrition
- Capacité de Médecine d'Urgences
- Sport
- Gériatrie et Gérontologie
- Formation complémentaire en Gynéco-obstétrique
- Allergologie
- Soins Palliatifs
- Douleurs
- Cancérologie
- Médecine du Travail
- Ostéopathie
- Addictologie
- Médecine de Catastrophe
- Médecine Sapeurs-Pompiers
- Médecine Tropicale
- Précarité
- Immunopathologie/Immuno-allergologie
- Maladies systémiques
- Infectiologie
- Pédagogie Médicale
- Pathologie Neuro-fonctionnelle
- Antibiothérapie
- Santé Publique
- Alzheimer
- Thermalisme
- Echographie
- Médecin coordonnateur en EPHAD
- Obésité
- Plaie et Cicatrisation
- Mésothérapie

Figure 6 SITUATIONS SUSCEPTIBLES D'ENGENDRER UN ARRÊT OU UNE LIMITATION DE SOINS SELON LE MEDECIN GENERALISTE

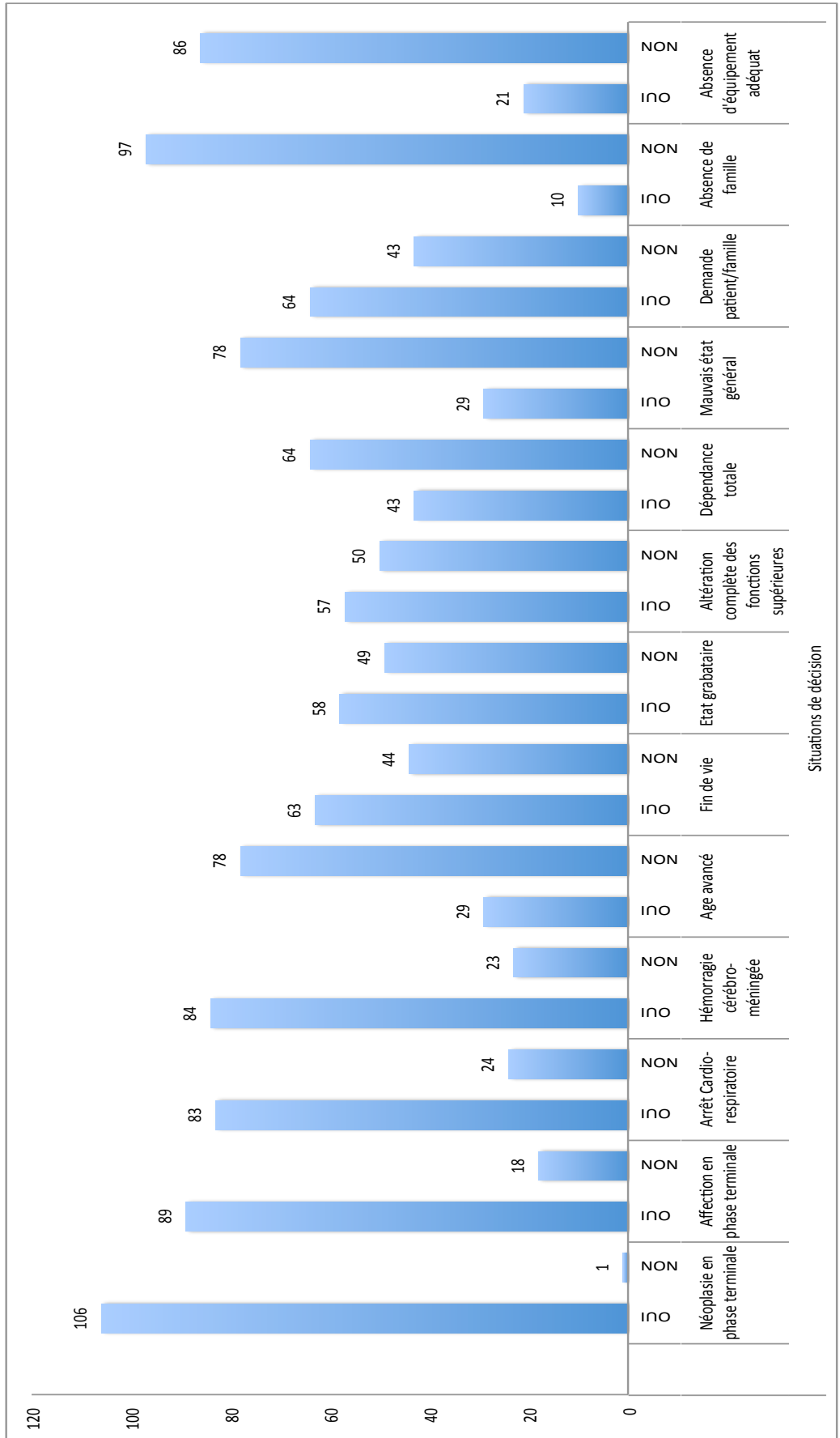
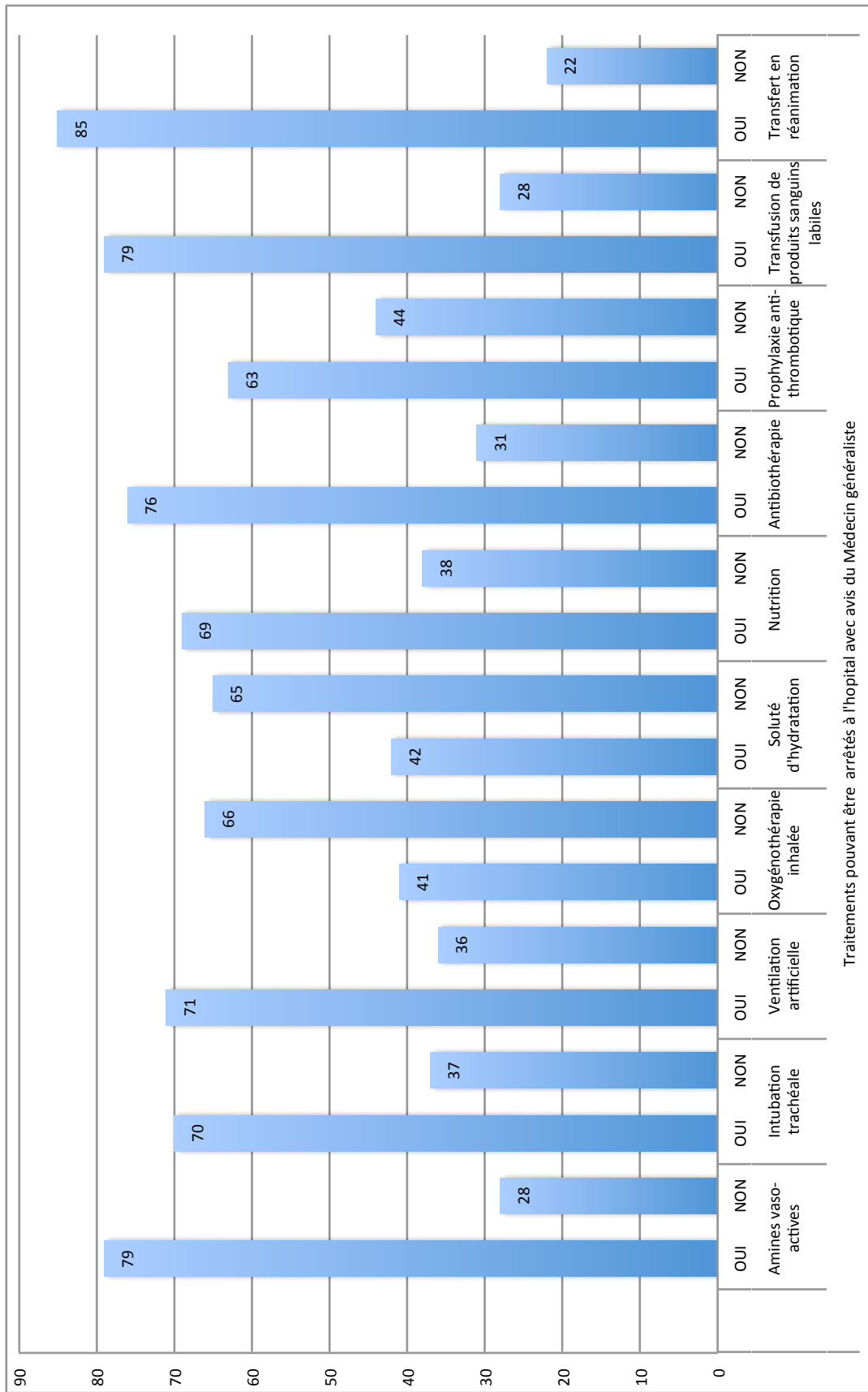


Figure 7 Traitements pouvant être arrêtés à l'hôpital avec avis du médecin généraliste



Traitements pouvant être arrêtés à l'hôpital avec avis du Médecin généraliste

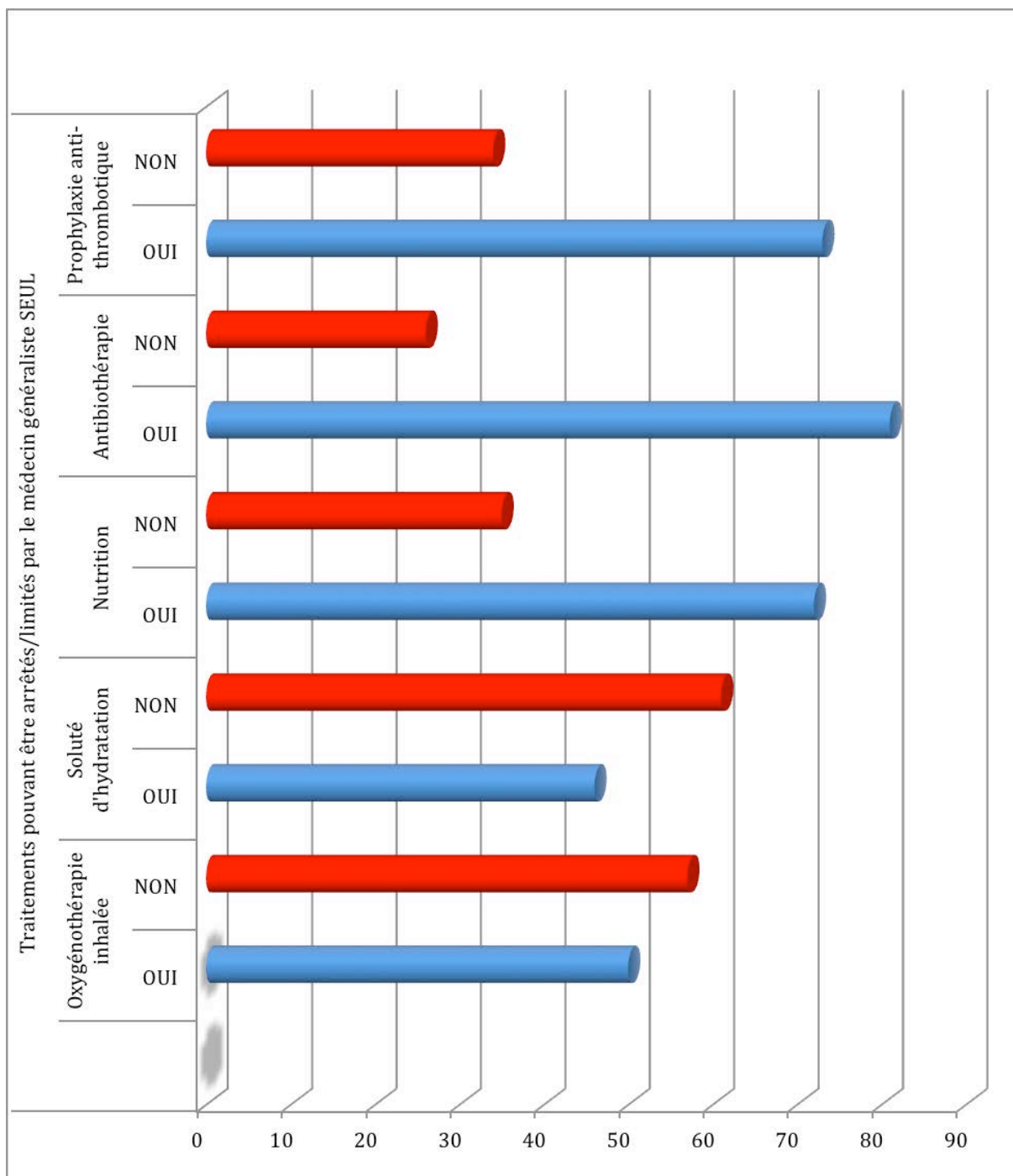


Figure 8 Traitements pouvant être arrêtés/limités par le médecin généraliste SEUL

Place du médecin généraliste dans la décision d'arrêt et limitation des soins

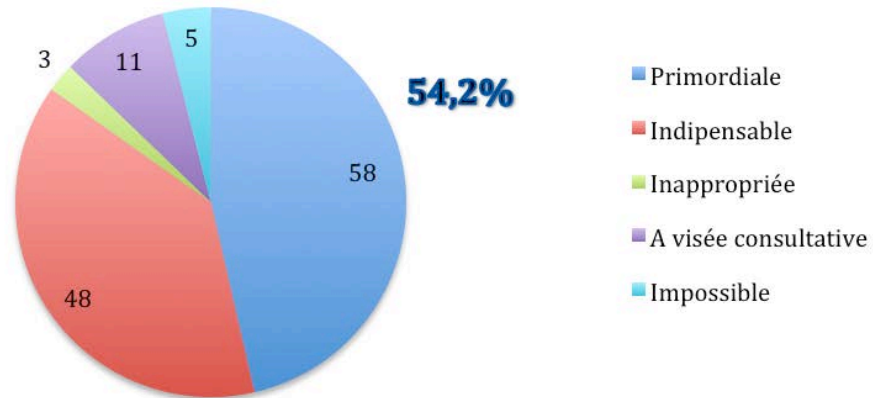


Figure 9

Ressenti des médecins généralistes concernant la décision de limitation ou d'arrêt des soins

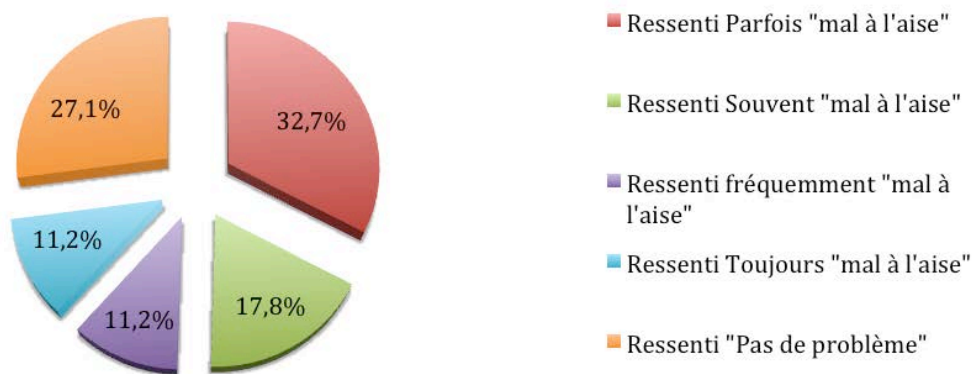


Figure 10

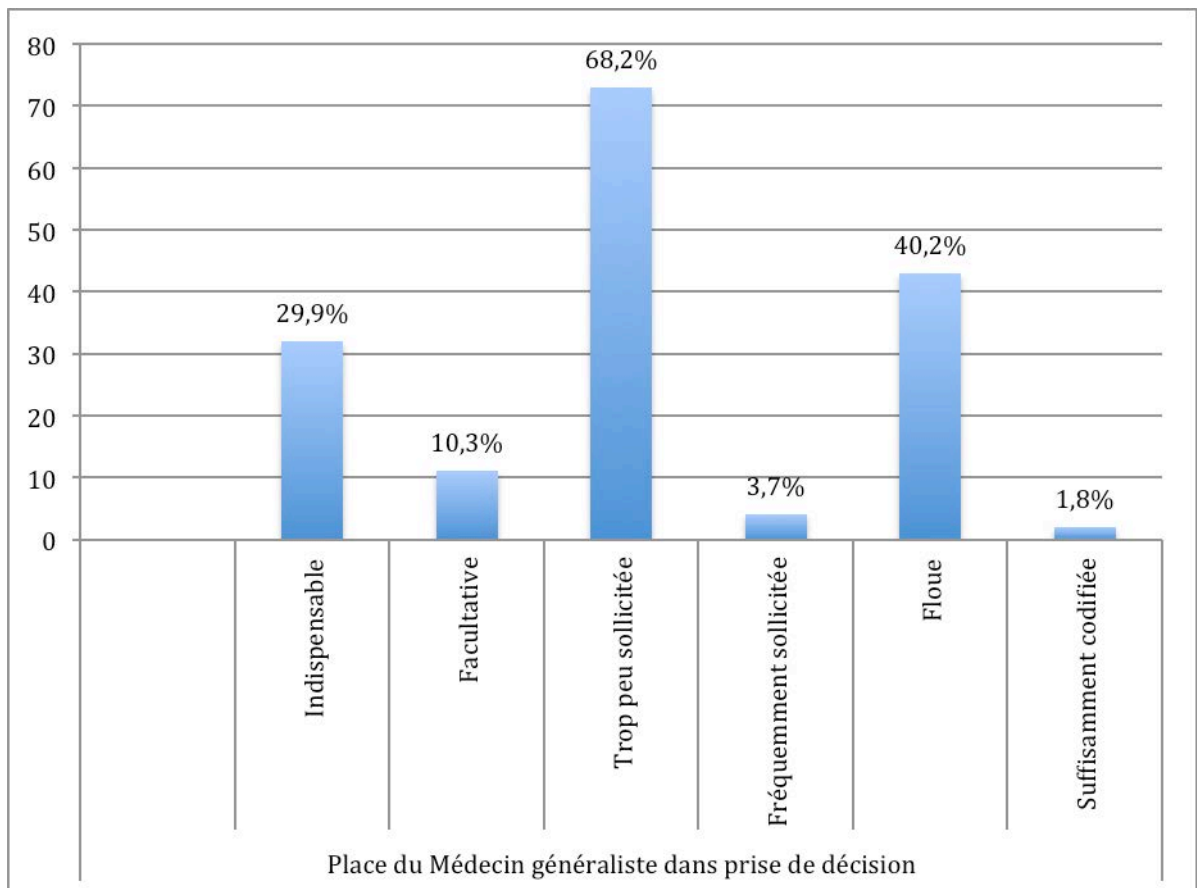


Figure 11 Place du Médecin généraliste dans la prise de décision

QUESTIONNAIRE D'OPINION ET DE PRATIQUE : PLACE DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE DANS LA DECISION DE LA LIMITATION ET/OU D'ARRET DES SOINS.

1) PROFIL DU MEDECIN GENERALISTE

- Age :
 - Inférieur à 30 ans
 - De 30 à 39 ans
 - De 40 à 49 ans
 - De 50 à 60 ans
 - Plus de 60 ans
- Sexe :
 - M
 - F
- Statut :
 - Médecin titulaire
 - Médecin remplaçant
 - Interne
- Nombre d'années d'exercice en médecine :
 - Inférieur à 5 ans
 - De 5 à 10 ans
 - De 11 à 20 ans
 - De 21 à 30 ans
 - Plus de 30 ans
- Spécialisation (DU, DIU, DESC, CAPACITÉS...) OUI/NON
- Si OUI, le(s) quel (s) :

2) ACTIVITE DU MEDECIN GENERALISTE

- Type d'exercice : Urbain / rural / semi-rural
- Seul ou collaborateurs ?
- Activité autre que cabinet : OUI/NON
Si oui : où
- Visites : OUI / NON
- Travaillez-vous avec un réseau de soins palliatifs ?
-

3) CONNAISSEZ-VOUS LES RECOMMANDATIONS DE LA SOCIETE FRANCAISE POUR LES MEDECINS GENERALISTES CONCERNANT LA LIMITATION OU L'ARRET DES SOINS ? OUI / NON

4) A VOTRE AVIS OU SELON VOTRE EXPERIENCE, LA DECISION DE LIMITATION ET/OU L'ARRET DE SOINS SONT-ILS POSSIBLES EN MEDECINE GENERALE ? OUI / NON

- 5) AVEZ-VOUS DEJA ETE CONFRONTE A LA PRISE DE DECISION D'ARRET OU LIMITATION THERAPEUTIQUE CHEZ UN PATIENT EN FIN DE VIE ?
OUI/NON
- 6) SELON-VOUS DANS QUELLES SITUATIONS SE POSERAIT LA QUESTION DE DECISION D'ARRET THERAPEUTIQUE ET/OU LIMITATION DE SOINS ?
- Maladie néoplasique en phase terminale. OUI / NON
 - Affection chronique en phase terminale. OUI / NON
 - Arrêt cardio-respiratoire. OUI / NON
 - Hémorragie cérébro-méningée massive ou coma évolué non étiqueté. OUI / NON
 - Age avancé. OUI / NON
 - « Fin de vie » ou âge physiologique très avancé. OUI / NON
 - Etat grabataire. OUI / NON
 - Altération complète des fonctions supérieures. OUI / NON
 - Dépendance totale. OUI / NON
 - Mauvais état général. OUI / NON
 - Demande du patient ou de la famille. OUI / NON
 - Absence de famille. OUI / NON
 - Absence d'équipement technique adapté de réanimation. OUI / NON
- 7) SELON VOUS, QUE PEUT-ON ARRETER OU LIMITER A L'HOPITAL AVEC VOTRE AVIS ?
- Amines vaso-actives. OUI / NON
 - Intubation trachéale. OUI / NON
 - Ventilation artificielle. OUI / NON
 - Oxygénothérapie inhalée OUI / NON
 - Soluté d'hydratation. OUI / NON
 - Nutrition. OUI / NON
 - Antibiothérapie. OUI / NON
 - Prophylaxie anti-thrombotique. OUI / NON
 - Transfusions de produits sanguins labiles. OUI / NON
 - Transfert en réanimation. OUI / NON
- 8) TOUJOURS SELON VOUS, QUELS SOINS POURRAIENT ETRE LIMITES OU ARRETES DANS LE MILIEU DE VIE DU PATIENT (DOMICILE, EHPAD, MAISON DE RETRAITE...) PAR LE MEDECIN GENERALISTE SEUL ?
- Oxygénothérapie inhalée. OUI / NON
 - Soluté d'hydratation. OUI / NON
 - Nutrition. OUI / NON
 - Antibiothérapie. OUI / NON
 - Prophylaxie anti-thrombotique. OUI / NON
- 9) DANS CE CAS, PENSEZ-VOUS QUE LA COLLEGIALITÉ D'UNE TELLE DECISION EST :
- primordiale
 - indispensable
 - inappropriée
 - juste à visée consultative
 - impossible

10) SI VOUS AVEZ PRIS/ DEVIEZ PRENDRE LA DECISION DE LIMITATION OU D'ARRET DE SOINS, QUEL A ETE/SERAIT VOTRE RESSENTI :

- Parfois « mal à l'aise »
- Souvent « mal à l'aise »
- Fréquemment « mal à l'aise »
- Toujours « mal à l'aise »
- Pas de problème, cela fait partie de mes missions

11) POUR VOUS LA PLACE DU MEDECIN GENERALISTE DANS LA PRISE DE DECISION D'ARRET DES SOINS ET/OU LIMITATION THERAPEUTIQUE POUR UN PATIENT HOSPITALISÉ EST : (plusieurs choix)

- Indispensable
- Facultative
- Trop peu sollicitée
- Fréquemment sollicitée
- Floue, mal définie
- Suffisamment codifiée

A retourner par :

- Mail : clemence.donze@hotmail.fr
- Courrier : 80 rue Stanislas, 54000 Nancy
- FAX : 03.83.41.88.27

- Merci Beaucoup

ANNUAIRE DES RÉSEAUX DE SOINS PALLIATIFS EN LORRAINE

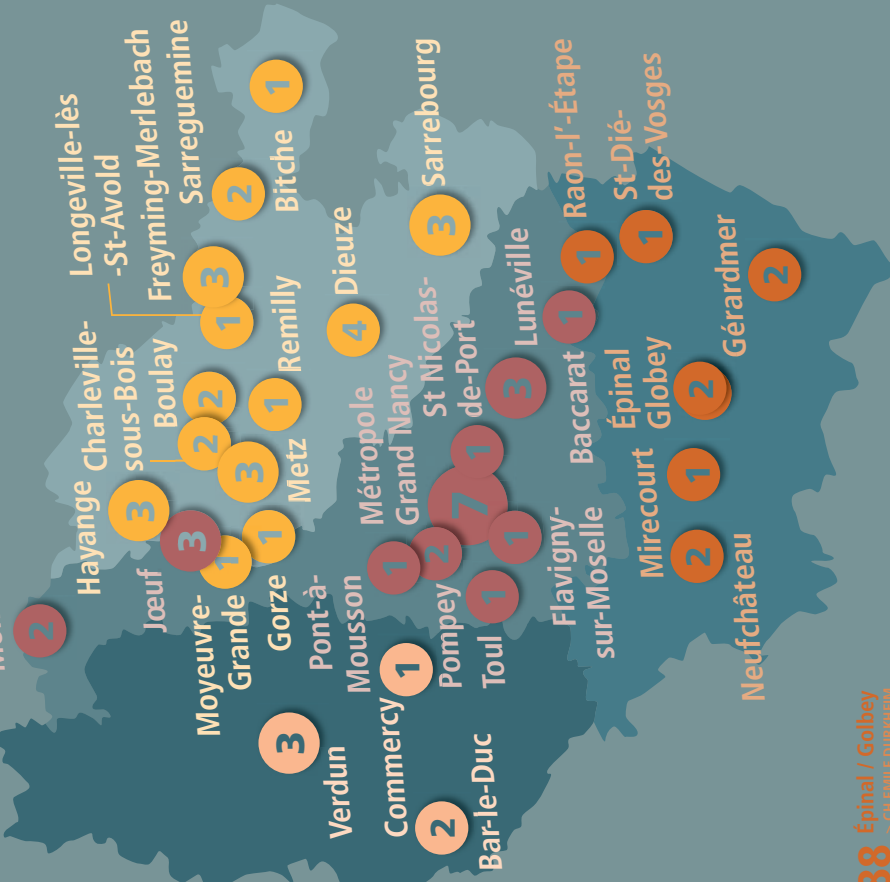
- Baccarat**
 > MAISON HOSPITALIÈRE
 LISP • Dr A. VIDAL • Tél.: 03 83 76 10 34 / Fax: 03 83 76 10 26
- Flavigny-sur-Moselle**
 > SSR DE FLAVIGNY SUR MOSELLE
 LISP • Dr TOUSSAINT • Tél.: 03 83 26 81 79 / Fax: 03 83 26 81 63
- Jœuf**
 > ASSOCIATION HOSPITALIÈRE DE JœUF
 HAD • Dr. REISSAT • Tél.: 03 82 47 52 92 / Fax: 03 82 47 53 41
 EMSP • Dr CHRISTIANY • Tél.: 03 82 47 53 53 / Fax: 03 82 47 53 41
 LISP • Dr BERGER • Tél.: 03 82 47 53 53 / Fax: 03 82 47 53 42
- Lunéville**
 > RÉSEAU AUTREMENT
 RESEAU SP • Dr CARANON • Tél.: 03 83 75 72 06 / Fax: 03 83 42 37 61
 > HADALU
 HAD • Dr MARLOT • Tél.: 03 83 76 14 34 / Fax: 03 83 76 13 55
 > CH LUNÉVILLE
 EMSP / LISP • Dr PETER • Tél.: 03 83 76 14 02 / Fax: 03 83 76 12 89

- Métropole Grand Nancy**
 > NANCY SANTÉ MÉTROPOLE
 RESEAU SP • Dr KURZWIANN
 Tél.: 03 83 25 39 53 / Fax: 03 83 22 75 89 • NANCY
 > HÔPITAL SAINT JULIEN - CENTRE SPILMANN
 USP • Dr LAMOUILLE
 Tél.: 03 83 85 11 15 / Fax: 03 83 85 11 36 • NANCY
 > OFFICE D'HYGIÈNE SOCIALE
 HAD • Dr CLOCHEY
 Tél.: 03 83 86 91 41 / Fax: 03 83 86 91 75 • NANCY
 > HOSPITALISATION À DOMICILE DE L'AGGLOMÉRATION
 NANCIEUNNE (HADAM)
 HAD • Dr DJ SANTOLO
 Tél.: 03 83 44 43 42 / Fax: 03 83 28 48 79 • NANCY
 > CLINIQUE DE GENTILLY
 EMSP • Dr CHALOT, Dr BEAUDIN et Dr MEYER
 Tél.: 03 55 68 55 24 / Fax: 03 83 93 50 41 • NANCY
 > SERVICE INTERDISCIPLINAIRE DE SOINS
 DES SUPPLÉMENTS POUR LE PATIENT EN ONCOLOGIE (SSISPO)
 EMSP / LISP • Dr ROUSSELOT et Dr HENRY
 Tél.: 03 83 59 84 86 / Fax: 03 83 59 86 01 • VANDŒUVRE
 > CHU DE NANCY
 EMSP • Dr BLUNIZ et Dr MOUCHET
 Tél.: 03 83 85 26 32 / Fax: 03 83 85 26 74 • VANDŒUVRE
 > ÉQUIPE DE RESSOURCE RÉGIONALE DE SOINS PALLIATIFS PÉDIATRIQUE
 "LA MARCELLE" HÔPITAL D'ENFANTS
 EMSP • Dr WANSUY
 Tél.: 03 83 15 70 94 / Fax: 03 83 15 70 95 • VANDŒUVRE

- Mont-St-Martin**
 > CH DE MONT-ST-MARTIN
 HAD • Dr GUILLIOTIN • Tél.: 03 82 44 78 91 / Fax: 03 82 44 75 04
 EMSP / LISP • Dr FOFANA et Dr RATESCU
 Tél.: 03 82 44 70 72 / Fax: 03 82 44 78 72
 ou Tél.: 03 82 44 70 91 / Fax: 03 82 44 71 43
- Pompey**
 > HÔPITAL DE POMPEY
 LISP • Dr DONNAIS • Tél.: 03 83 91 71 31 / Fax: 03 83 24 64 73
 EMSP • Dr DURANTAY
 Tél.: 03 83 91 70 80 et 03 83 83 18 43 / Fax: 03 83 80 88 17
 > RÉSEAU VAL DE LOIRRAINE
 RESEAU SP • DR F DURANTAY • Tél.: 03 83 83 18 43 / Fax: 03 83 80 88 17

- Pont-à-Mousson**
 > CH DE PONT-À-MOUSSON
 LISP • Dr MASWADA • Tél.: 03 83 80 21 71 / Fax: 03 83 80 22 36
- St-Nicolas-de-Port**
 > SSR ST NICOLAS DE PORT
 LISP • Dr COCHARD • Tél.: 03 83 18 60 60 / Fax: 03 83 18 60 99
- Toul**
 > CH ST CHARLES
 EMSP • Dr BIENTZ • Tél.: 03 83 62 20 07 / Fax: 03 83 62 24 40

Mont-St-Martin



88

- Épinal / Golbey**
 > CLINIQUE D'ANNEPIER
 HAD • Dr LAFALLE
 Tél.: 03 29 66 43 10 / Fax: 03 29 66 43 16 • ÉPINAL
 EMSP / USP • Dr CORNÉMENT
 Tél.: 03 29 68 15 60 / Fax: 03 29 68 40 95 • GOLBEY
- Gérardmer**
 > CALIXTE GÉRARDMER
 EMSP • Dr DIDIERJEAN
 Tél.: 03 29 60 29 58 ou 03 29 60 29 62
 HAD • Dr CUNA • Tél.: 03 29 41 24 10 ou 03 29 49 09 33
- Mirecourt**
 > HÔPITAL DU VAL DE MADON
 LISP • Dr REBSTOCK
 Tél.: 03 29 37 86 31 / Fax: 03 29 37 86 61

Neufchâteau

- > CALIXTE NEUFCHÂTEAU - QUÉTY VOSGIEN
 EMSP • Dr DOUART • Tél.: 03 29 94 80 00 ou 06 42 01 38 82
 HAD • Dr DOUART • Tél.: 03 29 06 25 00 / Fax: 03 29 06 52 72
- Rain-l'Étape**
 > HOPITAL
 EMSP • Dr ULMER • Tél.: 03 29 52 29 52 / Fax: 03 29 52 29 29
- Saint-Dié-des-Vosges**
 > CALIXTE PEYRABLES
 EMSP • Dr CLAUDON • Tél.: 03 29 52 84 01 ou 06 87 66 56 69

- Bar-le-Duc**
 > CH JEANNE D'ARC
 HAD • Dr BACCARO • Tél.: 03 29 45 86 53 / Fax: 03 29 45 86 54
 EMSP / LISP • Dr THILTGES • Tél.: 03 29 45 31 57 ou 03 29 45 86 07
- Commercy**
 > MAISON SAINT-CHARLES • LISP • Dr GRUMILLIER
 Tél.: 03 29 91 63 62 / Fax: 03 29 91 63 13

- Verdun**
 > CH DE SAINT NICOLAS • EMSP • Dr AUFFRET
 Tél.: 03 29 83 64 47 ou 06 77 29 95 01 / Fax: 03 29 83 64 48
 HAD • Dr DELEAU et Dr GUILLAUME
 Tél.: 03 29 87 48 82 ou 06 72 04 68 24 / Fax: 03 29 87 48 83
 LISP • Tél.: 03 29 83 84 85

57

- Bitche**
 > HÔPITAL SAINT JOSEPH
 LISP • Dr PILMES • Tél.: 03 87 98 76 87 / Fax: 03 87 98 76 17
- Charleville-sous-Bois**
 > CENTRE DE MOYEN SÉJOUR-COINVALESCENCE
 LISP • Dr CHASPANG • Tél.: 03 87 79 13 52
- Dieuze**
 > HÔPITAL SAINT JACQUES
 LISP • Dr RIESSER • Tél.: 03 87 98 76 87 / Fax: 03 87 98 76 17
- Freyming Merlebach**
 > HÔPITAL DE FREYMING MERLEBACH
 LISP • Dr MEYER • Tél.: 03 87 81 85 03
 EMSP • Dr BEKBAGHBAN • Tél.: 03 87 81 84 51 ou 06 73 94 37 54
 HAD • Dr BOUR
 Tél.: 06 08 01 50 41 ou 03 87 81 84 40 / Fax: 03 87 81 84 43

- Gozre**
 > LE PALLIUM • RÉSEAU SP • Tél.: 03 87 38 53 06
- Hayange**
 > CHU METZ THIAUVILLE
 EMSP • Dr LEHEUP • ALLIÉ et Dr DORON
 Tél.: 03 82 57 73 70 / Fax: 03 82 57 73 53
 USP • Dr VILLARD • Tél.: 03 82 57 73 11 / Fax: 03 82 57 74 99
 HAD • Dr DORON et Dr RIMLINGER
 Tél.: 03 82 57 73 60 / Fax: 03 82 57 74 72

- Longeville-les-St-Avold**
 > MAISON DE REPOS • LISP • Tél.: 03 87 91 76 00
- Metz / Boulay / Remilly**
 > HÔPITAUX PRIVÉS METZ (HADAM)
 HAD • Dr HULLEN et Dr JESSER
 Tél.: 03 87 66 83 03 / Fax: 03 87 66 77 51 • METZ
 > HADAM Antenne HAD
 Tél.: 03 87 64 12 / Fax: 03 87 64 87 12 • REMILLY
 > HADAM Antenne HAD
 Tél.: 03 87 79 40 14 / Fax: 03 87 79 40 29 • BOULAY
 > CHR METZ THIAUVILLE (Hôpital LEGOUËST)
 USP • Dr BOURJAL
 Tél.: 03 87 56 24 72 / Fax: 03 87 56 24 79 • METZ
 > HÔPITAL SAINTE BLANDINE (HPM)
 LISP/EMSP • Dr BROCARD et Dr MATHIS
 Tél.: 03 57 84 14 24 / Fax: 03 57 84 14 28 • METZ
 > HÔPITAL DE BOULAY • LISP • Dr YORATTI
 Tél.: 03 87 79 40 44 / Fax: 03 87 79 40 10 • BOULAY
- Moyeuvre-Grande**
 > CH DE MOYEUVERE GRANDE
 USP • Dr GROSSE • Tél.: 03 87 70 87 60 / Fax: 03 87 70 95 42

- Sarrebourg**
 > CH SAINT NICOLAS
 HAD • Dr JOUIN • Tél.: 03 87 23 25 78 / Fax: 03 87 23 25 95
 USP • Dr WISSLER • Tél.: 03 87 23 23 34 / Fax: 03 87 23 23 95
 EMSP • Dr MECHKOUR • Tél.: 03 87 23 23 34 / Fax: 03 87 23 23 95
- Sarreguemines**
 > CH ROBERT PAX
 HAD • Dr PEZESHKINIA • Tél.: 03 87 27 60 50
 EMSP / LISP • Dr SAHRAOU
 Tél.: 03 87 27 33 29 / Fax: 03 87 27 33 96

BIBLIOGRAPHIE

1. Hippocrate, « Les Epidémies ». Livre 1. Traduit par M Le Chevalier de Mercy. Paris imprimerie de J.M Eberhart, 1815.
2. WHO | WHO Definition of Palliative Care [Internet]. WHO. [cité 4 avril 2016]. Disponible sur: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>.
3. Le Breton-Lerouillois G. La démographie médicale en Lorraine. Atlas régional de démographie médicale en France. 2013^e éd.
4. Arrêté du 10 octobre 2000, modifiant l'arrêté du 4 mars 1997, relatif à la deuxième partie du deuxième cycle des études médicales. JORF N°241 du 10 octobre 2000. p.16482.
5. Médecins. Accompagner un patient en fin de vie. Juin 2013 ; (numéro spécial) : 24.
6. Définition des soins Palliatifs par OMS :consulté sur <http://www.sfap.org/content/d%C3%A9finition-des-soins-palliatifs-et-de-l'accompagnement>.
7. Mantz J., Grandmottet P, Queneau P. Droits du malade ; problèmes liés au diagnostic, au respect de la personne et à la mort. Apprentissage de l'exercice médical et éthique médicale. Page 164-177. Med-line éditions. 2002.
8. Bellamy V. 569 200 personnes décédées en France en 2013. division Enquêtes et études démographiques; 2014 oct. (InseeFocus). Report No.: 13.
9. Observatoire National de la Fin de Vie. Rapport 2011 : « Fin de vie, un premier état des lieux » (internet).2011 (Cité 15 novembre 2016). Disponible sur : https://sites.google.com/site/onfvbis/espace-presse/documents_presse/Synthèse_rapport_ONFV_2011.pdf?attredirects=0.
10. Observatoire National de la Fin de vie. Vivre la fin de vie chez soi. 2013 mars. Report No.: 2012.
11. Lapage B. & Al. Soins Palliatifs à Domicile. Evaluation des besoins des soignants des Deux Sèvres. Revue du Praticien de Médecine Générale 2017 ; (21): 8.

12. Sprung CI, Cohen SL, Sjkqvist P and al. End-of-life practices in European intensive care units : the Ethicus Study. *JAMA* 2003 ; 290: 790-7.
13. Programme national de développement des soins palliatifs 2002-2005 : consulté sur <http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/palliatif/sommaire.htm>.
14. AFSOS: Association Francophone pour les soins Oncologiques de Support. Histoires et Missions en ligne. Disponible sur :www.afsos.org.
15. Rapport d'information n° 579 (2009-2010), Commission des affaires sociales, déposé le 23 juin 2010 relatif au Développement des Soins Palliatifs en France, spécificités d'un modèle de soin et d'une politique publique. Disponible sur: <http://www.senat.fr/rap/r09-579/r09-57913.html>.
16. Circulaire DGS/3D du 26 août 1986, relative à l'organisation des soins et à l'accompagnement des malades en phase terminale (dite circulaire LAROQUE). Bulletin Officiel santé, fascicule n°86/82bis.
17. Loi n°91-748 du 31 juillet 1991, Portant réforme hospitalière. JORF N° 179 du 2 août 1991.
18. Loi n°99-447 du 9 juin 1999, visant à garantir le droit d'accès aux soins palliatifs. JORF N°132 du 10 juin 1999.
19. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. JORF N° 54 du 5 mars 2002.
20. LOI n° 2005-370 du 22 avril 2005, relative aux droits des malades et à la fin de vie. JORF N° 95 du 23 avril 2005 p. 7089.
21. Ministère de la Santé de la Jeunesse et des Sports. Programme de développement des soins Palliatifs 2008-2012 . Paris : Ministère de la Santé, de la jeunesse et des Sports ; 2008.
<http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Programmededeveloppementdessoinspalliatifs2008-2012.pdf>.
22. Touraine M. Présentation du plan national 2015-2018 de développement des soins palliatifs et de l'accompagnement en fin de vie. Ministères des Affaires sociales de la

Santé et des droits de la femme. 3 décembre 2015.

23. LOI n° 2016-87 du 2 février 2016, créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie. JORF N° 0028 du 3 février 2016.
24. ANAES. Accompagnement des personnes en fin de vie et de leurs proches [Internet]. février 2014 [cité 25 sept 2015]. Disponible sur: http://www.hassante.fr/portail/jcms/c_272290/fr/accompagnement-des-personnes-en-fin-de-vie-et-de-leurs-proches.
25. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Soulagement des souffrances - Limitation ou arrêt des traitements [Internet]. Article 37. Disponible sur: <http://www.conseil-national.medecin.fr/article/article-37-soulagement-des-souffrances-limitation-ou-arret-des-traitements-261>.
26. Rapport Sicard. Commission de Réflexion sur la Fin de Vie en France. 18 décembre 2012. (Internet) (Cité 12 septembre 2016). Disponible sur : <http://social-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiqués-de-presse/annee-2012/article/fin-de-vie-remise-du-rapport-sicard>.
27. Aubry R. Etat des Lieux du développement des soins palliatifs en France en 2010. Comité National de suivi du développement des soins palliatifs. Avril 2011.(Internet) (Cité le 15 novembre 2016). Disponible sur : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/114000295.pdf>.
28. Le Breton-Lerouillois G. La démographie médicale en Lorraine. Atlas régional de démographie médicale en France. 2013^e éd.
29. Withholding and Withdrawing Life-Sustaining Measures Implementation Guideline 2 - qh-gdl-005-1-2.pdf [Internet]. [cité 11 sept 2015]. Disponible sur: <https://www.health.qld.gov.au/qhpolicy/docs/gdl/gh-gdl-005-1-2.pdf>.
30. Asch DA, Faber-Langendoen K, Shea JA and al : The sequence of withdrawing life-sustaining treatment from patients. *Am J Med* 1999 ; 107: 153-6.

31. Ferrand E, Robert R, Ingrand P and al. Withholding and withdrawal of life support in intensive-care units in France: a prospective survey. French LATAREA Group. *Lancet* 2001 ; 357: 9-14.
32. Daniel d'Hérouville. Représentations sociales des soins palliatifs .Médecine et hygiène , InfoKara. 2009/4 (Vol. 24): p. 159-163.
33. Enquête Opinion Way. Les français et les soins Palliatifs. SFAP 2011. (Internet) (Cité le 15 novembre 2016). Disponible sur : <http://www.sfap.org/system/files/resultats-sondage-janv2011-opinionway.pdf>.
34. Sicart D. Les médecins au premier janvier 2013. Document de Travail Statistique. DREES (179). Avril 2013. Disponible sur : <http://www.dress.sante.gouv.fr/img/pdf/seriestat179.pdf>.
35. Bichat J-B. Fin de vie et Soins Palliatifs en médecine d'urgence : à propos d'une enquête nationale de pratique [thèse d'exercice] [France]. Université Henri Poincaré. Octobre 2011.
36. Delmas G. Limitation et Arrêt thérapeutique en Médecine d'Urgence : A propos d'une enquête nationale d'opinions [thèse d'exercice] [France]. Université Henri Poincaré. 2005.
37. Bonnot C. Représentation des soins palliatifs chez les médecins généralistes d'Indre-et-Loire et difficulté de mise en place d'une démarche palliative à domicile: Existe-t-il un lien ? [Thèse d'exercice]. [France]: Université François Rabelais (Tours). UFR de médecine. 2004.
38. Code de déontologie médicale. Procédures collégiales et recours à la sédation profonde et continue jusqu'au décès prévus par la loi n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie. Décret n° 2016-1066 du 3 août 2016. JORF n°0181 du 5 août 2016 .
39. Roupie E, Santin A, Boulme R and al. Patient's preferences concerning medical information and surrogacy: results of a prospective study in French emergency department. *Intensive Care Med* 2000 ; 26: 52-6.

40. Kellermann A. Criteria for dead-on arrivals, prehospital Termination of CPR, and Do-not-Resuscitate Orders. *Ann Emerg Med* 1993 ; 22: 47-51.
41. Décret n°2006-120 du 6 février 2006, relatif à la procédure collégiale prévue par la Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie et modifiant le code de Santé Publique. *JORF* n°32 du 7 février 2006, page 174.
42. Le Conte P, Baron D, Trewick D et coll. Décès survenu dans un service d'accueil et d'Urgence. *Presse Med* 2005 ; 34: 566-8.
43. Ferrand E, Robert R, Ingrand P and al. Withholding and withdrawal of life support in intensive care units in France: a prospective survey. *Lancet* 2001 ; 357: 9-14.
44. Pennec S, Riou F, Monnier A et coll. Fin de vie au domicile en France Métropolitaine en 2010 : à partir d'une étude nationale en population générale. *Médecine Palliative* 2013 : p 286-97.
45. Schnakenberg R, Goeldlin A, Boehm-Stiel C and al. Written survey on recently deceased patients in germany and switzerland : how do general practitioners see their role ? *BMC Health Services Research* 2015 ; 16 :22.doi :10.1186/s12913-016-1257-1.
46. e-RCP | Oncolor [Internet]. [cité 22 févr 2016]. Disponible sur: <http://www.oncolor.org/espace-professionnels/reunions-de-concertations-pluridisciplinaires-rcp/e-rcp/>.
47. Agence régionale de Santé. Schémas d'Organisation. (Internet) (Cité le 15 décembre 2016) Disponible sur : <http://arslorraine.prod.flexit.fr/index.php?id=241>.

ABREVIATIONS

DU : Diplôme Universitaire

DIU : Dipôme Inter-Universitaire

EMSP : Equipe Mobile de Soins Palliatifs

HAD : Hospitalisation à Domicile

INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

LISP : Lit Identifié de Soins Palliatifs

MCO : Médecine Chirurgie Obstétrique

MIG : Mission d'Intérêt Général

PSL : Produit Sanguin Labile

SFAP : Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs

SFG : Société Française de Gériatrie

SFMU : Société Française de Médecine d'Urgence

SFR : Société Française de Réanimation

SRLF : Société de Réanimation de Langue Française

USP : Unité de Soins Palliatifs

CONFLITS D'INTÉRÊTS

Ce travail de thèse n'a bénéficié d'aucune aide financière, ni de la part d'organismes d'assurance maladie, ni de la part de l'industrie pharmaceutique.

VU

NANCY, le 18 mai 2017
Le Président de Thèse

NANCY, le 19 mai 2017
Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur Sébastien GIBOT

Professeur Marc BRAUN

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE / 9853

NANCY, le 23 mai 2017

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE LORRAINE,

Professeur Pierre MUTZENHARDT

RESUME DE LA THESE

Ne pas pratiquer d'obstination déraisonnable, mais soulager les souffrances. Telles sont les missions octroyées aux médecins par l'éthique et la législation. Dans la plupart des cas, celles-ci sont facilitées par la collégialité d'un service hospitalier, d'un réseau de soins. Mais qu'en est-il en médecine générale ?

L'objet de mon étude est d'observer, à l'aide d'un questionnaire d'opinion, le ressenti des médecins généralistes sur leur place dans la prise de décision de limitation et/ou d'arrêt des soins chez les patients en situation de fin de vie. 107 médecins généralistes libéraux ont répondu aux 11 items de notre questionnaire.

Les résultats révèlent une méconnaissance générale des recommandations, floues pour le monde de la médecine générale libérale, un manque de sollicitation externe des établissements hospitaliers. Il existe une disparité des pratiques et des formations. La prise de décision de limitation et d'arrêt des soins à domicile existe, mais parfois avec un aspect non réglementaire. La prise en charge de ces patients par les médecins généralistes, avec parfois la difficulté d'accès à des réseaux de soins palliatifs, reste encore une problématique.

La comparaison de nos résultats avec la littérature permet de conclure à une carence nette de l'implication des médecins généralistes dans la prise de décision de limitation et/ou d'arrêt des soins chez les patients en fin de vie dans leur environnement. Il est donc indispensable d'homogénéiser certaines pratiques, de promouvoir le développement et l'encadrement des démarches du médecin généraliste en milieu libéral dans ce domaine de la limitation et/ou de l'arrêt des soins.

TITRE : GENERAL PRACTITIONNER PLACE IN WITHDRAWING AND WITHHOLDING CARE : Opinion survey in Lorraine

THÈSE : MÉDECINE GÉNÉRALE - ANNÉE 2017

MOTS CLÉS : Fin de vie, arrêt et limitation des soins, domicile, médecine générale

INTITULÉ ET ADRESSE :

UNIVERSITÉ DE LORRAINE
Faculté de Médecine de Nancy
9, avenue de la Forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE LES NANCY CEDEX
