



HAL
open science

Coopération entre la médecine générale et la médecine polyvalente pour prendre en charge les patients en soins palliatifs : l'expérience du service de médecine polyvalente du centre hospitalier intercommunal d'Elbeuf-Louviers-Val-de Rueil sur l'année 2015 au sein de la communauté d'agglomération Seine-Eure

Anne-Sophie Pomelle Duval

► **To cite this version:**

Anne-Sophie Pomelle Duval. Coopération entre la médecine générale et la médecine polyvalente pour prendre en charge les patients en soins palliatifs : l'expérience du service de médecine polyvalente du centre hospitalier intercommunal d'Elbeuf-Louviers-Val-de Rueil sur l'année 2015 au sein de la communauté d'agglomération Seine-Eure. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01382392

HAL Id: dumas-01382392

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01382392v1>

Submitted on 17 Oct 2016

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

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

ANNÉE 2016

N°

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

Par POMELLE DUVAL Anne- Sophie

Née le 18/03/1988 à MONT SAINT AIGNAN

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 04 octobre 2016

**COOPÉRATION ENTRE LA MÉDECINE GÉNÉRALE ET LA MÉDECINE
POLYVALENTE POUR PRENDRE EN CHARGE LES PATIENTS EN SOINS
PALLIATIFS.**

**L'EXPÉRIENCE DU SERVICE DE MÉDECINE POLYVALENTE DU CENTRE
HOSPITALIER INTERCOMMUNAL D'ELBEUF-LOUVIERS-VAL DE REUIL SUR
L'ANNÉE 2015 AU SEIN DE LA COMMUNAUTÉ D'AGGLOMÉRATION SEINE
EURE. »**

PRÉSIDENT DU JURY : Mr le Professeur HERMIL

DIRECTEUR DE THÈSE : Mr le Docteur POULINGUE

ANNEE UNIVERSITAIRE 2015 - 2016
U.F.R. DE MEDECINE ET DE-PHARMACIE DE ROUEN

DOYEN : **Professeur Pierre FREGER**

ASSESEURS : **Professeur Michel GUERBET**
Professeur Benoit VEBER
Professeur Pascal JOLY
Professeur Stéphane MARRET

I - MEDECINE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mr Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR	HCN	Chirurgie plastique
Mr Bruno BACHY (<i>surnombre jusque 01/11/15</i>)	HCN	Chirurgie pédiatrique
Mr Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Jacques BENICHOU	HCN	Bio statistiques et informatique médicale
Mr Jean-Paul BESSOU	HCN	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme Françoise BEURET-BLANQUART (<i>surnombre</i>)	HCN	Commission E.P.P. D.P.C. Pôle Qualité
Mr Guy BONMARCHAND (<i>surnombre</i>)	HCN	Réanimation médicale
Mr Olivier BOYER	UFR	Immunologie
Mr François CARON	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe CHASSAGNE	HCN	Médecine interne (gériatrie)
Mr Vincent COMPERE	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mr Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie
Mr Pierre CZERNICHOW	HCH	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et imagerie médicale
Mr Stéfan DARMONI	HCN	Informatique médicale et techniques de communication

Mr Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition
Mme Danièle DEHESDIN (<i>surnombre</i>)	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Frédéric DI FIORE	CB	Cancérologie
Mr Fabien DOGUET	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mr Jean DOUCET	SJ	Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie
Mr Bernard DUBRAY	CB	Radiothérapie
Mr Philippe DUCROTTE	HCN	Hépto-gastro-entérologie
Mr Frank DUJARDIN	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologique
Mr Fabrice DUPARC	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mr Eric DURAND	HCN	Cardiologie
Mr Bertrand DUREUIL	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
Mr Thierry FREBOURG	UFR	Génétique
Mr Pierre FREGER	HCN	Anatomie - Neurochirurgie
Mr Jean François GEHANNO	HCN	Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie
Mr Michel GODIN (<i>surnombre</i>)	HB	Néphrologie
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
Mr Philippe GRISE (<i>surnombre</i>)	HCN	Urologie
Mr Dominique GUERROT	HCN	Néphrologie
Mr Olivier GUILLIN	HCN	Psychiatrie Adultes
Mr Didier HANNEQUIN	HCN	Neurologie
Mr Fabrice JARDIN	CB	Hématologie
Mr Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence
Mr Pascal JOLY	HCN	Dermato - Vénérologie
Mme Annie LAQUERRIERE	HCN	Anatomie et cytologie pathologiques
Mr Vincent LAUDENBACH	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
Mr Joël LECHEVALLIER	HCN	Chirurgie infantile
Mr Hervé LEFEBVRE	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mr Thierry LEQUERRE	HB	Rhumatologie
Mr Eric LEREBOURS	HCN	Nutrition
Mme Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie
Mr Hervé LEVESQUE	HB	Médecine interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile
Mr Pierre Yves LITZLER	HCN	Chirurgie cardiaque

Mr Bertrand MACE	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. David MALTETE	HCN	Neurologie
Mr Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle MARIE	HB	Médecine interne
Mr Jean-Paul MARIE	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Loïc MARPEAU	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique MERLE	HCN	Epidémiologie
Mr Pierre MICHEL	HCN	Hépatogastro-entérologie
Mr Jean-François MUIR	HB	Pneumologie
Mr Marc MURAINÉ	HCN	Ophthalmologie
Mr Philippe MUSETTE	HCN	Dermatologie - Vénérologie
Mr Christophe PEILLON	HCN	Chirurgie générale
Mr Christian PFISTER	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
Mr Gaëtan PREVOST	HCN	Endocrinologie
Mr Bernard PROUST	HCN	Médecine légale
Mme Nathalie RIVES	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
Mr Jean-Christophe RICHARD (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence
Mr Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
Mr Horace ROMAN	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie - Pathologie
Mr Guillaume SAVOYE	HCN	Hépatogastrologie
Mme Céline SAVOYE-COLLET	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale SCHNEIDER	HCN	Pédiatrie
Mr Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Réanimation médicale
Mr Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
Mr Christian THUILLEZ	HB	Pharmacologie
Mr Hervé TILLY	CB	Hématologie et transfusion
Mr Olivier TROST	HCN	Chirurgie Maxillo Faciale
Mr Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive
Mr Jean-Pierre VANNIER	HCN	Pédiatrie génétique
Mr Benoît VEBER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre VERA	CB	Biophysique et traitement de l'image

Mr Eric VERIN	CRMPR	Médecine physique et de réadaptation
Mr Eric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique
Mr Olivier VITTECOQ	HB	Rhumatologie
Mr Jacques WEBER	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie – Virologie
Mr Jeremy BELLIEN	HCN	Pharmacologie
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
Mme Valérie BRIDOUX HUYBRECHTS	HCN	Chirurgie Digestive
Mr Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie CHASTAN	HCN	Physiologie
Mme Sophie CLAEYSSENS	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
Mr Stéphane DERREY	HCN	Neurochirurgie
Mr Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
Mr Joël LADNER	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR	Biologie cellulaire
Mr Thomas MOUREZ	HCN	Bactériologie
Mme Muriel QUILLARD	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Mathieu SALAUN	HCN	Pneumologie
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mme Dominique LANIEZ	UFR	Anglais
Mr Thierry WABLE	UFR	Communication

II - PHARMACIE

PROFESSEURS

Mr Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
Mr Jean-Jacques BONNET	Pharmacologie
Mr Roland CAPRON (PU-PH)	Biophysique
Mr Jean COSTENTIN (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie
Mr Jean Pierre GOULLE	Toxicologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mme Isabelle LEROUX - NICOLLET	Physiologie
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
Mme Martine PESTEL-CARON (PU-PH)	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
Mr Rémi VARIN (PU-PH)	Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mme Dominique BOUCHER	Pharmacologie
Mr Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mme Cécile CORBIERE	Biochimie
Mr Eric DITTMAR	Biophysique
Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUC	Pharmacologie
Mr Abdelhakim ELOMRI	Pharmacognosie

Mr François ESTOUR	Chimie Organique
Mr Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Najla GHARBI	Chimie analytique
Mme Marie-Laure GROULT	Botanique
Mr Hervé HUE	Biophysique et mathématiques
Mme Laetitia LE GOFF	Parasitologie - Immunologie
Mme Hong LU	Biologie
Mme Sabine MENAGER	Chimie organique
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Christine THARASSE	Chimie thérapeutique
Mr Frédéric ZIEGLER	Biochimie

PROFESSEURS ASSOCIES

Mme Cécile GUERARD-DETUNCQ	Pharmacie officinale
Mr Jean-François HOUIVET	Pharmacie officinale

PROFESSEUR CERTIFIE

Mme Mathilde GUERIN	Anglais
----------------------------	---------

ASSISTANT HOSPITALO-UNIVERSITAIRE

Mr Jérémie MARTINET	Immunologie
----------------------------	-------------

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

Mr Romy RAZAKANDRAINIBE	Parasitologie
Mr François HALLOUARD	Galénique
Mme Caroline LAUGEL	Chimie organique
Mr Souleymane ABDOUL-AZIZ	Biochimie
Mme Maité NIEPCERON	Microbiologie

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et minérale
Mr Thierry BESSON	Chimie thérapeutique
Mr Roland CAPRON	Biophysique
Mr Jean CHASTANG	Mathématiques
Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation et économie de la santé
Mme Elisabeth CHOSSON	Botanique
Mr Jean-Jacques BONNET	Pharmacodynamie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Loïc FAVENNEC	Parasitologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mr François ESTOUR	Chimie organique
Mme Isabelle LEROUX-NICOLLET	Physiologie
Mme Martine PESTEL-CARON	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS-MÉDECIN GÉNÉRALISTE

Mr Jean-Loup **HERMIL** UFR Médecine générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS

Mr Emmanuel **LEFEBVRE** UFR Médecine générale

Mr Philippe **NGUYEN THANH** UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS

Mr Pascal **BOULET** UFR Médecine générale

Mme Elisabeth **MAUVIARD** UFR Médecine générale

Mme Lucille **PELLERIN** UFR Médecine générale

Mme Yveline **SEVRIN** UFR Médecine générale

Mme Marie Thérèse **THUEUX** UFR Médecine générale

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS

Mr Serguei FETISSOV (med)	Physiologie (ADEN)
Mr Paul MULDER (phar)	Sciences du Médicament
Mme Su RUAN (med)	Génie Informatique

MAITRES DE CONFERENCES

Mr Sahil ADRIOUCH (med)	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mme Gaëlle BOUGEARD-DENOYELLE (med)	Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079)
Mme Carine CLEREN (phar)	Neurosciences (Néovasc)
Mme Pascaline GAILDRAT (phar)	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
Mr Nicolas GUEROUT (phar)	Chirurgie Expérimentale
Mr Antoine OUVRARD-PASCAUD (med)	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mr Frédéric PASQUET	Sciences du langage, orthophonie
Mme Isabelle TOURNIER (phar)	Biochimie (UMR 1079)

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique DELAFONTAINE

HCN - Hôpital Charles Nicolle

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CB - Centre Henri Becquerel

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation

SJ – Saint Julien Rouen

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

REMERCIEMENTS

À Monsieur le Professeur HERMIL

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter d'être le président de jury. Je vous remercie pour l'intérêt que vous avez porté à mon travail.

Travailler dans votre groupe d'enseignement dirigé pendant trois ans m'a beaucoup appris, merci pour la qualité de votre enseignement.

À Monsieur le Professeur LEVESQUE

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter d'être dans mon jury de thèse. Je vous prie de trouver ici l'expression de ma sincère gratitude et de tout mon respect.

À Monsieur le Professeur DOUCET

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter d'être dans mon jury et de juger mon travail. Je vous prie de trouver ici l'expression de ma sincère gratitude et de tout mon respect.

À Monsieur le Docteur LUCAS

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter d'être dans mon jury. Travailler en collaboration avec votre équipe pendant le second semestre de mon DES m'a beaucoup appris, je vous en remercie.

À Monsieur de le Docteur POULINGUE, mon directeur de thèse

Yann, merci pour ton aide et ta disponibilité dans ce travail. Tu m'as beaucoup appris lors de mon second semestre dans le service. Merci pour ta présence et ton soutien quotidien qui, je sais, ne s'arrêtera pas à la fin de ce travail.

À mon mari

Merci pour ton soutien sans faille et tes encouragements. Merci de m'apporter tant de bonheur et d'amour au quotidien. Tu sais me donner le réconfort qu'il faut dans les moments difficiles. Je t'aime.

À mes parents

Merci pour votre soutien depuis ces longues années et pour tout ce que vous m'apportez depuis maintenant vingt huit ans. Je vous aime tellement. Et un grand merci pour votre rôle de correcteur dans ce travail.

À ma sœur

Flo, malgré la distance qui nous sépare aujourd'hui, tu seras toujours mon principal soutien. Je suis fière de la femme que tu es devenue. Ces quelques lignes me permettent de rappeler tout l'amour que je ressens pour toi.

À mon beau frère

David, merci pour tous ces bons moments que l'on passe ensemble. Tu rends ma sœur heureuse et m'as donné la plus belle des nièces ; je ne t'en remercierai jamais assez.

À Margot

Tu es encore si petite pour comprendre, mais ces quelques mots me permettent de te rappeler à quel point ta «Tata Titi » t'aime.

À mes beaux parents

Merci pour votre affection et votre soutien quotidien. Je vous remercie de tous les bons moments que nous passons ensemble.

À mes grands parents

Vous auriez été fiers d'être à mes côtés pour ce nouvel événement important dans ma vie. Vous me manquez tellement.

À ma famille

Vous qui m'avez vu grandir, ces quelques lignes me permettent de vous remercier pour votre soutien et des moments que l'on passe ensemble.

À mes amis

Vous qui partagez les bons comme les mauvais moments, qui êtes toujours là... Je ne vous remercierai jamais assez.

À tous ceux qui ont participé à cette enquête.

Au docteur Valérie MENARD du département d'information médicale.

À la COSSE pour m'avoir aidé dans mon enquête.

À l'URPS.

À tous les médecins qui ont participé à ma formation en tant qu'externe, interne et encore aujourd'hui.

PLAN

<u>PRÉAMBULE</u>	18
<u>A. INTRODUCTION</u>	19
1. Définitions	19
2. Soins palliatifs à l'hôpital	21
a. Historique et contexte	21
b. Le service de médecine polyvalente à Louviers	24
3. Soins palliatifs en ville	29
a. Contexte.....	29
b. Dans la Communauté d'Agglomération Seine Eure (CASE)	32
<u>B. MATÉRIEL ET MÉTHODE</u>	37
1. Population étudiée	37
2. Protocole d'étude	37
<u>C. RÉSULTATS</u>	39
1. Taux de réponses	39
2. Présentation des médecins ayant participé à l'enquête	39
3. Activité palliative des médecins généralistes	40
4. Formation en soins palliatifs des médecins généralistes	42
5. La collaboration avec le service	42
6. Prise en charge de la douleur physique par le médecin généraliste	44
7. Prise en charge de la douleur morale par le médecin généraliste	46

8. Prise en charge de l'épuisement des aidants par le médecin généraliste	47
9. Prise en charge des soins de nursing lourds et la perte d'autonomie par le médecin généraliste	48
10. Prise en charge d'un événement intercurrent sans urgence vitale nécessitant une prise en charge hospitalière	52
11. Coopération avec le réseau de soin palliatif DOUSOPAL et l'hospitalisation à domicile (HAD)	52
<u>D. DISCUSSION</u>	55
• Les soins palliatifs en médecine polyvalente: une activité quotidienne et assumée mais rarement évaluée	55
• Le médecin généraliste : spécialiste impliqué et motivé pour l'optimisation de ses pratiques en soins palliatifs malgré des difficultés	58
• La douleur physique et morale : peu de recours au service puisque ces compétences sont revendiquées et assumées par le médecin généraliste	61
• L'épuisement des aidants et la perte d'autonomie du patient : une coopération attendue	62
• Le service d'accueil et d'urgences, un service dans son rôle?	63
• Coopération médecine générale / médecine polyvalente : une optimisation nécessaire	65
<u>CONCLUSION</u>	67
<u>BIBLIOGRAPHIE</u>	68

<u>Annexe 1</u> : Sondage à l'intention de l'équipe du service de médecine polyvalente de Louviers	73
<u>Annexe 2</u> : Territoire d'intervention du réseau DOUSOPAL	76
<u>Annexe 3</u> : Communauté d'Agglomération Seine Eure (CASE)	77
<u>Annexe 4</u> : Lettre d'introduction du questionnaire papier à l'intention des médecins généralistes	78
<u>Annexe 5</u> : Questionnaire à l'intention des médecins généralistes	80

PRÉAMBULE

Les progrès croissants dans le champ de la médecine conduisent à une augmentation de l'âge de la population, du handicap, de la dépendance, de la fragilité et des maladies chroniques. On prévoit qu'en 2050, un habitant sur trois serait âgé de soixante ans ou plus contre un sur cinq en 2005 (1).

Dans ce contexte, la fin de vie est de plus en plus médicalisée et institutionnalisée : 20% des décès surviennent à domicile actuellement comparativement aux 70% dans les années 1950 (2). Les sondages d'opinion, eux, montrent que 80% des patients souhaitent finir leur jour à domicile (données de l'Institution Française d'Opinion Publique, IFOP 2010). Il existe donc un paradoxe entre les souhaits des patients et la réalité.

Très vite au cours de ma formation, il m'est apparu que la fin de vie de nos patients semblait être souvent un enjeu hospitalier. En effet, mon second semestre de mon diplôme d'étude spécialisée de médecine générale s'est déroulé au sein de l'unité fonctionnelle de médecine polyvalente du centre hospitalier de Louviers. J'ai alors mesuré le rôle que pouvait tenir ce service dans la fin de vie des patients puisque c'est au quotidien que j'y étais confrontée.

Néanmoins, cette vision hospitalière a très vite été nuancée et pondérée par la découverte de la médecine générale lors de mon troisième semestre réalisé chez le praticien. J'ai compris que la prise en charge de la fin de vie de nos patients était bien entendu, aussi, une problématique quotidienne à domicile.

En tant que futur docteur en médecine générale mon intérêt s'est donc porté à évaluer la coopération qui peut être mise en place entre un service de médecine polyvalente de proximité comme celui de Louviers et les médecins généralistes du secteur.

A. INTRODUCTION

1. Définitions:

Si préciser la définition des soins palliatifs en France est essentielle pour la compréhension de ce travail, il apparaît que plusieurs s'offrent à nous puisqu'il n'en existe pas de consensuelle (3).

En 1990, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit les soins palliatifs comme « des soins actifs, complets, donnés aux malades dont l'affection ne répond pas au traitement curatif ». « Le but des soins palliatifs est d'obtenir la meilleure qualité de vie possible pour les malades et leur famille ».

En 1996, le Conseil National de l'Ordre des médecins déclare que les soins palliatifs « doivent être mis en œuvre toutes les fois qu'une atteinte pathologique menace l'existence ». La Société Française des soins palliatifs nous rappelle que « la formation et le soutien des soignants et des bénévoles font partie de la démarche palliative » et que « ceux qui les dispensent cherchent à éviter les investigations et les traitements déraisonnables. Ils se refusent à provoquer intentionnellement la mort ».

La loi n°99-477 de 1999 insiste également sur la notion de soins actifs et d'interdisciplinarité entre ville et hôpital en n'oubliant pas la prise en charge de la famille des patients.

L'OMS, encore en 2002 nous fait retenir que les soins palliatifs « cherchent à améliorer la qualité de vie des patients et de leur famille, face aux conséquences d'une maladie potentiellement mortelle, par la prévention et le soulagement de la souffrance ». Les soins palliatifs « sont applicables tôt dans le décours de la maladie, en association avec d'autres traitements pouvant prolonger la vie, comme la chimiothérapie et la radiothérapie, et incluent les investigations qui sont requises afin de mieux comprendre les complications cliniques gênantes et de manière à pouvoir

les prendre en charge ». L'agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES), elle, déclare de son côté que « les soins palliatifs cherchent à éviter les investigations et les traitements déraisonnables et se refusent à provoquer intentionnellement la mort ».

Au final, ce sont peut être les mots du docteur Thérèse Vanier que nous pouvons citer quand elle disait il y a 39 ans: « C'est tout ce qui reste à faire quand il n'y a plus rien à faire ».

Dans ce contexte de soins palliatifs qui implique donc prise en charge globale et pluridisciplinaire, il nous faut également expliciter les concepts de polyopathie et fragilité ; tous deux semblant impliqués dans notre prise en charge et donc dans notre travail.

La polyopathie est variablement définie et non consensuelle. Ce terme n'existe pas dans les dictionnaires mais est fréquemment utilisé pour parler du cumul des pathologies. Souvent, on parle de polyopathie lorsque le patient souffre d'au moins deux pathologies. Dans l'article R. 322-6 du code de la sécurité sociale, le terme « polyopathie » est employé lorsqu'un patient est atteint de plusieurs affections caractérisées, entraînant un état pathologique invalidant et nécessitant des soins continus d'une durée prévisible supérieur à 6 mois, il s'agit de l'ALD 32 (4). Cet état invalidant est évalué par la grille de dépendance : le schéma de Wood.

Pour ce qui est de la fragilité, nous avons choisi la définition de la société française de gériatrie et de gérontologie (SFGG) de 2011 (5) : « La fragilité est un syndrome clinique. Il reflète une diminution des capacités physiologiques de réserve qui altère les mécanismes d'adaptation au stress. Son expression clinique est modulée par les comorbidités et des facteurs psychologiques, sociaux, économiques et comportementaux. Le syndrome de fragilité est un marqueur de risque de mortalité et d'évènements péjoratifs, notamment d'incapacités, de chutes, d'hospitalisation et d'entrée en institution. L'âge est un déterminant majeur de fragilité mais n'explique pas à lui seul ce syndrome ».

2. Soins palliatifs à l'hôpital :

a. Historique et contexte :

C'est en 1974 au Canada que le docteur Balfour MOUNT crée la première unité d'hospitalisation en milieu universitaire de soins palliatifs (6). À Paris, la première ouvrira ses portes en 1987, à l'hôpital international de la cité universitaire, par le docteur Maurice ABIVEN (7). Il apparaît une nouvelle préoccupation pour une catégorie de malades qui était jusque là délaissée par l'hôpital.

En 1976, le docteur Thelma BATES fonde la première Equipe mobile de soins palliatifs travaillant à titre consultatif à l'hôpital Saint Thomas à Londres. Il faudra attendre 1989 pour que la première équipe mobile de soins palliatifs débute son activité sous la responsabilité du docteur LASSAUNIERE en France (7).

Les premiers lits identifiés en soins palliatifs ont été créés en 2004 et sont propres au paysage sanitaire français (8).

En pratique, de nombreux acteurs sont ainsi maintenant impliqués à l'hôpital pour la prise en charge des patients en fin de vie.

Les Unités de Soins Palliatifs (USP) sont des unités spécialisées qui ont une activité spécifique et exclusive des soins palliatifs. Ce sont les structures de référence. Le personnel doit être qualifié et formé (9). L'ensemble des régions dispose d'au moins une unité de soins palliatifs. Leur nombre est passé de 90 en 2007 à 122 en 2012 au niveau national (10). Leur répartition par région est inégale : deux tiers sont concentrées dans cinq des vingt sept régions françaises (PACA, Rhône Alpes, Bretagne, Nord-pas-de-Calais et Île de France) (8). Le taux d'équipement varie de 0,4 à 8,2 lits d'USP pour 100 000 habitants en France. Dans notre région, l'unité se situe au CHU de Rouen et il n'existe pas plus d'un lit d'USP pour 100 000 habitants (8).

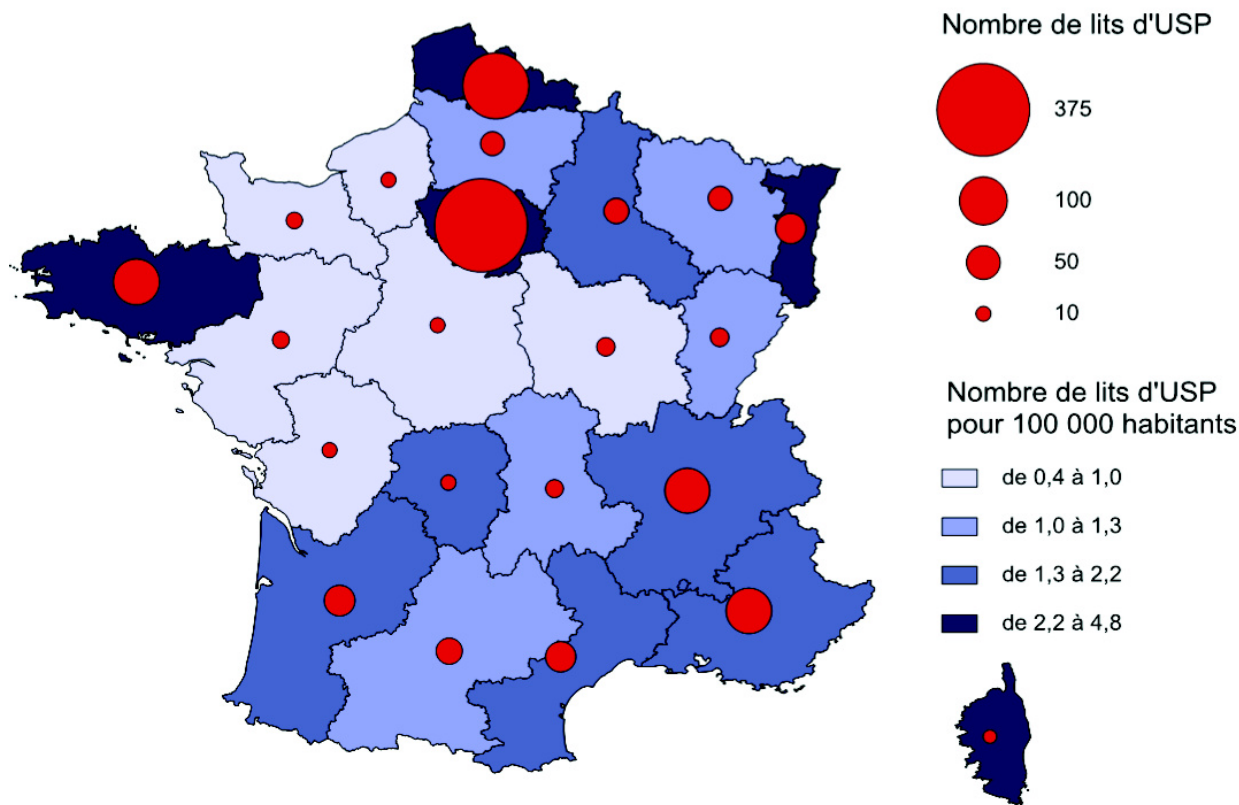


Figure 1 : Répartition des unités de soins palliatifs par région en 2010. Source : Comité national de suivi du développement des soins palliatifs (8)

Les Équipes Mobiles de Soins Palliatifs (EMSP) sont pluriprofessionnelles rattachées à un établissement de santé qui se déplace au lit du malade et auprès des soignants à leur demande. Le personnel est lui aussi qualifié et formé (11). En 2011, on comptait 418 EMSP contre 337 en 2007 en France (10). Le nombre d'équipes mobiles rapporté au nombre de décès en établissement de santé est d'environ 890 en France contre environ 1500 pour notre région (8). On compte six EMPS en Haute Normandie (trois sur le territoire Rouen/Elbeuf, une sur le territoire du Havre, une sur le territoire Evreux/Vernon et une sur le territoire Dieppe) (12).

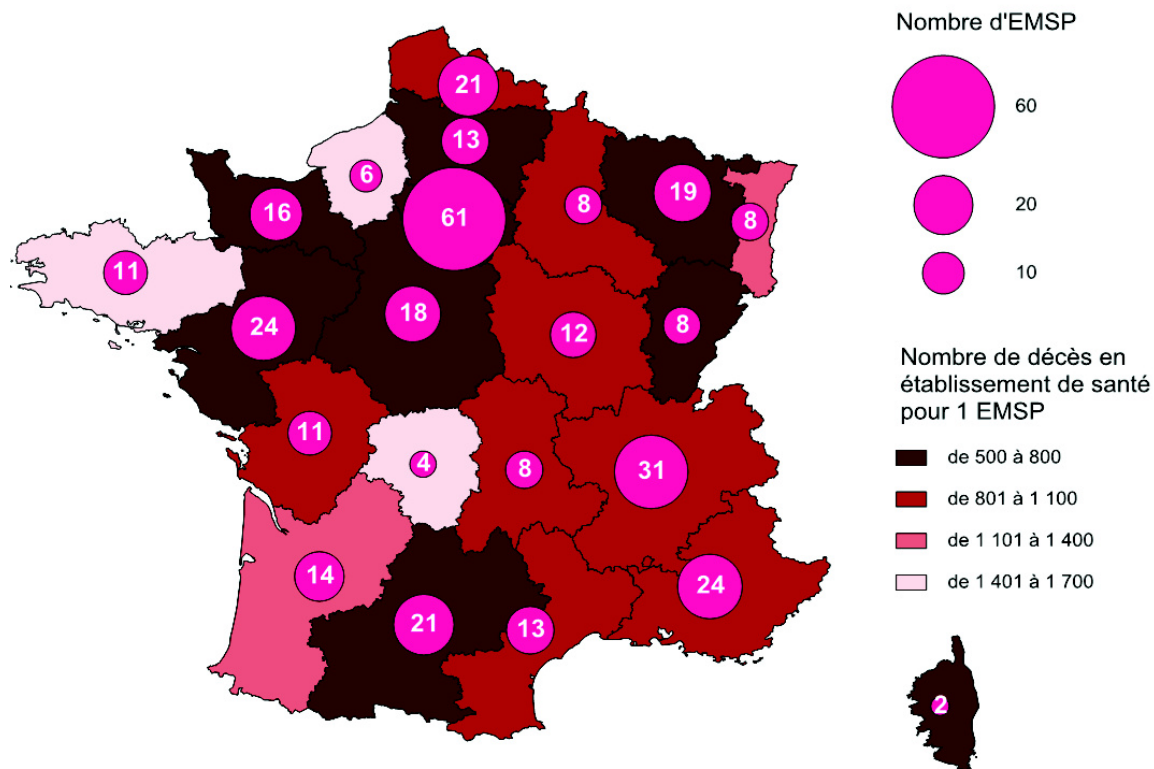


Figure 2 : Répartition des équipes mobiles de soins palliatifs en 2010. Source : Comité national de suivi du développement des soins palliatifs (8)

Les Lits Identifiés de Soins Palliatifs (LISP) se situent dans des services qui sont confrontés à des fins de vie ou des décès fréquents, mais dont l'activité n'est pas exclusivement consacrée aux soins palliatifs. L'individualisation de LISP au sein d'un service ou d'une unité de soins permet d'optimiser son organisation pour apporter une réponse plus adaptée à des patients qui relèvent de soins palliatifs et d'un accompagnement, comme à leurs proches. Les LISP font appel à des équipes médicales et paramédicales formées aux techniques de prise en charge palliative (13) (14). Le nombre de LISP est passé de 3060 dans 551 établissements en 2007 à 5057 dans 837 établissements en 2011 en France d'après le bilan du programme national de développement des soins palliatifs de 2008/2012 (10). Dans la région de Haute Normandie, on compte environ 5,2 LISP pour 100 000 habitants, légèrement supérieur au taux national de référence (5/100 000) (12). Au centre hospitalier d'Elbeuf, nous comptons 8 lits identifiés en soins palliatifs au moment de la réalisation de ce travail (données PMSI).

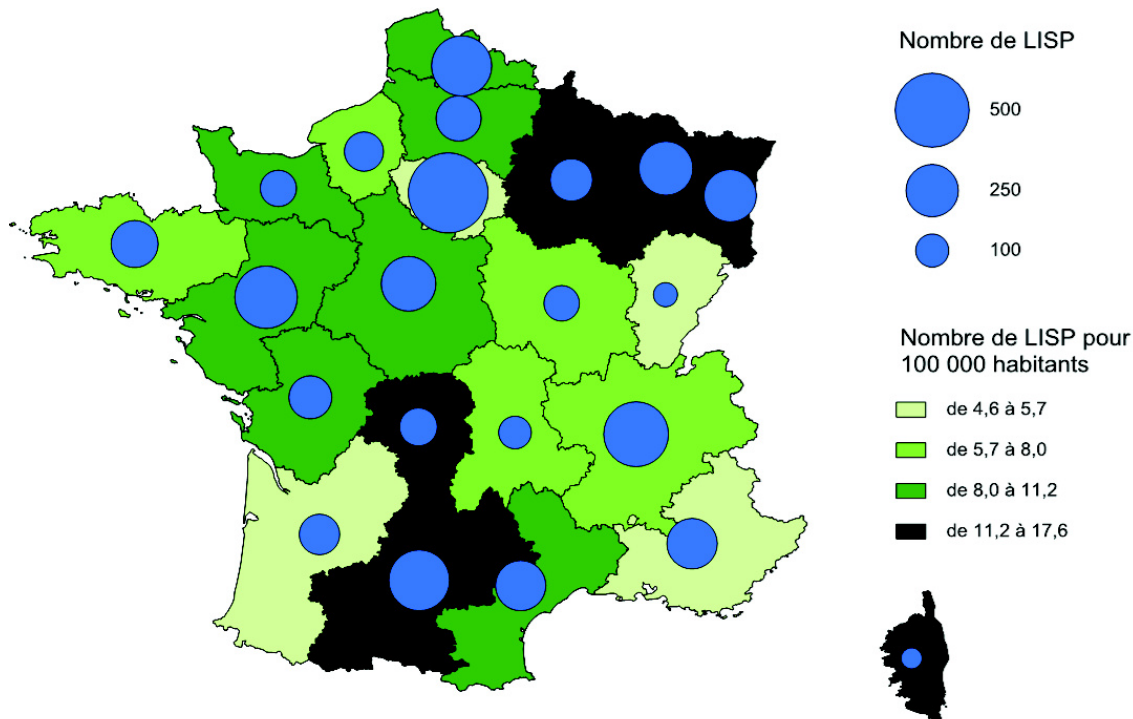


Figure 3 : Répartition des lits identifiés de soins palliatifs par région en 2010. Source : Comité national de suivi du développement des soins palliatifs (8)

Les lits non spécifiques, dans un service hospitalier sans lit identifié. En effet la loi du 9 juin 1999 garantit dans son article premier le droit d'accès aux soins palliatifs pour tous: « Toute personne malade dont l'état le requiert a le droit d'accéder à des soins palliatifs et à un accompagnement » (15).

b. Le service de médecine polyvalente à Louviers :

➤ Définition de la médecine polyvalente :

La médecine polyvalente, contrairement aux autres spécialités souffre d'un manque de définition claire.

Le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire de Basse Normandie de 2006/2011 propose trois façons de définir la médecine polyvalente (16).

- Par la qualification des médecins : Il n'existe pas de Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES) ou de Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaires (DESC) de médecine polyvalente. Cependant ils ont généralement réussi le concours de Praticiens Hospitaliers (PH) en médecine. On attend de ces médecins une prise en charge du patient dans sa globalité.
- Par le recrutement des patients : Les patients admis en médecine polyvalente ne nécessitent pas, sauf circonstance particulière, l'intervention d'un spécialiste, ils sont souvent polypathologiques. De plus lorsque le patient présente des symptômes d'origine indéterminée et qu'il ne peut être orienté d'emblée dans un service spécialisé, ce patient peut être admis en médecine polyvalente. Des patients présentant des problèmes psychologiques ou addictifs peuvent être admis en unités de médecine polyvalente si l'hospitalisation en psychiatrie n'est pas retenue.
- Par sa situation dans l'offre de soin : Elle est le premier niveau de l'hospitalisation des patients en médecine. L'entrée dans le service peut se faire par l'intermédiaire des urgences, des consultations, par transfert ou entrée directe.

Quoiqu'il en soit, cette discipline s'organise puisque depuis maintenant quelques mois existe une fédération française de médecine polyvalente. Les objectifs sont nombreux, que ce soit dans une perspective de formation ainsi que de recherche d'identité et de positionnement dans la prise en charge des patients polypathologiques. En fait, la médecine polyvalente nécessite une prise en charge holistique du patient, dans sa globalité et travaille de façon rapprochée avec les autres spécialité. Comme peut être la médecine gériatrique et la médecine interne, elle se rapproche en cela étroitement de la médecine palliative.

➤ Le service de Louviers :

• Son fonctionnement et son activité :

L'unité fonctionnelle compte une capacité de 33 lits (+1 supplémentaire). L'équipe médicale est composée de deux praticiens hospitaliers, deux assistants spécialistes en médecine générale et deux à trois internes en médecine générale depuis 2008. L'équipe paramédicale se compose de onze équivalents temps plein (ETP) infirmiers diplômés d'Etat, quinze ETP aides soignants, quatre ETP agents de services hospitaliers, 1,5 ETP secrétaire, 0,20 ETP de kinésithérapeute et une assistante sociale.

Sur l'année 2014, on compte 1246 séjours en résumé d'unité médicale (RUM). L'âge moyen des patients est de 75,5 ans. En 2013, l'âge moyen était de 74,4 ans. On compte 42 % d'hommes et 58% de femmes.

La durée moyenne de séjour est de 8,57 jours. (Tableau 1)

	Année 2014	Année 2013
Nombre de RUM	1246	1319
Age moyen par RUM	75,51 ans	74,38 ans
Pourcentage d'hommes	42%	45%
Taux de décès	4,49%	3,56
Durée moyenne de séjour PMSI	8,57 jours	7,77 jours

Tableau 1 : Indicateur du service (activité globale). Données PMSI. Département d'information médicale, Centre hospitalier intercommunal d'Elbeuf Louviers Val de Reuil.

Les cinq principaux motifs d'hospitalisations sur l'année 2014 sont :

- infection pulmonaire,
- décompensation cardiaque
- troubles digestifs
- diabète qui reste l'activité de référence du service avec des consultations organisées par les médecins du service.
- troubles uro néphrologiques avec surtout la prise en charge des pyélonéphrites.

Les patients arrivent majoritairement de leur domicile (entrée directe ou via les urgences) (Tableau 2). Il en est de même pour les sorties (Tableau 3).

Mode d'entrée	Nombre	Pourcentage
Mutation de MCO	61	4,9%
Mutation de SSR	3	0,2%
Transfert de MCO	3	0,2%
Transfert de SSR	3	0,2%
Domicile	204	16,4%
Urgences	972	78,1%

Tableau 2 : Mode d'entrée dans le service en 2014. Données PMSI. Département d'information médicale, Centre hospitalier intercommunal Elbeuf Louviers Val de Reuil.

Mode de sortie	Nombre	Pourcentage
Mutation vers MCO	69	5,5%
Mutation vers SSR	120	9,6%
Transfert vers MCO	20	1,6%
Transfert vers SSR	124	10%
Domicile	843	67,7%
Décès	56	4,5%
Autres	14	1,1%

Tableau 3 : Mode de sortie du service en 2014. Données PMSI. Département d'information médicale, Centre hospitalier intercommunal Elbeuf Louviers Val de Reuil.

Les patients venant dans le service viennent majoritairement du territoire de la CASE (Communauté d'Agglomération Seine Eure) (55,3%) et notamment de Louviers (35,9%) et Val de Reuil (9,8%). En dehors de ce territoire, les patients viennent d'Elbeuf dans 6,5% des cas et de Caudebec les Elbeuf dans 5,8% des cas.

- Son activité en soins palliatifs :

L'activité douleur chronique et soins palliatifs en diagnostic principal d'entrée figure au quinzième rang des motifs d'hospitalisation (4,5% de son activité).

Sur l'année 2014 il a été comptabilisé par le PMSI 56 dossiers soins palliatifs en RUM, soit coté en motif principal, soit au cours de l'hospitalisation (Tableau 4)

	Année 2014	Année 2013
Nombre de RUM	56	44
Age moyen par RUM	81,3 ans	81,28 ans
Pourcentage d'hommes	46%	59%
Taux de décès	41,07%	43,18%
Durée moyenne de séjour PMSI	15,41 jours	11,98

Tableau 4 : Indicateur du service pour l'activité soins palliatifs. Données PMSI. Département d'information médicale, Centre hospitalier intercommunal d'Elbeuf Louviers Val de Reuil.

Les patients en soins palliatifs sont adressés majoritairement par les urgences (80%) (Tableau 5). Le décès représente le principal mode de sortie pour 41% d'entre eux. (Tableau 6)

Mode d'entrée	Nombre	Pourcentage
Mutation de MCO	3	5,4%
Domicile	8	14,2%
Urgences	45	80,4%

Tableau 5 : Mode d'entrée dans le service pour les soins palliatifs en 2014. Données PMSI. Département d'information médicale, Centre hospitalier intercommunal Elbeuf Louviers Val de Reuil.

Mode de sorties	Nombre	Pourcentage
Mutation vers MCO	6	10,8%
Mutation vers SSR	10	17,9%
HAD	1	1,8%
Transfert vers MCO	1	1,8%
Transfert vers SSR	4	7,1%
Domicile	11	19,6%
Décès	23	41%

Tableau 6 : Mode de sortie du service pour les patients en soins palliatifs en 2014. Données PMSI. Département d'information médicale centre hospitalier intercommunal Elbeuf Louviers Val de Reuil.

À la vue de ces chiffres d'activité, il nous est apparu intéressant, en amont de ce travail de thèse et pour le préparer, de réaliser un sondage au sein du service. Ce sondage papier anonyme était composé de onze questions fermées avec une échelle de Likert, distribué à toute l'équipe du service du quatorze mai deux mille quinze au premier juin deux mille quinze (Annexe 1). La finalité de ce questionnaire n'était en fait que de percevoir le ressenti, l'implication et les difficultés de l'équipe de soins lors de la prise en charge palliative avec toutes les limites méthodologiques inhérentes à ce travail. Trente neuf ont été distribués et vingt cinq ont été recueillis (taux de réponse 64%). Au niveau des réponses nous avons retrouvé :

- Vingt et une femmes (84%) et quatre hommes (16%).
- Âge moyen : trente huit ans.
- Ancienneté d'exercice : dix ans.
- Ancienneté dans le service : sept ans

Les résultats principaux seront exposés plus loin dans notre travail pour enrichir notre réflexion.

3. Soins palliatifs en ville :

a. Contexte :

Actuellement 20% des décès se produisent à domicile (2).

L'offre de soins palliatifs à domicile sur le territoire français est incomplète comme nous en fait part le rapport public annuel 2015 de la cour des comptes qui précise que « La prise en charge extra hospitalière est demeurée le parent pauvre et reste toujours à construire, que ce soit à domicile ou en établissement d'hébergement des personnes âgées dépendantes » (17). Ce rapport insiste sur la nécessité de développer la prise en charge des soins palliatifs à domicile mais également en structure hospitalière en améliorant la coordination ville-hôpital. La « déshospitalisation » de la mort est un enjeu important tant pour répondre au souhait de la population française qu'en raison du coût financier de l'hospitalisation.

Bien sûr, ici encore, de nombreux acteurs sont impliqués en ville.

Le médecin traitant qui occupe une place privilégiée auprès du patient et ceci à plusieurs titres :

- C'est le médecin de famille qui connaît le patient souvent depuis longtemps, sa famille et son mode de vie.
- Comme il occupe en tant que médecin traitant une place privilégiée dans le dépistage, c'est souvent lui qui a découvert et peut être même annoncé la maladie.
- Souvent associé à des confrères spécialistes, il a mis en place et surveillé chacune des thérapeutiques que le patient a du suivre tout en l'aidant à accepter les éventuels effets indésirables et ceci encore une fois depuis le tout début de la maladie.
- C'est encore le médecin traitant qui, souvent aidé par ses confrères, a du expliquer l'évolutivité de la pathologie et progressivement accompagner le patient vers des soins de plus en plus symptomatiques et de moins en moins curatifs.
- À ce stade, c'est toujours le médecin traitant qui, devant bien souvent une perte d'autonomie sera confronté à la coordination de chacun des acteurs que nous décrivons plus en avant.
- Enfin, et en espérant avoir été exhaustif, c'est au fil de la prise en charge que le médecin traitant devra soulager, quelque soit la douleur morale, physique ou sociale non seulement le patient mais aussi son entourage.

Autant d'arguments, qui doivent nous faire dire que le médecin traitant ; médecin de famille, est pour chacun des autres acteurs de la prise en charge un partenaire privilégié ; mais c'est surtout pour le patient lui même et son entourage qu'il est complètement indispensable. Une étude réalisée en 2002 auprès de 875 patients aux Royaume-Unis, montre que 96% des patients pensent que leur médecin traitant est l'interlocuteur principal quand il s'agit de discuter de maladie grave. Les patients estiment que c'est leur médecin de famille qui les connaît le mieux tant sur le plan personnel que médical (18).

Les autres professionnels de santé libéraux qui sont les soignants habituels du

patient (médecins spécialistes, infirmiers diplômés d'Etat, aides soignants, kinésithérapeutes, pharmaciens, assistante sociale, psychologue...) jouent un rôle bien sûr prépondérants à cette prise en charge (19).

L'hospitalisation à domicile (HAD) se justifie lorsque la charge de soins est importante. Les structures d'HAD sont soumises à l'obligation d'assurer les soins palliatifs. Ils peuvent également intervenir dans les EHPAD. Le malade est admis sur la base d'un protocole individuel de soins élaboré conjointement par le médecin coordinateur de l'HAD, le médecin traitant, le médecin prescripteur et les autres intervenants à domicile. L'HAD a vocation de faire partie d'un réseau de soins palliatifs quand il existe. Le service d'HAD travaille en étroite collaboration avec les différentes autres structures (20). Cette prise en charge est pluridisciplinaire et pluriprofessionnelle. Les structures d'hospitalisation à domicile sont au nombre de huit en Haute Normandie (12).

Les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) ont été créés en 1986. Ils assurent aux personnes âgées malades ou dépendantes les soins infirmiers et d'hygiène, l'aide à l'accomplissement des actes essentiels de la vie. Les SSIAD sont coordonnées par une infirmière qui encadre une équipe d'aides soignantes et d'aides médico psychologiques. De plus, très souvent ils font appel à des infirmiers libéraux. Ils ne peuvent donc prendre en charge des patients nécessitant des soins techniques lourds car ce sont eux qui financent les honoraires de ces derniers (21).

Les services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) assurent des prestations de service ménager, des aides pour des activités ordinaires de la vie. Ils ne relèvent pas de prescription médicale.

Les réseaux de soins palliatifs ont pour mission la coordination et la continuité des soins. Le travail en réseau permet la formation des acteurs libéraux, facilite le travail en équipe et optimise les échanges entre ville et hôpital. (22). Les réseaux proposent une prise en charge globale, avec, par exemple l'intervention d'un psychologue ou d'une assistante sociale (10). Il existe quatre réseaux de soins palliatifs en Haute Normandie : DOUSOPAL sur le territoire Elbeuf/ Rouen (Annexe 2), RESOPAL sur le territoire de Dieppe, RESPECT sur le territoire du Havre et RESPA 27 sur le territoire d'Evreux.

Aussi bien en ville comme à l'hôpital, **les bénévoles d'accompagnement** proposent « une présence, une écoute, dans la discrétion et le respect de l'altérité, le non jugement et le respect de l'intimité de la personne malade et de sa vie familiale » (23). Les bénévoles d'accompagnement peuvent intervenir dans les établissements de soins, établissement médico sociaux (maison de retraite) ou à domicile du patient. Les bénévoles sont eux aussi formés.

Le **SAMU** intervient également dans la prise en charge des personnes en fin de vie en l'absence de capacité d'intervention des autres dispositifs ou lorsque l'hospitalisation n'a pu être anticipée (10).

b. Dans la Communauté d'Agglomération Seine Eure (CASE) :

Le territoire de santé qui nous concerne ici est la Communauté d'Agglomération Seine Eure (CASE).

Elle regroupe 37 communes qui se structurent autour de celles de Louviers, Val de Reuil, Pont de l'Arche. Elle compte environ 68 000 habitants. Sa superficie est de 324 km² (24) (Annexe 3).

En 2009, une étude réalisée par l'Observatoire Régional de la Santé (ORS) de Haute-Normandie dresse un « diagnostic santé sur le territoire de la Communauté d'Agglomération Seine Eure » (25). Cette étude nous a permis de mieux décrire ce territoire.

- Sur le plan socio démographique :

La CASE présente une natalité supérieure à celle observée en moyenne dans la région et dans le département, elle même plus importante que celle en France. Avec 16 naissances pour 1000 habitants relevé en 2008, elle arbore un indice conjoncturel de fécondité de 2,41 enfants par femme (contre 2,07 en 1998) (25) (Tableau 7)

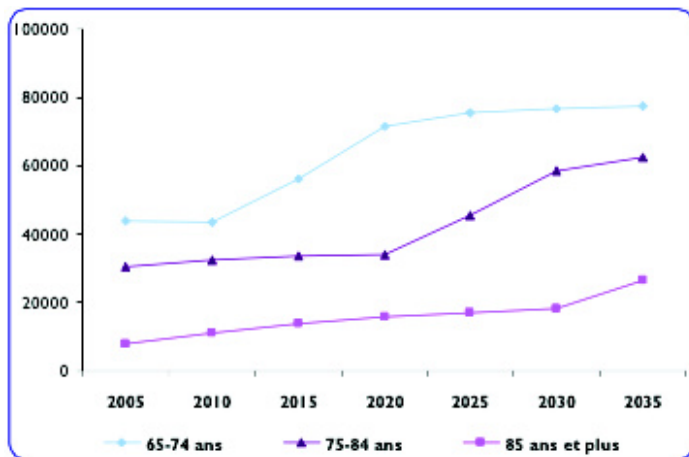
	Naissances vivantes en 2008	Taux de natalité en 2008	Indice conjoncturel de fécondité	
			1998	2008
CASE	958	16,1	2,07	2,41
France hexagonale	796 044	13,0	1,77	2,02

Tableau 7 : Naissance et évolution de l'indice conjoncturel de fécondité (1998-2008). Source Insee- Etat civil.

Alors qu'au niveau national on observe un phénomène de vieillissement de la population, au niveau local ce vieillissement est moins prononcé (Tableau 8). Mais il n'en reste pas moins un enjeu pour l'avenir (Graphique 1) (25).

	Personnes âgées de 65 ans et plus	Personnes âgées de moins de 20 ans	Indice de vieillissement
CASE	7233	17645	41
France hexagonale	10 208 357	15 230 855	67

Tableau 8 : Indice de vieillissement de la population en 2006. Source : Insee- recensement de la population 2006.



Graphique 1 : Évolution prévisionnelle du nombre de personnes âgées de 65 ans et plus dans le département de l'Eure entre 2005 et 2035. Source Insee recensement de la population 2006.

- Sur le plan socio économique :

Nous retiendrons que la population de la CASE est une population vulnérable sur différents points :

- Faible taux de scolarisation après 18 ans (42 % de la population âgée de 18 à 24 ans dans la CASE est scolarisée contre 52 % en France) (25)
- taux élevé de non diplômé (25,5 % ne disposent d'aucun diplôme dans la CASE contre 19,5 % en France) (25)
- Taux de chômage élevé (8,4 %) ce qui la place au 7eme rang des zones d'emploi les plus touchées par le chômage (25).
- Revenu des ménages plus faible (en 2006 le revenu médian des ménages était de 15 972 euros dans la CASE soit 5,9 % de moins que la France hexagonale) (25)
- Taux de logement sociaux plus élevé (127 pour 1000 habitants contre 71 au niveau national) (25).

- Sur le plan de l'état de santé de la population :

L'étude de l'indice comparatif de mortalité fait apparaître une surmortalité de 20 % sur le territoire de la CASE. Le territoire de la CASE comprend un taux de 1030

décès pour 100 000 habitants contre 900 en France hexagonale.

Le taux de mortalité infantile est lui aussi plus élevé que sur le reste du territoire : 5,3 pour 1000 naissance contre 4,2 en France (25).

Dans la CASE près du tiers des décès masculins est dû à un cancer. Chez les femmes, les maladies de l'appareil circulatoire sont la première cause de décès dans la CASE comme en France (25).

- L'offre de soin en ambulatoire :

La CASE présente depuis un certain nombre d'années, une densité d'offre médicale libérale en deçà de la moyenne nationale (Tableau 9).

	CASE	France hexagonale
Médecins généralistes	93,9	111,3
Médecins spécialistes	30,2	88,2

Tableau 9 : Densité de l'offre de soin en libéral pour 100 000 habitants en 2008

De plus, d'après le scénario de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DRESS), le solde entre médecin entrant et sortant de la vie active ne sera pas compensé avant 2020. De 2006 à 2030 la population devrait augmenter de 10% au niveau national, cela accentue la chute de la densité médicale jusqu'en 2020 qui devrait revenir à l'état actuel pas avant 2030 (26) (Tableau 10).

	2006	2020	2030
Densité médicale pour 100 000 habitants	327	276	292

Tableau 10 : Évolution de la densité médicale en France selon le scénario tendanciel de la DRESS.

Pour résumer, la médecine palliative est une jeune spécialité médicale confrontée à une implication croissante dans la prise en charge de patients eux même de plus en plus nombreux. Elle a su, que ce soit à l'hôpital comme en ville se diversifier, en proposant dorénavant de multiples recours.

Le médecin traitant reste lui le pilier principal puisqu'il est, comme nous l'avons vu, le partenaire privilégié du patient.

La médecine polyvalente hospitalière de notre territoire est elle aussi un acteur impliqué et donc un interlocuteur du médecin traitant.

L'objectif de ce travail est donc d'évaluer auprès des médecins traitants du secteur le positionnement du service de proximité dans l'offre de soins pour la prise en charge de leurs patients en soins palliatifs.

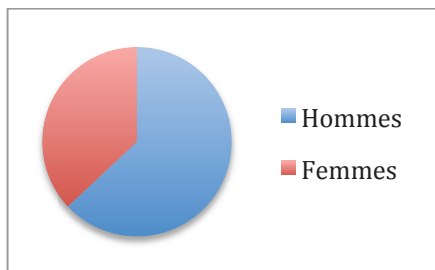
Bien entendu, notre prétention n'est ici pas de proposer un modèle mais plus simplement, et à une échelle très locale, d'analyser nos pratiques espérant les optimiser.

B. MATÉRIEL ET MÉTHODE

1. Population étudiée :

Notre étude se situe donc sur le territoire de la Communauté d'Agglomération Seine Eure (CASE) (Annexe 3).

Tous les médecins libéraux de cette zone ont été recensés par l'intermédiaire de l'unité régionale des professionnels de santé des médecins libéraux de Haute Normandie et la COSSE (coordination de la santé de la Seine et Eure). Cinquante deux médecins libéraux exerçant la médecine générale ont donc été inclus. Ils sont représentés par 63% d'hommes et 37% de femmes (Graphique 2)



Graphique 2 : Répartition des médecins généralistes de la CASE par sexe. Données de l'URPS et de la COSSE.

2. Protocole d'étude :

Nous avons réalisé une enquête par questionnaire anonyme (Annexe 4 et 5). Ce questionnaire comprend vingt cinq questions fermées avec échelle de Likert paire. Sa réalisation est rapide.

Cinquante deux questionnaires ont été envoyés par courrier au cabinet des médecins. Le courrier comprenait une lettre de présentation, le questionnaire et une enveloppe réponse timbrée.

L'envoi des questionnaires a eu lieu le 8 octobre 2015 et a été suivi d'une relance téléphonique.

La réception des questionnaires a été clôturée le 2 décembre 2015.

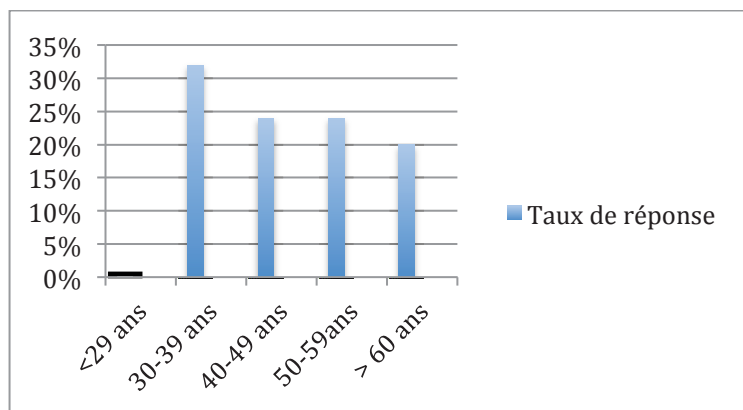
L'analyse des questionnaires a été réalisée de manière manuelle. Les résultats sont exprimés en pourcentage.

C. RÉSULTATS

1. Taux de réponses :

52 questionnaires ont été envoyés. Nous avons reçus 25 réponses (taux de réponse : 48%) composées de 15 hommes et 10 femmes.

La tranche d'âge 30/39 ans est la plus représentée (Graphique 3).



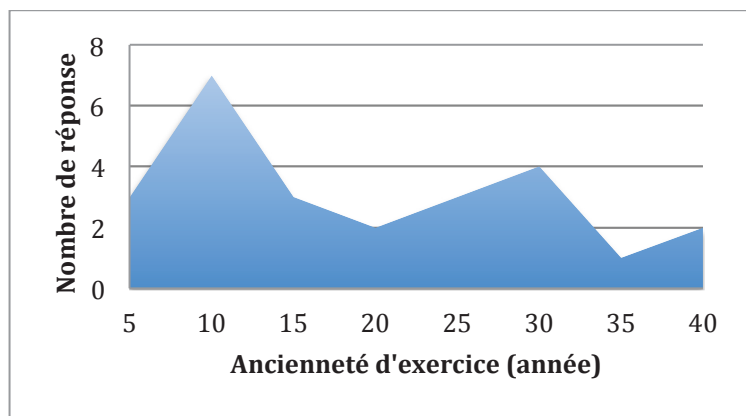
Graphique 3 : Taux de réponse par tranche d'âge (en pourcentage).

2. Présentation des médecins ayant participé à l'enquête :

- Ancienneté d'exercice :

La valeur médiane est de 15 ans d'exercice.

Le nombre d'année moyen d'exercice est de 18 ans.



Graphique 4 : Répartition des médecins en fonction de l'ancienneté d'exercice.

- Mode d'exercice :

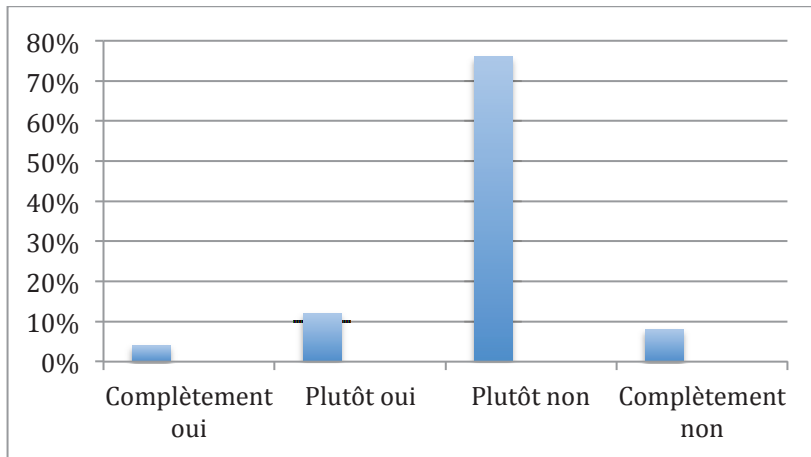
84% des médecins déclarent exercer en cabinet de groupe. Leur moyenne d'âge est de 45 ans contre 58 ans pour ceux exerçant seul.

100% des femmes ayant répondu exercent en groupe.

3. Activité palliative des médecins généralistes :

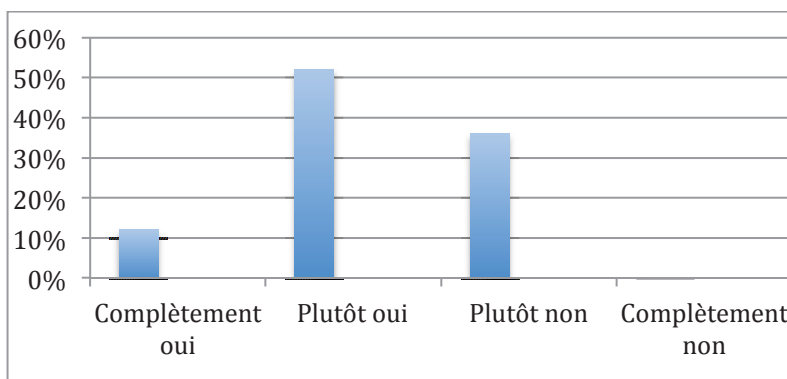
Sur les deux dernières années, 72% des médecins généralistes déclarent avoir accompagné entre 1 et 5 patients. 24% en ont accompagné entre 5 et 10. 4% d'entre eux en ont même accompagné plus de 10.

84% des médecins interrogés estiment qu'ils n'ont pas assez de temps pour assurer l'activité des soins palliatifs en ville comme nous l'illustre le graphique 5.



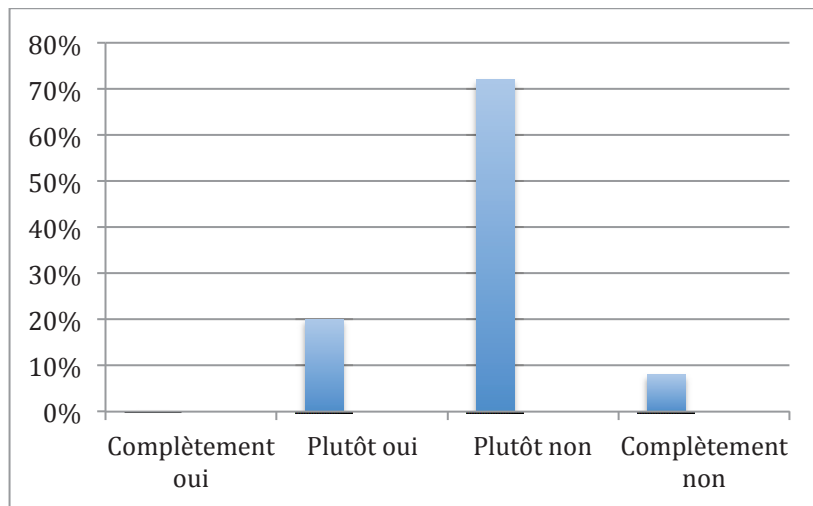
Graphique 5 : Estimation du temps disponible pour assurer l'activité en soins palliatifs : répartition en pourcentage des médecins.

De plus, ils sont 68% à ressentir un impact psychologique (Graphique 6).



Graphique 6 : Impact psychologique ressenti : répartition en pourcentage des médecins.

Par contre, ils sont 80% à ne pas se sentir isolé dans cette prise en charge (Graphique 7).



Graphique 7 : Sentiment d'isolement dans l'activité palliative : répartition en pourcentage des médecins.

4. Formation en soins palliatifs des médecins généralistes :

24% des médecins qui ont répondu ont suivi une formation complémentaire en soins palliatifs. Les types de formation les plus cités sont :

- Formation continue (cité 2 fois)
- Diplôme universitaire (cité 1 fois)
- Les séminaires (cités 2 fois)
- Stage avec une équipe spécialisée en soins palliatifs (cité une 1 fois)

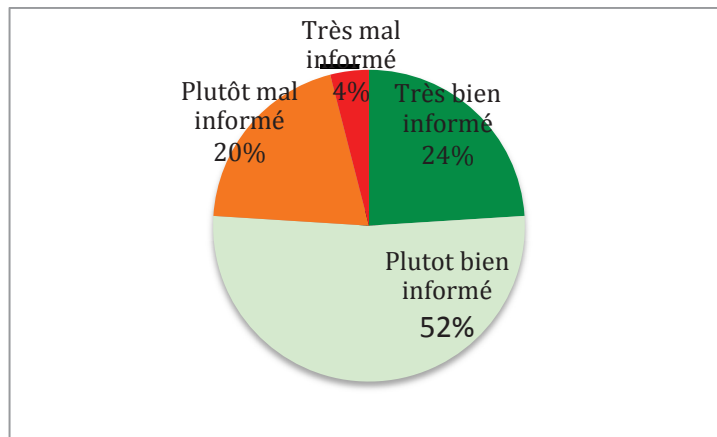
48% des médecins se sentent plutôt mal formés en soins palliatifs contre 52% qui se sentent plutôt bien formés. Aucun ne s'estimait « complètement bien ou mal formé ». Quoiqu'il en soit, ils sont 52% à être demandeur de formation dans cette discipline.

5. La collaboration avec le service :

- Appréciation globale de la coopération avec le service :

La collaboration avec l'unité est perçue comme « très ou plutôt facile » pour 92% des médecins. Seuls 2 médecins estiment la collaboration plutôt compliquée. De même, 92% des médecins se sentent « plutôt voir très satisfait » de l'accessibilité de l'équipe médicale du service.

Le graphique 8 illustre le ressenti des médecins sur leur niveau d'information concernant les décisions importantes prises pour leur patient pendant leur hospitalisation.

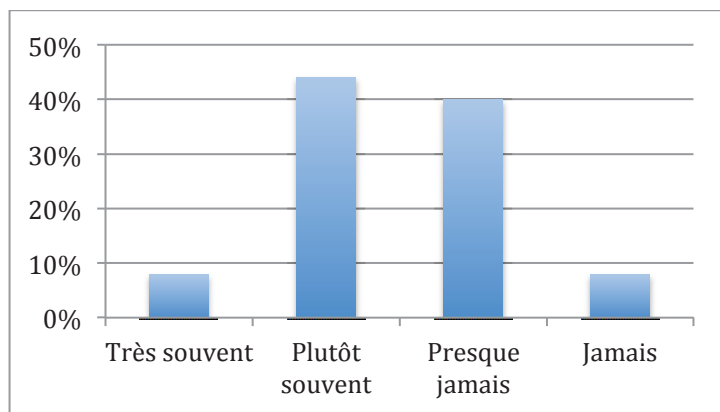


Graphique 8: Niveau d'information perçu concernant les décisions importantes prises pour leur patient : répartition en pourcentage des médecins.

Dans l'ensemble, 76% des médecins estiment être satisfait de l'information qu'ils reçoivent par les praticiens du service.

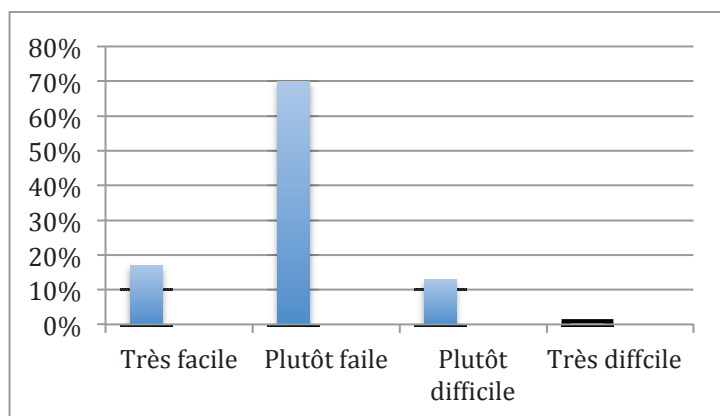
- Coopération avec le service concernant l'activité soins palliatifs :

52% des médecins déclarent coopérer « très ou plutôt souvent » avec l'UFMP (Unité fonctionnelle de médecine polyvalente) (Graphique 9).



Graphique 9 : Collaboration avec l'UFMP pour la prise en charge de leur patient en soins palliatifs : répartition en pourcentage des médecins.

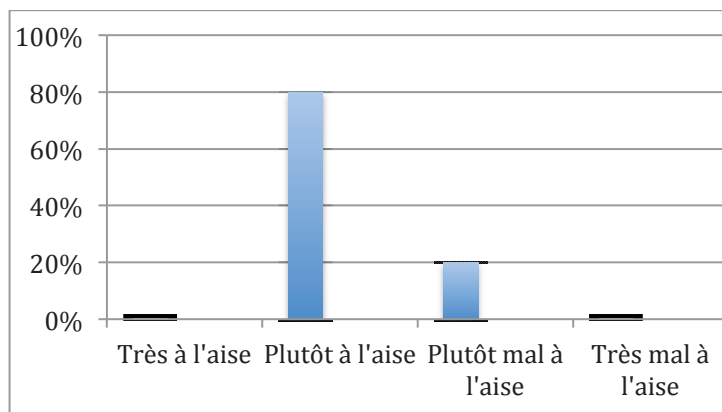
La collaboration avec le service semble être, dans ce cas, « très ou plutôt facile » pour 87% des médecins (Graphique 10).



Graphique 10 : Niveau de facilité perçu concernant la collaboration avec l'UFMP pour prendre en charge leur patient en soins palliatifs : répartition en pourcentage des médecins.

6. Prise en charge de la douleur physique par le médecin généraliste:

20% des médecins se déclarent « plutôt mal à l'aise » contre 80% « plutôt à l'aise » (Graphique 11).

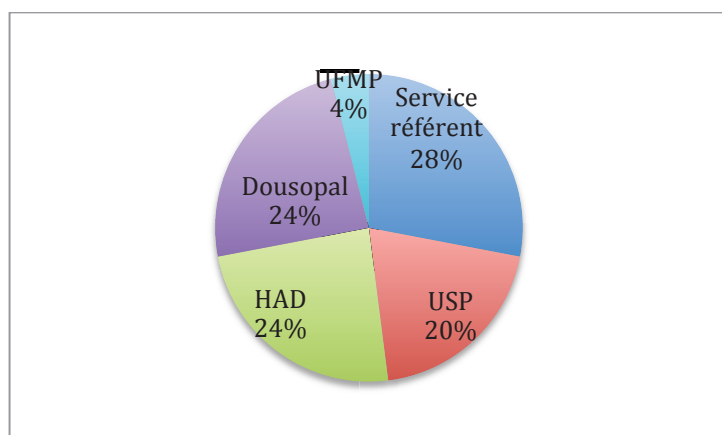


Graphique 11 : Niveau d'aisance pour prendre en charge la douleur physique : répartition en pourcentage des médecins.

Ils sont 16% à avoir déjà adressé un patient aux urgences pour ce motif.

Les types de recours privilégiés par les médecins généralistes pour prendre en charge la douleur physique de leurs patients sont (Graphique 12):

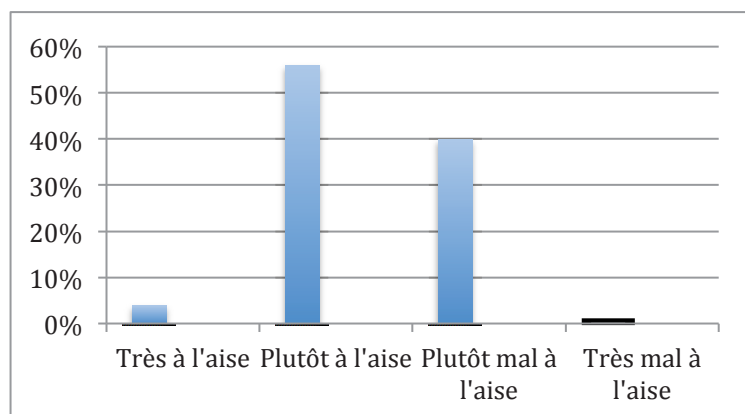
- Service hospitalier référent du patient (cité 7 fois)
- Réseau de soins palliatifs DOUSOPAL (cité 6 fois)
- Hospitalisation à domicile (HAD) (cité 6 fois)
- Unité de soins palliatifs (USP) (cité 5 fois)
- Service de médecine polyvalente de Louviers (UFMP) (cité 1 fois)



Graphique 12 : Recours envisagés par les médecins traitants pour prendre en charge la douleur physique.

7. Prise en charge de la douleur morale par le médecin généraliste:

40 % des médecins se sentent « plutôt mal à l'aise » contre 60% qui se déclarent « très ou plutôt à l'aise » (Graphique 13).

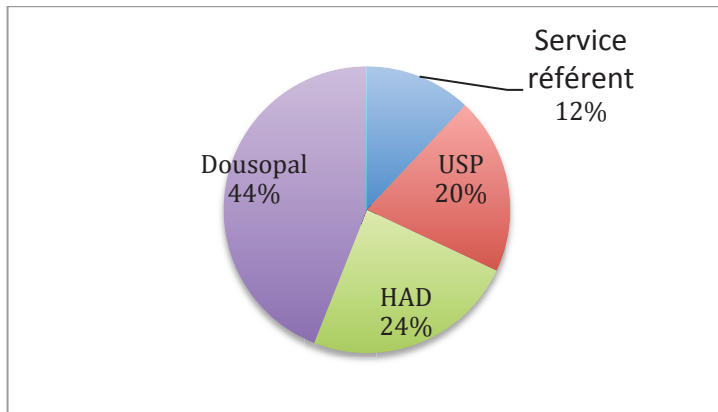


Graphique 13 : Niveau d'aisance pour prendre en charge la douleur morale : répartition en pourcentage des médecins.

Ils sont 100% à avoir répondu qu'ils n'avaient jamais adressé un patient aux urgences pour ce motif.

Les types de recours privilégiés par les médecins généralistes pour prendre en charge la douleur morale de leurs patients sont (Graphique 14):

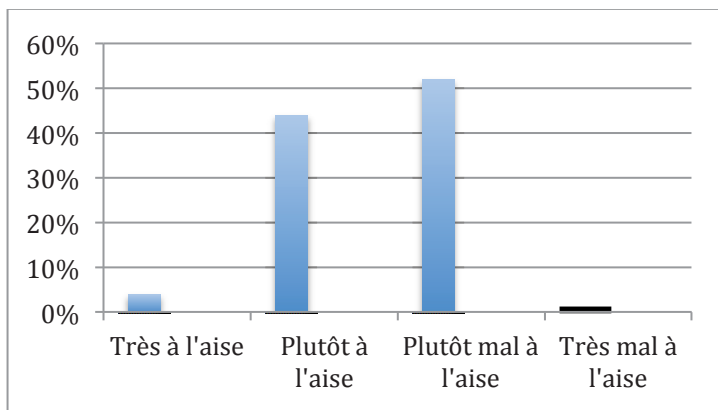
- Réseau de soins palliatifs DOUSPAL (cité 11 fois)
- Hospitalisation à domicile (HAD) (cité 6 fois)
- Unité de soins palliatifs (USP) (cité 5 fois)
- Service hospitalier référent du patient (cité 3 fois)



Graphique 14 : Recours envisagés par les médecins traitants pour prendre en charge la douleur morale.

8. Prise en charge de l'épuisement des aidants par le médecin généraliste:

52% des médecins se déclarent « plutôt mal à l'aise » contre 44% qui se sentent « plutôt à l'aise » (Graphique 15).



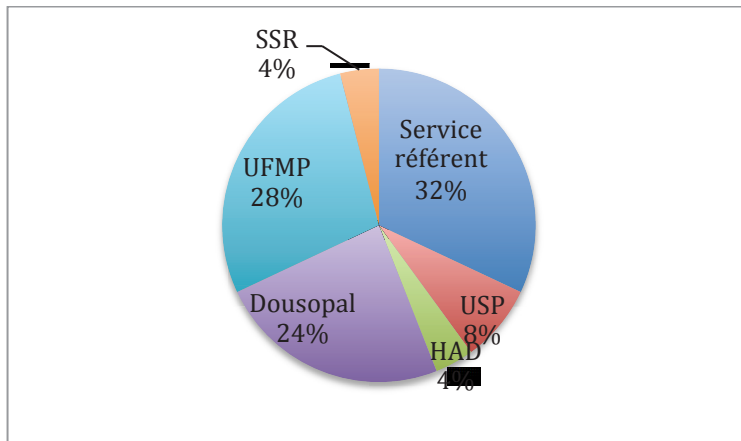
Graphique 15 : Niveau d'aisance pour prendre en charge l'épuisement des aidants : répartition en pourcentage des médecins.

Dans ce cadre, ils sont 40% à avoir déjà adressé leur patient aux urgences à cause d'un épuisement de l'aidant principal.

Les types de recours privilégiés sont (Graphique 16):

- Service hospitalier référent du patient (cité 8 fois)

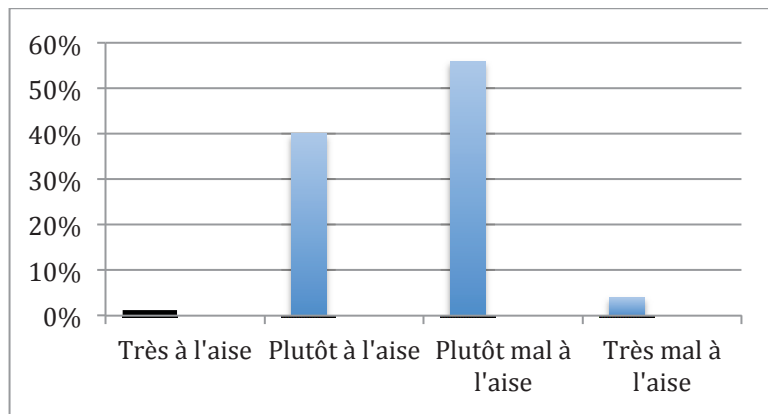
- Service de médecine polyvalente (UFMP) (cité 7 fois)
- Réseau de soins palliatif DOUSOPAL (cité 6 fois)
- Hospitalisation à domicile (HAD) (cité 1 fois)
- Unité de soins palliatifs (USP) (cité 2 fois)
- Soins de suite et de réadaptation (SSR) (cité 1 fois)



Graphique 16 : Recours envisagés par les médecins traitants pour prendre en charge l'épuisement de l'aidant principal.

9. Prise en charge des soins de nursing lourds et la perte d'autonomie par le médecin généraliste:

60 % des médecins se sentent « très ou plutôt mal à l'aise » comme le montre le graphique ci dessous.

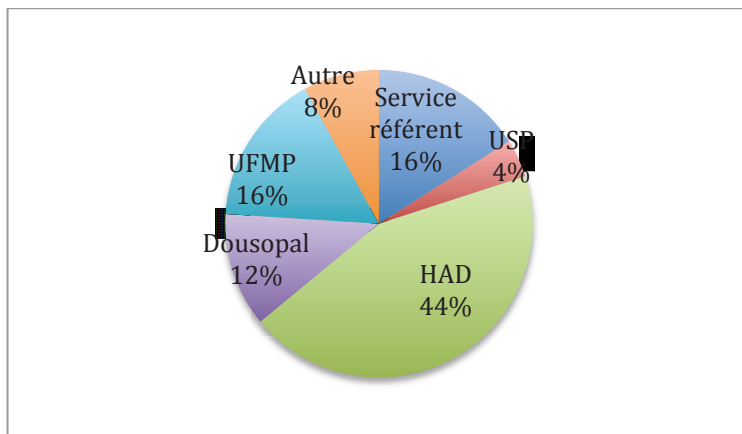


Graphique 17 : Niveau d'aisance pour prendre en charge les soins de nursing lourds et la perte d'autonomie : répartition en pourcentage des médecins.

28% des médecins ont déjà adressé un patient aux urgences pour ce motif.

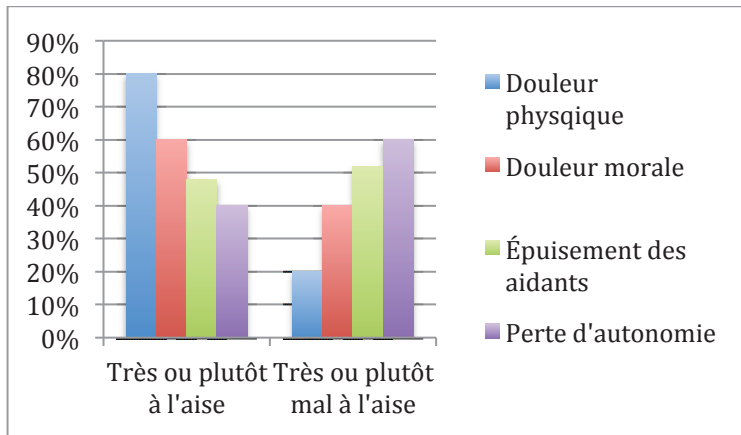
Les types de recours privilégiés par les médecins généralistes pour les prendre en charge sont (Graphique 18):

- Hospitalisation à domicile (HAD) (cité 11 fois)
- Service de médecine polyvalente (UFMP) (cité 4 fois)
- Service hospitalier référent du patient (cité 4 fois)
- Réseau de soins palliatifs DOUSOPAL (cité 3 fois)
- Unité de soins palliatifs (USP) (cité 1 fois)
- Autre non précisé (2 fois)

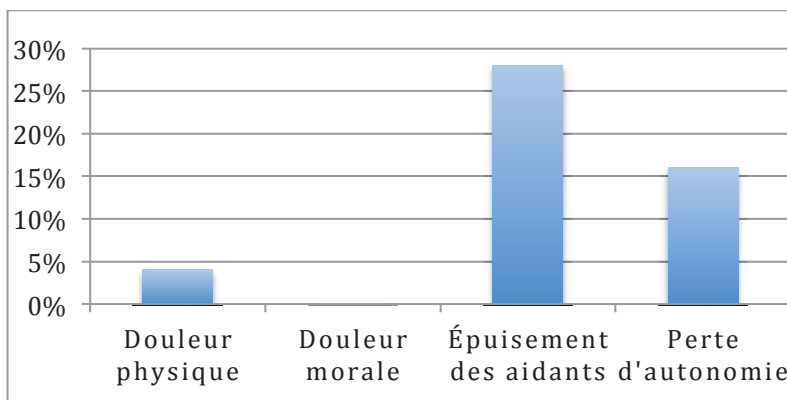


Graphique 18 : Recours envisagés par les médecins traitants pour prendre en charge les soins de nursing lourds et la perte d'autonomie.

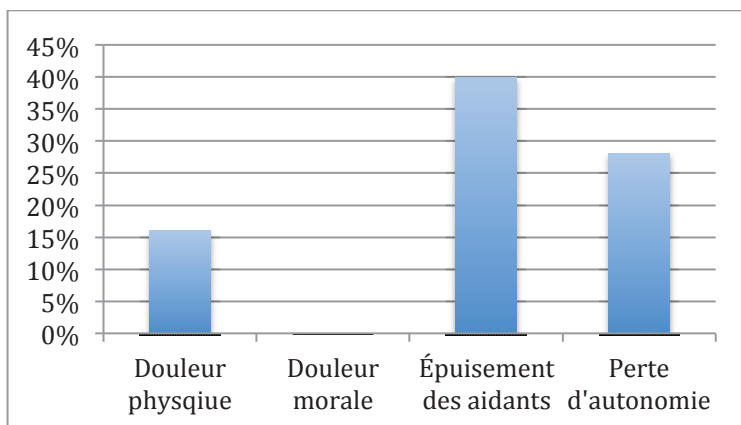
Pour illustrer globalement l'attitude des médecins à recourir à l'UFMP ou aux urgences en fonction de leur niveau d'aisance dans les quatre domaines cités ci dessus, trois graphiques sont proposés ci après.



Graphique 19 : Niveau d'aisance pour prendre en charge la douleur physique, la douleur morale, l'épuisement des aidants et la perte d'autonomie : répartition en pourcentage des médecins.



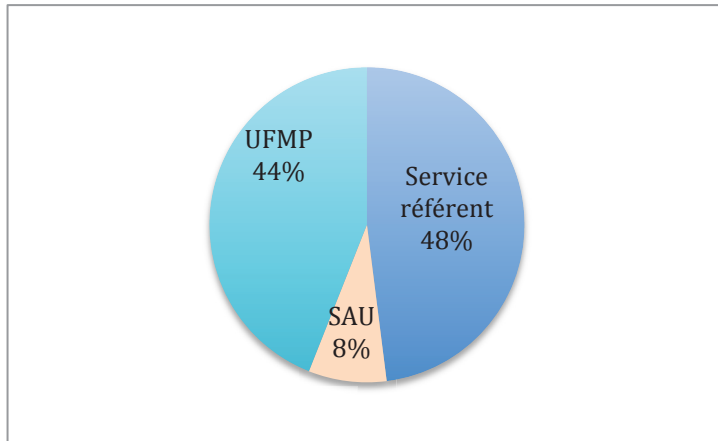
Graphique 20 : Pourcentage de médecins qui privilégient l'UFMP en fonction des différentes indications (douleur physique, douleur morale, épuisement des aidants et perte d'autonomie du patient).



Graphique 21 : Pourcentage des médecins qui ont adressé un patient aux urgences en fonction des différentes indications (douleur physique, douleur morale, épuisement des aidants et perte d'autonomie du patient).

10. Prise en charge d'un événement intercurrent sans urgence vitale nécessitant une prise en charge hospitalière:

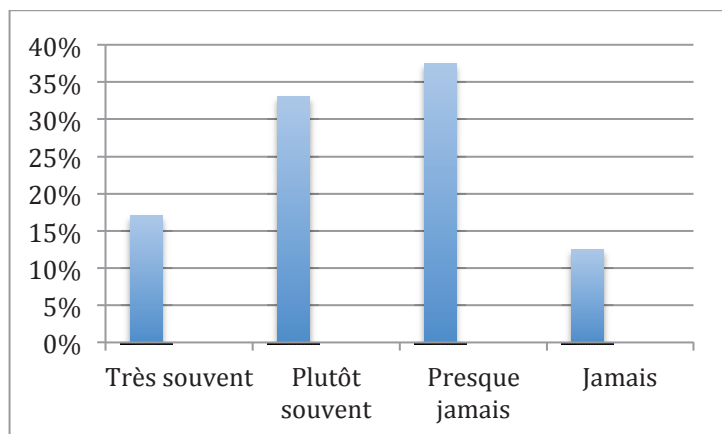
Les recours les plus souvent cités sont illustrés dans le graphique ci dessous (Graphique 22).



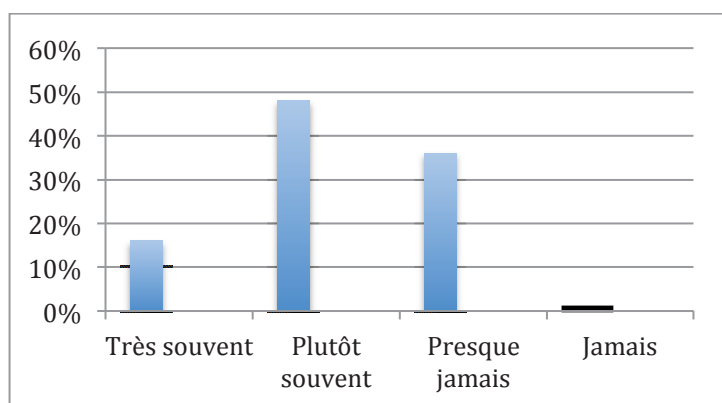
Graphique 22 : Recours privilégiés par les médecins traitants pour prendre en charge un événement intercurrent sans urgence vitale nécessitant une prise en charge hospitalière.

11. Coopération avec le réseau de soins palliatifs DOUSOPAL et l'hospitalisation à domicile (HAD).

Ils sont 50% à déclarer coopérer « très ou plutôt souvent » avec le réseau DOUSOPAL (1 questionnaire sans réponse) (Graphique 23) et 64% à coopérer « très ou plutôt souvent » avec l'HAD (Graphique 24).

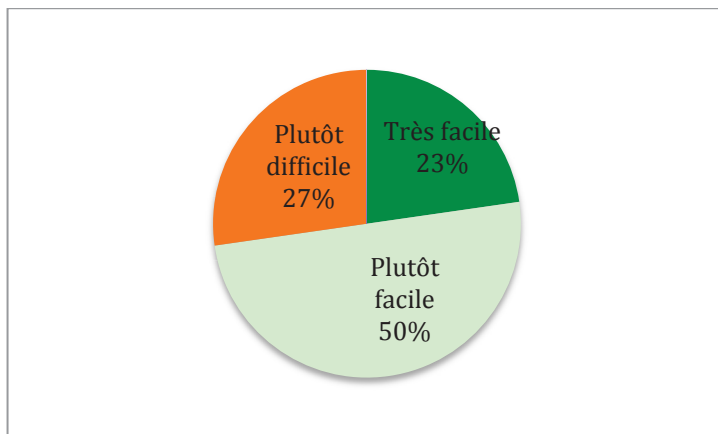


Graphique 23 : Collaboration avec DOUSOPAL : répartition en pourcentage des médecins.

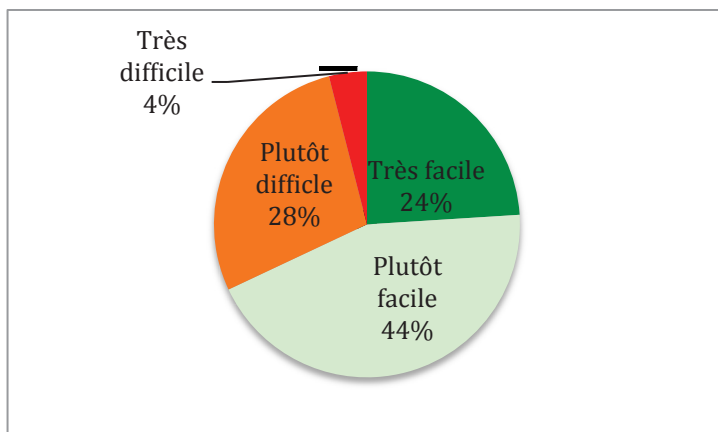


Graphique 24 : Collaboration avec l'HAD du secteur : répartition en pourcentage des médecins.

La collaboration avec le réseau DOUSOPAL semble « très ou plutôt facile » pour 73% des médecins (3 non réponses) (Graphique 25) et « très ou plutôt facile » avec l'HAD pour 68% d'entre eux (Graphique 26).



Graphique 25 : Collaboration avec le réseau de soins palliatifs DOUSOPAL : répartition des médecins suivant le niveau de facilité perçue.



Graphique 26 : Collaboration avec l'HAD du secteur : répartition des médecins suivant le niveau de facilité perçue.

D. DISCUSSION

Le médecin généraliste est au premier rang parmi les acteurs impliqués dans la prise en charge palliative de nos patients. Mais pour pouvoir assumer pleinement cette prise en charge et ne pas être seul, celui-ci doit pouvoir coopérer avec les différentes structures ambulatoires et hospitalières qui existent, et notamment, nous concernant, avec le service de médecine polyvalente.

Mais alors, pour pouvoir évaluer la place de la médecine polyvalente en médecine palliative sur notre territoire, il nous faut mesurer la place des soins palliatifs dans le service.

Les soins palliatifs en médecine polyvalente: une activité quotidienne et assumée mais rarement évaluée

Un premier constat : peu d'articles portant sur l'activité soins palliatifs en médecine polyvalente proprement dite ont été retrouvés lors de notre recherche bibliographique. Peut-être parce que la médecine polyvalente est une discipline et une spécificité française ce qui rend alors la recherche bibliographique plus restreinte. Hors, ce service de proximité participe pleinement à la prise en charge de nos patients. À Louviers, il s'agit de 4,5% de son activité globale. Certes, elle n'est qu'au quinzième rang des motifs d'hospitalisation mais elle augmente (+27% entre l'année 2013 et 2014) (Chiffre PMSI).

Dans son travail de thèse, Catherine GUILLAUME a étudié l'activité des services de médecine polyvalente en France (27). Les hôpitaux de proximité semblent avoir une activité médicale proche de l'ensemble des établissements français. Surtout, l'âge moyen des patients augmente quand la taille de l'établissement diminue (70,33 ans dans les centres de 5501 à 10 000 séjours contre 74,29 ans dans les centres de moins de 5500 séjours). De ce fait, les hôpitaux de proximité semblent impliqués dans la prise en charge des patients en soins palliatifs et en fin de vie.

Nous l'avons vu dans l'introduction, la médecine polyvalente a longtemps manqué d'une définition clarifiée. Néanmoins, dédiée à la prise en charge du patient adulte hospitalisé, elle se rapproche ainsi de la médecine interne dans de nombreuses situations en dehors de pathologie très spécifique où l'expertise de cette dernière est indispensable. Certains enjeux peuvent donc paraître similaires pour chacune d'entre elles. C'est ce que nous confirme le docteur LELIEVRE, médecin spécialiste en médecine interne, qui dans son article portant sur les soins palliatifs et la médecine générale hospitalière, fait le constat que les services de médecine polyvalente comme les services de médecine interne sont confrontés à la prise en charge quotidienne des patients en fin de vie (28).

Cette analyse, est confirmée par une étude prospective portant sur la prise en charge des patients atteints de cancer adressés aux urgences de Nantes en 2004 sur 47 jours (123 patients inclus dont 82 en soins palliatifs) (29). Le nombre de places dans les structures spécialisées pour les accueillir y est insuffisant. Les services les plus souvent sollicités sont ici encore, ceux de médecine interne et de médecine polyvalente.

En fait, le manque de place dans les structures spécialisées en oncologie ou en soins palliatifs peut expliquer l'implication croissante du service, en particulier dans notre région sous-dotée d'unité spécialisée. Ce constat explique pourquoi 52% des médecins interrogés coopèrent « très ou plutôt » souvent avec le service pour prendre en charge leur patients en soins palliatifs.

Pour aller plus loin, et face à une bibliographie peu étayée à notre recensement, nous allons détailler les résultats du sondage que nous avons exposé dans l'introduction, réalisé en amont de ce travail de thèse au sein du personnel soignant du service (Annexe 1).

La quasi totalité des répondants (96%) estime que le « motif palliatif » représente moins de 25% des admissions, ce qui est vrai. Par contre, 54% estiment que, durant l'hospitalisation, ce « motif palliatif » représente entre 25 et 50% des séjours, ce qui est faux (4,5% chiffre PMSI 2014).

En fait, ce que perçoit l'équipe soignante semble être que les patients qui entrent dans le service pour des motifs spécifiques mais dans des contextes de polyopathie et de fragilité, peuvent, au fil de leur prise en charge devenir des patients relevant avant tout de soins symptomatiques dont « leur affection ne répond

pas au traitement curatif » et dans le but « d'obtenir la meilleure qualité de vie possible pour les malades et leur famille » comme nous le définit l'OMS en 1990 (3). Ainsi, Stéphanie MARC GEBELIN, dans son travail de thèse étudie l'évolution du profil des séjours entre 1994 et 2014 d'un service de médecine polyvalente dans la région Rhône-Alpes. Le nombre de comorbidités des patients y augmente au fur et à mesure des années (1,8 en 1994 contre 2,7 en 2014) ainsi que les soins infirmiers dit lourds. En vingt ans, le nombre de personnes âgées de 65 à 80 ans a progressé de 88% et les patients âgés de plus de 80 ans représentent plus d'un tiers des hospitalisations en 2014 (30). Le service sera ainsi dans le futur, certainement de plus en plus confronté à cette prise en charge.

Nous avons également dans ce sondage interrogé le personnel soignant concernant son appréhension des soins palliatifs au début de son exercice professionnel puis aujourd'hui. L'analyse de ces quelques résultats, semble évoquer qu'au début de l'exercice professionnel la pratique palliative était perçue difficile puisque 72% était « plutôt voir très mal à l'aise » contre 28% qui s'estimaient « plutôt voir très à l'aise ». Par contre, au fil de leur exercice, et/ou de leur formation, ces soignants se sont familiarisés à cette prise en charge puisqu'ils sont aujourd'hui seulement 24% à être « plutôt voir très mal à l'aise » contre 76% à être « plutôt voir très à l'aise ».

Nous aurions pu essayer de corrélérer cette progression soit à l'expérience professionnelle soit aux éventuelles formations reçues. Néanmoins, l'analyse de ces seuls vingt cinq soignants ne nous autorise pas à faire une analyse statistique contributive. La littérature nous apporte alors quelques éléments de réponse.

Nous pouvons citer ici la revue internationale de soins palliatifs, qui, en 2008, nous propose une étude réalisée dans la ville de Marseille à propos des « vécus, pratiques et représentations associés aux soins palliatifs » auprès de 98 infirmiers. Il en ressort que plus ils se sentent formés en soins palliatifs plus ils se sentent à l'aise avec les patients en fin de vie (31).

Dans le service, seul 28% des soignants ont reçu une formation en soins palliatifs mais ils sont 88% à en être demandeur. Six des sept qui ont déjà reçu une formation, espèrent une nouvelle mise au point. Ces chiffres témoignent donc d'une réelle motivation de l'équipe à conforter ses connaissances pour optimiser les prises en charge.

En 1999, une étude a été menée au CHU de Toulouse pour évaluer les besoins des équipes soignantes confrontées à l'accompagnement des malades en fin de vie. Ce sont ici 2477 soignants de toutes catégories sur l'ensemble des services du CHU qui ont été interrogés. 63% nous disent avoir été confrontés au moins une fois à une situation palliative au cours de l'enquête. Hors seulement 53,8% avaient reçu une formation spécifique. Ici aussi les soignants espéraient une formation dédiée. (55,2%) (32).

Au final, chiffre d'activité, appréhension des soignants, désir de formation, sont autant d'arguments pour nous convaincre d'une activité croissante associée à une modification et optimisation des pratiques du service.

Qu'en est-il pour les médecins généralistes qui ont répondu à notre enquête?

Le médecin généraliste : spécialiste impliqué et motivé pour l'optimisation de ses pratiques en soins palliatifs malgré des difficultés

Dans notre enquête, 48% des médecins interrogés ont répondu au questionnaire malgré une relance téléphonique. Cette relance n'a déclenché que deux réponses supplémentaires avec bien souvent le manque de temps voire d'intérêt à la question posée. Cela soulève donc une première analyse: nous avons peut être sélectionné un panel de médecins investit dans cette prise en charge.

Plus de la moitié des médecins généralistes ayant répondu exercent depuis moins de 15 ans, et même moins de 10 ans pour 40% d'entre eux.

Plus de 80% exercent en groupe. Ce chiffre est concordant avec celui de l'institut de recherche et de documentation en économie de la santé (IRDES) qui montre qu'aujourd'hui l'exercice en groupe est majoritaire et en augmentation ; 80% des médecins de moins de 40 ans exercent en groupe (33).

Enfin, l'appréciation globale de la collaboration avec le service est jugée satisfaisante pour 92% des médecins comme nous l'avons vu dans notre enquête d'une part et comme l'a étudié Céline DEBAUDRE dans sa thèse en 2012 (34). Cela impose un constat et une nuance lors de l'analyse des résultats: les médecins qui

nous ont répondu ont l'habitude de collaborer avec l'unité fonctionnelle de médecine polyvalente (UFMP).

Donc, nous avons à faire ici à des médecins sensibilisés par notre sujet, plutôt jeune d'exercice, majoritairement installés en groupe et qui sont habitués à collaborer avec le service.

Dans notre enquête 72% des médecins ont accompagné entre 1 et 5 patients en soins palliatifs ces deux dernières années. Surtout, tous ont été confrontés à cette prise en charge. Là encore, on peut penser que ces chiffres sont sous évalués avec la problématique d'une définition non consensuelle des soins palliatifs. Subjectivement, si on admet que la décision de soins raisonnés et la limitation des investigations complémentaires chez les patients fragiles sont des soins palliatifs, on peut penser que les médecins de ville sont en fait plus exposés qu'ils ne l'évoquent. En fait, c'est de la fragilité, de la polypathologie, de soins adaptés dont il s'agit et qui font de la médecine générale, de part ses fondements, un, voir, le pivot central de la médecine palliative.

Un quart des médecins (24%) ont reçu une formation dédiée aux soins palliatifs. Dans leur pratique il reste 48% à s'estimer plutôt mal formés. Surtout, parmi ces 48%, tous ont le désir d'approfondir leur formation. Ceci témoigne bien de l'engagement de la médecine générale.

Hors, cette formation est essentielle comme l'illustre une étude réalisée en 2002. Mille médecins généralistes et spécialistes, en France, ont été questionnés pour connaître leurs attitudes et pratiques en fonction de leur formation (35). Il en ressort de façon significative que les médecins formés traitent plus facilement par morphine en première intention la carcinose péritonéale en phase terminale avec occlusion intestinale (formés : 65,5% ; non formés 51,2% $p=0,01$), les cancers pulmonaires en phase terminale accompagnée de toux, dyspnée anxiété (formés : 59,1% ; non formés : 42,9% $p=0,01$). De plus, ces médecins formés sont moins nombreux à penser et de façon significative également que l'utilisation de la morphine à forte dose chez les patients en fin de vie est un acte d'euthanasie (formés : 2,7% ; non formés 16,1% $p=0,01$).

Si nous comparons ces résultats et ceux apportés par le sondage réalisé dans le service, il apparaît que la médecine générale et la médecine polyvalente gèrent les

mêmes enjeux : une prise en charge quotidienne pour une formation spécifique chez seulement un quart des soignants. Chacun toute fois, fait preuve pour ses patients du même degré d'implication et de motivation en revendiquant une formation.

Mais, la médecine générale, de part son mode d'exercice, peut être particulièrement confrontée à certaines difficultés.

En premier lieu : le manque de temps. 84% des médecins ayant répondu ici estiment qu'ils n'en ont pas assez pour assurer pleinement les soins palliatifs (Graphique 5) amplifiée par le contexte de sous démographie médicale dans notre territoire. En 2012, une étude en Île-et-Vilaine a été réalisée sur le thème « refus de prise en charge du patients en soins palliatifs (en phase terminale) à domicile par son médecin généraliste : est ce une réalité ? » (36). Ce travail était basé sur des entretiens semi dirigés. La notion de temps était mise aussi en avant : « c'est une activité très chronophage, qui peut par manque de temps être responsable d'une demande d'hospitalisation de ma part » déclarait un médecin. Enfin, une autre étude en Allemagne portant sur des entretiens semi dirigés à propos de treize médecins généralistes en 2007, apportait la même conclusion (37).

Une autre difficulté: la souffrance psychologique induite aux praticiens. Dans notre enquête, 68% des répondants ont déclaré la ressentir (Graphique 6). Dans son article « Souffrir de soigner » en 1998, Emmanuel GOLDENBERG, psychiatre, évoquait la souffrance pour le soignant de s'occuper des patients en fin de vie et d'accepter leur mort : « Les soignants se défendent massivement devant la maladie et la mort de leur patient ; elles leur infligent donc certainement une souffrance. Si ces souffrances sont souvent déniées, c'est parce qu'elles sont souvent inconscientes ou parce que nous nous interdisons de les reconnaître » (38). Dans l'étude de 2012 menée en Ile et Vilaine, (36) certains médecins décrivent être « envahis dans leur intimité familiale ». Un autre déclare « c'est difficile pour nous de gérer l'émotion (...) C'est un vrai engagement psychologique et il y a des fois c'est trop difficile émotivement parlant et pour moi il est plus simple que j'hospitalise ». D'autres interviewés expriment également un sentiment de colère devant cette « injustice » à ne pas pouvoir guérir le malade.

Dans ce cadre, la coopération ville-hôpital a tout son sens puisque peut être les uns peuvent aider les autres lorsqu'une difficulté s'impose à eux. Nous avons, dans nos choix, lors de ce questionnaire, tenté de faire figurer les principales situations où le médecin généraliste peut devoir recourir à une coopération et ceci afin d'évaluer le rôle que peut avoir un service de médecine polyvalente de proximité. Nous avons retenus quatre grands thèmes, retrouvés dans la littérature.

- la prise en charge de la douleur physique
- la prise en charge de la douleur morale
- l'épuisement des aidants
- la perte d'autonomie du patient

Que pouvons nous retenir des résultats ?

La douleur physique et morale : peu de recours au service puisque ces compétences sont revendiquées et assumées par le médecin généraliste

Dans notre travail 80% des médecins ayant répondu sont à l'aise pour prendre en charge la douleur physique de leur patient et 60% la douleur morale (Graphique 11 et 13). Nous sommes ici, au cœur du rôle du médecin généraliste comme nous l'avons détaillé dans notre introduction.

Ces résultats, attendus, sont, qui plus est, corroborés par la littérature.

Un article a été écrit en 2003 sur le regard que porte la population française sur les soins palliatifs et la fin de vie (39). Cette étude a été réalisée sur 302 personnes âgées de 18 à 86 ans dans plusieurs régions de France. Concernant la prise en charge de la douleur, le référent reste le médecin généraliste pour presque 60% des français.

Une autre étude en Angleterre réalisée en 2001 sur 986 patients adultes montre également que les patients privilégient l'entretien avec leur médecin traitant en cas de problèmes psychologiques ou de problèmes somatiques graves pour plus de 80% d'entre eux (40).

On mesure donc l'implication directe du médecin généraliste dans ce rôle et on comprend qu'il n'ait pas besoin du service pour l'accomplir (seulement 4% des médecins seraient prêts à adresser leur patient dans le service pour soigner la

douleur physique et aucun pour prendre en charge la douleur morale). Le service de proximité se place ici en dernière ligne quand on évalue les recours envisagés par le médecin traitant. Le médecin généraliste est l'expert pour cette prise en charge, s'il a besoin de coopérer, il le fait avec les spécialistes (services référents, réseau de soins palliatifs, unité de soins palliatifs, etc...) (Graphique 12 et 14).

L'épuisement des aidants et la perte d'autonomie du patient : une coopération attendue.

A l'inverse, à l'égard de ces douleurs physique et morale, ils sont plus nombreux à s'estimer en difficulté dans la gestion de l'épuisement des aidants (52% se sentent « plutôt mal à l'aise ») et des soins de nursing lourds (60% sont « très ou plutôt mal à l'aise »). Ainsi, ils sont presque 30% à être prêt à coopérer avec le service pour prendre en charge l'épuisement des aidants et 16% en cas de perte d'autonomie (Graphique 16, 18).

Ici encore, ces résultats sont attendus puisqu'il s'agit de situations médico-psycho-sociales plus évoluées et donc il est difficile pour le médecin traitant d'y faire face seul.

Une étude a été réalisée sur soixante quatorze médecins généralistes de la Vienne par un questionnaire anonyme (2). Le but était d'identifier les difficultés des médecins généralistes dans leur prise en charge des patients en fin de vie à domicile. Dans 49% des cas la prise en charge de la famille arrive au premier rang parmi les difficultés ressenties. Hors cette prise en charge de l'entourage est essentielle comme nous le rappelle l'ANAES : « Il convient de reconnaître, de respecter et préserver la place de la famille (...) il convient de les aider à surmonter les périodes de crise et d'incertitude » (41).

En fait, la fin de vie avec le contexte de souffrance familiale et de perte d'autonomie qui en découlent, même si elle est souhaitée à domicile pour la plupart des Français, est confrontée à des difficultés cette fois ci organisationnelles. C'est d'une prise en charge pluriprofessionnelle dont il s'agit, faisant intervenir de nombreux acteurs soignants. Le rôle propre du médecin généraliste, se situe ici peut être plutôt dans la coordination de ces soins.

Hors, pourquoi 80% des patients admis dans le service pour une prise en charge palliative en 2014 ont d'abord été pris en charge par les urgences (Chiffre PMSI) ?

Bien entendu, notre travail et ses résultats ne nous permettent pas d'envisager une réponse argumentée. Nous pouvons néanmoins y apporter quelques explications.

Le service d'accueil et d'urgences, un service dans son rôle?

Avant tout, on peut admettre que l'accueil d'un tel patient aux urgences n'est pas sans difficulté pour le patient lui même et sa famille dans cette structure où rien n'est programmé, ni prévisible et dont on sait que la durée de passage peut être longue et inconfortable. Nous devons donc veiller que ce passage soit limité aussi souvent que possible.

L'urgentiste lui même, confronté à une situation complexe, est peut être ici souvent loin de son rôle (manque de temps, difficulté d'avoir un avis expert notamment sur les horaires de garde, difficulté d'accès au dossier complet du patient) (42) et donc parfois mis en difficulté.

Qui plus est, il semblerait que ces admissions ne soient pas toujours appropriées et justifiées. En effet, nos propres résultats révèlent un réel paradoxe puisque plus le patient présente une situation clinique urgente comme une douleur physique et moins il est adressé aux urgences. A l'inverse, moins cette situation semble cliniquement urgente et donc relever de ce service, plus il y est adressé (16% des médecins interrogés déclarent avoir déjà adressé un patient pour douleur physique aux urgences contre 40% pour un épuisement des aidants). En fait, c'est la situation socio-médicale et la perte d'autonomie qui, quand elles se dégradent, imposent ce parcours de soins. Pour illustrer ce propos, nous pouvons citer une étude réalisée en 2010 réalisée dans un centre hospitalier Irlandais sur une période de six mois ; il a été estimé que près de la moitié des patients en soins palliatifs accueillis au service d'accueil et d'urgences étaient potentiellement évitables (43). Selon les auteurs, les motifs potentiellement évitables, même si subjectifs, sont ceux

qui auraient pu être gérés par le médecin traitant en ville directement ou par un service hospitalier sans passer par l'intermédiaire des urgences.

Mais alors, pourquoi un tel parcours de soins?

En premier lieu, nous pouvons penser que ce recours aux urgences n'est probablement pas à chaque fois initié par le médecin traitant. En effet, le patient lui-même, sa famille, les aidants, les structures ambulatoires peuvent y recourir spontanément sans en avertir le médecin traitant au préalable. Dans notre travail, même si jusqu'à 40% des médecins déclarent avoir eu recours aux urgences (dans l'indication « épuisement des aidants »), ces mêmes médecins proposent à chaque fois dans leurs choix des solutions alternatives. Ils sont même 50% à déclarer coopérer avec le réseau de soins palliatifs DOUSOPAL (Graphique 23) et 64% avec l'HAD (Graphique 24) ; ce qui montre bien là leur désir et motivation d'éviter les urgences autant que possible. Mais, même s'ils se sentent plutôt satisfaits de la coopération avec ces structures (Graphique 25 et 26) et que par conséquent ils ne se sentent pas seul dans cette prise en charge (80% déclare ne pas se sentir seul dans notre enquête (Graphique 7)), ils n'arrivent peut être pas toujours à coordonner les différents acteurs ambulatoires et hospitaliers qui existent pour éviter au patient de passer par les urgences.

En fait, même si le médecin souhaite d'autres alternatives pour éviter le recours aux urgences, certaines situations complexes imposent rapidement l'intervention de nombreux professionnels médicaux et paramédicaux. Le médecin généraliste, appelé en premier recours, n'a parfois pas d'autres alternatives qu'adresser son patient aux urgences puisqu'une hospitalisation programmée peut se révéler impossible ou hors délais, notamment dans le service de médecine polyvalente de Louviers comme il en est propos dans ce travail.

De plus, nous pouvons relever dans l'étude réalisée en 2010 dans un centre hospitalier Irlandais cité plus haut que la majorité des patients en soins palliatifs sont adressés ou consultent les urgences pendant les horaires de garde (63%) (43). Il semblerait que le patient ne trouve pas toujours d'autres alternatives de recours durant ces horaires.

Donc le service d'accueil des urgences n'est souvent probablement pas dans son rôle. Chacun des professionnels semble en avoir conscience mais peut se voir dépourvu de solutions alternatives. Le recours à une hospitalisation alors nécessaire, impliquera dans certains cas le service de médecine polyvalente. La coopération ville-hôpital prend alors tout son sens.

Coopération médecine générale/ médecine polyvalente : une optimisation nécessaire.

Globalement, 92% des médecins perçoivent la collaboration avec le service comme « très ou plutôt facile » et 87% lorsqu'il s'agit d'un motif palliatif (Graphique 10). 92% des médecins se sentent « plutôt voir très satisfait » de l'accessibilité de l'équipe médicale du service. Qui plus est, lorsqu'une prise en charge hospitalière sans urgences vitale s'impose (transfusion sanguine par exemple), les médecins font appel en premier recours au service dans 44% des cas (Graphique 22). Donc, il existe une relation de confiance entre le service et les médecins traitants de la CASE. Mais cette relation ne doit elle pas être repensée pour être optimisée?

En effet, la pratique des soins palliatifs dans un service hospitalier comme celui de Louviers avec une majorité des patients hospitalisés via les urgences, peut laisser penser à cette équipe soignante qu'elle représente le principal recours en cas de nécessité ; ce qui est faux. J'objective ici, la perception qui était la mienne lors de mon second semestre hospitalier et qui fut bien vite pondérée lors de mon premier stage en médecine générale ambulatoire.

Dans le sondage réalisé à l'intention de l'équipe hospitalière, 56% était « plutôt et très satisfaits » de la collaboration avec les structures ambulatoires ; peut être que les 44% de « peu ou très insatisfaits » l'étaient ils avant tout par méconnaissance de ce qui peut être proposé en ville ?

A l'inverse, les médecins généralistes ont ils eux même bien conscience de la place qu'occupe le service dans son territoire, son fonctionnement, et ses modalités de financement ?

Les deux situations où le recours au service est évoqué, nous l'avons vu, sont celles de l'épuisement des aidants et les soins de nursing. Sommes nous ici dans le rôle que doit tenir un tel service ?

La médecine polyvalente est dédiée à une prise en charge médicale globale, aiguë, pour les patients de son territoire. Elle est responsable d'une démarche diagnostique pour une prise en charge thérapeutique en vue d'une stabilisation ou amélioration de l'état de santé. Qui plus est, à l'heure de la tarification à l'activité et dans notre contexte sanitaire et démographique, les recours à l'hospitalisation doivent être de plus en plus efficaces. Ces prises en charges médico-sociales, souvent longues, ne relèvent alors en théorie pas ou peu d'un tel service.

Néanmoins, en pratique, ce service de proximité est nécessairement impliqué puisqu'il est un des premiers recours dont dispose le médecin généraliste dans les situations rapidement évolutives.

Donc, en vue d'éviter le passage aux urgences, c'est l'accès direct au service qui pourra être privilégié par une hospitalisation organisée, programmée. Anticipée, elle fera intervenir en amont toutes les autres organisations mises en place par la discipline palliative depuis maintenant plusieurs années. Pour être mieux connue, chacune devra étendre ses collaborations et communiquer au mieux sur les actions qu'elle propose ; en particulier lors des périodes de garde. Il en va en fait de l'établissement d'un réseau effectif qui permettrait d'optimiser le parcours de soins de nos patients et de lui assurer la meilleure prise en charge; ce qui est bien là l'essentiel.

CONCLUSION

À l'heure où la prise en charge de la fin de vie soulève dans notre société de nombreux débats, et où la prise en charge des patients en soins palliatifs, polyopathologiques, fragiles sont devenus des enjeux de santé publique, nous avons voulu évaluer la coopération entre les médecins généralistes du secteur de la CASE et le service de médecine polyvalente de Louviers dans cette prise en charge.

Ville et hôpital ont conscience de leur implication et de leur rôle à jouer; chacun souhaitant optimiser ses pratiques à travers une formation.

La coopération avec le service est plébiscitée par les médecins généralistes. D'ailleurs c'est quand ils sont en difficulté qu'ils évoquent le recours au service mais pour des situations liées à une perte d'autonomie et de dépendance qui, ne relèvent pas forcément d'une structure dédiée à une prise en charge aigue.

Cette coopération impliquait une réflexion sur le lien ville-hôpital. Il conviendrait alors, d'envisager ce même travail avec les autres partenaires qui participent à cette prise en charge (USP, HAD, réseau de soins palliatifs DOUSOPAL) puisqu'il semble, en effet, qu'il s'agisse avant tout d'une méconnaissance réciproque privant l'un du recours que propose l'autre.

En fait, cette problématique impose une réflexion globale, institutionnelle, sur l'organisation de nos soins. Il conviendra d'optimiser la coopération entre le service et les médecins traitants de la CASE et donc de façon plus globale entre ville et hôpital afin de limiter au mieux le recours aux urgences.

BIBLIOGRAPHIE

1. Robert Bobée I. Projections de population pour la France métropolitaine à l'horizon 2050. Insee Première. 2006;(1089).
2. Fougère B, Mytych I, Baudemont C, Gautier-Roques E, Montaz L. Prise en charge des patients douloureux en soins palliatifs par les médecins généralistes. Médecine Palliative Soins de Support Accompagnement Éthique. 2012;11(2):90–97.
3. Définition des soins palliatifs et de l'accompagnement. Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs.
4. Note méthodologique et de synthèse documentaire: prendre en charge une personne âgée polypathologique en soins primaire. HAS. Mars 2015
5. Comment repérer la fragilité en soins ambulatoires? HAS juin 2013.
6. Histoire des soins palliatifs. SFAP.
7. Wary B. Le mouvement palliatif français, petite histoire et évolution. Revue de la Fédération JALMALV. 2002;69.
8. Aubry R. État des lieux du développement des soins palliatifs en France en 2010. Comité national de suivi du développement des soins palliatifs. Avril 2011.
9. Circulaire n°DHOS/O2/2008/99 du 25 mars 2008 relative à l'organisation des soins palliatifs. Annexe 3. Référentiel d'organisation des soins relatifs aux unités de soins palliatifs (USP).
10. Bilan du programme national de développement des soins palliatifs 2008/2012. Ministère chargé de la santé. juin 2013 .
11. Circulaire n°DHOS/O2/2008/99 du 25 mars 2008 relative à l'organisation des

soins palliatifs. Annexe 2. Référentiel d'organisation des soins relatifs aux équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP).

12. Schéma Régional de l'Organisation des Soins par le Projet Régional de Santé de Haute Normandie. 2012-2017. Soins palliatifs. Page 383 à 394.

13. Circulaire n°DHOS/O2/2008/99 du 25 mars 2008 relative à l'organisation des soins palliatifs. Annexe 1. Référentiel d'organisation des soins relatif aux lits identifiés de soins palliatifs (LISP).

14. Guide de lits identifiés de soins palliatifs (LISP) argumentaires et problématiques. SFAP. 2012.

15. No LOI. 99-477 du 9 juin 1999 visant à garantir le droit à l'accès aux Soins Palliatifs. J Off Répub Fr Du. 1999;10.

16. Schéma Régional d'Organisation de la Santé Basse Normandie 2006-2011.

17. Les soins palliatifs : une prise en charge toujours très incomplète. Cour des comptes rapport public annuel 2015. février 2015. p. 221 à 248.

18. Schers H, Webster S, Van Den Hoogen H, Avery A, Grol R, Van Den Bosch W. Continuity of care in general practice: a survey of patients' views. *British Journal of General Practice*. 2002;52(479):459-462.

19. Aubry R, Daydé M-C. Soins palliatifs éthique et fin de vie. 2^e édition LAMARRE, 2013. 253 p. (Soigner et accompagner).

20. Circulaire n°DHOS/O2/2008/99 du 25 mars 2008 relative à l'organisation des soins palliatifs. Annexe 4 Référentiel relatif aux soins palliatifs en hospitalisation à domicile (HAD).

21. Hirsch G, Daydé M-C. Soins palliatifs à domicile Repères pour la pratique. Le coudrier; juin 2014. La démarche palliative et ses acteurs page 28.

22. Les réseaux. Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs.
23. Circulaire n°DHOS/O2/2008/99 du 25 mars 2008 relative à l'organisation des soins palliatifs. Annexe 5. Définition, missions et obligations du bénévolat d'accompagnement en matière de soins palliatifs.
24. Insee Institut national de la statistique et des études économiques Communauté d'agglomération de la Seine et l'Eure.2013.
25. Yon A., Viilet H. Diagnostic santé sur le territoire de la communauté d'agglomération Seine-Eure. ORS de Haute-Normandie. 2009.
26. La démographie médiale à l'horizon 2030: de nouvelles projections nationales et régionales. DRESS, études et résultats n°679. 2009.
27. Guillaume épouse Lienard C. L'avenir des services de médecine polyvalente des hôpitaux de proximité à travers l'exemple du centre hospitalier de Montdidier (80). [Amiens]: Picardie Jules Verne; 2007.
28. Lelièvre J-D. Les soins palliatifs et l'euthanasie en pratique de médecine générale hospitalière. Etudes Sur la Mort. 2001;(2):95–101.
29. Kerrouault E, Denis N, Le Conte P, Dabouis G. Une meilleure organisation des soins pourrait diminuer le nombre des patients atteints de cancer adressés aux urgences: Analyse prospective de 123 patients. Presse Médicale. 2007;36(11):1557–1562.
30. Marc Gebelin S. L'hospitalisation dans un service de médecine interne polyvalente. Évolution du profil des séjours entre 1994 et 2014. Stasbourg; 2015.
31. Etien C, Dany L, Marie D, Salas S. Vécus, pratiques et représentations associés aux soins palliatifs: une étude auprès d'infirmie (è) r (e) s. Revue Internationale de Soins Palliatifs. 2008;23(2):51–60.

32. Baudouin M, Sagnes-Raffy C, Pillard F, Bocquet H. Soins palliatifs à l'hôpital: besoin des équipes. Palliative in hospitals: the team's requirements. La revue de Gériatrie Tome 24 n°2. Février 1999;145–148.
33. Baudier F, Bourgueil Y, Evrard I, Gautier A, Le Fur P, Mousquès J. La dynamique de regroupement des médecins généralistes libéraux de 1998 à 2009. Septembre 2010. 6 pages. (Questions d'économie de la santé n° 157. IRDES).
34. Debaudre C. La communication entre médecine générale et médecine hospitalière. Expérience de l'unité fonctionnelle de médecine polyvalente du Centre Hospitalier Intercommunal Elbeuf-Louviers-Val de Reuil. Rouen; 2012.
35. Ben Diane M.K, Pegliasco H, Galinier A, Lapiana J-M, Favre R, Peretti-Watel P, et al. Prise en charge des malades en fin de vie en médecine générale et spécialisée. Résultats de l'enquête française "Attitudes et pratiques face aux soins palliatifs-2002." La Presse Médicale. 2003 Mar 22;488–492.
36. Texier G, Rhondali W, Morel V, Filbet M. Refus de prise en charge du patient en soins palliatifs (en phase terminale) à domicile par son médecin généraliste: est-ce une réalité? Médecine Palliative Soins de Support-Accompagnement-Éthique. 2013;12(2):55–62.
37. Dahlhaus A, Vanneman N, Siebenhofer A, Brosche M, Guethlin C. Involvement of general practitioners in palliative cancer care: a qualitative study. Support Care Cancer Off J Multinatl Assoc Support Care Cancer. Décembre 2013;21(12):3293–3300.
38. Goldenberg E. Souffrir de soigner. La revue du praticien Médecine générale. mars 1998 16;(414):21-26.
39. Beuzart P, Ricci L, Ritzenthaler M, Bondu D, Girardier J, Béal J-L, et al. Regards sur les soins palliatifs et la fin de vie. Résultats d'une enquête réalisée sur un échantillon de la population française. La presse médicale. février 2003 ;

32(4):152–157.

40. Kearley KE, Freeman GK, Heath A. An exploration of the value of the personal doctor-patient relationship in general practice. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract.* septembre 2001;51(470):712–718.

41. Conférence de consensus sur l'accompagnement des personnes en fin de vie et de leurs proches texte de recommandations (version courte). ANAES. 2004.

42. Lamba S, Nagurka R, Zielinski A, Scott SR. Palliative care provision in the emergency department: barriers reported by emergency physicians. *J Palliat Med.* Février 2013;16(2):143–147.

43. Wallace EM, Cooney MC, Walsh J, Conroy M, Twomey F. Why do palliative care patients present to the emergency department? Avoidable or unavoidable? *Am J Hosp Palliat Care.* Mai 2013 ;30(3):253–256.

Annexe 1 : Sondage à l'intention de l'équipe du service de médecine polyvalente de Louviers

Date de réalisation :

1/ Genre :

- féminin
- masculin

2/ Âge :

3/ Ancienneté d'exercice :

4/ Ancienneté dans le service de médecine polyvalente de Louviers :

5/ A leur entrée dans le service, d'après vous, le motif « prise en charge palliative » en diagnostic principal représente :

- < 25% des patients
- 25-50% des patients
- 50 et 75% des patients
- > 75% des patients

6/ Durant leur séjour dans le service, d'après vous, la proportion de patients qui ont relevé d'une prise en charge palliative représente :

- < 25% des patients
- 25-50% des patients
- 50 et 75% des patients
- > 75% des patients

7/ Au terme de votre formation initiale et au début de votre exercice professionnel, vous considérez vous dans la prise en charge des patients en soins palliatifs :

- très à l'aise
- plutôt à l'aise
- plutôt mal à l'aise
- très mal à l'aise

8/ Et aujourd'hui, dans cette prise en charge vous considérez vous :

- très à l'aise
- plutôt à l'aise
- plutôt mal à l'aise
- très mal à l'aise

9/ Avez vous suivi une formation complémentaire en soins palliatifs ?

- oui
- non

Si oui, laquelle ?

- DU
- Formation continue
- Stage avec une équipe spécialisée en soins palliatifs

10/ Êtes vous demandeur de formation en soins palliatifs ?

oui

non

11/ Il existe en ambulatoire différentes structures participant à la prise en charge des patients en soins palliatifs. Considérez-vous que la collaboration entre ces dernières et le service est :

très satisfaisant

plutôt satisfaisant

plutôt insatisfaisant

très insatisfaisant

MERCI VIVEMENT DE VOTRE COLLABORATION

Annexe 2 : Territoire d'intervention du réseau DOUSOPAL



CA Seine-Eure (CASE)



Annexe 4 : Lettre d'introduction du questionnaire papier à l'intention des médecins généralistes.

Madame, Monsieur,

Future diplômée de l'Université de Rouen, je finalise mon DES de médecine générale par la réalisation d'un travail de thèse avec le docteur Yann POULINGUE comme directeur.

Le sujet est « Coopération entre les médecins généralistes et la médecine polyvalente pour prendre en charge les patients en soins palliatifs. L'expérience du service de médecine polyvalente du centre hospitalier intercommunal d'Elbeuf-Louviers-Val de Reuil sur l'année 2015 au sein de la communauté d'agglomération Seine Eure »

Très vite au cours de ma formation, il m'est apparu que la fin de vie de nos patients pouvait être un enjeu hospitalier. En effet, mon deuxième semestre de mon DES de médecine générale s'est déroulé au sein de l'unité fonctionnelle de médecine polyvalente du CHIELVR à Louviers. J'ai alors mesuré le rôle que pouvait tenir ce service dans la fin de vie des patients puisque c'est au quotidien que j'y étais confronté.

Néanmoins, cette vision hospitalière a très vite été nuancée et pondérée par la découverte de la médecine générale lors de mon troisième semestre réalisé chez le praticien. J'ai compris que la prise en charge de la fin de vie de nos patients était bien entendu aussi une problématique quotidienne à domicile.

En fait, ces deux facettes hospitalière et ambulatoire doivent être complémentaires et coordonnées pour une prise en charge individualisée du patient et de son entourage, ce qui est bien là un enjeu essentiel dans la prise en charge palliative.

Je vous sollicite donc pour la réalisation d'un questionnaire afin de recueillir votre point de vue sur ce sujet.

Sa réalisation ne prendra que quelques minutes.

Avec mes remerciements anticipés pour l'intérêt que vous portez à mon travail.

Anne- Sophie POMELLE DUVAL

Annexe 5 : Questionnaire à l'intention des médecins généralistes

Enquête de terrain

Date de réalisation :

1/ Genre :

- Féminin
- Masculin

2/ Âge : ans

3/ Ancienneté d'exercice :

4/ Vous êtes dans un cabinet :

- Seul
- En groupe

Concernant votre collaboration avec le service de médecine polyvalente de Louviers :

5/ De manière générale, la collaboration avec le service vous semble t'elle ?

- Très facile
- Plutôt facile
- Plutôt compliquée
- Très compliquée

6/ Êtes vous satisfait de l'accessibilité de l'équipe médicale du service?

- Très satisfait
- Plutôt satisfait
- Plutôt insatisfait
- Très insatisfait

7/ Vous sentez vous suffisamment informé concernant les décisions importantes pour votre patient lorsqu'il a été hospitalisé dans le service?

- Très bien informé
- Plutôt bien informé
- Plutôt mal informé
- Très mal informé

À propos de votre activité en soins palliatifs :

8/ Ces deux dernières années, combien de patients en soins palliatifs avez vous accompagné?

- 0
- 1- 5
- 5- 10
- > 10

Concernant votre formation en soins palliatifs :

9/ Avez vous suivi une formation complémentaire en soins palliatifs ?

- Oui
- Non

Si oui, laquelle ?

- DU
- Formation continue
- Stage avec une équipe spécialisée en soins palliatifs
- Autres :

10/ En êtes vous demandeur?

- Oui
- Non

11/ Vous sentez vous suffisamment formé?

- Complètement oui
- Plutôt oui
- Plutôt non
- Complètement non

Concernant les éventuelles difficultés qui peuvent se poser à vous dans la prise en charge palliative de vos patients :

12/ Pour prendre en charge la douleur physique de votre patient en soins palliatifs, vous sentez vous ?

- Très à l'aise
- Plutôt à l'aise
- Plutôt mal à l'aise
- Très mal à l'aise

Avez vous, pour ce motif, adressé un patient au service d'accueil et d'urgences ?

- Oui
- non

Quel autre recours privilègeriez vous ? (une seule réponse)

- Service hospitalier référent du patient
- Unité de soins palliatifs
- Hospitalisation à domicile
- Réseau de soins palliatifs du secteur
- Service de proximité de médecine polyvalente de Louviers
- Autre :

13/ Pour prendre en charge la douleur morale de votre patient en soins palliatifs, vous sentez vous?

- Très à l'aise
- Plutôt à l'aise
- Plutôt mal à l'aise
- Très mal à l'aise

Avez vous, pour ce motif, adressé un patient au service d'accueil et d'urgences ?

- Oui
- non

Quel autre recours privilègeriez vous ? (une seule réponse)

- Service hospitalier référent du patient
- Unité de soins palliatifs
- Hospitalisation à domicile
- Réseau de soins palliatifs du secteur
- Service de proximité de médecine polyvalente de Louviers
- Autre :

14/ Pour prendre en charge un épuisement des aidants de votre patient en soins palliatifs, vous sentez vous ?

- Très à l'aise
- Plutôt à l'aise
- Plutôt mal à l'aise
- Très mal à l'aise

Avez vous, pour ce motif, adressé un patient au service d'accueil et d'urgences ?

- Oui
- non

Quel autre recours privilègeriez vous ? (une seule réponse)

- Service hospitalier référent du patient
- Unité de soins palliatifs
- Hospitalisation à domicile
- Réseau de soins palliatifs du secteur
- Service de proximité médecine polyvalente de Louviers
- Autre :

15/ Pour prendre en charge des soins de nursing lourds et la perte d'autonomie de votre patient en soins palliatifs, vous sentez vous ?

- Très à l'aise
- Plutôt à l'aise
- Plutôt mal à l'aise
- Très mal à l'aise

Avez vous, pour ce motif, adressé un patient au service d'accueil et d'urgences ?

- Oui
- non

Quel autre recours privilégieriez vous ? (une seule réponse)

- Service hospitalier référent du patient
- Unité de soins palliatifs
- Hospitalisation à domicile
- Réseau de soins palliatifs du secteur
- Service de proximité de médecine polyvalente de Louviers
- Autre :

16/ Si un évènement intercurrent, sans urgence vitale, nécessite une prise en charge hospitalière (exemple : transfusion sanguine), quel recours privilégieriez vous ?

- Service d'accueil et d'urgences
- Service hospitalier référent du patient
- Unité de soins palliatifs
- Hospitalisation à domicile
- Service de médecine polyvalente de Louviers
- Autre :

17/ Estimez vous avoir assez de temps pour prendre en charge des patients en soins palliatifs en ville ?

- Complètement oui
- Plutôt oui
- Plutôt non
- Complètement non

18/ Pour chaque soignant, une souffrance psychologique est inhérente à la prise en charge palliative des patients. En ce qui vous concerne, estimez vous que ce retentissement psychologique impacte votre pratique et votre implication ?

- Complètement oui
- Plutôt oui
- Plutôt non
- Complètement non

19/ Vous sentez vous isolé dans la prise en charge de vos patients en soins palliatifs ?

- Complètement oui
- Plutôt oui
- Plutôt non
- Complètement non

20/ Globalement, dans un contexte palliatif, collaborez vous avec le service de proximité de médecine polyvalente de Louviers?

- Très souvent
- Plutôt souvent
- Presque jamais
- Jamais

21/ Cette collaboration vous semble :

- Très facile
- Plutôt facile
- Plutôt difficile
- Très difficile

22/ Collaborez vous avec le réseau de soins palliatifs de votre secteur ?

- Très souvent
- Plutôt souvent
- Presque jamais
- Jamais

23/ Cette collaboration avec le réseau vous semble :

- Très facile
- Plutôt facile
- Plutôt difficile
- Très difficile

24/ Collaborez vous avec l'hospitalisation à domicile du secteur ?

- Très souvent
- Plutôt souvent

- Presque jamais
- Jamais

25/ Cette collaboration vous semble :

- Très facile
- Plutôt facile
- Plutôt difficile
- Très difficile

MERCI VIVEMENT DE VOTRE COLLABORATION

RÉSUMÉ

Introduction : Les soins palliatifs impliquent le médecin traitant et d'autres acteurs dont le service de médecine polyvalente de proximité de Louviers. Notre objectif est d'évaluer auprès des médecins traitants le positionnement de ce service dans l'offre de soins.

Méthodes : Enquête par questionnaire papier anonyme composé de 25 questions adressé aux 52 médecins traitants d'octobre à décembre 2015.

Résultats : 48% des médecins ont répondu. Chacun a été impliqué dans une prise en charge palliative ces deux dernières années. 80% se sentent à l'aise pour la gestion de la douleur physique, 60% pour la douleur morale alors qu'ils ne sont que 48% à l'être lorsqu'ils sont confrontés à l'épuisement des aidants et même seulement 40% lorsqu'il s'agit de perte d'autonomie. Parallèlement, aucun n'envisage le recours au service pour la prise en charge d'une douleur morale et 4% pour une douleur physique alors qu'ils sont 16% à l'évoquer en cas de perte d'autonomie et même 28% pour l'épuisement des aidants. Dans le même sens, aucun d'entre eux n'a adressé de patients aux urgences pour une douleur morale alors que 40% ont du y recourir pour l'épuisement des aidants.

Discussion : Lorsqu'il est confronté à la douleur physique et/ou morale de ses patients, le médecin traitant y fait face; alors qu'il semble être plus en difficulté lorsqu'il s'agit de situations de perte d'autonomie et d'épuisement des aidants. C'est ici qu'il évoque surtout la coopération avec le service; celle ci semblant alors plébiscitée. Néanmoins, le recours au service d'accueil des urgences tout autant évoqué, doit nous inciter à optimiser la collaboration ville-hôpital mais aussi avec les autres partenaires existants en vue de proposer au patient la meilleure prise en charge.

MOTS CLÉS

Médecine générale, médecine polyvalente, soins palliatifs, polypathologie, fragilité, coopération.