



**HAL**  
open science

# Communication auprès des médecins généralistes sur la mise en place d'un recours urgent en soins palliatifs pour leurs patients à domicile : étude PROPULSE

Antonin Chemarin

## ► To cite this version:

Antonin Chemarin. Communication auprès des médecins généralistes sur la mise en place d'un recours urgent en soins palliatifs pour leurs patients à domicile : étude PROPULSE. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-03113344

**HAL Id: dumas-03113344**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03113344>**

Submitted on 18 Jan 2021

**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.



**THÈSE D'EXERCICE DE MÉDECINE**

**CHEMARIN ANTONIN**

Né le 03/07/1989

**COMMUNICATION AUPRÈS DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES SUR LA MISE EN  
PLACE D'UN RECOURS URGENT EN SOINS PALLIATIFS POUR LEURS  
PATIENTS À DOMICILE : ÉTUDE PROPULSE**

Soutenance publique le 15 octobre 2020 à Nice

**COMPOSITION DU JURY**

Président : Monsieur le Professeur Jean-Marc FERRERO

Assesseurs : Monsieur le Professeur Thomas CLUZEAU

Monsieur le Professeur Gilles GARDON

Madame le Docteur Amélie MARREC

Directrice de thèse : Madame le Docteur Elise GILBERT



**PROMOUVOIR LES COOPÉRATIONS ENTRE SOINS PALLIATIFS ET SOINS  
PRIMAIRES DANS LE PARCOURS DE SOINS EN ONCOLOGIE**



Liste des enseignants au 1er septembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

**Doyen**

**Pr. BAQUÉ Patrick**

**Vice-doyens**

**Pédagogie**

**Pr. ALUNNI Véronique**

**Recherche**

**Pr. DELLAMONICA Jean**

**Etudiants**

**M. JOUAN Robin**

**Chargé de mission projet Campus**

**Pr. PAQUIS Philippe**

**Conservateur de la bibliothèque**

**Mme AMSELLE Danièle**

**Directrice administrative des services**

**Mme CALLEA Isabelle**

**Doyens Honoraires**

**M. RAMPAL Patrick**

**M. BENCHIMOL Daniel**



### Liste des enseignants au 1er septembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

#### PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M.	BAQUÉ Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M.	BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
Mme	BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie – Génétique (47.02)
M.	BOILEAU Pascal	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	DARCOURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M.	ESNAULT Vincent	Néphrologie (52-03)
M.	GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M.	GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M.	HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
Mme	ICHAÏ Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénérologie (50.03)
M.	LEFTHERIOTIS Georges	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (51.04)
M.	MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M.	MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M.	MICHIELS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
M.	PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
Mme	PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M.	PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
M.	PRADIER Christian	Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	QUATREHOMME Gérald	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M.	TRAN Albert	Hépatogastro-entérologie (52.01)



Liste des enseignants au 1er septembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

Mme	ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M.	BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M.	BÉRARD Étienne	Pédiatrie (54.01)
M.	BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
Mme	BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M.	CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
M.	CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M.	FERRARI Émile	Cardiologie (51.02)
M.	FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	FONTAINE Denys	Neurochirurgie (49.02)
M.	GUÉRIN Olivier	Méd. In ; Gériatrie (53.01)
M.	HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M	JEAN BAPTISTE Elixène	Chirurgie vasculaire (51.04)
M.	LEVRAUT Jacques	Médecine d'urgence (48.05)
M.	LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M.	PASSERON Thierry	Dermato-Vénérologie (50-03)
M.	PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
Mme	RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M.	ROUX Christian	rhumatologie (50.01)
M.	ROSENTHAL Éric	Médecine Interne (53.01)
M.	STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M.	THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)
M.	TROJANI Christophe	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)

Liste des enseignants au 1er septembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

Mme	ALUNNI Véronique	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	ANTY Rodolphe	Gastro-entérologie (52.01)
M.	BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BAILLIF Stéphanie	Ophthalmologie (55.02)
Mme	BANNWARTH Sylvie	Génétique (47.04)
M.	BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BENOIT Michel	Psychiatrie (49.03)
M.	BERTHET Jean-Philippe	Chirurgie Thoracique (51-03)
M.	BOZEC Alexandre	ORL- Cancérologie (47.02)
M.	BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54-02)
M.	BRONSARD Nicolas	Anatomie Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (42.01)
Mme	BUREL-VANDEBOS Fanny	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	CHEVALIER Nicolas	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
Mme	CHINETTI Giulia	Biochimie-Biologie Moléculaire (44.01)
M.	CLUZEAU Thomas	Hématologie (47.01)
M.	DELLAMONICA Jean	réanimation médicale (48.02)
M.	DELOTTE Jérôme	Gynécologie-obstétrique (54.03)
Mme	ESTRAN-POMARES Christelle	Parasitologie et mycologie (45.02)
M	FAVRE Guillaume	Néphrologie (44-02)
M.	FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
Mme	GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
Mme	GIOVANNINI-CHAMI Lisa	Pédiatrie (54.01)
M.	IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	ILIE Marius	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	ORBAN Jean-Christophe	Anesthésiologie-réanimation ; Médecine d'urgence (48.01)
M.	ROHRLICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M.	RUIMY Raymond	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	SACCONI Sabrina	Neurologie (49.01)
Mme	SEITZ-POLSKI barbara	Immunologie (47.03)
M.	VANBIERVLIET Geoffroy	Gastro-entérologie (52.01)



Liste des enseignants au 1er septembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	AMBROSETTI Damien	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BERNARD-POMIER Ghislaine	Immunologie (47.03)
M.	CAMUZARD Olivier	Chirurgie Plastique (50-04)
Mme	CONTENTI-LIPRANDI Julie	Médecine d'urgence ( 48-04)
M.	DOGLIO Alain	Bactériologie-Virologie (45.01)
M.	DOYEN Jérôme	Radiothérapie (47.02)
M.	FOSSE Thierry	Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
M.	GARRAFFO Rodolphe	Pharmacologie Fondamentale (48.03)
Mme	HINAULT Charlotte	Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
M.	HUMBERT Olivier	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	LAMY Brigitte	Bactériologie-virologie ( 45.01)
Mme	LONG-MIRA Elodie	Cytologie et Histologie (42.02)
M.	LOTTE Romain	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière (45.01)
Mme	MAGNIÉ Marie-Noëlle	Physiologie (44.02)
M.	MASSALOU Damien	Chirurgie Viscérale ( 52-02)
Mme	MOCERI Pamela	Cardiologie (51.02)
M.	MONTAUDIE Henri	Dermatologie (50.03)
Mme	MUSSO-LASSALLE Sandra	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	NAÏMI Mourad	Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
M.	SAVOLDELLI Charles	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie (55.03)
M.	SQUARA Fabien	Cardiologie (51.02)
M.	TESTA Jean	Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention (46.01)
Mme	THUMMLER Susanne	Pédopsychiatrie ( 49-04)
M.	TOULON Pierre	Hématologie et Transfusion (47.01)
M.	TRAN Antoine	Pédiatrie (54.01)



**Liste des enseignants au 1er septembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice**

**PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS**

M. DARMON David Médecine Générale (53.03)

**MAITRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS**

Mme GROS Auriane Orthophonie (69)

**PROFESSEURS AGRÉGÉS**

Mme LANDI Rebecca Anglais

**PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE**

M. DURAND Matthieu Urologie (52.04)

M. SICARD Antoine Néphrologie (52-03)

**PROFESSEURS ASSOCIÉS**

M. GARDON Gilles Médecine Générale (53.03)

Mme MONNIER Brigitte Médecine Générale (53.03)

**MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS**

Mme CASTA Céline Médecine Générale (53.03)

M. GASPERINI Fabrice Médecine Générale (53.03)

M. HOGU Nicolas Médecine Générale (53.03)



## Liste des enseignants au 1er septembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

### Constitution du jury en qualité de 4ème membre

#### Professeurs Honoraires

M. AMIEL Jean	M. GÉRARD Jean-Pierre
M. ALBERTINI Marc	M. GIBELIN Pierre
M. BALAS Daniel	M. GILLET Jean-Yves
M. BATT Michel	M. GRELLIER Patrick
M. BLAIVE Bruno	M. GRIMAUD Dominique
M. BOQUET Patrice	M. HOFLIGER Philippe
M. BOURGEON André	M. JOURDAN Jacques
M. BOUTTÉ Patrick	M. LAMBERT Jean-Claude
M. BRUNETON Jean-Noël	M. LAZDUNSKI Michel
Mme BUSSIERE Françoise	M. LEFEBVRE Jean-Claude
M. CAMOUS Jean-Pierre	M. LE FICHOUX Yves
M. CANIVET Bertrand	Mme LEBRETON Elisabeth
M. CASSUTO Jill-patrice	M. MARIANI Roger
M. CHATEL Marcel	M. MASSEYEFF René
M. COUSSEMENT Alain	M. MATTEI Mathieu
Mme CRENESSE Dominique	M. MOUIEL Jean
M. DARCOURT Guy	Mme MYQUEL Martine
M. DELLAMONICA Pierre	M. ORTONNE Jean-Paul
M. DELMONT Jean	M. PRINGUEY Dominique
M. DEMARD François	M. SANTINI Joseph
M. DESNUELLE Claude	M. SAUTRON Jean Baptiste
M. DOLISI Claude	M. SCHNEIDER Maurice
Mme EULLER-ZIEGLER Liana	M. THYSS Antoine
M. FENICHEL Patrick	M. TOUBOL Jacques
M. FUZIBET Jean-Gabriel	M. TRAN Dinh Khiem
M. FRANCO Alain	M. VAN OBBERGHEN Emmanuel
M. FREYCHET Pierre	
M. GASTAUD Pierre	

#### M.C.U. Honoraires

M. ARNOLD Jacques	M. GIUDICELLI Jean
M. BASTERIS Bernard	M. MAGNÉ Jacques
M. BENOLIEL José	Mme MEMRAN Nadine
Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie	M. MENGUAL Raymond
Mme DONZEAU Michèle	M. PHILIP Patrick
M. EMILIOZZI Roméo	M. POIRÉE Jean-Claude
M. FRANKEN Philippe	Mme ROURE Marie-Claire
M. GASTAUD Marcel	



Liste des enseignants au 1er septembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

M.	BERTRAND François	Médecine Interne
M.	BROCKER Patrice	Médecine Interne Option Gériatrie
M.	CHEVALLIER Daniel	Urologie
Mme	FOURNIER-MEHOUAS Manuella	Médecine Physique et Réadaptation
M.	JAMBOU Patrick	Coordination prélèvements d'organes
M.	LEBOEUF Mathieu	gynécologie- obstétrique
Mme	NADEAU Geneviève	uro-gynécologie
M.	ODIN Guillaume	Chirurgie maxilo-faciale
M.	PEYRADE Frédéric	Onco-Hématologie
M.	PICCARD Bertrand	Psychiatrie
M.	QUARANTA Jean-François	Santé Publique

## REMERCIEMENTS

**A Monsieur le Professeur FERRERO** : Je vous remercie de l'honneur que vous me faites de présider ce jury de thèse. Soyez assuré de mon plus profond respect.

**A Monsieur le Professeur CLUZEAU** : Je vous remercie d'avoir accepté de juger ce travail. Merci d'avoir été un excellent pédagogue et de m'avoir transmis votre savoir et votre expérience au cours des gardes effectuées ensemble aux urgences, notamment lors d'une garde particulièrement sportive dont nous étions sortis victorieux.

**A Monsieur le Professeur GARDON** : Je vous remercie d'avoir accepté de participer à ce jury. Merci pour votre implication dans ce projet et d'avoir pris le temps de mobiliser votre réseau de médecins généralistes pour participer à nos soirées de formation.

**A Madame le Dr MARREC** : Amélie, je te remercie d'avoir accepté de juger mon travail. Merci pour ton engagement dans cette étude, parfois jusqu'à des heures très tardives. Cinq ans plus tard, les rôles se sont inversés, tu es devenue mon maître dans le domaine des soins palliatifs. Je suis honoré d'avoir été là à tes débuts.

**A Madame le Dr Elise GILBERT** : Merci d'avoir cru en moi pour ce projet. Merci d'avoir été là à chaque étape, toujours disponible et bienveillante. J'admire ton énergie et ta motivation au travail, ton empathie et ta patience auprès de tes patients. Tu m'as transmis tes savoirs et j'ai appris à prendre soin des patients à tes côtés.

**A Monsieur le Professeur MANCINI** : Merci d'avoir apporté toutes vos compétences à ce travail, d'avoir été réactif et efficace à chacune de mes sollicitations.

**A Madame le Dr SARRADON-ECK** : Merci d'avoir contribué en grande partie à la réalisation du protocole de cette étude.

**A Madame Audrey PIQUET** : Merci pour toute l'aide que tu m'as apportée tout au long de ce projet. Tu as été là à chaque étape, disponible, efficace et agréable.

**A tout le personnel du CAL impliqué dans cette thèse** : Mme Isabelle AUGIER, Mme Christine LOVERA, Mme Vanessa AMIOT, Mme Sophie BERUTTO. Et à tout le personnel du DISSPO, toujours prêt à donner le meilleur pour nos patients.

**A tous les médecins et infirmières** qui ont pris le temps de participer à cette étude, qui ont participé aux soirées de formation et ont répondu aux différentes sollicitations.

**A mes patients**, votre courage face à la maladie m'oblige à donner le meilleur de moi-même jour après jour.

## TABLE DES MATIERES

1	INTRODUCTION.....	20
1.1	La fin de vie au domicile .....	20
1.2	Le rôle des médecins généralistes .....	20
1.3	L’hôpital de jour de soins palliatifs du centre Antoine Lacassagne .....	21
1.4	Création d’un recours urgent en soins palliatifs .....	21
1.5	Etude PROPULSE.....	21
2	MATERIEL ET METHODE .....	23
2.1	Recherche documentaire.....	23
2.2	Caractéristiques de l’étude.....	23
2.3	Population d’étude .....	23
2.3.1	Critère d’inclusion.....	23
2.3.2	Critère de non-inclusion .....	23
2.4	Stratification .....	24
2.5	Randomisation .....	24
2.6	Objectifs et critères d’évaluation.....	25
2.6.1	Objectif principal.....	25
2.6.2	Objectifs secondaires.....	25
2.6.3	Critère de jugement principal .....	25
2.6.4	Critères de jugement secondaires .....	25
2.6.5	Tableau récapitulatif.....	26
2.7	Soirées de formation .....	27
2.7.1	Elargissement des invitations aux soirées de formation.....	27
2.7.2	Relance des médecins.....	27
2.7.3	Déroulement des soirées de formation .....	27
2.8	Gestion des données .....	29

2.8.1	Recueil des données .....	29
2.8.2	Analyse des données .....	29
2.9	Autorisations.....	30
2.10	Financement de l'étude .....	30
3	RESULTATS .....	31
3.1	Effectifs .....	31
3.1.1	Médecins inclus.....	31
3.1.2	Stratification .....	31
3.1.3	Randomisation.....	31
3.1.4	Effectifs totaux de l'étude .....	31
3.2	Participation aux soirées .....	32
3.2.1	Généralités.....	32
3.2.2	Dans la population des médecins randomisés dans l'étude.....	32
3.2.3	En fonction du groupe de stratification .....	33
3.3	Qualitatif participation aux soirées : Satisfaction et propositions .....	34
3.3.1	Satisfaction .....	34
3.3.2	SDS.....	35
3.3.3	Soirées classiques .....	35
3.3.4	Propositions et commentaires des médecins lors des soirées de formation .....	36
3.4	Critère de jugement principal : Les médecins ayant eu recours à l'HDJ-DISSPO ...	37
3.4.1	Données générales.....	37
3.4.2	Médecins ayant eu recours à l'HDJ-DISSPO en fonction de leur bras de randomisation .....	38
3.4.3	Médecins ayant eu recours à l'HDJ-DISSPO en fonction de leur participation effective à une soirée de formation (SDS ou soirée classique) dans la population de médecins randomisés.....	39
3.4.4	Sujets ayant eu recours à l'HDJ-DISSPO en fonction de leur participation effective à une soirée de formation (SDS ou soirée classique) dans la population totale	40

3.4.5	Médecins ayant eu recours à l’HDJ-DISSPO en fonction du type de soirée à laquelle ils ont effectivement participé (SDS ou soirée classique) chez les médecins randomisés (médecins n’ayant pas participé aux soirées exclus) .....	41
3.4.6	Sujets ayant eu recours à l’HDJ-DISSPO en fonction du type de soirée à laquelle ils ont effectivement participé (SDS ou soirée classique) chez tous les participants aux soirées (médecins n’ayant pas participé aux soirées exclus).....	42
3.4.7	Médecins ayant eu recours à l’HDJ-DISSPO en fonction de leur groupe de stratification.....	43
3.5	Descriptif des recours .....	44
3.5.1	Problématiques des patients pris en charge.....	44
3.5.2	Prises en charge proposées par le service et délais .....	44
3.5.3	Devenir des patients et survie.....	45
3.6	Qualitatif fin d’étude .....	45
3.6.1	Médecins ayant eu recours à l’HDJ DISSPO au cours de l’étude.....	46
3.6.2	Recours alternatifs au DISSPO .....	47
3.6.3	Recours aux urgences et hospitalisations évitées.....	47
3.6.4	Utilité du DISSPO dans la pratique des médecins généralistes .....	48
3.7	Principaux résultats statistiques de l’étude.....	48
4	DISCUSSION .....	49
4.1	Forces et faiblesses de l’étude .....	49
4.1.1	Points forts méthodologiques .....	49
4.1.1.1	Un dispositif innovant.....	49
4.1.1.2	Un angle d’analyse original .....	49
4.1.1.3	Une large population d’étude.....	49
4.1.1.4	Des bras multiples avec des formations diversifiées et adaptées.....	50
4.1.1.5	Une collaboration scientifique .....	50
4.1.2	Les faiblesses de l’étude.....	50
4.1.2.1	Une démarche parfois mal interprétée .....	50

4.1.2.2	Une faible puissance .....	50
4.1.2.3	Evaluation d'un critère de jugement secondaire par un questionnaire non validé .....	51
4.1.2.4	Biais de désirabilité sociale.....	52
4.2	Les soins palliatifs .....	52
4.2.1	La pratiques des soins palliatifs par les médecins généralistes .....	52
4.2.1.1	Les médecins généralistes acteurs des soins palliatifs.....	52
4.2.1.2	Un besoin d'accompagnement des médecins généralistes confirmé .....	52
4.2.1.3	Une disponibilité indispensable .....	53
4.2.2	Les apports de notre dispositif sur la pratique clinique.....	53
4.2.2.1	Une démarche appréciée .....	53
4.2.2.2	Un vrai recours d'urgence créé .....	54
4.2.2.3	Hospitalisations et transferts aux urgences de patients en soins palliatifs..	54
4.2.2.4	L'éloignement du centre ne modifie pas les pratiques.....	55
4.3	La méthode pédagogique.....	55
4.3.1	Une formation médicale continue indispensable et en évolution.....	55
4.3.2	Les speed dating sessions : une méthode innovante.....	55
4.3.3	Des résultats mitigés.....	56
4.3.3.1	Les résultats statistiques ne montrent pas de différence de recours selon la méthode d'information.....	56
4.3.3.2	La participation à une des soirées de formation (SDS ou soirée classique) augmente le nombre de recours au DISSPO .....	57
4.3.3.3	Absence de preuve statistique d'une efficacité pédagogique supérieure des SDS par rapport aux soirées classiques .....	57
4.4	Projets en cours de développement .....	58
4.4.1	La démarche .....	58
4.4.2	Développement d'une plateforme de e-learning en soins palliatifs .....	58
4.4.3	Des ateliers de simulation à destination des futurs médecins généralistes .....	59

5	CONCLUSION .....	60
6	BIBLIOGRAPHIE .....	62
7	ANNEXES .....	66
7.1	Annexe 1 : lettre de non opposition.....	66
7.2	Annexe 2 : bras contrôle A : plaquette de présentation.....	69
7.3	Annexe 3 : bras contrôle B : invitation soirée « classique ».....	71
7.4	Annexe 4 : bras expérimental C : invitation soirée SDS .....	73
7.5	Annexe 5 : questionnaire de satisfaction de fin de soirée.....	75
7.6	Annexe 6 : questionnaire de fin d'étude .....	76
7.7	Annexe 7 : lettre de relance .....	78
7.8	Annexe 8 : cas clinique atelier 2 SDS .....	80
8	SERMENT D'HIPPOCRATE .....	81
	RESUME.....	82

## LISTE DES ABREVIATIONS

- AEG** : Altération de l'état général
- C3S** : Centre de soutien santé social
- CAL** : Centre Antoine Lacassagne
- CAGE** : Collège azuréen des généralistes enseignants
- CLCC** : Centre de lutte contre le cancer
- CRF** : Case report form
- DERMG** : Département d'enseignement et de recherche en médecine générale
- DRCI** : Direction de la recherche clinique et de l'innovation
- DISSPO** : Département interdisciplinaire de soins de support pour les patients en oncologie
- DPC** : Développement professionnel continu
- EMSP** : Equipe mobile de soins palliatifs
- FMC** : Formation médicale continue
- HAD** : Hospitalisation à domicile
- HAS** : Haute autorité de santé
- HDJ** : Hôpital de jour
- IDE** : Infirmier(e) diplômé(e) d'état
- IGAS** : Inspection générale des affaires sociales
- INCa** : Institut national du cancer
- INSEE** : Institut national de la statistique et des études économiques
- IRDES** : Institut de recherche et documentation en économie de la santé
- MOOC** : Massive open online course
- PREPS** : Programme de recherche sur la performance du système de soins
- SAD** : Soins à domicile
- SAMU** : Service d'aide médicale urgente
- SFAP** : Société française d'accompagnement et de soins palliatifs
- SDS** : Speed dating sessions

# 1 INTRODUCTION

## 1.1 La fin de vie au domicile

Garantir l'accès aux soins de support pour tous les malades afin de maintenir une bonne qualité de vie le plus longtemps possible est une recommandation du troisième Plan Cancer (objectif n° 7, actions 7.6 et 7.7) (1).

Par ailleurs, ce plan cancer préconise de développer l'articulation entre l'hôpital et la ville à l'arrêt des traitements spécifiques, en impliquant davantage les professionnels de premier recours, afin d'améliorer la qualité et la sécurité de la prise en charge des patients (action 7.4). En effet, un maintien au domicile en fin de vie dans les meilleures conditions possibles correspond aux aspirations d'une large majorité de patients et de leurs familles (2). En France, comme à l'étranger, lorsqu'on interroge les individus sur le lieu où ils souhaiteraient décéder, ils placent généralement le domicile en premier choix (3) (4) (5).

A l'inverse, le recours aux services d'urgence et aux hospitalisations en urgence sont des indicateurs d'une mauvaise qualité des soins de fin de vie (6).

## 1.2 Le rôle des médecins généralistes

Pour prendre en charge et accompagner ces patients en fin de vie à domicile, les médecins généralistes traitants sont en première ligne et jouent un rôle essentiel (7).

Malgré le développement de réseaux de soins palliatifs et d'HAD recommandés par les différents Plans Cancer successifs, de nombreux travaux montrent que les médecins généralistes se sentent isolés, démunis et en difficulté dans la réalisation de ces soins (8) (9) (10). Par exemple, dans une thèse réalisée par C. ASTIER de la faculté de médecine de Nice, 80 % des généralistes interrogés disaient manquer de temps pour réaliser ces soins de façon satisfaisante et 71% souffraient d'un manque de formation et d'information pour accompagner les patients en fin de vie (11).

Par ailleurs, les médecins généralistes aspirent à un lien fort ville-hôpital, notamment pour pouvoir recourir rapidement à un avis spécialisé dans le domaine (12).

Dans le bilan du programme national de développement des soins palliatifs (2008-2012), le Professeur Régis AUBRY concluait ainsi : « Le développement des soins palliatifs à domicile a été le parent pauvre de ce programme » (13).

### **1.3 L'hôpital de jour de soins palliatifs du centre Antoine Lacassagne**

L'hôpital de jour de soins de support/soins palliatifs (HDJ-DISSPO) du centre Antoine Lacassagne existe depuis novembre 2013. Il permet d'accueillir, en hospitalisation de jour, les patients en phase palliative de leur pathologie cancéreuse avec un état général ne leur permettant pas un suivi en consultations simples. Il propose une prise en charge globale multidisciplinaire et un accompagnement régulier. Le maintien à domicile est ainsi favorisé, avec l'élaboration d'un projet de vie et de fin de vie. La coordination des soins de support et des soins palliatifs avec les médecins généralistes est un rôle essentiel de cette structure.

Ce service accueille quatre patients par jour. Les admissions sont programmées, à la demande de l'oncologue référent ou à la suite d'une hospitalisation. Aucune admission émanant de la demande des médecins traitants n'avait jusqu'à présent été réalisée.

### **1.4 Création d'un recours urgent en soins palliatifs**

Partant de ces différents constats, l'idée est venue de proposer les services de l'HDJ-DISSPO aux professionnels de soins primaires comme un recours de plus à leur disposition pour les accompagner dans la prise en charge au domicile des patients en soins palliatifs. Pour cela, nous avons développé une procédure d'urgence à la disposition des médecins généralistes : nous avons mis à leur disposition une ligne téléphonique directe pour qu'ils puissent joindre le service pour un conseil médical en soins palliatifs ou pour adresser un patient nécessitant des soins. Par ailleurs, nous avons identifié des créneaux chaque semaine pour accueillir ces éventuels patients en "urgence", sous quarante-huit heures.

Nous attendons de cette démarche qu'elle favorise la collaboration ville-hôpital pour faciliter le cheminement du patient dans le parcours de soins et son maintien à domicile, notamment pour les patients en fin de vie.

### **1.5 Etude PROPULSE**

L'étude PROPULSE (promouvoir les coopérations entre soins palliatifs et soins primaires dans le parcours de soins en oncologie) a été conduite afin d'optimiser l'impact de l'information

auprès des médecins généralistes à ce nouveau dispositif mis en place pour eux. Nous avons évalué différents modes d'information, notamment une méthode par « speed dating sessions (SDS) ».

La méthode par « speed dating sessions » est une pédagogie innovante et stimulante qui a montré, dans la formation médicale, son efficacité pour la création de réseaux de collaborations et les échanges de savoirs (14). Notamment lors d'une démarche de construction de compétences interprofessionnelles (15).

En privilégiant des effectifs réduits, réunis autour de plusieurs ateliers, cette méthode favorise l'interactivité, la réflexion et les échanges directs entre les professionnels de soins primaires et les acteurs des soins palliatifs. Elle semble particulièrement adaptée à l'expression des besoins et attentes des médecins généralistes envers les services de soins palliatifs afin de proposer une réponse la plus appropriée possible.

Il est attendu que ces interventions par « speed dating sessions » favorisent la collaboration entre les acteurs des soins de fin de vie (par rapport aux groupes contrôles) et améliorent en conséquence la qualité des soins, notamment par une diminution des hospitalisations complètes et des recours aux services d'urgence, ainsi que la satisfaction des médecins généralistes concernant la prise en charge globale.

## **2 MATERIEL ET METHODE**

### **2.1 Recherche documentaire**

La recherche documentaire a été effectuée grâce au moteur de recherche Google Scholar, Pub Med et Cochrane Library. Les sites internet de l'INCa, la SFAP et de l'HAS ont également été consultés.

La recherche a été faite par arborescence à partir des bibliographies des documents étudiés.

La gestion des sources a été réalisée grâce au logiciel Zotero®.

### **2.2 Caractéristiques de l'étude**

Il s'agissait d'une étude quantitative, contrôlée, randomisée, en ouvert, départementale.

### **2.3 Population d'étude**

#### **2.3.1 Critère d'inclusion**

Le critère d'inclusion était l'ensemble des médecins généralistes des Alpes Maritimes inscrits au registre de l'assurance maladie au 1<sup>er</sup> octobre 2017 (annuaire santé Ameli.fr) (16) soit 1164 médecins généralistes. Il était proposé à chaque médecin d'inviter un(e) infirmier(e) selon leurs habitudes de travail, afin de constituer un binôme médecin/IDE libéral(e) (17).

Une lettre de présentation de l'étude accompagnée d'une lettre de non-opposition ont été envoyées à tous les médecins au début de l'étude (cf. annexe 1). En l'absence de retour de leur part, ils étaient considérés comme consentants et inclus dans l'étude. La période de signalement du refus s'est étendue du 5 août 2019 au 4 septembre 2019. Cette période devait initialement durer deux semaines. Toutefois elle a été volontairement rallongée dans un second temps, l'envoi des courriers ayant débuté lors d'une période de vacances scolaires.

#### **2.3.2 Critère de non-inclusion**

Le critère de non-inclusion était le refus exprimé par le médecin de participer à l'étude par retour de lettre de non-opposition (fax ou courriel).

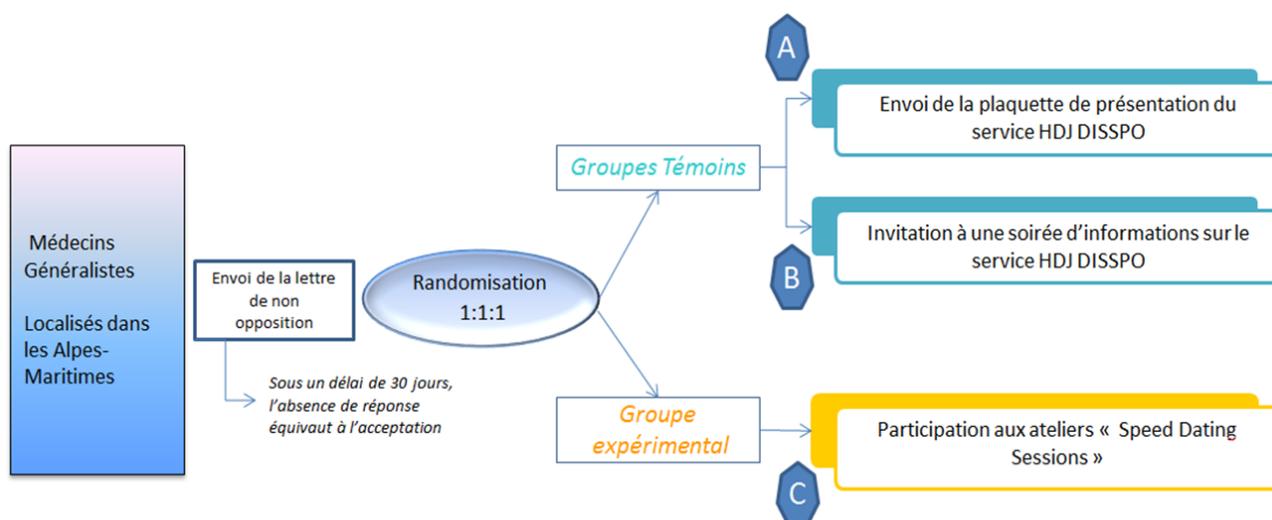
## 2.4 Stratification

L'éloignement des médecins généralistes par rapport au Centre Antoine Lacassagne a été identifié comme un facteur de confusion. En effet, nous avons supposé que les médecins installés dans les régions de l'arrière-pays Niçois participeraient moins aux soirées et nous adresseraient moins de patients du fait d'un temps de trajet allongé par rapport aux médecins installés à Nice. Nous avons donc réalisé une stratification des médecins en trois groupes en fonction de l'éloignement de leur cabinet d'exercice des équipements de la classe supérieure dans le domaine de la santé (services d'urgences / services d'hospitalisations / cabinets de médecins spécialistes...) selon l'Insee (18) (19) :

## 2.5 Randomisation

Les médecins ont ensuite été randomisés en trois bras distincts :

- Deux bras contrôles :
  - *Bras contrôle A* recevant une simple plaquette d'information sur l'HDJ-DISSPO (cf. annexe 2).
  - *Bras contrôle B* invité à une soirée de formation « classique » en plus de la remise de la plaquette d'information (cf. annexe 3).
- Un bras expérimental :
  - *Bras expérimental C* invité à bénéficier d'une information par « Speed Dating Sessions », en plus de la remise de la plaquette d'information (cf. annexe 4).



## **2.6 Objectifs et critères d'évaluation**

### **2.6.1 Objectif principal**

L'objectif principal de l'étude était d'évaluer l'incidence de la méthode d'information sur le nombre de recours directs à l'HDJ-DISSPO par les médecins généralistes des Alpes-Maritimes pour leurs patients en soins palliatifs suivis au domicile.

Un recours était défini comme un appel téléphonique au service pour un avis médical immédiat en soins palliatifs ou bien le fait d'adresser directement un patient en hospitalisation de jour dans le service.

### **2.6.2 Objectifs secondaires**

Les objectifs secondaires étaient :

- D'évaluer si la mise en place du dispositif de l'étude avait une incidence sur les hospitalisations en urgence et les recours aux services d'urgences pour des symptômes difficilement gérables par les médecins généralistes au domicile.
- D'identifier les besoins et attentes des professionnels de soins primaires en matière d'accompagnement des patients présentant un cancer à un stade avancé ou en fin de vie.
- D'évaluer la satisfaction de ces professionnels :
  - o À l'égard des services rendus par l'HDJ-DISSPO (accessibilité, qualité des soins, disponibilité etc.).
  - o À l'égard des différentes soirées de formation.
- D'évaluer si une information par SDS était plus attractive qu'une soirée de formation « classique », c'est-à-dire une conférence plénière d'un ou plusieurs intervenants.

### **2.6.3 Critère de jugement principal**

Le critère de jugement principal était le nombre de médecins ayant eu directement recours à l'HDJ-DISSPO en fonction de leur bras de randomisation.

### **2.6.4 Critères de jugement secondaires**

Les critères de jugement secondaires étaient :

- La satisfaction des médecins généralistes participants aux soirées de formation à l'égard des différents types d'interventions évaluée grâce à un questionnaire à questions

fermées avec des réponses à échelles verbales, composées de cinq items allant de « très satisfait » à « pas de tout satisfait ». Il était distribué à la fin de chaque soirée (cf. annexe 5).

- Leur satisfaction à l'égard de la communication et des services rendus par l'HDJ-DISSPO, ainsi que le nombre de recours évités aux services d'urgence ou à des hospitalisations en urgence pour les patients présentant des symptômes difficilement gérables au domicile, mesurés grâce à un questionnaire à questions mixtes, ouvertes et fermées, adressé à tous les médecins en fin d'étude (cf. annexe 6).
- Leurs besoins et attentes auprès de notre service en matière de soins palliatifs, recueillis au cours des soirées de formation, et également grâce au questionnaire envoyé en fin d'étude.
- Le nombre de participants aux différents types de soirées de formation.

### 2.6.5 Tableau récapitulatif

Objectif principal	Critère de jugement principal
Evaluer l'incidence de la méthode d'information sur le nombre de recours à l'HDJ-DISSPO.	Nombre de médecins ayant recours à l'HDJ-DISSPO en fonction du bras de randomisation, recueillis par un e-CRF.

Objectifs secondaires	Critères de jugement secondaires
Evaluer si la mise en place du dispositif de l'étude avait une incidence sur les hospitalisations en urgence et les recours aux services d'urgences.	Questionnaire de fin d'étude adressé à tous les médecins ayant participé à l'étude.
Identifier les besoins et attentes des médecins en matière de soins palliatifs au domicile.	Echanges et propositions libres au cours des soirées et questionnaire de fin d'étude (questions ouvertes)
Evaluer la satisfaction des médecins à l'égard des soirées de formations.	Questionnaire de satisfaction en fin de soirée de formation.
Evaluer la satisfaction des médecins à l'égard des services rendus par l'HDJ-DISSPO.	Questionnaire de fin d'étude adressé à tous les médecins ayant participé à l'étude.
Evaluer si une formation par SDS était plus attractive qu'une formation classique.	Nombre de médecins participant aux différents types de soirées de formation.

## **2.7 Soirées de formation**

### **2.7.1 Elargissement des invitations aux soirées de formation**

Nous avons choisi d'élargir les invitations au-delà de la population incluse dans le protocole initial, afin de rendre les soirées plus dynamiques et d'enrichir les échanges. Nous avons invité par mail plusieurs partenaires réguliers du DISSPO :

- Les médecins des SSR St Dominique à Nice, Ste Brigitte à Grasse, La villa romaine à Nice et l'Oliveraie des Cayrons à Vence.
- L'équipe des SAD Arnaud Tzanck à Saint Laurent du Var.
- Les médecins des HAD de Nice et Cannes.
- Des médecins du SAMU de Nice intéressés par le projet.
- Le médecin coordinateur de l'institut Claude Pompidou à Nice.

### **2.7.2 Relance des médecins**

Un rappel de l'étude a été réalisé auprès des médecins généralistes via une diapositive lors d'une FMC PACA d'hématologie se déroulant au CAL (Pr Peyrade).

Nous avons également relancé les médecins généralistes pour s'inscrire à nos différentes soirées de formation par l'intermédiaire du Département d'Enseignement et de Recherche en Médecine Générale (DERMG) et du Collège Azuréen des Généralistes Enseignants (CAGE).

Enfin, une lettre de relance a été envoyée le 30/09/19 à chaque médecin des bras B et C n'étant pas encore inscrit pour participer aux soirées de formation (cf. annexe 7).

### **2.7.3 Déroulement des soirées de formation**

Nous avons réalisé quatre soirées de formation (deux soirées « classiques » et deux soirées « speed dating sessions ») sur une période resserrée de deux semaines, du 8 au 18 octobre 2019. Afin de mobiliser le plus de professionnels de soins primaires possible, elles étaient réparties sur deux zones géographiques (Est et Ouest du département) et des jours différents de la semaine étaient proposés pour chaque type de formation. Les soirées se déroulaient dans des hôtels hauts de gamme autour d'un buffet. Les médecins participants aux soirées de formation recevaient un dédommagement de 100 euros.

Les soirées de formation « classiques » consistaient en une présentation du service d'HDJ-DISSPO et du dispositif d'urgence nouvellement mis en place pour répondre aux besoins des médecins généralistes, grâce à une pédagogie « descendante », c'est-à-dire par la projection d'un diaporama présenté par deux intervenants face à une assemblée recevant l'information de façon passive. Un temps de discussion libre était aménagé en fin de séance afin d'échanger et de recueillir les suggestions et les attentes des participants.

Les soirées de formation par « Speed Dating Sessions » se déroulaient en trois ateliers chacun animé par un ou deux intervenants :

- Atelier 1 : Une présentation de l'étude et de la démarche initiale qui partait du constat que les médecins généralistes exprimaient fréquemment une difficulté et un isolement dans la prise en charge au domicile des patients en fin de vie.
- Atelier 2 : Un cas clinique concret présentant une situation palliative complexe au domicile mettant en difficulté le médecin traitant (cf. annexe 8). L'objectif de l'atelier était d'élaborer collectivement une prise en charge adaptée et de prouver de façon concrète l'aide apportée par un recours à l'HDJ-DISSPO. Un compte rendu d'hospitalisation du cas clinique était remis aux participants en fin d'atelier afin d'illustrer les prises en charge possibles dans le service.
- Atelier 3 : Il se déroulait autour du jeu de société « KIPAL », développé par l'équipe mobile de soins palliatifs du centre hospitalier de Vienne et la Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs (SFAP) (20). Grâce à la création de cas patients fictifs et évolutifs au cours du jeu, les soignants participant pouvaient appréhender des thèmes variés concernant les soins palliatifs de façon interactive et ludique.

Chaque atelier durait environ 20 minutes. Les participants étaient répartis en petits groupes de cinq afin de faciliter la parole et les échanges. Ils passaient d'un atelier à l'autre au cours de la soirée, sans ordre précis, mais en respectant leur groupe initial. Un temps de discussion commun était aménagé en fin de séance afin de recueillir les suggestions et les attentes des participants.

## 2.8 Gestion des données

### 2.8.1 Recueil des données

Un numéro d'anonymat a été attribué à chaque médecin participant à l'étude.

Les médecins ayant recours à l'HDJ-DISSPO (critère de jugement principal) ont été recueillis dans un e-CRF réalisé pour l'étude.

Un formulaire anonyme de satisfaction a été distribué à chaque participant à la fin des soirées de formation (cf. annexe 5).

Les suggestions libres et attentes exprimées oralement lors des soirées de formation ont été recueillies de façon exhaustive.

Des questionnaires de satisfaction de fin d'étude (cf. annexe 6) ont été envoyés par courrier postal dix jours après la fin de la période de recrutement à tous les sujets ayant participé.

### 2.8.2 Analyse des données

Les médecins ont été randomisés grâce au logiciel Minirand Minimization Randomization.

L'analyse des données a été faite par le Pr Julien MANCINI praticien hospitalier au sein de l'équipe "*Cancers, Biomédecine & Société*" de l'UMR1252 SESSTIM (Aix-Marseille Université, Inserm, IRD) et du service de biostatistique et technologies de l'information et de la communication de l'hôpital de la Timone (APHM). Le logiciel IBM SPSS Statistics 20.0 (IBM Inc., Armonk, NY, USA) a été utilisé pour la réalisation des statistiques. Un degré de signification  $p < 0,05$  était considéré significatif pour tous les tests bilatéraux utilisés.

Le test de Fisher a été utilisé pour comparer les pourcentages.

Le test de Mann-Whitney a été utilisé pour comparer les distributions des délais de prise en charge.

La méthode de Kaplan-Meier a été utilisée pour estimer les médianes de survie et le test log-rank a été utilisé pour comparer les distributions de survie.

## **2.9 Autorisations**

Pour cette étude, nous avons reçu l'accord de l'Institut National des Données de Santé (INDS), de la Délégation de la Recherche Clinique et de l'Innovation (DRCI) et du Département d'Enseignement et de Recherche en Médecine Générale de Nice (DERMG).

## **2.10 Financement de l'étude**

Le protocole de l'étude a été présenté en octobre 2017 à la commission chargée de l'appel à projet sur les Protocoles de Recherches sur les Performances du Système de Soins (PREPS). La lettre d'intention a été acceptée mais le projet n'a pas été retenu en seconde lecture.

L'étude a ensuite été présentée à La Direction de la Recherche Clinique et de l'Innovation (DRCI) du centre Antoine Lacassagne en juin 2018 et a été retenue. Un financement a été voté afin de couvrir les frais logistiques (édition des invitations, des plaquettes d'information et envois) et les frais d'organisation des quatre soirées de formation.

## **3 RESULTATS**

### **3.1 Effectifs**

#### **3.1.1 Médecins inclus**

Nous avons reçu 190 refus de participer à l'étude par retour de lettre de non-opposition de la part des médecins généralistes.

Au total 974 médecins ont été initialement inclus dans l'étude.

#### **3.1.2 Stratification**

Ces médecins ont été stratifiés dans les groupes suivants (18) (19) :

- *Groupe 1* : Médecins installés à Nice (présence de tous les équipements de la gamme supérieure) : 388 médecins.
- *Groupe 2* : Médecins installés en dehors de Nice mais à moins de 25 minutes des équipements de la gamme supérieure : 536 médecins.
- *Groupe 3* : Médecins installés à 25 minutes ou plus des équipements de la gamme supérieure : 50 médecins.

#### **3.1.3 Randomisation**

Ils ont ensuite été randomisés en 3 bras selon la répartition suivante :

- Bras contrôle A ; plaquette : 324 médecins
- Bras contrôle B ; soirée classique : 325 médecins
- Bras expérimental C ; SDS : 325 médecins

#### **3.1.4 Effectifs totaux de l'étude**

13 sujets supplémentaires ont été rajoutés à l'effectif initial des médecins de l'étude. Il s'agissait de sujets non stratifiés et non randomisés mais ayant participé aux soirées de formation, en tant que partenaires réguliers du DISSPO (cf. 2.7.1) ou IDE libérales invitées par leur binôme médecin (cf. 2.3.1). Ils étaient répartis de la façon suivante :

- 3 médecins partenaires habituels du DISSPO.
- 1 interne de médecine générale accompagnant le médecin chez lequel il effectuait un stage d'internat.

- 9 IDE libérales qui accompagnaient le médecin avec lequel elles travaillaient régulièrement.

Ils se sont ajoutés aux 974 médecins initialement inclus soit un effectif total de 987 sujets dans l'étude.

## 3.2 Participation aux soirées

### 3.2.1 Généralités

Il y a eu 23 participants aux soirées « classiques » et 24 participants aux soirées SDS.

Plusieurs médecins ont participé à une soirée de formation qui n'était pas celle de leur bras de randomisation initial (médecins indisponibles aux dates proposées pour leur bras ou médecins du bras « plaquette » intéressés par le dispositif et souhaitant tout de même participer à une soirée de formation).

Les différents résultats ont donc été analysés selon trois modèles :

- En fonction du bras dans lequel les médecins avaient été initialement randomisés, quel que soit le type d'information qu'ils avaient effectivement reçu.
- En fonction de la participation effective des médecins à une des soirées de formation, quel que soit leur bras de randomisation initial.
- En incluant tous les participants aux soirées, notamment les sujets non randomisés et ayant été inclus l'étude dans un second temps.

### 3.2.2 Dans la population des médecins randomisés dans l'étude

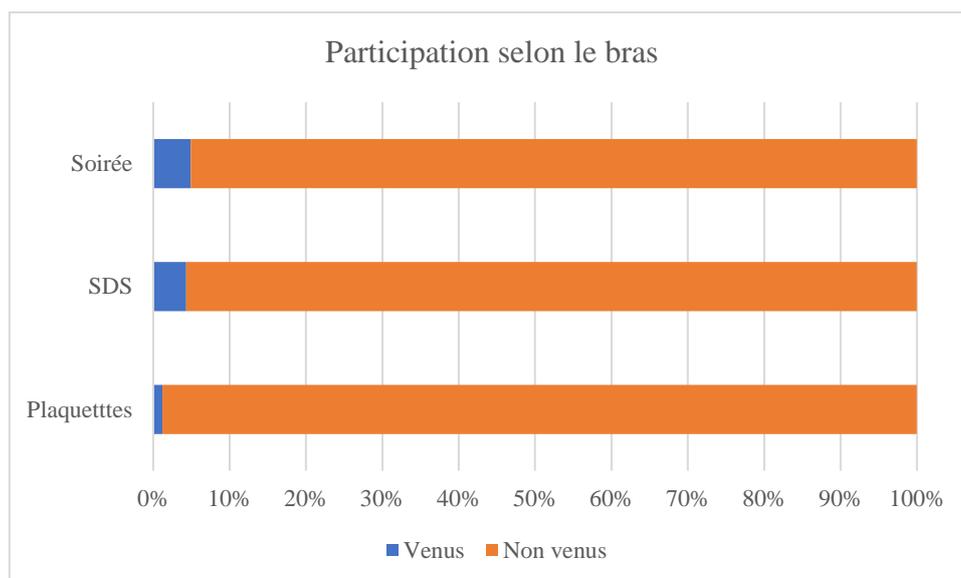
Concernant uniquement les médecins inclus dans l'étude, 16 ont participé aux SDS et 18 ont participé aux soirées classiques soit un total de 34 médecins (3,5 % des médecins totaux de l'étude)

4 médecins avaient été randomisés dans le bras plaquettes soit 1,2 % du bras. 14 médecins avaient été randomisés dans le bras SDS soit 4,3 % du bras. 16 médecins avaient été randomisés dans le bras soirées classiques soit 4,9 % du bras.

**Il y a donc eu plus de médecins ayant participé aux soirées lorsque ceux-ci recevaient une invitation (bras SDS et bras soirées classiques) ( $p = 0,023$ ). Mais on ne retrouve pas de**

**différence statistiquement significative de participation aux soirées selon le type d'invitation (p = 0,71).**

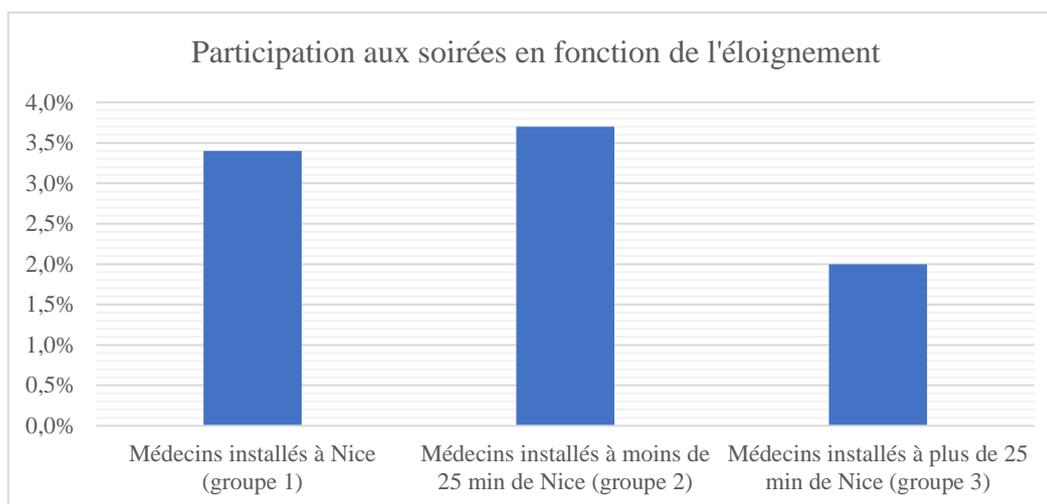
	Randomisation			Total (n=974)
	PLAQUETTES (n=324)	SDS (n=325)	SOIREE (n=325)	
Venue (SDS ou soirée)	4	14	16	34
	1,2%	4,3%	4,9%	3,5%



### 3.2.3 En fonction du groupe de stratification

13 médecins installés à Nice (3,4 % du groupe) ont participé aux soirées. 20 médecins installés à moins de 25 minutes de Nice ont participé aux soirées (3,7 % du groupe). 1 seul médecin installé à plus de 25 minutes de Nice a participé aux soirées (2 % du groupe). **Il n'y a pas eu de différence de participation aux soirées statistiquement significative en fonction de l'éloignement du centre (p = 0,956).**

	GROUPE			Total
	Nice	Hors Nice < 25 minutes d'un service de soins palliatifs	Hors Nice > 25 minutes	
Venue (SDS ou soirée)	13	20	1	34
	3,4%	3,7%	2,0%	3,5%
Total	388	536	50	974



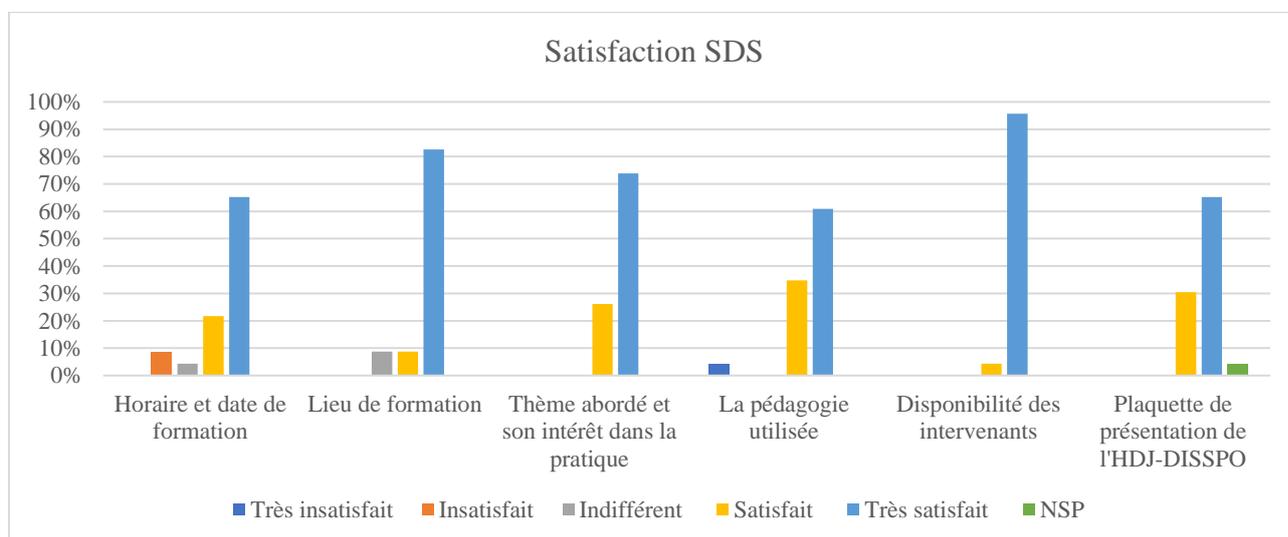
### 3.3 Qualitatif participation aux soirées : Satisfaction et propositions

#### 3.3.1 Satisfaction

A la fin des soirées de formation, nous avons recueilli la satisfaction de 46 des 47 participants concernant la qualité de notre intervention. Globalement, le taux de satisfaction était plutôt bon, que ce soit pour les SDS ou pour les soirées classiques : de façon générale, concernant les SDS, 74 % des participants se disaient « très satisfaits » et 21 % se disaient « satisfaits ». Concernant les soirées classiques, 80,5 % se disaient « très satisfaits » et 17,4 % se disaient « satisfaits ». Concernant le type de pédagogie utilisée, 60,9 % des participants aux SDS se disaient « très satisfaits », 34,8 % se disaient « satisfaits » et 4,3 % (n = 1) se disait « très insatisfait ». Les questionnaires étant anonymes, les raisons de cette insatisfaction sont inconnues. 78,3 % des participants aux soirées classiques se disaient « très satisfaits » et 21,7 % « satisfaits ». Les tableaux et graphiques suivants relatent l'ensemble des résultats des autres domaines évalués par le questionnaire :

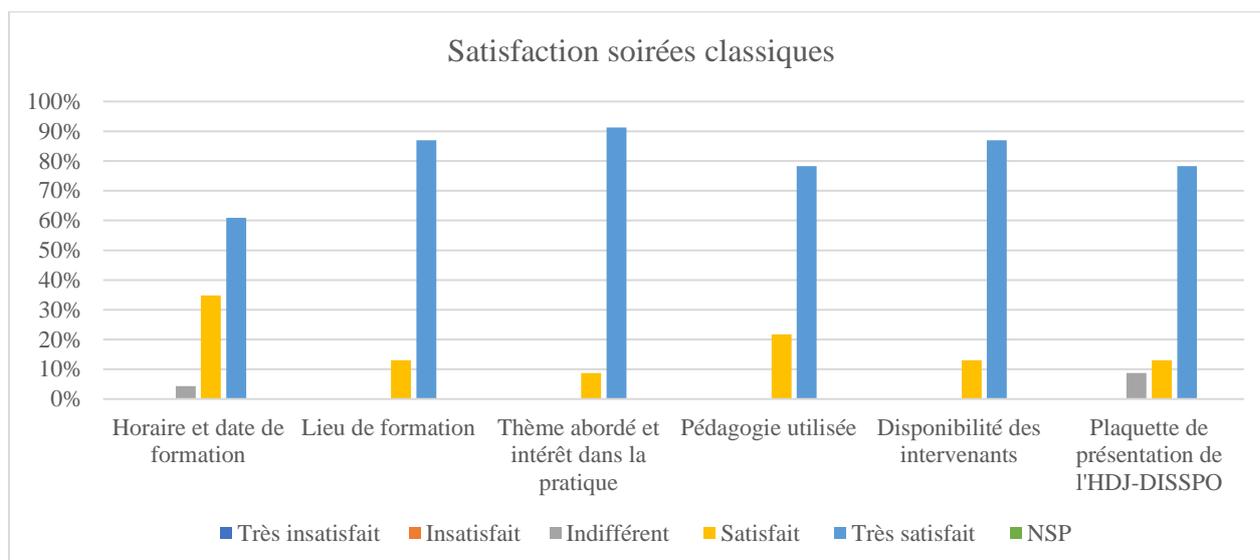
### 3.3.2 SDS

	Très insatisfait	Insatisfait	Indifférent	Satisfait	Très satisfait	NSP
Horaire et date de formation	0	2	1	5	15	0
% total	0%	8,7%	4,4%	21,7%	65,2%	0%
Lieu de formation	0	0	2	2	19	0
% total	0%	0%	8,7%	8,7%	82,6%	0%
Thème abordé et intérêt dans la pratique	0	0	0	6	17	0
% total	0%	0%	0%	26,1%	73,9%	0%
Pédagogie utilisée	1	0	0	8	14	0
% total	4,3%	0%	0%	34,8%	60,9%	0%
Disponibilité des intervenants	0	0	0	1	22	0
% total	0%	0%	0%	4,4%	95,7%	0%
Plaquette de présentation de l'HDJ-DISSPO	0	0	0	7	15	1
% total	0%	0%	0%	30,4%	65,2%	4,4%
<b>% total</b>	<b>0,7%</b>	<b>1,5%</b>	<b>2,1%</b>	<b>21%</b>	<b>74%</b>	<b>0,7%</b>



### 3.3.3 Soirées classiques

	Très insatisfait	Insatisfait	Indifférent	Satisfait	Très satisfait	NSP
Horaire et la date de formation	0	0	1	8	14	0
% total	0%	0%	4,3%	34,8%	60,9%	0%
Lieu de formation	0	0	0	3	20	0
% total	0%	0%	0%	13%	87%	0%
Thème abordé et intérêt dans la pratique	0	0	0	2	21	0
% total	0%	0%	0%	8,7%	91,3%	0%
Pédagogie utilisée	0	0	0	5	18	0
% total	0%	0%	0%	21,7%	78,3%	0%
Disponibilité des intervenants	0	0	0	3	20	0
% total	0%	0%	0%	13%	87%	0%
Plaquette de présentation de l'HDJ-DISSPO	0	0	2	3	18	0
% total	0%	0%	8,7%	13%	78,3%	0%
<b>% total</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>2,1%</b>	<b>17,4%</b>	<b>80,5%</b>	<b>0%</b>



### 3.3.4 Propositions et commentaires des médecins lors des soirées de formation

Les temps d'échanges libres aménagés au cours des soirées ont été l'occasion de faire le point sur les pratiques réelles des médecins : en moyenne ils disaient prendre en charge entre 1 à 3 patients par an en soins palliatifs au domicile. La majorité n'était cependant pas des patients suivis au centre Antoine Lacassagne.

Pour la plupart, la prise en charge de patients en fin de vie au domicile était vécue comme très chronophage et source de stress du fait d'un grand isolement dans leur pratique : « l'isolement aggrave le sentiment de Burn out », « On oublie parfois les soins de support parce qu'on va au plus rapide, au symptomatique, faute de temps et de moyens », « A un certain moment on a besoin d'un regard objectif extérieur ».

Certains avaient régulièrement recours à des intervenants extérieurs pour les aider (HAD, EMSP...) mais ils regrettaient pour la plupart des délais de prise en charge trop longs, une faible réactivité aux sollicitations et une difficulté à joindre les équipes. Le recours le plus souvent utilisé à Nice était le réseau C3S coordonné par le Dr Yvon BOTTERO mais ils regrettaient l'impossibilité pour le réseau de réaliser des prescriptions médicales.

A la présentation du dispositif du DISSPO, la grande majorité des participants ont exprimé leur satisfaction de voir se développer ce genre de structure et son utilité à leur pratique : « L'HDJ DISSPO répond à une attente dont on n'a pas forcément conscience ».

Cependant, ils n'ont pas manqué de soulever les limites d'un tel projet :

- Les patients en soins palliatifs qui posent des problèmes au domicile ne sont pas forcément suivis au CAL : « c'est un service qui devrait se développer, exister ailleurs, pas seulement au CAL ».
- Ils ont exprimé leur besoin d'une grande réactivité, or les horaires d'ouverture du secrétariat téléphonique du service sont parfois décalés avec la pratique des médecins libéraux.
- Les patients en fin de vie avancée sont souvent les plus complexes à prendre en charge et parfois difficilement transportables. Une orientation en HDJ-DISSPO semble inadaptée pour eux.

### **3.4 Critère de jugement principal : Les médecins ayant eu recours à l'HDJ-DISSPO**

#### **3.4.1 Données générales**

La phase d'inclusion des médecins généralistes ayant recours à l'HDJ-DISSPO s'est étendue du 01/11/2019 au 29/05/2020, soit sept mois. L'étude était initialement prévue pour une durée de six mois soit jusqu'au 30/04/2020 mais la fermeture de l'HDJ-DISSPO pendant six semaines à la suite de la crise sanitaire du Covid 19 nous a contraints à prolonger la période de recrutement.

Au total :

- 12 médecins différents ont eu recours à l'HDJ-DISSPO pour 14 patients différents (2 médecins ont eu 2 fois recours à l'HDJ-DISSPO pour 2 patients différents).
- 4 médecins différents ont sollicité un avis téléphonique (1 médecin a sollicité 2 fois un avis pour 2 patients différents)
- 9 médecins différents ont adressé au moins un patient en HDJ-DISSPO (1 médecin ayant adressé 2 patients différents)

A noter qu'un médecin a sollicité un avis téléphonique puis a adressé le patient en HDJ-DISSPO dans un second temps (2 recours pour le même médecin et pour le même patient).

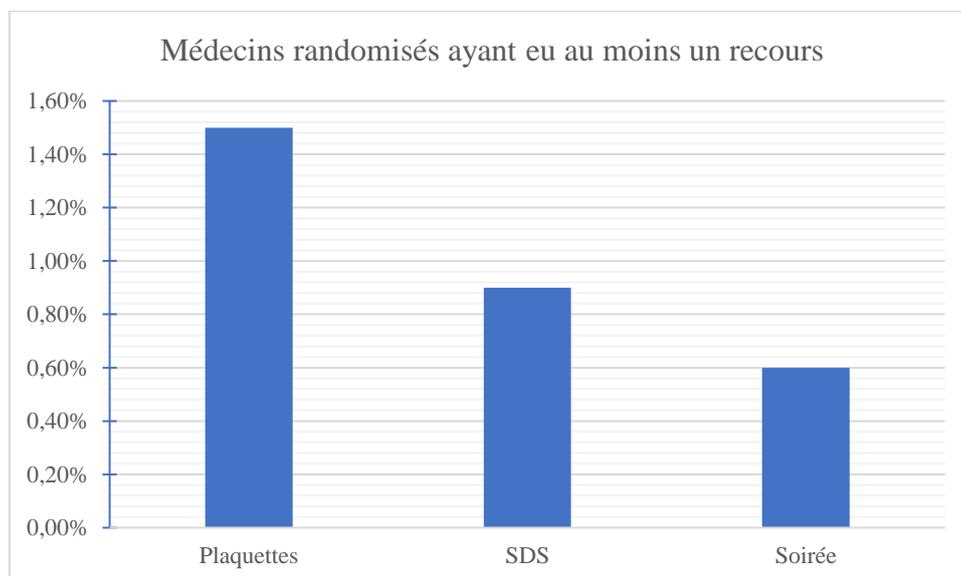
### 3.4.2 Médecins ayant eu recours à l'HDJ-DISSPO en fonction de leur bras de randomisation

Conseils téléphoniques : les médecins du bras SDS n'ont statistiquement pas sollicité plus de conseil téléphonique (0,3 % du bras ; n = 1) que ceux du bras soirée classique (0 % du bras) ou ceux du bras plaquette (0,9 % du bras ; n = 3 ; un médecin ayant sollicité 2 conseils téléphoniques) (p = 0,184).

Patients adressés directement en HDJ-DISSPO : les médecins du bras SDS n'ont statistiquement pas adressé plus de patients en HDJ-DISSPO (0,6 % du bras ; n = 2) que ceux du bras soirée classique (0,6 % du bras ; n = 2 ; un médecin ayant adressé 2 patients) ou ceux du bras plaquette (0,9 % du bras ; n = 3) (p = 0,710).

Recours totaux au DISSPO (conseils téléphoniques + patients adressés directement) : **les médecins du bras SDS n'ont pas eu statistiquement plus recours au DISSPO (0,9 % ; n = 3) que ceux du bras soirée classique (0,6 % ; n = 2 ; 1 médecin ayant eu 2 recours) ou ceux du bras plaquette (1,5 % ; n = 5 ; 2 médecins ayant eu 2 recours) (p = 0,452).**

	Randomisation			Total
	PLAQUETTES	SDS	SOIREE	
Recours (>=1)	5	3	2	10
	1,5%	,9%	,6%	1,0%
Total	324	325	325	974



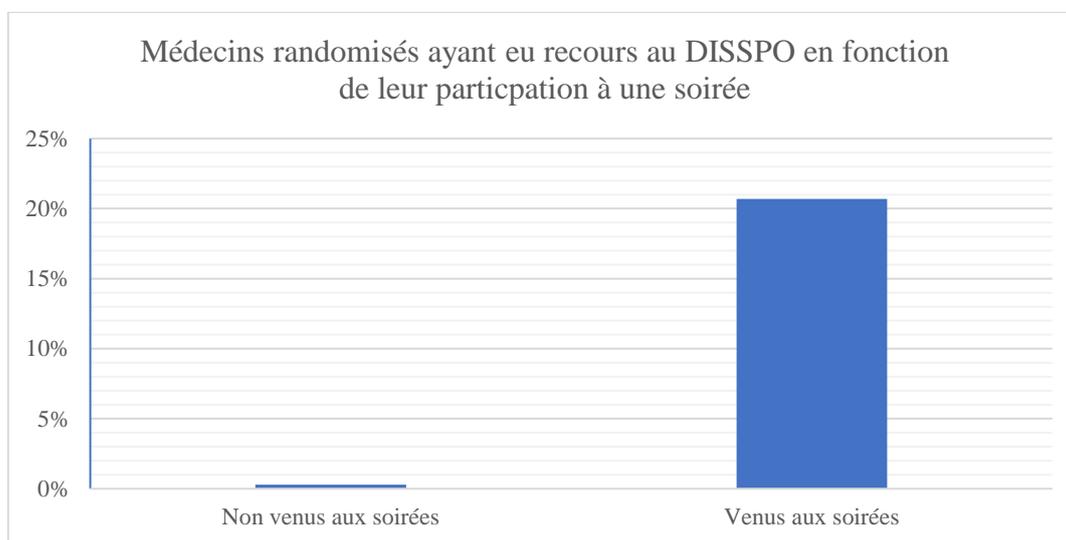
### 3.4.3 Médecins ayant eu recours à l'HDJ-DISSPO en fonction de leur participation effective à une soirée de formation (SDS ou soirée classique) dans la population de médecins randomisés

Conseils téléphoniques : les médecins ayant participé à une soirée de formation ont statistiquement sollicité plus de conseils téléphoniques (5,9 % ; n = 2 ; 1 médecin ayant sollicité 2 conseils téléphoniques) que ceux n'y ayant pas assisté (0,2 % ; n = 2) (p = 0,007).

Patients adressés directement en HDJ-DISSPO : les médecins ayant participé à une soirée de formation ont statistiquement adressé plus de patients en HDJ-DISSPO (14,7 % ; n = 5 ; 1 médecin ayant adressé 2 patients) que ceux n'y ayant pas assisté (0,2 % ; n = 2) (p < 0,001).

Recours totaux au DISSPO (conseils téléphoniques + patients adressés directement) : **les médecins ayant assisté à une soirée de formation ont eu statistiquement plus recours au DISSPO (20,6 % ; n = 7 ; 2 médecins ayant eu 2 recours au DISSPO) que ceux n'y ayant pas assisté (0,3 % ; n = 3 ; 1 médecin ayant eu 2 recours au DISSPO) (p < 0,001).**

	Venue (SDS ou soirée)		Total
	Non	Oui	
Recours (>=1)	3	7	10
	,3%	20,6%	1,0%
Total	940	34	974



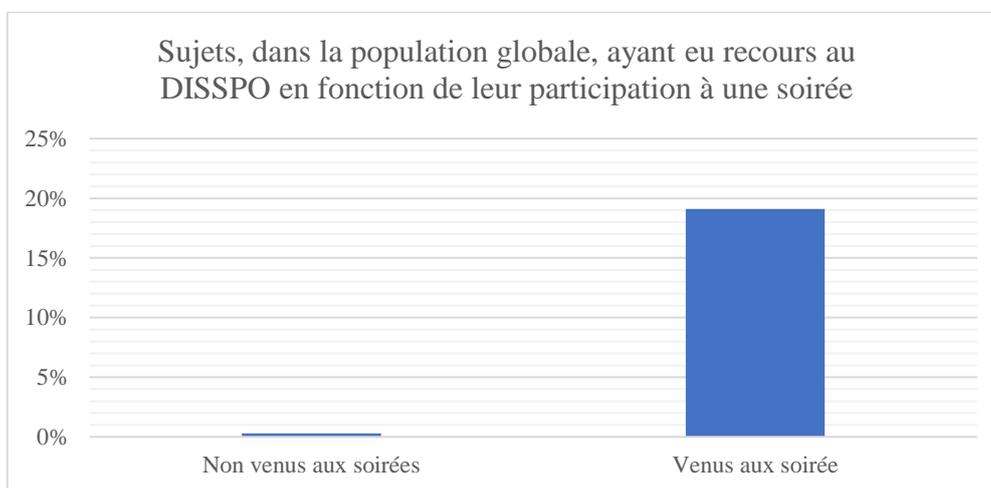
### 3.4.4 Sujets ayant eu recours à l'HDJ-DISSPO en fonction de leur participation effective à une soirée de formation (SDS ou soirée classique) dans la population totale

Conseils téléphoniques : les sujets ayant participé à une soirée de formation ont statistiquement sollicité plus de conseils téléphoniques (4,2 % ; n = 2 ; 1 médecin ayant sollicité 2 conseils téléphoniques) que ceux n'y ayant pas assisté (0,2 % ; n = 2) (p = 0,013).

Patients adressés directement en HDJ-DISSPO : les sujets ayant participé à une soirée de formation ont statistiquement adressé plus de patients en HDJ-DISSPO (14,9 % ; n = 7 ; 1 médecin ayant adressé 2 patients) que ceux n'y ayant pas assisté (0,2 % ; n = 2) (p < 0,001).

Recours totaux au DISSPO (conseils téléphoniques + patients adressés directement) : les sujets ayant participé à une soirée de formation ont statistiquement eu plus recours au DISSPO (19,1 % ; n = 9 ; 2 médecins ayant eu 2 recours au DISSPO) que ceux n'y ayant pas assisté (0,3 % ; n = 3 ; 1 médecin ayant eu 2 recours au DISSPO) (p < 0,001).

	Venue (SDS ou soirée)		Total
	Non	Oui	
Recours (>=1)	3	9	12
	,3%	19,1%	1,2%
Total	940	47	987



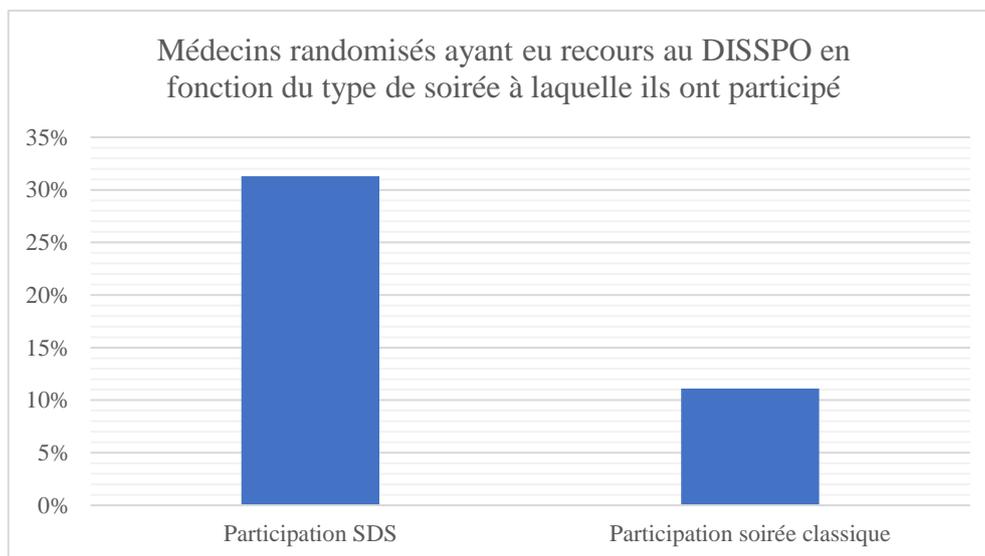
**3.4.5 Médecins ayant eu recours à l'HDJ-DISSPO en fonction du type de soirée à laquelle ils ont effectivement participé (SDS ou soirée classique) chez les médecins randomisés (médecins n'ayant pas participé aux soirées exclus)**

Conseils téléphoniques : les médecins ayant participé aux SDS n'ont pas statistiquement sollicité plus de conseils téléphoniques (12,5 % ; n = 2 ; 1 médecin ayant sollicité 2 conseils) que ceux ayant participé aux soirées classiques (0 % ; n = 0) (p = 0,214).

Patients adressés directement en HDJ-DISSPO : les médecins ayant participé aux SDS n'ont pas statistiquement adressé plus de patients en HDJ-DISSPO (18,8 % ; n = 3) que ceux ayant participé aux soirées classiques (11,1 % ; n = 2 ; 1 médecin ayant adressé 2 patients) (p = 0,323).

Recours totaux au DISSPO (conseils téléphoniques + patients adressés directement) : **les médecins ayant participé aux SDS n'ont pas statistiquement eu plus recours au DISSPO (31,3 % ; n = 5, 1 médecin ayant eu 2 recours) que ceux ayant participé aux soirées classiques (11,1 % ; n = 2 ; 1 médecin ayant eu 2 recours) (p = 0,214).**

	Venue		Total
	SDS	SOIREE	
Recours (>=1)	5	2	7
	31,3%	11,1%	20,6%
Total	16	18	34



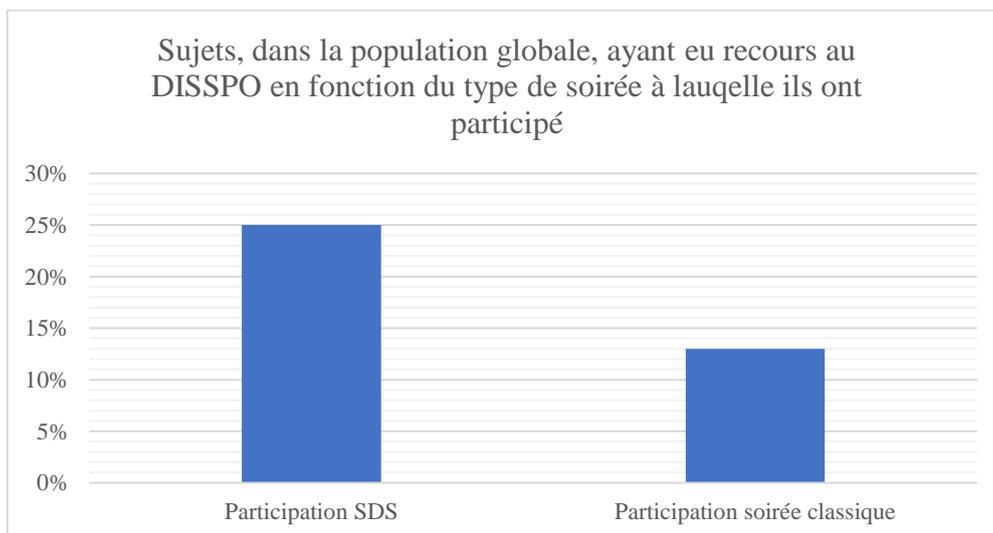
**3.4.6 Sujets ayant eu recours à l'HDJ-DISSPO en fonction du type de soirée à laquelle ils ont effectivement participé (SDS ou soirée classique) chez tous les participants aux soirées (médecins n'ayant pas participé aux soirées exclus)**

Conseils téléphoniques : les sujets ayant participé aux SDS n'ont pas statistiquement sollicité plus de conseils téléphoniques (8,4 % ; n = 2 ; 1 médecin ayant sollicité 2 conseils) que ceux ayant participé aux soirées classiques (0 % ; n = 0) (p = 1).

Patients adressés directement en HDJ-DISSPO : les sujets ayant participé aux SDS n'ont pas statistiquement adressé plus de patients en HDJ-DISSPO (16,7 % ; n = 4) que ceux ayant participé aux soirées classiques (13 % ; n = 3 ; 1 médecin ayant adressé 2 patients) (p = 0,666).

Recours totaux au DISSPO (conseils téléphoniques + patients adressés directement) : **les sujets ayant participé aux SDS n'ont pas statistiquement eu plus recours au DISSPO (25 % ; n = 6, 1 médecin ayant eu 2 recours) que ceux ayant participé aux soirées classiques (13 % ; n = 3 ; 1 médecin ayant eu 2 recours) (p = 0,461).**

	Venue		Total
	SDS	SOIREE	
Recours (>=1)	6	3	9
	25,0%	13,0%	19,1%
Total	24	23	47



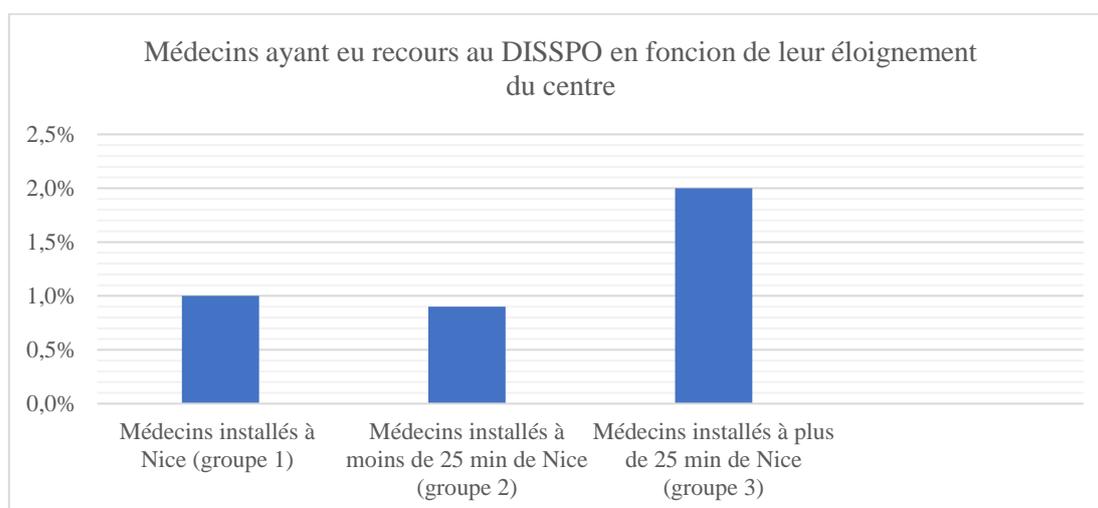
### 3.4.7 Médecins ayant eu recours à l'HDJ-DISSPO en fonction de leur groupe de stratification

Conseils téléphoniques : les médecins installés à Nice n'ont statistiquement pas plus sollicité de conseils téléphoniques (0 % ; n = 0) que ceux installés à moins de 25 minutes de Nice (0,75 % ; n = 4 ; 1 médecin ayant sollicité 2 conseils) ou ceux installés à plus de 25 minutes de Nice (0 % ; n = 0) ( $p = 0,408$ ).

Patients adressés directement en HDJ-DISSPO : les médecins installés à Nice n'ont statistiquement pas plus adressé de patients en HDJ-DISSPO (1 % ; n = 4 ; un médecin ayant adressé 2 patients) que ceux installés à moins de 25 minutes de Nice (0,4 % ; n = 2) ou ceux installés à plus de 25 minutes de Nice (2 % ; n = 1) ( $p = 0,228$ ).

Recours totaux au DISSPO (conseils téléphoniques + patients adressés directement) : **les médecins installés à Nice n'ont pas eu statistiquement plus recours au DISSPO** (1 % ; n = 4 ; un médecin ayant eu 2 recours) **que ceux installés à moins de 25 minutes de Nice** (0,9 % ; n=5 ; 2 médecins ayant eu 2 recours) **ou ceux installés à plus de 25 minutes de Nice** (2 % ; n = 1) ( $p = 0,609$ ).

	GROUPE			Total
	Nice	Hors Nice < 25 minutes d'un service de soins palliatifs	Hors Nice > 25 minutes	
Recours (>=1)	4	5	1	10
	1,0%	,9%	2,0%	1,0%
Total	388	536	50	974



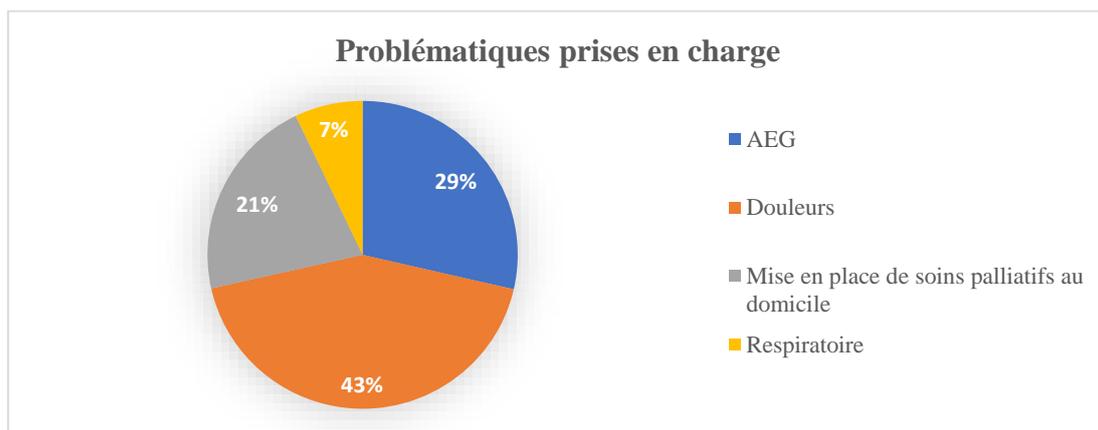
### 3.5 Descriptif des recours

Les médecins ont eu recours à l'HDJ-DISSPO pour 14 patients différents. La prise en charge proposée par le service a été répartie de la façon suivante : 4 conseils téléphoniques, 9 hospitalisations en HDJ DISSPO et 1 conseil téléphonique suivi dans les 24 heures d'une hospitalisation en HDJ DISSPO.

#### 3.5.1 Problématiques des patients pris en charge

Les problématiques principales présentées par les patients étaient :

- la douleur (n = 6),
- une altération de l'état général (AEG) (n = 4),
- la nécessité d'une mise en place globale de soins palliatifs au domicile (n = 3),
- une dyspnée (n = 1).

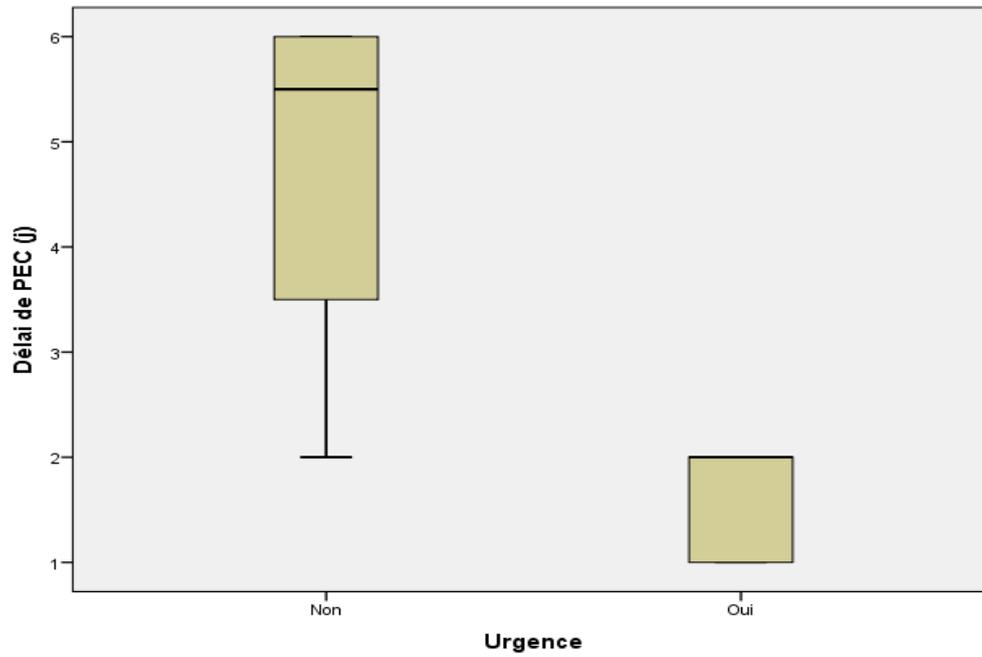


#### 3.5.2 Prises en charge proposées par le service et délais

En ce qui concerne les conseils téléphoniques, les réponses du DISSPO ont été :

- une hospitalisation en service de médecine du CAL immédiate (n = 2),
- un transfert aux urgences immédiat (n = 1),
- un conseil médical simple sans transfert du patient dans le service (n = 1)
- un conseil médical immédiat suivi d'un transfert du patient en HDJ-DISSPO dans un délai < 24h (n = 1).

Parmi les 9 patients adressés directement en HDJ, 5 présentaient une problématique considérée comme urgente par le médecin adressant. **Le délai moyen pour une prise en charge au DISSPO était significativement raccourci lorsque la demande était urgente (1,60 j vs 4,75 j ; p[Mann-Whitney] = 0.028).**



### 3.5.3 Devenir des patients et survie

Parmi les 10 patients ayant été pris en charge dans le service d'HDJ-DISSPO au moins une fois, 9 ont pu rentrer au domicile le jour même et un seul a dû être hospitalisé dans un service de médecine du CAL.

Chez 4 de ces patients un suivi régulier en HDJ-DISSPO a été instauré, 6 ne sont jamais revenus ou sont décédés rapidement.

La médiane de survie a été estimée pour 13 patients (1 patient ayant été complètement perdu de vue). A la fin de l'étude elle était de 35 jours et n'était pas modifiée par le caractère urgent du recours (p[log-rank] = 0.483). 5 patients n'étaient pas décédés au 29/05/2020.

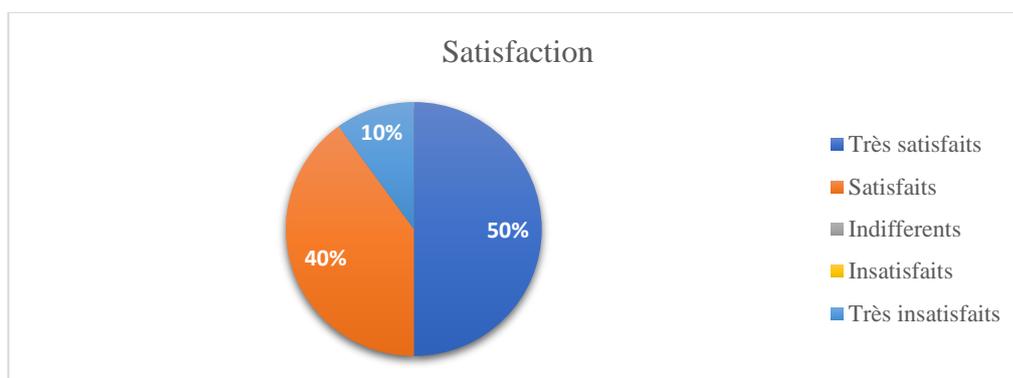
## 3.6 Qualitatif fin d'étude

Un questionnaire de fin d'étude envoyé à tous les sujets ayant participé nous a permis d'évaluer notre pratique auprès des acteurs de soins primaires. Les réponses étaient anonymes. Nous avons eu au total 51 retours de questionnaires.

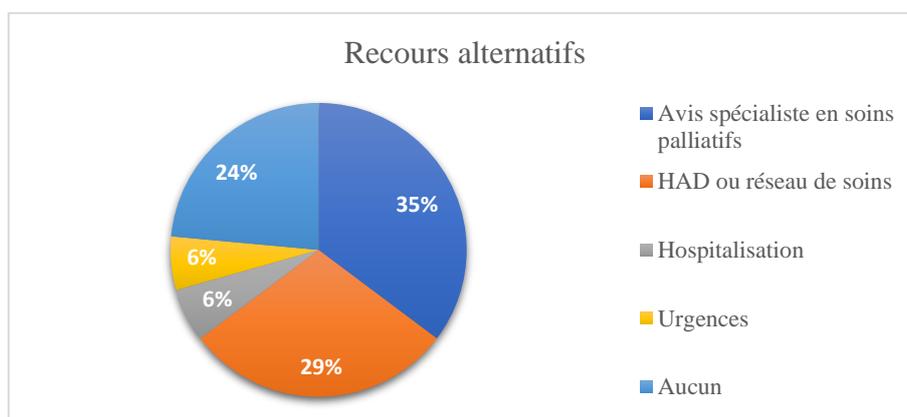
### 3.6.1 Médecins ayant eu recours à l'HDJ DISSPO au cours de l'étude

Parmi les retours de questionnaires, 11 médecins disaient avoir eu recours à notre service au cours de l'étude sur les 12 médecins différents ayant effectivement eu recours au service.

5 médecins se disaient « très satisfaits » du service rendu et 4 se disaient « satisfaits ». 1 médecin se disait « très insatisfait ». Il précisait n'avoir pas réussi à joindre le service en urgence, au moment où il en avait besoin. (1 médecin n'a pas répondu à cette partie du questionnaire). Cependant, **tous disaient qu'ils seraient prêts à réutiliser ce recours si besoin (n = 11).**

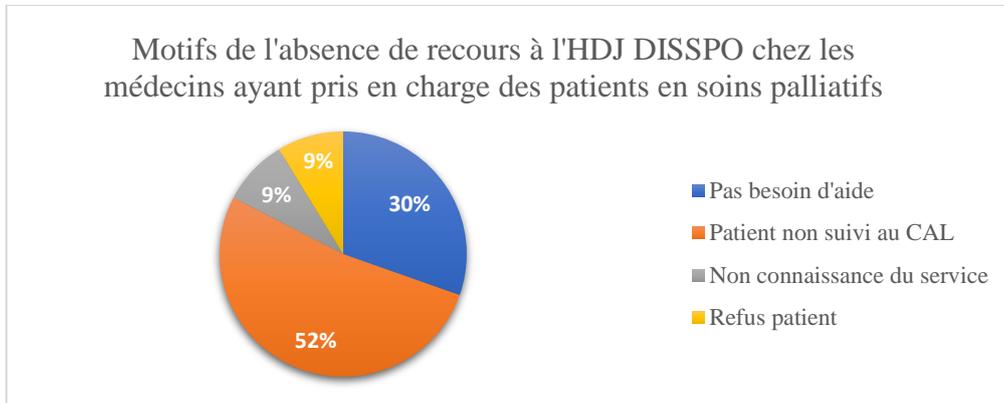


Quand on leur demandait à quel recours ils auraient fait appel s'ils n'avaient pas pu contacter le service d'HDJ-DISSPO, on obtenait des réponses assez hétérogènes ne permettant pas de conclure de façon évidente que le recours à l'HDJ-DISSPO avait significativement évité des hospitalisations ou des recours aux urgences.



### 3.6.2 Recours alternatifs au DISSPO

60,8 % des médecins (n = 31) disaient avoir pris en charge des patients en soins palliatifs au domicile au cours des six derniers mois. Quand on les interrogeait sur les raisons pour lesquelles ils n'avaient pas eu recours à l'HDJ-DISSPO, les réponses étaient les suivantes :

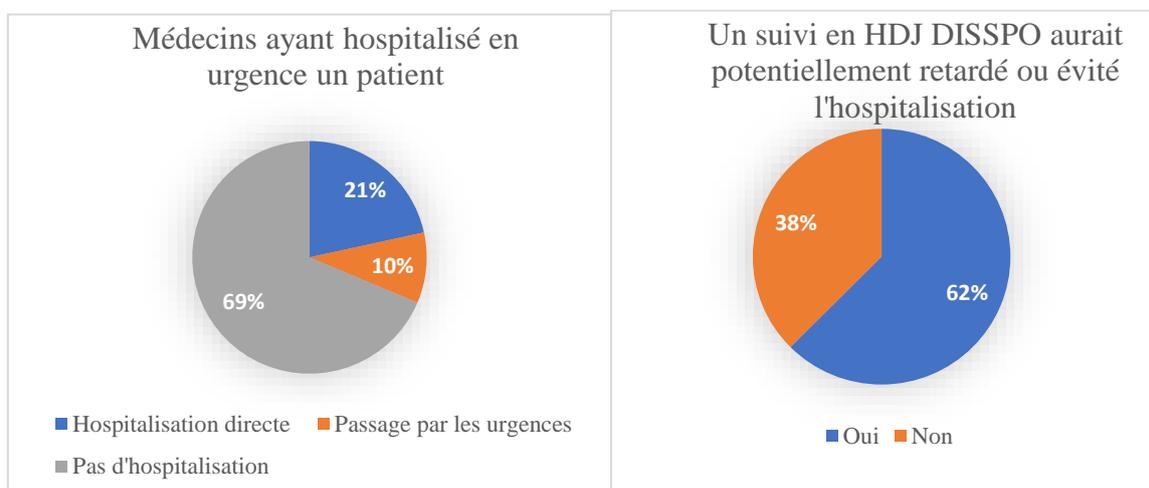


On remarque que dans plus de la moitié des cas, les patients n'étaient pas suivis au CAL, donc ne pouvaient pas être adressés dans le service. Par ailleurs, moins d'un tiers des médecins disaient ne pas avoir eu besoin d'un recours extérieur.

### 3.6.3 Recours aux urgences et hospitalisations évitées

16 médecins sur 51 soit 31,4 % des médecins ayant répondu disaient avoir été obligés d'hospitaliser en urgence un patient en phase palliative, au cours des 6 derniers mois. Soit par une entrée directe dans un service (n = 11) soit en passant par un service d'urgence (n = 5).

A la question « un suivi régulier en HDJ-DISSPO aurait-il pu éviter ou retarder cette hospitalisation ? » 62,5 % ont répondu « oui » (n = 10) et 37,5 % ont répondu « non » (n = 6).



### 3.6.4 Utilité du DISSPO dans la pratique des médecins généralistes

Enfin, à la question « Pensez-vous que le recours à l'HDJ-DISSPO pour vos patients en soins palliatifs puisse être utile à votre pratique ? », **96,1 % des médecins ont répondu « oui »**, soit 49 médecins sur 51.

## 3.7 Principaux résultats statistiques de l'étude

Critère de jugement principal	
Il n'y a pas eu de différence statistique du nombre de médecins ayant eu recours au DISSPO entre le bras SDS, le bras soirée classique ou le bras plaquette.	p = 0,452

Critères de jugement secondaires	
<b>Les médecins ayant participé à une soirée (SDS ou classique) ont eu plus recours au DISSPO parmi les médecins randomisés.</b>	<b>p &lt; 0,001</b>
<b>Les sujets ayant participé à une soirée (SDS ou classique) ont eu plus recours au DISSPO parmi la population totale de l'étude.</b>	<b>p &lt; 0,001</b>
<b>Les médecins ayant reçu une invitation (bras SDS ou bras soirées classique) ont plus participé aux soirées.</b>	<b>p = 0,023</b>
<b>Le délai moyen de prise en charge du patient au DISSPO était statistiquement diminué lorsque la demande était considérée urgente.</b>	<b>p = 0,028</b>
Il n'y a pas eu de différence statistique du nombre de médecins ayant recours au DISSPO en fonction du type de soirée à laquelle ils avaient participé (SDS ou soirée classique) dans la population des médecins randomisés.	p = 0,214
Il n'y a pas eu de différence statistique du nombre de sujets ayant recours au DISSPO en fonction du type de soirée à laquelle ils avaient participé (SDS ou soirée classique) dans la population totale de l'étude.	p = 0,461
L'éloignement des médecins du centre n'a pas modifié leur participation aux soirées.	p = 0,956
L'éloignement des médecins du centre n'a pas modifié leur nombre de recours au DISSPO.	p = 0,609

## 4 DISCUSSION

### 4.1 Forces et faiblesses de l'étude

#### 4.1.1 Points forts méthodologiques

##### 4.1.1.1 *Un dispositif innovant*

L'originalité principale de notre étude réside dans la création d'un recours en urgence en soins palliatifs dans un service adapté et compétent. Une étude réalisée aux urgences du CHU de Nantes sur les patients atteints d'un cancer admis aux urgences indiquait que dans la majorité des cas, ils étaient adressés par leur médecin traitant, du fait d'un déficit de prise en charge à domicile lié à un recours insuffisant au réseau ville-hôpital (21). Notre démarche correspond donc à la fois à une demande exprimée par les médecins généralistes, mais également à un besoin du système de soins afin d'éviter des passages aux urgences inutiles et délétères pour le patient.

D'autre part, il s'agit d'une démarche innovante dans les centres de lutte contre le cancer (CLCC). En effet, nous avons interrogé la plupart des dix-huit CLCC en France. Les hôpitaux de jour de soins de support sont en cours de structuration dans de nombreux centres. Cependant, la très grande majorité ne dispose pas d'un dispositif similaire permettant un lien direct et rapide entre les médecins généralistes traitant et le service.

##### 4.1.1.2 *Un angle d'analyse original*

Nous avons pris le parti d'évaluer l'efficacité de notre dispositif en fonction de la méthode de communication et de la pédagogie utilisée auprès des médecins généralistes pour les informer. Cela nous semblait intéressant afin d'optimiser notre communication à l'avenir avec les médecins généralistes, quel que soit le sujet.

##### 4.1.1.3 *Une large population d'étude*

La très large population d'étude incluse constitue une force importante de l'étude. En effet, nous avons sollicité l'ensemble des médecins généralistes installés dans le département des Alpes-Maritimes afin d'avoir le panel le plus complet et le plus représentatif des différents modes d'exercices existants. Nous avons reçu 190 refus de participer à l'étude soit 16,3% des médecins sollicités.

Les principaux motifs des refus étaient : les médecins ayant cessé définitivement leur activité à partir de 2018 (retraite), les médecins généralistes exerçant une spécialité (homéopathie, nutrition, médecine sportive ou esthétique) n'entraînant pas la prise en charge de patients en soins palliatifs, un choix personnel de ne pas prendre en charge des patients en soins palliatifs.

#### *4.1.1.4 Des bras multiples avec des formations diversifiées et adaptées*

Nous avons réalisé deux bras contrôles et un bras expérimental afin de limiter tout biais d'évaluation et augmenter l'attractivité de notre étude. En effet, en multipliant et en diversifiant les modes d'information, nous espérions augmenter l'impact sur les participants. Par ailleurs, nous avons proposé plusieurs dates pour chaque soirée, des soirs de semaine différents et en des lieux différents du département afin de nous adapter au mieux aux contraintes des médecins.

#### *4.1.1.5 Une collaboration scientifique*

Enfin, cette étude a fait l'objet d'une collaboration constructive avec l'INSERM et l'université Aix-Marseille : le Pr J. MANCINI a traité l'intégralité des données recueillies et produit les statistiques présentées. Le Dr A. SARRADON-ECK a contribué à la réalisation du protocole de l'étude.

### **4.1.2 Les faiblesses de l'étude**

#### *4.1.2.1 Une démarche parfois mal interprétée*

Le recueil de l'accord des médecins généralistes pour participer à l'étude a été réalisé par une non-opposition (et non par un consentement explicite) selon les pratiques en recherche clinique encadrés par le code de santé publique (22). Cette démarche a fait l'objet de méfiance et d'incompréhension de la part d'une minorité de médecins : ils nous ont fait part de leur mécontentement en nous reprochant de forcer la participation à l'étude. La lettre de relance envoyée à tous les médecins invités aux soirées les incitant à s'inscrire a été l'occasion de clarifier notre démarche. Une meilleure communication aurait peut-être pu éviter cet écueil.

#### *4.1.2.2 Une faible puissance*

La faible puissance de notre étude constitue une limite majeure. En effet, nous avons eu un faible nombre de médecins participant aux soirées et un faible nombre de recours au DISSPO au cours de la période d'étude :

Nous avons eu des difficultés à mobiliser les médecins généralistes pour participer à nos soirées et ce, malgré une lettre de relance, la mobilisation de plusieurs réseaux et canaux de communication, la multiplication des lieux et des dates de formation, un cadre agréable et le dédommagement financier des participants aux soirées de formation. Seulement 3,5 % de l'ensemble des médecins de l'étude ont participé aux soirées de formation et 4,6 % des médecins ayant reçu une invitation (SDS ou soirée classique). Ceci pourrait en partie s'expliquer par le thème de ces soirées de formation. Dans le rapport de 2008 de l'IGAS sur la formation médicale continue et l'évaluation des pratiques professionnelles des médecins, il est mentionné un nombre important de thèmes abordés par les FMC (44 en 2007). Cependant, les médecins ont privilégié un nombre restreint de sujets : les 3/4 des journées de formation ont porté sur 12 thèmes, dans lesquels les soins palliatifs n'apparaissaient pas (23). D'autre part, dans la thèse de médecine de M.GEERAERT de l'université de Lorraine évaluant les différents modes de formation des médecins généralistes, les freins principaux évoqués à la formation présentielle étaient le manque de temps et les difficultés à s'absenter du cabinet médical (24).

Par ailleurs, peu de médecins ont eu recours au DISSPO au cours des 7 mois d'étude (12 médecins différents pour 14 recours seulement). Nous avons initialement prévu d'accueillir plusieurs patients en urgence par semaine en dédiant des créneaux d'accueil spécifiques. La crise sanitaire liée à la pandémie de Covid 19 et la période de confinement peuvent en partie expliquer ces chiffres de recours peu élevés. Mais il convient d'envisager d'autres causes que nous aborderons plus loin dans la discussion.

#### *4.1.2.3 Evaluation d'un critère de jugement secondaire par un questionnaire non validé*

Le critère de jugement secondaire visant à évaluer le nombre d'hospitalisations ou de recours aux services d'urgence évités a été mesuré grâce à un questionnaire envoyé aux médecins généralistes à la fin de l'étude. Les questionnaires auto-déclarés sont une méthode valide de collecte de données sur l'utilisation des ressources de santé (25). Cependant, nous n'avons trouvé aucun questionnaire validé à destination des médecins. Nous avons donc dû créer un questionnaire de toute pièce, non validé (cf. annexe 6), dont l'interprétation comporte probablement plusieurs limites.

#### 4.1.2.4 *Biais de désirabilité sociale*

Notre questionnaire de satisfaction de fin de soirée et notre questionnaire de fin d'étude ont probablement été impactés par ce biais. En effet, les médecins ayant répondu à nos questionnaires ont pu, inconsciemment, répondre de façon plus favorable. Ceux d'autant plus que nous avons créé une interaction sociale lors de nos échanges au cours des soirées de formation. Nous avons tablé sur le fait que l'anonymat des réponses réduirait ce biais.

## 4.2 Les soins palliatifs

### 4.2.1 La pratiques des soins palliatifs par les médecins généralistes

#### 4.2.1.1 *Les médecins généralistes acteurs des soins palliatifs*

En France, les autorités de santé reconnaissent le médecin généraliste comme pivot du système de soins et la mutation de ce système nécessite une véritable stratégie de développement des soins de santé primaires (26). La pratique des soins palliatifs fait partie intégrante de l'activité professionnelle des médecins généralistes de famille selon la définition européenne du rôle du médecin généraliste comme dans la loi française (27) (28). Les données recueillies dans notre étude vont dans ce sens puisque 60,8% des médecins interrogés au bout de sept mois, disent avoir pris en charge des patients en soins palliatifs au domicile pendant cette période.

#### 4.2.1.2 *Un besoin d'accompagnement des médecins généralistes confirmé*

Le besoin d'aide et d'accompagnement des médecins généralistes dans la pratique des soins palliatifs au domicile ressort dans notre étude puisque moins d'un tiers d'entre eux (30 %) disent ne pas avoir eu besoin de recours extérieur lors de la réalisation de ces soins. Ces résultats vont dans le sens des nombreux travaux réalisés sur le sujet auprès des médecins généralistes de toute la France qui montrent qu'ils se sentent isolés dans la pratique de ces soins de fin de vie et aimeraient plus de soutiens externes (29) (9) (10) (8) (11) (30). Ce manque d'encadrement dans la pratique de ces soins est d'ailleurs exprimé très tôt dans le cursus des médecins généralistes : dans le travail de thèse réalisé par A. MARREC en 2018 dont le but était d'évaluer les besoins en formation en soins palliatifs des internes de médecine générale, les internes interrogés étaient unanimes sur le manque et/ou l'inadéquation entre la formation et les besoins en pratique ambulatoire (31).

D'autre part, plus de la moitié des médecins ayant répondu au questionnaire n'ont pas eu recours au DISSPO car leur patient n'était pas suivi au CAL. Ceci semble confirmer la nécessité de développer notre procédure de recours d'urgence, et peut être de l'élargir pour des patients extérieurs au centre, afin de répondre au mieux aux besoins des professionnels de soins primaires, et donc, finalement, d'améliorer la qualité de fin de vie des patients. Cette demande a d'ailleurs été exprimée à plusieurs reprises par les médecins généralistes lors des échanges libres en fin de soirée.

De façon générale, le maintien de notre dispositif d'accueil en urgence est encouragé puisque 49 médecins sur 51 disent que le recours au DISSPO pour leurs patients en phase palliative peut être utile à leur pratique.

#### *4.2.1.3 Une disponibilité indispensable*

Les échanges libres avec les participants aux soirées ont révélé, dès le début de l'étude, une limite bien identifiée à notre dispositif : les médecins ont besoin d'un recours joignable rapidement et extrêmement réactif. Or, les horaires pour joindre le DISSPO sont dépendantes des horaires du secrétariat. Selon une enquête parue dans la revue française des affaires sociales en 2011 réalisée auprès de 2000 médecins généralistes libéraux en France représentatifs de la population générale des médecins généralistes, une journée de travail ordinaire dure en moyenne 11 heures et 6 minutes (32). Par ailleurs, 18% des consultations urgentes se déroulent en dehors des horaires d'ouverture du cabinet (33). On comprend ainsi le décalage entre un service joignable aux heures ouvrées et les horaires réels qui seraient nécessaires pour répondre au plus vite aux besoins des médecins généralistes. D'ailleurs, dans le questionnaire de fin d'étude, un médecin s'est dit « très insatisfait » du service rendu par l'HDJ DISSPO puisqu'il n'a pas réussi à joindre le service en urgence, lorsqu'il en avait le plus besoin.

## **4.2.2 Les apports de notre dispositif sur la pratique clinique**

### *4.2.2.1 Une démarche appréciée*

L'organisation et le déroulement des soirées de formation semblent avoir été appréciés par la grande majorité des participants puisque le questionnaire de satisfaction de fin de soirée révèle un taux de satisfaction global de 95 % (74 % sont « très satisfaits » et 21 % « satisfaits ») pour les SDS et 97,9 % (80,5 % sont « très satisfaits » et 17,4 % « satisfaits ») pour les soirées classiques.

De même, la prise en charge proposée par le DISSPO pour les patients en soins palliatifs semble satisfaire les médecins généralistes qui nous les adressent : 10 médecins sur 11 se disent « très satisfaits » ou « satisfaits » de la prise en charge proposée et tous disent qu'ils réutiliseraient ce recours si besoin.

#### *4.2.2.2 Un vrai recours d'urgence créé*

Les résultats montrent que nous avons effectivement été capables de créer un réel recours en urgence en soins palliatifs : les délais de prise en charge étaient significativement plus courts lorsque la demande était urgente avec un délai moyen inférieur à 48 heures (1,6 jours). Ce délai correspond aux attentes des médecins, exprimées lors des soirées de formation et est conforme à notre cahier des charges réalisé lors de la création de ce recours.

#### *4.2.2.3 Hospitalisations et transferts aux urgences de patients en soins palliatifs*

Une revue de la littérature sur l'agressivité des soins contre le cancer en fin de vie publiée en 2007 dans « Journal of Clinical Oncology », considérait que les hospitalisations de patients dans les derniers jours de vie était un indicateur de mauvaise qualité des soins (6).

Concernant notre étude, les résultats sont mitigés à propos des hospitalisations de patients en soins palliatifs ou des transferts aux urgences évités. En effet, un tiers des médecins ayant répondu au questionnaire a eu besoin de faire hospitaliser directement un patient en phase palliative au cours des sept mois de l'étude (n = 16). Un peu moins des deux tiers de ces hospitalisations auraient pu être évités par un suivi régulier au DISSPO, selon les déclarations de leur médecin traitant (n = 10). Il est encourageant de voir que le dispositif d'urgence mis en place par l'HDJ-DISSPO aurait potentiellement pu éviter l'hospitalisation complète de dix patients en fin de vie. Mais ces résultats sont à prendre avec modération : il ne s'agit en effet que de résultats issus d'un questionnaire auto-déclaré dont nous avons vu les limites précédemment (cf. faiblesses de l'étude). D'ailleurs, seulement deux médecins sur onze ayant effectivement eu recours au DISSPO et ayant répondu au questionnaire disent qu'ils auraient transféré leur patient aux urgences ou vers un service d'hospitalisation traditionnel s'ils n'avaient pas pu avoir recours au DISSPO.

#### 4.2.2.4 *L'éloignement du centre ne modifie pas les pratiques*

Afin d'éviter un biais de confusion causé par l'éloignement géographique des médecins du centre Antoine Lacassagne, nous avons effectué une stratification en fonction de l'éloignement, selon des données précises, validées par l'INSEE.

Nous n'avons pas prouvé statistiquement l'intérêt de notre stratification en fonction de l'éloignement du centre. En effet les médecins installés à plus de 25 minutes du centre ne se sont proportionnellement pas moins déplacés pour assister aux soirées. Ils n'ont pas non plus eu moins recours au DISSPO que les médecins installés à Nice ou à moins de 25 minutes de Nice. Cette absence de différence significative semble cohérente avec les données de la littérature sur le sujet (34) (35). Dans le rapport de l'IRDES d'octobre 2016, pour 40 % des séjours, le patient n'avait pas recouru au service hospitalier le plus proche mais ce taux variait selon la spécialité étudiée (les soins palliatifs n'avaient pas été spécifiquement étudiés). On voit ainsi que l'éloignement n'est pas un frein lorsqu'il s'agit de recours médicaux spécialisés.

### **4.3 La méthode pédagogique**

#### **4.3.1 Une formation médicale continue indispensable et en évolution**

L'incertitude est une composante importante de la médecine, et particulièrement de la médecine générale qui demande une exhaustivité des savoirs encore plus prononcée que n'importe quelles autres spécialités. De ce fait, la formation médicale continue est un outil indispensable aux généralistes pour réduire cette incertitude (36). Il s'agit d'ailleurs d'une obligation déontologique (37) et légale prévue dans la loi française (38).

Le rapport de 2008 de l'IGAS sur la formation médicale continue et l'évaluation des pratiques professionnelles des médecins, montre que la formation continue, dès lors qu'elle emprunte des formes pédagogiques didactiques traditionnelles, a peu d'effet direct sur les pratiques. Les modes de formation plus interactifs, plus ancrés dans la pratique effective des médecins, auraient un impact plus prononcé (23).

#### **4.3.2 Les speed dating sessions : une méthode innovante**

Plusieurs études montrent que lorsque les interventions sont interactives, utilisent plusieurs méthodes et sont conçues pour un petit groupe de médecins d'une seule discipline, les pratiques professionnelles peuvent être modifiées. En définitif, les soins de santé s'en trouvent améliorés.

Par ailleurs, ces mêmes études montrent que les séances didactiques, formelles ne semblent pas être efficaces pour modifier la performance des médecins (39) (40) (41).

Dans ce contexte, nous avons voulu proposer un type d'enseignement plus ludique et participatif. Nous nous sommes donc inspirés du travail effectué par l'université de Rennes qui a imaginé un speed dating pédagogique pour favoriser les rencontres interprofessionnelles (15). Ainsi que des travaux de LAPRISE et THIVIERGE publiés en janvier 2012 dans « Journal of Continuing Education in the Health Professions », qui ont montré l'efficacité des speed dating sessions afin d'améliorer les échanges de connaissances et la collaboration entre les professionnels de santé (14).

Nous avons également cherché à rendre ces soirées ludiques en utilisant une technique pédagogique particulière lors d'un des ateliers : la Ludopédagogie. Il s'agit d'une méthode utilisée dans la formation professionnelle consistant à sortir les participants de leur contexte de travail pour leur faire prendre conscience par le jeu d'une notion spécifique. Pour cela, nous avons utilisé le jeu de société « KIPAL », développé par l'équipe mobile de soins palliatifs du centre hospitalier de Vienne et la Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs (20). La dynamique de cet atelier a particulièrement été enrichie par la présence des IDE. Il a également permis d'illustrer les différentes prises en charge proposées selon le lieu d'exercice.

### **4.3.3 Des résultats mitigés**

#### *4.3.3.1 Les résultats statistiques ne montrent pas de différence de recours selon la méthode d'information*

Concernant notre critère de jugement principal, notre étude ne montre pas de différence statistiquement significative de recours à l'HDJ-DISSPO selon les bras de randomisation des médecins, que ce soit pour un conseil téléphonique, une admission en HDJ ou les deux. Ces chiffres s'expliquent de plusieurs manières : Premièrement, il y a eu un faible nombre de médecins participant à nos soirées de formation, donc ayant reçu une information pertinente. Deuxièmement, nous avons eu un faible nombre de recours au DISSPO par rapport à l'intégralité de la population de médecins inclus. Enfin, plusieurs médecins ont participé à une soirée de formation qui n'était pas celle de leur bras initial, comme expliqué dans les résultats. Par exemple, plusieurs médecins du bras plaquette ont quand même reçu une information dispensée lors d'une des soirées et ont donc eu recours au DISSPO par la suite.

#### *4.3.3.2 La participation à une des soirées de formation (SDS ou soirée classique) augmente le nombre de recours au DISSPO*

On observe plus de médecins ayant recours au DISSPO lorsque ceux-ci ont effectivement participé à un des deux types de soirées (tous les  $p$  étant inférieurs à 0,05). Les résultats sont d'ailleurs identiques si on inclut les sujets non randomisés. Ces résultats vont dans le sens des recommandations de l'HAS qui reconnaît les formations présentielles comme une méthode pédagogique adaptée à la formation des adultes et une pratique courante dans le domaine de la santé (42).

#### *4.3.3.3 Absence de preuve statistique d'une efficacité pédagogique supérieure des SDS par rapport aux soirées classiques*

Nous n'avons pas montré de différence statistiquement significative de recours lorsque les médecins avaient participé aux soirées SDS (31,3 %) ou aux soirées classiques (11,1 %) avec  $p = 0,214$ . Il en est de même dans la population de l'ensemble des sujets ayant participé aux soirées (25 % versus 13 %,  $p = 0,461$ ). Cette absence de différence statistique est probablement due à un effectif faible de médecins ayant participé aux soirées. On peut cependant noter que la tendance des statistiques, en valeur absolue, semble favorable aux formations par speed dating sessions.

D'autre part, nous ne pouvons pas conclure que les soirées SDS ont été plus appréciées par les participants que les soirées classiques. Les questionnaires de satisfaction retrouvent des résultats plutôt favorables aux soirées classiques concernant la méthode pédagogique utilisée : 60,9 % de médecins « très satisfaits » et 34,8 % de médecins « satisfaits » pour les SDS contre 78,3 % de médecins « très satisfaits » et 21,7 % de médecins « satisfaits » pour les soirées classiques.

Une des explications que l'on peut avancer est que la pédagogie innovante et participative peut surprendre des participants non habitués. Par ailleurs, les soirées classiques se sont déroulées en petits comités d'une quinzaine de participants. Nous avons pu ainsi créer une ambiance de travail conviviale dans laquelle les échanges et le partage de connaissances étaient également facilités.

## **4.4 Projets en cours de développement**

### **4.4.1 La démarche**

Le fait que les médecins qui ont participé aux soirées de formation s'approprient le recours en soins palliatifs proposé par l'HDJ DISSPO va dans le sens des données de la littérature à propos des besoins d'accompagnement exprimés par les médecins généralistes concernant la prise en charge palliative de leur patient au domicile.

D'autre part, une demande de FMC à destination des médecins généralistes, dispensée par le CAL, concernant les soins palliatifs, a été exprimée à plusieurs reprises lors des échanges libres à la fin des soirées de formation et dans les suggestions libres pour améliorer notre dispositif dans le questionnaire final adressé aux médecins.

Dans ce contexte, des résultats mitigés concernant la supériorité des SDS par rapport aux soirées classiques, ajouté à une mobilisation décevante des médecins pour participer aux soirées nous obligent à repenser la méthode pédagogique en soins palliatifs utilisée par le DISSPO à destination des médecins généralistes libéraux.

### **4.4.2 Développement d'une plateforme de e-learning en soins palliatifs**

Le e-learning a fait les preuves de son efficacité à l'étranger dans de nombreuses études et notamment une méta-analyse faite en 2008, sur la base de 201 publications de plusieurs pays. Par rapport à des interventions présentiels, l'e-learning était toujours aussi efficace que les autres formes d'intervention (mais rarement supérieur) (43).

Une autre étude montrait l'équivalence entre une formation par petits groupes interactifs (mode de formation reconnu comme le plus efficace) et un programme d'e-learning sur l'amélioration des savoirs (44).

Le Centre Antoine Lacassagne a développé depuis quelques années une plateforme pédagogique en ligne nommée ONCOMOOC (45). L'accès est libre mais à inscription obligatoire. La session de septembre 2020 était composée de 9 chapitres abordant des thèmes différents chaque semaine. Plus de 1100 professionnels de santé francophones du monde entier se sont inscrits pour cette session. Fort de cette expérience, un projet de MOOC uniquement dédié aux soins palliatifs est en cours de développement. Il pourrait être intégré au programme de DPC des médecins généralistes afin d'élargir sa visibilité et son attractivité. Sa mise en œuvre et son évaluation pourraient être l'objet d'une nouvelle thèse.

#### **4.4.3 Des ateliers de simulation à destination des futurs médecins généralistes**

Dans sa thèse de médecine générale, A. MARREC de l'université de Nice-Sophia Antipolis, concluait ainsi : « l'amélioration de la formation pratique et théorique des internes permettrait d'optimiser la prise en charge des patients en soins palliatifs et de leur entourage, tout en diminuant leur souffrance de soignants face à des situations si complexes » (31). Elle proposait la création d'exercices de simulation sur l'annonce de la progression de la maladie.

Par ailleurs, dans une revue de la littérature réalisée par Le Professeur FOURNIER et le Docteur JAFFRELOT et intitulée « Rationnel pour l'utilisation de la simulation en éducation médicale » (46), les auteurs indiquent que la simulation a un impact particulièrement net dans l'entraînement au travail en équipe, qui est l'un de ses axes forts et un domaine particulièrement important en soins palliatifs.

À Nice nous avons la chance d'avoir un centre simulation performant accessible. Il serait donc intéressant d'en faire bénéficier les futurs médecins généralistes en proposant une formation en soins palliatifs basée sur la simulation de situations réelles et authentiques : annonce d'une pathologie incurable, discussion avec le patient sur l'organisation de sa fin de vie, gestion de l'entourage, gestion d'un patient angoissé, prise en charge adaptée de la douleur... Ces ateliers pourraient être un complément pratique à la théorie dispensée grâce au MOOC.

## 5 CONCLUSION

Notre étude a montré que les médecins généralistes s'approprient l'HDJ-DISSPO, lorsqu'ils en ont connaissance, comme un recours urgent en soins palliatifs pour leurs patients à domicile. Nous pouvons nous satisfaire d'avoir créé un dispositif rapide et répondant aux attentes des médecins généralistes. En effet, ils ont été globalement satisfaits des apports du service pour leurs patients et ils expriment le souhait que cette procédure d'urgence se pérennise et se développe.

Cependant, nous n'avons pas su communiquer efficacement auprès des médecins généralistes sur la création de ce recours : d'une part, il a été difficile de mobiliser les médecins pour participer à nos soirées de formation, quel que soit le type de soirée. D'autre part, l'envoi d'une simple plaquette d'information n'a pas semblé être une méthode pertinente de communication. En conséquence, le nombre de patients adressés en HDJ-DISSPO par les médecins généralistes au cours de l'étude est resté relativement faible.

Dans ce contexte, nous devons repenser notre méthode de communication auprès des médecins généralistes et probablement leur rappeler régulièrement l'existence de ce recours.

C'est dans cette démarche que plusieurs projets sont en cours de développement à la suite de notre étude :

- Communiquer le numéro du DISSPO sur chaque compte rendu de consultation ou d'hospitalisation des patients identifiés en soins palliatifs, en rappelant que le service se tient à la disposition du médecin traitant pour toute aide à la prise en charge palliative.
- Développer une formation en soins palliatifs au CAL à destination des futurs médecins généralistes, en privilégiant la pratique et la simulation de situations réelles.
- Développer un MOOC en soins palliatifs sur la plateforme d'e-learning du CAL pouvant valider une FMC.

Enfin, le DISSPO pourrait élargir son champ de recrutement aux patients suivis dans un centre de cancérologie autre que le CAL et qui nécessitent des soins palliatifs. Ceci permettrait d'offrir aux médecins généralistes un recours externe utile et universel dans la réalisation de ces soins à domicile.

L'objectif final étant d'améliorer la coopération entre soins palliatifs hospitaliers et soins primaires afin de garantir une continuité des soins et un maintien au domicile en fin de vie selon les souhaits du patient.

## 6 BIBLIOGRAPHIE

1. Plan Cancer 2014-2019. Disponible sur : <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Plan-Cancer-2014-2019>
2. Chvetzoff G, Perol D, Devaux Y, Lancry L, Rebattu P, Magnet M, et al. Étude prospective de qualité des soins et de qualité de vie chez des patients cancéreux en phase palliative, en hospitalisation ou à domicile : étude Trapado. Bull Cancer (Paris). 31 janv 2006;93(2):213-21.
3. Pennec S, Gaymu J, Riou F, Morand E, Pontone S, Aubry R, et al. Mourir chez soi : un souhait majoritaire mais une situation peu fréquente. Popul Soc. 2015;524(7):1-4.
4. Beuzart P, Ricci L, Ritzenthaler M, Bondu D, Girardier J, Beal 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. Presse Médicale. 2003;32(4):152-7.
5. Gomes B, Higginson IJ, Calanzani N, Cohen J, Deliens L, Daveson BA, et al. Preferences for place of death if faced with advanced cancer : a population survey in England, Flanders, Germany, Italy, the Netherlands, Portugal and Spain. Ann Oncol. 1 août 2012;23(8):2006-15.
6. Earle CC, Landrum MB, Souza JM, Neville BA, Weeks JC, Ayanian JZ. Aggressiveness of Cancer Care Near the End of Life : Is It a Quality-of-Care Issue ? J Clin Oncol. 10 août 2008;26(23):3860-6.
7. Ramanayake RPJC, Dilanka GVA, Premasiri LWSS. Palliative care ; role of family physicians. J Fam Med Prim Care. 2016;5(2):234-7.
8. Laurent E. Les facteurs limitant les médecins généralistes du Tarn et Garonne dans la prise en charge à domicile de leurs patients en soins palliatifs, et leurs ressources pour y faire face [Thèse de médecine]. Université Toulouse III - Paul Sabatier ; 2019.
9. Cueille V. Le médecin généraliste face à la fin de vie à domicile : connaissances, compétences et limites. État des lieux auprès des médecins généralistes de la Seine Maritime et de l'Eure [Thèse de médecine]. Université de Rouen ; 2017.
10. Fortane V. Les difficultés des médecins généralistes de Loire-Atlantique dans leur pratique des soins palliatifs à domicile, leurs ressources actuelles et celles qu'ils souhaiteraient voir mise en place [Thèse de médecine]. Université de Nantes ; 2010.
11. Astier C. Quels sont les besoins et les attentes des médecins généralistes dans l'aide à la mise en place de soins palliatifs à domicile ? [Thèse de médecine]. Nice-Sophia-Antipolis ; 2013.
12. 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 Palliat. 11 avr 2012 ;11(2):90-7.
13. Aubry, R. Bilan programme national de développement des soins palliatifs 2008-2012. (2013).

14. Laprise R, Thivierge RL. Using speed dating sessions to foster collaboration in continuing interdisciplinary education. *J Contin Educ Health Prof.* 2012;32(1):24-30.
15. Renaut P, Fiquet L, Allory E, Chapron A, Hugé S, Annezo F. Le speed dating pédagogique : une innovation pour enseigner la collaboration interprofessionnelle. *Exercer.* 2015;26(118):84-90.
16. Annuaire santé d'ameli.fr Alpes Maritimes [Internet]. Disponible sur : [http://annuaire.sante.ameli.fr/professionnels-de-sante/recherche-1/liste-resultats-page-1-par\\_page-20-tri-nom\\_asc-3db5f753ef86660095973ad764f11837.html](http://annuaire.sante.ameli.fr/professionnels-de-sante/recherche-1/liste-resultats-page-1-par_page-20-tri-nom_asc-3db5f753ef86660095973ad764f11837.html)
17. Warnet, Sylvie. Le binôme médecin-infirmier clé de voute de l'accès aux soins primaires. *Rev Infirm.* Janv 2012;61(177):10-10.
18. Les gammes d'équipements issues de la Base Permanente des Equipements 2018 – Dénombrement des équipements en 2018 (commerce, services, santé...) | Insee [Internet]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3568650?sommaire=3568656#titre-bloc-3>
19. L'arrière-pays des Alpes-Maritimes est éloigné des équipements de la gamme supérieure - Temps d'accès moyen aux équipements de la gamme supérieure en 2014 dans les Alpes-Maritimes [Internet]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1304124>
20. Reix F, El Kouch B. « Kipal, le jeu du qui quoi comment en soins palliatifs » : outil ludopédagogique en soins palliatifs. *Médecine Palliat.* 1 avr 2020;19(2):78-85.
21. 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.* 1 nov 2007;36(11, Part 1):1557-62.
22. Décret n° 2016-1537 du 16 novembre 2016 relatif aux recherches impliquant la personne humaine. 2016-1537 nov 16, 2016.
23. Bras PL, Duhamel G. Formation médicale continue et évaluation des pratiques professionnelles des médecins. Report No. RM2008-124P.
24. Geeraert M. Evaluation des différents modes de formation et d'amélioration des pratiques professionnelles connus et utilisés par les médecins généralistes lorrains [Thèse de médecine]. Université de Lorraine ; 2017.
25. Leggett LE, Khadaroo RG, Holroyd-Leduc J, Lorenzetti DL, Hanson H, Wagg A, et al. Measuring Resource Utilization - A Systematic Review of Validated Self-Reported Questionnaires. *Medicine (Baltimore).* 11 mars 2016;95(10).
26. Gay B. Repenser la place des soins de santé primaires en France – Le rôle de la médecine générale. *Rev DÉpidémiologie Santé Publique.* 1 juin 2013;61(3):193-8.
27. Allen J, Heyrman J, Gay B, Crebolder H, Svab I. La définition européenne de la médecine générale, médecine de famille. WONCA EUROPE (Société Européenne de médecine générale - médecine de famille) ; 2002.
28. Article L4130-1. Code de la santé publique, LOI n°2016-41 du 26 janvier 2016-art. 68.

29. Ladevèze M, Levasseur G. Le médecin généraliste et la mort de ses patients. *Prat Organ Soins*. 2010;Vol. 41(1):65-72.
30. 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 Palliat Soins Support - Accompagnement - Éthique*. 1 avr 2013;12(2):55-62.
31. Marrec A. Représentations et ressentis sur les soins palliatifs par les internes de médecine générale de Nice : comment mettre en adéquation besoins et formation ? [Thèse de médecine]. Nice-Sophia Antipolis ; 2018.
32. Paraponaris A, Ventelou B, Verger P, Desprès P, Aubry C, Colin C, et al. La médecine générale vue par les médecins généralistes libéraux. *Rev Française Aff Soc*. 16 déc 2011;(2):29-47.
33. Chapus H, Monziols M, Fressard L, Verger P, Ventelou B, Zaytseva A. Deux tiers des médecins généralistes libéraux déclarent travailler au moins 50 heures par semaine. *Etudes Résultats*. Mai 2019;(1113).
34. Barlet M, Collin C, Bigard M, Lévy D. Offre de soins de premier recours : proximité ne rime pas toujours avec accessibilité. 2012 oct p. 4. Report No. 1418.
35. Lucas-Gabrielli V, Pierre A, Com-Ruelle L, Coldefy M. Pratiques spatiales d'accès aux soins. Paris : IRDES ; 2016 oct. Report No. 564.
36. Bloy G. L'incertitude en médecine générale : sources, formes et accommodements possibles. *Sci Soc Sante*. 2008;Vol. 26(1):67-91.
37. Article 11 - Développement professionnel continu. Code de déontologie.
38. Article R4127-11. Code de la santé publique mai 7, 2012.
39. Mansouri M, Lockyer J. A meta-analysis of continuing medical education effectiveness. *J Contin Educ Health Prof*. 2007;27(1):6-15.
40. Davis D, O'Brien MA, Freemantle N, Wolf FM, Mazmanian P, Taylor-Vaisey A. Impact of formal continuing medical education : do conferences, workshops, rounds, and other traditional continuing education activities change physician behavior or health care outcomes ? *JAMA*. 1 sept 1999;282(9):867-74.
41. Thomson O'Brien MA, Freemantle N, Oxman AD, Wolf F, Davis DA, Herrin J. Continuing education meetings and workshops : effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2001;(2):CD003030.
42. Haute autorité de santé. Développement professionnel continu (DPC). Formation presentielle [Internet]. 2017. Disponible sur : [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2807852/fr/formation-presentielle#toc\\_1\\_1\\_1](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2807852/fr/formation-presentielle#toc_1_1_1)
43. Cook DA, Levinson AJ, Garside S, Dupras DM, Erwin PJ, Montori VM. Internet-based learning in the health professions : a meta-analysis. *JAMA*. 10 sept 2008;300(10):1181-96.

44. Maisonneuve H, Chabot O. Internet-based continuing medical education : as effective as live continuing medical education. *Presse Medicale Paris Fr* 1983. Oct 2009;38(10):1434-42.
45. Oncomoooc Centre Antoine Lacassagne [Internet]. Disponible sur : <https://oncomoooc.centreantoinelacassagne.org/>
46. Fournier J-P, Jaffrelot M. Rationnel pour l'utilisation de la simulation en éducation médicale. *Médecine Thérapeutique*. 1 janv 2013;19(1):42-51.

## 7 ANNEXES

### 7.1 Annexe 1 : lettre de non opposition



**NOTE D'INFORMATION : étude PROPULSE**  
**Promouvoir les Coopérations entre Soins Palliatifs et Soins Primaires dans le parcours de soins en Oncologie**

Madame,  
 Monsieur,

Dans le cadre de votre activité professionnelle, vous êtes amené(e) à prendre en charge des patients atteints d'un cancer en situation palliative, pour lesquels la prise en charge à domicile s'avère complexe.

Vous faites partie des médecins généralistes exerçant dans les Alpes Maritimes que nous avons présélectionnés pour participer à cette étude dont l'objectif est de favoriser l'orientation des patients en Hôpital De Jour- DISSPO (Département Interdisciplinaire des Soins de Support pour les Patients en Oncologie) par des professionnels de soins primaires. Pour ce faire, un outil pédagogique innovant, le « speed dating sessions » (SDS), sera évalué.

Il s'agit d'une étude quantitative, contrôlée, randomisée, en ouvert.

Si vous ne vous y opposez pas dans un délai de 15 jours après réception de ce courrier, un tirage au sort sera effectué afin de déterminer trois groupes de sujets :

- Deux groupes contrôle : *groupe contrôle A* (médecin recevant une simple plaquette d'information sur l'HDJ-DISSPO) et *groupe contrôle B* (médecin invité à une soirée de formation « classique » en plus de la remise de la plaquette d'information).
- Un groupe expérimental : invité à bénéficier d'une information par SDS (la plaquette d'information sur l'HDJ-DISSPO sera également jointe à l'invitation).

La méthode de formation par SDS est expérimentée dans les universités nord-américaines dans la formation des médecins. A la fois méthode pédagogique et de networking, elle favorise dans un cadre convivial l'interactivité, l'échange entre pairs et la réflexion. Elle permet également d'identifier les opportunités de collaboration.

Ce type d'intervention est particulièrement adapté à l'expression des besoins et des attentes des professionnels de soins primaires à l'égard des professionnels de soins palliatifs afin de mieux pouvoir y répondre. Il est attendu que ces différents effets (rencontre, meilleure connaissance du dispositif et meilleure adaptation du dispositif aux besoins) se combinent afin de favoriser la coordination entre les soins primaires et les services de soins palliatifs, et ainsi optimiser la prise en charge des patients.

Les « Speed Dating Sessions » se dérouleront de la manière suivante :

- Trois ateliers thématiques seront animés par les intervenants de l'HDJ-DISSPO, et centrées chacune sur une question permettant d'expliquer le fonctionnement et le service rendu par l'HDJ-DISSPO.
- Leur durée brève (20 minutes, dont 10 de présentation et 10 de discussion) vous permettront d'assister aux différentes sessions de la soirée, à savoir :
  - o Parcours de soins du patient : du domicile à l' HDJ - DISSPO
  - o Prise en charge multimodale des symptômes



- Elaboration d'un projet de soins partagé : coordination en soins palliatifs
- Les sessions/ateliers comporteront un nombre limité de participants (10 à 12) afin de favoriser l'échange et l'interactivité. Vous pourrez commencer par la session de votre choix, puis un roulement sera obligatoirement suivi selon un ordre précis.
- A la fin des sessions un questionnaire évaluera votre satisfaction à l'égard de cette formation par SDS.

Si vous êtes randomisé(e) dans le groupe expérimental, le choix entre 2 dates de soirées de speed dating sessions vous sera donné sur une période resserrée, à des jours différents de la semaine, 1 sur Nice, et une sur l'ouest du département. De même, pour le groupe B, pour les soirées de formation « classique ». Dans les 2 cas, vous pourrez, si vous le souhaitez, venir accompagné(e) de votre binôme infirmier.

Cette étude est promue par le Centre Antoine Lacassagne, Centre de Lutte contre le Cancer de Nice et est coordonnée par le Docteur Elise GILBERT, praticien spécialiste douleur-soins palliatifs, du Centre Antoine Lacassagne.

Votre participation à cette étude ne modifie en rien votre activité professionnelle.

**Votre participation effective à une soirée de formation classique ou SDS (groupe B ou groupe expérimental), sera indemnisée à hauteur de 100 euros.**

Seules quelques données vous concernant seront utilisées (Recueil de données générales, questionnaires de satisfaction, questionnaires d'attentes envers le service de soins palliatifs).

Votre participation à cette étude est volontaire. Vous êtes libre d'accepter ou de refuser d'y participer. En cas d'acceptation, vous êtes également libre de changer d'avis en cours d'étude, sans que cela nuise à la qualité de votre relation avec vos collaborateurs.

Si vous acceptez, des données confidentielles ne pourront être consultées, sous la responsabilité du médecin investigateur, que par des personnes soumises au secret professionnel.

Toutes les données recueillies au cours de l'étude seront enregistrées par un traitement informatisé soumis à la loi "Informatique et Liberté" (*loi informatique et liberté n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée par la loi n° 2004-801 du 6 août 2004 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel, modifiée par l'ordonnance n°2016-800 du 16 juin 2016*), qui garantit la confidentialité de toutes les données.

En effet, dans le cadre de l'étude observationnelle à laquelle le Centre Antoine LACASSAGNE, promoteur de l'essai vous propose de participer, un traitement de vos données personnelles va être mis en œuvre pour permettre d'analyser les résultats de la recherche au regard de l'objectif de cette dernière qui vous a été présentée. Ces données seront identifiées par un numéro de code et la première lettre de votre nom et de votre prénom garantissant votre anonymat. Ces données pourront également, dans des conditions assurant leur confidentialité, être transmises aux autorités de santé françaises ou étrangères. Cette recherche ne donnera pas lieu à la communication de résultats individuels. Conformément à la loi "Informatique et Liberté", vous avez la possibilité d'exercer vos droits d'accès, d'opposition et de rectification aux données informatisées vous concernant, soit directement, soit indirectement auprès du Centre Antoine LACASSAGNE à tout moment.



Votre consentement ne déchargera pas les organisateurs de l'étude de leurs responsabilités et vous conserverez tous vos droits garantis par la loi. En accord avec la loi du 4 mars 2002, vous serez tenu informé (e) des résultats globaux de cette recherche une fois que celle-ci sera achevée par courrier à votre demande.

En cas de questions supplémentaires, vous pouvez contacter le médecin coordonnateur de l'étude, le Dr Gilbert élise au 04.92.03.15.96 ou par mail [elise.gilbert@nice.unicancer.fr](mailto:elise.gilbert@nice.unicancer.fr).

Je suis opposé(e) à participer à cette recherche

Partie à compléter par le sujet	
Nom de naissance (en lettres capitales):	Prénom (en lettres capitales):
Nom d'usage :	
Date :	Signature

A nous renvoyer **uniquement si vous êtes opposé(e)** à participer à l'étude :

- Par mail : [audrey.piquet@nice.unicancer.fr](mailto:audrey.piquet@nice.unicancer.fr)
- Par fax : 04.92.03.14.69

## 7.2 Annexe 2 : bras contrôle A : plaquette de présentation



Etude *PROPULSE*  
Promouvoir les Coopérations entre Soins Palliatifs et Soins Primaires dans le parcours de soins en Oncologie

Chère consœur, cher confrère,

Vous avez été sollicité(e) récemment pour participer à l'étude Propulse visant à proposer les services de l'HDJ de soins palliatifs du Centre Antoine Lacassagne comme aide à la prise en charge de vos patients à domicile en phase palliative. Cette étude fait l'objet d'une thèse en médecine générale.

En l'absence de refus de votre part, vous avez été randomisé(e) dans le groupe recevant une information uniquement par écrit. Veuillez donc trouver ci-joint la plaquette d'information sur la nouvelle procédure mise à votre disposition en cas de besoin.

Le service se tient à votre écoute, pour toutes informations supplémentaires, si vous le souhaitez.

Bien confraternellement.

Dr Elise Gilbert, médecin responsable de l'HDJ DISSPO  
Antonin Chemarin, doctorant en médecine générale

Différents spécialistes de l'équipe peuvent être amenés à intervenir selon les symptômes et les besoins du patient, suivi d'un moment dédié à la concertation pluridisciplinaire :

- des radiothérapeutes
- une équipe spécialisée en nutrition avec médecins et diététiciennes
- une psychologue ou un psychiatre dans les situations les plus complexes
- des kinésithérapeutes
- une orthophoniste
- un sophrologue
- des assistantes sociales
- etc...

Le patient quitte le service avec un courrier de sortie synthétique et des transmissions IDE si nécessaire. Un compte rendu détaillé est envoyé dans un second temps aux médecins du patient (médecin traitant, oncologue...).



**Attention**, l'HDJ DISSPO du Centre Antoine Lacassagne ne peut cependant pas prendre en charge les situations suivantes :

- patient non suivi en oncologie au Centre Antoine Lacassagne
- transfusion
- réalisation d'une chimiothérapie
- urgence chirurgicale suspectée
- situation nécessitant une hospitalisation complète



### Centre Antoine Lacassagne

Centre de Lutte contre le Cancer de Nice  
33 avenue de Valombrose - Bâtiment B  
06189 Nice Cedex 2  
Email : direction@nice.unicancer.fr

Établissement habilité  
à recevoir des dons et legs

[www.centreantoinelacassagne.org](http://www.centreantoinelacassagne.org)

## HDJ DISSPO HÔPITAL DE JOUR DU DÉPARTEMENT INTERDISCIPLINAIRE DE SOINS DE SUPPORT POUR LES PATIENTS EN ONCOLOGIE

Aide et soutien pour une prise en charge coordonnée de vos patients à domicile en soins palliatifs : un recours rapide possible

Antoine Lacassagne  
CENTRE DE LUTTE CONTRE LE CANCER  
unicancer NICE

Conception graphique par www.mafico.com - Mai 2019

### PRÉSENTATION DU SERVICE

L'hôpital de jour de soins palliatifs (HDJ DISSPO) est destiné aux patients suivis au Centre Antoine Lacassagne présentant divers symptômes associés à leur pathologie cancéreuse en phase avancée. Il a pour but d'améliorer la qualité de vie des patients au domicile, en lien avec les professionnels de soins primaires.

Durant une journée complète dans le service, une équipe pluridisciplinaire est mobilisée pour mettre ses compétences en soins palliatifs au service du patient et de son entourage, pour une prise en charge globale et coordonnée.

Le service comporte une capacité de 4 lits dont un est spécialement prévu pour accueillir les urgences symptomatiques en soins palliatifs à la demande du médecin traitant et/ou de l'équipe soignante qui assure le suivi au domicile.

#### EN PRATIQUE

Un numéro unique et direct joignable du lundi au vendredi de 9h à 16h :

**04 92 03 15 96**

Un avis téléphonique immédiat.  
Une admission en hôpital de jour dans les 48h si besoin.

### POUR QUELS PATIENTS ?

Les patients suivis au Centre Antoine Lacassagne pour une pathologie cancéreuse :

- en phase palliative.
- souhaitant un maintien au domicile le plus longtemps possible.
- nécessitant différents intervenants dans le cadre d'une prise en charge globale : médicale, nutritionnelle, sociale, psychologique, de soutien aux aidants...

-> dont l'état général ne permet plus des consultations spécialisées ponctuelles et isolées (indice de performance OMS 3 ou 4)

ET/OU

-> qui présentent des symptômes aigus en lien avec la pathologie cancéreuse, nécessitant un avis spécialisé ou une prise en charge hospitalière à la journée: douleurs, angoisse, dyspnée, soins techniques complexes...

### LES OBJECTIFS

- Diminuer les hospitalisations et les recours aux services d'urgences.
- Apporter un avis spécialisé rapide « soins palliatifs/douleurs », dans les situations complexes au domicile.
- Coordonner le parcours de soins en cancérologie entre ville et hôpital.
- Favoriser le maintien au domicile des patients en situation palliative tout en assurant un confort aux soignants et aux aidants.
- Participer à la réflexion éthique en coordination avec le patient, son entourage, l'équipe soignante au domicile et le médecin traitant.

### SERVICES PROPOSÉS ET INTERVENANTS

Un médecin spécialisé en douleurs et soins palliatifs est chargé de coordonner la journée du patient et est votre correspondant direct. Il travaillera en lien avec l'oncologue référent du patient si nécessaire.

Selon les besoins, l'hospitalisation à la journée au DISSPO peut par exemple permettre :

- d'établir un projet de soins commun et évolutif avec l'adhésion du patient, de son entourage
- de participer à une réflexion éthique collégiale sur les LATA
- de mettre en place un protocole de sédation anticipé avec délivrance hospitalière d'Hypnovel® au besoin
- de réaliser des actes complexes ou douloureux de type pansements sous MEOPA
- de prendre en charge des douleurs réfractaires avec titration de morphine I.V ou rotation d'opioïdes
- une prise en charge par radiothérapie de douleurs osseuses métastatiques
- d'effectuer des gestes complexes avec surveillance hospitalière de type ponctions pleurale ou d'ascite
- de renforcer une prise en charge nutritionnelle avec mise en place d'une nutrition entérale par sonde naso-gastrique ou parentérale
- une prise en charge psychosociale dans les situations de souffrance aiguë et de détresse du patient ou de ses proches

### 7.3 Annexe 3 : bras contrôle B : invitation soirée « classique »



Etude *PROPULSE*  
Promouvoir les Coopérations entre Soins Palliatifs et Soins Primaires dans le parcours de soins en Oncologie

Chère consœur, cher confrère,

Vous avez été sollicité(e) récemment pour participer à l'étude Propulse visant à proposer les services de l'HDJ de soins palliatifs du Centre Antoine Lacassagne comme aide à la prise en charge de vos patients à domicile en phase palliative. Cette étude fait l'objet d'une thèse en médecine générale.

En l'absence de refus de votre part, vous avez été randomisé(e) dans le groupe recevant une invitation à une soirée de formation « classique ». Veuillez donc trouver ci-joint la plaquette d'information sur la nouvelle procédure mise à votre disposition en cas de besoin ainsi que l'invitation à la soirée.

Vous avez le choix entre deux dates, en des lieux différents. Merci de vous inscrire par retour à l'une des deux soirées.

Votre participation à cette soirée sera indemnisée à hauteur de 100 euros.

Votre binôme infirmier libéral, si vous en avez un, est également le bienvenu.

Le service se tient à votre écoute, pour toutes informations supplémentaires, si vous le souhaitez.

Bien confraternellement.

Dr Elise Gilbert, médecin responsable de l'HDJ DISSPO  
Antonin Chemarin, doctorant en médecine générale

Centre Antoine Lacassagne  
Audrey Piquet  
Secrétariat Scientifique  
33 avenue de Valombrose  
06189 Nice Cedex 02

**Soit le Jeudi 10 octobre 2019**

**Hôtel La Pérouse**

11 Quai Rauba Capeu  
06000 Nice  
04 93 62 34 63



**Soit le Mardi 15 octobre 2019**

**Hôtel Le Manoir de l'Étang**

66, Allée du Manoir  
06250 Mougins  
04 92 28 36 00



**Réunion de  
Présentation de  
l'HDJ DISSPO**

Hôpital de Jour Interdisciplinaire  
de Soins de Support  
pour les Patients en Oncologie

**Jeudi 10 octobre 2019**  
Hôtel La Pérouse, Nice  
**OU**  
**Mardi 15 octobre 2019**  
Hôtel le Manoir de l'Étang, Mougins

**Aide et soutien pour une prise en charge coordonnée de vos patients à domicile en soins palliatifs : un recours rapide possible**



## Présentation de l'HDJ DISSPO

### PROGRAMME

**19h15**  
Accueil et cocktail dînatoire

**20h30**  
Présentation du service par le Docteur Elise GILBERT

**21h30**  
Discussion

**22h00**  
Fin de la réunion

2 possibilités de dates/lieux :

**Jeudi 10 octobre 2019**  
Hôtel La Pérouse à Nice

**OU**

**Mardi 15 octobre 2019**  
Hôtel Le Manoir de l'Étang à Mougins

Merci de confirmer  
votre présence avant  
le  
**1<sup>er</sup> octobre 2019**  
en précisant votre  
choix de date

## Présentation de l'HDJ DISSPO

**Bulletin d'inscription à retourner  
soit par mail (de préférence) :**  
[audrey.piquet@nice.unicancer.fr](mailto:audrey.piquet@nice.unicancer.fr)

**soit par courrier :**  
Centre Antoine Lacassagne  
CCEAS - Audrey Piquet  
33 ave de Valombrose - 06189 Nice cedex 02

Nom .....  
Prénom .....  
Adresse .....  
E-MAIL .....  
Téléphone .....

**Je viendrai à la session de:**

**Jeudi 10 octobre 2019**      **Mardi 15 octobre 2019**  
Hôtel La Pérouse      Hôtel Le Manoir de l'Étang  
Nice      Mougins

Vous recevrez votre invitation au visa électronique de vos services de planification de santé. Vos données personnelles sont prises en compte et sont transmises au service de planification de santé. Elles sont utilisées pour l'organisation et la tenue de la réunion de présentation de l'HDJ DISSPO. Elles sont conservées pendant la durée de la réunion de présentation de l'HDJ DISSPO. Elles peuvent être transmises à des prestataires du Centre Antoine Lacassagne. Conformément à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 (dite loi « Informatique et Libertés ») et à la réglementation relative aux droits des personnes, vous disposez d'un droit de consultation, de rectification, de suppression ou d'effacement, en contactant - Obligé à la Protection des Données - Centre Antoine Lacassagne 33 avenue de Valombrose 06189 Nice Cedex 02 au 04 93 62 34 63.

Renseignements et Inscription :  
Audrey Piquet - CCEAS  
Centre Antoine Lacassagne  
Tel : 04 92 03 15 27  
[audrey.piquet@nice.unicancer.fr](mailto:audrey.piquet@nice.unicancer.fr)




## 7.4 Annexe 4 : bras expérimental C : invitation soirée SDS



Etude *PROPULSE*  
Promouvoir les Coopérations entre Soins Palliatifs et Soins Primaires dans le parcours de soins en Oncologie

Chère consœur, cher confrère,

Vous avez été sollicité(e) récemment pour participer à l'étude Propulse visant à proposer les services de l'HDJ de soins palliatifs du Centre Antoine Lacassagne comme aide à la prise en charge de vos patients à domicile en phase palliative. Cette étude fait l'objet d'une thèse en médecine générale.

En l'absence de refus de votre part, vous avez été randomisé(e) dans le groupe recevant une invitation à une de formation par « Speed Dating Sessions ». Il s'agit d'une soirée interactive sous forme d'ateliers participatifs, animés par les médecins du service de l'HDJ DISSPO. Veuillez donc trouver ci-joint la plaquette d'information sur la nouvelle procédure mise à votre disposition en cas de besoin ainsi que l'invitation à la soirée.

Vous avez le choix entre deux dates, en des lieux différents. Merci de vous inscrire par retour à l'une des deux soirées.

Votre participation à cette soirée sera indemnisée à hauteur de 100 euros.

Votre binôme infirmier libéral, si vous en avez un, est également le bienvenu.

Le service se tient à votre écoute, pour toutes informations supplémentaires, si vous le souhaitez.

Bien confraternellement.

Dr Elise Gilbert, médecin responsable de l'HDJ DISSPO  
Antonin Chemarin, doctorant en médecine générale

Centre Antoine Lacassagne  
Audrey Piquet  
Secrétariat Scientifique  
33 avenue de Valombrose  
06189 Nice Cedex 02



<p>Soit le <b>Mardi 8 octobre 2019</b></p> <p><b>Hôtel Aston La Scala</b></p> <p>12 avenue Félix Faure 06000 Nice 04 92 28 43 43</p>	<p>Antoine Lacassagne CENTRE DE LUTTE CONTRE LE CANCER Nice</p> <p><b>« Speed Dating » Présentation de l'HDJ DISSPO</b></p> <p>Hôpital de Jour Interdisciplinaire de Soins de Support pour les Patients en Oncologie</p>
<p>Soit le <b>Jeudi 17 octobre 2019</b></p> <p><b>Hôtel Le Mas Candille</b></p> <p>Boulevard Clément Rebuffel 06250 Mougins 04 92 28 43 43</p>	<p><b>Mardi 8 octobre 2019</b> Hôtel Aston La Scala, Nice <b>OU</b> <b>Jeudi 17 octobre 2019</b> Hôtel Le Mas Candille, Mougins</p>
	<p><b>Aide et soutien pour une prise en charge coordonnée de vos patients à domicile en soins palliatifs : un recours rapide possible</b></p>

<p><b>« Speed Dating » Présentation de l'HDJ DISSPO</b></p> <p><b>PROGRAMME</b></p> <p><b>19h15</b> Accueil et cocktail dînatoire</p> <p><b>20h30</b> 3 tables rondes animées par :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Dr Elise GILBERT</li> <li>➤ Dr Aurélie MARREC</li> <li>➤ M. Antonin CHEMARIN</li> </ul> <p><b>1 -</b> Parcours de soins du patient : du domicile à l'HDJ – DISSPO <b>2 -</b> Prise en charge multimodale des symptômes <b>3 -</b> Elaboration d'un projet de soins partagé : coordination en soins palliatifs</p> <p><b>22h00</b> Fin de la réunion</p> <p>Renseignements et Inscription : Audrey Piquet - CCEAS Centre Antoine Lacassagne Tel : 04 92 03 15 27 <a href="mailto:audrey.piquet@nice.unicancer.fr">audrey.piquet@nice.unicancer.fr</a></p>	<p>2 possibilités de dates/lieux :</p> <p><b>Mardi 08 octobre 2019</b> Hôtel Aston La Scala à Nice</p> <p><b>OU</b></p> <p><b>Jeudi 17 octobre 2019</b> Hôtel Le Mas Candille à Mougins</p> <div style="border: 1px solid #f9e79f; border-radius: 50%; padding: 10px; text-align: center; width: fit-content; margin: 10px auto;"> <p>Merci de confirmer votre présence avant le <b>1<sup>er</sup> octobre 2019</b> en précisant votre choix de date</p> </div> <p><b>Pourquoi un Speed Dating ?</b></p> <p>La méthode de formation par SDS (Students for a Democratic Society) est expérimentée dans les universités nord-américaines dans la formation des médecins. A la fois méthode pédagogique et de networking, elle favorise dans un cadre convivial l'interactivité, l'échange entre pairs et la réflexion. Elle permet également d'identifier les opportunités de collaboration.</p>	<p><b>« Speed Dating » Présentation de l'HDJ DISSPO</b></p> <p>Bulletin d'inscription à retourner soit par mail (de préférence) : <a href="mailto:audrey.piquet@nice.unicancer.fr">audrey.piquet@nice.unicancer.fr</a></p> <p>soit par courrier : Centre Antoine Lacassagne CCEAS – Audrey Piquet 33 ave de Valombrose – 06189 Nice cedex 02</p> <p>Nom ..... Prénom ..... Adresse ..... E-MAIL ..... Téléphone .....</p> <p><b>Je viendrai à la session de :</b></p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="text-align: center;"><b>Mardi 8 octobre 2019</b> Hôtel Aston La Scala Nice</td> <td style="text-align: center;"><b>Jeudi 17 octobre 2019</b> Hôtel Le Mas Candille Mougins</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <p><small>Vous recevrez votre invitation sur votre boîte postale de vos contacts de professionnels de santé (les docteurs généralistes, les collèges d'un traitement interdisciplinaire par le Centre Antoine Lacassagne). Elle sera expédiée pour l'accompagnement de votre inscription au regard des dates pour l'envoi d'inscriptions et de la date de validation. Elle sera adressée, pendant la durée de votre inscription, à la validation des bulletins d'inscription. Elle sera adressée à des professionnels à des professionnels du Centre Antoine Lacassagne. Conformément à la loi « Informatique et Libertés » et à la réglementation européenne, vous pouvez vous opposer à l'utilisation de vos données de traitement d'un autre dossier de recrutement de candidats de formation de spécialistes en oncologie, en contactant : Collège de la Pédiatrie des Oncologues - Centre Antoine Lacassagne 33 avenue de Valombrose 06189 Nice Cedex 02 ou par mail : <a href="mailto:audrey.piquet@nice.unicancer.fr">audrey.piquet@nice.unicancer.fr</a></small></p>	<b>Mardi 8 octobre 2019</b> Hôtel Aston La Scala Nice	<b>Jeudi 17 octobre 2019</b> Hôtel Le Mas Candille Mougins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Mardi 8 octobre 2019</b> Hôtel Aston La Scala Nice	<b>Jeudi 17 octobre 2019</b> Hôtel Le Mas Candille Mougins					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					

## 7.5 Annexe 5 : questionnaire de satisfaction de fin de soirée



### Questionnaire d'évaluation des soirées de formation

Quel est votre degré de satisfaction concernant :	Très insatisfait 1	Insatisfait 2	Indifférent 3	Satisfait 4	Très satisfait 5
L'horaire et la date des formations					
Le lieu de formation					
Le thème abordé et son intérêt dans votre pratique					
La pédagogie utilisée					
La disponibilité des intervenants					
La plaquette de présentation de l'HDI- DISSPO					

Remarques / Suggestions :

## 7.6 Annexe 6 : questionnaire de fin d'étude



Etude *PROPULSE*  
**Promouvoir les Coopérations entre Soins Palliatifs et Soins Primaires dans le parcours de soins en Oncologie**

Vous participez à l'étude Propulse réalisée par le Centre Antoine Lacassagne. Nous vous avons donc contacté(e) il y a six mois pour vous faire connaître l'existence de l'HDJ DISSPO et vous faciliter son accès.

Ce questionnaire a pour but d'évaluer l'intérêt de la mise à disposition de ce recours en soins palliatifs dans votre pratique au cours des six derniers mois.

1) Avez-vous pris en charge des patients en soins palliatifs à domicile au cours des six derniers mois ?

- oui
- non (si non, allez à la question 5)

2) Avez-vous eu recours à l'HDJ DISSPO au cours de ces six derniers mois ?

- oui (si oui, allez à la question 4)
- non

3) Si non, pourquoi ?

- je n'ai pas eu de situation dans laquelle j'ai eu besoin d'un recours extérieur en soins palliatifs / je n'ai pas eu besoin d'aide supplémentaire pour la prise en charge palliative
- le patient n'était pas suivi au centre Antoine Lacassagne et dépendait d'un autre hôpital
- je n'étais pas au courant de l'existence de ce service
- la prise en charge proposée me paraissait inappropriée
- le patient ou son entourage ont refusé
- autre : \_\_\_\_\_

Allez à la question 5

4) Si vous avez eu recours à l'HDJ DISSPO au cours de ces six derniers mois :

Quelle était la problématique principale présentée par votre patient ?

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> douleurs réfractaires                         | <input type="checkbox"/> neuropsychiatrique |
| <input type="checkbox"/> questionnement éthique                        | <input type="checkbox"/> respiratoire       |
| <input type="checkbox"/> nutrition / dénutrition                       | <input type="checkbox"/> cutané             |
| <input type="checkbox"/> mise en place de soins palliatifs au domicile | <input type="checkbox"/> social             |
| <input type="checkbox"/> AEG   |   |
| <input type="checkbox"/> Autre : _____                                 |   |

Quel est votre degré de satisfaction de la prise en charge proposée ?

- très satisfait(e)
- satisfait(e)
- indifférent
- insatisfait(e)
- très insatisfait(e)

Pourquoi ? : \_\_\_\_\_



Utiliserez-vous à nouveau ce recours si besoin ?

- oui
- non

Quelle(s) autre(s) ressource(s) auriez-vous mobilisée(s) dans cette situation si vous n'avez pas connu l'HDJ DISSPO ?

- un avis auprès d'un confrère spécialisé en soins palliatifs
- le recours à un réseau de soins ou une HAD
- une hospitalisation directe
- un recours aux urgences
- rien, je me serais débrouillé(e) seul(e) au domicile
- autre : \_\_\_\_\_

5) Avez-vous eu besoin de faire hospitaliser un patient jusqu'alors en soins palliatifs au domicile au cours des 6 derniers mois ?

- oui, directement sans passer par les urgences
- oui, en passant par les urgences
- non

Si oui, pensez-vous qu'un suivi régulier à l'HDJ DISSPO aurait pu éviter ou retarder cette hospitalisation ?

- oui
- non

6) Pensez-vous que le recours à l'HDJ DISSPO pour vos patients en soins palliatifs puisse être utile à votre pratique ?

- oui
- non

7) Quels autres recours le CAL pourrait-il développer pour mieux répondre à vos problématiques en soins palliatifs ?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Commentaires libres / suggestions

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

A nous renvoyer :

- Par mail : [audrey.piquet@nice.unicancer.fr](mailto:audrey.piquet@nice.unicancer.fr)
- Par fax : 04.92.03.14.69

## 7.7 Annexe 7 : lettre de relance



**Etude *PROPULSE***  
**Promouvoir les Coopérations entre Soins Palliatifs et Soins Primaires dans le parcours de soins en Oncologie**

Nice, le 24 septembre 2019

Chère consœur, cher confrère,

Le Centre Antoine Lacassagne a mené une étude nommée *PROPULSE* ayant pour but de démontrer l'intérêt d'une ligne d'appel d'urgence de l'HDJ soins palliatifs du centre Antoine Lacassagne mise à disposition pour les médecins généralistes, qui sont les premiers acteurs en soins primaires dans le maintien au domicile des patients en fin de vie et ainsi optimiser la prise en charge des patients.

L'HDJ DISSPO doit être considéré comme un outil de plus à votre disposition pour l'aide à la prise en charge de vos patients en soins palliatifs.

Ce courrier fait suite aux questionnements que certains d'entre vous ont émis concernant cette étude, qui fait également l'objet d'une thèse en médecine générale.

Nous regrettons si notre démarche a été mal comprise ou source de méfiance. Si tel en a été le cas, nous nous en excusons et espérons avoir levé ce malentendu.

Ce projet s'adresse à tous les médecins généralistes des Alpes maritimes recrutés sur la base du registre de l'assurance maladie d'octobre 2017, soit 1162 médecins dont vous faites partie.

En l'absence de réponse négative de votre part dans le mois suivant la réception de notre premier courrier explicatif, vous avez été inclus « par défaut » dans notre étude. Ce délai, initialement prévu de 15 jours a été allongé dans un second temps car il incluait la période de vacances scolaires de la fin du mois d'août, souvent associée à une diminution de l'activité professionnelle.

Ce procédé répondant au principe de non opposition est habituel dans ce genre d'étude et, dans notre cas, validé par la Délégation de la Recherche Clinique et de l'Innovation (DRCI) et par le Département d'Enseignement et de Recherche en Médecine Générale (DERMG).

Cette étude est totalement indépendante de toutes industries pharmaceutiques ou autres fonds privés. Elle est entièrement financée par le département de recherche clinique du centre Antoine Lacassagne, centre de lutte contre le cancer.

Malgré votre absence de refus initiale, ceci n'implique en rien une quelconque obligation de participation.



Si toutefois cette démarche vous intéresse, vous êtes plus que jamais le bienvenu pour participer, selon les modalités qui vous ont été expliquées lors de notre précédent courrier.

Nous restons à votre disposition pour toutes questions.

Bien confraternellement.

Antonin Chemarin, médecin remplaçant, doctorant en médecine générale.  
Dr Elise Gilbert, médecin généraliste spécialisée en douleurs / soins palliatifs, responsable de l'HDJ  
DISSPO, directrice de thèse.

## 7.8 Annexe 8 : cas clinique atelier 2 SDS



Vous êtes le médecin traitant de Mme X, âgée de 75 ans, atteinte d'un cancer du sein avec plusieurs métastases osseuses responsables de rares douleurs bien contrôlées jusqu'à maintenant par un palier 2. Après plusieurs lignes de chimiothérapies, son oncologue a récemment décidé d'un arrêt des traitements spécifiques.

Elle vit au domicile avec son mari de 82 ans avec un passage IDE une fois par jour. Ils ont une fille régulièrement présente.

Elle ne marche plus seule et passe la majorité de son temps au lit ou au fauteuil.

Son ordonnance a récemment été simplifiée : Tramadol LP 100 mg matin et soir, Tramadol 50 mg 3 fois par jour si douleurs, Paracétamol 1g 3 fois par jour, Zopiclone 7,5 mg au coucher.

Vous lui rendez visite au domicile à la demande de la fille car sa maman se dégrade, elle ne mange plus et se plaint d'avoir mal et n'arrive plus à prendre les traitements per os.

A l'examen, la patiente est complètement réveillée et cohérente. Elle se plaint principalement d'une douleur très intense, parfois insomnante au niveau du bassin, probablement en lien avec une localisation métastatique connue. Elle est polypnéique à la parole avec une FR de repos à 30 / minute. Vous notez une abolition du murmure vésiculaire à droite et une matité à la percussion. Par ailleurs, elle présente des œdèmes bilatéraux des membres inférieurs majeurs. Sur le sein, vous découvrez un pansement suintant d'un nodule de perméation, duquel s'échappe une odeur nauséabonde.

Au cours de votre examen, la fille de la patiente vous explique que sa maman boit un peu mais n'arrive presque plus à s'alimenter et à avaler les comprimés. Les infirmières ont beaucoup de mal à lui faire son pansement à cause des douleurs lors du geste. Puis, en pleurs, elle vous dit ne pas comprendre pourquoi les chimiothérapies ont été arrêtées.

Le mari et la fille vous expliquent qu'ils souhaitent que la patiente reste avec eux, au domicile tant que possible.

Quelle prise en charge immédiate au domicile pouvez-vous proposer ?

Si vous l'adressez en HDJ DISSPO, quelles seraient vos attentes ?

## 8 SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

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

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

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

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

## RÉSUMÉ

**Introduction :** La fin de vie au domicile est une aspiration d'une majorité de Français. Ce sont les professionnels de soins primaires, médecins généralistes traitants et infirmiers libéraux qui assurent la réalisation des soins de support au domicile des patients. De nombreux travaux montrent que les médecins généralistes se sentent isolés, démunis et en difficulté dans la réalisation de ces soins. Par ailleurs, l'hôpital de jour de soins de support/soins palliatifs (HDJ-DISSPO) du centre Antoine Lacassagne (CAL) existe depuis novembre 2013. Il permet d'accueillir, à la journée, les patients en phase palliative de leur pathologie cancéreuse avec un état général ne leur permettant pas un suivi en consultations simples. Nous avons donc créé un recours en urgence à l'HDJ soins de support du CAL à la demande des médecins traitants, lorsque leur patient nécessite une prise en charge complexe rapide. Nous avons proposé de former l'intégralité des médecins généralistes des Alpes Maritimes à ce nouveau recours selon trois méthodes différentes. Notamment une méthode pédagogique innovante par « Speed Dating Sessions » (SDS), qui privilégie des effectifs réduits, réunis en petits groupes autour de plusieurs ateliers.

**Matériel et Méthode :** Nous avons réalisé une étude quantitative, contrôlée, randomisée, en ouvert, départementale. 974 médecins ont été randomisés en trois bras différents qui déterminaient le type d'information à l'existence de ce recours qu'ils recevaient. Bras contrôle A : recevant une simple plaquette d'information ; bras contrôle B : invité à une soirée de formation « classique » ; bras expérimental C : invité à une soirée de formation par SDS. L'objectif principal de l'étude était d'évaluer l'incidence de la méthode d'information sur le nombre de recours directs à l'HDJ-DISSPO par les médecins généralistes.

**Résultats :** Il y a eu 23 participants aux soirées « classiques » et 24 participants aux soirées SDS. 12 médecins différents ont eu recours à l'HDJ-DISSPO pour 14 patients différents sur une durée d'étude de sept mois. Les médecins du bras SDS n'ont pas eu statistiquement plus recours au DISSPO (0,9 % ; n = 3) que ceux du bras soirée classique (0,6 % ; n = 2) ou ceux du bras plaquette (1,5 % ; n = 5) ( $p = 0,452$ ). Les sujets ayant participé aux SDS n'ont pas statistiquement eu plus recours au DISSPO (25 % ; n = 6) que ceux ayant participé aux soirées classiques (13 % ; n = 3) ( $p = 0,461$ ). Cependant, les sujets ayant participé à une soirée de formation (SDS ou soirée classique) ont statistiquement eu plus recours au DISSPO (19,1 % ; n = 9) que ceux n'y ayant pas assisté (0,3 % ; n = 3) ( $p < 0,001$ ).

**Conclusion :** Notre étude a montré que les médecins généralistes sont demandeurs d'une aide à la prise en charge des patients en soins palliatifs au domicile et utilisent notre recours lorsqu'ils en ont connaissance. Cependant, peu de médecins se sont mobilisés pour participer à nos soirées de formation et la méthode pédagogique par « Speed Dating Sessions » ne semble pas plus efficace d'un point de vue statistique (même si les chiffres en valeur absolue sont en faveur des SDS). Nous pouvons donc en conclure qu'il semble utile de multiplier les outils à destination des médecins généralistes pour accompagner les patients en fin de vie au domicile et de diversifier les méthodes de formation. Ces résultats ont amené au développement d'un projet de MOOC en ligne sur les soins palliatifs au domicile, à destination des médecins généralistes et de tous les professionnels de soins primaires.