



HAL
open science

État des lieux de la gestion à domicile par les médecins généralistes de la Somme des symptômes qui caractérisent les évolutions des pathologies qui affectent les patients palliatifs

Chiara Pennacchi

► To cite this version:

Chiara Pennacchi. État des lieux de la gestion à domicile par les médecins généralistes de la Somme des symptômes qui caractérisent les évolutions des pathologies qui affectent les patients palliatifs. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03588747

HAL Id: dumas-03588747

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03588747v1>

Submitted on 25 Feb 2022

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.

**« État des lieux de la gestion à domicile par les
médecins généralistes de la Somme des symptômes
qui caractérisent les évolutions des pathologies qui
affectent les patients palliatifs »**

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
MÉDECINE GÉNÉRALE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 10 DECEMBRE 2021 À
14H00

PAR

Chiara PENNACCHI

Président de jury : Monsieur le Professeur Henry SEVESTRE

Membres de jury :

- Monsieur le Professeur Jean-Marc REGIMBEAU
- Monsieur le Professeur Henri COPIN
- Madame le Professeur Marie-Antoinette SEVESTRE-PIETRI
- Monsieur le Docteur Olivier BALEDENT
- Madame Catherine FRANCOIS

Directrice de thèse : Madame le Docteur ONCLE Julie

REMERCIEMENTS

A mon président de jury,

Monsieur le Professeur Henri SEVESTRE

Professeur d'Anatomie et de Cytologie Pathologiques à l'UFR de Médecine d'Amiens

Chef du Service d'Anatomie et de Cytologie Pathologiques du CHU d'Amiens

Picardie Adjoint au chef de l'Oncopôle

Merci d'avoir accepté de présider cette thèse avec enthousiasme, j'en suis très honorée. Vous me faites l'immense honneur de juger mon travail. Soyez assuré de ma gratitude et de mon respect.

A mes juges,

Monsieur le Professeur Jean-Marc REGIMBEAU

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier, M.D., PHD

Chef de service de Chirurgie Digestive (Pôle DRIME)

Chef de service de l'Unité Médico-Chirurgicale Ambulatoire (UMCA)

Responsable Unité de Recherche UPJV UR 7518 SSPC (Simplification des Soins des Patients chirurgicaux Complexes)

CHU Amiens-Picardie

Vous me faites l'honneur et le plaisir de participer à ce jury. Je vous remercie de votre confiance. Soyez assuré de ma plus sincère reconnaissance.

Monsieur le Professeur Henri COPIN

*Professeur des Universités - Praticien Hospitalier (Histologie - Embryologie - Cytogénétique)
Vice-Doyen et Assesseur du Premier Cycle des études médicales Chef du Service de Médecine
et Biologie de la Reproduction et de Cytogénétique Pôle "Femme - Couple - Enfant"
Chevalier dans l'Ordre des Palmes Académiques*

*Vous avez accepté sans hésiter d'être l'un des membres de ce jury, merci de votre disponibilité. Vous
me faites l'honneur de participer au jury de cette thèse, veuillez recevoir l'expression de ma gratitude
et ma sincère considération.*

Madame le Professeur Marie-Antoinette SEVESTRE-PIETRI

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

Médecine vasculaire

Chef du Service de Médecine Vasculaire

Vous me faites l'honneur de siéger parmi les membres du jury. Recevez ici tous mes remerciements et l'expression de mon profond respect.

Monsieur le Docteur Olivier BALEDENT

Maître de Conférences des Universités - Praticien Hospitalier

Responsable de l'unité de traitement de l'image médicale du CHU d'Amiens.

Je vous remercie d'avoir accepté de participer à mon jury de thèse si rapidement. Veuillez trouver dans ce travail le témoignage de ma gratitude et de mon profond respect

Madame Catherine FRANCOIS

*Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier
(Virologie)*

Vous me faites l'honneur de siéger parmi les membres du jury. Recevez ici tous mes remerciements et l'expression de mon profond respect.

A ma directrice de thèse,

Madame le Docteur Julie ONCLE

*Chef de service
Equipe Mobile de Soins Palliatifs*

Vous m'avez fait l'honneur de diriger ce travail de thèse,

*Je vous remercie infiniment pour la possibilité que vous m'avez donné de pouvoir découvrir
la médecine palliative à domicile*

*Je vous remercie aussi pour vos conseils avisés, votre gentillesse et votre disponibilité malgré
vos nombreuses obligations*

Recevez ici toute ma gratitude ainsi que mes plus grands remerciements.

Remerciements personnels

A mes parents, pour votre présence, votre soutien, votre encouragement sans faille durant toutes ces années. Je vous remercie pour les longs appels par Skype afin de pouvoir échanger avec vous des sujets personnels et professionnels malgré la grande distance.

A mon frère Marco, je te remercie pour ton soutien et tes précieux conseils tout au long de mon parcours d'études depuis mon arrivée en France.

A ma sœur Maddalena, je te remercie pour ton inspiration à poursuivre mes études et ton soutien pendant la rédaction de ce travail de thèse

A mon frère Francesco, je te remercie pour ton soutien et tes précieux conseils pendant la rédaction de ce travail de thèse

A Maxime, je te remercie pour ta présence et ton soutien, ta gentillesse et ta disponibilité. Merci pour l'aide et la patience, dont tu as fait preuve durant tout ce temps et surtout lors de ce travail de thèse. Tu restes le plus beau cadeau que la vie ne m'ait jamais fait

A Véronique, je te remercie pour tous les échanges autour de la médecine et aussi des sujets personnels. Je te remercie pour m'avoir aidé à avancer dans la découverte de la langue et de la culture française, spécialement de la Région Picarde

A Frédéric, je te remercie pour les promenades à la découverte de Paris, pour tous les échanges autour de la médecine et aussi des sujets personnels. Je te remercie pour m'avoir aidé à avancer dans la découverte de la langue et de la culture française

A Tommaso, Sara, Ambra, Caterina, Francesco, Nicola, Melania, Vicmer et tous les autres internes en médecine à Amiens d'origine italienne, vous êtes mon petit souvenir d'Italie, je vous remercie pour votre soutien et votre aide pendant toutes ces années

A Grégoire, je te remercie pour m'avoir aidé à avancer dans la découverte de la langue et de la culture française

A Rachel et Chaima, je vous remercie pour nos soirées entre filles, pour votre amitié et vos précieux conseils

A tous les médecins rencontrés au cours de mes stages d'internat, je vous remercie pour m'avoir appris énormément des choses et pour m'avoir accompagnée dans ma formation. Je vous remercie de m'avoir fait sentir la bienvenue malgré mon origine étrangère et ma langue moins que parfaite.

LISTE DES ABREVIATIONS

ANAES : Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé

CHI : Centre Hospitalier Intercommunal

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

DESC : Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaire

DIU : Diplôme Inter Universitaire

DU : Diplôme Universitaire

EMSP : Equipes Mobiles de Soins Palliatifs

FMC : Formation Médicale Continue

HAD : Hospitalisation A Domicile

HAS : Haute Autorité de Santé

INED : Institut national d'études démographiques

LISP : Lits identifiés Soins Palliatifs

MG : Médecin généraliste

MSU : Maître de stage universitaire

PALPI 80 : Réseau de Soins Palliatifs qui couvre le territoire du département de la Somme et de la partie Nord-Ouest du département de l'Oise

SFAP : Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs

USP : Unité de Soins Palliatifs

Table des matières

| | |
|---|-----|
| 1. Introduction | 13 |
| 1.1 Présentation du contexte..... | 13 |
| 1.2 Définitions..... | 14 |
| 1.3 Quelques chiffres..... | 16 |
| 1.4 Les institutions et le maintien à domicile | 17 |
| 1.5 Le rôle du médecin généraliste..... | 18 |
| 1.6 Structures et organisation pour la prise en charge du patient en Soins Palliatifs à domicile..... | 19 |
| 2. Matériel et Méthode | 20 |
| 2.1 Type d'étude..... | 20 |
| 2.2 La population source | 20 |
| 2.3 Réalisation du questionnaire..... | 20 |
| 2.4 Présentation du questionnaire..... | 21 |
| 2.5 Diffusion du questionnaire | 21 |
| 2.6 Analyse des données | 21 |
| 3. Résultats | 23 |
| 3.1 Caractéristiques des répondants | 23 |
| 3.2 Activité professionnelle..... | 24 |
| 3.3 Formation en Soins Palliatifs..... | 26 |
| 3.4 Connaissance en Soins Palliatifs | 27 |
| 3.5 Pratique en Soins Palliatifs..... | 32 |
| 4. Discussion | 58 |
| 4.1 Choix du matériel et méthode..... | 58 |
| 4.2 Représentativité de l'échantillon | 59 |
| 4.3 Connaissances en Soins Palliatifs..... | 62 |
| 4.4 Pratique en Soins Palliatifs..... | 67 |
| 5. Conclusion..... | 90 |
| 6. Bibliographie..... | 92 |
| 7. Annexes | 98 |
| Annexe 1 | 98 |
| Annexe 2 | 101 |
| Annexe 3 | 102 |
| Annexe 4 | 107 |

1.Introduction

1.1 Présentation du contexte

Actuellement en France, le nombre de médecins généralistes diminue(1). Face à la faible densité de médecins généralistes, les patients se tournent vers les urgences hospitalières afin de se faire soigner. Et ce, quelque se soit le problème de santé, même s'il s'agit de problèmes bénins pouvant être traités par des généralistes. Cela crée donc une surcharge dans les hôpitaux avec de très longues attentes, une charge de travail excessive pour le personnel soignant et une prise en charge moins adaptée pour les patients.

Les hôpitaux surchargés reçoivent parmi cet afflux de patients, en admission aux urgences, les personnes en fin de vie. Elles représentent 4 à 8 % des décès survenant à l'hôpital (2). Dans la majorité des cas, ces patients sont adressés de leur domicile aux urgences par leur propre médecin traitant. Ils décèdent aux urgences au cours des premières 24 heures.

À l'admission aux urgences, plus d'un tiers de ces patients en fin de vie subissent des traitements intensifs inappropriés (3). Face à cette situation, il est important d'informer les médecins généralistes, de l'existence d'un réseau de santé spécialisé en soins palliatifs (4). Ce réseau peut les aider à gérer au domicile les symptômes les convaincant d'envoyer le patient palliatif aux urgences afin de réduire le nombre de décès aux urgences et permettre au patient palliatif prise en charge plus adaptée suivant sa volonté de décéder à domicile.

Est venu s'ajouter à la surcharge hospitalière le contexte de crise sanitaire mondiale, avec la pandémie de Coronavirus COVID-19 et ses variants, survenue fin 2019 et continuant en 2021. Pour faire face à cette crise, les services hospitaliers sont devenus en majorité des Unités s'occupant uniquement des patients atteints de la forme grave de cette maladie et où les Urgences ne sont devenues accessibles qu'aux patients également atteints gravement par la COVID-19. L'accompagnement de la fin de vie à domicile est donc devenu primordial.

L'accompagnement de la fin de vie est également remis en cause lors de cette période pandémique avec le débat institutionnel créé par la proposition de loi « Droit à mourir dans la dignité » (5). A l'heure de la rédaction de ce travail, cette proposition de loi a été retirée de l'ordre du jour des discussions du Sénat le 11 mars 2021 ; après suppression du premier article

de la proposition. Cette suppression a été réalisée du fait que l'article visait à inscrire dans le code de la santé publique le droit à l'aide active à mourir, ainsi que sa définition.

Dans le cadre de mes études de médecine, j'ai pris part, à de nombreuses reprises, à des situations de prises en charge en soins palliatifs : urgences, médecine libérale rurale, service de court séjour de gériatrie. Le stage aux urgences m'a ouvert les yeux quant à la quantité de patients fragiles. Ces patients, au stade terminal de leur maladie, arrivent à l'hôpital suite à l'apparition de symptômes n'étant gérés ni par les proches ni par le médecin généraliste. Ceux-ci décèdent quelques heures ou quelques jours après, loin de leur famille, après avoir subi parfois plusieurs examens complémentaires ne pouvant changer le pronostic final.

Les autres stages que j'ai réalisés lors de mon internat, en particulier chez le praticien et dans le service de gériatrie m'ont permis de découvrir progressivement, les différents aspects des Soins Palliatifs et le rôle que le médecin généraliste peut jouer dans la prise en charge des patients en fin de vie.

Afin de pouvoir améliorer la prise en charge des patients en fin de vie par les médecins généralistes du département de la Somme, je me suis interrogée sur leurs connaissances en soins palliatifs : quelle gestion en fonction des symptômes ? Les réseaux et structures de prises en charge palliative locaux sont-ils connus ? Quel type de symptôme conduit le médecin à envoyer le patient aux urgences ?

1.2 Définitions

SOINS PALLIATIFS : La définition de Soins Palliatifs donnée par la Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs (SFAP) (6) synthétise à travers ses mots toutes les définitions de Soins Palliatifs qui ont été créées dans le temps (Définition de l'OMS (7), Loi n°99-477 du 9 juin 1999 (8), Définition par l'ANAES (Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé) en 2002(9)). Selon la SFAP, les soins palliatifs sont des soins actifs délivrés dans une approche globale de la personne atteinte d'une maladie grave, évolutive ou terminale. L'objectif des soins palliatifs est de soulager les douleurs physiques et les autres symptômes, mais aussi de prendre en compte la souffrance psychique, sociale et spirituelle. Les soins palliatifs et l'accompagnement sont interdisciplinaires. Ils s'adressent au malade en tant que personne, à sa famille et à ses proches, à domicile ou en institution. La formation et le soutien des soignants et des bénévoles font partie de cette démarche. Les soins palliatifs et l'accompagnement considèrent le malade comme un être vivant, et la mort comme un processus naturel. Ceux qui dispensent des soins palliatifs cherchent à éviter les investigations et les

traitements déraisonnables (communément appelés acharnement thérapeutique). Ils se refusent à provoquer intentionnellement la mort. Ils s'efforcent de préserver la meilleure qualité de vie possible jusqu'au décès et proposent un soutien aux proches en deuil. Ils s'emploient par leur pratique clinique, leur enseignement et leurs travaux de recherche, à ce que ces principes puissent être appliqués.

RESEAU DE SOINS PALLIATIFS : Ils jouent un rôle central dans l'organisation de l'offre en soins palliatifs, en établissements de santé, au domicile et en structures médico-sociales. Ils permettent de coordonner les acteurs, qu'il s'agisse des établissements de santé (dont l'hospitalisation à domicile), des intervenants libéraux ou des associations. Ces réseaux facilitent le passage entre les différents niveaux dans un objectif de continuité et à de qualité des prises en charges pour permettre, le cas échéant, des hospitalisations de repli, ou de répit, en fonction des besoins des patients et de leur entourage(10).

LITS IDENTIFIES SOINS PALLIATIFS (LISP) : Ils constituent des lits spécifiques dédiés à la démarche palliative au sein des services non totalement dédiés aux soins palliatifs, confrontés à des fins de vie ou des décès fréquents. La responsabilité de la démarche palliative repose sur la désignation d'un référent de soins palliatifs, en lien avec les dispositifs spécialisés. Les lits identifiés contribuent, avec les équipes mobiles, au développement transversal des soins palliatifs dans les établissements de santé(10)

UNITÉS DE SOINS PALLIATIFS (USP) : Elles sont, au sein des établissements de santé, le troisième maillon d'une prise en charge qui est graduée en fonction de la complexité des situations rencontrées. Le recours à l'unité de soins palliatifs concerne les situations les plus complexes de fin de vie.

Les unités dédiées et les équipes mobiles ont en commun des missions d'expertise. Leurs domaines d'interventions peuvent dépasser les limites du champ de l'hôpital(10)

EQUIPE MOBILE DE SOINS PALLIATIFS (EMSP) : Elle est composée de plusieurs professionnels (médecin, infirmier, psychologue, kinésithérapeute et assistant de service social). Les équipes mobiles interviennent en appui aux professionnels qui effectuent les prises en charge(10).

HOSPITALISATION À DOMICILE (HAD) : Elle a un statut d'établissement de santé. Elle est un acteur essentiel de l'organisation, au domicile, des soins palliatifs pour des patients en fin de vie. L'HAD peut également être amenée en application de l'article R.6121-4 du code de la santé publique (CSP) à intervenir dans les établissements accueillant des personnes âgées.(10)

FICHE URGENCE PALLIA : La fiche Urgence Pallia est le fruit d'un travail de synthèse fait par la Société Française d'accompagnement et de soins palliatifs (SFAP) à partir de plusieurs fiches locales existantes afin d'en créer une seule à utiliser au niveau national.

Cette Fiche est rédigée par un médecin s'occupant d'un patient en situation palliative (médecin traitant, médecin coordonnateur de réseau de soins palliatifs, d'EMSP, d'HAD, de maison de retraite médicalisée, médecin hospitalier). Elle est destinée à transmettre des informations à un autre médecin qui serait amené à intervenir auprès de ce patient lors une situation d'urgence, notamment pendant les nuits et les week-ends. Elle permet une aide à la prise de décision et contribue à garantir le respect de l'autonomie et de la volonté des patients(11).

1.3 Quelques chiffres

En 2018 seulement 24 % des décès ont lieu à domicile. Un peu plus de la moitié des décès (53 %) ont lieu dans un hôpital ou une clinique ; parmi ces décès, 23 % seulement ont lieu dans la commune de résidence du patient décédé (12).

Selon l'enquête « Fin de vie en France », menée par l'INED (Institut national d'études démographiques) en 2013 (13), la très grande majorité des Français souhaite mourir chez elle (81%) (14) mais un peu moins d'un tiers (26%) des personnes résidant à leur domicile passent chez elles la totalité du dernier mois de leur existence. 39 % entre eux partent du domicile vers l'hôpital entre le 28e jour et le 7e jour précédant le décès, 40,7 % entre le 7e jour et la veille du décès (soit respectivement 1,9 % et 6,8 % par jour). Cette intensification s'observe même dans les dernières heures de l'existence, la proportion de malades hospitalisés augmentant encore de 12,8 % entre la veille et le jour du décès.

Malgré la création des réseaux des Soins palliatifs ayant pour objectif d'aider le médecin généraliste dans l'organisation de la prise en charge et la fin de vie à domicile dans les meilleures conditions, il y a tout de même 16% des décès de patients en soins palliatifs qui surviennent à l'issue d'un séjour d'une durée inférieure ou égale à 24 heures aux urgences ou dans une unité hospitalière de courte durée attenante.

1.4 Les institutions et le maintien à domicile

1.4.1 Programme National Triennal pour le Développement des Soins Palliatifs

Le Ministre de la Santé a défini deux objectifs principaux pour le développement des Soins Palliatifs dans le « Programme National Triennal pour le Développement des Soins Palliatifs et de l'accompagnement en fin de vie » qui a été établi pour la période de 2015 à 2018 (15). Le premier objectif concerne le développement des prises en charge au domicile des patients en Soins Palliatifs avec la création des nouvelles équipes mobiles de Soins Palliatifs. Le second se focalise sur l'augmentation de la formation des professionnels de santé dans le domaine des Soins Palliatifs grâce à la création et diffusions de nouvelles formations universitaires et non-universitaires.

1.4.2 Loi Claeys-Leonetti

L'article 3 de la loi n°2016-87 du 2 février 2016 (16) dit Loi Claeys-Leonetti indique qu' « A la demande du patient, la sédation profonde et continue peut être mise en œuvre à son domicile ».

L'article 4 indique que « toute personne est informée par les professionnels de santé de la possibilité d'être prise en charge à domicile, dès lors que son état le permet ».

Cette Loi reprend les principes de la Loi Leonetti de 2005 comme le refus de l'acharnement thérapeutique, le développement des soins palliatifs, la procédure collégiale et le respect de la volonté individuelle à travers la personne de confiance et les directives anticipées.

Elle rend contraignantes les directives anticipées pour les médecins et favorise leur développement en les formalisant.

Elles permettent, à défaut de l'existence de directives anticipées, de prendre en compte l'expression des volontés exprimées par le patient. Expressions pouvant être portées par le témoignage de la personne de confiance ou à défaut de tout autre témoignage de la famille ou des proches.

Elle permet également l'arrêt de « La nutrition et l'hydratation artificielles » qui sont considérées comme des traitements dont l'arrêt est possible dans le cadre de l'obstination déraisonnable.

Un droit à une sédation profonde et continue, associée à une analgésie, jusqu'au décès, à l'arrêt de l'ensemble des traitements de maintien en vie, est instauré dans les cas suivants :

- Lorsque le patient atteint d'une affection grave et incurable et dont le pronostic vital est engagé à court terme présente une souffrance réfractaire aux traitements ;

- Lorsque la décision du patient atteint d'une affection grave et incurable d'arrêter un traitement engage son pronostic vital à court terme et est susceptible d'entraîner une souffrance insupportable.

Cette sédation est réglée par l'article 4 de cette Loi qui intègre le principe de « double effet » esquissé par la loi de 2005. Ce principe dit que « Le médecin met en place l'ensemble des traitements analgésiques et sédatifs pour répondre à la souffrance réfractaire du malade en phase avancée ou terminale, même s'ils peuvent avoir comme effet d'abréger la vie ».

1.5 Le rôle du médecin généraliste

1.5.1 Importance du rôle du médecin généraliste dans l'accompagnement de fin de vie

Une étude de l'URML (Union Régionale des Médecins Libéraux) du Pas-de-Calais en 2008(17) identifie les rôles du médecin généraliste dans l'accompagnement de la fin de vie du point de vue pratique. Ces rôles se distinguent en trois domaines :

- Ethique : il prend les décisions en concertation avec la famille
- Technique : il prodigue les soins et prend en charge les symptômes
- Coordination : il pilote une équipe, orchestre les actes des différents intervenants à domicile et favorise leurs interactions.

Dans la pratique le médecin généraliste aide la famille à adapter le milieu de vie du malade à sa pathologie, informe et forme les aidants concernant l'évolution de la maladie et les possibles prises en charge adaptées au malade.

Cette façon de gérer le patient à domicile, répond aux besoins humains et compétences techniques du malade et de ses proches dans le contexte de la fin de vie.

La relation partenariale entre médecin et patient, caractérisée par l'empathie et la confiance, qui s'était créée quand le patient était en bonne santé, rend possible sa prise en charge quand sa santé se dégrade dans le moment de la fin de la vie.

En vertu de cette relation, le médecin généraliste occupe une place privilégiée dans la gestion des patients palliatifs à domicile.

1.5.2 Les freins du médecin généraliste au maintien à domicile

Malgré l'existence de la Loi de Claeys-Leonetti et du Programme National Triennal pour le Développement qui favorise la prise en charge à domicile pour le patient en Soins Palliatifs, les médecins généralistes rencontrent encore plusieurs difficultés dans la mise en pratique. Une des principales difficultés est la gestion à domicile des symptômes qui caractérisent la fin de vie. Les symptômes les plus récurrents qui doivent être gérés par le médecin généraliste sont : douleur, fatigue, troubles du sommeil, dyspnée, somnolence, sécheresse de la bouche, engourdissements ou picotements de la bouche, détresse psychologique, syndrome dépressif, nausées, vomissements et anorexie (18), constipation, diarrhées, anxiété, dysphagie, toux, perturbation du sommeil, hémorragie cataclysmique, dysurie (19) (20).

En présence de ces symptômes, les médecins généralistes ont tendance à hospitaliser le patient car ils ne se sentent pas à l'aise pour les gérer. En effet, en moyenne, chaque médecin généraliste ne suit qu'environ trois patients en fin de vie par an (21). Les autres freins à la prise en charge des patients en soins palliatifs sont le manque de temps et le manque de formations.

Une dernière raison qui pousse les médecins généralistes à hospitaliser les patients en fin de vie est le manque de matériel médical disponible sur le territoire pour gérer les urgences à domicile ainsi que le manque de protocole écrit pour les accompagner dans la démarche (22).

1.6 Structures et organisation pour la prise en charge du patient en Soins Palliatifs à domicile

Dans le département de la Somme on retrouve le Réseau de Soins Palliatifs PALPI 80 qui couvre le territoire du département de la Somme et ainsi que deux cantons de l'Oise (Grandvilliers, Saint-Juste-en -Chaussée). Il est rattaché à l'unité de Soins Palliatifs présent au sein de l'hôpital Saint Victor à Amiens. Il a pour objectif de favoriser le maintien à domicile des personnes qui le souhaitent, d'optimiser et de coordonner le travail en équipe pluridisciplinaire et d'assurer le lien entre les acteurs du domicile et les établissements. Dans le département sont aussi présentes des Equipes Mobiles de Soins Palliatifs (EMSP) au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) d'Amiens, au Centre Hospitalier de Doullens, au Centre Hospitalier d'Abbeville et des lits réservés aux patients en fin de vie au Centre Hospitalier Intercommunal (CHI) de la Baie de Somme, au Centre Hospitalier de Roye et au Centre Hospitalier de Corbie.

2. Matériel et Méthode

2.1 Type d'étude

Cette étude, quantitative descriptive transversale, a été réalisée de février à juin 2021. Elle étudie les connaissances de médecins généralistes de la Somme concernant les notions générales relatives aux Soins palliatifs et à la gestion des symptômes aigus qui caractérisent les évolutions des pathologies qui affectent les patients en soins palliatifs.

2.2 La population source

La population source de l'étude est constituée de médecins généralistes installés dans le département de la Somme, exclusion faite des médecins remplaçants.

La liste des 588 médecins généralistes installés dans la Somme a été recueillie grâce au site internet de l'Ordre National des Médecins (23) et grâce à l'annuaire de la Sécurité Sociale. La saisie des noms a été réalisée avec le logiciel Microsoft Excel® version 2016. Un tirage au sort aléatoire a eu lieu à partir de cette base de données.

Parmi cette liste, un échantillon représentatif de 400 médecins généralistes a été sélectionné aléatoirement afin de ne pas biaiser la sélection et assurer une bonne représentativité finale de l'échantillon.

2.3 Réalisation du questionnaire

La réalisation du questionnaire s'est déroulée en plusieurs étapes.

La première partie du questionnaire a été réalisée après une réflexion sur les données qui pouvaient nous intéresser pour caractériser la population cible.

Elle contient des questions par rapport à : sexe et âge des médecins, lieu du cabinet, année d'installation, type d'exercice, organisation des visites à domicile et participation à la permanence des soins.

La deuxième partie du questionnaire, concernant les connaissances des médecins généralistes en ce qui concerne les soins palliatifs, a été créé à partir des données trouvées en littérature. En particulier

La dernière partie, plus spécifique, est centrée sur les urgences qui caractérisent la fin de vie ; elle a été élaborée à partir de la littérature scientifique sur le sujet. En particulier : l'article « Les urgences et les dernières heures à domicile »(24) de la Guide d'aide à la prise en charge des

patients en soins palliatifs à domicile destiné aux médecins généralistes Aurélie (25), plusieurs autres articles de la littérature (19)(26)(27)(28)(29); ainsi que la Fiche URGENCE PALLIA en Annexe 2.

2.4 Présentation du questionnaire

Le questionnaire ainsi créé a été mis en ligne via Google Forms en prenant soin de rester anonyme au niveau des réponses. Il a ensuite été transposé en analyse Microsoft Excel puis en document Microsoft Word. En plus de la mise en ligne du questionnaire, ce dernier a également été réalisé au format papier également transposé sous Microsoft Excel puis Microsoft Word.

Le questionnaire comporte 23 questions à choix unique ou à choix multiples ainsi que des questions à réponse libre lorsqu'il était difficile d'établir une liste exhaustive de réponses. Le questionnaire est présenté en Annexe 1.

2.5 Diffusion du questionnaire

Dans un premier temps, un lien direct vers le questionnaire a été envoyé par courrier électronique aux médecins généralistes de la Somme leur permettant de le remplir en ligne directement.

Devant le faible nombre de réponses, j'ai décidé d'envoyer le questionnaire par voie postale, accompagné d'une lettre explicative concernant le déroulement de l'étude et son objectif. Une enveloppe préimbrée accompagnait l'envoi afin de faciliter le retour du questionnaire.

2.6 Analyse des données

La saisie des données a été réalisée sous le logiciel Microsoft Excel®. Les statistiques descriptives ont été réalisées avec le logiciel Excel. Aucun test statistique n'a été utilisé, l'échantillon étant trop faible pour rendre ces tests significatifs. Les résultats sont présentés en pourcentage avec le nombre

Dans un premier temps, une étude descriptive a été réalisée. Les variables quantitatives ont été décrites par leur moyenne et leur médiane, et les variables qualitatives par le nombre d'observations (n) et le pourcentage correspondant (%).

Dans un deuxième temps, une étude analytique a été effectuée. Nous avons cherché à mettre en évidence, en fonction de l'exercice du praticien (ancienneté, localisation du cabinet, type d'exercice), de la réalisation ou non de formations en soins palliatifs et du nombre de patients

en fin de vie suivis sur une année, une différence éventuelle dans la prise en charge des symptômes suivantes :

- Hémorragie vaginale ou rectale
- Convulsions
- Fracture pathologique sur métastase osseuse
- Compression médullaire
- Douleur
- Obstruction intestinale maligne
- Agitation terminale
- État confusionnel aigu
- Rétention urinaire aiguë
- Phénomène thrombo-embolique
- Urgences psychiatriques (anxiété, attaque de panique, ...)
- Râles agoniques
- Détresse respiratoire
- Syndrome de la veine cave supérieure (dyspnée, toux, dysphagie, douleurs thoraciques, céphalées, troubles visuels, somnolence, sensation d'étourdissement, syncopes, convulsions, coma)
- Hypercalcémie maligne (anorexie, nausées et vomissements, constipation, polyurie et polydipsie, somnolence, état confusionnel aigu, coma)

Pour faciliter l'analyse statistique, les données de la question 3 ont été regroupées en deux réponses : « seul » et « cabinet de groupe » (cabinet de groupe, maison de santé pluridisciplinaire, centre de santé). De même, nous avons rassemblé les données de la question 4 en deux réponses : « milieu semi-rural/rural » et « milieu urbain », les données de la question 5 : « 0-10 ans » et « 11-30 ans » et les données de la question 16 : « suivi < de 3 patients/an », « suivi > 3 patients/an ».

Les réponses ont été analysées et confrontées à la littérature actuelle

3. Résultats

3.1 Caractéristiques des répondants

Parmi les 400 médecins contactés, seuls 74 ont répondu de manière complète au questionnaire soit un taux de réponse de 18.50%.

Les caractéristiques démographiques (Tableau 1) révèlent 48.65% d'hommes et 51.35% de Femmes Médecin Généralistes.

Parmi ces médecins 33,78% ont plus de 55 ans, 32,43% ont un âge compris entre 40 et 55 ans et 33,78% ont un âge compris entre 27 et 40 ans. L'âge moyen étant de 47 ans (Médiane 48 ; écart type : 9). Une majorité de femmes ont un âge compris entre 27 et 40 ans, alors qu'une majorité d'hommes ont un âge compris entre 56 et 65 ans.

3.1.1 Sexe et âge

| Sexe (n=74) | |
|---------------------------|-------------|
| Femme | 38 (51,35%) |
| Homme | 36 (48,65%) |
| Âge (Moyenne 47.3) | |
| 55-65 ans | 25(33.78%) |
| 27-40 ans | 25(33.78%) |
| 1-55 ans | 24(32.43%) |

Tableau 1 Sexe et âge des médecins répondants

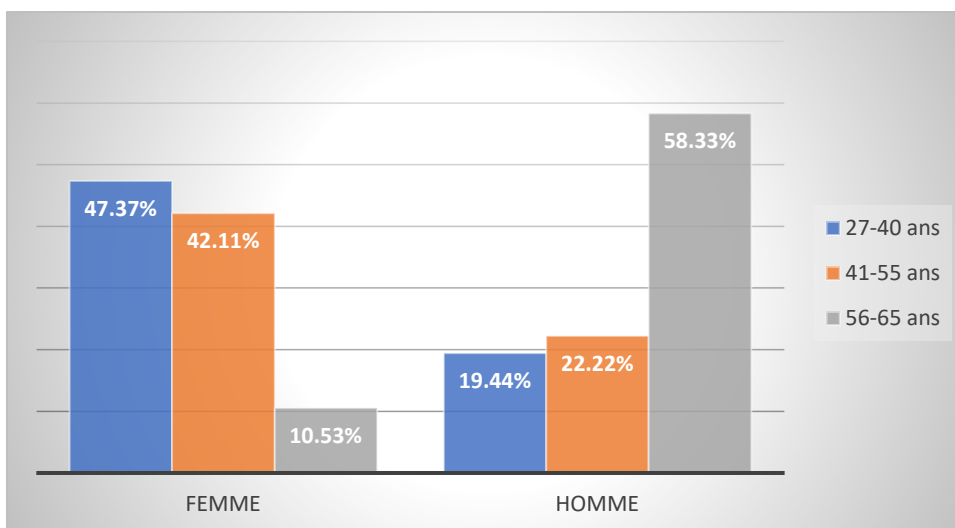


Figure 1 Rapport sexe-âge médecins répondants

3.2 Activité professionnelle

3.2.1 Année d'installation

| Nombre de années d'installation | |
|---------------------------------|-------------|
| <10 ans | 28 (37,84%) |
| Femme | 19 (25.68%) |
| Homme | 9 (12.16%) |
| >10 ans | 46 (62,16%) |
| Femme | 19 (25.68%) |
| Homme | 27 (36.49%) |

Tableau 2 Nombre de années d'installation des médecins répondants

Concernant le nombre d'années d'installation du médecin généraliste 37.84% des médecins se sont installés il y a moins de 10 ans, parmi eux, 25.68% sont femmes et 12.16% sont hommes. Les soixante-deux virgule seize pourcents de médecins restants se sont installés depuis plus de 10 ans. Parmi les médecins installés depuis plus de 10 ans, on note 25.68% de femmes et 36.49% d'hommes.

3.2.2 Milieu d'installation

| Secteur d'activité | |
|---|------------|
| Milieu rural (moins de 3000 habitants) | 25(33.78%) |
| Milieu semi-rural (entre 3000 et 10000 habitants) | 36(48.65%) |
| Milieu urbain (plus de 10000 habitants) | 13(17.57%) |

Tableau 2 Secteur d'activité des médecins répondants

Dans le département de la Somme, 33.78% des médecins interrogés exercent en milieu rural, 48.65% en milieu semi-rural et 17.57% en milieu urbain.

3.2.3 Type d'activité

| Type d'activité | |
|-----------------|-------------|
| Groupe | 61 (82,43%) |
| Seul | 13 (17,57%) |

Tableau 3 Type d'activité des médecins répondants

La grande majorité des médecins généralistes interrogés, 80.43%, exercent en cabinet de groupe, 17.57% seulement exercent seuls.

3.2.4 Activité supplémentaire au cabinet

| Activité supplémentaire au cabinet | |
|---|-------------|
| Aucune | 49 (66,22%) |
| Hospitalière | 5 (6.76%) |
| Médecin institut médicoéducatif | 3 (4.05%) |
| Médecin coordinateur EHPAD | 3 (4.05%) |
| Crèche | 2 (2.70%) |
| Médecin légiste et Médecin expert CPAM | 2 (2.70%) |
| Hypnose, EMDR | 1 (1,35%) |
| Hospitalière, Médecin coordinateur EHPAD | 1 (1,35%) |
| Médecin régulateur libérale Samu centre 15 | 1 (1,35%) |
| MSU / chef de clinique | 3 (4,05%) |
| Psychothérapeute | 1 (1,35%) |
| Médecin du Sport | 1 (1,35%) |
| Responsable médical d'un IMPro ADAPEI | 1 (1,35%) |
| Médecin coordinateur Lits Halte Soins Santé | 1 (1,35%) |

Tableau 4 Type d'activité en plus du cabinet des médecins répondants

66.22% de médecins ayant répondu au questionnaire exercent de manière exclusive dans leur activité principale de médecine générale. Les 33.8% restants exercent une ou plusieurs activités particulières supplémentaires. Seulement le 4.05% était maître de stage universitaire ou chef de clinique universitaire. Le 6.76% avait une activité mixte entre la ville et l'hôpital.

3.2.5 Permanence de soins et visites à domicile

| Permanence de Soins | |
|----------------------------|-------------|
| Non | 15 (20.27%) |
| Oui | 59 (79.73%) |
| Visites à domicile | |
| Oui | 72 (97.30%) |
| Non | 2 (2.70%) |

Tableau 4 Permanence des soins et visites à domicile

79.73% des médecins généralistes qui ont participé à l'étude participait à la permanence de Soins et 97.30% faisait des visites à domicile.

3.3 Formation en Soins Palliatifs

| Formation Soins Palliatifs | |
|--|-------------|
| Non | 51 (68.92%) |
| Oui | 23 (31.08%) |
| Type de formation | |
| Formation médicale continue (FAF, DPC) | 14 (46.67%) |
| Formation sur le terrain | 9 (30%) |
| Diplômes d'études spécialisées complémentaires (DESC), Diplôme universitaire (DU) ou interuniversitaire (DIU) | 7 (23.33%) |

Tableau 5 Formation en Soins palliatifs de médecins répondeurs

Parmi les médecins ayant participé à l'étude, 31.08% ont suivi une formation en Soins Palliatifs étant majoritairement (46.67%) issue de la formation médicale continue. 30% ont réalisé une formation sur le terrain. Seulement 23.33% ont suivi une formation universitaire en soins palliatifs.

| Formation en Soins Palliatifs | Age | | |
|--------------------------------------|------------------|------------------|------------------|
| | 27-40 ans | 41-55 ans | 56-65 ans |
| Non | 40,00% | 26,00% | 34,00% |
| Oui | 21,74% | 43,48% | 34,78% |

Tableau 6 Formation en Soins palliatifs par rapport à l'âge

Entre les médecins qui n'ont pas de formation en soins Palliatifs 40% ont entre 27 et 40 ans, 26% ont entre 41 et 55 ans et 34% ont entre 56 et 65 ans.

Entre les médecins qui ont une formation en soins palliatifs 21.74% ont entre 27 et 40 ans, 43.48% ont entre 41 et 55 ans et 34,78% ont entre 56 et 65 ans.

3.4 Connaissance en Soins Palliatifs

3.4.1 Connaissance sur le pourcentage de décès à domicile

| Pourcentage de décès à domicile des personnes adultes (18-99 ans) en France | |
|--|-------------|
| Je ne sais pas | 26 (35,14%) |
| 10-30% | 24 (32,43%) |
| <10% | 13 (17,57%) |
| 30-50% | 8 (10,81%) |
| >50% | 3 (4,05%) |

Tableau 7 Connaissance médecins généralistes en ce qui concerne le pourcentage des décès à domicile en France

35% des médecins généralistes répondants déclarent ne pas connaître le pourcentage de décès à domicile des personnes adultes (18-99 ans) en France, 32% pense que ce pourcentage de décès à domicile correspond à 10-30% des personnes adultes en France, 17.57% pense que le pourcentage soit moins de 10%, 10.81% pense que soit autour de 30_50% et 4.05% pense que soit plus de 50%.

La réponse correcte est 26% selon l'étude « Le dernier mois de l'existence : Les lieux de fin de vie et de décès en France »(13)

3.4.2 Connaissance sur le pourcentage de souhait de mourir à domicile

| Pourcentage de personnes en fin de vie souhaitant décéder à domicile | |
|---|-------------|
| >50% | 30 (40,54%) |
| Je ne sais pas | 24 (32,43%) |
| 10-30% | 10 (13,51%) |
| 30-50% | 9 (12,16%) |
| <10% | 1 (1,35%) |

Tableau 8 Connaissance médecins généralistes en ce qui concerne le pourcentage de souhait de décès à domicile en France

Concernant le souhait de mourir à domicile, 40,54% des répondants pensent que plus de 50% des français souhaitent mourir à domicile, 32.43% déclare ne pas connaître le pourcentage de souhait de décès à domicile, 13.51% pense que 10-30% des français souhaitent mourir à

domicile, 12.16% pense que 30-50% des français souhaitent mourir à domicile, 1.35% pense que moins de 10% des français souhaitent mourir à domicile.

La réponse correcte est 80% selon l'étude(30) menée en 2010 par Pennec et Gaymu.

3.4.3 Connaissance sur la Loi Leonetti-Claeys

Cette question sur la connaissance des grands principes de loi Léonetti avait plusieurs réponses possibles (question à choix multiples).

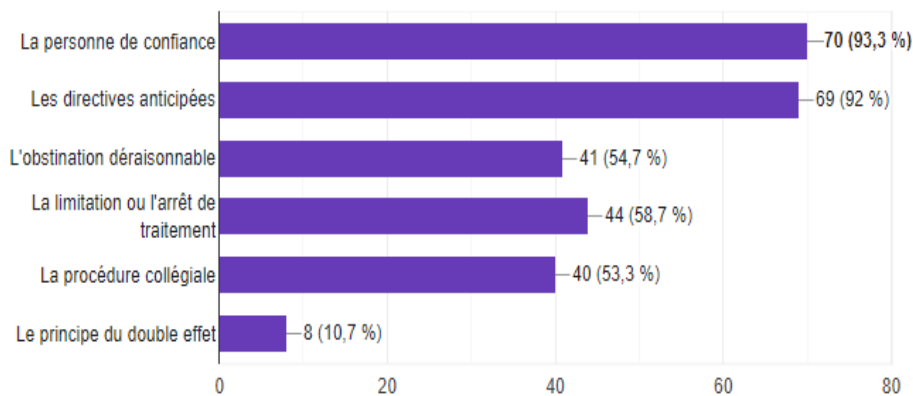


Figure 2 Connaissance médecins généralistes en ce qui concerne les principes de la Loi Leonetti-Claeys

La personne de confiance a été citée par 93.3% des médecins. Les directives anticipées par 92% des médecins. La limitation des traitements par 58.7% des médecins, l'obstination déraisonnable par 54.7% des répondants, la procédure collégiale par 53.3% et le principe du double effet par 10.7%.

3.4.4 Connaissance Réseau de Soins Palliatifs du département de la Somme et sa mission

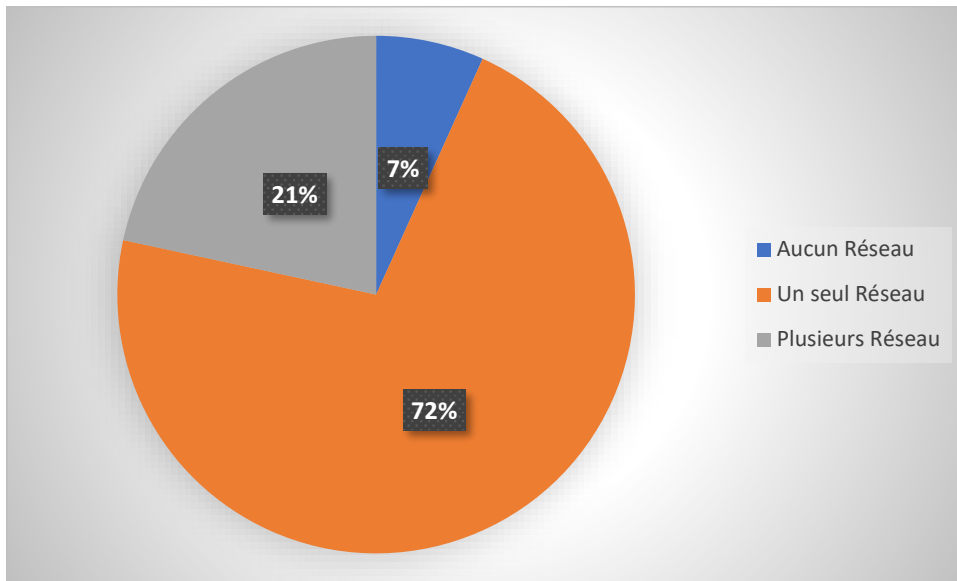


Figure 3 Connaissance médecins généralistes en ce qui concerne les Réseau de Soins Palliatifs du département de la Somme

72% des médecins connaissent au moins un Réseau de Soins Palliatifs, 21% connaissent plusieurs réseaux de Soins Palliatifs dans le département de la Somme et 7% seulement dit ne connaître aucun Réseau de Soins Palliatifs dans le département.

La réponse était ouverte et chaque médecin pouvait répondre librement, selon ses connaissances et en fonction de sa pratique quotidienne. La grande majorité des médecins interrogés connaissent le Réseau Palpi80 qui est le Réseau de soins palliatifs qui couvre le territoire du département de la Somme.

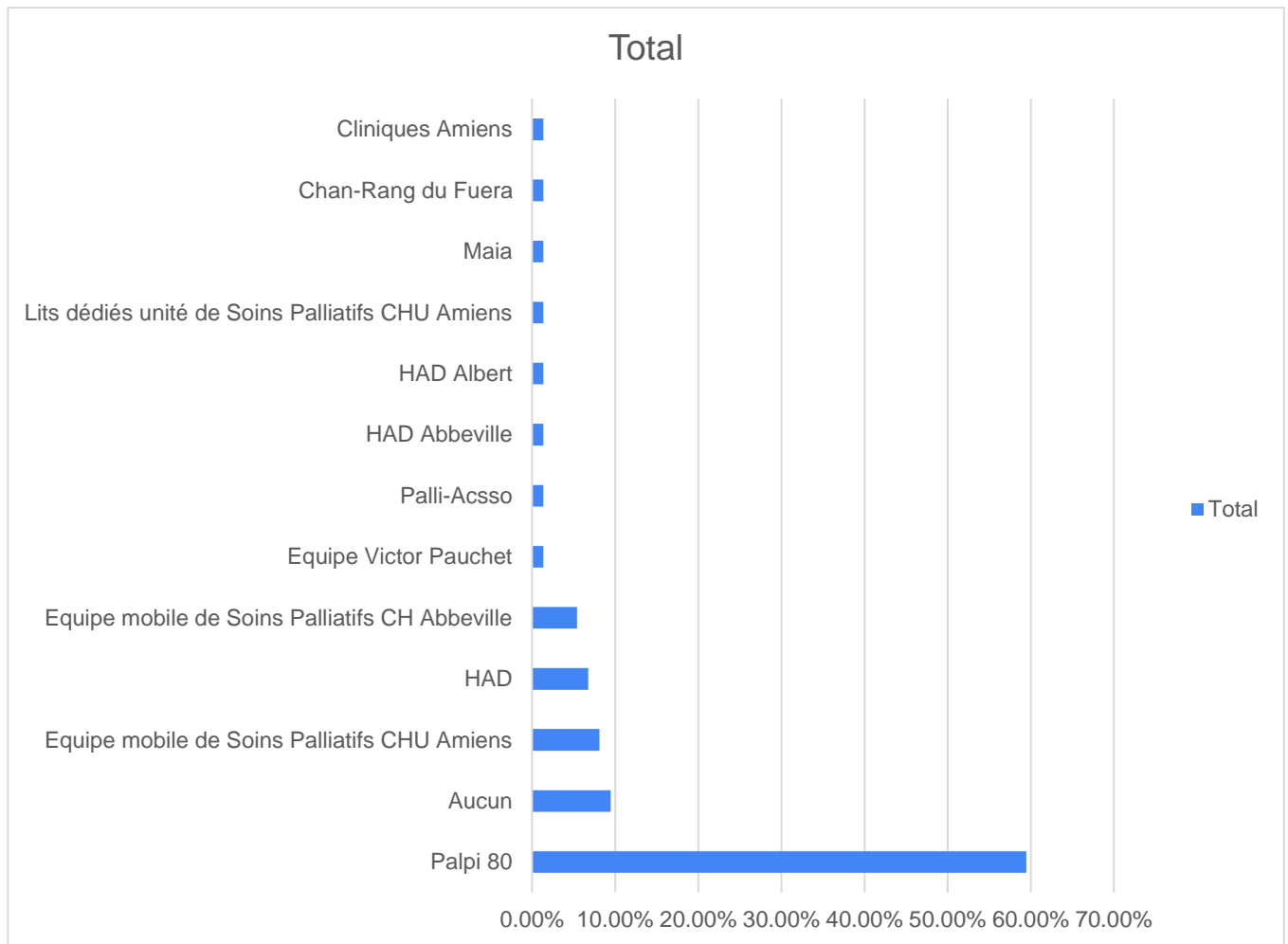
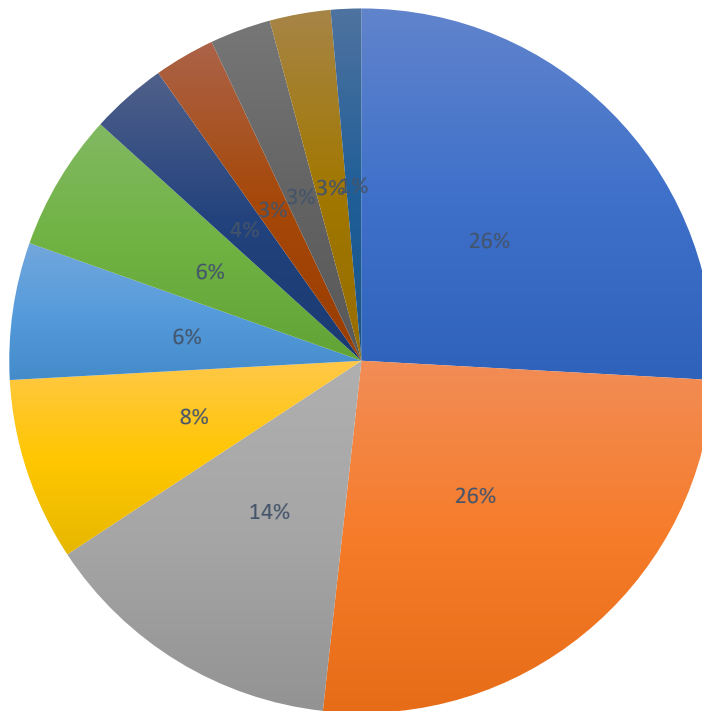


Figure 4 Noms des organisations (Réseaux, équipes mobiles, lits dédiés) gérant les Soins Palliatifs, connus par les médecins ayant répondu à l'étude.

Mission du Réseau de Soins Palliatifs



- Aide au médecin généraliste sur le sujet des soins palliatifs: prise en charge globale et spécifique des différents symptômes à domicile ou en EHPAD
- Aide à la prescription de médicaments et soins de confort, en particulier,analgésiques et hypnotiques/ protocole anticipé des soins/gestion de la douleur
- Accompagnement moral et social du patient et ses proches
- Soutien psychologique et psychiatrique du patient et son entourage
- Aide au maintien à domicile du patient
- Aide au patient et à sa famille dans l'acceptation de la mort et l'organisation des soins
- Coordination/ aide à la coordination des soins/ coordination ville-hôpital
- Prise en charge pluridisciplinaire: médecin, infirmière , kinésithérapeute, assistante sociale
- Nom Réseau ou Service dédié: Réseau Palpi, St Victor, équipe mobile CHU Amiens
- Faire respecter les souhaits du patient/travail et/ou rédaction de directives anticipées
- Acceptation et accueil de la famille

Figure 5 Missions du Réseau de Soins Palliatifs

La question relative à la mission du Réseau de Soins Palliatifs (Figure 5) dans le département était ouverte. Les deux principales missions attribuées au Réseau de Soins Palliatifs sont :

- « Aide au médecin généraliste sur le sujet des soins palliatifs : prise en charge globale et spécifique des différents symptômes à domicile ou en EHPAD » qui a été donné par 26% des médecins
- Aide à la prescription de médicaments et soins de confort, en particulier, antalgiques pour la gestion de la douleur et traitements sédatifs comme Hypnovel, mise en place d'un protocole anticipé des soins qui a été donné aussi par 26% des médecins

Les autres missions, par ordre de fréquence citée, sont :

- Accompagnement moral et social du patient et ses proches (14%)
- Soutien psychologique et psychiatrique du patient et son entourage (8%)
- Aide au maintien à domicile du patient (6%)
- Aide au patient et à sa famille dans l'acceptation de la mort et l'organisation des soins (6%)
- Coordination/ aide à la coordination des soins/ coordination ville-hôpital (4%)
- Prise en charge pluridisciplinaire : médecin, infirmière, kinésithérapeute, assistante sociale (3%)
- Nom Réseau ou Service dédié : Réseau Palpi 80, Clinique St Victor, équipe mobile CHU Amiens (3%)
- Faire respecter les souhaits du patient, travail et/ou rédaction de directives anticipées (3%)
- Acceptation et accueil de la famille (1%)

3.5 Pratique en Soins Palliatifs

3.5.1 Nombre de patients en fin de vie suivis à domicile les derniers 12 mois

| Nombre de patients en fin de vie suivis à domicile le 12 derniers mois | |
|--|--------|
| < 3 | 60,27% |
| Entre 3 et 5 | 26,03% |
| Aucune | 8,22% |
| > 5 | 5,48% |

Tableau 9 Nombre de patients en fin de vie suivis à domicile par les médecins pendant les derniers 12 derniers mois

60.27% des médecins ont suivi moins de trois patients en fin de vie lors des douze derniers mois, 26.03% ont suivi entre 3 et 5 patients, et 8.22% n'ont suivi aucun patient en fin de vie au cours des douze derniers mois. 5.48% ont suivi plus de 5 patients.

| Nombre de patients en fin de vie suivis à domicile les 12 derniers mois | Milieu du Cabinet | | |
|---|-------------------|-------------------|---------------|
| | Milieu rural | Milieu semi-rural | Milieu urbain |
| < 3 | 36,36% | 52,27% | 11,36% |
| Entre 3 et 5 | 36,84% | 31,58% | 31,58% |
| Aucune | 16,67% | 50,00% | 33,33% |
| > 5 | 25,00% | 75,00% | 0,00% |

Tableau 10 Nombre de patients en fin de vie suivis à domicile par les médecins pendant les derniers 12 derniers mois selon le milieu du cabinet

36.36% de médecins qui suivent moins de trois patients par an sont installés en milieu rural, 52.27% en milieu semi-rural et 11.36% en milieu urbain. 36.84% des médecins qui suivent entre 3 et 5 patients sont installés en milieu rural, 31.58% en milieu semi-rural et 31.58% en milieu urbain.

16.67% des médecins qui n'ont pas suivi des patients en fin de vie pendant la dernière année sont installés en milieu rural, 50% en milieu semi-rural et 33.33% en milieu urbain.

25% des médecins qui ont suivi plus de 5 patients en fin de vie pendant la dernière année sont installés en milieu rural, 75% en milieu semi-rural.

| Nombre de patients en fin de vie suivis à domicile les 12 derniers mois | Formation en Soins palliatifs | |
|---|-------------------------------|--------|
| | Non | Oui |
| < 3 | 70,45% | 29,55% |
| Entre 3 et 5 | 68,42% | 31,58% |
| Aucune | 50,00% | 50,00% |
| > 5 | 75,00% | 25,00% |

Tableau 11 Nombre de patients en fin de vie suivis à domicile par les médecins pendant les derniers 12 derniers mois selon le milieu du cabinet

Entre les médecins qui suivent moins de 3 patients par an 70.45% n'ont pas de formation en Soins Palliatifs et 29.55% ont une formation, entre ceux qui suivent entre 3 et 5 patients, 68.42%

n'ont pas de formation et 31.58% ont une formation, la moitié de ceux qui ne suivent pas de patients ont une formation en soins palliatif, entre les médecins qui suivent plus de 5 patients 75% n'ont pas une formation et 25% ont une formation.

3.5.2 Encadrement de la prise en charge par le médecin traitant des patients en fin de vie

| Est-ce-que la prise en charge était encadrée ? | |
|---|-------------|
| Oui, elle était encadrée | 65 (87.84%) |
| Non, elle n'était pas encadrée | 9 (12,16%) |

Tableau 12 Encadrement de la prise en charge des patients en fin de vie à domicile

87.84% des prises en charge des patients en fin de vie fait par les médecins interrogés était encadré par une structure ou organisation spécialisée dans la prise en charge des patients en soins palliatifs, seulement le 12.16% n'était pas encadré.

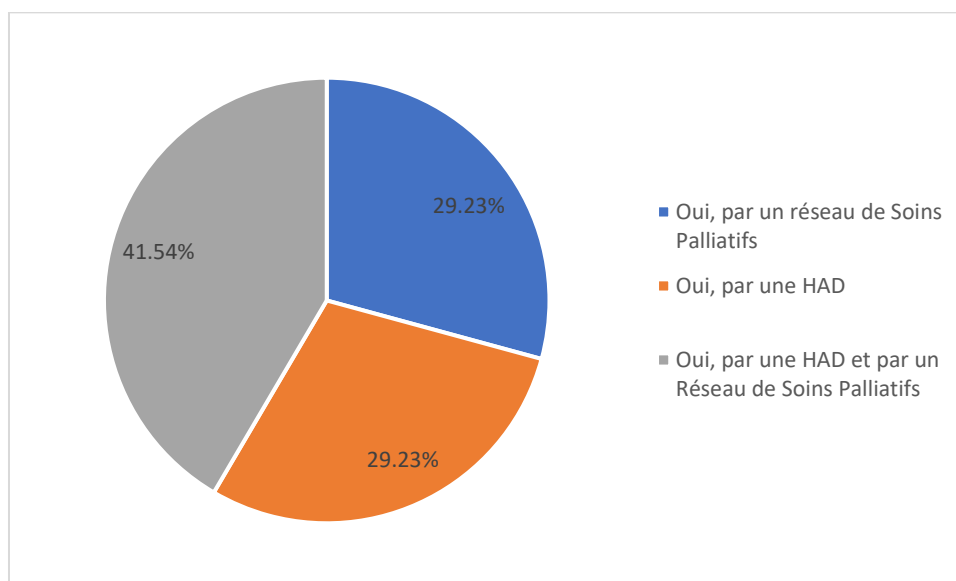


Figure 6 Responsable encadrement du suivi des patients en fin de vie

Parmi les suivis encadrés, 41.54% des encadrements ont été effectués par une HAD et par un Réseau de Soins Palliatifs. 29.23% des suivis ont été encadrés par un Réseau de Soins Palliatifs (réseau non précisé), 29.23% également ont été encadrés par une HAD

3.5.3 Identification des patients qui pourraient bénéficier des Soins Palliatifs

| Parvenez-vous à identifier les patients susceptibles de bénéficier de soins palliatifs ? | |
|---|------------|
| Oui, plutôt facilement | 49(65,33%) |
| Cela dépend des symptômes | 24(32%) |
| Non, plutôt difficilement | 2(2,67%) |

Tableau 13 Capacité d'identifier les patients qui pourraient bénéficier de Soins Palliatifs

65,33% des médecins répondant à l'étude pensent savoir reconnaître plutôt facilement les patients qui pourraient bénéficier de Soins Palliatifs ; 32% des médecins éprouvent quelques difficultés à reconnaître les patients qui pourraient bénéficier de Soins Palliatifs et les 2,67% restant ont des difficultés pour identifier les patients qui pourraient bénéficier de Soins Palliatifs.

3.5.4 Fiche Urgence Pallia

| Connaissez-vous la Fiche Urgence Pallia ? Dans votre pratique quotidienne, est-ce que vous l'utilisez ? | |
|--|-------------|
| Non, je ne la connais pas et je ne l'utilise pas | 30 (88,24%) |
| Oui, Je la connais, mais je ne l'utilise pas | 3 (8,82%) |
| Oui, Je la connais et je l'utilise | 1 (2,94%) |

Tableau 14 Connaissance et utilisation Fiche Urgence Pallia

Parmi 34 médecins ayant répondu au sujet de la connaissance de la Fiche Urgence Pallia et son application le 88,24% ne connaissent pas et n'utilisent pas la Fiche, 8,82% connaissait la Fiche mais ne l'utilisait pas dans la pratique quotidienne. Il n'y a que 2,94% de l'échantillon qui connaît et utilise la Fiche d'Urgence Pallia.

3.5.5 Critères d'inclusion et d'exclusion en Soins Palliatifs

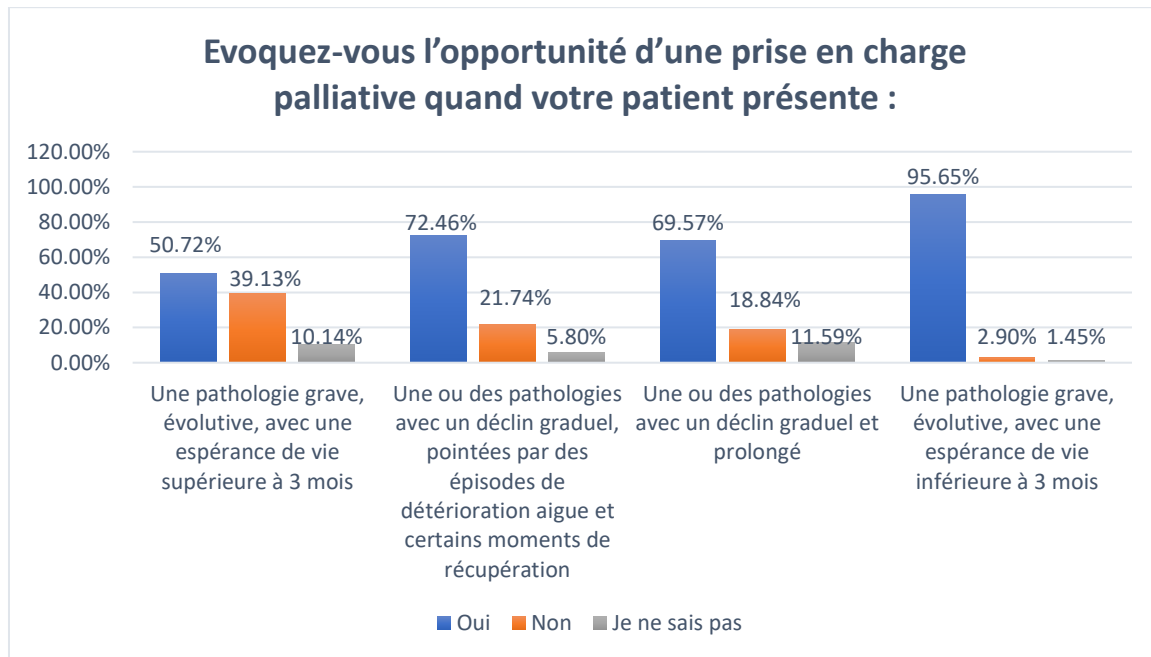


Figure 7 Critères d'inclusion et d'exclusion d'un patient pour une prise en charge palliative

50.72% des médecins généralistes évoquent l'opportunité d'une prise en charge palliative lorsque le patient présente une pathologie grave, évolutive, ou avec une espérance de vie supérieure à 3 mois. 72.46% des médecins évoquent l'opportunité d'une prise en charge palliative quand le patient présente une ou des pathologies présentant un déclin graduel, pointé par des épisodes de détérioration aiguë et certains moments de récupération. 69.57% des médecins présentent l'opportunité d'une prise en charge palliative au patient présentant une ou plusieurs pathologies avec un déclin graduel et prolongé. Pour finir, 95.65% des médecins évoquent la prise en charge palliative quand le patient présente une pathologie grave, évolutive, avec une espérance de vie inférieure à 3 mois.

3.5.6 Gestion de symptômes à domicile

Les symptômes pouvant être retenus comme étant des urgences dans le contexte de fin de vie ont été définis après une recherche dans la littérature (19)(26)(27)(28)(29). Les symptômes sont les suivants :

- Hémorragie vaginale ou rectale
- Convulsions
- Fracture pathologique sur métastase osseuse
- Compression médullaire
- Douleur
- Obstruction intestinale maligne
- Agitation terminale
- État confusionnel aigu
- Rétention urinaire aigüe
- Phénomène thrombo-embolique
- Urgences psychiatriques (anxiété, attaque de panique, ...)
- Râles agoniques
- Détresse respiratoire
- Syndrome de la veine cave supérieure (dyspnée, toux, dysphagie, douleurs thoraciques, céphalées, troubles visuels, somnolence, sensation d'étourdissement, syncopes, convulsions, coma)
- Hypercalcémie maligne (anorexie, nausées et vomissements, constipation, polyurie et polydipsie, somnolence, état confusionnel aigu, coma)

Il a été demandé aux médecins généralistes si leur prise en charge en cas de confrontation à ces symptômes correspond à une hospitalisation ou à un maintien à domicile. L'analyse réalisée a porté sur l'existence potentielle de de facteurs qui pouvaient influencer le choix du médecin. En particulier on a analysé si l'année d'installation, le milieu d'installation du cabinet, le type d'exercice, la formation en Soins Palliatifs et le nombre des patients en fin de vie suivi sur une année pouvaient influencer la décision du médecin.

3.5.6.1 Année d'installation

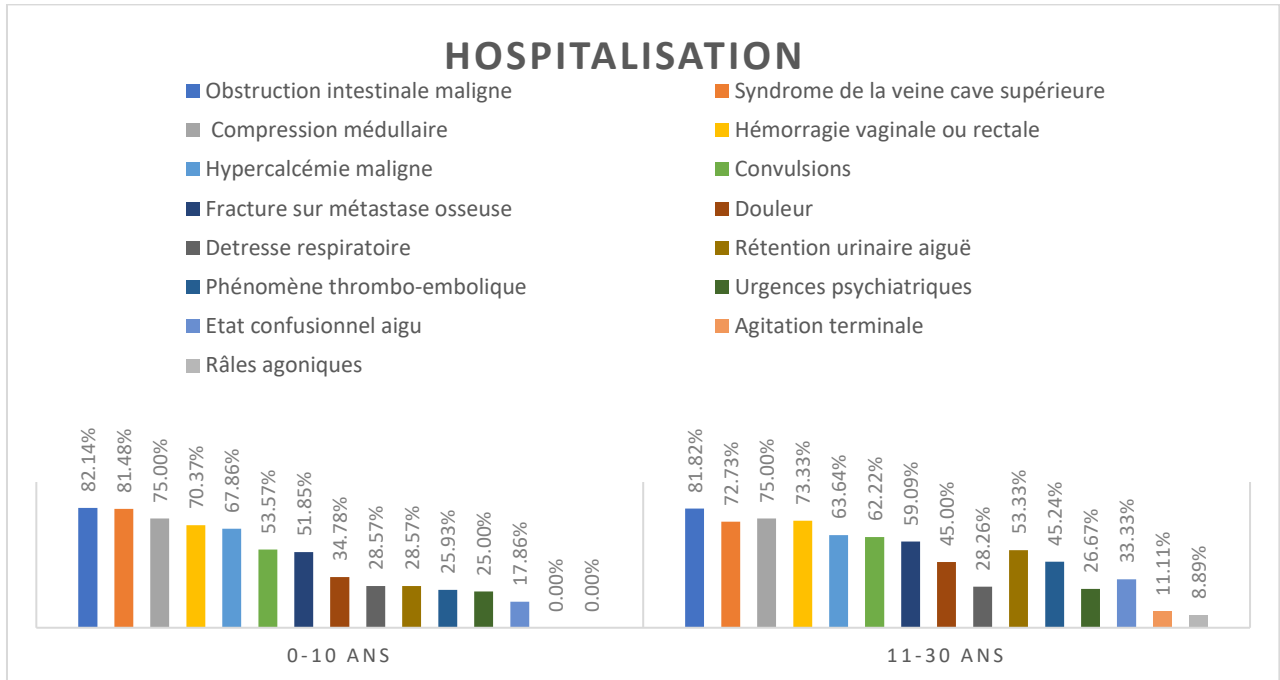


Figure 8 *Décision d'hospitalisation devant les différents symptômes selon l'année d'installation*

82.14% des médecins ayant répondu à l'étude étant installés depuis moins de 10 ans ainsi que 81.82% des médecins étant installés depuis plus de 10 ans hospitalisent les patients atteints d'**obstruction intestinale** maligne (Figure 8).

81.48% des médecins ayant répondu à l'étude installés depuis moins de 10 ans et 72.73% des médecins qui sont installés depuis plus de 10 ans hospitalisent les patients atteints du **syndrome de la veine cave supérieure** (Figure 8).

75% des médecins ayant répondu à l'étude qui sont installés depuis moins de 10 ans et 75% des médecins qui sont installés depuis plus de 10 ans hospitalisent les patients atteints d'une **compression médullaire** (Figure 8).

70.37% des médecins installés depuis moins de 10 ans et 73.33% des médecins qui sont installés depuis plus de 10 ans hospitalisent les patients atteints d'une **hémorragie vaginale ou rectale** (Figure 8).

67.86% des médecins ayant répondu et étant installés depuis moins de 10 ans et 63.64% des médecins étant installés depuis plus de 10 ans hospitalisent les patients atteints d'une **hypercalcémie maligne** (Figure 8).

53.57% des médecins répondant à l'étude et installés depuis moins de 10 ans et 62.22% de ceux qui sont installés depuis plus de 10 ans hospitalisent les patients atteints des **épisodes de convulsions** (Figure 8).

51.85% des médecins installés depuis moins de 10 ans et 59.09% de ceux qui sont installés depuis plus de 10 ans hospitalisent les patients atteints de **fracture sur métastase osseuse** (Figure 8).

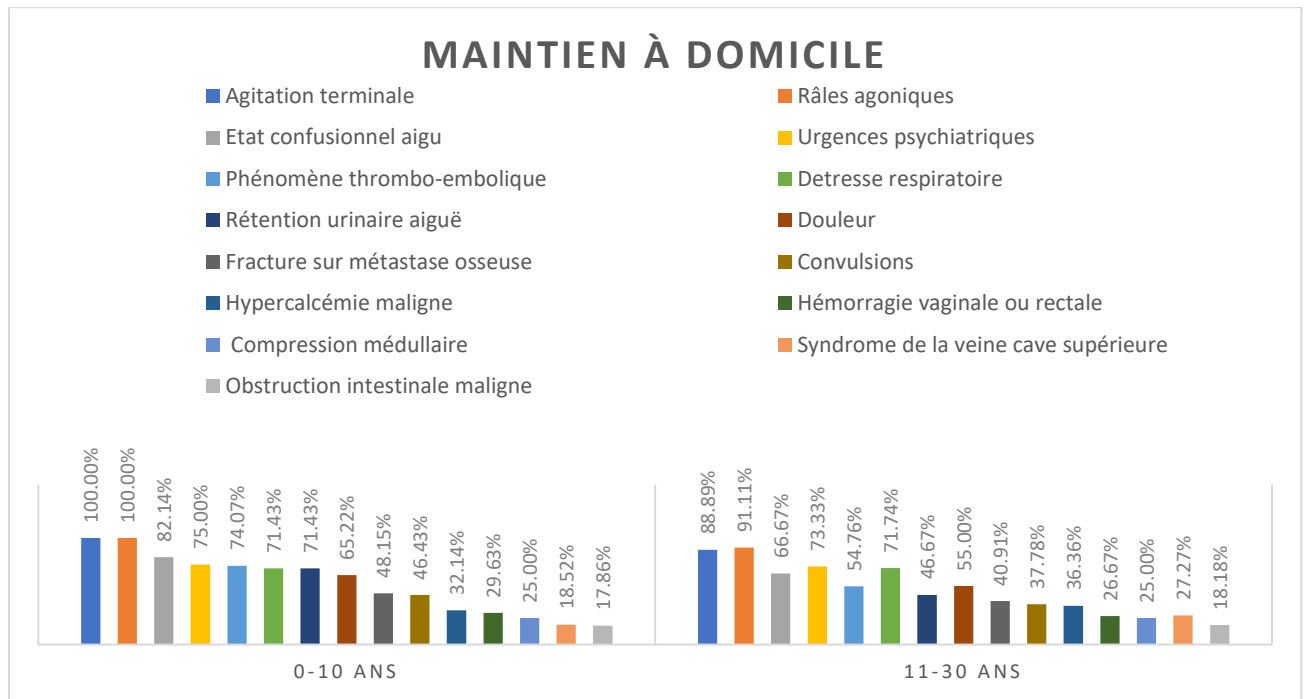


Figure 9 *Décision de maintien à domicile devant les différents symptômes selon l'année d'installation*

65.22% des médecins qui sont installés depuis moins de 10 ans et 55% qui sont installés depuis plus de 10 ans gardent à domicile les patients atteints de **douleur** (Figure 9).

71.43% des médecins installés depuis moins de 10 ans et 71.74% de ceux qui sont installés depuis plus de 10 ans gardent à domicile les patients atteints de **détresse respiratoire** (Figure 9).

71.43% restants, installés depuis moins de 10 ans et 46.67% de ceux qui sont installés depuis plus de 10 ans gardent à domicile les patients atteints par **rétention aiguë d'urine** (Figure 9).

74.07% des médecins ayant répondu à l'étude et étant installés depuis moins de 10 ans et 54.76% de ceux qui sont installés depuis plus de 10 ans gardent à domicile les patients atteints par un **phénomène thromboembolique** (Figure 9).

75% des médecins installés depuis moins de 10 ans et 73.33% des médecins qui sont installés depuis plus de 10 ans gardent à domicile les patients atteints par une **urgence psychiatrique** telle que l'anxiété ou une attaque de panique (Figure 9).

82.14% des médecins restants installés depuis moins de 10 ans et 66.67% des médecins qui sont installés depuis plus de 10 ans gardent à domicile les patients atteints par un **état confusionnel aigu** (Figure 9).

100% des médecins installés depuis moins de 10 ans et 88.89% des médecins qui sont installés depuis plus de 10 ans gardent à domicile les patients atteints par une **agitation terminale** (Figure 9).

100% des médecins installés depuis moins de 10 ans et 91.11% des médecins qui sont installés depuis plus de 10 ans gardent à domicile les patients qui présentent des **râles agoniques** (Figure 9).

3.5.6.2 Localisation du cabinet

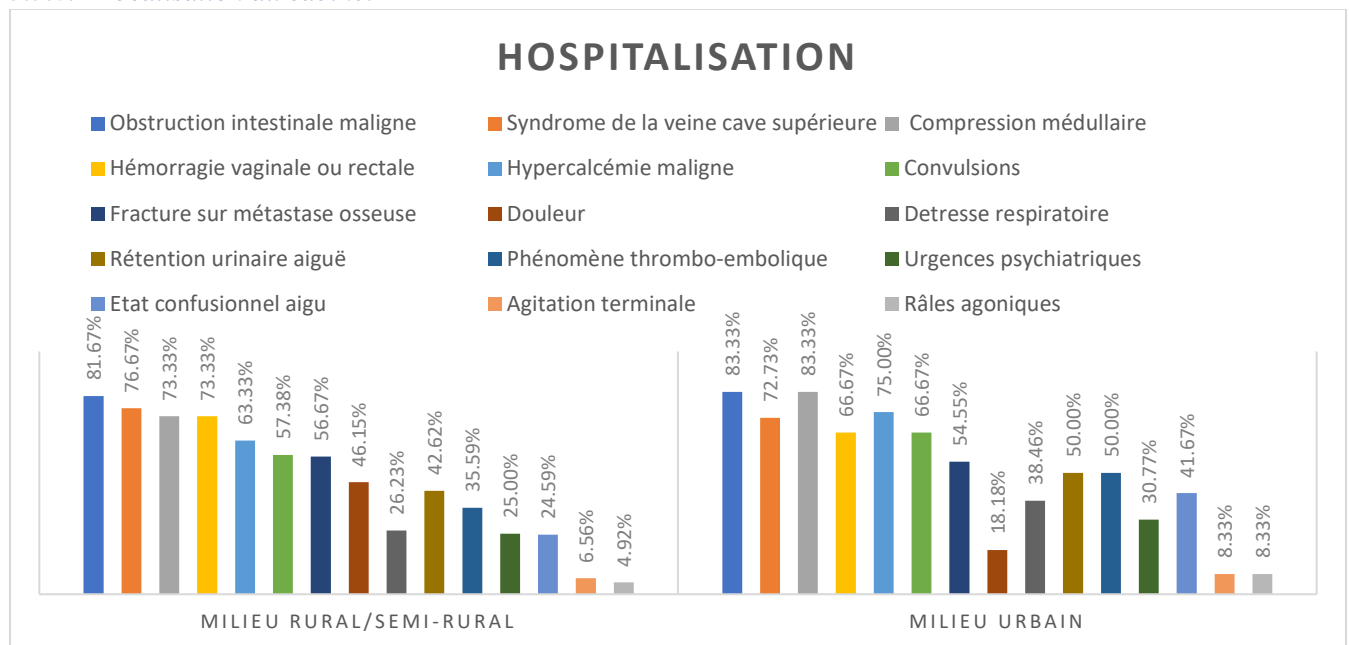


Figure 10 *Décision d'hospitalisation devant les différents symptômes en fonction du lieu d'installation*

81.67% des médecins ayant répondu et étant installés en milieu rural/semi-rural et 83.33% des médecins qui sont installés en milieu urbain hospitalisent les patients atteints d'**obstruction intestinale maligne** (Figure 10).

76.67% des médecins répondeurs installés en milieu rural/semi-rural et 72.73% des médecins qui sont installés en milieu urbain hospitalisent les patients atteints du **syndrome de la veine cave supérieure** (Figure 10).

73.33% des médecins installés en milieu rural/semi-rural et 83.33% des médecins qui sont installés en milieu urbain hospitalisent les patients atteints d'une **compression médullaire** (Figure 10).

73.33% des médecins ayant répondu à l'étude et installés en milieu rural/semi-rural ainsi que 66,67% des médecins qui sont installés en milieu urbain hospitalisent les patients atteints d'une **hémorragie vaginale ou rectale** (Figure 10).

63.33% des médecins répondeurs installés en milieu rural/semi-rural et 75 % des médecins répondeurs qui sont installés en milieu urbain hospitalisent les patients atteints d'une **hypercalcémie maligne** (Figure 10).

57,38% des médecins répondeurs installés en milieu rural/semi-rural et 66,67 % des médecins répondeurs qui sont installés en milieu urbain hospitalisent les patients atteints un **épisode de convulsion** (Figure 10).

56,67% des médecins répondeurs installés en milieu rural/semi-rural et 54,55 % des médecins qui sont installés en milieu urbain hospitalisent les patients atteints un épisode de **fracture sur métastase osseuse** (Figure 10).

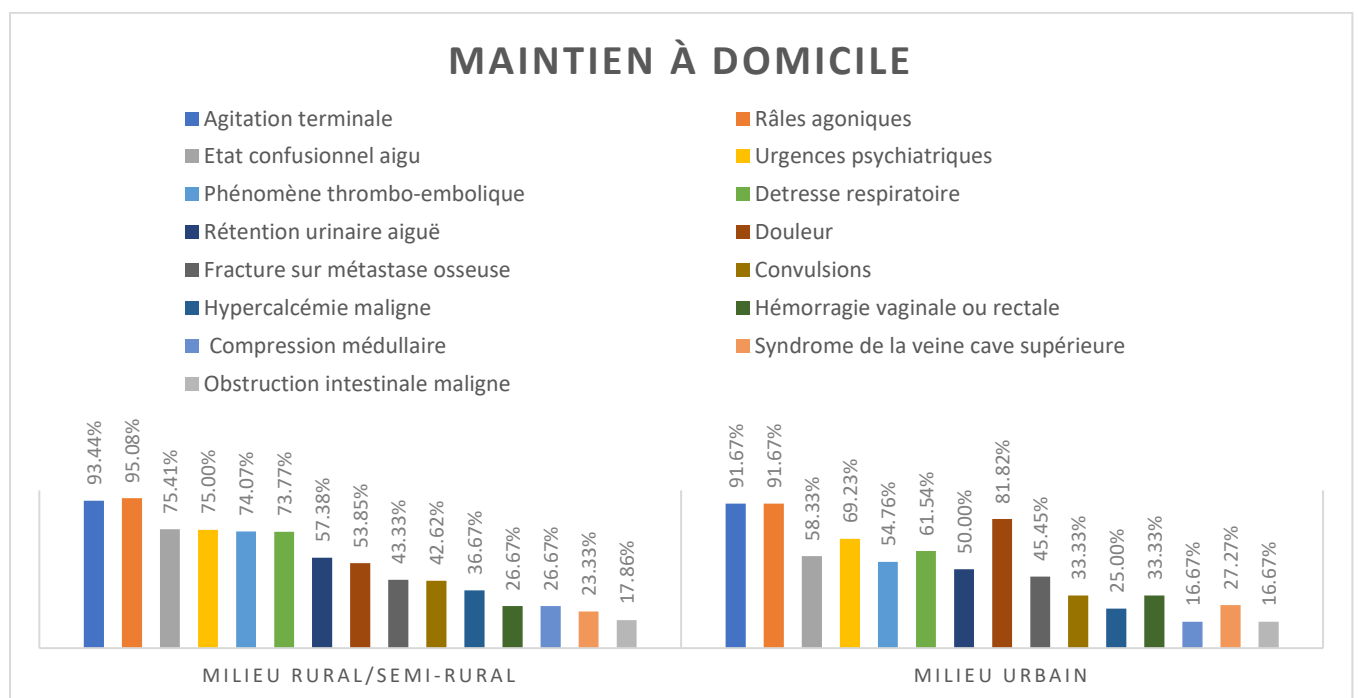


Figure 11 *Décision de maintien à domicile devant les différents symptômes en fonction du lieu d'installation*

53,85% des médecins répondeurs installés en milieu rural/semi-rural et 81,82% des médecins qui sont installés en milieu urbain gardent à domicile les patients atteints par **douleur** (Figure 11).

73,77% des médecins répondeurs installés en milieu rural/semi-rural et 61,54% des médecins qui sont installés en milieu urbain gardent à domicile les patients atteints par **détresse respiratoire** (Figure 11).

57,38% des médecins répondeurs installés en milieu rural/semi-rural et 50% des médecins qui sont installés en milieu urbain gardent à domicile les patients atteints par **rétenction urinaire aigue** (Figure 11).

74,07% des médecins répondeurs installés en milieu rural/semi-rural et 54,76% des médecins qui sont installés en milieu urbain gardent à domicile les patients atteints par **phénomène thromboembolique** (Figure 11).

75% des médecins répondeurs installés en milieu rural/semi-rural et 69,23% des médecins qui sont installés en milieu urbain gardent à domicile les patients atteints par **urgences psychiatriques** (Figure 11).

75,41% des médecins répondeurs installés en milieu rural/semi-rural et 58,33% des médecins qui sont installés en milieu urbain gardent à domicile les patients atteints par **état confusionnel aigu** (Figure 11).

93,44% des médecins répondeurs installés en milieu rural/semi-rural et 91,67% des médecins qui sont installés en milieu urbain gardent à domicile les patients atteints par **agitation terminale** (Figure 11).

95,08% des médecins répondeurs installés en milieu rural/semi-rural et 91,67% des médecins qui sont installés en milieu urbain gardent à domicile les patients qui présentent des **râles agoniques** (Figure 11).

3.5.6.3 Type d'exercice

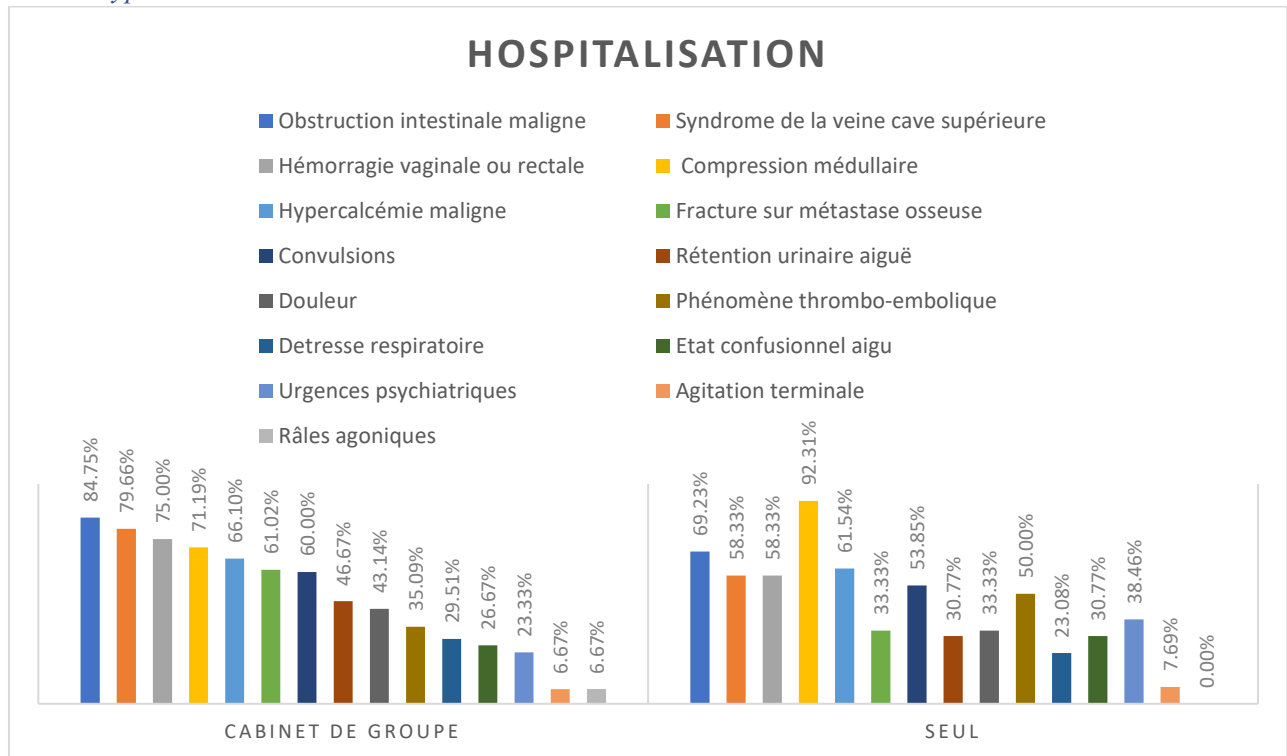


Figure 12 Décision d'hospitalisation devant les différents symptômes selon le type d'exercice

84,75% des médecins répondeurs installés en cabinet de groupe et 69,23% des médecins qui sont installés en cabinet seuls hospitalisent les patients atteints d'**obstruction intestinale maligne** (Figure 12).

79,66% des médecins répondeurs installés en cabinet de groupe et 58,33% des médecins qui sont installés en cabinet seuls hospitalisent les patients atteints du **syndrome de la veine cave supérieure** (Figure 12).

75% des médecins répondeurs installés en cabinet de groupe et 58,33% des médecins qui sont installés en cabinet seuls hospitalisent les patients atteints d'une **hémorragie vaginale ou rectale** (Figure 12).

71,19% des médecins répondeurs installés en cabinet de groupe et 92,13% des médecins qui sont installés en cabinet seuls hospitalisent les patients atteints d'une **compression médullaire** (Figure 12).

66,10% des médecins répondeurs installés en cabinet de groupe et 61,54% des médecins qui sont installés en cabinet seuls hospitalisent les patients atteints d'une **hypercalcémie maligne** (Figure 12).

61,02% des médecins répondeurs installés en cabinet de groupe et 33,33% des médecins qui sont installés en cabinet seuls hospitalisent les patients atteints d'une **fracture sur métastase osseuse** (Figure 12).

60% des médecins répondeurs installés en cabinet de groupe et 53,85% des médecins qui sont installés en cabinet seuls hospitalisent les patients atteints d'un **épisode de convulsions** (Figure 12).

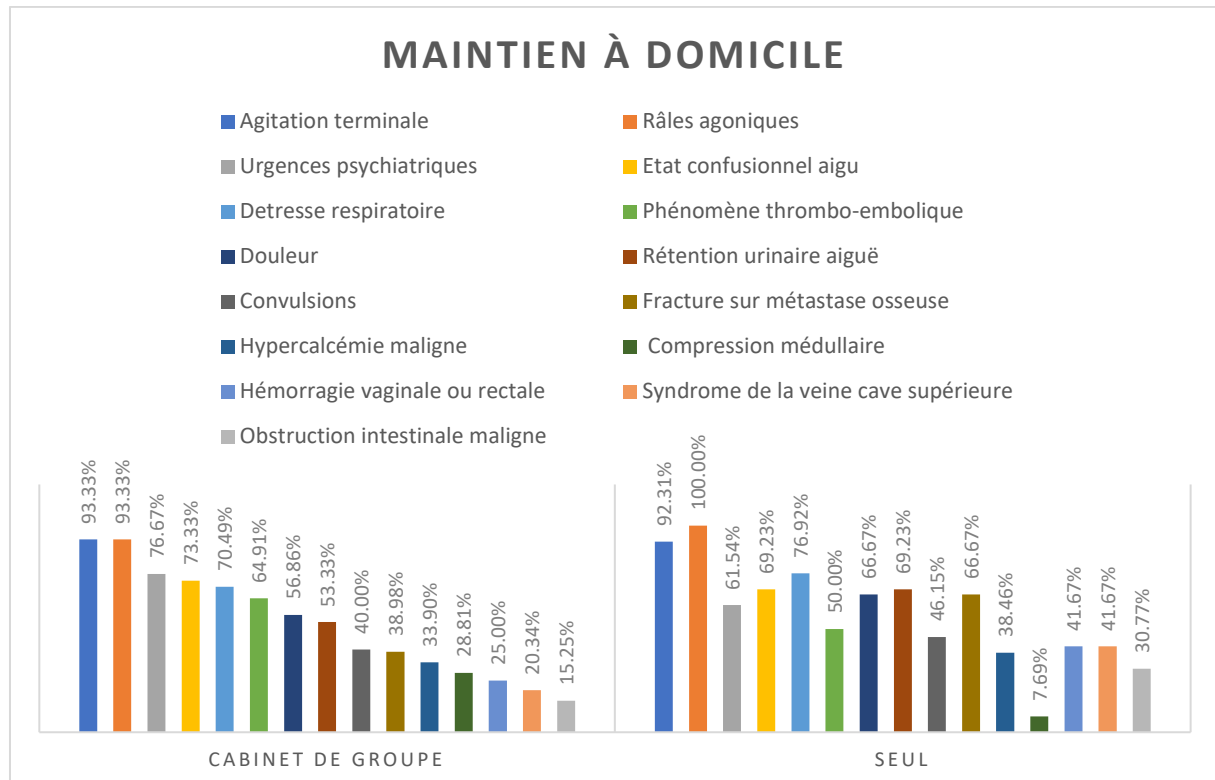


Figure 13 *Décision de maintien à domicile devant les différents symptômes selon le type d'exercice*

53,33% des médecins répondeurs installés en en cabinet de groupe et 69,23% des médecins qui sont installés en cabinet seuls gardent à domicile les patients atteints par **rétention urinaire aiguë** (Figure 13).

56,86% des médecins répondeurs installés en en cabinet de groupe et 66,67% des médecins qui sont installés en cabinet seuls gardent à domicile les patients atteints par **douleur** (Figure 13).

64,91% des médecins répondeurs installés en en cabinet de groupe et 50% des médecins qui sont installés en cabinet seuls gardent à domicile les patients atteints par **phénomène thromboembolique** (Figure 13).

70,49% des médecins répondants installés en en cabinet de groupe et 76,92% des médecins qui sont installés en cabinet seuls gardent à domicile les patients atteints par **détresse respiratoire** (Figure 13).

73,33% des médecins répondants installés en en cabinet de groupe et 69,23% des médecins qui sont installés en cabinet seuls gardent à domicile les patients atteints par **état confusionnel aigu** (Figure 13).

76,67% des médecins répondants installés en en cabinet de groupe et 61,54% des médecins qui sont installés en cabinet seuls gardent à domicile les patients atteints par une **urgence psychiatrique** (Figure 13).

93,33% des médecins répondants installés en en cabinet de groupe et 92,31% des médecins qui sont installés en cabinet seuls gardent à domicile les patients atteints par **agitation terminale** (Figure 13).

93,33% des médecins répondants installés en en cabinet de groupe et 100% des médecins qui sont installés en cabinet seuls gardent à domicile les patients qui présentent des **râles agoniques** (Figure 13).

3.5.6.4 Formation en Soins Palliatifs

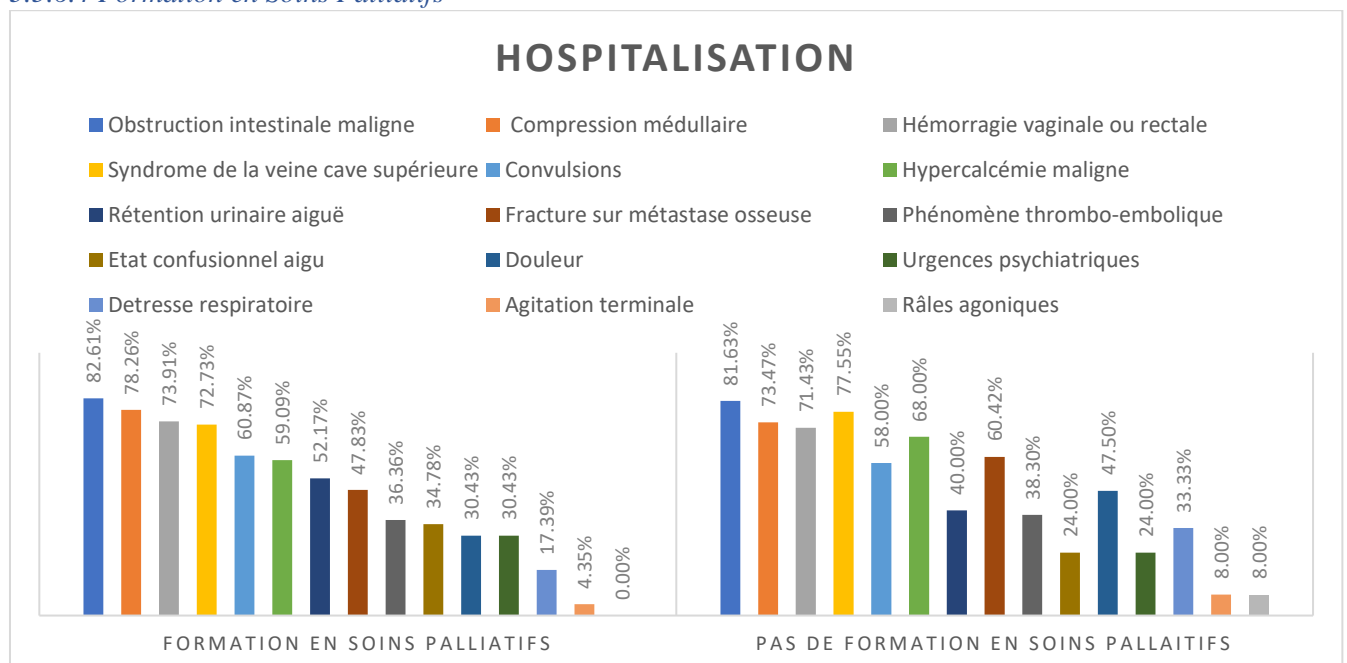


Figure 14 *Décision d'hospitalisation devant les différents symptômes selon la formation en Soins Palliatifs*

82,61% des médecins répondeurs qui ont une formation en soins palliatifs et 81,63% des médecins qui n'ont pas de formation en soins palliatifs hospitalisent les patients atteints d'**une obstruction intestinale maligne** (Figure 14).

78,26% des médecins répondeurs qui ont une formation en soins palliatifs et 73,47% des médecins qui n'ont pas de formation en soins palliatifs hospitalisent les patients atteints d'**une compression médullaire** (Figure 14).

73,91% des médecins répondeurs qui ont une formation en soins palliatifs et 71,43% des médecins qui n'ont pas de formation en soins palliatifs hospitalisent les patients atteints d'**une hémorragie vaginale ou rectale** (Figure 14).

72,73% des médecins répondeurs qui ont une formation en soins palliatifs et 77,55% des médecins qui n'ont pas de formation en soins palliatifs hospitalisent les patients atteints d'**un syndrome de la veine cave supérieure** (Figure 14).

60,87% des médecins répondeurs qui ont une formation en soins palliatifs et 58% des médecins qui n'ont pas de formation en soins palliatifs hospitalisent les patients atteints d'**un épisode de convulsions** (Figure 14).

59,09% des médecins répondeurs qui ont une formation en soins palliatifs et 68% des médecins qui n'ont pas de formation en soins palliatifs hospitalisent les patients atteints d'**une hypercalcémie maligne** (Figure 14).

52,17% des médecins répondeurs qui ont une formation en soins palliatifs et 40% des médecins qui n'ont pas de formation en soins palliatifs hospitalisent les patients atteints d'**une rétention urinaire aigue** (Figure 14).

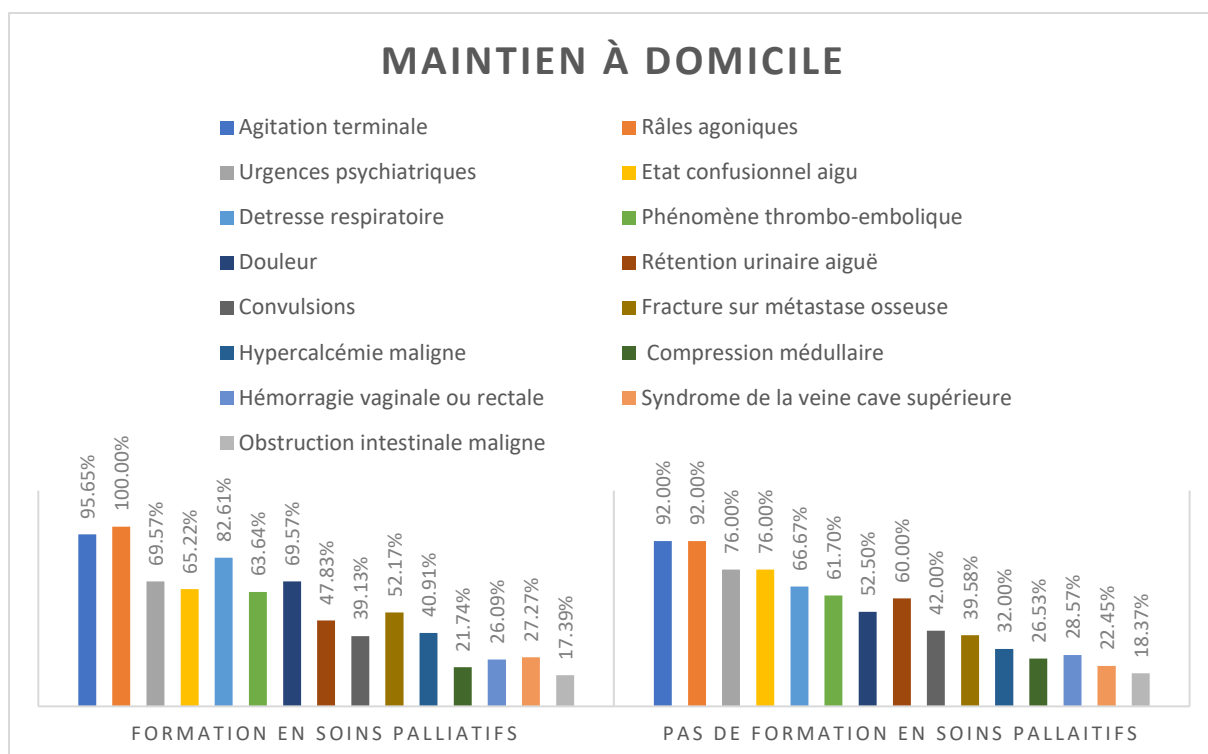


Figure 15 *Décision de maintien à domicile devant les différents symptômes selon la formation en Soins Palliatifs*

52,17% des médecins répondants qui ont une formation en soins palliatifs et 39,58% des médecins n'ont pas de formation en soins palliatifs gardent à domicile les patients atteints par **fracture sur métastase osseuse** (Figure 15).

63,64% des médecins répondants qui ont une formation en soins palliatifs et 61,70% des médecins n'ont pas de formation en soins palliatifs gardent à domicile les patients atteints par **un phénomène thromboembolique** (Figure 15).

65,22% des médecins répondants qui ont une formation en soins palliatifs et 76% des médecins n'ont pas de formation en soins palliatifs gardent à domicile les patients atteints par **un état confusionnel aigu** (Figure 15).

69,57% des médecins répondants qui ont une formation en soins palliatifs et 52,50% des médecins n'ont pas de formation en soins palliatifs gardent à domicile les patients atteints par **douleur** (Figure 15).

69,57% des médecins répondants qui ont une formation en soins palliatifs et 76% des médecins n'ont pas de formation en soins palliatifs gardent à domicile les patients atteints par **une urgence psychiatrique** (Figure 15).

82,61% des médecins répondeurs qui ont une formation en soins palliatifs et 66,67% des médecins n'ont pas de formation en soins palliatifs gardent à domicile les patients atteints par **détresse respiratoire** (Figure 15).

95,65% des médecins répondeurs qui ont une formation en soins palliatifs et 92% des médecins n'ont pas de formation en soins palliatifs gardent à domicile les patients atteints par **agitation terminale** (Figure 15).

100% des médecins répondeurs qui ont une formation en soins palliatifs et 92% des médecins n'ont pas de formation en soins palliatifs gardent à domicile les patients qui présentent **des râles agoniques** (Figure 15).

3.5.6.5 Patients en fin de vie suivis la dernière année

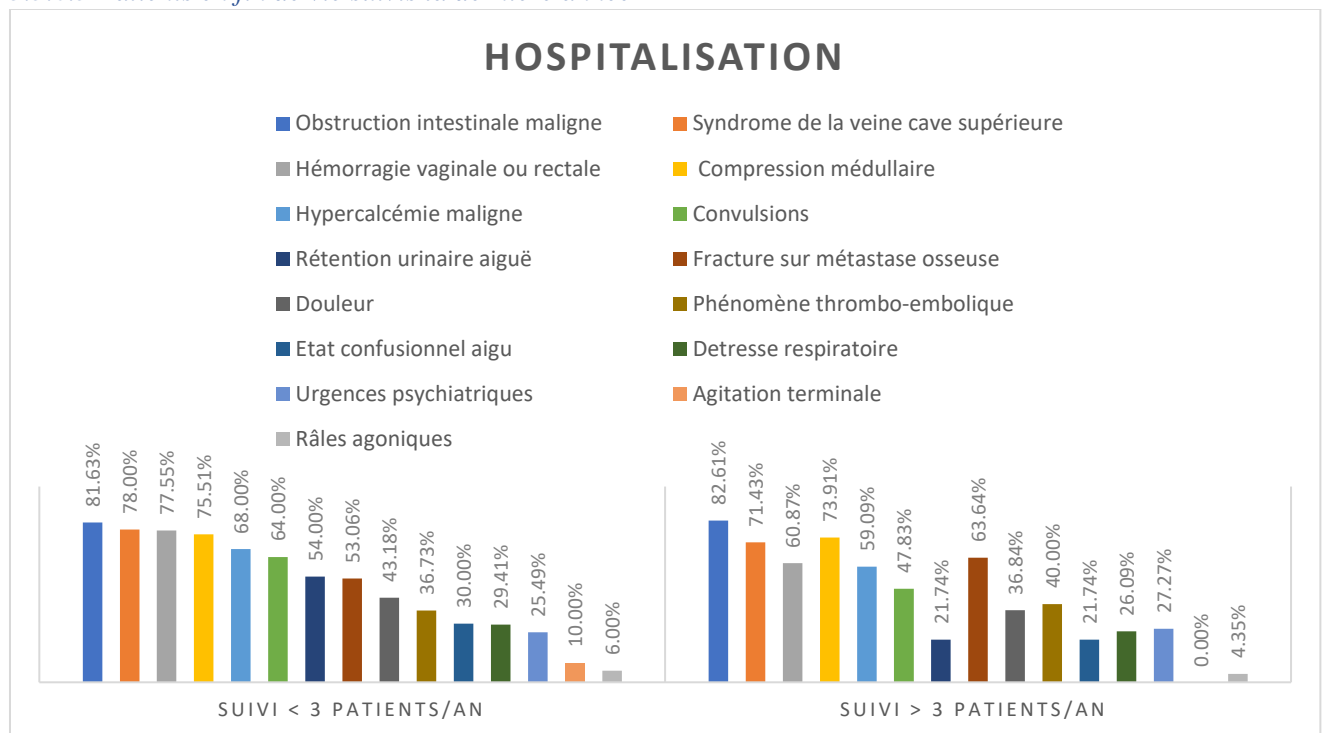


Figure 16 Décision d'hospitalisation devant les différents symptômes selon le nombre des patients en fin vie suivis la dernière année

81,63% des médecins répondants qui ont suivi moins de 3 patients en fin vie pendant la dernière année et 82,61% des médecins qui ont suivi plus de 3 patients en fin vie pendant la dernière année hospitalisent les patients atteints d'**une obstruction intestinale maligne** (Figure 16).

78% des médecins répondants qui ont suivi moins de 3 patients en fin vie pendant la dernière année et 71,43% des médecins qui ont suivi plus de 3 patients en fin vie pendant la dernière année hospitalisent les patients atteints d'**un syndrome de la veine cave supérieure** (Figure 16).

77,55% des médecins répondants qui ont suivi moins de 3 patients en fin vie pendant la dernière année et 60,87% des médecins qui ont suivi plus de 3 patients en fin vie pendant la dernière année hospitalisent les patients atteints d'**une hémorragie vaginale ou rectale** (Figure 16).

75,51% des médecins répondants qui ont suivi moins de 3 patients en fin vie pendant la dernière année et 73,91% des médecins qui ont suivi plus de 3 patients en fin vie pendant la dernière année hospitalisent les patients atteints d'**une compression médullaire** (Figure 16).

68% des médecins répondants qui ont suivi moins de 3 patients en fin vie pendant la dernière année et 59,09% des médecins qui ont suivi plus de 3 patients en fin vie pendant la dernière année hospitalisent les patients atteints d'**une hypercalcémie maligne** (Figure 16).

64% des médecins répondants qui ont suivi moins de 3 patients en fin vie pendant la dernière année et 47,83% des médecins qui ont suivi plus de 3 patients en fin vie pendant la dernière année hospitalisent les patients pour un **épisode de convulsions** (Figure 16).

54% des médecins répondants qui ont suivi moins de 3 patients en fin vie pendant la dernière année et 21,74% des médecins qui ont suivi plus de 3 patients en fin vie pendant la dernière année hospitalisent les patients pour **rétention urinaire aigue** (Figure 16).

53,06% des médecins répondants qui ont suivi moins de 3 patients en fin vie pendant la dernière année et 63,64% des médecins qui ont suivi plus de 3 patients en fin vie pendant la dernière année hospitalisent les patients pour une **fracture sur métastase osseuse** (Figure 16).

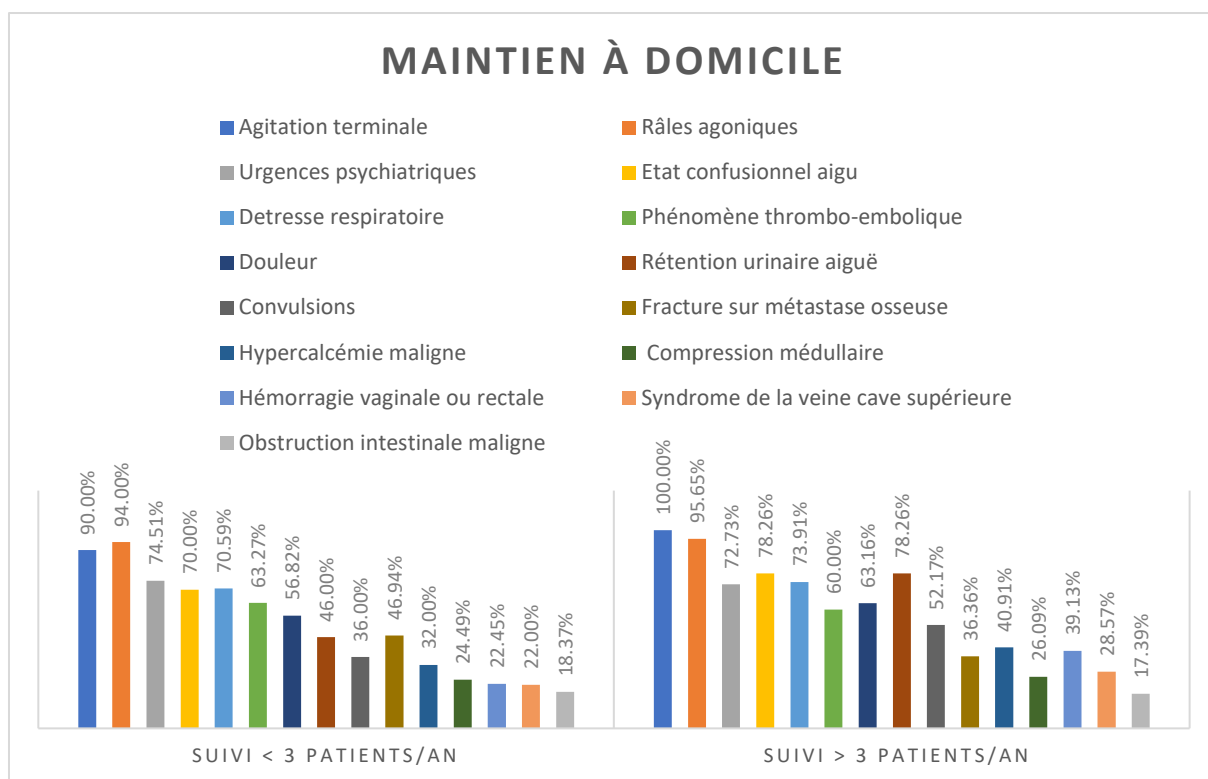


Figure 17 *Décision de maintien à domicile devant les différents symptômes selon le nombre des patients en fin vie suis la dernière année*

56,82% des médecins répondeurs qui ont suivi moins de 3 patients en fin vie pendant la dernière année et 63,16% des médecins qui ont suivi plus de 3 patients en fin vie pendant la dernière année gardent à domicile les patients atteints par **douleur** (Figure 17).

63,27% des médecins répondeurs qui ont suivi moins de 3 patients en fin vie pendant la dernière année et 60% des médecins qui ont suivi plus de 3 patients en fin vie pendant la dernière année gardent à domicile les patients atteints par **phénomène thromboembolique** (Figure 17).

70% des médecins répondeurs qui ont suivi moins de 3 patients en fin vie pendant la dernière année et 78,26% des médecins qui ont suivi plus de 3 patients en fin vie pendant la dernière année gardent à domicile les patients atteints par **état confusionnel aigu** (Figure 17).

70,59% des médecins répondeurs qui ont suivi moins de 3 patients en fin vie pendant la dernière année et 73,91% des médecins qui ont suivi plus de 3 patients en fin vie pendant la dernière année gardent à domicile les patients atteints par **détresse respiratoire** (Figure 17).

74,51% des médecins répondeurs qui ont suivi moins de 3 patients en fin vie pendant la dernière année et 72,73% des médecins qui ont suivi plus de 3 patients en fin vie pendant la dernière année gardent à domicile les patients atteints par une **urgence psychiatrique** (Figure 17).

90% des médecins réponders qui ont suivi moins de 3 patients en fin vie pendant la dernière année et 100% des médecins qui ont suivi plus de 3 patients en fin vie pendant la dernière année gardent à domicile les patients atteints par **agitation terminale** (Figure 17).

94% des médecins réponders qui ont suivi moins de 3 patients en fin vie pendant la dernière année et 95,65% des médecins qui ont suivi plus de 3 patients en fin vie pendant la dernière année gardent à domicile les patients qui présentent des **rôles agoniques** (Figure 17).

3.5.6.6 Choix des médecins toutes caractéristiques confondues

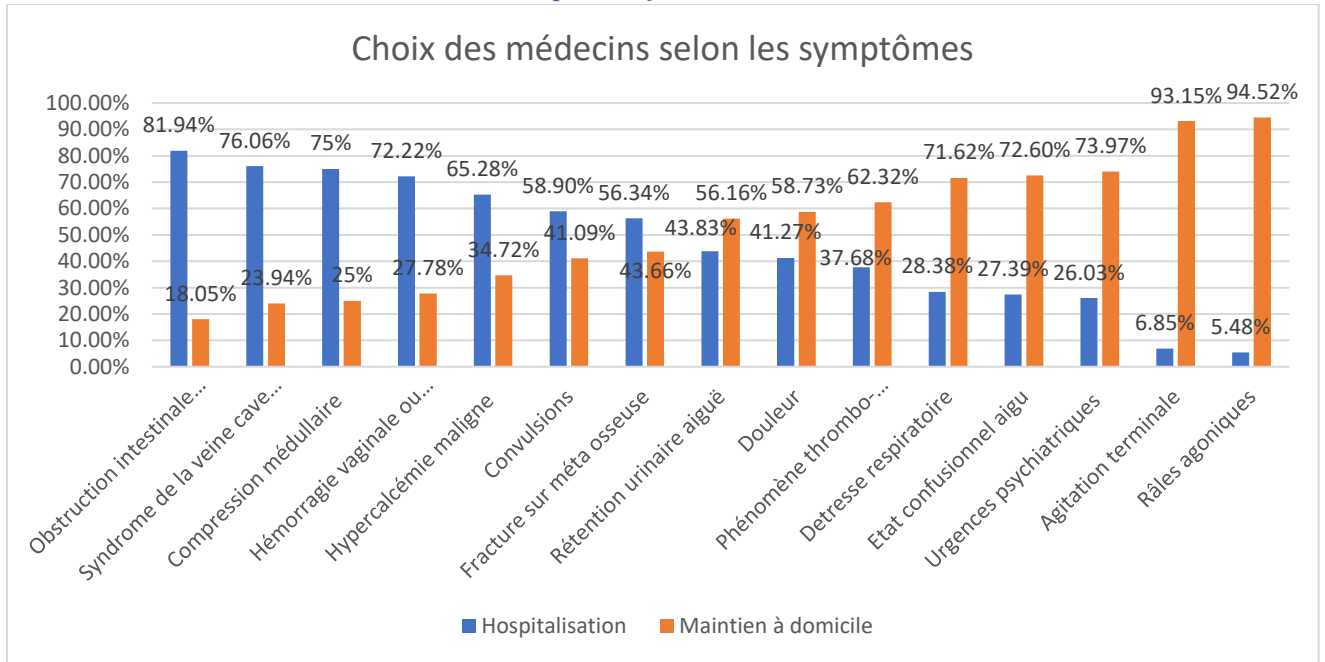


Figure 18 Choix des médecins toutes caractéristiques confondues

81.94% des médecins qui ont participé à notre étude décident d'hospitaliser leurs patients atteints d'**obstruction intestinal maligne** et 18.05% décident de les garder à domicile pour ce même symptôme.

76.06% des médecins qui ont participé à notre étude décident d'hospitaliser leurs patients atteints de **syndrome de la veine cave supérieure** et 23.94% décident de les garder à domicile pour le même symptôme.

75% des médecins qui ont participé à notre étude décident d'hospitaliser leurs patients atteints de **compression médullaire** et 25% décident de les garder à domicile pour le même symptôme.

72.22% des médecins qui ont participé à notre étude décident d'hospitaliser leurs patients atteints d'**hémorragie vaginale ou rectale** et 27.78% décident de les garder à domicile pour le même symptôme.

65.28% des médecins qui ont participé à notre étude décident d'hospitaliser leurs patients atteints d'**hypercalcémie maligne** et 34.42% décident de les garder à domicile pour le même symptôme.

58.90% des médecins qui ont participé à notre étude décident d'hospitaliser leurs patients atteints de **convulsions** et 41.09% décident de les garder à domicile pour le même symptôme.

56.34% des médecins qui ont participé à notre étude décident d'hospitaliser leurs patients atteints de **fracture sur métastase osseuse** et 43.66% décident de les garder à domicile pour le même symptôme.

43.83% des médecins qui ont participé à notre étude décident d'hospitaliser leurs patients atteints de **rétention urinaire aigue** et 56.16% décident de les garder à domicile pour le même symptôme.

41.27% des médecins qui ont participé à notre étude décident d'hospitaliser leurs patients atteints de **douleur** et 58.73% décident de les garder à domicile pour le même symptôme.

37.68% des médecins qui ont participé à notre étude décident d'hospitaliser leurs patients atteints de **phénomène thromboembolique** et 62.32% décident la garde à domicile pour le même symptôme.

28.38% des médecins qui ont participé à notre étude décident d'hospitaliser leurs patients atteints de **détresse respiratoire** et 71.62% décident la garde à domicile pour le même symptôme.

27.39% des médecins qui ont participé à notre étude décident d'hospitaliser leurs patients atteints **d'état confusionnel aigue** et 72.60% décident de les garder à domicile pour le même symptôme.

26.03% des médecins qui ont participé à notre étude décident d'hospitaliser leurs patients atteints **d'une urgence psychiatrique** et 73.97% décident de les garder à domicile pour le même symptôme.

6.85% des médecins qui ont participé à notre étude décident d'hospitaliser leurs patients atteints **d'agitation terminale** et 93.15% décident de les garder à domicile pour le même symptôme.

5.48% des médecins qui ont participé à notre étude décident d'hospitaliser leurs patients atteints **des râles agoniques** et 94.52% décident de les garder à domicile pour le même symptôme.

3.5.6.7 Appel Réseau de Soins Palliatifs

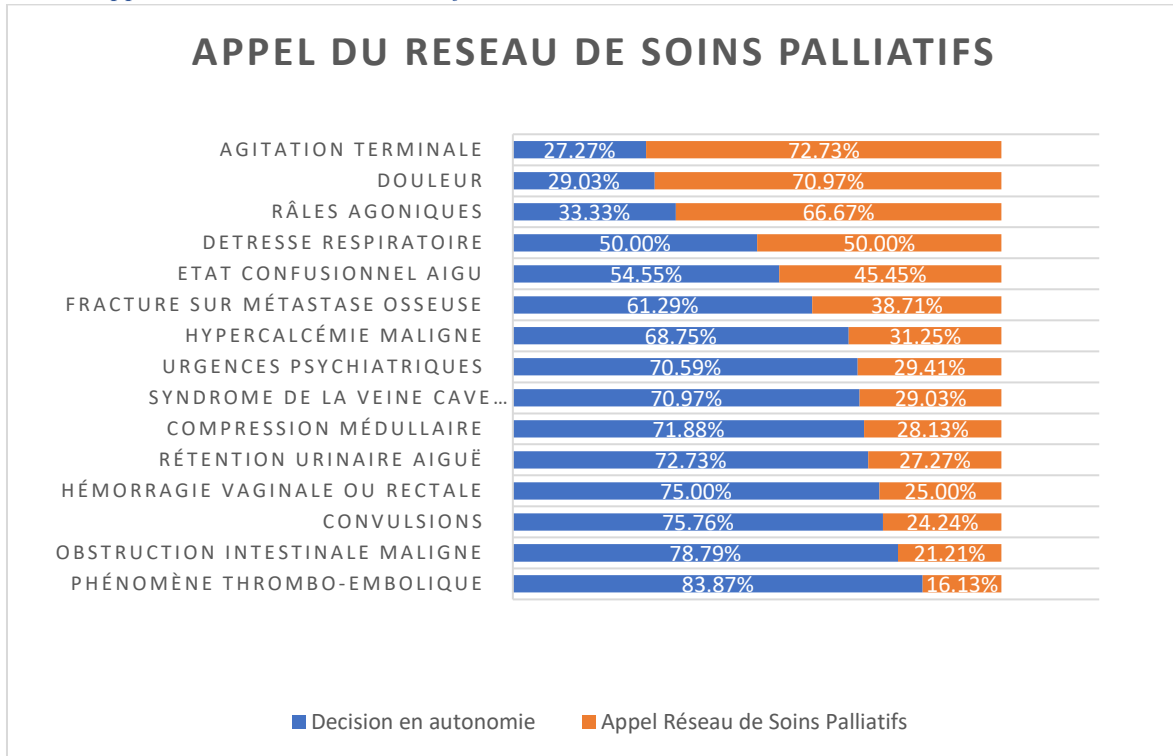


Figure 19 *Décision d'appeler le Réseau de Soins Palliatifs devant les différents symptômes pour avoir des conseils sur la conduite à tenir*

Seulement 36 médecins, 48% des médecins interrogés, ont répondu à la question sur les symptômes présents chez les patients qui de manière générale orientent les médecins généralistes à solliciter de l'aide auprès du Réseau de Soins Palliatifs.

72,73% des médecins répondants décide d'appeler le Réseau de Soins Palliatifs pour avoir de l'aide par rapport à la prise en charge de l'agitation terminale.

70,97% des médecins répondants préfère appeler le Réseau de Soins Palliatifs pour avoir de l'aide concernant la prise en charge de la douleur.

66,67% des médecins répondants appellent le Réseau de Soins Palliatifs pour avoir de l'aide par rapport à la prise en charge des râles agoniques.

50% des médecins répondants appellent le Réseau de Soins Palliatifs pour avoir de l'aide par rapport à la prise en charge de la détresse respiratoire.

45,45% des médecins répondants appellent le Réseau de Soins Palliatifs pour avoir de l'aide par rapport à la prise en charge de l'état confusionnel aigu.

38,71% des médecins répondants appellent le Réseau de Soins Palliatifs pour avoir de l'aide par rapport à la prise en charge d'une fracture sur métastase osseuse.

31,25% des médecins répondeurs appellent le Réseau de Soins Palliatifs pour avoir de l'aide par rapport à la prise en charge de l'hypercalcémie maligne.

29,41% des médecins répondeurs appellent le Réseau de Soins Palliatifs pour avoir de l'aide par rapport à la prise en charge des urgences psychiatriques.

29,03% des médecins répondeurs appellent le Réseau de Soins Palliatifs pour avoir de l'aide par rapport à la prise en charge du syndrome de la veine cave supérieure.

28,13% des médecins répondeurs appellent le Réseau de Soins Palliatifs pour avoir de l'aide par rapport à la prise en charge de la compression médullaire.

27,27% des médecins répondeurs appellent le Réseau de Soins Palliatifs pour avoir de l'aide par rapport à la prise en charge de la rétention urinaire aigue.

25% des médecins répondeurs appellent le Réseau de Soins Palliatifs pour avoir de l'aide par rapport à la prise en charge d'une hémorragie vaginale ou rectale.

24,24% des médecins répondeurs appellent le Réseau de Soins Palliatifs pour avoir de l'aide par rapport à la prise en charge d'un épisode de convulsions.

24,24% des médecins répondeurs appellent le Réseau de Soins Palliatifs pour avoir de l'aide par rapport à la prise en charge d'un épisode de convulsions.

21,21% des médecins répondeurs appellent le Réseau de Soins Palliatifs pour avoir de l'aide par rapport à la prise en charge d'une obstruction intestinale maligne.

16,13% des médecins répondeurs appellent le Réseau de Soins Palliatifs pour avoir de l'aide par rapport à la prise en charge d'un phénomène thromboembolique.

3.5.6.8 Commentaires sur la gestion des symptômes

A la fin du questionnaire il a été décidé de laisser un espace libre pour permettre aux médecins de pouvoir expliquer leur prise en charge des différents symptômes listés dans la question précédente. Il en ressort les commentaires présents dans le tableau (X) avec leur nombre d'occurrence.

| Commentaires sur la gestion des différents symptômes | |
|--|----|
| Gestion avec l'aide de Palpi 80 et/ou HAD | 13 |
| Décision d'hospitaliser/garder à domicile selon directives anticipées/volonté du patient | 10 |
| Décision d'hospitaliser/garder à domicile selon l'espérance de vie | 9 |
| Douleur : gestion à domicile avec morphine | 9 |
| Rétention aigue d'urine : gestion à domicile avec pose de sonde urinaire et/ou alfa-bloquant comme Omexel | 9 |
| Mise en place de traitement à domicile cas par cas | 8 |
| Urgences psychiatriques : gestion à domicile avec sédation, par exemple, gestion de l'anxiété à domicile avec Atarax | 7 |
| Crise d'épilepsie : maintien à domicile avec aide Réseau/HAD et traitement avec Valium | 6 |
| Râles agoniques : gestion à domicile avec Atarax ou valium sc/scopolamine/midazolam | 6 |
| Agitation terminale : gestion à domicile avec Hypnovel ou valium | 5 |
| Décision hospitaliser/garder à domicile selon matériel et aide disponible pour le médecin | 5 |
| Dyspnée : gestion à domicile avec O2/scopolamine/benzodiazépines | 5 |
| Hémorragie vaginale ou rectale : hospitalisation selon le contexte et/ou si abondante | 4 |
| Phénomène thrombo-embolique : si limité traitement à domicile avec anticoagulant | 4 |
| Anticipation d'une évolution négative avec mise à disposition des produits ou appareils au domicile | 2 |
| Décision traitement selon discussion collégiale | 2 |
| Etat confusionnel aigüe : hospitalisation selon le contexte et ou examens complémentaires | 2 |
| Fracture pathologique : hospitalisation /garde à domicile selon sa localisation | 2 |
| Fracture pathologique : garde à domicile avec antalgiques | 2 |
| Fracture pathologique : hospitalisation pour radiothérapie/plastie | 2 |
| Manque de pratique et connaissance | 2 |
| Dyspnée : hospitalisation selon le degré d'évolution du patient | 1 |
| Etat confusionnel aigu : gestion à domicile avec midazolam | 1 |
| Hémorragie vaginale ou rectale : traitement avec Tranxène à domicile | 1 |
| Hypercalcémie maligne : gestion à domicile selon le contexte | 1 |
| Obstruction intestinale : hospitalisation selon le contexte | 1 |
| Si hospitalisation, les soins palliatifs sont appelés au retour à domicile du patient | 1 |
| Urgences psychiatriques : hospitalisation selon le contexte | 1 |

Tableau 15 *Commentaires sur la gestion des différents symptômes*

Chaque répondeur pouvait donner autant des réponses libres qu'il voulait. Pour cette raison le nombre de réponses libres ne correspond pas au nombre de répondeurs.

13 réponses soulignent l'importance de l'avis et de l'aide du Réseau de Soins Palliatifs Palpi 80 et/ ou d'une hospitalisation à domicile (HAD) pour la gestion de tous les symptômes.

10 réponses expliquent que le médecin prends une décision d'hospitaliser ou de garder à domicile le patient selon ses directives anticipées ou ses volontés.

9 réponses montrent le fait que le médecin prend une décision d'hospitaliser ou garder à domicile le patient selon son espérance de vie.

9 réponses proposent le traitement de la douleur à domicile du patient avec de la morphine.

9 réponses proposent le traitement de la rétention aigüe d'urine à domicile avec pose de sonde urinaire et/ou traitement alfa-bloquant comme le traitement Omexel.

8 réponses montrent le fait que les médecins décident de mettre en place un traitement à domicile après une évaluation cas par cas des différents symptômes.

7 réponses proposent le traitement des urgences psychiatriques à domicile avec sédation, par exemple, la gestion de l'anxiété à domicile avec de l'Atarax.

Une seule réponse propose l'hospitalisation des urgences psychiatriques en fonction du contexte

6 réponses proposent le traitement d'une crise d'épilepsie à domicile avec du Valium et un accompagnement à l'aide d'un Réseau de Soins Palliatifs ou HAD.

6 réponses proposent le traitement des râles agoniques à domicile avec de l'Atarax ou du Valium en sous-cutané ou de la Scopolamine ou du Midazolam.

5 réponses proposent le traitement de l'agitation terminale à domicile avec de l'Hypnovel ou du Valium.

5 réponses montrent le fait que les médecins répondent basent leur décision d'hospitalisation ou maintien à domicile en fonction du matériel présent à domicile et des possibles aides qui peuvent être mises en place pour le patient. 5 réponses proposent le traitement de la dyspnée à domicile avec oxygénothérapie, l'utilisation de Scopolamine et de Benzodiazépine.

4 réponses proposent l'hospitalisation devant une hémorragie vaginale ou rectale, selon le contexte et/ou si elle est abondante

Une seule réponse propose le traitement de l'hémorragie vaginale ou rectale à domicile avec utilisation de Tranxène.

4 réponses proposent traitement à domicile avec anticoagulant d'un phénomène thromboembolique seulement s'il est localisé.

2 réponses proposent l'anticipation des évolutions négatives avec mise à disposition de médicaments ou d'appareils au domicile.

2 réponses proposent de prendre des décisions sur la conduite à tenir devant les différents symptômes avec une discussion collégiale.

2 réponses proposent l'hospitalisation devant un état confusionnel aigüe, selon le contexte, et/ou la prescription d'examens complémentaires.

2 réponses proposent la décision d'hospitalisation ou de maintien à domicile d'une fracture pathologique selon sa localisation corporelle.

2 réponses proposent le maintien à domicile avec antalgiques d'une fracture pathologique.

2 réponses proposent l'hospitalisation pour radiothérapie et/ ou plastie de la fracture pathologique.

2 réponses expliquent la difficulté des médecins généralistes à faire face aux symptômes énumérés à cause d'un manque de pratique et connaissances.

1 seule réponse propose la gestion à domicile de l'état confusionnel aigu avec du Midazolam.

1 seule réponse propose l'hospitalisation devant une dyspnée selon le degré d'évolution du patient.

1 seule réponse propose la gestion à domicile de l'hypercalcémie maligne selon le contexte.

1 seule réponse propose l'hospitalisation de l'obstruction intestinale selon le contexte.

1 seule réponse souligne l'importance de l'appel du Réseau de Soins Palliatifs pour la prise en charge du patient à la sortie d'hospitalisation.

4. Discussion

4.1 Choix du matériel et méthode

Le choix de la méthode quantitative était le plus pertinent pour répondre à l'objectif principal de mon étude qui consistait à réaliser un état des lieux de la prise en charge par les médecins généralistes de la Somme, des symptômes qui caractérisent les évolutions des pathologies qui affectent les patients palliatifs. Cette méthode a été choisie car elle permet de déterminer quelle proportion de la population étudiée possède une pratique similaire de la médecine, et d'étendre les pourcentages obtenus à l'ensemble des médecins conformément au sujet de l'étude ; la taille de l'échantillon ayant été judicieusement choisie. Cette méthode nous a permis, à travers la diffusion d'un questionnaire, d'essayer de recueillir le plus grand nombre des réponses possibles afin de pouvoir se faire une idée réaliste du rapport entre les médecins généralistes et le Réseau Palpi 80 en ce qui concerne la prise en charge à domicile des patients en fin de vie.

4.1.1 Le questionnaire

Le questionnaire est composé d'une majorité de réponses fermées. Les réponses étant fermées, il est important de souligner la présence de retours notifiant qu'il aurait été intéressant de prendre en compte une gamme plus large de facteurs décisionnels tant niveau symptômes que matériel médical et environnement du patient. Ceci peut être un facteur limitant de l'étude. Des questions ouvertes ont toutefois laissé libre expression aux médecins participant à l'étude ; ces questions portaient notamment sur les actions menées devant les symptômes des patients et leur vision de la mission du Réseau de Soins Palliatifs.

Chaque questionnaire étant anonyme afin de laisser libre expression au médecin.

Initialement, le questionnaire était développé pour être disponible et recevoir les réponses en ligne, sur internet. Un certain nombre de médecins préférant le format papier de questionnaire, ce dernier a été imprimé et diffusé par la poste en étant accompagné d'une enveloppe préimprimée afin de faciliter l'envoi du questionnaire complété.

4.1.2 Problématiques liées au taux de participation

La diffusion du questionnaire a fait face à plusieurs difficultés. Ces difficultés peuvent s'expliquer par un faible taux de participation. Ce dernier étant de 18.5 % et ce, malgré des relances. L'échantillon de l'étude est donc limité d'un point de vue statistique par le faible taux de participation. Pour cette raison, aucun test statistique n'a été réalisé, l'échantillon étant trop

faible pour rendre ces tests significatifs. Il est cependant important de noter que ce taux reste dans la moyenne des autres études sur le même sujet(31)(32)(33).

D'autres difficultés rencontrées, concernent la diffusion du questionnaire :

- Impossibilité d'avoir une « mailing list » par l'Ordre des médecins du département ainsi que par l'URPS (Union régionale des professionnels de santé),
- Réticence de la part des médecins généralistes à partager leur adresse mail, malgré un premier contact téléphonique pour expliquer les objectifs de l'étude,
- Obtention des adresses mails du Secrétariat des Maisons de Santé ou pluridisciplinaires avec impossibilité de contact direct avec les médecins concernés par l'étude,
- Demande de plusieurs médecins de leur faire parvenir le questionnaire par courrier devant leur difficulté d'utilisation de matériel informatique et/ou absence de matériel informatique dans leur cabinet,
- Adresses de Cabinets et de Maisons de Santé/Pluridisciplinaires non à jour sur le site de l'Ordre des médecins, ainsi que sur le site de la Sécurité Sociale.

En plus de ces difficultés, il apparaît que les médecins généralistes sont de plus en plus sollicités par le nombre croissant de travaux de fins d'études. En effet, le travail de thèse en médecine générale peut être réalisé soit à partir d'un questionnaire, soit à partir d'un entretien qui concerne souvent les médecins généralistes installés. Cela peut nous faire penser que les médecins qui ont participé à l'étude sont ceux qui sont les plus sensibilisés et les plus intéressés par le sujet, ce qui constitue donc, un autre biais de sélection à notre étude.

Dernier point qui peut expliquer la faiblesse du taux de participation est le fait que l'étude a été limitée au seul département de la Somme et uniquement aux médecins généralistes installés. Ce choix a été réalisé du fait que le Réseau Palpi 80 intervient dans le territoire du département de la Somme uniquement et du fait que les médecins généralistes installés ont un suivi des patients plus stable et prolongé que les médecin remplaçants.

4.2 Représentativité de l'échantillon

4.2.1 Sexe et âge

En comparaison avec la population de MG de la Somme de l'année 2015 (34), notre échantillon est plus jeune (moyenne d'âge échantillon 47 vs 50) et comprend plus de femme (51.35% vs 43%). Il n'est donc pas représentatif de la population médicale départementale de l'année 2015, par contre il représente bien la tendance de féminisation et rajeunissement de la population médicale qui caractérise les dernières années (35).

4.2.2 Année d'installation

Concernant les années d'installation, il apparait une répartition égale de la population féminine (25%), que les médecins soient installées depuis plus de 10 ans ou depuis moins de 10 ans. Les médecins de sexe masculin, sont majoritairement (36.5%) installés depuis plus de 10 ans.

4.2.3 Milieu d'installation

La majorité des médecins participant à l'étude (66.22%) exercent en milieu semi-rural ou rural. Je pense que ce pourcentage s'explique par deux facteurs. Le premier vient du fait que la plus grande partie des centres habités dans le département de la Somme ont moins de 10 000 habitants (36). Pour cette raison, ils sont considérés en zone semi-rurale ou rurale. Le deuxième facteur vient du fait que les médecins installés en milieu rural et semi-rural se trouvent plus souvent confrontés à la gestion de patients en fin de vie à domicile. Pour cette raison, ils se sentent sans doute plus concernés par mon étude et ont donc décidé d'y participer (Tableau 10).

4.2.4 Type d'exercice

Une grande majorité (82%) des répondants exercent en cabinet de groupe. Il s'agit du mode d'exercice en libéral que l'on retrouve le plus actuellement (Tableau 3).

La majorité des médecins répondant à l'étude (66.22%) n'ont pas d'autres activités en dehors de leur activité de cabinet (tableau 4). Cela correspond au pourcentage de médecins généralistes qui exercent en libéral (35).

4.2.5 Visites à domicile et permanence de soins

97% des médecins ayant répondu à l'étude réalisent des visites à domicile et 79.73% participent à la continuité des soins. Pour cette raison, ces critères n'ont pas pu être pris en compte pour analyser la conduite des médecins face aux symptômes qui caractérisent les patients en soins Palliatifs.

On peut dire que ce résultat est contre-courant par rapport à la tendance actuelle de la médecine de ville de limiter le nombre de visites à domicile. Cette tendance est confirmée par l'étude menée en 2019 par Colin (37).

4.2.6 Formation en Soins Palliatifs

69% des médecins qui ont participé à l'étude n'ont jamais eu de formation en Soins Palliatifs (Tableau 5). Ce pourcentage est inférieur à celui constaté par Cueille (80%) (33) dans son étude menée en 2017 en Eure et Seine Maritime et inférieur aussi à celui constaté par Benjamin (72%)

dans son étude menée en 2019 en Sarthe, mais supérieure à celui constaté dans l'étude menée en 2019 dans le Tarn et Garonne par Facteurs (50%) (32).

Le pourcentage des médecins qui ont suivi une Formation en soins Palliatifs me semble faible par rapport au pourcentage attendu après la mise en place du plan national triennal pour le développement des soins palliatifs et l'accompagnement en fin de vie 2015-2018 qui prévoyait de favoriser et d'augmenter la formation initiale en Soins Palliatifs pour les étudiants et d'augmenter la FMC.

Les médecins qui ont suivi une Formation complémentaire en Soins Palliatifs constituent 31% des médecins ayant répondu à l'étude. Parmi eux, 43.48% ont entre 41 et 55 ans et ils ont suivi une formation médicale continue (46.67%).

Notre résultat est confirmé par trois études auprès des médecins généralistes sur leurs difficultés par rapport à la prise en charge des patients en fin de vie (38)(39)(40).

Ce résultat peut aussi être expliqué par la quantité de temps très réduite dédiée à la formation dans ce domaine, dans le cadre de la formation universitaire.

En effet, concernant la formation en Soins Palliatifs, à l'Université d'Amiens, un cours de 2 h est prévu pour les étudiants en médecine et un seul module d'enseignement de médecine palliative de 3 heures est proposé aux internes de médecine générale.

Une quantité de temps aussi réduite pour la formation en ce domaine ne permet pas d'acquérir des compétences suffisantes pour pouvoir gérer en parfaite autonomie des situations complexes qui peuvent être rencontrées lors de la gestion à domicile des patients en fin de vie.

Une enquête de 2005 (41) montre que 90% des médecins généralistes estiment que les soins palliatifs font partie de leur métier et de leur fonction.

Le plan National de développement des soins palliatifs et d'accompagnement à la fin de vie 2021-2024, qui a été annoncé à l'occasion de la journée mondiale des soins palliatifs, pourra créer des nouvelles occasions pour les médecins de se former dans le domaine de la fin de vie.

Ses objectifs sont :

- Renforcer la qualité de la prise en charge des patients
- Faire connaître leurs droits aux patients
- Améliorer la formation et l'expertise des professionnels

4.3 Connaissances en Soins Palliatifs

4.3.1 Lieu de décès

Selon l'étude « Le dernier mois de l'existence : Les lieux de fin de vie et de décès en France » (13) menée en 2010 par Pennec et Gaymu, le pourcentage de décès à domicile en 2010 était autour de 26%.

Selon les données recueilli par l'INSEE en 2018 (42), le pourcentage de décès à domicile était 24%.

Seulement 32.43% de nos répondants connaissaient le pourcentage des patients qui décèdent à domicile et 35.14% n'en avaient pas la moindre idée (Tableau 6).

L'étude menée par Cueille (33) en 2017 montre que les médecins qui connaissaient ce pourcentage était de 45% des participants.

Pour, (31) dans son étude menée en 2015 constatait que 40% des patients en fin de vie suivis par les médecins généralistes participant à son étude décédaient à domicile. Le décès à domicile se vérifiait dans 72% des cas lorsque le patient avait exprimé la volonté de son lieu de fin de vie auprès de son médecin.

Devant ces résultats, je peux dire que les participants à notre étude étaient moins informés sur la réalité actuelle du nombre de décès à domicile, malgré le fait que la majeure partie d'entre eux réalise des visites à domicile et des consultations au cabinet.

4.3.2 Souhait de décès à domicile

Toujours selon l'étude (30) menée en 2010 par Pennec et Gaymu, le pourcentage de patients souhaitant décéder à domicile en 2010 était de 80%.

Deux études menées en 2015 par Pour (31) et 2017 par Cueille (33) interrogeaient les médecins généralistes sur leur connaissance du pourcentage de patients souhaitant décéder à domicile découvert en 2010 par Pennec et Gaymu.

Pour (31) dans son étude menée en 2015, constatait que le 44% des médecins généralistes n'avaient jamais discutés avec leur patient de leur choix du lieu de fin de vie. Cela signifie que 56% des médecins connaissent le pourcentage de patients souhaitant décéder à domicile.

L'étude menée par Cueille (33) en 2017 renforce le résultat de l'étude de Pour en montrant que 56% des médecins ont connaissance du pourcentage de patients souhaitant décéder à domicile. Dans le cadre de notre étude, seul 40.54% de nos répondants connaissent le pourcentage de patients souhaitant mourir à domicile (Tableau 7).

En regardant le résultat de notre étude, on peut dire qu'à la différence des précédentes études, les médecins participants à notre étude connaissent moins bien les souhaits de leurs patients. Cela pourrait venir du fait que la discussion avec le patient sur la fin de vie est un sujet délicat pouvant parfois s'avérer tabou pour certains patients.

4.3.3 Connaissance sur la Loi Leonetti-Claeys

Concernant les connaissances de la loi Leonetti-Claeys (Figure 2), ses principes sont bien connus par notre échantillon de médecins (60.45%). Les principes les plus connus sont la personne de confiance (93.3%) et les directives anticipées (92%). Le moins connu est le principe du double effet (10.7%).

Nos chiffres sont en contradiction avec ceux estimés par l'observatoire national de fin de vie en 2011 (13) et par l'Ordre des Médecins en 2013 (43) qui sont situés autour de 2% des médecins ayant connaissance de la Loi Leonetti. Cela peut signifier que les médecins qui ont participé à notre étude sont bien informés sur une loi qui impacte leur pratique quotidienne.

4.3.4 Connaissance Réseau de Soins Palliatifs du département de la Somme

L'étude réalisée en 2013 par Marrilliet et Al. (40) en Isère auprès de médecins généralistes libéraux montre que, la plupart des médecins répondants (74%), ne connaissaient pas l'existence des équipes mobiles de soins palliatifs, ni celle des réseaux tels que Onco 38 (59%). L'étude menée en 2017 par Cueille (33) dans le département de la Seine Maritime retrouvait quant à elle, que 58% des médecins répondant à l'enquête, connaissaient le nom d'au moins un Réseau de Soins Palliatifs présent sur le territoire du département.

L'étude menée par Facteur et Al. (32) dans le Tarn et Garonne en 2019 retrouvait un résultat supérieur où 85% des médecins répondant à l'étude connaissaient le nom du Réseau de Soins Palliatifs. Cette étude vient confirmer le résultat trouvé par Maguelonne Marchal (44) dans ce même département en 2010.

Une disparité des connaissances de Réseaux de Soins Palliatifs peut donc être aperçue en fonction des départements.

Dans le cadre de notre étude, 93% des médecins participants à notre enquête connaissent une ou plusieurs structures (Réseau, HAD, USP, EMSP) qui s'occupent des Soins Palliatifs dans la Région (Figure 4). Ce résultat peut s'expliquer par le fait que le Réseau des structures qui s'occupent de Soins palliatifs est bien développé dans le département de la Somme et qu'il a un lien important avec les médecins généralistes concernant la prise en charge des patients, et l'information. On peut penser que les Structures citées sont probablement celles avec lesquelles les médecins ont travaillé et/ou qui ont pris en charge une partie de leurs patients. Le

département de la Somme, peut ainsi être vu comme étant un département où le Réseau de Soins Palliatifs est bien développé contrairement à ceux de l'Isère et de la Seine Maritime, avec un niveau similaire au Tarn et Garonne.

4.3.5 Connaissance de la mission du Réseau de Soins Palliatifs

La question concernant la mission du Réseau de Soins Palliatifs (Figure 5) était ouverte, pour permettre aux médecins d'exprimer leurs idées. Les deux principales missions attribuées au Réseau de Soins Palliatifs sont :

- « Aide au médecin généraliste sur le sujet des soins palliatifs : prise en charge globale et spécifique des différents symptômes à domicile ou en EHPAD » qui a été donné par le 26% des médecins
- Aide à la prescription de médicaments et soins de confort, en particulier, antalgiques pour la gestion de la douleur et traitements sédatifs comme Hypnovel, mise en place d'un protocole anticipé des soins qui a été donné aussi par le 26% des médecins

Les autres missions, par ordre de fréquence, sont :

- Accompagnement moral et social du patient et ses proches (14%)
- Soutien psychologique et psychiatrique du patient et son entourage (8%)
- Aide au maintien à domicile du patient (6%)
- Aide au patient et à sa famille dans l'acceptation de la mort et l'organisation des soins (6%)
- Coordination / aide à la coordination des soins / coordination ville-hôpital (4%)
- Prise en charge pluridisciplinaire : médecin, infirmière, kinésithérapeute, assistante sociale (3%)
- Nom du Réseau ou Service dédié : Réseau Palpi 80, Clinique St Victor, Equipe mobile CHU Amiens (3%)
- Faire respecter les souhaits du patient, travail et/ou rédaction de directives anticipées (3%)
- Acceptation et accueil de la famille (1%)

L'Annexe à la Circulaire n°100 du 25 mars 2008 (45) définit les objectifs des Réseaux des Soins Palliatifs.

Parmi les objectifs généraux on retrouve :

- Permettre ou faciliter l'accès aux soins de toute personne dont l'état requiert des soins palliatifs

- Permettre à la personne en situation palliative de bénéficier de soins de qualité en particulier pour soulager la douleur physique et psychique, sur le lieu de vie de son choix
- Faciliter la continuité du suivi de la personne sur l'ensemble du parcours de prise en charge et particulièrement à la sortie de l'hôpital, à domicile (ou dans des structures médico-sociales) ou en cas de ré-hospitalisation, tout en garantissant au malade le respect de ses droits fondamentaux.

Parmi les objectifs opérationnels on retrouve :

- La promotion et le développement de la démarche palliative, à travers des modalités de fonctionnement visant le décloisonnement du système de santé, l'amélioration de la cohérence et de la continuité des soins en proposant de nouvelles pratiques professionnelles et bénévoles sous tendues par l'interdisciplinarité. Cela consiste à apporter conseil, soutien, appui et formation aux différents intervenants à domicile, en établissement de santé ou en structures médico-sociales.
- La proposition des actions de formation auprès des professionnels et des bénévoles, des actions de communication, de sensibilisation, d'éducation et de réflexion sur la démarche palliative envers les professionnels et le public
- Coordination de l'ensemble des acteurs pour une continuité des soins cohérente et efficace.

Dans la pratique, le Réseau de Soins Palliatifs agit conformément à la circulaire sur quatre axes principaux :

- Personnes malades,
- Proches,
- Soignants,
- Bénévoles d'accompagnement et professionnels non soignants.

Concernant le premier axe, les réseaux de santé en soins palliatifs permettent :

- de coordonner l'élaboration d'un projet de soins personnalisé,
- de favoriser le soulagement du malade, notamment par la prise en charge de sa douleur et des autres symptômes,
- de mettre en place un soutien relationnel et/ ou psychologique,
- de proposer un soutien social.

Concernant le deuxième axe, les réseaux de santé en soins palliatifs permettent :

- d'accompagner les aidants naturels pour qu'ils participent à la prise en charge et à l'accompagnement,

- de faciliter l'accompagnement des proches dans leur souffrance,
- de prévenir l'épuisement des aidants,
- de contribuer à la prévention des deuils compliqués et de proposer un soutien aux endeuillés qui le nécessitent.

Au niveau du troisième axe, les réseaux de santé en soins palliatifs permettent :

- de développer le travail en pluridisciplinarité,
- de conseiller, soutenir et permettre une concertation dans des situations particulières ou complexes,
- de mettre en place des protocoles de soins et des dispositifs de formation,
- d'assurer la diffusion de bonnes pratiques.

Au niveau du quatrième axe, les réseaux permettent :

- de collaborer à la formation des bénévoles d'accompagnement,
- de sensibiliser les aides à domicile et de contribuer à leur formation.

En faisant une comparaison entre les objectifs définis par la Circulaire du 25 mars 2008 et les réponses obtenues dans notre étude, il apparaît que la majorité des objectifs de la Circulaire ont été énumérés par les médecins interrogés. Ces objectifs propres de l'activité du Réseau de Soins Palliatifs, énumérés par nos médecins répondant à l'enquête, correspondent également au motifs d'appel du Réseau retrouvés par Belleguelle (46) dans son étude menée en Picardie en 2016.

Selon l'étude menée en 2017 par Cueille (33) dans le département de la Seine Maritime, les principaux conseils demandés par les médecins généraliste au Réseau de Soins palliatifs sont en rapport avec les sujets suivants :

- L'antalgie.
- L'utilisation de PCA (patient controlled analgésia).
- Les titrations et dosages des traitements.
- La nutrition (les perfusions).
- Les démarches administratives
- Les aides humaines et financières pour le patient et les aidants.
- Les soins de confort.
- L'aide psychologique.
- La détresse respiratoire.
- L'organisation de la mise en place des soins de fin de vie au domicile.

- L'accompagnement familial.
- La prise en charge collégiale.

Ces thématiques sont les mêmes que celles abordées par les médecins participants à notre étude. Maguelonne Marchal (44) en 2010 dans sa thèse concernant les collaborations entre les médecins généralistes et le réseau de soins palliatifs du Tarn et Garonne avait aussi mis en évidence les bénéfices apportés par le réseau à l'amélioration du maintien à domicile des patients en fin de vie. Ces bénéfices consistent en une aide à la coordination des intervenants, aux échanges interprofessionnels, à une aide dans les situations sociales difficiles ainsi qu'à un apport de compétences techniques.

4.4 Pratique en Soins Palliatifs

4.4.1 Nombre de patients en fin vie suivis à domicile les derniers 12 mois et

L'étude menée en 2013 par l'Observatoire National de fin de vie (13), démontre que le suivi des patients en fin de vie à domicile n'est pas une prise en charge courante dans l'exercice de la médecine générale.

Cette découverte est confirmée par les études menées les années suivantes dans le contexte de la médecine générale.

Pour (31), dans son étude menée en Limousin en 2015 montre que 40% des médecins interrogés, suivent moins de 3 patients par an en fin de vie à domicile. 35% des médecins accompagnent 3 à 5 patients en fin de vie par an et 25% en suivent plus de 5.

Belleguelle (46) retrouve dans son étude en 2016 en Picardie que la majorité des médecins généralistes qu'elle avait interrogé, suivaient au cours de l'année entre 0 et 5 patients en fin de vie.

Cueille (33) dans étude en 2017 retrouve, en Seine Maritime, que 61% des médecins qui ont participé à son enquête suivent entre 1 et 3 patients en fin de vie par an ; 28.2% suivent entre 4 et 6 patients, 8.2% n'ont suivi aucun patient en fin vie et les 2.4% restants ont suivi plus de 6 patients.

Parmi les médecins qui ont participé à notre étude, 60.27% suivent moins de trois patients en fin de vie par an, 26.03% suivent entre 3 et 5 patients, 8.22% n'ont suivi aucun patient en fin vie et les 5.48% restants suivent plus de 5 patients (Tableau 8).

Stipon, dans son étude menée en 2016 (47), suppose que les médecins généralistes ruraux ou semi-ruraux ont une plus grosse activité palliative que leurs confrères à cause de la basse densité médicale.

Notre étude confirme la supposition de Stipon. En effet, 36.84% des médecins qui suivent entre 3 et 5 patients sont installés en milieu rural, 31.58% en milieu semi-rural 25% des médecins qui ont suivi plus de 5 patients en fin de vie pendant la dernière année sont installés en milieu rural, 75% en milieu semi-rural.

La thèse de Pour (31) montre que la formation en soins palliatifs des médecins n'a pas de lien statistiquement significatif sur le maintien à domicile des patients en fin de vie jusqu'à leurs derniers jours ($p > 0,05$). Notre étude confirme ce même résultat. En effet, parmi les médecins qui suivent entre 3 et 5 patients 68.42% n'ont aucune de formation en soins palliatifs et parmi ceux qui suivent plus de 5 patients 75% n'ont pas de formation en soins palliatifs.

Ces résultats soulignent le fait que les médecins généralistes se retrouvent en difficulté pour prendre en charge des patients en Soins Palliatifs du fait d'une pratique très limitée et d'une formation presque inexistante.

4.4.2 Encadrement du suivi des patients en fin de vie par le médecin généraliste

L'enquête menée conjointement en 2002 par l'Observatoire Régional de la Santé de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur et l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (48) affirme que les professionnels qu'elles ont interrogés reconnaissent ne pas se sentir toujours à l'aise dans la prise en charge des patients en fin de vie.

Enjeux et Al. (49) dans leur étude menée en 2004 confirment la même problématique.

Notre étude a confirmé cette affirmation car le 87.84% des suivis de fin vie faits par les médecins qui ont participé à l'étude était encadré (Tableau 9). Entre eux le 41.54% étaient encadrés par HAD et Réseau de soins palliatifs, le 29.23% seulement par un Réseau de Soins palliatifs, 29.23% seulement par une HAD.

Ces pourcentages démontrent l'importance du travail de partenariat entre le médecin généraliste et la HAD et/ou le Réseau de Soins Palliatifs. En effet nos résultats sont en contradiction avec ceux retrouvés par le Docteur Mino en 2006 (50). Ce dernier, dans son enquête sur les avis réciproques des généralistes et des équipes de réseaux de soins palliatifs à propos de leur

collaboration, montre que peu de praticiens travaillent avec les réseaux, du fait d'une mauvaise connaissance des équipes de coordination.

Calmels dans son étude menée en 2016 (51) montre que 44% des médecins qui ont participé à son étude ont fait recours à la HAD pour la prise en charge de leurs patients en Soins Palliatifs. Par contre les réseaux de soins étaient peu sollicités et un MG sur deux déclarait n'y avoir que rarement voire jamais recours.

Comparé à ces résultats, notre étude ne trouve pas de différences entre le recours à l'HAD ou au Réseau.

Dans la littérature, différentes études ((52), (53),(54),(55)) ont démontré que la prise en charge des patients en fin vie par un Réseau de Soins Palliatifs ou une HAD réduit la fréquence de ré-hospitalisation et contribue à répondre au souhait du patient de mourir à domicile avec une pourcentage de décès à domicile autour du 70%.

4.4.2 Identification des patients qui pourraient bénéficier des Soins Palliatifs et Critères d'inclusion et exclusion en Soins Palliatifs

Parmi les médecins généralistes qui ont participé à notre étude plus de la moitié (65,33%) pensent savoir reconnaître plutôt facilement les patients qui pourraient bénéficier de Soins Palliatifs. 32% ont quelques difficultés à reconnaître les patients qui pourraient bénéficier de Soins Palliatifs et 2,67% ont beaucoup de difficultés (Tableau 10).

L'étude menée par Basteraud (56) en Martinique en 2016 sur la prise en charge des patients en fin de vie par les médecins urgentistes, retrouve 32 % de médecins se déclarant à l'aise pour déterminer si les patients qui requièrent une prise en charge palliative. 51% se sentent moyennement certains dans leurs décisions et 16 % se sentent insuffisamment voire plutôt mal à l'aise pour décider une prise en charge palliative.

En faisant une comparaison entre les deux études on peut dire que, par rapport aux urgentistes, les médecins généralistes sont plus familiers avec la reconnaissance des patients qui pourraient bénéficier d'une prise en charge palliative. Cela est probablement dû au fait que les médecins généralistes pendant leur formation et leur travail sont plus au contact avec des patients fragiles et âgées que les urgentistes et du fait que leur formation vise à la prise en charge de ce type de patient.

Concernant les critères d'inclusion en Soins Palliatifs, 95.65% des médecins répondants évoquent l'opportunité d'une prise en charge palliative quand le patient présente une pathologie grave, évolutive, avec une espérance de vie inférieure à 3 mois. 50.72% des médecins évoquent l'opportunité d'une prise en charge palliative quand le patient présente une pathologie grave, évolutive, avec une espérance de vie supérieure à 3 mois. 72.46% évoquent cette opportunité quand le patient présente une ou des pathologies avec un déclin graduel, ponctuées par des épisodes de détérioration aiguë et certains moments de récupération. 69.57% évoquent cette opportunité quand le patient présente une ou des pathologies avec un déclin graduel et prolongé (Figure 7).

L'étude menée par Basteraud (56) en Martinique en 2016 sur la prise en charge des patients en fin de vie par les médecins urgentistes, retrouve plus de 92% des médecins qui identifient bien une prise en charge palliative lorsqu'un patient a une pathologie grave évolutive laissant supposer une espérance de vie inférieure à 3 mois. Cependant, dans le même contexte, lorsque l'espérance est supérieure à 3 mois, seulement 54 % des médecins identifient une prise en charge palliative. 46 % des médecins évoquent une prise en charge palliative chez un patient atteint d'une maladie avec déclin graduel et prolongé. Lors d'une maladie avec un déclin progressif, mais couplée à des phases de détérioration aiguë et d'autres de récupération, les médecins n'identifient une prise en charge palliative que dans 24% des cas.

A la différence des résultats décrits par Basteraud, les médecins de la Somme arrivent bien à identifier les contextes nécessitant une prise en charge palliative. Je pense que cette capacité est liée au type de patient que le généraliste rencontre au cours de sa pratique.

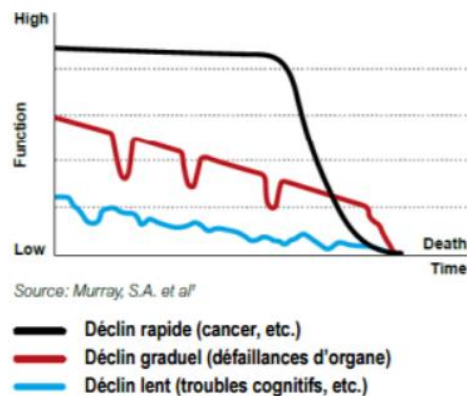
Dans le rapport IGAS de 2016 (57), l'Observatoire de la fin de vie propose un classement des trajectoires de fin de vie en trois types :

Trajectoire 1 : personnes atteintes de cancer dont le tableau clinique peut se prolonger sur plusieurs années et se termine souvent par un déclin soudain et net dans les dernières semaines ou mois de vie. Des épisodes de complications intercurrents sont toutefois possibles et doivent être anticipés dans l'organisation de la prise en charge ;

Trajectoire 2 : une maladie chronique décompensée ou des polyopathologies à un stade avancé. Les insuffisances fonctionnelles d'organe généralement chez des sujets âgés tendent à se prolonger dans le temps avec des phases d'acutisation sévère. Jusqu'à l'épisode final, ces complications aiguës sont fréquemment « rattrapées » par un traitement curatif et sont sources

d'hospitalisations répétées. Mais elles rendent difficile toute prévision quant au moment du décès ;

Trajectoire 3 : personnes, souvent très avancées en âge, atteintes de maladies neurodégénératives et ayant perdu leur autonomie, présentant souvent des troubles cognitifs majeurs qui déclinent le plus souvent lentement.



Source : Observatoire national de la fin de vie « Fin de vie des personnes âgées » 2013 d'après Murray S.A. et al

(57)

Ces trajectoires permettent de se faire une idée quant à la possible évolution de l'état clinique des patients, selon la maladie dont ils sont atteints, et, par conséquent, se faire également une idée de ce que seront les besoins, leurs interactions avec le système de santé et les prestataires sociaux, et de leurs préférences concernant le lieu et les conditions de leur prise en charge en fin de vie.

La possibilité de pouvoir prévoir à l'avance l'évolution des différentes pathologies, permet au médecin de mieux articuler son intervention entre phase curative et phase palliative et aussi, d'anticiper les interventions visant à traiter les conséquences de l'évolution de la maladie.

Il existe différents outils permettant aux médecins de pouvoir réaliser une identification précoce des patients nécessitant une prise en charge palliative. Ces outils sont conseillés par la HAS (57). Il s'agit des outils suivants : Supportive and Palliative Care Indicators Tool (SPICT) (58) , Fiche pallia 10 (59), grille de Sebag Lanoé (60) .

Différentes recommandations françaises (30) ainsi qu'internationales ((61), (62),(63),(64), (65), (66)) s'accordent pour préconiser que les soins palliatifs ne soient plus destinés qu'aux malades en fin de vie mais soient mis en œuvre dès le diagnostic, même si en pratique, les publications montrent que ceci n'est pas encore mis en œuvre. En particulier, le Center to Advance Palliative Care et l'American Cancer Society ont écrit que « les soins palliatifs sont opportuns quel que

soit l'âge et quel que soit le stade des maladies graves et peuvent être donnés en même temps que les soins "curatifs" ».

Blinderman et Al. (67) avec leur étude sur le traitement palliatifs des patients atteints de cancer du poumon non à petites cellules ; et Parikh et Al. (68) avec des essais randomisés réalisés chez des patients ayant un cancer ont démontré que les soins palliatifs ont commencés tôt : amélioration de la qualité de vie, contrôle des symptômes, compréhension du pronostic, et dans certains cas de l'espérance de vie ; diminution du nombre de dépressions ; permettant d'éviter des traitements agressifs et des hospitalisations non programmées ; étant associé à des dépenses de santé inférieures à celles nécessaires pour les patients en fin de vie (61).

4.4.3 Fiche Urgence Pallia

La « Fiche Urgence Pallia » est le fruit d'un travail de synthèse fait par la Société française d'accompagnement et soins palliatifs à partir de plusieurs fiches existantes afin d'en créer une seule à utiliser au niveau national.

Cette Fiche est rédigée par un médecin s'occupant d'un patient en situation palliative (médecin traitant, médecin coordonnateur de réseau de soins palliatifs, d'EMSP, d'HAD, d'EHPAD, médecin hospitalier). Elle est destinée à transmettre des informations à un autre médecin qui serait amené à intervenir auprès de ce patient lors une situation d'urgence, notamment pendant les nuits et les week-ends. Elle permet une aide à la prise de décision et contribue à garantir le respect de l'autonomie et de la volonté des patients (11).

Sur 34 médecins participants à notre étude seulement 4 connaissaient la « Fiche Urgence Pallia » et un seul médecin l'utilisait aussi dans la pratique quotidienne.

Le résultat trouvé dans notre étude est à l'opposé de celui trouvé par Jalbert en 2017 (69). Dans son étude, il a trouvé que cette fiche était connue de 39% des médecins interrogés et utilisée par 50% d'entre eux.

Je pense qu'il est très important d'informer les médecins généralistes de l'existence de cet outil et de les former à son utilisation afin de favoriser une meilleure prise en charge des patients envoyés aux urgences.

Une étude française portant sur l'admission en France aux urgences de patients en fin de vie (70) montre que « chez 80 % des patients présentant un cancer évolutif et admis aux urgences, l'urgentiste ne disposait pas d'informations pertinentes sur la réalité de la situation clinique » ; ce constat met en exergue l'importance d'une telle fiche.

4.4.4 Gestion de symptômes à domicile

Le point central de notre étude a été l'analyse des symptômes qui peuvent mettre en difficulté le médecin généraliste à domicile, afin de pouvoir mieux organiser son soutien par le Réseau de Soins Palliatifs PALPI 80.

D'après la thèse de Larre (38), les situations citées par les médecins généralistes comme étant à l'origine d'une hospitalisation sont :

- un symptôme réfractaire au traitement entrepris ;
- un symptôme témoignant que le risque vital est engagé immédiatement ;
- un symptôme « bruyant » (par exemple l'agitation confuse) ;
- des symptômes multiples rendant le diagnostic et le traitement difficile.

L'étude de Barbera et Al. (71) menée en Ontario entre 2002 et 2005, montre que les principales raisons de consultation aux urgences, des patients atteints du cancer, six mois avant leur mort, étaient : une douleur abdominale, un cancer du poumon, une pneumopathie, une dyspnée, une asthénie, une douleur thoracique accompagnée par un épanchement pleural, des nausées et vomissements, une anémie, une douleur dorsal, une constipation, une fièvre, une déshydratation, une exacerbation de BPCO, une infection urinaire, un obstruction intestinal, une altération de la vigilance.

L'étude menée en 2014 à Grampian aux Etats-Unis par Adam et Al. (72) découvrait que les principales raisons qui menaient les patients en fin de vie à consulter les urgences sont des douleur (30.8%), des symptômes gastro-intestinaux (20.4%), des symptômes neurologiques et psychiatriques (17.5%), des symptômes respiratoires (10.4), des symptômes généraux (asthénie), des fièvres et infections (3.89%), des symptômes fonctionnels urinaires (2.6), des altérations cutanées (œdème, rash), des altérations hématologiques (0.8%) (hématomes, saignements), des autres symptômes comme ictère, une hémorragie vaginale.

Selon la même étude, les principales raisons qui menaient les patients à consulter les urgences les deux dernières semaines de vie étaient : un cancer du poumon, une dyspnée, une pneumopathie, une douleur abdominale, une asthénie, des soins palliatifs, une déshydratation, un épanchement pleural, une altération de la vigilance, un cancer du pancréas, un cancer du côlon, une insuffisance cardiaque, une obstruction intestinale, un cancer du sein, une hémorragie gastro-intestinale, un arrêt cardiaque (46), des nausées et vomissements, une exacerbation de BPCO, anémie, tumeur maligne, métastase pulmonaire, lymphome non-hodgkinien, insuffisance rénale, douleur thoracique, sepsis, cancer de la prostate, infection urinaire, ascite, fièvre et neutropénie

Fons (73), dans son étude menée en 2017 montre que les principaux motifs de consultation aux urgences par des patients en soins palliatifs, sont : une dyspnée (37%), une altération de l'état général (25%), la survenue d'un trouble neurologique (coma) (16%), d'un état de choc ou d'une hémorragie (12%), et d'une douleur (9%).

Selon notre enquête, les symptômes devant lesquels les médecins décident, dans la majorité des cas, d'une hospitalisation sont :

- une obstruction intestinale maligne (hospitalisation dans 81.94% des cas)
- un syndrome de la veine cave supérieure (dyspnée, toux, dysphagie, douleurs thoraciques, céphalées, troubles visuels, somnolence, sensation d'étourdissement, syncopes, convulsions, coma) (hospitalisation dans 76.06% des cas)
- une compression médullaire (douleur en crescendo, à topographie radiculaire, aggravée en position couchée ou à la manœuvre de Valsalva avec signe de Lhermitte) (hospitalisation dans 75% des cas)
- une hémorragie vaginale ou rectale (hospitalisation dans 72.22% des cas)
- une hypercalcémie maligne (anorexie, nausées et vomissements, constipation, polyurie et polydipsie, somnolence, état confusionnel aigu, coma) (hospitalisation dans 65.28% des cas)
- des convulsions (hospitalisation dans 65.28% des cas)
- une fracture sur métastase osseuse (hospitalisation dans 56.34% des cas)

Les symptômes devant lesquels la majorité des médecins participants décident d'un maintien à domicile sont :

- des râles agoniques (maintien à domicile dans 94.52% des cas)
- une agitation terminale (maintien à domicile dans 93.15% des cas)
- une urgence psychiatrique (anxiété, attaque de panique, par exemple) (maintien à domicile dans 73.97% des cas)
- un état confusionnel aigu (maintien à domicile dans 72.6% des cas)
- une détresse respiratoire (maintien à domicile dans 72.6% des cas)
- un phénomène thromboembolique (maintien à domicile dans 62.32% des cas)
- une douleur (maintien à domicile dans 58.73% des cas)
- une rétention aiguë d'urine (maintien à domicile dans 56.16% des cas)

Dans notre étude, les symptômes conduisant les médecins généralistes à hospitaliser leurs patients en fin de vie sont les mêmes que ceux de la littérature comme motifs d'accès aux urgences des patients en fin de vie ; bien que 87.84% des des patients suivis en soins palliatifs par les médecins généralistes participant à notre étude étaient encadrés par un Réseau de Soins Palliatifs ou une HAD (Tableau 9).

Devant ce résultat, je pense que les médecins généralistes, confrontés à des symptômes qu'ils n'arrivent pas à gérer à domicile devraient privilégier l'appel au Réseau de Soins Palliatifs à la place de l'envoi aux urgences.

Je pense que les choix de l'hospitalisation sont ceux déjà énumérés par Belleguelle dans son étude menée en 2016 en Picardie (32) : une difficulté des médecins généralistes à gérer des symptômes spécifiques à cause d'une manque d'expérience et de formation concernant la mise en place d'un traitement adapté. Rollet, dans son étude menée en 2016 (74) sur les facteurs déterminant l'hospitalisation aux urgences par les médecins généralistes niçois des patients en fin de vie à domicile, retrouve aussi l'expression des difficultés des médecins généralistes à utiliser des thérapies pour soulager le patient en fin de vie.

Bouvaist (75) retrouve comme motifs d'hospitalisation, en plus des raisons déjà citées, la démographie médicale et le manque de temps des médecins pour pouvoir gérer les patients en fin de vie car cela demande un investissement important en termes de temps et d'énergie.

Elle souligne aussi le manque de formation spécifique et de matériel pour pouvoir gérer ce type de situation.

Parfois, les médecins généralistes se sentent seuls face à l'urgence des patients car ils n'arrivent pas à joindre le Réseau de Soins Palliatifs et parce qu'il n'y a plus de place dédiée pour accueillir le patient dans un Service hospitalier (76).

Devant ces situations, les urgences restent la seule ressource disponible lorsqu'ils n'ont pas les moyens de faire face, seuls, à une situation aiguë de soins palliatifs.

Une dernière raison d'hospitalisation peut être aussi la demande de l'entourage du patient, qui a des difficultés à comprendre la démarche palliative, et pense que seul l'hôpital puisse fournir des traitements adaptés aux symptômes présentés par leur proche.

4.4.4.1 Gestion de symptômes par rapport à l'année d'installation

Dans notre étude on retrouve des différences entre les médecins installés depuis moins de 10 ans et ceux qui sont installés depuis des 10 ans, notamment, concernant le maintien à domicile des patients, pour trois symptômes : **rétention aiguë d'urine, phénomène thromboembolique, état confusionnel aigu** (Figure 9).

Concernant le premier symptôme, 71.43% des médecins installés depuis moins de 10 ans et 46.67% de ceux qui sont installés depuis plus de 10 ans gardent à domicile les patients atteints par ce symptôme

Au niveau du deuxième symptôme, 74.07% des médecins ayant répondu à l'étude et étant installés depuis moins de 10 ans et 54.76% de ceux qui sont installés depuis plus de 10 ans gardent à domicile les patients atteints par ce symptôme

Pour finir, au niveau du troisième symptôme, 82.14% des médecins restants installés depuis moins de 10 ans et 66.67% des médecins qui sont installés depuis plus de 10 ans gardent à domicile les patients atteints par ce symptôme.

Les médecins installés depuis moins d'années, préfèrent gérer ces symptômes à domicile, tandis que les médecins avec plus d'expérience, préfèrent hospitaliser les patients. Ce résultat peut être expliqué par un changement récent de mentalité qui vise à garder à domicile les patients en fin de vie. Une autre hypothèse peut être liée au fait que les jeunes médecins ont plus l'habitude de travailler avec des infirmières à domicile qui peuvent poser une sonde à domicile ou faire des injections d'anticoagulants à domicile.

4.4.4.2 Gestion de symptômes par rapport à la localisation du cabinet

Dans notre étude, nous retrouvons des différences entre les médecins installés en milieu rural/semi-rural et ceux qui sont installés en milieu urbain. Cette différence est visible au niveau du maintien à domicile des patients, pour quatre symptômes : **douleur, détresse respiratoire, phénomène thromboembolique, état confusionnel aigu** (Figure 11).

Pour le premier symptôme, 53,85% des médecins répondeurs installés en milieu rural/semi-rural et 81,82% des médecins qui sont installés en milieu urbain gardent à domicile les patients atteints par ce symptôme. Les médecins en milieu rural et semi-rural hospitalisaient plus les patients face à douleur comparé aux médecins en milieu urbain. Nous pouvons expliquer ce choix par une proximité hospitalière en ville ainsi que par la possibilité d'hospitaliser le patient rapidement en urgence devant une douleur vraiment incontrôlée. Cela ne peut pas être envisagé en milieu rural du fait d'une distance conséquente avec l'hôpital.

Pour le deuxième symptôme, 73,77% des médecins répondeurs installés en milieu rural/semi-rural et 61,54% des médecins qui sont installés en milieu urbain gardent à domicile les patients atteints par ce symptôme. Je pense que cette différence est due au fait que l'hôpital est plus proche des centres urbains et que les médecins en milieu rural ont appris à mieux gérer ce symptôme à domicile avec l'aide du réseau Palpi 80.

Au niveau du troisième symptôme, 74,07% des médecins réponders qui sont installés en milieu rural/semi-rural et 54,76% des médecins qui sont installés en milieu urbain gardent à domicile les patients atteints par ce symptôme.

Pour finir, concernant le quatrième symptôme, 75,41% des médecins réponders installés en milieu rural/semi-rural et 58,33% des médecins qui sont installés en milieu urbain gardent à domicile les patients atteints par ce symptôme.

Les différences notées pour le troisième et le quatrième symptôme peuvent être imputées au fait que les médecins installés en milieu rural ont plus l'habitude de gérer à domicile des symptômes qui peuvent être gérés avec l'aide d'une HAD ou un Réseau de soins palliatifs.

4.4.4.3 Gestion de symptômes par rapport au type d'exercice

Les médecins qui exercent en cabinet de groupe hospitalisent plus les patients que les médecins qui exercent seuls devant les symptômes suivants : **obstruction intestinale maligne** (84,75% vs 69,23%), **syndrome de la veine cave supérieure** (79,66% vs 58,33%), **hémorragie vaginale ou rectale** (75% vs 58,33%), **fracture sur métastase osseuse** (61,02% vs 33,33%) (Figure 12).

Je pense que cette différence est due au fait que les médecins généralistes qui exercent en cabinet de groupe peuvent demander l'avis de leurs collègues et des autres professionnels de Santé. Cette possibilité peut les convaincre d'envisager un traitement invasif comme des infiltrations ou une plastie articulaire, qui peut être faite à l'hôpital. Une seconde hypothèse peut être issue du fait que les médecins exerçant seuls sont perçus par les patients comme étant les médecins de famille et qu'ils ont donc une plus grande proximité avec le patient et connaissent ses volontés, d'où un nombre d'hospitalisations plus faible.

Les médecins qui exercent en cabinet seuls hospitalisent plus les patients que les médecins qui exercent en cabinet de groupe devant une **compression médullaire** (92,13% vs 71,19%).

Ce choix peut être due au fait que les médecins généralistes qui exercent en cabinet seuls n'ont pas le matériel ni la proximité d'autres professionnels de santé pour assister dans la gestion de ce type de symptôme à domicile.

4.4.4.4 Gestion de symptômes par rapport à la formation en soins palliatifs

Les médecins qui ont une formation en soins palliatifs gardent plus à domicile les patients que les médecins qui n'ont pas de formation devant les symptômes suivants : **fracture sur métastase osseuse** (52,17% vs 39,58%), **douleur** (69,57% vs 52,50%), **détresse respiratoire** (82,61% vs 66,67%) (Figure 15).

Nous pensons que les différences trouvées sont liées et peuvent être expliquées par deux raisons. La première vient du fait que les médecins qui ont eu une formation en soins palliatifs se sentent plus à l'aise dans la gestion de ces symptômes. La deuxième est que ces derniers savent à quel moment appeler le Réseau de soins palliatifs pour demander de l'aide.

4.4.4.5 Gestion de symptômes par rapport au nombre des patients en fin de vie suivis sur la dernière année

Les médecins qui suivent moins de trois patients par an hospitalisent plus les patients que les médecins qui suivent plus de trois patients par devant les symptômes suivants : **une hémorragie vaginale ou rectale** (77,55% vs 60,87%), **épisode de convulsions** (64% vs 47,83%), **rétention urinaire aigue** (54% vs 21,74%) (Figure 16).

Ce résultat peut être expliqué par le fait que les médecins qui ont plus d'expérience dans le domaine de la fin de vie, savent mieux maîtriser ces symptômes grâce aux compétences acquises sur le terrain ou pendant une formation. Une autre hypothèse peut être liée au fait que les médecins qui prennent en charge plusieurs patients en fin de vie ont plus l'habitude de travailler avec des infirmières à domicile ou avec le Réseau de soins palliatifs qui peuvent les aider à gérer ces symptômes.

4.4.4.6 Appel du Réseau PALPI 80 pour aide à la gestion de la fin de vie

Une étude de 2006 à Cambridge (77) souligne les difficultés de prise en charge des troubles neuropsychologiques des patients par les médecins.

L'étude « Fin de vie à domicile » menée en France en 2010 (30) montre que pendant les dernières 24 heures de vie, les patients qui décèdent à domicile présentent comme symptômes très intenses :

- Douleur dans 5% des cas
- Nausées dans 3.5% des cas
- Troubles digestifs dans 8% des cas
- Difficultés respiratoires dans 22% des cas
- État dépressif dans 8% des cas
- Angoisse dans 8% des cas
- Confusion dans 29% des cas
- Mal-être dans 19% des cas.

L'étude menée par Fortane (78) en 2010, met l'accent sur la prise en charge de la souffrance psychologique du patient et la gestion de la douleur.

L'étude de Cueille (33) montre également que, dans le cadre d'un suivi de fin de vie, les difficultés rencontrées par les médecins généralistes concernent la prise en charge de la douleur, la gestion de la nutrition, la souffrance psychologique et la détresse respiratoire.

Environ la moitié des médecins interrogés (48%) ont répondu à notre question sur les symptômes qui les menaient à appeler le Réseau de Soins palliatifs pour demander de l'aide sur leur gestion à domicile (Figure 19).

Les principaux symptômes pour lesquels les médecins demandent l'aide du Réseau Palpi 80 sont :

- La prise en charge de l'agitation terminale (72,73%) ;
- La prise en charge de la douleur (70,97%) ;
- La prise en charge des râles agoniques (66,67%) ;
- La prise en charge de la détresse respiratoire (50%) ;
- La prise en charge de l'état confusionnel aigu (45,45%).

Nous pouvons donc dire que les symptômes pour lesquels les médecins généralistes pensent être en capacité de gérer à domicile, sont les mêmes que ceux pour lesquels ils appellent le Réseau de Soins Palliatifs pour avoir un aide sur la prise en charge.

Nous pensons que cette situation se produit car, de manière générale, les médecins généralistes voient le Réseau comme une simple ressource et non pas comme un acteur à part entière dans la prise en charge d'une fin de vie à domicile (33)(50). De plus, le terme « palliatifs » effraye le patient et sa famille et le médecin a donc plus de difficultés à faire appel à ce type de structure pour la prise en charge du patient.

Les raisons d'un appel si tardif aux Réseau ont été identifiées par Belleguelle dans son étude menée en 2016 en Picardie (32) ; il s'agit de :

- Un manque de communication entre l'hôpital et les médecins en ce qui concerne la prise en charge des patients qui auront un traitement palliatif exclusif,
- La difficulté d'annonce au patient et à sa famille de la prise en charge en soins palliatifs,
- L'évolution rapide de la maladie,
- La peur de déranger le Réseau en raison des appels trop prématurés ou trop tardifs,
- Une méconnaissance des situations qui pourraient être gérées avec l'aide du Réseau,

- Une Confusion entre HAD et Réseau de Soins Palliatifs,
- La peur de perdre la gestion du patient,
- Un manque de disponibilité,
- Un manque d'habitude et de formation dans le contexte de la gestion des patients palliatifs.

Pour éviter que le médecin généraliste ne fasse face seul aux symptômes cités, différentes recommandations françaises (30) et internationales ((61), (62),(63),(64), (65), (66)) s'accordent pour préconiser une anticipation de ces symptômes à travers la mise en place des protocoles permettant de contrôler les symptômes prévisibles.

La mise en place de ces protocoles nécessite des échanges avec le patient à propos de sa maladie, son évolution et sa gravité afin de pouvoir l'aider à rédiger des directives anticipées.

Pour le Comité consultatif national d'éthique (CCNE) (79), les directives anticipées sont un outil de dialogue avec le malade lorsqu'il a une maladie chronique et que le pronostic vital est engagé : elles devraient permettre d'anticiper les décisions qui devront être prises compte tenu de l'évolution de la maladie et des options qui s'ouvrent.

La HAS a publié un document (80) destiné aux professionnels de santé et du secteur médico-social et social pour les aider à accompagner les patients dans la rédaction de leurs directives anticipées. Elle souligne qu'il est essentiel de respecter le rythme du patient quant à son souhait de connaître et d'échanger à propos de sa maladie, son évolution et sa gravité.

Il est proposé d'aborder la question des directives anticipées chez les personnes ayant une maladie grave dans trois contextes différents :

- A l'occasion d'une consultation médicale, car les directives anticipées s'inscrivent dans la continuité de la prise en charge du malade ;
- Lors d'une question ou d'une interrogation du patient par rapport à l'évolution de sa maladie grave. La personne peut parfois elle-même évoquer ses inquiétudes, poser des questions ou formuler des demandes ou des souhaits concernant sa fin de vie ;
- Lors d'une aggravation ou de complications de maladies qui s'accompagnent de la mise en route éventuelle de traitements de suppléance des fonctions vitales, donc de leur arrêt potentiel.

4.4.4.7 Commentaires par rapport à la gestion des symptômes

Concernant les commentaires libres sur la gestion de symptômes rencontrés à domicile par les médecins généralistes (Tableau 15), les réponses diffèrent et peuvent être contradictoires. Cette variété de réponses nous montre que chaque médecin généraliste adapte sa façon de gérer les patients à son expérience clinique, ses connaissances, ses moyens, son emploi du temps.

Aide du Réseau de Soins Palliatifs

Treize réponses soulignent l'importance de l'avis et de **l'aide du Réseau de Soins Palliatifs Palpi 80 et/ ou d'une hospitalisation à domicile (HAD)** pour la gestion de tous les symptômes. Une seule réponse souligne l'importance de l'appel du Réseau de Soins Palliatifs pour la prise en charge du patient à la sortie d'une hospitalisation tant pour gérer des symptômes que dans le cadre d'un suivi oncologique du patient.

Ces réponses soulignent ce que nous avons précisé dans le paragraphe précédent concernant l'importance du Réseau de Soins Palliatifs et HAD pour aider les médecins généralistes et les aidant familiaux dans la prise en charge du patient palliatif.

Directives anticipées, anticipation de l'évolution des symptômes, matériel et aide à domicile

Dix réponses expliquent que le médecin prend une décision d'hospitaliser ou de garder à domicile le patient selon ses **directives anticipées** ou ses volontés.

Deux réponses proposent **l'anticipation des évolutions négatives** avec une mise à disposition de médicaments ou d'appareils au domicile.

Ces réponses mettent en lumière l'importance, d'un échange entre médecin traitant et le patient à propos de sa maladie, de son évolution et de sa gravité afin de pouvoir diriger des directives anticipées. Cette démarche est également encouragée par les recommandations de l'HAS (80) au niveau de la prise en charge des patients en fin de vie. Nous pouvons noter que les médecins participants à notre étude sont conscients du fait que l'anticipation de symptômes prévisibles peut améliorer la prise en charge du patient à domicile.

Selon une enquête du centre éthique de Cochin en 2011 (52), 20 % des personnes se sont déclarées intéressées par la rédaction de directives anticipées. Seul 10% des français changent d'idées sur l'organisation de leur fin de vie lorsqu'ils y sont confrontés (13).

Associé à ces réponses, nous en avons trouvé cinq supplémentaires qui montrent que les médecins répondants basent leur décision d'hospitalisation ou de **maintien à domicile en fonction du matériel** présent à domicile **et des possibles aides** à domicile qui peuvent être mises en place pour le patient.

Ces réponses soulignent encore une fois l'importance du Réseau de soins palliatifs afin d'équiper le domicile du patient de moyens techniques et pharmacologiques nécessaires pouvant permettre une gestion à domicile des symptômes de la fin de vie.

Discussion collégiale, manque de pratique et de connaissances

Deux autres réponses proposent de prendre des décisions sur la conduite à tenir devant les différents symptômes avec une **discussion collégiale**.

Deux réponses expliquent la difficulté des médecins généralistes à faire face aux symptômes énumérés à cause d'un **manque de pratique et de connaissances**.

Nous trouvons que ces réponses sont liées car le fait de désirer une discussion collégiale pour la prise de décision concernant une prise en charge de chaque symptôme implique deux aspects. D'un côté, nous retrouvons le fait que le médecin généraliste se sente démuni et pas/peu formé pour une prise en charge seul des symptômes rencontrés chez les patients en soins palliatifs. De l'autre côté, nous retrouvons une nécessité pour le médecin de garder un lien avec l'hôpital et les médecins spécialistes afin d'assurer une prise en charge optimale pour le patient.

Evaluation de l'espérance de vie

Neuf réponses montrent le fait que le médecin prend une décision d'hospitaliser ou garder à domicile le patient selon son **espérance de vie**.

Nous pensons que ces réponses ont été données par les médecins qui décident d'appeler le Réseau Palpi 80 afin de favoriser la gestion à domicile des symptômes de fin de la vie.

Gestion de la douleur

Neuf réponses proposent le traitement de **la douleur** à domicile du patient avec de la morphine. Cela correspond à 10% des réponses. Ce résultat montre, encore une fois la difficulté de la prise en charge par les médecins généralistes de la douleur.

Dans le cadre des soins palliatifs, la problématique de la douleur est centrale et s'intègre plus largement dans celle de la qualité de vie.

Fougère (81), dans son étude menée en 2012, sur la prise en charge de la douleur en contexte palliatif par les médecins généralistes, retrouve que 98% d'entre eux utilisent facilement les dérivés de la morphine lorsque les antalgiques de palier 1 et 2 ne sont plus efficaces. La forme transcutanée et la forme per os sont les plus utilisées. Les formes intraveineuse/sous-cutanées, sublinguales et transmuqueuses sont moins utilisées. Une meilleure maîtrise par les médecins des traitements morphiniques agit sur la manière dont ils accompagnent leurs patients mourants et participent à les rendre plus sereins dans la gestion de ces situations. La majorité des médecins

participant à l'étude de Fougère (81) ont déjà travaillé avec un référent en douleur ou en soins palliatifs.

Un étude sur la demande d'euthanasie (82) a montré que l'utilisation d'opiacés forts pour maîtriser la douleur contribuerait à une meilleure relation entre le médecin et ses patients et réduirait les demandes d'euthanasie exprimées par les malades. Le traitement efficace de la douleur physique permet au patient de pouvoir discuter avec le médecin de ses difficultés psychologiques et relationnelles (83).

Gestion de la rétention aiguë d'urine

Neuf réponses proposent le traitement de la **rétention aiguë d'urine** à domicile avec pose de sonde urinaire et/ou traitement alfa-bloquant comme le traitement par Omexel.

Ces réponses montrent que les médecins généralistes essaient de traiter ce symptôme à domicile, avec souvent, l'aide des infirmières à domicile.

Selon l'Association française d'urologie (84), une rétention chronique d'urine nécessite une évaluation globale du patient comprenant le contrôle de la fonction rénale et de ses troubles du bas appareil urinaire. La prise en charge s'articulera entre les auto-sondages et un traitement chirurgical autour de l'évaluation urodynamique. Le traitement par alfa-bloquant est à utiliser seulement dans le cas d'hypertrophie bénigne de la prostate.

Evaluation cas par cas des différents symptômes

Huit réponses montrent que les médecins décident de mettre en place un traitement à domicile après une **évaluation au cas par cas des différents symptômes**. Nous retrouvons une réponse qui propose la gestion à domicile de **l'hypercalcémie maligne** en fonction du contexte et une autre qui propose l'hospitalisation de **l'obstruction intestinale** également en fonction du contexte.

Nous pensons que la prise en charge palliative reste dans le cadre du suivi du patient par le médecin généraliste. Le médecin poursuit la prise en charge du patient en adaptant son traitement à l'évolution de la maladie, en fonction de ses connaissances et de son expérience.

Les symptômes proposés dans notre questionnaire peuvent avoir différents degrés de gravité et nous comprenons donc que les médecins expriment une difficulté à proposer une prise en charge unique de ces symptômes.

L'importance du contexte familial

Les réponses apportées, révèlent également l'importance du contexte familial qui joue un rôle à part entière dans le choix du médecin de garder le patient à son domicile ou de l'hospitaliser.

Et ce, indépendamment du degré de gravité des symptômes présentés par le patient. En effet, l'étude de Pour (31) montre que la première cause de transfert à l'hôpital de patients, est l'épuisement familial. Belleguelle (32) aussi retrouve dans son étude que l'entourage du patient peut être perçu par certains médecins comme facteur de complication, venant mettre en difficulté la prise en charge du patient au domicile. Le facteur familial est donc essentiel à la prise de décision d'hospitalisation ou de maintien à domicile et vient se cumuler aux symptômes, leur gravité, la disponibilité de matériel et/ou de personnel aidant.

Gestion des urgences psychiatriques

Sept réponses proposent le traitement des **urgences psychiatriques** à domicile avec sédation, par exemple, la gestion de l'anxiété à domicile avec de l'Atarax. Une seule réponse propose l'hospitalisation des urgences psychiatriques en fonction du contexte.

A partir ces réponses, on peut dire qu'une petite partie des médecins généralistes interrogés se sent à l'aise avec la gestion des urgences psychiatriques à domicile accompagnée de la mise en place des traitements anxiolytiques. L'anxiété est un symptôme souvent rencontré pendant les consultations en cabinet de médecine générale.

Pour le traitement de l'anxiété dans le contexte de fin de vie, l'HAS (85) recommande de favoriser au maximum l'utilisation de la voie orale afin d'épargner les formes injectables. Elle conseille aussi de privilégier l'utilisation d'une benzodiazépine de demi-vie longue dans les situations d'anxiolyse en continu : clonazépam, diazépam, clorazépate et de se réserver la possibilité d'utiliser d'autres médicaments que les benzodiazépines (hydroxyzine, cyamémazine) au regard des effets indésirables associés à ces dernières.

Gestion d'une crise d'épilepsie

Six réponses proposent le traitement d'une **crise d'épilepsie** à domicile avec du Valium et un accompagnement à l'aide d'un Réseau de Soins Palliatifs ou HAD.

Johan Pallud dans son étude du 2017 (86) propose l'utilisation des corticoïdes comme antiépileptiques, dans un contexte de cancer ou de métastases cérébrales, en raison de leur action de renfort de la signalisation GABAergique (87) mais également de leur action régulatrice de la microglie activée (88).

L'état de mal épileptique en contexte tumoral est une urgence médicale. Son traitement est standardisé et il doit commencer par une benzodiazépine par voie intraveineuse, dont l'administration peut être répétée après 5 minutes. Lors d'un état de mal réfractaire aux benzodiazépines, la phénytoïne ou le valproate peuvent être utilisés par voie intraveineuse. En

cas de résistance dans le cadre d'un état de mal tonico-clonique, les drogues anesthésiques barbituriques, propofol ou midazolam peuvent être employées. En cas d'état de mal partiel, les recommandations plaident en faveur de l'administration intraveineuse de lévétiracétam ou de valproate avant l'utilisation des drogues d'anesthésie (86).

La fin de vie nécessite d'adapter les médicaments anti-épileptiques privilégiant ceux qui ont une possibilité d'administration parentérale. Il est recommandé de préférer la voie intraveineuse en milieu hospitalier et les voies intra-musculaire, intra-rectale ou sous-cutanée pour les patients à domicile (89).

Gestion des râles agoniques

Six réponses proposent le traitement des **râles agoniques** à domicile avec de l'Atarax ou du Valium en sous-cutané ou de la Scopolamine ou du Midazolam.

Cinq réponses proposent le traitement de la **dyspnée** à domicile avec oxygénothérapie, l'utilisation de Scopolamine et de Benzodiazépine.

Une seule réponse propose l'hospitalisation devant une **dyspnée** selon le degré d'évolution du patient.

La Société Française d'Accompagnement et Soins Palliatifs (SFAP) (90) propose un protocole de prise en charge de la détresse respiratoire, de la dyspnée intense et de l'encombrement agonique chez le patient en fin de vie.

La voie intraveineuse est à privilégier : Dose de charge morphine 5 mg + midazolam 3 mg en IVD lente sur 10 min, à renouveler si besoin au bout de 5 à 10 min. Dans le même temps faire aussi relais en continu morphine 2 mg/h et midazolam 3 mg/h. La morphine et le midazolam peuvent être mélangés dans une même seringue. Il est recommandé de mettre un garde veine d'au maximum 250 cc de sérum physiologique par 24h. Si le traitement est inefficace d'emblée malgré le renouvellement de la dose de charge ou inefficace à distance, il est recommandé de faire un bolus de 10 mg de morphine et 5 mg midazolam, d'augmenter le débit de base à 4 mg/h de la morphine et 6 mg/h midazolam, d'adjoindre si nécessaire sur 24h dans le garde veine 100 mg de Cyamémazine (Tercian®) ou 100 mg de Lévomépromazine (Nozinan®) ou 50 mg de Chlorpromazine (Largactil®).

Concernant l'oxygénothérapie, l'étude menée par Philips en 2006 (91), montre que l'administration d'oxygène dans le contexte de dyspnée en fin de vie n'a pas une efficacité prouvée. Pour cette raison il faut adapter le débit d'oxygène pour le confort du malade seulement. Nous pouvons conclure, qu'une partie des médecins participant à notre étude connaissent les protocoles à appliquer pour traiter la dyspnée à domicile.

Gestion de l'agitation terminale

Cinq réponses proposent le traitement de **l'agitation terminale** à domicile avec de l'Hypnovel ou du Valium.

L'anxiété peut apparaître à l'approche de la mort. Elle peut être soulagée par un suivi psychologique et un traitement antidépresseur (fluoxétine, par exemple) et/ou anxiolytique (bromazépam, alprazolam, par exemple). Dans le cas où l'angoisse devient insupportable par le patient, alors que tous les moyens disponibles et adaptés pour son traitement ont pu lui être proposés et/ou mis en œuvre, sans permettre d'obtenir le soulagement escompté. Une sédation peut être proposée. Elle vise à diminuer la vigilance et peut aller jusqu'à la perte de conscience par des moyens médicamenteux. Le midazolam est la molécule sédative de choix avec un mode d'administration injectable par voie intraveineuse (à privilégier) ou sous-cutanée (92).

Comme pour toute thérapeutique, les pratiques sédatives palliatives nécessitent d'obtenir le consentement éclairé du patient s'il est en capacité de l'exprimer.

La sédation profonde et continue jusqu'au décès introduite par la loi Claeys et Leonetti est une pratique sédative particulière car d'emblée irréversible et qui contrairement aux pratiques palliatives symptomatiques proportionnées nécessite le recours à une procédure collégiale.

Selon l'étude menée par Martin en 2019 (20), les patients anxieux se voient administrer significativement plus de midazolam (62,5 % contre 92,6 % $p = 0,005$) par les médecins généralistes que les autres patients.

Les réponses données dans notre étude montrent que les médecins connaissent le traitement de ce symptôme.

Gestion de l'état confusionnel aigu

Une seule réponse propose la gestion à domicile de **l'état confusionnel aigu** avec du Midazolam. Deux réponses proposent l'hospitalisation devant **un état confusionnel aigu**, selon le contexte, et/ou la prescription d'examens complémentaires.

L'Association Francophone des Soins Oncologiques de Support a publié en 2013 (93) des recommandations sur la prise en charge de la confusion mentale en cancérologie. Le syndrome confusionnel aigu est défini comme un dysfonctionnement cérébral global, non spécifique, souvent transitoire et réversible, témoignant d'une souffrance cérébrale secondaire à des processus organiques. Il débute souvent de façon brutale ou rapidement progressive et l'intensité des troubles est très fluctuante et très sensible aux conditions de l'environnement. Ce syndrome peut être réversible s'il est traité à la fois de manière symptomatique et étiologique. Le syndrome confusionnel doit faire l'objet d'un diagnostic précoce et le traitement doit être

considéré comme une urgence. Il concerne près de 80% des patients en phase terminale de cancer et il constitue un facteur prédictif de décès. Les actions de dépistage permettent un recours moindre aux neuroleptiques. Le traitement peut être divisé en deux étapes. La première consiste à chercher la cause de la confusion et la traiter (traitement étiologique). La deuxième étape consiste à réévaluer les prescriptions : diminuer les opioïdes ou faire une rotation des opioïdes, diminuer le dosage des antidépresseurs et hypnotiques, diminuer le dosage des corticoïdes. Surveiller l'hydratation et l'équilibre nutritionnel. Puis il est conseillé de mettre en place un traitement par Halopéridol en oral à dose initiale 0,5-2 mg en 1 à 2 prises/jour, à moduler de 12 h en 12 h en fonction de la symptomatologie. Si la voie orale n'est pas possible, le traitement est par halopéridol en intra-musculaire, à dose initiale 0.5 à 1 ampoule à répéter toutes les 12 heures si besoin jusqu'au contrôle de l'agitation ou en sous-cutanée à dose de 1-2 mg/24h en seringue électrique. Faire une réévaluation régulière du patient. Il est important de limiter les stimulations visuelles et auditives et d'assurer la sécurité du patient, de l'entourage et des soignants.

En faisant une comparaison entre les recommandations et les réponses données par les médecins, nous pouvons dire que la prise en charge proposée pour le traitement de ce symptôme n'est pas vraiment adaptée.

Gestion de l'hémorragie vaginale ou rectale

Quatre réponses proposent l'hospitalisation devant une **hémorragie vaginale ou rectale**, selon le contexte et/ou si elle est abondante. Une seule réponse propose le traitement de **l'hémorragie vaginale ou rectale** à domicile avec utilisation de Tranxène.

L'hémorragie est une situation fréquente en soins palliatifs et il est important de l'anticiper. Elle est souvent liée à l'évolution naturelle de la tumeur ou du processus néoplasique.

Il est très important pour le patient et son entourage de prévenir la possible apparition de ce symptôme. Quand l'hémorragie survient, il est nécessaire d'assurer une présence et de maintenir un environnement calme et rassurant, de poursuivre une communication et une information avec le patient et ses proches, d'utiliser du linge sombre afin de limiter l'impact visuel du sang, d'arrêter les traitements pouvant aggraver l'hémorragie. Concernant le traitement médicamenteux, il est possible d'utiliser des compresses hémostatiques, telles que des compresses imprégnées d'Adrénaline diluée avec du sérum physiologique ou de l'acide tranexamique (Exacyl) pour application locale. L'acide tranexamique est utilisable aussi en systématique à la dose de 500 mg à 1 g trois fois par jour. En cas d'hémorragie digestive, le traitement conseillé est l'Octreotide, en administration sous-cutanée à la dose de 100 à 200 µg

chaque 8h. Ce médicament est à délivrance uniquement hospitalière (25). Selon l'abondance de l'hémorragie est important évaluer la possibilité d'une hospitalisation pour une meilleure prise en charge.

Les réponses à notre étude montrent que les médecins généralistes ont le réflexe d'évaluer la quantité de l'hémorragie et décident la prise en charge en conséquence.

Gestion d'un phénomène thromboembolique

Quatre réponses proposent traitement à domicile avec anticoagulant d'un **phénomène thromboembolique** seulement s'il est localisé.

Selon l'étude menée par Martin en 2019 (20), la majorité des médecins généralistes utilisent comme anticoagulant, en situation de fin de vie, une héparine de bas poids moléculaire. Elle était utilisée à visée curative dans 68 % des cas (n = 34).

Les médecins participants à notre étude proposent le même traitement que celui retrouvé dans la littérature.

Il n'existe pas de recommandations relatives au traitement anticoagulant dans le contexte palliatif. Cette absence génère une prise en charge assez aléatoire des patients. Il semble cependant exister un consensus pour la prescription d'un traitement prophylactique de la maladie thromboembolique veineuse, uniquement en cas de situation caricaturale associant facteurs de haut risque thrombotique (cancer, antécédent de thrombose, alitement), absence de facteur de risque hémorragique et désir exprimé de poursuite de soins actifs (94).

Outre une évaluation des facteurs de risque thrombotique et hémorragique, la prise en compte de l'avis du patient quant à ses attentes thérapeutiques est sans doute la pierre angulaire de la décision.

Gestion d'une fracture sur métastase osseuse

Deux réponses proposent la décision d'hospitalisation ou de maintien à domicile d'une **fracture pathologique sur métastase osseuse** selon sa localisation corporelle.

Deux réponses proposent le maintien à domicile avec antalgiques d'une **fracture pathologique sur métastase osseuse**.

Deux réponses proposent l'hospitalisation pour radiothérapie et/ ou plastie de la **fracture pathologique sur métastase osseuse**

Selon les recommandations du Référentiels Auvergne-Rhône-Alpes en oncologie thoracique de 2017 (95), les fractures sur lésions pathologiques nécessitent une prise en charge chirurgicale dans la majorité des cas, pour permettre une récupération fonctionnelle rapide et pour diminuer

les douleurs post-fracturaires. Les seules contre-indications sont le mauvais état général du patient ne permettant pas d'envisager une intervention chirurgicale et/ou une anesthésie. Dans ce contexte de fracture pathologique, l'urgence est la stabilisation de la fracture, à visée antalgique. La prise en charge chirurgicale curative en revanche ne constitue pas une urgence et doit être planifiée de manière soignée.

Devant ces recommandations on peut dire qu'une partie des médecins qui ont répondu à notre étude connaissent les indications de traitement chirurgical des fractures pathologiques sur métastase osseuse.

5. Conclusion

Notre étude a mis en évidence l'absence de formation en Soins Palliatifs pour une majorité de médecins du département de la Somme (68.92%). Pour ceux qui ont suivi une formation (31.08%), cette formation est essentiellement issue de la formation médicale continue.

Malgré le manque de formation, les médecins connaissent le pourcentage de patients qui souhaitent mourir à domicile (40.54%). Cela montre qu'ils discutent avec leurs patients de leurs souhaits concernant leur fin de vie.

Ils connaissent aussi les principes de la Loi Leonetti-Claeys (60.45%) et les structures qui s'occupent de Soins Palliatifs sur leur territoire comme les Réseaux de soins Palliatifs Palpi 80, les équipes mobiles et les Services hospitaliers dédié (93%).

Concernant la pratique, la majorité d'entre eux (68.49%) prend en charge moins de trois patients en fin de vie par an. Ces patients se retrouvent dans un contexte de soins à domicile (HAD ou Réseau de soins Palliatifs) mis en place préalablement par l'hôpital (87.84%). Le médecin généraliste, se retrouve alors, à jouer le rôle de prescripteur pour l'HAD ou intermédiaire entre le patient et le Réseau.

Le manque de formation et d'expérience pratique sont les causes principales de la difficulté des médecins à gérer les symptômes qui caractérisent la fin de vie et de leur décision de se retourner vers les urgences. Cela se traduit également par un manque de connaissance relatif aux documents spécifiques (fiche Urgence Pallia) pour faciliter l'accueil de ce type de patient par le service d'urgence de l'hôpital.

Le Réseau Palpi80 a un rôle de première importance dans la collaboration avec les médecins généralistes pour faciliter la prise en charge de la fin de vie. Il aide les médecins sur les différents aspects de la prise en charge palliative et plus spécialement sur les symptômes plus spécifiques de la fin de vie.

De notre étude ressort la nécessité de former les médecins généralistes à la prise en charge des symptômes qui caractérisent la fin de vie, aux documents qui peuvent faciliter la prise en charge des patients aux urgences, comme la Fiche Pallia et au mode de fonctionnement et au rôle du Réseau de Soins Palliatifs.

Au regard de notre étude, il serait intéressant de réaliser une étude sur les contraintes socio-économiques qui limitent la formation universitaire dans le domaine des soins palliatifs en deuxième et troisième cycle d'étude.

Une autre étude pourrait être menée sur le type de Formation continue, dans le domaine des soins palliatifs, au regard de l'intérêt des médecins généralistes par rapport à leurs pratiques quotidiennes et leurs attentes.

6. Bibliographie

1. <https://www.vie-publique.fr/en-bref/279226-medecins-stagnation-des-effectifs-et-baisse-de-la-densite-medicale>. Démographie médicale.pdf.
2. Pechard M, Tanguy M, Briot M-TLB, Boré F, Couffon C, Commer J-M, et al. Intérêts d'une fiche de liaison en situation d'urgence de patients en soins palliatifs. *Médecine Palliat Soins Support*. 2013;12(4):168–76.
3. Tardy B, Viallon A. Fin de vie aux urgences. *Réanimation*. 2005;14(8):680–5.
4. Mino J-C. Entre urgence et accompagnement, les équipes mobiles de soins palliatifs. *Sci Soc Sante*. 2007;25(1):63–91.
5. Loi PDE. Proposition de loi. *Chir Dent Fr*. 1975;45(267):23–4.
6. <http://www.sfap.org/rubrique/definition-et-organisation-des-soins-palliatifs-en-france>. Définition Soins Palliatifs SFAP. 2021;1–6. Available from: <http://www.sfap.org/rubrique/definition-et-organisation-des-soins-palliatifs-en-france>
7. OMS. Définition Des Soins Palliatifs. 2002;1990. Available from: <http://www.soinspalliatifs.be/definition-des-soins-palliatifs-oms.html>
8. LEGROS B. Commentaire de la loi n° 99-477 du 9 juin 1999 : Visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs. *Médecine & droit*. 2000;57(42):1–8.
9. ANAES. 4) Modalités de prise en charge de l'adulte nécessitant des soins palliatifs. 2002;4–7. Available from: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272224/fr/modalites-de-prise-en-charge-de-l-adulte-necessitant-des-soins-palliatifs
10. Soins DELODES, Trémoureux C. CIRCULAIRE N°DHOS/O2/2008/99 du 25 mars 2008 relative à l'organisation des soins palliatifs. 2008;
11. Fiche Urgence Pallia.pdf.
12. Papon S. en 2018 , dont la moitié dans le département où elles sont nées. 2019;2018:0–4.
13. Pennec S, Gaymu J, Monnier A, Riou F, Aubry R, Pontone S, et al. Le dernier mois de l'existence : Les lieux de fin de vie et de décès en France. Vol. 68, *Population*. 2013. 585–616 p.
14. Fin d'un tabou ! 2010;1–12.
15. Touraine M. Plan national 2015-2018 pr le développement des soins palliatifs et l'accompagnement en fin de vie. 2015;30. Available from: http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/031215_-_plabe56.pdf
16. Pr L. Article 1. 2016;
17. Hauts-de -France. Soins palliatifs.
18. Guirimand F, Buyck JF, Lauwers-Allot E, Revnik J, Kerguen T, Aegerter P, et al. Cancer-Related Symptom Assessment in France: Validation of the French M. D. Anderson Symptom Inventory. *J Pain Symptom Manage*. 2010;39(4):721–33.
19. Conill C, Verger E, Henríquez I, Saiz N, Espier M, Lugo F, et al. Symptom prevalence

- in the last week of life. *J Pain Symptom Manage.* 1997;14(6):328–31.
20. Martin N, Bremaud N, Blanc J, Bertaut A, Brunet L. Étude des symptômes et prescriptions chez les patients en soins palliatifs pris en charge en hospitalisation à domicile du centre Lois-Leclerc. *Med Palliat Soins Support - Accompagnement - Ethique* [Internet]. 2019;18(6):279–86. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.medpal.2019.05.002>
 21. Vivre la fin de sa vie chez soi. 2013;
 22. Dufour J. Fin de vie des personnes âgées dans les secteurs ruraux de l' Aude : déterminants de la prise en charge d' une phase agonique au domicile pour les médecins généralistes To cite this version : HAL Id : dumas-02963080 DOCTEUR EN MEDECINE Présentée et sout. 2020;
 23. Claude B, Isabelle H, Carole G. Résultats de recherche. 2021;4–7.
 24. Pascal Rautureau. L'urgence, la fin de vie et le domicile : de l'improvisation à la coordination. 2016;
 25. Cluzeau-duchaussoy P. Guide d' aide à la prise en charge des patients en soins palliatifs à domicile destiné aux médecins généralistes Aurélie Susagna. 2012;1–23.
 26. Morita T, Tsunoda J, Inoue S, Chihara S. Contributing factors to physical symptoms in terminally-ill cancer patients. *J Pain Symptom Manage.* 1999;18(5):338–46.
 27. Ng K, Von Gunten CF. Symptoms and attitudes of 100 consecutive patients admitted to an acute hospice/palliative care unit. *J Pain Symptom Manage.* 1998;16(5):307–16.
 28. Mancini I, Lossignol D, Obiols M, Llop R, Toth C, Body JJ. Supportive and palliative care: experience at the Institut Jules Bordet. *Support care cancer Off J Multinatl Assoc Support Care Cancer.* 2002 Jan;10(1):3–7.
 29. OMS. Soins palliatifs : Gestion des symptômes et soins de fin de vie. 2003;60.
 30. Pennec S, Riou F, Monnier A, Gaymu J, Cases C, Pontone S, et al. End of life at home in France in 2010: Results from a nationwide population survey. *Med Palliat.* 2013;12(6):286–97.
 31. Pour T, Diplome LE, Docteur EDE, Medecine EN. Faculté de Médecine Facteurs favorisant le maintien à domicile des patients en fin de vie : Enquête de pratique auprès des médecins généralistes du Limousin. 2015;
 32. Facteurs LES, Les L, Generalistes M, Tarn DU, Leurs ET, Pour R, et al. Les facteurs limitant les medecins generalistes du tarn et garonne dans la prise en charge des patients en soins palliatifs a domicile, et leurs ressources pour y faire face. 2019;
 33. 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 To cite this version : HAL Id : dumas-01598279 Connaissances , compétence. 2017;
 34. Sant S. La démographie médicale En Région Picardie. 2015;
 35. Mographie D, France DEN. SITUATION AU 1 er JANVIER 2021 ATLAS DE LA DÉMOGRAPHIE D MOGRAPHIE. 2021;

36. Voisin C. Au 1^{er} janvier 2018 , 570 700 habitants dans la Somme. 2020;114–5.
37. Colin A. État des lieux de la visite à domicile par les médecins To cite this version : HAL Id : dumas-02505145. 2021;
38. Larre S. L'urgence palliative à domicile et le recours à l'hospitalisation: état des lieux 2006 et préconisations pour une meilleure prise en charge à partir d'une enquête auprès des médecins généralistes du territoire de recours de Bayonne. 2007.
39. Vantomme Piolot, Alain., Université Paris-Est Crèteil Val de Marne (UPEC)., C. Difficultés des médecins généralistes dans la prise en charge au domicile de patients en soins palliatifs : enquête auprès de 268 médecins généralistes dans le Val de Marne. [[S.l.]]: [s.n.]; 2007.
40. INTÉRÊT D'UNE PERMANENCE TÉLÉPHONIQUE DE SOINS PALLIATIFS ENQUÊTE POSTALE AUPRÈS DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES ISÉROIS (2013).pdf.
41. LAPAGE B. Soins palliatifs à domicile: Évaluation des besoins des soignants des Deux-Sèvres. *La Rev du Prat Médecine générale*. 2007;(764–765):355–8.
42. Résultats I. Les décès en 2018. 2019;
43. Accompagner un patient en fin de vie. 2013;
44. Marchal Bertin de La Hautière Bonenfant, Francis, Université Toulouse 3 Paul Sabatier (1969-....), Université Paul Sabatier (Toulouse)., Faculté des sciences médicales Rangueil., M. Réseau de soins palliatifs et médecins généralistes : une évaluation en Tarn-et-Garonne. [[S.l.]]: [s.n.]; 2010.
45. Arpin-barbieux A. Irection de l ' hospitalisation et de l ' organisation des. 2008;
46. Picardie UDE, Verne J. Etude de la sollicitation des réseaux de soins palliatifs par les médecins généralistes dans la prise en charge des patients au domicile . 2016;
47. Stipon M. État des lieux de la prise en charge en soins palliatifs en médecine générale en Seine-Maritime et dans l ' Eure To cite this version : HAL Id : dumas-01381852. 2016;
48. MK BD, Pegliasco H, Galinier A, Lapiana JM, Favre R, Peretti-Watel P, et al. Terminal care of patients by the general practitioner and the specialist. Results of a French survey" Attitudes and practices in palliative treatment--2002". *Press medicale (Paris, Fr 1983)*. 2003;32(11):488–92.
49. Enjeux ES, Publique DES, Reseaux DES. à partir de l ' évaluation externe d ' un réseau de soins palliatifs à domicile. 2004;(61):1–133.
50. Mino J-C. Étude par entretiens sur les avis des généralistes et des équipes des réseaux à propos de leur collaboration. *Médecine Palliat Soins Support*. 2006;5(1):21–5.
51. Calmels L. La pratique des soins palliatifs en ambulatoire dans le Maine et Loire : enquête auprès des médecins généralistes. 2016;58. Available from: <http://dune.univ-angers.fr/fichiers/20096576/2016MCEM6082/fichier/6082F.pdf>
52. Membre CH, Stagiaire P. Fiches contributives à la mission de réflexion sur la fin de vie Établi par. 2012;

53. Pype P. Impact de l' intervention des soins palliatifs à domicile Question clinique. 2015;14:40–1.
54. Jordhøy MS, Fayers P, Saltnes T, Ahlner-Elmqvist M, Jannert M, Kaasa S. A palliative-care intervention and death at home: a cluster randomised trial. *Lancet* (London, England). 2000 Sep;356(9233):888–93.
55. Chappuis V. Description de patients relevant de soins palliatifs suivis en HAD. *Médecine Palliat Soins Support*. 2008;7(6):297–301.
56. Basteraud H. THESE POUR LE DIPLOME D' ETAT. 2016;1–58.
57. Duhamel G. Les soins palliatifs et la fin de vie à domicile. 2017;
58. Outil d' indicateurs de soins palliatifs.
59. France EN. Quand faire appel à une. 2010;
60. Grille de Sebag Lanoé. 1992;1992.
61. Note méthodologique et de synthèse documentaire Mise au point sur la démarche palliative. 2016;
62. Edition S. Palliative Care for Adults. 2020;1–82.
63. Levy MH, Smith T, Alvarez-perez A, Back A, Baker JN, Block S, et al. Palliative Care , Version 1 . 2014 Featured Updates to the NCCN Guidelines. 2014;12(10):1379–88.
64. Avant ADEL. www . integr a tion de ss oin spa l l i a t i f s . c a . 2015;
65. Document ODECE, Des C, Sante SDE. BOITE A OUTILS POUR LE DEVELOPPEMENT DES SOINS. 2015;29(2):2–5.
66. GLOBAL INITIATIVE FOR CHRONIC OBSTRUCTIVE.
67. Blinderman CD, Jacobsen J, Pirl WF, Billings JA, Lynch TJ. Early Palliative Care for Patients with Metastatic Non–Small-Cell Lung Cancer. 2010;733–42.
68. Parikh RB, Kirch RA, Smith TJ, Temel JS. s ounding b oa r d Early Specialty Palliative Care — Translating Data in Oncology into Practice. 2013;2347–51.
69. Jalbert R. Étude de trois outils à disposition des médecins généralistes isérois lors de la prise en charge de patients bénéficiant de soins palliatifs à domicile : les médecins généralistes isérois connaissent ils leur existence ? To cite this version : HAL Id : du. 2017;
70. Tardy B, Viallon A. Fin de vie aux urgences Death of terminally ill patients in the emergency department. 2005;14:680–5.
71. Barbera L, Taylor C, Dudgeon D. Why do patients with cancer visit the emergency department near the end of life? *Cmaj*. 2010;182(6):563–8.
72. Adam R, Wassell P, Murchie P. Why do patients with cancer access out-of-hours primary care? A retrospective study. *Br J Gen Pract*. 2014;64(619):99–104.
73. Fons G. Fin de vie aux urgences ; coordination entre le service d' accueil des urgences et la médecine ambulatoire To cite this version : HAL Id : dumas-01614935. 2017;
74. Id HAL. Les facteurs déterminant l' hospitalisation aux urgences par les médecins

généralistes niçois des patients en fin de vie à domicile Agnès Rollet To cite this version : HAL Id : dumas-01367713 > ^ & d hZ ^ d ZD / E Ed > ^ , K ^ W / d > / ^ d / KE hy hZ ' . 2016;

75. Bouvaist M. " Fiche réflexe soins palliatifs " : un outil de coopération avec le SAMU 74 pour améliorer la prise en charge en urgence des patients en soins palliatifs en phase avancée à domicile To cite this version : HAL Id : dumas-00626707. 2014;
76. Gentile S, Amadei E, Bouvenot J, Durand AC, Bongiovanni I, Haro J, et al. Attitudes et comportement des usagers face à une urgence réelle ou ressentie. *Sante Publique* (Paris). 2004;16(1):63–74.
77. Ewing G, Rogers M, Barclay S, McCabe J, Martin A, Campbell M, et al. Ewing - Patient pro agreement in symp control 2006. 2006;(January):27–34.
78. *Medecine FDE*, Fortane V. Vanessa FORTANE. 2010;1–76.
79. Comité Consultatif National d'éthique. Avant-propos à l'avis N°121 du CCNE. 2012;32.
80. Haute Autorité de Santé. Les directives anticipées concernant les situations de fin de vie - Guide pour le grand public. *Médecine* [Internet]. 2016;12(3):111–5. Available from: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-03/directives_anticipees_concernant_les_situations_de_fin_de_vie_v16.pdf %0Ahttp://www.jle.com/fr/revues/med/e-docs/les_directives_anticipees_306990/article.phtml
81. Fougère B, Mytych I, Baudemont C, Gautier-Roques E, Montaz L. Prise en charge des patients douloureux en soins palliatifs par les médecins généralistes. *Med Palliat* [Internet]. 2012;11(2):90–7. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.medpal.2011.11.002>
82. Emanuel EJ, Fairclough D, Clarridge BC, Blum D, Bruera E, Penley WC, et al. Attitudes and practices of U.S. oncologists regarding euthanasia and physician-assisted suicide. *Ann Intern Med*. 2000 Oct;133(7):527–32.
83. Saunders C. Soins palliatifs — Une approche pluridisciplinaire. Lamarre, Infirmière, Société Et Avenir; 1994.pdf.
84. D'urologie A française. Prise en charge de la rétention aiguë d'urine.pdf.
85. Haute Autorité de Santé HAS. Prise en charge médicamenteuse des situations d'anxiolyse et de sédation pour les pratiques palliatives en situation d'accès restreint au midazolam [Internet]. Saint-Denis La Plaine; 2020. Available from: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3182227/fr/prise-en-charge-medicamenteuse-des-situations-d-anxiolyse-et-de-sedation-pour-les-pratiques-palliatives-en-situation-d-acces-restreint-au-midazolam
86. Epilepsie associée aux gliomes infiltrants de l'adulte.pdf.
87. Engelhorn T, Savaskan NE, Schwarz MA, Kreutzer J, Meyer EP, Hahnen E, et al. Cellular characterization of the peritumoral edema zone in malignant brain tumors. 2009;
88. WIENER P. NEUROACTIVE STEROIDS, RELAXATION, AND SEIZURE CONTROL. *Int J Neurosci* [Internet]. 2003 Jan 1;113(5):631–9. Available from: <https://doi.org/10.1080/00207450390200080>
89. Pace A, Villani V, Di Lorenzo C, Guariglia L, Maschio M, Pompili A, et al. Epilepsy

- in the end-of-life phase in patients with high-grade gliomas. *J Neurooncol.* 2013 Jan;111(1):83–6.
90. Covid P, Anticiper E, Gravation LAG, État ÉDEL, Materiel PLE. Prise en charge palliative des détresses respiratoires asphyxiques à domicile ou en ehpad. 2020;1–11.
 91. Philip J, Med DP, Gold M, Med DP, Milner A, Iulio J Di, et al. A Randomized , Double-Blind , Crossover Trial of the Effect of Oxygen on Dyspnea in Patients with Advanced Cancer. 2006;32(6):541–50.
 92. Vie CNF de vie SP. Traitement de l'agitation terminale.pdf.
 93. Piollet I. La confusion mentale en cancérologie. *Psycho-oncologie.* 2013;7(4):204–9.
 94. Duverger C, Tardy B, Richard A, Célarier T, Bayle S, Cambou M, et al. Traitement prophylactique de la maladie thromboembolique veineuse en soins palliatifs. 2009;1235–9.
 95. Référentiels Auvergne-Rhône-Alpes en oncologie thoracique. GROUPE DE TRAVAIL METASTASES OSSEUSES. 2017;1–58.

7. Annexes

Annexe 1

Questionnaire de thèse

Caractéristiques du répondant

1) Quel est votre sexe ?

- Homme Femme

2) Quel âge avez-vous ?

- 27 -40 ans 41 - 55 ans Plus de 55 ans

3) Vous exercez :

- Seul(e)
 En cabinet de groupe
 Maison de Santé Pluridisciplinaire
 Centre de Santé
 Autre : _____

4) Votre cabinet se trouve en :

- Milieu urbain (> 10.000 hab.)
 Milieu semi-rural (\geq 3.000 et \leq 10.000 hab.)
 Milieu rural (< 3.000 hab.)

5) Depuis combien d'année êtes-vous installé(e) ?

- < 1 ans < 10 ans entre 10 et 20 >20

6) Réalisez-vous une/des activité(s) en supplément de votre activité principale ? Si oui, merci de bien vouloir préciser cette/ces activité(s).

- Hospitalière
 Réseau de Soins Palliatifs
 SSR
 Médecin coordinateur dans une EHPAD
 Autre : _____

7) Participez-vous à la permanence des soins ?

- Oui Non

8) Effectuez-vous des visites à domicile ?

- Oui, Visites à domicile programmées
 Oui, visites à domicile non programmées, réalisées en urgence
 Oui, les deux précédentes
 Non

Concernant votre formation en Soins Palliatifs :

9) Avez-vous suivi une formation complémentaire en Soins Palliatifs ?

- Oui Non

10) Si Oui, quel type de formation complémentaire avez-vous suivi ?

- Diplômes d'études spécialisées complémentaires, Diplôme universitaire ou interuniversitaire
 Formation Spécialisée Transversale (FST)
 Formation médicale continue (FAF, DPC)
 Travail en groupe de paires
 Formation sur le terrain
 Autre : _____

Concernant vos connaissances en Soins Palliatifs :

11) Connaissez-vous le pourcentage de décès à domicile des personnes adultes (18-99 ans) en France ?

- <10% 10%-30%
 30%-50% > 50% Je ne sais pas

12) Connaissez-vous le pourcentage de personnes en fin de vie souhaitant décéder à domicile ?

- <10% 10% -30% 30% - 50%
 > 50% Je ne sais pas

13) Connaissez-vous les grands principes de la loi LEONETTI DU 22/04/2005 (revue en 02/2016 sous le nom de CLAEYS-LEONETTI) ?

- La personne de confiance
 Les directives anticipées
 L'obstination déraisonnable
 La limitation ou l'arrêt de traitement
 La procédure collégiale
 Le principe du double effet

14) Connaissez-vous des réseaux ou des équipes des soins palliatifs dans votre département ou dans la Région ? Si oui, lesquels ?

15) Pourriez-vous préciser leur mission ?

Concernant votre pratique en Soins Palliatifs :

16) Avez-vous été amené(e) à organiser le suivi d'une personne en fin de vie à domicile ? Si oui, combien de patients avez-vous accompagné durant les 12 derniers mois ?

- <3 entre 3 et 5 > 5 Aucun

17) Est-ce-que le suivi était encadré ?

- Oui, par une HAD
 Oui, par un réseau de Soins Palliatifs
 Non, il n'était pas encadré

18) Parvenez-vous à identifier les patients susceptibles de bénéficier de Soins Palliatifs ?

- Oui, plutôt facilement Non, plutôt difficilement
 Cela dépend des symptômes

19) Connaissez-vous la Fiche Urgence Pallia ? Dans votre pratique quotidienne, est-ce que vous l'utilisez ?

- Oui, Je la connais, mais je ne l'utilise pas
 Oui, Je la connais et je l'utilise
 Non, je ne la connais pas et je ne l'utilise pas

20) Evoquez-vous l'opportunité d'une prise en charge palliative quand votre patient présente :

récupération :

Oui Non Je ne sais pas

a. Une pathologie grave, évolutive, avec une espérance de vie supérieure à 3 mois :

c. Une ou des pathologies avec un déclin graduel et prolongé :

Oui Non Je ne sais pas

Oui Non Je ne sais pas

b. Une ou des pathologies avec un déclin graduel, pointées par des épisodes de détérioration aigüe et certains moments de

d. Une pathologie grave, évolutive, avec une espérance de vie inférieure à 3 mois :

Oui Non Je ne sais pas

21) Que faites-vous face à ces situations ?

| Quelle prise en charge réalisez-vous ? | | |
|--|--------------------------------------|--|
| J'hospitalise le/la patient(e) | Je garde le/la patient(e) à domicile | Cochez si vous consultez le Réseau de Soins Palliatifs |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |


22) Pour chacun des précédents symptômes, lorsque vous décidez de maintenir le patient à domicile, quels soins procurez-vous ? :

Annexe 2
Fiche Urgence Pallia

Fiche URGENCE PALLIA

Concernant une personne en situation palliative ou palliative terminale

Fiche destinée à informer un médecin intervenant lors d'une situation d'urgence. Celui-ci reste autonome dans ses décisions.



RÉDACTEUR Nom : Statut du rédacteur :

Téléphone : ou tampon :

Fiche rédigée le :

PATIENT M. Mme NOM : Prénom :

Rue : Né(e) le :

CP : Ville : Téléphone :

N° SS : Accord du patient pour la transmission des informations : Oui Non Impossible

Médecin traitant : Dr Joignable la nuit Oui Non NA¹ Tél :

Médecin hospitalier référent : Dr Tél :

Service hospitalier référent : Tél :

Lit de repli possible² : Tél :

Suivi par HAD : Oui Non NA Tél :

Suivi par EMSP : Oui Non NA Tél :

Suivi par réseau : Oui Non NA Tél :

Autres intervenants à domicile :

(SSIAD, IDE libérale...)
avec leur(s) numéro(s) de téléphone

Pathologie principale et diagnostics associés :

Le patient connaît-il son diagnostic ? Oui Non En partie NA Son pronostic ? Oui Non En partie NA

L'entourage connaît-il le diagnostic ? Oui Non En partie NA Le pronostic ? Oui Non En partie NA

Réflexion éthique collégiale sur l'orientation des thérapeutiques : Oui Non En partie NA

Projet thérapeutique :

Symptômes et risques possibles : Douleur Dyspnée Vomissement
 Encombrement Anxiété majeure
 Agitation Convulsions Occlusion
 Autres (à préciser dans cette zone →)

Produits disponibles au domicile :

Prescriptions anticipées : Oui Non NA

DÉMARCHE PRÉVUE Avec accord patient le Projet d'équipe si accord patient impossible

Hospitalisation : Souhaitée si aggravation Envisageable Refusée autant que possible NA

Soins de confort exclusifs : Oui Non NA Décès à domicile : Oui Non NA

Réanimation en cas d'arrêt cardio-respiratoire : Oui Non NA Massage cardiaque : Oui Non NA

Ventilation non invasive : Oui Non NA Intubation : Oui Non NA

Usage d'amines vaso-actives : Oui Non NA Trachéotomie : Oui Non NA

Sédation en cas de détresse algüe avec pronostic vital engagé : Oui Non NA Remplissage : Oui Non NA

Directives anticipées Oui Non NA Rédigées le Copie dans le DMP

Personne de confiance Lien : Tél :

Où trouver ces documents ?

Autre personne à prévenir Lien : Tél :

1) NA = Non Applicable ou inconnu

2) Validé au préalable avec le service concerné

Version fiche 2017-06

Annexe 3

Texte de la Loi LEONETTI-CLAEYS

LOI dit LEONETTI-CLAEYS n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie

Article 1

I.-L'article L. 1110-5 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Le premier alinéa est ainsi modifié :

a) La première phrase est ainsi modifiée :

-après le mot : « recevoir », sont insérés les mots : «, sur l'ensemble du territoire, les traitements et » ;

-après le mot : « sanitaire », sont insérés les mots : « et le meilleur apaisement possible de la souffrance » ;

b) A la seconde phrase, après les mots : « d'investigation ou », sont insérés les mots : « de traitements et » ;

c) Est ajoutée une phrase ainsi rédigée :

« Ces dispositions s'appliquent sans préjudice ni de l'obligation de sécurité à laquelle est tenu tout fournisseur de produits de santé ni de l'application du titre II du présent livre. » ;

2° Les deuxième à dernier alinéas sont remplacés par un alinéa ainsi rédigé :

« Toute personne a le droit d'avoir une fin de vie digne et accompagnée du meilleur apaisement possible de la souffrance. Les professionnels de santé mettent en œuvre tous les moyens à leur disposition pour que ce droit soit respecté. »

II.-La formation initiale et continue des médecins, des pharmaciens, des infirmiers, des aides-soignants, des aides à domicile et des psychologues cliniciens comporte un enseignement sur les soins palliatifs.

Article 2

Après l'article L. 1110-5 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 1110-5-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 1110-5-1.-Les actes mentionnés à l'article L. 1110-5 ne doivent pas être mis en œuvre ou poursuivis lorsqu'ils résultent d'une obstination déraisonnable. Lorsqu'ils apparaissent inutiles, disproportionnés ou lorsqu'ils n'ont d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie, ils peuvent être suspendus ou ne pas être entrepris, conformément à la volonté du patient et, si ce dernier est hors d'état d'exprimer sa volonté, à l'issue d'une procédure collégiale définie par voie réglementaire.

« La nutrition et l'hydratation artificielles constituent des traitements qui peuvent être arrêtés conformément au premier alinéa du présent article.

« Lorsque les actes mentionnés aux deux premiers alinéas du présent article sont suspendus ou ne sont pas entrepris, le médecin sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa vie en dispensant les soins palliatifs mentionnés à l'article L. 1110-10. »

Article 3

Après le même article L. 1110-5, il est inséré un article L. 1110-5-2 ainsi rédigé :

« Art. L. 1110-5-2.-A la demande du patient d'éviter toute souffrance et de ne pas subir d'obstination déraisonnable, une sédation profonde et continue provoquant une altération de la conscience maintenue jusqu'au décès, associée à une analgésie et à l'arrêt de l'ensemble des traitements de maintien en vie, est mise en œuvre dans les cas suivants :

« 1° Lorsque le patient atteint d'une affection grave et incurable et dont le pronostic vital est engagé à court terme présente une souffrance réfractaire aux traitements ;

« 2° Lorsque la décision du patient atteint d'une affection grave et incurable d'arrêter un traitement engage son pronostic vital à court terme et est susceptible d'entraîner une souffrance insupportable.

« Lorsque le patient ne peut pas exprimer sa volonté et, au titre du refus de l'obstination déraisonnable mentionnée à l'article L. 1110-5-1, dans le cas où le médecin arrête un traitement de maintien en vie, celui-ci applique une sédation profonde et continue provoquant une altération de la conscience maintenue jusqu'au décès, associée à une analgésie.

« La sédation profonde et continue associée à une analgésie prévue au présent article est mise en œuvre selon la procédure collégiale définie par voie réglementaire qui permet à l'équipe soignante de vérifier préalablement que les conditions d'application prévues aux alinéas précédents sont remplies.

« A la demande du patient, la sédation profonde et continue peut être mise en œuvre à son domicile, dans un établissement de santé ou un établissement mentionné au 6° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles.

« L'ensemble de la procédure suivie est inscrite au dossier médical du patient. »

Article 4

Après le même article L. 1110-5, il est inséré un article L. 1110-5-3 ainsi rédigé :

« Art. L. 1110-5-3.-Toute personne a le droit de recevoir des traitements et des soins visant à soulager sa souffrance. Celle-ci doit être, en toutes circonstances, prévenue, prise en compte, évaluée et traitée.

« Le médecin met en place l'ensemble des traitements analgésiques et sédatifs pour répondre à la souffrance réfractaire du malade en phase avancée ou terminale, même s'ils peuvent avoir comme effet d'abrèger la vie. Il doit en informer le malade, sans préjudice du quatrième alinéa de l'article L. 1111-2, la personne de confiance prévue à l'article L. 1111-6, la famille ou, à défaut, un des proches du malade. La procédure suivie est inscrite dans le dossier médical.

« Toute personne est informée par les professionnels de santé de la possibilité d'être prise en charge à domicile, dès lors que son état le permet. »

Article 5

I.-L'article L. 1111-4 du même code est ainsi modifié :

1° Après le premier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Toute personne a le droit de refuser ou de ne pas recevoir un traitement. Le suivi du malade reste cependant assuré par le médecin, notamment son accompagnement palliatif. » ;

2° Le deuxième alinéa est ainsi rédigé :

« Le médecin a l'obligation de respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix et de leur gravité. Si, par sa volonté de refuser ou d'interrompre tout traitement, la personne met sa vie en danger, elle doit réitérer sa décision dans un délai raisonnable. Elle peut faire appel à un autre membre du corps médical. L'ensemble de la procédure est inscrite dans le dossier médical du patient. Le médecin sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa fin de vie en dispensant les soins palliatifs mentionnés à l'article L. 1110-10. » ;

3° Après le mot : « susceptible », la fin du cinquième alinéa est ainsi rédigée : « d'entraîner son décès ne peut être réalisé sans avoir respecté la procédure collégiale mentionnée à l'article L. 1110-5-1 et les directives anticipées ou, à défaut, sans que la personne de confiance prévue à l'article L. 1111-6 ou, à défaut la famille ou les proches, aient été consultés. La décision motivée de limitation ou d'arrêt de traitement est inscrite dans le dossier médical. »

II.-A la première phrase du V de l'article L. 2131-1 du même code, le mot : « troisième » est remplacé par le mot : « quatrième ».

Article 6

L'article L. 1111-10 du même code est abrogé.

Article 7

A l'intitulé de la section 2 du chapitre Ier du titre Ier du livre Ier de la première partie du même code, après le mot : « volonté », sont insérés les mots : « des malades refusant un traitement et ».

Article 8

L'article L. 1111-11 du même code est ainsi rédigé :

« Art. L. 1111-11.-Toute personne majeure peut rédiger des directives anticipées pour le cas où elle serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté. Ces directives anticipées expriment la volonté de la personne relative à sa fin de vie en ce qui concerne les conditions de la poursuite, de la limitation, de l'arrêt ou du refus de traitement ou d'acte médicaux.

«A tout moment et par tout moyen, elles sont révisables et révocables. Elles peuvent être rédigées conformément à un modèle dont le contenu est fixé par décret en Conseil d'Etat pris après avis de la Haute Autorité de santé. Ce modèle prévoit la situation de la personne selon qu'elle se sait ou non atteinte d'une affection grave au moment où elle les rédige.

« Les directives anticipées s'imposent au médecin pour toute décision d'investigation, d'intervention ou de traitement, sauf en cas d'urgence vitale pendant le temps nécessaire à une évaluation complète de la situation et lorsque les directives anticipées apparaissent manifestement inappropriées ou non conformes à la situation médicale.

« La décision de refus d'application des directives anticipées, jugées par le médecin manifestement inappropriées ou non conformes à la situation médicale du patient, est prise à l'issue d'une procédure collégiale définie par voie réglementaire et est inscrite au dossier médical. Elle est portée à la connaissance de la personne de confiance désignée par le patient ou, à défaut, de la famille ou des proches.

« Un décret en Conseil d'Etat, pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés, définit les conditions d'information des patients et les conditions de validité, de confidentialité et de conservation des directives anticipées. Les directives anticipées sont notamment conservées sur un registre national faisant l'objet d'un traitement automatisé dans le respect de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. Lorsqu'elles sont conservées dans ce registre, un rappel de leur existence est régulièrement adressé à leur auteur.

« Le médecin traitant informe ses patients de la possibilité et des conditions de rédaction de directives anticipées.

« Lorsqu'une personne fait l'objet d'une mesure de tutelle, au sens du chapitre II du titre XI du livre Ier du code civil, elle peut rédiger des directives anticipées avec l'autorisation du juge ou du conseil de famille s'il a été constitué. Le tuteur ne peut ni l'assister ni la représenter à cette occasion. »

Article 9

L'article L. 1111-6 du même code est ainsi rédigé :

« Art. L. 1111-6.-Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant et qui sera consultée au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. Elle rend compte de la volonté de la personne. Son témoignage prévaut sur tout autre témoignage. Cette désignation est faite par écrit et cosignée par la personne désignée. Elle est révisable et révocable à tout moment.

« Si le patient le souhaite, la personne de confiance l'accompagne dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions.

« Lors de toute hospitalisation dans un établissement de santé, il est proposé au patient de désigner une personne de confiance dans les conditions prévues au présent article. Cette désignation est valable pour la durée de l'hospitalisation, à moins que le patient n'en dispose autrement. »

« Dans le cadre du suivi de son patient, le médecin traitant s'assure que celui-ci est informé de la possibilité de désigner une personne de confiance et, le cas échéant, l'invite à procéder à une telle désignation.

« Lorsqu'une personne fait l'objet d'une mesure de tutelle, au sens du chapitre II du titre XI du livre Ier du code civil, elle peut désigner une personne de confiance avec l'autorisation du juge ou du conseil de famille s'il a été constitué. Dans l'hypothèse où la personne de confiance a été désignée antérieurement à la mesure de tutelle, le conseil de famille, le cas échéant, ou le juge peut confirmer la désignation de cette personne ou la révoquer. »

Article 10

L'article L. 1111-12 du même code est ainsi rédigé :

« Art. L. 1111-12.-Lorsqu'une personne, en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, quelle qu'en soit la cause, est hors d'état d'exprimer sa volonté, le médecin a l'obligation de s'enquérir de l'expression de la volonté exprimée par le patient. En l'absence de directives anticipées mentionnées à l'article L. 1111-11, il recueille le témoignage de la personne de confiance ou, à défaut, tout autre témoignage de la famille ou des proches. »

Article 11

L'article L. 1111-13 du même code est abrogé.

Article 12

L'article L. 1412-1-1 du même code est ainsi modifié :

1° Le premier alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée : « L'avis des commissions compétentes et de l'Office parlementaire d'évaluation des choix scientifiques et technologiques inclut une appréciation sur l'opportunité, pour le Gouvernement, de mobiliser, dans les conditions prévues à l'article L. 121-10 du code de l'environnement, le concours de la Commission nationale du débat public. » ;

2° Le deuxième alinéa est complété par les mots : «, en faisant ressortir les éléments scientifiques indispensables à la bonne compréhension des enjeux de la réforme envisagée ».

Article 13

I.-Les articles 1er à 11 de la présente loi sont applicables à Wallis et Futuna, sous réserve de l'adaptation suivante :

Au II de l'article 1er, les mots : «, des aides-soignants, des aides à domicile et des psychologues cliniciens » sont supprimés.

II.-Après le 2° de l'article L. 1521-1 du code de la santé publique, il est inséré un 2° bis ainsi rédigé :

« 2° bis La dernière phrase du premier alinéa de l'article L. 1110-5 est ainsi rédigée :

« “ Ces dispositions s'appliquent sans préjudice de l'article L. 1521-5 ” ; ».

III.-Les articles 1er à 11 de la présente loi, à l'exception du II de l'article 1er, sont applicables en Nouvelle-Calédonie et en Polynésie française.

IV.-L'article L. 1541-2 du code de la santé publique est complété par un IV ainsi rédigé :

« IV.-Pour leur application dans ces deux collectivités :

« a) La dernière phrase du premier alinéa de l'article L. 1110-5 est ainsi rédigée : “ Ces dispositions s'appliquent sans préjudice de l'article L. 1541-4. ” ;

« b) L'avant-dernier alinéa de l'article L. 1110-5-2 est ainsi rédigé :

« “ A la demande du patient et après consultation du médecin, la sédation profonde et continue associée à une analgésie, prévue au présent article, peut être mise en œuvre à son domicile ou dans un lieu prévu à cet effet par les autorités locales compétentes en matière sanitaire et sociale. ” »

V.-L'article L. 1541-3 du même code est ainsi modifié :

1° Au II, il est inséré un 3° bis ainsi rédigé :

« 3° bis Le troisième alinéa de l'article L. 1111-6 est supprimé ; »

2° Sont ajoutés des IV et V ainsi rédigés :

« IV.-Le dernier alinéa de l'article L. 1111-6 n'est pas applicable en Nouvelle-Calédonie.

« V.-L'article L. 1111-11 est applicable dans ces deux collectivités, sous réserve des adaptations suivantes :

« 1° A la fin de la deuxième phrase du deuxième alinéa, les mots : “ pris après avis de la Haute Autorité de santé ” sont supprimés ;

« 2° Le dernier alinéa n'est pas applicable en Nouvelle-Calédonie. »

Article 14

I.-A l'occasion de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale, le Gouvernement remet chaque année au Parlement un rapport évaluant les conditions d'application de la présente loi ainsi que la politique de développement des soins palliatifs dans les établissements de santé, les établissements mentionnés au 6° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles et à domicile.

II.-L'article 15 de la loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie est abrogé.

La présente loi sera exécutée comme loi de l'Etat.

« État des lieux de la gestion à domicile par les médecins généralistes de la Somme des symptômes qui caractérisent les évolutions des pathologies qui affectent les patients palliatifs »

Résumé :

INTRODUCTION : Afin de pouvoir améliorer la prise en charge des patients en fin de vie, nous nous sommes interrogés sur les connaissances en soins palliatifs des médecins généralistes du département de la Somme et sur les raisons de l'envoi de patients aux urgences et sur leur rapport avec le Réseau de Soins palliatifs PALPI 80.

MATERIEL ET METHODE : Nous avons réalisé une étude, quantitative descriptive transversale par voie électronique et postal auprès de 400 médecins généralistes du département de la Somme.

RESULTATS : 74 questionnaires ont été exploités, le profil sortant des répondants été un médecin femme avec une âge moyenne de 47 ans exerçant dans la Somme en cabinet de groupe. Notre étude a mis en évidence l'absence de formation en Soins Palliatifs pour une majorité de médecins. Malgré cela, ils connaissaient le pourcentage de patients souhaitant mourir à domicile, la Loi Leonetti-Claeys et les structures de Soins Palliatifs sur leur territoire. Prise en charge moyenne par médecin de moins de trois patients en fin de vie par an.

DISCUSSION : Le manque de formation et d'expérience pratique sont les causes principales de la difficulté des médecins à gérer les symptômes caractérisant la fin de vie et de leur décision de recourir aux urgences. Le Réseau Palpi80 a un rôle de première importance dans la collaboration avec les médecins généralistes pour faciliter la prise en charge de la fin de vie.

CONCLUSION : Formation, connaissance de la Fiche Pallia et du rôle du Réseau de Soins Palliatifs pourraient améliorer la prise en charge de la fin de vie à domicile.

MOTS CLES : médecins généralistes, fin de vie, mort à domicile, accompagnement, soins palliatifs, Somme, réseaux, formations

« Management by general practitioners of symptoms that characterize the evolution of pathologies that affect palliative patients- Status in the Somme department in 2021 »

Abstract:

BACKGROUND: In order to improve the management of end-of-life patients, we questioned about the palliative care knowledge of general practitioners in the Somme department and the reasons for sending patients to the emergency department and their relationship with the PALPI 80 Palliative Care Network.

MATERIAL AND METHODS: We carried out a quantitative descriptive cross-sectional study by electronic and postal means among 400 general practitioners in the Somme department.

RESULTS: 74 questionnaires were analysed; the outgoing profile of the respondents was a female doctor with an average age of 47 years working in the Somme in a group practice. Our study highlighted the lack of training in Palliative Care for a majority of doctors. Despite this, they were aware of the percentage of patients wishing to die at home, the Leonetti-Claeys Law and the Palliative Care structures in their area. Average number of end-of-life patients per doctor per year.

DISCUSSION: Lack of training and practical experience are the main causes of doctors' difficulty in managing end-of-life symptoms and their decision to resort to emergency. The Palpi80 Network has a key role to play in working with GPs to facilitate the management of end of life.

CONCLUSION: Training, knowledge of the Fiche Pallia and the role of the Palliative Care Network could improve end-of-life care at home.

Key words: general practitioners, end of life, death at home, support, palliative care, Somme, network, training

