

2015-2016

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

La pratique des soins palliatifs en ambulatoire dans le Maine et Loire : enquête auprès des médecins généralistes.

CALMELS Laëtitia

Née le 14/05/1982 à Bordeaux (33)

Sous la direction de Monsieur le Professeur Huez Jean-François

Membres du jury

Madame le Professeur Richard Isabelle		Président
Monsieur le Professeur Huez Jean-François		Directeur
Monsieur le Docteur Noujaim Marc		Membre
Madame le Docteur De Casabianca Catherine		Membre
Monsieur le Docteur Guineberteau Clément		Membre

Soutenue publiquement le :
28/06/2016

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussigné(e) Calmels Laëtita
déclare être pleinement conscient(e) que le plagiat de documents ou d'une
partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet,
constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.
En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées
pour écrire ce rapport ou mémoire.

signé par l'étudiant(e) le **21/06/2016**

LISTE DES ENSEIGNANTS DE L'UFR SANTÉ D'ANGERS

Directeur de l'UFR : Pr Isabelle RICHARD

Directeur adjoint de l'UFR et directeur du département de pharmacie : Pr Frédéric LAGARCE

Directeur du département de médecine : Pr Nicolas LEROLLE

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

ABRAHAM Pierre	Physiologie	Médecine
ASFAR Pierre	Réanimation	Médecine
AUBE Christophe	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
AUDRAN Maurice	Rhumatologie	Médecine
AZZOUZI Abdel Rahmène	Urologie	Médecine
BARON-HAURY Céline	Médecine générale	Médecine
BARTHELAIX Annick	Biologie cellulaire	Médecine
BATAILLE François-Régis	Hématologie ; transfusion	Médecine
BAUFRETON Christophe	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
BEAUCHET Olivier	Gériatrie et biologie du vieillissement	Médecine
BENOIT Jean-Pierre	Pharmacotechnie	Pharmacie
BEYDON Laurent	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
BIZOT Pascal	Chirurgie orthopédique et traumatologique	Médecine
BONNEAU Dominique	Génétique	Médecine
BOUCHARA Jean-Philippe	Parasitologie et mycologie	Médecine
BRIET Marie	Pharmacologie	Médecine
CAILLIEZ Eric	Médecine générale	Médecine
CALES Paul	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CAMPONE Mario	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CAROLI-BOSC François-Xavier	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CHABASSE Dominique	Parasitologie et mycologie	Médecine
CHAPPARD Daniel	Cytologie et histologie	Médecine
CONNAN Laurent	Médecine générale	Médecine
COUTANT Régis	Pédiatrie	Médecine
COUTURIER Olivier	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
CUSTAUD Marc-Antoine	Physiologie	Médecine
DARSONVAL Vincent	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	Médecine
DE BRUX Jean-Louis	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
DESCAMPS Philippe	Gynécologie-obstétrique	Médecine
DIQUET Bertrand	Pharmacologie	Médecine
DUVAL Olivier	Chimie thérapeutique	Pharmacie
DUVERGER Philippe	Pédopsychiatrie	Médecine
ENON Bernard	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire	Médecine
EVEILLARD Mathieu	Bactériologie-virologie	Pharmacie
FANELLO Serge	Épidémiologie ; économie de la santé et prévention	Médecine
FAURE Sébastien	Pharmacologie physiologie	Pharmacie
FOURNIER Henri-Dominique	Anatomie	Médecine
FURBER Alain	Cardiologie	Médecine
GAGNADOUX Frédéric	Pneumologie	Médecine
GARNIER François	Médecine générale	Médecine
GARRE Jean-Bernard	Psychiatrie d'adultes	Médecine
GOHIER Bénédicte	Psychiatrie d'adultes	Médecine
GRANRY Jean-Claude	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
GUARDIOLA Philippe	Hématologie ; transfusion	Médecine
GUILLET David	Chimie analytique	Pharmacie

HAMY Antoine	Chirurgie générale	Médecine
HUEZ Jean-François	Médecine générale	Médecine
HUNAUULT-BERGER Mathilde	Hématologie ; transfusion	Médecine
IFRAH Norbert	Hématologie ; transfusion	Médecine
JARDEL Alain	Physiologie	Pharmacie
JEANNIN Pascale	Immunologie	Médecine
JOLY-GUILLOU Marie-Laure	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
LACCOURREYE Laurent	Oto-rhino-laryngologie	Médecine
LAGARCE Frédéric	Biopharmacie	Pharmacie
LARCHER Gérard	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
LASOCKI Sigismond	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
LAUMONIER Frédéric	Chirurgie infantile	Médecine
LEFTHERIOTIS Georges	Physiologie	Médecine
LEGRAND Erick	Rhumatologie	Médecine
LERMITE Emilie	Chirurgie générale	Médecine
LEROLLE Nicolas	Réanimation	Médecine
LUNEL-FABIANI Françoise	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
MARCHAIS Véronique	Bactériologie-virologie	Pharmacie
MARTIN Ludovic	Dermato-vénéréologie	Médecine
MENEI Philippe	Neurochirurgie	Médecine
MERCAT Alain	Réanimation	Médecine
MERCIER Philippe	Anatomie	Médecine
MILEA Dan	Ophthalmologie	Médecine
PAPON Nicolas	Parasitologie mycologie	Pharmacie
PASSIRANI Catherine	Chimie générale	Pharmacie
PELLIER Isabelle	Pédiatrie	Médecine
PICHARD Eric	Maladies infectieuses ; maladies tropicales	Médecine
PICQUET Jean	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire	Médecine
PODEVIN Guillaume	Chirurgie infantile	Médecine
PROCACCIO Vincent	Génétique	Médecine
PRUNIER Fabrice	Cardiologie	Médecine
REYNIER Pascal	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
RICHARD Isabelle	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
RICHOMME Pascal	Pharmacognosie	Pharmacie
RODIEN Patrice	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques	Médecine
ROHMER Vincent	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques	Médecine
ROQUELAURE Yves	Médecine et santé au travail	Médecine
ROUGE-MAILLART Clotilde	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
ROUSSEAU Audrey	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROUSSEAU Pascal	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	Médecine
ROUSSELET M.-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROY Pierre-Marie	Thérapeutique ; médecine d'urgence	Médecine
SAINT-ANDRE Jean-Paul	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
SAULNIER Patrick	Biophysique pharmaceutique et biostatistique	Pharmacie
SENTILHES Loïc	Gynécologie-obstétrique	Médecine
SERAPHIN Denis	Chimie organique	Pharmacie
SUBRA Jean-François	Néphrologie	Médecine
UGO Valérie	Hématologie ; transfusion	Médecine
URBAN Thierry	Pneumologie	Médecine
VENIER Marie-Claire	Pharmacotechnie	Pharmacie
VERNY Christophe	Neurologie	Médecine
WILLOTEAUX Serge	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
ZAHAR Jean-Ralph	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
ZANDECKI Marc	Hématologie ; transfusion	Médecine

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

ANNAIX Véronique	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
ANNWEILER Cédric	Gériatrie et biologie du vieillissement	Médecine
AUGUSTO Jean-François	Néphrologie	Médecine
BAGLIN Isabelle	Pharmaco-chimie	Pharmacie
BASTIAT Guillaume	Biophysique et biostatistique	Pharmacie
BEAUVILLAIN Céline	Immunologie	Médecine
BELIZNA Cristina	Médecine interne	Médecine
BELLANGER William	Médecine générale	Médecine
BENOIT Jacqueline	Pharmacologie et pharmacocinétique	Pharmacie
BIGOT Pierre	Urologie	Médecine
BLANCHET Odile	Hématologie ; transfusion	Médecine
BOISARD Séverine	Chimie analytique	Pharmacie
BOURSIER Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CAPITAIN Olivier	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CASSEREAU Julien	Neurologie	Médecine
CHEVAILLER Alain	Immunologie	Médecine
CHEVALIER Sylvie	Biologie cellulaire	Médecine
CLERE Nicolas	Pharmacologie	Pharmacie
CRONIER Patrick	Chirurgie orthopédique et traumatologique	Médecine
DE CASABIANCA Catherine	Médecine générale	Médecine
DERBRE Séverine	Pharmacognosie	Pharmacie
DESHAYES Caroline	Bactériologie virologie	Pharmacie
DINOMAIS Mickaël	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
DUCANCELLE Alexandra	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
FERRE Marc	Biologie moléculaire	Médecine
FLEURY Maxime	Immunologie	Pharmacie
FORTRAT Jacques-Olivier	Physiologie	Médecine
HELESBEUX Jean-Jacques	Chimie organique	Pharmacie
HINDRE François	Biophysique	Médecine
JEANGUILLAUME Christian	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
JOUSSET-THULLIER Nathalie	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
KEMPF Marie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
LACOEUILLE Franck	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
LANDREAU Anne	Botanique	Pharmacie
LE RAY-RICHOMME Anne-Marie	Valorisation des substances naturelles	Pharmacie
LEPELTIER Elise	Chimie générale Nanovectorisation	Pharmacie
LETOURNEL Franck	Biologie cellulaire	Médecine
LIBOUBAN Hélène	Histologie	Médecine
MALLET Sabine	Chimie Analytique et bromatologie	Pharmacie
MAROT Agnès	Parasitologie et mycologie médicale	Pharmacie
MAY-PANLOUP Pascale	Biologie et médecine du développement et de la reproduction	Médecine
MESLIER Nicole	Physiologie	Médecine
MOUILLIE Jean-Marc	Philosophie	Médecine
NAIL BILLAUD Sandrine	Immunologie	Pharmacie
PAPON Xavier	Anatomie	Médecine
PASCO-PAPON Anne	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
PECH Brigitte	Pharmacotechnie	Pharmacie
PENCHAUD Anne-Laurence	Sociologie	Médecine
PETIT Audrey	Médecine et santé au travail	Médecine
PIHET Marc	Parasitologie et mycologie	Médecine
PRUNIER Delphine	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
RIOU Jérémie	Biostatistique	Pharmacie
ROGER Emilie	Pharmacotechnie	Pharmacie
SCHINKOWITZ Andréas	Pharmacognosie	Pharmacie
SIMARD Gilles	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine

TANGUY-SCHMIDT Aline
TRICAUD Anne
TURCANT Alain

Hématologie ; transfusion
Biologie cellulaire
Pharmacologie

Médecine
Pharmacie
Médecine

AUTRES ENSEIGNANTS

AMIARD Stéphane
AUTRET Erwan
BRUNOIS-DEBU Isabelle
CAVAILLON Pascal
CHIKH Yamina
FISBACH Martine
LAFFILHE Jean-Louis
LETERTRE Elisabeth
O'SULLIVAN Kayleigh

Informatique
Anglais
Anglais
Pharmacie Industrielle
Économie-Gestion
Anglais
Officine
Coordination ingénierie de formation
Anglais

Médecine
Médecine
Pharmacie
Pharmacie
Médecine
Médecine
Pharmacie
Médecine
Médecine

REMERCIEMENTS

A Madame le Professeur Isabelle Richard,

Je vous remercie pour votre soutien et votre écoute,

Vous me faites l'honneur de présider cette thèse,

Veillez trouver ici l'expression de ma sincère reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Jean-François Huez,

Vous m'avez fait l'honneur d'avoir accepté la direction de cette thèse.

Je vous remercie pour votre écoute, votre infinie patience et pour toute l'aide que vous m'avez apportée tout au long de ce travail.

A Monsieur le Docteur Marc Noujaim,

Pour l'honneur que vous me faites d'accepter de faire partie de mon jury.

Je vous en suis reconnaissante.

A Madame le Docteur Catherine De Casabianca,

Je vous remercie de votre écoute et d'avoir accepté de juger ce travail.

Veillez trouver ici l'expression de ma gratitude.

A Monsieur le Docteur Guineberteau Clément,

Vous avez accepté avec enthousiasme de faire partie de mon jury.

Veillez accepter mes sincères remerciements.

A Madame Christelle Foin,

Je vous remercie pour votre aide précieuse et votre gentillesse.

A Mme Milani et au personnel de l'université,

Je vous remercie de votre accueil toujours chaleureux et de votre efficacité.

REMERCIEMENTS

A mes parents,

Je vous remercie de votre amour et de votre soutien. Merci d'être vous.

A mon frère,

Merci de ton écoute et d'être toujours présent.

A Tiphaine,

Pour ton amitié.

A mes amis bordelais et angevins.

Plan

LISTE DES ABRÉVIATIONS

RÉSUMÉ

INTRODUCTION

MÉTHODES

RÉSULTATS

Caractéristiques de l'échantillon

La pratique ambulatoire

La personne de confiance et les directives anticipées

Difficultés ou facteurs limitant la prise en charge de patients en SP

Les ressources

La formation

Les attentes en matière d'aide et d'outils pour la pratique

DISCUSSION

Synthèse des résultats

Forces et faiblesses de l'étude

Discussion des résultats

Les ressources

La formation

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

LISTE DES FIGURES

LISTE DES TABLEAUX

TABLE DES MATIÈRES

ANNEXES

INTRODUCTION

La prise en charge des derniers instants de la vie a fait l'objet de nombreux questionnements et débats en France depuis quelques années. Plusieurs lois ont renforcé les droits des malades depuis la loi du 4 mars 2002(1). La loi Léonetti de 2005 sur l'obstination déraisonnable et les directives anticipées (2) et 3 plans nationaux de développements de Soins Palliatifs (SP) ont conduit à l'essor de la démarche palliative.

Les premières avancées concernaient essentiellement le domaine hospitalier. La nécessité d'étendre la culture palliative à l'ambulatoire pour mieux répondre aux besoins des patients est devenue évidente. En effet, si seulement 26% des décès avaient lieu au domicile, 81 % des français exprimaient le souhait de mourir à la maison (3).

Dans ce contexte, le médecin généraliste (MG) occupe, en tant que médecin de famille intervenant au domicile, une place privilégiée à côté du patient en SP et de ses proches.

Pour accéder aux souhaits des français, l'offre de soins s'est considérablement étendue, avec l'ouverture d'unités de soins palliatifs (USP), et de lits identifiés soins palliatifs (LISP) pour permettre l'accueil des personnes dont les prises en charge étaient « difficiles ». L'offre de formation aux SP s'est elle aussi développée tout comme les réseaux et les associations.

En avril 2012, le président de la république émettait même le souhait que tout Français puisse « bénéficier d'une assistance médicalisée pour terminer sa vie dans la dignité »

A cette occasion, le rapport du comité consultatif national d'éthique (CCNE) de 2012 dit « rapport Sicard », dressait un bilan de l'avancée de la culture palliative en France (4) : il constatait de grandes disparités sur le territoire concernant l'offre de soins et les possibilités de prises en charge au domicile. Cependant, comme le notaient les auteurs de ce rapport, peu de données étaient disponibles pour éclairer sur la pratique ambulatoire(5-7).

Ainsi, au moment où avaient lieu les débats concernant la future loi Claeys-Léonetti (8) dans laquelle le MG joue un rôle important (finalement promulguée le 2 février 2016), il apparaissait intéressant de faire le point sur les pratiques des MG concernant les SP au domicile.

L'objectif de ce travail était donc de décrire la pratique des SP en ambulatoire.

MÉTHODES

Il s'agissait d'une étude descriptive, déclarative par auto-questionnaire.

Elle a été réalisée en collaboration avec la coordination de l'accompagnement en soins palliatifs angevine (CASSPA) et initiée par l'Agence régionale de santé (ARS) des Pays de Loire.

La population cible était constituée par les médecins généralistes exerçant en soins primaires et dont l'adresse d'exercice était en Maine et Loire (c'est-à-dire correspondant au domaine d'action de la CASSPA).

La population source était, elle, constituée par l'ensemble des MG exerçant en Maine et Loire inscrits sur la liste de diffusion du département de la formation médicale continue (FMC) de la faculté d'Angers soit 502 noms.

Cela a permis l'accès à leurs adresses électroniques et l'envoi simultané du questionnaire par le département de la FMC.

18 adresses ont conduit au renvoi automatique d'un message d'erreur n'étant pas valides.

Donc au total, le questionnaire a été adressé à 484 MG.

Le questionnaire a été réalisé en ligne sur le site SphinxOnline.

Son contenu, élaboré, avec l'aide de deux membres de l'association CASSPA s'appuyait sur les données de la littérature, surtout des études qualitatives réalisées dans plusieurs départements français depuis 2002 (9-11).

Le questionnaire de 33 questions comportait 4 parties :

Le recueil de renseignements socio-professionnels, les pratiques et habitudes concernant les soins palliatifs en ambulatoire, la formation antérieure en SP et enfin les attentes en matière d'aide et de formation.

Des commentaires libres étaient possibles pour certaines questions. (cf annexes VI)

Un questionnaire test a été envoyé à 5 médecins généralistes hors Maine et Loire au mois d'avril afin d'évaluer sa faisabilité et la durée nécessaire pour le compléter.

Le site Sphinx permettait de garder l'anonymat des médecins interrogés.

Ainsi, aucune demande au CNIL n'a été faite.

Un courrier électronique, accompagné d'une plaquette d'information de la CASSPA était adressé le 16 mai 2014 aux 484 personnes du listing pour leur présenter brièvement l'objet de l'étude et les inviter à répondre à un questionnaire anonyme via un lien.

Deux relances, le 11 juin 2014 et le 29 août 2014, ont été nécessaires. (cf annexes VII, VIII et IX)

Les résultats ont été collectés le 14/10/2014.

Les données étaient dans un premier temps recueillies sur le site sphinx, puis leurs analyses croisées ont été faites avec le logiciel Excel 2003. L'analyse statistique a été réalisée avec le test de Fisher à l'aide du logiciel Biotatgv.

RÉSULTATS

97 questionnaires ont été recueillis au cours de l'enquête menée du 16 mai 2014 au 14 octobre 2014, soit un taux de réponse global de 20,04%.

Caractéristiques de l'échantillon

Il comprenait 51.5% d'hommes (n=50) et 48.8% de femmes (n=47).

Près de la moitié des MG (46.4%) exerçait depuis plus de 20 ans et un cinquième depuis moins de 10 ans : 20.6% (n=20). Les MG travaillaient majoritairement en cabinet de groupe 72.2% (n=70). La moyenne d'âge était de 49 ans.

La part de MG exerçant en milieu rural était la plus importante avec 36% (n=35), les MG exerçant en ville et en milieu semi rural représentant chacun 32% (n=31).

En parallèle de leur activité ambulatoire, 9.3% des MG avaient une activité hospitalière et 30.9% exerçaient en EHPAD.

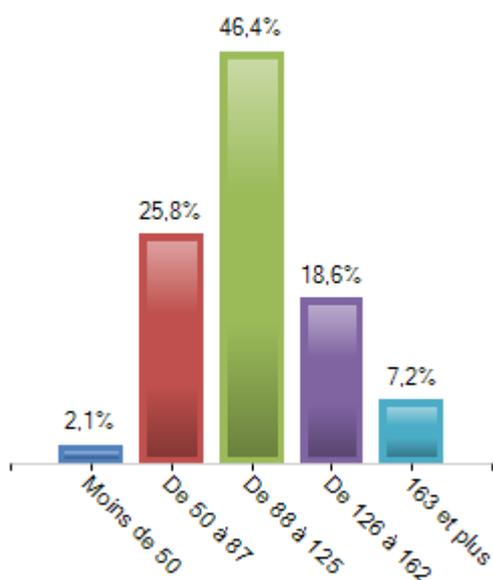


Figure 1 Nombre moyen d'actes par semaine au cabinet

La pratique ambulatoire

Tous avaient suivi des adultes en SP sur les 12 derniers mois et 3% avaient suivi des enfants.

Les MG suivaient en moyenne 4 patients en situation palliative sur une année et plus précisément les 2/3 en suivaient de 1 à 4 patients tandis qu'un peu moins d'un quart des MG suivaient de 5 à 9 patients. Dix pour cent des MG prenaient en charge plus de 10 patients.

C'est en fonction de l'âge qu'il y avait le plus de disparité : les MG les plus jeunes (moins de 40 ans) suivaient en moyenne 3 patients par an (n=22) et les plus de 54 ans en suivaient 6 en moyenne.

En fonction du nombre d'actes par semaine on remarquait que chez ceux qui réalisaient moins de 60 actes par semaine la moyenne était de 2 patients suivis ; chez ceux qui en réalisaient entre 60 et 100, elle était de 4 et elle restait à 5 patients par an pour ceux effectuant au-delà de 100 actes par jour.

Tous les MG avaient déjà suivi un patient au domicile pour cancer. Celui-ci représentait plus d'un tiers (36%) des pathologies pour lesquelles les patients étaient suivis en SP au domicile tandis que les autres pathologies - polypathologies, maladies neuro-dégénératives, perte d'autonomie et insuffisances (rénales/cardiaques/pulmonaires) - représentaient chacune 16%.

La personne de confiance (PC) et les directives anticipées (DA)

86% des MG déclaraient évoquer la PC avec leurs patients en SP. Cette proportion passait à 95 % (n=19) chez les MG exerçant depuis moins de 10 ans, tandis que les médecins ayant entre 10 et 20 ans d'exercice n'étaient que 78.1% à l'évoquer.

96.7% de ceux qui avaient aussi des fonctions en EHPAD évoquaient la PC contre 82% pour ceux ayant une activité libérale exclusive.

79.4% des MG déclaraient évoquer les DA avec leurs patients en soins palliatifs. Mais c'est parmi les plus jeunes MG que ce taux était plus élevé puisqu'il passait à 90% pour les MG exerçant depuis moins de 10 ans. Le groupe intermédiaire (ayant entre 10 et 20 ans d'expérience) était là aussi celui où le taux était le plus faible soit 71.9% (n=23).

La stratification entre le genre, le lieu ou le mode d'exercice n'entraînait pas de modification des résultats.

Pour expliquer le fait de ne pas aborder ces notions, la raison la plus citée (n=11) était la méconnaissance du sujet et 4 MG affirmaient penser que ces thèmes étaient abordés à l'hôpital donc sans besoin de le refaire au cabinet. (Le détail des réponses figure en Annexe I et II)

Difficultés ou facteurs limitant la prise en charge de patients en SP

Les proches du patient 57.7% (n=56) et le manque de temps 56.7% (n=55) étaient les difficultés les plus citées par les MG lors de ces prises en charge. 52% (n=51) des MG étaient gênés par la maîtrise de certains symptômes comme la douleur, l'angoisse, les escarres.

Ce sont ensuite les difficultés d'organisation (n=41) et la difficulté à aborder le sujet de l'incurabilité ou de la mort (n=28) qui étaient les plus citées.

Plus d'1/3 des médecins (n=34) ressentait l'isolement dont 59% étaient des femmes. Le manque de formation déclarée concernait 23% des MG (n=22).

Parmi les difficultés ressenties par le moins de MG, on retrouvait le patient lui-même (22%), tandis que les difficultés financières du patient et la rémunération freinaient respectivement 19% et 18% des MG dans leurs prises en charges. Enfin, en dernière position étaient cités les rapports avec les autres soignants (n=15).

Les MG qui déclaraient souffrir du manque de formation ne suivaient en moyenne que 2.9 patients (n=21) contre 12.7 patients pour ceux ne déclarant aucune difficulté (n=3).

La stratification en fonction des difficultés ressenties montrait que les MG déclarant un manque de formation étaient aussi plus nombreux à avoir des difficultés à maîtriser certains symptômes 86%.

En fonction du genre, seul l'isolement était cité par 42.6 %(n=20) des femmes et seulement 28% des hommes (n=14)

A l'inverse le manque de temps était plus cité par les hommes 68% (n=34) que par les femmes 44.7% (n=21).

Les ressources

Tableau I : Recours en cas de difficultés

	Non-réponse		souvent		parfois		rarement		jamais		Total N
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Service de médecine	4	4,1%	11	11,3%	54	55,7%	19	19,6%	9	9,3%	97
USP	3	3,1%	5	5,2%	41	42,3%	23	23,7%	25	25,8%	97
LISP	8	8,2%	4	4,1%	30	30,9%	24	24,7%	31	32%	97
HAD	1	1%	43	44,3%	38	39,2%	11	11,3%	4	4,1%	97
SSIAD	6	6,2%	34	35,1%	34	35,1%	13	13,4%	10	10,3%	97
réseau de soins	11	11,3%	13	13,4%	22	22,7%	22	22,7%	29	29,9%	97
spécialiste référent	6	6,2%	29	29,9%	37	38,1%	16	16,5%	9	9,3%	97
confrère généraliste	8	8,2%	9	9,3%	27	27,8%	21	21,6%	32	33%	97
associations bénévoles	9	9,3%	0	0%	3	3,1%	15	15,5%	70	72,2%	97
EMSP	4	4,1%	18	18,6%	37	38,1%	22	22,7%	16	16,5%	97

L'hospitalisation à domicile (HAD) était la solution la plus fréquemment citée. En effet, 44% des MG y avaient recours souvent.

Plus d'un MG sur trois (n=34) sollicitait souvent le service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) en cas de difficultés, mais seulement 20 % des MG les plus jeunes (moins de 10 ans d'expérience).

C'étaient aussi les ressources de prédilection des MG ruraux : 88 % avaient recours parfois ou souvent à l'HAD et 77% au SSIAD contre 80% et 60% pour les MG des zones urbaines et semi-urbaines.

Les MG étaient 67% (n=65) à avoir parfois ou souvent recours à l'hospitalisation dans un service de médecine conventionnelle tandis que leur proportion était de 72.7% (n=16) parmi ceux déclarant un manque de formation sans différence significative. On constate que ce taux atteignait 78% pour les MG exerçant seuls en cabinet (n=21).

Seuls 5.7% des MG ruraux adressaient souvent leurs patients en service de médecine conventionnelle.

Les USP n'étaient pas un recours habituel pour les MG en général puisque près de 50% d'entre eux déclaraient y avoir rarement ou jamais recours (n=48) et ils n'étaient que 35.5% parmi les MG exerçant en ville.

Ils avaient encore moins recours directement aux LISP ; seul 1 sur 3 le faisait parfois ou souvent (n=34). Les réseaux de soins étaient, eux, peu sollicités, un MG sur deux déclarant n'y avoir rarement ou jamais recours (n=5). Près de 16.5 % des MG ne faisaient que rarement ou même jamais appel aux équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP) en cas de difficulté (n=16) mais c'était d'autant plus marqué chez les MG les plus jeunes (5%). Les associations bénévoles étaient elles très peu sollicitées, près des trois quarts (72%) des MG n'y ayant jamais recours.

En cas de difficultés, le professionnel sollicité le plus souvent par les généralistes était le spécialiste référent du patient plutôt qu'un confrère généraliste habitué aux situations palliatives.

Cependant, pour ce qui est de la satisfaction globale de leurs prises en charges en SP, seulement 7.2% des MG déclaraient ne l'être que rarement, contre 36% qui la déclaraient souvent. Les MG en zone urbaine, étaient seulement 25.8% à être souvent satisfaits.

Parmi les 7 MG n'étant que rarement satisfaits de leurs prises en charge, les difficultés déclarées au premier plan étaient les problèmes d'organisation et le manque de temps.

(Le détail des résultats se trouve en annexe)

La Formation

64% des MG s'étaient formés en SP par la formation médicale continue (FMC) et parmi eux la moitié avait plus de 54 ans. Vingt-deux MG (23%) considéraient n'avoir suivi aucune formation aux SP.

Dix-neuf MG déclaraient une autre source de formation que celles proposées, et parmi eux, 58% (n=11) citaient leur formation médicale initiale (FMI) en précisant leur passage en stage dans des services ayant des lits dédiés aux soins palliatifs ou fréquentés régulièrement par l'EMSP. Hormis un médecin âgé de 53ans, tous les autres MG évoquant leur FMI avaient moins de 44 ans. A noter que pour ces médecins déclarant avoir été formés en FMI , le taux de satisfaction de leurs prises en charge s'élevait à 63.7% (n=7).

Deux MG s'étaient formés via des revues, deux avaient obtenu une capacité de gériatrie et cinq MG citaient leurs participations à des groupes balint, ou des formations par l'intermédiaire du développement professionnel continu (DPC). (Détail des réponses en annexeIII)

Les attentes en matière d'aide et d'outils pour la pratique

Les MG étaient surtout demandeurs d'outils pratiques à leur disposition immédiatement : il s'agissait de fiches-conseils (66%), surtout demandées chez les moins de 40 ans (86.4%), ou un site internet (51%). Les formations et les ateliers étaient les moins sollicités : 47.4% et 29%.

Onze MG souhaitaient une permanence téléphonique.

Ils étaient cinq à déclarer ne pas être intéressés par une aide complémentaire.

Le contenu des commentaires libres était varié : les MG souhaitaient avoir une aide concernant la gestion de certains symptômes comme les vomissements, la dyspnée avec les modalités d'utilisation de médicaments, des protocoles, la réalisation de certains soins, et le soutien à apporter à la famille. Quelques MG abordaient le soutien psychologique nécessaire aux soignants.

Aucun n'a cité le terme d'euthanasie.

(le détail des réponses libres se trouve en annexe IV et V)

DISCUSSION

Synthèse des résultats

Tous les MG de l'enquête avaient suivi un ou des patients en SP au domicile. Pour la quasi-totalité (94/97), ces prises en charge avaient été sources de difficultés. De même, ils étaient favorables à une aide dans leur pratique des SP à la quasi-unanimité (95/97).

La notion de PC semblait mieux intégrée par les MG que celle de DA. Pour la PC, elle était d'autant plus abordée avec le patient que le MG exerçait une activité hospitalière ou en EHPAD ce qui le rendait plus familier de cette notion. Quant aux DA, c'étaient les jeunes médecins qui déclaraient les évoquer le plus systématiquement.

Trois difficultés majeures étaient évoquées par plus d'un MG sur deux : le manque de temps principalement, la relation avec les proches du patient et la gestion des symptômes comme la douleur, l'angoisse, les vomissements...

En cas de difficulté, dans une situation complexe au domicile, les MG avaient trois recours préférentiels dans leurs habitudes : l'HAD, la structure la plus souvent sollicitée, puis le SSIAD et le recours au spécialiste référent.

Les autres ressources apparaissaient beaucoup plus marginales. L'hospitalisation dans un service conventionnel était rarement voire jamais utilisée par 29% des MG, les EMSP par environ 39% tandis que les autres structures (les USP, LISP, réseaux de soins, associations de bénévoles et recours à un autre généraliste) étaient peu voire pas du tout utilisés par plus de la moitié d'entre eux.

La formation aux SP passait majoritairement par la FMC, notamment pour les MG de plus de 50 ans. Tandis que chez les moins de 50 ans les sources de formation étaient plus diverses avec toutefois une part importante (20%) pour la formation initiale.

Les aides qu'ils sollicitaient étaient des outils à usage immédiat (fiche/site internet/permanence téléphonique) et/ou une aide ponctuelle plutôt que des formations ou des ateliers.

Forces et faiblesses de l'étude

Cette enquête a obtenu un taux de réponses légèrement supérieur à 20% ce qui est satisfaisant pour un questionnaire en ligne et témoigne de l'importance des SP dans la pratique.

La comparaison avec les données fournies par le Conseil national de l'ordre des médecins révèle que la population de l'échantillon était comparable à celle du Maine et Loire en 2014 concernant la répartition par genre et conditions d'exercice (12) (13). Néanmoins en ce qui concerne la répartition par classes d'âge, la part des moins de 40 ans était plus importante dans cette enquête (23%) pour une moyenne dans le Maine et Loire à 17% en 2014.

Ce type d'étude présente un biais de sélection évident: la population étudiée était constituée des MG inscrits à la FMC de la faculté d'Angers. Les répondants étaient donc possiblement des médecins plus impliqués dans la démarche d'autoformation. Le questionnaire étant basé sur le volontariat, il est possible que seuls les MG les plus intéressés par la problématique aient répondu. Toutefois cet intérêt a permis d'obtenir des commentaires libres riches et nombreux permettant d'enrichir les résultats.

Le choix de l'outil internet SphinxOnline permettait de garantir l'anonymat des répondants mais présentait aussi le risque de doublon : les MG avaient en effet la possibilité de répondre plusieurs fois au questionnaire.

Ce travail ne peut donc donner lieu à généralisation mais permet de mettre en évidence un certain nombre de tendances au sein d'une population.

Discussion des résultats

Pour ce qui est du recours majoritaire à l'HAD, de la sous-utilisation des LISP et des principales difficultés rencontrées (identiques mais dans un ordre de priorité légèrement différent), les données de notre étude rejoignent celles d'enquêtes par questionnaires réalisées dans plusieurs départements(14,15) (16). Cependant, dans l'étude de B.Fougere (15), seuls 85% des répondants avaient suivi un ou des patients en SP dans l'année. De la même manière, V. Fortane retrouvait 73% de MG qui avaient fait des SP. Cet écart témoigne très certainement de notre biais de sélection où les MG motivés par cette problématique ont surtout participé à l'enquête.

Les aides demandées dans l'enquête de L.Creton-Cossart de 2013 (16) vont également dans le sens d'une aide ponctuelle, pour résoudre d'une certaine façon un problème aigu avec la demande d'une permanence téléphonique. A.Marilliet confirmait l'intérêt des MG pour ce type de dispositif en précisant les points importants pour les MG que nous retrouvions dans nos résultats : l'outil pratique à disposition et l'aide pour des questions de thérapeutique pour la gestion de symptômes.

Les ressources

Les SP ont connu un essor assez récemment, mais le fait de suivre des patients à domicile jusqu'à leur fin de vie fait partie de la pratique des médecins de famille depuis toujours.

Dans cette enquête on notait un faible recours aux structures spécialement dédiées aux SP comme les LISP ou les USP ; la littérature tend à le confirmer. Ces moyens ont été mis en place au début des années 2000 pour élargir l'offre de soins (17). Ils ont été mis à la disposition des médecins hospitaliers, et se trouvaient très rarement accessibles en ambulatoire (18,19). Cela témoignait d'une organisation hospitalo-centrée, alors même que l'objectif des différents plans de développement des SP était d'accéder au souhait de la population de rester au domicile (3).

Ces dernières années ont vu la multiplication des places de LISP notamment au sein des hôpitaux locaux(20), ce qui a permis une ouverture à un accès direct depuis le domicile, à l'initiative du MG. Ces lits sont alors identifiés comme des solutions de répit ou pour résoudre ponctuellement une difficulté avant un retour au domicile. Cependant, leur répartition sur le territoire est parfois inégale car dépendante des politiques régionales (21). Ainsi, dans une enquête de 2012, « les Pays-de-la-Loire se distinguaient par une densité très faible de lits d'unité de soins palliatifs mais par un taux d'équipement en lits identifiés de soins palliatifs supérieur (à la moyenne nationale) » (21).

Dans ces conditions, il apparaît que les MG font appel à un autre mode de fonctionnement lorsqu'une difficulté se présente. L. Creton-Cossart (7), G. Texier (8) ou A. Brenot-Domboué (9) confirment le fait que les MG, outre le recours à l'HAD, ont recours au SSIAD ou à des réseaux informels propres à chacun. Il s'agit alors de différents professionnels libéraux (pharmaciens, infirmiers, kinésithérapeutes, psychologues) dispensant des soins au domicile d'un patient et disposant chacun de compétences complémentaires. L'efficacité d'un tel

réseau repose sur une organisation collégiale, non bureaucratique, pas hiérarchisée, à la différence du réseau institutionnel, qui est par ailleurs plus souvent subi que choisi. Les travaux de J.C. Mino confirment cette notion : chaque MG se construit son réseau, évolutif dans le temps, en fonction des besoins et du ressenti du patient, de la collaboration et de la confiance entre les différents soignants (22).

Il en va de même pour la sollicitation d'avis d'un confrère pour une aide ponctuelle, ou une réponse rapide : ils recouraient à un médecin dont ils connaissaient la compétence et la disponibilité, adaptées au cas particulier de leur patient (23). Dans un tel réseau où l'objectif était la coopération autour du patient, c'était ce dernier qui était au centre de la prise en charge.

La formation

Le manque de formation aux SP des soignants est une notion largement répandue et qui vient appuyer la mise en place des programmes nationaux de développement dont la formation est un axe principal (24). Dans plusieurs études, les MG eux-mêmes déclarent n'avoir aucune formation (16,25-27).

Mais il est intéressant de noter que certains d'entre eux déclarent à la fois avoir eu une formation initiale et n'avoir pas eu de formation, comme c'est le cas dans les travaux de C. Astier et de C. Decoster (25,28). La formation initiale ne serait-elle alors pas perçue comme pertinente ou tout simplement : formatrice ?

Faisant également ce constat, L. Creton-Cossart met en avant une tendance que nous retrouvons dans notre enquête. Ce sont surtout les jeunes MG qui déclarent leur cursus comme formateur aux SP et une plus grande proportion d'entre eux se déclarent satisfaits de leurs prises en charge palliatives par rapport à leurs confrères plus âgés. Elle rappelle les

changements récents de la législation concernant la formation médicale initiale qui donnent une place plus spécifique aux SP dans le cursus (16). En effet, depuis 2002 l'enseignement théorique douleur/soins palliatifs est au programme du deuxième cycle des études médicales (29). Mais c'est l'expérience acquise lors des stages dans le troisième cycle qui est présentée comme formatrice par les MG de notre enquête. Plusieurs d'entre eux citent un service en particulier où ils ont effectué un semestre, accueillant régulièrement des patients dans des situations palliatives complexes (LISP); d'autres déclarent avoir appris lors des rencontres avec les EMSP qui passaient dans les services. Néanmoins, dans le cursus des internes ce type de stage n'est pas obligatoire et bien souvent tous les internes n'y ont pas accès faute de place. Ainsi, ils sont peu nombreux à avoir bénéficié de cette expérience et la FMI bien que s'étant développée est encore trop succincte. Comme le retrouvaient S. Poinceaux et M. Mulot-Bausière, la plupart des futurs MG considèrent que « l'expérience de fin de vie à l'hôpital est insuffisante pour [pouvoir ensuite] accompagner un patient à domicile » (30,31). En effet, S. Poinceaux s'intéresse aux compétences des internes de médecine générale en dernière année en matière de SP ambulatoires. Son travail fait apparaître qu'une fois en exercice libéral, les futurs MG ne considèrent comme intervenants ressources que les structures hospitalières, et secondairement les EMSP; aucun d'entre eux ne cite les libéraux (confrères ou infirmiers). Ils semblent garder des habitudes d'exercice hospitalier et ne pas connaître la notion de réseau informel. De plus, on retrouve chez eux les mêmes difficultés que leurs aînés, c'est-à-dire celles concernant la relation avec les proches du patient et la gestion des symptômes pour lesquels ils s'inquiètent surtout de la faisabilité au domicile. C'est aussi ce que constate L. Dany chez les internes en fin de cursus, mais il note en parallèle un sentiment de malaise et d'inconfort chez une majorité d'internes lors de certaines situations (avec la famille, ou lorsque la question de l'imminence de la mort est posée).

En effet le fait d'avoir une équipe pluridisciplinaire sur place en permanence, où chacun a un rôle bien précis et un temps imparti est vécu comme un soulagement par les internes en stage hospitalier (32).

Cependant pour l'exercice ambulatoire futur, l'apprentissage de la compétence relationnelle est essentiel (33). On constate en effet dans la littérature depuis une quinzaine d'années qu'une des principales difficultés des MG en ambulatoire (hormis le manque de temps) est la relation avec les proches du patient en SP (10,34-36).

Bien que n'étant pas le seul soignant intervenant au domicile, le MG est parfois celui vers qui les proches se tournent pour avoir des réponses. La communication, l'écoute et les compétences relationnelles et d'adaptation deviennent alors un atout pour une meilleure prise en charge du patient (37).

Mais le fait que cette gestion des rapports avec l'entourage reste encore et toujours un frein pour les MG avec des demandes spécifiques d'atelier sur ce thème (11,38,39,40) laisse à penser que cette relation est peut être plus complexe et qu'elle est un savoir faire bien défini et un savoir être. En effet, l'entourage est de prime abord envisagé comme un allié. Lorsque la relation avec les proches est vécue comme un frein par le MG, la prise en charge peut être compromise.

Certaines réactions des proches peuvent être perçues comme négatives par le MG alors qu'elles sont souvent des mécanismes inconscients de défense par rapport à la situation (agressivité, sollicitations à répétition, déni). Mais de façon similaire il existe des mécanismes de défense du médecin, souvent méconnus de lui-même et malgré tout perçus par l'entourage lors des visites. D'après M.Ruszniewski et C. Reynaert, psychologues, ces mécanismes, inconscients, peuvent aller du mensonge par omission pour « différer le moment de dire vrai » à l'utilisation d'un jargon médical complexe pour « rationaliser ». Il peut encore s'agir de « communication non verbale où les attitudes trahissent le ressenti

profond » (41,42). Les visites au domicile peuvent alors devenir très chronophages ou au contraire entraîner un comportement d'évitement.

Dans ces situations, il convient peut être de ne plus parler de difficulté à gérer la famille, comme le on retrouve dans la littérature mais de considérer les deux acteurs de la relation comme s'étant transmis jusque là un mauvais message. Tout ceci étant bien souvent inconscient, il est important de développer la formation par des ateliers animés par des psychologues. Favoriser la présence de psychologues dans le réseau ou les EMSP, permettrait d'éliminer ces blocages qui nuisent avant tout au patient.

En somme, certaines compétences sont difficiles à approfondir sans être directement confrontées à la situation et de façon régulière. Bien qu'avec le vieillissement de la population on tende à voir les SP ambulatoires être plus fréquents, la rareté de ces situations pour certains MG risque de rester sources de difficultés. La relation avec les proches du patient, quel que soit le degré d'expérience peut être éprouvante pour le MG. Pouvoir l'aborder au delà de la formation initiale, en FMC et groupe de pairs, en DPC ou en groupe Balint semble essentiel pour assurer un suivi optimal du patient.

CONCLUSION

Cette étude, bien que déclarative met en lumière des aspects importants de la pratique ambulatoire des SP. Ainsi, au terme de ce travail, il ressort un net intérêt des MG du Maine et Loire pour les thématiques du maintien à domicile et des SP.

L'HAD et le SSIAD restent les ressources de première intention malgré une offre de soins assez riche dans le département, notamment pour les LISP. Faciliter encore plus leur accès

depuis le domicile et favoriser la communication sur le sujet permettrait d'en faire des recours plus systématiques pour les MG quand la situation le nécessite.

Le développement d'outils pratiques comme des sites internet, des référentiels ou encore une permanence téléphonique permettrait de répondre à leurs attentes concernant des difficultés ponctuelles lorsque leur référent habituel ne peut être sollicité.

La formation initiale qui s'est mise en place doit poursuivre son essor afin que les futurs MG soient moins démunis face à la singularité de la pratique des SP au domicile.

Enfin, la formation continue, bien intégrée aux pratiques des MG apparaît comme essentielle.

Développer des groupes d'échanges pourrait permettre de mieux aborder les difficultés fréquentes liées au savoir être.

BIBLIOGRAPHIE

1. Assemblée nationale. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé [Internet]. mars 4, 2002. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000227015&categorieLien=id>
2. Assemblée Nationale. LOI n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie [Internet]. 2005-370 avr 22, 2005. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000446240&categorieLien=id>
3. Gauthier, G., Bernard, E., Darrieux, JC. Fin de vie à domicile et préférence pour un lieu de décès : revue de la littérature [Internet]. exercer, La Revue Française de Médecine Générale. 2015 [cité 1 févr 2016]. Disponible sur: <http://www.exercer.fr>
4. Sicard,Didier, Ameisen,Jean Claude, Aubry, Régis. Éthique Alsace - Rapport Sicard - Penser solidairement la fin de vie [Internet]. 2012 [cité 1 févr 2016]. Disponible sur: <https://ethique-alsace.unistra.fr/index.php?id=13723>
5. Cariou A-L, Duquesnel F, d'Angers U. Ressenti des médecins généralistes prenant en charge des patients en situation palliative avec un service d'hospitalisation à domicile. [S.l.]: [s.n.]; 2011.
6. Coudert J. Accompagnement de fin de vie: enquête auprès d'accompagnants bénévoles de deux associations d'Ille et Vilaine [Thèse d'exercice]. [France]: Université européenne de Bretagne; 2012.
7. Daydé M-C. Soins palliatifs à domicile : évolutions et perspectives. Médecine Palliat Soins Support - Accompagnement - Éthique. oct 2012;11(5):275-82.
8. CLAEYS,Alain, LEONETTI,Jean. N° 2585 - Rapport de MM. Alain Claeys et Jean Leonetti sur la proposition de loi de MM. Alain Claeys et Jean Leonetti créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie (2512) [Internet]. 2015 [cité 1 févr 2016]. Disponible sur: <http://www.assemblee-nationale.fr/14/rapports/r2585.asp>
9. Dufour R. LE RESSENTI DE LA PRISE EN CHARGE GLOBALE DES PATIENTS ATTEINTS DE CANCER PAR LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES RURAUX : L'EXEMPLE DU DEPARTEMENT DE LA MEUSE A L'EPOQUE DES PLANS CANCER [Internet]. [Nancy]: Université de Lorraine; 2012. Disponible sur: http://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUMED_T_2012_DUFOUR_ROMAIN.pdf
10. Deveautour I. La prise en charge des patients en fin de vie à domicile dans le département de la Creuse: enquête auprès des médecins généralistes [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Limoges. Faculté de médecine et de pharmacie; 2007.
11. épouse BONNET-EYMARD CV. TITRE: 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. 2007;111.

12. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas de la démographie médicale 2014 | Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. 2014 [cité 19 juin 2016]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/node/1472>
13. ARS Pays de la Loire. Panel médecins généralistes libéraux | ORS Pays de la Loire [Internet]. 2014 [cité 6 mai 2016]. Disponible sur: <http://www.santepaysdelaloire.com/ors/articles/panel-medecins-generalistes-liberaux>
14. Fortane, Vanessa. Fortane, Vanessa (1981-) - Notice documentaire IdRef [Internet]. 2010 [cité 20 juin 2016]. Disponible sur: <http://www.idref.fr/150206852>
15. Fougère B, Mytych I, Baudemont C, Gautier-Roques E, Montaz L. Prise en charge des patients douloureux en soins palliatifs par les médecins généralistes. Médecine Palliat Soins Support - Accompagnement - Éthique. avr 2012;11(2):90-7.
16. Creton-Cossart L. Etat des lieux de la pratique des soins palliatifs à domicile par les médecins généralistes de Picardie: difficultés rencontrées et perspectives d'améliorations [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Picardie; 2013.
17. Observatoire National de la Fin de Vie. Enquête nationale Equipes Mobiles de Soins Palliatifs - Observatoire National de la Fin de Vie [Internet]. 2012 [cité 1 févr 2016]. Disponible sur: <http://www.onfv.org/enquete-nationale-equipes-mobiles-de-soins-palliatifs/>
18. Programme de développement des soins palliatifs 2008-2012 - Soins palliatifs - Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes [Internet]. [cité 1 févr 2016]. Disponible sur: <http://social-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/soins-palliatifs/article/programme-de-developpement-des-soins-palliatifs-2008-2012>
19. Observatoire National de la Fin de Vie. Rapport 2011 : Un premier état des lieux [Internet]. Observatoire National de la Fin de Vie. 2011 [cité 13 juin 2016]. Disponible sur: <http://www.onfv.org/rapports/>
20. Observatoire National de la Fin de Vie. Les ressources en soins palliatifs : Chiffres clés - ONFV [Internet]. Observatoire National de la Fin de Vie. 2015 [cité 13 juin 2016]. Disponible sur: <http://www.onfv.org/les-ressources-en-soins-palliatifs/>
21. Morin L, Aubry R. Accessibilité de l'offre de soins palliatifs à l'hôpital en France : de fortes inégalités entre régions. Médecine Palliat Soins Support - Accompagnement - Éthique. juin 2015;14(3):142-51.
22. Jean-Christophe Mino. Étude par entretiens sur les avis des généralistes et des équipes des réseaux à propos de leur collaboration [Internet]. [cité 16 juin 2016]. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com.buadistant.univ-angers.fr/science/article/pii/S1636652206741897>
23. B. Sardina, A. Lemaireb, G. Terriera, F. Guirimandc, D. Grouillea. Appliquer la culture palliative au champ des maladies chroniques : le concept de médecine exhaustive [Internet]. 2014 [cité 13 juin 2016]. Disponible sur: http://www.sciencedirect.com.buadistant.univ-angers.fr/science?_ob=ArticleListURL&_method=list&_ArticleListID=-1008490441&_sort=r&_st=13&view=c&md5=88ef615fb67dead6de8ec447b23c3146&searchtype=a

24. Ministre des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes. Plan national pour le développement des soins palliatifs [Internet]. Gouvernement.fr. 2015 [cité 3 févr 2016]. Disponible sur: <http://www.gouvernement.fr/argumentaire/plan-national-pour-le-developpement-des-soins-palliatifs-3433>
25. Decoster C. Etat des lieux et perspectives d'amélioration de la prise en charge d'un patient relevant de soins palliatifs à domicile par le médecin généraliste [Thèse d'exercice]. [Lille, France]: Université du droit et de la santé; 2013.
26. Texier G. Difficultés des médecins généralistes dans les prises en charge au domicile de leurs patients en soins palliatifs: enquête réalisée auprès des médecins généralistes du département Ille-et-Vilaine [Thèse d'exercice]. [France]: Université européenne de Bretagne; 2011.
27. Brenot-Domboué A, Marsande AL. État des lieux et comparaison du ressenti des médecins généralistes lors de l'accompagnement en ville des patients en soins palliatifs selon l'organisation locale: étude de trois secteurs géographiques en Savoie [Thèse d'exercice]. [Grenoble, France]: Université Joseph Fourier; 2013.
28. Astier C, Ciais C. Quels sont les besoins et les attentes des médecins généralistes dans l'aide à la mise en place de soins palliatifs à domicile? Nice, France: Université de Nice Sophia Antipolis; 2013.
29. Centre National de Ressources de lutte contre la Douleur. Circulaire DGS/3D du 26 août 1986 relative à l'organisation des soins et à l'accompagnement des malades en phase terminale - CNRD - Centre National de Ressources de lutte contre la Douleur [Internet]. CNRD - Centre National de Ressources de lutte contre la Douleur. 2004 [cité 25 mars 2016]. Disponible sur: <http://www.cnrdr.fr/Circulaire-DGS-3D-du-26-aout-1986.html>
30. Poinceaux S, Texier G. Internes de médecine générale : quelles compétences en soins palliatifs ? Médecine Palliat Soins Support - Accompagnement - Éthique. févr 2016;15(1):15-26.
31. Mulot-Bausière M, Gallé-Gaudin C, Montaz L, Burucoa B, Mallet D, Denis-Delpierre N. Formation des internes en médecine de la douleur et médecine palliative : bilan et suggestions des étudiants. Médecine Palliat Soins Support - Accompagnement - Éthique. juin 2016;15(3):143-50.
32. Dany L, Rousset M-C, Salas S, Duffaud F, Favre R. Les internes et les soins palliatifs : attitudes, représentations et pratiques. Médecine Palliat Soins Support - Accompagnement - Éthique. oct 2009;8(5):238-50.
33. Denis-Delpierre N, Mallet D, Gallé-Gaudin C, Hirsch G. Apprentissage de la compétence relationnelle des internes en soins palliatifs : expérience pédagogique. Médecine Palliat Soins Support - Accompagnement - Éthique. juin 2016;15(3):115-26.
34. Boespflug O, Hermet R, Crepeau T, Schmidt J. Le médecin face au malade en fin de vie : enquête auprès du corps médical sur la formation aux soins palliatifs et l'accompagnement des malades en fin de vie. Médecine Palliat Soins Support - Accompagnement - Éthique. sept 2005;4(4):165-71.
35. Pennec S, Riou F, Monnier A, Gaymu J, Cases C, Pontone S, et al. Fin de vie au domicile en France métropolitaine en 2010 : à partir d'une étude nationale en population générale. Médecine Palliat Soins Support - Accompagnement - Éthique. déc 2013;12(6):286-97.

36. Valentin L. Etat des lieux de la prise en charge des patients en situation de soins palliatifs aux urgences du centre hospitalo-universitaire de Fort de France [Thèse d'exercice]. [Martinique]: Université des Antilles et de la Guyane. UFR des sciences médicales; 2013.
37. Attali C, Huez JF, Valette T, Lehr-Drylewicz A-M. Référentiel des attendus en situations. Collège national des généralistes enseignants; 2015.
38. Patarin L. Etat des lieux des problématiques rencontrées par les médecins généralistes concernant la douleur des patients atteints d'un cancer du pancréas au stade palliatif. 2013.
39. Gamet S. Maîtrise des soins palliatifs à domicile: enquête auprès des médecins généralistes des Vosges [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nancy I. Faculté de médecine; 2004.
40. NGUYEN G. Ressenti des médecins généralistes dans l'Oise dans la prise en charge des patients en soins palliatifs (étude qualitative) [Internet]. 2013 [cité 3 févr 2016]. Disponible sur: <http://www.opengrey.eu/item/display/10068/895370>
41. Ruszniewski M, Bouleuc C. L'annonce d'une mauvaise nouvelle médicale épreuve pour le malade, défi pour le médecin. *Laennec*. 5 juin 2012;Tome 60(2):24-37.
42. Reynaert C, Libert Y, Jacques D, Zdanowicz N. Autour du corps souffrant : relation médecin-patient-entourage, trio infernal ou constructif ? *Cah Crit Thérapie Fam Prat Réseaux*. 1 juill 2006;(36):103-23.

LISTE DES FIGURES

Figure 1 Nombre moyen d'actes par semaine au cabinet	6
--	----------

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I Recours en cas de difficultés	10
---	----

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES ABRÉVIATIONS

INTRODUCTION	2
MÉTHODES	4
RÉSULTATS	6
Caractéristiques de l'échantillon	6
La pratique ambulatoire	7
La personne de confiance et les directives anticipées.....	7
Difficultés ou facteurs limitant la prise en charge de patients en SP	8
Les ressources	10
La formation.....	12
Les attentes en matière d'aide et d'outils pour la pratique	13
DISCUSSION	14
Synthèse des résultats	14
Forces et faiblesses de l'étude.....	15
Discussion des résultats	16
Les ressources	17
La formation.....	18
CONCLUSION	21
BIBLIOGRAPHIE	23
LISTE DES FIGURES	27
LISTE DES TABLEAUX	28
TABLE DES MATIÈRES	29
ANNEXES	

ANNEXES

Annexe I : Détail des commentaires libres concernant la notion de personne de confiance

discussion avec la famille
déjà fait sur cpp ou chu
en regle generale deja fait a l'hopital
Je n'ai pas encore bien intégré cette notion dans ma pratique et le plus souvent à domicile il s'agit de patient vivant en couple donc il me semble que le conjoint a cette place . Je me pose plus la question en maison de retraite où j'essaie d'avoir un interlocuteur privilégié , mais sans que cela ne soit toujours formalisé sous ce terme ?
pas pensé
pas habitué au concept
en général on connaît déjà la personne de confiance, ou du moins on pense la connaître
impression que c'est fait par l'hôpital
souvent non évoque au moment de la prise en charge
environnement familial present, pas de necessité ressentie
déjà évoqué au chu?
la definition du principe lui meme
je connais depuis peu (depuis que j'ai fait une formation "fin de vie") la facon d'aborder ces sujets et quelles en sont les modalites

Annexe II : Détail des commentaires libres concernant la notion de directives anticipées

les autres soignants ; la difficulté à maîtriser certains symptômes(douleur, angoisse,escarres...) ; le patient lui-même ; des difficultés d'organisation ; les proches du patient ; le manque de temps ; la difficulté à aborder le sujet de l'incurabilité ou de la mort ; les difficultés financières du patient ; le manque de formation
Je ne comprends pas le mot
je ne sais pas si c'est mon rôle
Là encore, notion non intégrée à ma pratique ...
non connue à l'époque de la prise en charge
jusqu'à présent par méconnaissance
pas pensé
je ne suis pas en position d'établir ces directives bien souvent.
oubli
Il ne m'a pas semblé utile de le faire chez les personnes suivies, évoqué souvent déjà en milieu hospitalier
Discussion non formalisée comme prévu dans la loi mais on en parle
négligence ,
généralement déjà abordé
idem
manque de temps

Annexe III : Détail des commentaires libres concernant la formation

Lectures JALMALV / Congrès SFAP / ressources documentaires CDNR FXB / journées régionales de Soins Palliatifs
Stage interne en soins palliatifs
capacité de gériatrie
plusieurs formations sur paris avec Dr gomas
Lors de mon internat (services de médecine accueillant des patients en soins palliatifs)
Travail en groupe de pairs
Travail en groupe Ballint
interne en medecine interne dans l'ancien "service du Dr Fressinaud avec l'unité de soins palliatifs "juste en dessous"
thématique prescrire dédiés au soins palliatif.
Formation initiale (cours et stage pendant l'internat de médecine générale)
Capacité de Gériatrie
dans le cadre de ma thèse et de ma formation initiale, j'ai été sensibilisée aux soins palliatifs
FMI
1 semestre hospitalier en SP
Stage d'interne
internat en médecine polyvalente avec lits soins palliatifs
Semestre interne en soins longue durée
formation lors de passage ds des services en tant qu'interne
formations sur paris avec dr gomas et DPC SUR ANGERS ET FORMATIONS EN LEIN AVEC SFAP
par l'intermédiaire de l'EHPAD : formation organisée par équipe mobile de soins palliatifs pour les soignants de l'EHPAD
DPC soins palliatifs

Annexe IV : Détail des commentaires libres concernant les aides souhaitées par les MG

Des échanges informels qui permettent la reconnaissance de la place de chacun. Malgré le développement des USP LITS EMSP ET RÉSEAU, les possibilités restent très méconnues en campagne avec parfois un espèce de "rapt" du patient par le service hospitalier ou l'équipe intervenante.
effectivement la possibilité d'avoir facilement un interlocuteur en cas de situation difficile pour discuter de la situation précise telle qu'elle se présente à un moment donné . C'est toujours" en situation" que l'on a besoin d'aide et une formation ,même bien faite , sera peu profitable si elle n'est pas en lien direct avec une situation vécue
La possibilité d'avoir facilement en ligne ou par mail un interlocuteur pour un conseil ou un avis
permanence téléphonique
une permanence téléphonique, une discussion pluri disciplinaire autour de cas complexes pour discuter ensemble par exemple du choix d'hydratation ou pas
permanence téléphonique
permanence téléphonique intéressante
permanence téléphoniques pour conseils médicaux personnalisés
Permanence téléphonique

Annexe V : Détail des commentaires libres concernant les thématiques de formations souhaitées

Douleur Relation Médecin - Famille ...
Se recentrer sur le patient dans son environnement naturel . organiser et local des débats informations ... Sur la personne de confiance, les directives anticipées, ce que sont et peuvent les soins palliatifs.
la gestion des derniers instants
gestion de la morphine sous toutes ces formes à domicile
Angoisse douleur
la perfusion : pour qui ?, comment "sédatez" quand il n' y pas tous les ttps possibles au domicile mieux aborder la discussion sur la mort ??? je souhaiterai suivre un médecin de soins palliatifs en consultations plusieurs mois
Les possibilités d'utiliser des pompes à morphine ou l'utilisation de l'Hypnovel à domicile ...
maniement antalgiques et midazolam
detresse respi, utilisation morphine et hypnovel ou equivalent, soins d'escarre, soins de site central
angoisse et mort dans un avenir proche, gestion des angoisses familiales (surtout la nuit)
aborder l'incurabilité et la mort, prise en charge de la douelru et quoi faire des traitements préexistant? (les mettre sous une autre forme? les arrêter?), gérer alors les réactions des familles à l'arrêt de ces médicaments...
comment gerer la famille
Prise en charge douleur, encombrement, agitation, hypnovel ou pas, hydratation ou pas
protocoles
quel lien pour soutenir aussi le soignant (pendant et après)
la déshydratation
la difficulté à laisser le malade seul quand il n'y a pas l'entourage présent
La phase terminale de la prise en charge
apprendre à communiquer sur un sujet aussi délicat avec le patient et ses proches surtout
organiser des temps pour parler de leur projet de fin de vie
modalité pratique de certains medicaments utilisés en soins palliatifs
fiche conseil selon les symptomes(occlusion ,vomissement , anxiété ,qd deglutition impossible...)
tout est à faire et à refaire !

travail pour une meilleure coordination dans le travail d'équipe : + de réactivité , anticiper les complications pour éviter des situations inconfortables pour l'équipe ou/et le patient . Quel soutien pour le médecin généraliste ou autre soignant ?
gestion des thérapeutiques à visée palliative, nutrition
Prise en charge des symptômes les plus courant
comment fixer les limites de soins ? la morphine?
IL EST TJRS BON d'avoir des fiche s sur le s symptômes
Morphiniques à domicile, sonde nasogastrique à domicile, arrêt des traitements de fond superflus, comment aborder la question de la fin de vie (risque d'hémorragie digestive...)
La fin de vie la douleur Organisation des systèmes de soins
La fin de vie la douleur organisation des soins
prise en charge escarre, douleur + aide psychologique des familles et soignants
le fait de réaliser une soirée comme le fait l'équipe de soins palliatifs ici à DOUE rassemblant les acteurs sur un thème choisi est une bonne idée
gestion des matériels techniques : pompe à morphine ...
prise en charge des maladies neuro dégénératives en fin de vie
mise en place pompe à morphine / gestion sédation et anxiété
sédation de la douleur plus approfondie;

La prise en charge palliative des patients par les médecins généralistes du Maine et Loire.

Merci de prendre quelques instants pour remplir ce questionnaire qui comporte 2 pages.

Informations sur le répondant

Vous êtes :

un homme une femme

Votre âge :

Durée d'exercice :

<10 ans de 10 à 20 ans >20 ans

Mode d'exercice :

Seul (e) En cabinet de groupe

Vous exercez :

En ville (>20 000 habitants) En milieu rural (<3000 habitants) En milieu semi-rural (entre 3000 et 20 000 habitants)

Nombre d'actes par semaine (ne mettre que des chiffres) :

Exercez-vous parallèlement une activité :

Hospitalière? En EHPAD?

Dans votre pratique

Avez-vous déjà, dans votre pratique libérale, suivi des patients en soins palliatifs?

Oui Non

Si oui, combien de patients en situation palliative suivez-vous sur une année? (Ne mettre que des chiffres)

Ces patients sont :

Des enfants Des adultes

Pathologies des patients que vous suivez (ou avez suivis) en soins palliatifs :

Cancer Perte d'autonomie Autres (insuffisance cardiaque, respiratoire...)
 Maladies neurodégénératives Polyopathologies

Si autres, précisions :

Évoquez-vous les notions suivantes avec vos patients suivis en soins palliatifs :

-Personne de confiance?

Oui Non

Si non, pourquoi?

- Directives anticipées?

Oui Non

Si non, pourquoi?

Ressentez-vous des difficultés ou identifiez-vous des facteurs, limitant la prise en charge de patients en soins palliatifs ?

- aucune difficulté
 les autres soignants
 la difficulté à maîtriser certains symptômes (douleur, angoisse, escarres...)
 autres
- le patient lui-même
 des difficultés
 le sentiment d'isolement
- le patient
 le manque de temps
 la difficulté à aborder le sujet de l'incurabilité ou de la mort
- les difficultés financières du patient
 le manque de formation
 la rémunération

Si autres, précisions :

Dans le cas où vous vous êtes sentis en difficulté en accompagnant un patient dans un contexte palliatif, avez-vous eu recours :

	Souvent	Parfois	Rarement	Jamais
à une hospitalisation dans un service de médecine?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
à une hospitalisation en Unité de Soins Palliatifs?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
à une hospitalisation en unité avec Lits Identifiés Soins Palliatifs?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
à l' Hospitalisation A Domicile?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
au SSIAD?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
à un réseau de soins?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
au spécialiste référent pour votre patient?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
aux conseils d'un confrère généraliste plus habitué à ces situations?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
aux associations bénévoles?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
aux Equipes Mobiles de Soins Palliatifs?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Etes-vous satisfait de votre pratique avec vos patients en situation palliative?

Souvent Parfois Rarement Jamais

Quelle formation aux soins palliatifs avez-vous suivie?

Aucune DU Autres

DIU FMC

Si autres, précisions:

Connaissez-vous la CASSPA ? (brochure ci-jointe)

Oui Non

Souhaiteriez-vous pouvoir disposer d'outils (proposés notamment par la CASSPA) tels que :

des ateliers de soins des fiches conseils (par ex: les symptômes respiratoires) ? autres (par ex: une permanence téléphonique)?

un site internet dédié? des formations? pas intéressé

Si autres, précisions :

Quelles sont les thématiques que vous souhaiteriez voir aborder?

Souhaiteriez-vous une collaboration avec la CASSPA?

Oui Non Pourquoi pas?

Merci de vos réponses. Vous pouvez cliquer sur "envoyer" pour terminer.

Annexe VII : Courrier accompagnant le questionnaire

UNIVERSITÉ d'ANGERS DE MEDECINE
DEPARTEMENT DE MEDECINE GENERALE

Angers, le 14/05/2014

François GARNIER
Membre associé,
Coordinateur du Département
cois.garnier@univ-angers.fr

Jean-François HUEZ
Membre associé,
Coordinateur du D.E.S. de Médecine
Généraliste
-francois.huez@univ-angers.fr

Céline BARON
Membre associé
ce.baron@univ-angers.fr

Éric CAILLIEZ
Coordinateur de conférences associé
cailliez@univ-angers.fr

Céline BOUTON
Coordinateur de conférences associé
ce.bouton@univ-angers.fr

Laurent CONNAN
Coordinateur de conférences associé
laurent.connan@univ-angers.fr

Catherine de CASABIANCA
Coordinateur de conférences associé
catherine.decasabianca@univ-angers.fr

Aline RAMOND-ROQUIN
Membre de clinique
aline.ramond@univ-angers.fr

Anne PLESSIS
Membre de clinique
anne.plessis@univ-angers.fr

Secrétariat
Christine LOISON
02 41 73 58 10
christine.loison@univ-angers.fr

Marie-Andrée MILANI
02 41 73 59 43
marie-andree.milani@univ-angers.fr

Cher(e) Confrère, cher(e) ami(e),

L'enquête de Laëtitia Calmels s'intéresse à l'accompagnement des malades en soins palliatifs et en fin de vie. C'est une situation relativement rare dans notre pratique, mais qui reste facilement en mémoire du fait de l'investissement qu'elle suppose.

Les besoins que vous pouvez avoir, au niveau des procédures et des services ou en terme de formation, ne sont pas connus précisément en Maine et Loire.

Le Département de médecine générale soutient cette enquête. Merci de l'accueil que vous lui ferez. Elle consomme très peu de temps!
Un taux de réponse le plus élevé possible garantira une bonne fiabilité de l'interprétation des réponses.

Cordialement,

Pr. Jean-François HUEZ
Coordonnateur local du D.E.S de Médecine Générale

Madame, Monsieur,

Je viens de finir mon internat de médecine générale à la faculté d' Angers et je réalise ma thèse sur **les habitudes et les besoins des médecins généralistes du Maine et Loire lors de l'accompagnement de leurs patients en situation palliative (au domicile et/ou en EHPAD)**. En effet, je souhaite pouvoir recueillir des informations sur vos différentes expériences dans ce domaine notamment concernant les aides auxquelles vous recourez habituellement et celles qui pourraient vous être proposées afin de faciliter votre pratique.

Je travaille sur ce projet en collaboration avec la CASSPA (brochure détaillée en pièce jointe), une association angevine créée en 2006 qui a pour objectifs, entre autres, de favoriser la coordination entre les professionnels de santé du 49 en soins palliatifs et de mettre en place des outils de travail pour les soignants.

Afin que cette enquête soit représentative de votre pratique, il est nécessaire qu'un grand nombre de médecins accepte d'y participer.

Le recueil des informations est fait via un court **questionnaire anonyme à remplir avant le 25 mai 2014 si possible.**

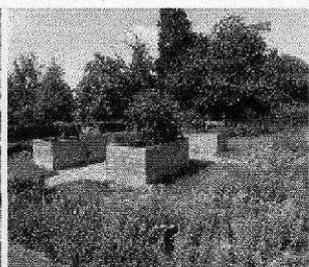
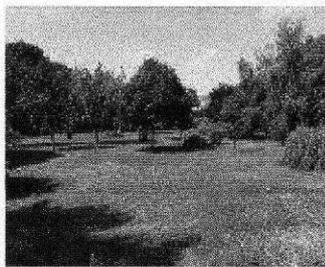
Pour y accéder, merci de cliquer sur ce lien:

<http://s7.sphinxonline.net/lcf-04/vouivoui/index.htm>

En fin de questionnaire, n'oubliez pas de cliquer sur «envoyer» pour le valider.

Avec mes sincères remerciements,

Laëtitia CALMELS.



Coordination de l'Accompagnement en Soins Palliatifs Angevine

Avec force et engagement...

Conception 2013

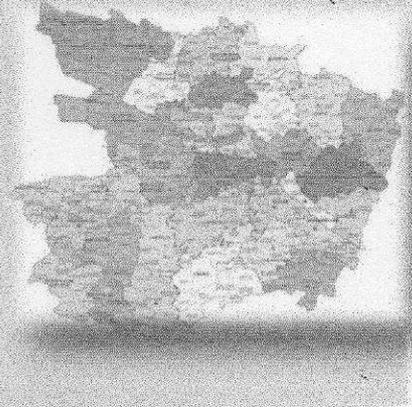
ASSOCIATION « Loi 1901 » spécialisée dans les **SOINS PALLIATIFS**, la CASSPA a pour mission de garantir l'accès aux soins palliatifs **A TOUT PATIENT**.

SES ADHERENTS

- Etablissements de santé (*CHU, Centres hospitaliers, EHPAD, Centres de soins de suite et de réadaptation, HAD, Centres de soins de suite longue durée...*)
- Equipes mobiles de soins palliatifs (*Angers, Cholet, Doué La Fontaine, Saumur*)
- Professions libérales
- Associations d'usagers

LES PUBLICS :

- Médecins, pharmaciens, infirmiers, aides-soignants, assistantes sociales, psychologues, gestionnaires, patients, proches,....



SON PERIMETRE

- Maine et Loire

SES MISSIONS

- **PROMOUVOIR LA DEMARCHE PALLIATIVE** en lien avec les 4 Equipes Mobiles de Soins Palliatifs du 49
- Améliorer l'**ARTICULATION** entre les différents acteurs du système de soins pour assurer une prise en charge **OPTIMALE** et une **MEILLEURE ORIENTATION** du Patient, tout en **RESPECTANT** ses **SOUHAITS**.
- Favoriser la **COORDINATION** et la **CONTINUITE** des **SOINS** entre les professionnels de santé
- Sensibiliser et informer les **PROFESSIONNELS** de santé et le **PUBLIC** sur les **SOINS PALLIATIFS**

La **CASSPA 49** s'appuie sur la politique nationale et régionale définie en matière de soins palliatifs pour définir sa propre politique.

SES ENGAGEMENTS

- Former les professionnels à la démarche palliative
- Mettre en place des outils de travail et d'évaluation communs (protocoles, procédures, fiches de liaison, ...)
- Organiser l'interaction constante établissement/domicile en tenant compte du souhait du patient et de son entourage
- Mettre en place un projet structuré autour des soins palliatifs répondant aux critères de qualité dans chaque établissement de santé et au domicile
- Créer des groupes de travail opérationnels
- Créer des espaces d'échanges et d'information par la mise en place d'ateliers de soins palliatifs .



Ses ATELIERS DE SOINS PALLIATIFS

Ils sont **OUVERTS** à tous les professionnels soignants, aux personnels des établissements médico-soignants et du poly-handicap investis dans les soins palliatifs :

- Aides médico-psychologiques
- Aides-soignants
- Assistantes sociales
- Cadres
- Diététiciens

- Infirmiers
- Médecins
- Psychologues.....

Ces ateliers sont un **TEMPS DE PARTAGE** et d'**ECHANGES** entre professionnels sur différentes thématiques en lien avec les **SOINS PALLIATIFS**. Le retour dans les structures permet un nouveau débat.



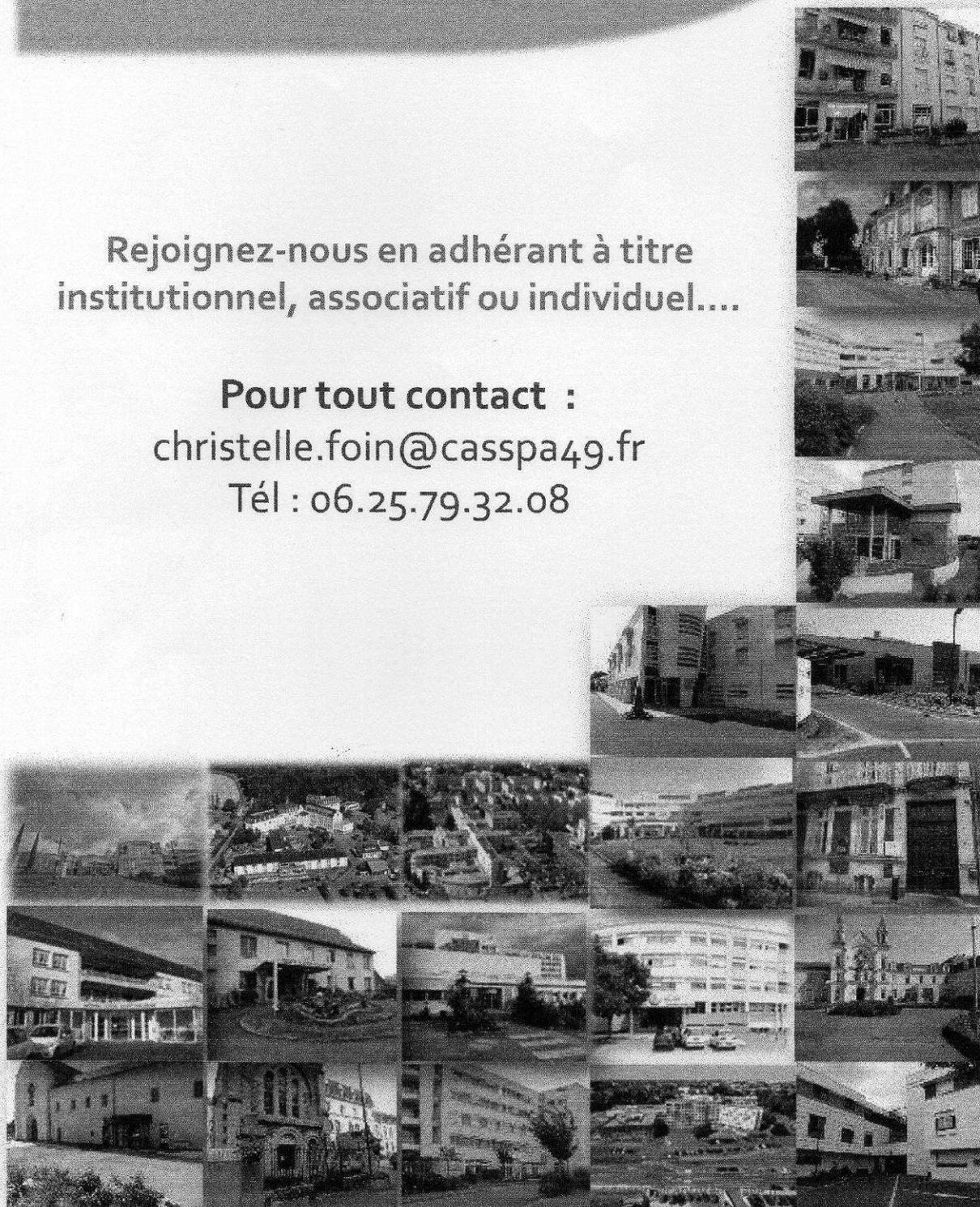
SES PROJETS A COURT TERME

- ◆ Groupe de travail « Analyse des pratiques - Recommandations »

Yves DUBOURG, Président.
Dr. Philippe HUBAULT, Vice-Président.

Rejoignez-nous en adhérant à titre
institutionnel, associatif ou individuel....

Pour tout contact :
christelle.foin@casspa49.fr
Tél : 06.25.79.32.08



Angers, le 11 juin 2014

Aux médecins généralistes de Maine-et-Loire

Madame, Monsieur,

Je reviens vers vous concernant le questionnaire sur **la prise en charge palliative des patients par les médecins du Maine et Loire** envoyé à l'ensemble des généralistes du département. Ce questionnaire vous est adressé dans le cadre de ma thèse de médecine générale réalisée en collaboration avec la CASSPA, une association angevine qui a pour but d'aider les professionnels de santé **qui le souhaitent** dans le domaine du soin palliatif.

Vous êtes sollicités, car à ce jour, ce sont essentiellement des représentants de structures hospitalières qui se sont exprimés sur les difficultés rencontrées lors de situations palliatives et sur les possibles besoins d'amélioration dans le Maine et Loire.

Or, c'est le médecin généraliste qui souvent, après un séjour hospitalier, assure le suivi du patient en soin palliatif, notamment à son domicile. C'est pourquoi je tiens à vous rappeler toute l'importance revêtue par vos réponses à ce questionnaire qui représentent une occasion d'exprimer vos attentes et éventuels problèmes dans le domaine du soin palliatif. Le recueil de ces informations pourrait permettre dans l'avenir, d'essayer de mettre en œuvre les moyens pour optimiser la prise en charge palliative de vos patients.

Je remercie les médecins qui ont déjà répondu. Pour ceux qui n'ont pas encore pu répondre, je tiens à vous rappeler que ce questionnaire est **anonyme** et que seules **5 minutes sont nécessaires** pour le remplir.

J'espère par ce message avoir clarifié mes propos tenus dans les précédents mails.

Voici le lien pour accéder au questionnaire **si vous n'y avez pas déjà répondu** :

<http://s7.sphinxonline.net/lcf-04/enquete49/index.htm>

Merci de votre compréhension et de votre participation.

Bien cordialement,

Laëtitia Calmels

Pr. François GARNIER
Professeur associé,
Directeur du Département
francois.garnier@univ-angers.fr

Pr. Jean-François HUEZ
Professeur,
Coordonnateur du D.E.S. de Médecine générale
jean-francois.huez@univ-angers.fr

Pr. Céline BARON
Professeur associé
celine.baron@univ-angers.fr

Dr Éric CAILLIEZ
Maître de conférences associé
eric.cailliez@univ-angers.fr

Dr Céline BOUTON
Maître de conférences associé
celine.bouton@univ-angers.fr

Dr Laurent CONNAN
Maître de conférences associé
laurent.connan@univ-angers.fr

Dr Catherine de CASABIANCA
Maître de conférences associé
catherine.decasabianca@univ-angers.fr

Dr Aline RAMOND-ROQUIN
Chef de clinique
aline.ramond@univ-angers.fr

Dr Anne PLESSIS
Chef de clinique
anne.plessis@univ-angers.fr

Secrétariat
Julie LOISON
Tél. 02 41 73 58 10
julie.loison@univ-angers.fr

Marie-Andrée MILANI
Tél. 02 41 73 59 43
marie-andree.milani@univ-angers.fr

CALMELS laëtitia

La pratique des soins palliatifs en ambulatoire dans le Maine et Loire : enquête auprès des médecins généralistes.

RÉSUMÉ

Introduction : Depuis quelques années, les soins palliatifs (SP) au domicile sont en plein essor. Les médecins généralistes (MG) essaient de répondre à la demande de la population de rester le plus possible au domicile. L'objectif de ce travail est de décrire les pratiques en soins palliatifs des MG.

Matériel et Méthodes : Une étude descriptive a été réalisée par le biais d'un questionnaire interrogeant les médecins généralistes du Maine et Loire inscrits à la Formation Continue de la faculté d'Angers, avec un recueil de données effectué entre mai 2014 et octobre 2014. 484 MG ont été interrogés.

Résultats : 97 MG ont répondu soit 20%. La totalité des répondants suivaient des patients en SP. Les recours privilégiés (parfois ou souvent) étaient l'HAD (84%) et le SSIAD (70%). Les principaux freins à la prise en charge étaient la relation avec les proches, le manque de temps et la gestion des symptômes. La quasi-totalité souhaite une aide dans leur pratique.

Conclusion : Malgré une offre de soin en constante augmentation, des efforts doivent être faits concernant son accessibilité et la mise en place d'aides comme les sites internet est à promouvoir.

Mots-clés : Soins palliatifs, ambulatoire, médecine générale, recours, enquête

The practice of the palliative care in ambulatory in Maine-et-Loire: study about the general practitioners

ABSTRACT

Objective : For many years, palliative cares at home are rising up. General practitioners try to respect the population's wish to stay in their own home during the treatment. The main goal of my thesis is to describe general practitioner's skills in palliative cares.

Material and methods : A study has been carry out by way of a multiple choice test submitted to all general practitioners registered for the in service-training at Angers University. The data collection has been done between May 2014 and October 2014. 484 GP have been interviewed.

Results: 97 answered(it represents 20%). All of them followed in palliative cares. The main ways (sometimes or often) were home medical care(84%) and nursing care (70%). The main situations in the medical management were the relation with the close family, lack of time, and dealing with symptoms. Almost all of them, wish a help in their practice.

Conclusion: in spite of an offer of care in constant increase, efforts must be made concerning his accessibility and different types of assistance such as websites should be promoted

Keywords : Palliative care, ambulatory, general practice, survey