

2024-2025

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Qualification en MEDECINE GENERALE

Etat des lieux des pratiques en soins palliatifs à domicile

Enquête descriptive auprès des médecins généralistes
mayennais

GAUTHIER Léa

Née le 01 Octobre 1996 à CHARTRES (28)

Sous la direction de Dr VERNEAU Guillaume

Membres du jury

Monsieur le Pr PY Thibault | Président

Monsieur le Dr VERNEAU Guillaume | Directeur

Monsieur le Pr CONNAN Laurent | Codirecteur

Madame la Dr TEXIER-LEGENDRE Gaëlle | Membre

Soutenue publiquement le :
27 Novembre 2025

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussigné(e) GAUTHIER Léa
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 **10/10/2025**

Charte d'utilisation de l'IA générative

Je soussigné(e). GAUTHIER Léa
Déclare avoir pris connaissance et accepte de respecter la Charte d'utilisation de l'IA générative pour la rédaction des
rapports, thèses d'exercice et mémoires d'étude.
Je m'engage à utiliser ces outils conformément aux règles et recommandations énoncées dans la charte.

Angers le 10/10/2025

Signature



SERMENT D'HIPPOCRATE

« Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu (e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré (e) et méprisé(e) si j'y manque ».

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTÉ DE SANTÉ D'ANGERS

Doyen de la Faculté : Pr Nicolas Lerolle

Vice-Doyen de la Faculté et directeur du département de pharmacie : Pr Sébastien Faure

Directeur du département de médecine : Pr Cédric Annweiler

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

ABRAHAM Pierre	PHYSIOLOGIE	Médecine
ANGOULVANT Cécile	MEDECINE GENERALE	Médecine
ANNWEILER Cédric	GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT	Médecine
ASFAR Pierre	REANIMATION	Médecine
AUBE Christophe	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	Médecine
AUGUSTO Jean-François	NEPHROLOGIE	Médecine
BAUFRETON Christophe	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE	Médecine
BELLANGER William	MEDECINE GENERALE	Médecine
BELONCLE François	REANIMATION	Médecine
BENOIT Jean-Pierre	PHARMACOTECHNIE	Pharmacie
BIERE Loïc	CARDIOLOGIE	Médecine
BIGOT Pierre	UROLOGIE	Médecine
BONNEAU Dominique	GENETIQUE	Médecine
BOUCHARA Jean-Philippe	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE	Médecine
BOUET Pierre-Emmanuel	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	Médecine
BOURSIER Jérôme	GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE	Médecine
BOUVARD Béatrice	RHUMATOLOGIE	
BRIET Marie	PHARMACOLOGIE	Médecine
CALES Paul	GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE	Médecine
CAMPONE Mario	CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE	Médecine
CAROLI-BOSC François-Xavier	GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE	Médecine
CASSEREAU Julien	NEUROLOGIE	Médecine
CLERE Nicolas	PHARMACOLOGIE / PHYSIOLOGIE	Pharmacie
CONNAN Laurent	MEDECINE GENERALE	Médecine
COPIN Marie-Christine	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	Médecine
COUTANT Régis	PEDIATRIE	Médecine
CUSTAUD Marc-Antoine	PHYSIOLOGIE	Médecine
CRAUSTE-MANCIET Sylvie	PHARMACOTECHNIE HOSPITALIERE	Pharmacie
DE CASABIANCA Catherine	MEDECINE GENERALE	Médecine
DESCAMPS Philippe	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	Médecine
D'ESCATHA Alexis	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	Médecine
DINOMAS Mickaël	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION	Médecine

DIQUET Bertrand	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE ; PHARMACOLOGIE CLINIQUE ; ADDICTOLOGIE	Médecine
DUBEE Vincent	MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES	Médecine
DUCANCELLE Alexandra	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE	Médecine
DUVAL Olivier	CHIMIE THERAPEUTIQUE	Pharmacie
DUVERGER Philippe	PEDOPSYCHIATRIE	Médecine
EVEILLARD Mathieu	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE	Pharmacie
FAURE Sébastien	PHARMACOLOGIE PHYSIOLOGIE	Pharmacie
FOURNIER Henri- Dominique	ANATOMIE	Médecine
FOUQUET Olivier	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE	Médecine
FURBER Alain	CARDIOLOGIE	Médecine
GAGNADOUX Frédéric	PNEUMOLOGIE	Médecine
GOHIER Bénédicte	PSYCHIATRIE D'ADULTES	Médecine
GUARDIOLA Philippe	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
GUILET David	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
HAMY Antoine	CHIRURGIE GENERALE	Médecine
HENNI Samir	MEDECINE VASCULAIRE	Médecine
HUNAUULT-BERGER Mathilde	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
IFRAH Norbert	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
JEANNIN Pascale	IMMUNOLOGIE	Médecine
KEMPF Marie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE	Médecine
KUN-DARBOIS Daniel	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE	Médecine
LACOEUILLE FRANCK	RADIOPHARMACIE	Pharmacie
LACCOURREYE Laurent	OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE	Médecine
LAGARCE Frédéric	BIOPHARMACIE	Pharmacie
LANDREAU Anne	BOTANIQUE/ MYCOLOGIE	Pharmacie
LARCHER Gérald	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRES	Pharmacie
LASOCKI Sigismond	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION	Médecine
LEBDAI Souhil	UROLOGIE	Médecine
LEGENDRE Guillaume	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	Médecine
LEGRAND Erick	RHUMATOLOGIE	Médecine
LERMITE Emilie	CHIRURGIE GENERALE	Médecine
LEROLLE Nicolas	REANIMATION	Médecine
LUNEL-FABIANI Françoise	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE	Médecine
LUQUE PAZ Damien	HEMATOLOGIE BIOLOGIQUE	Médecine
MARCHAIS Véronique	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE	Pharmacie
MARTIN Ludovic	DERMATO-VERERELOGIE	Médecine
MAY-PANLOUP Pascale	BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION	Médecine

MENEI Philippe	NEUROCHIRURGIE	Médecine
MERCAT Alain	REANIMATION	Médecine
PAPON Nicolas	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE MEDICALE	Pharmacie
PASSIRANI Catherine	CHIMIE GENERALE	Pharmacie
PELLIER Isabelle	PEDIATRIE	Médecine
PETIT Audrey	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	Médecine
PICQUET Jean	CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE	Médecine
PODEVIN Guillaume	CHIRURGIE INFANTILE	Médecine
PROCACCIO Vincent	GENETIQUE	Médecine
PRUNIER Delphine	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
PRUNIER Fabrice	CARDIOLOGIE	Médecine
RAMOND-ROQUIN Aline	MEDECINE GENERALE	Médecine
REYNIER Pascal	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
RICHOMME Pascal	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
RINEAU Emmanuel	ANESTHESIOLOGIE REANIMATION	Médecine
RIOU Jérémie	BIOSTATISTIQUES	Pharmacie
RODIEN Patrice	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES	Médecine
ROQUELAURE Yves	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	Médecine
ROUGE-MAILLART Clotilde	MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE	Médecine
ROUSSEAU Audrey	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	Médecine
ROUSSEAU Pascal	CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE	Médecine
ROUSSELET Marie-Christine	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	Médecine
ROY Pierre-Marie	MEDECINE D'URGENCE	Médecine
SAULNIER Patrick	BIOPHYSIQUE ET BIOSTATISTIQUES	Pharmacie
SERAPHIN Denis	CHIMIE ORGANIQUE	Pharmacie
SCHMIDT Aline	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
TESSIER-CAZENEUVE Christine	MEDECINE GENERALE	Médecine
TRZEPIZUR Wojciech	PNEUMOLOGIE	Médecine
UGO Valérie	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
URBAN Thierry	PNEUMOLOGIE	Médecine
VAN BOGAERT Patrick	PEDIATRIE	Médecine
VENARA Aurélien	CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE	Médecine
VENIER-JULIENNE Marie-Claire	PHARMACOTECHNIE	Pharmacie
VERNY Christophe	NEUROLOGIE	Médecine
WILLOTEAUX Serge	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	Médecine

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

AMMI Myriam	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE	Médecine
BAGLIN Isabelle	CHIMIE THERAPEUTIQUE	Pharmacie

BASTIAT Guillaume	BIOPHYSIQUE ET BIOSTATISTIQUES	Pharmacie
BEAUVILLAIN Céline	IMMUNOLOGIE	Médecine
BEGUE Cyril	MEDECINE GENERALE	Médecine
BELIZNA Cristina	MEDECINE INTERNE	Médecine
BENOIT Jacqueline	PHARMACOLOGIE	Pharmacie
BESSAGUET Flavien	PHYSIOLOGIE PHARMACOLOGIE	Pharmacie
BERNARD Florian	ANATOMIE ; discipline hospit : NEUROCHIRURGIE	Médecine
BLANCHET Odile	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
BOISARD Séverine	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
BRIET Claire	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES	Médecine
BRIS Céline	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Pharmacie
CANIVET Clémence	GASTROENTEROLOGIE-HEPATOLOGIE	Médecine
CAPITAIN Olivier	CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE	Médecine
CHAO DE LA BARCA Juan- Manuel	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
CHEVALIER Sylvie	BIOLOGIE CELLULAIRE	Médecine
CHOPIN Matthieu	MEDECINE GENERALE	Médecine
CODRON Philippe	NEUROLOGIE	Médecine
COLIN Estelle	GENETIQUE	Médecine
DEMAS Josselin	SCIENCES DE LA READAPTATION	Médecine
DERBRE Séverine	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
DESHAYES Caroline	BACTERIOLOGIE VIROLOGIE	Pharmacie
DOUILLET Delphine	MEDECINE D'URGENCE	Médecine
FERRE Marc	BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
FORTRAT Jacques-Olivier	PHYSIOLOGIE	Médecine
GHALI Maria	MEDECINE GENERALE	Médecine
GUELFF Jessica	MEDECINE GENERALE	Médecine
HAMEL Jean-François	BIOSTATISTIQUES, INFORMATIQUE MEDICALE	Médicale
HELESBEUX Jean-Jacques	CHIMIE ORGANIQUE	Pharmacie
HERIVAUX Anaïs	BIOTECHNOLOGIE	Pharmacie
HINDRE François	BIOPHYSIQUE	Médecine
JOUSSET-THULLIER Nathalie	MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE	Médecine
JUDALET-ILLAND Ghislaine	MEDECINE GENERALE	Médecine
KHIATI Salim	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
LEGEAY Samuel	PHARMACOCINETIQUE	Pharmacie
LEMEE Jean-Michel	NEUROCHIRURGIE	Médecine
LE RAY-RICHOMME Anne- Marie	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
LEPELTIER Elise	CHIMIE GENERALE	Pharmacie
LETOURNEL Franck	BIOLOGIE CELLULAIRE	Médecine
LIBOUBAN Hélène	HISTOLOGIE	Médecine
MABILLEAU Guillaume	HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE	Médecine
MALLET Sabine	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
MAROT Agnès	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE MEDICALE	Pharmacie
MESLIER Nicole	PHYSIOLOGIE	Médecine

MIOT Charline	IMMUNOLOGIE	Médecine
MOUILLIE Jean-Marc	PHILOSOPHIE	Médecine
NAIL BILLAUD Sandrine	IMMUNOLOGIE	Pharmacie
PAILHORIE Hélène	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE	Médecine
PAPON Xavier	ANATOMIE	Médecine
PASCO-PAPON Anne	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	Médecine
PECH Brigitte	PHARMACOTECHNIE	Pharmacie
PENCHAUD Anne-Laurence	SOCIOLOGIE	Médecine
PIHET Marc	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE	Médecine
POIROUX Laurent	SCIENCES INFIRMIERES	Médecine
PY Thibaut	MEDECINE GENERALE	Médecine
RIOU Jérémie	BIOSTATISTIQUES	Pharmacie
RIQUIN Elise	PEDOPSYCHIATRIE ; ADDICTOLOGIE	Médecine
RONY Louis	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE	Médecine
ROGER Emilie	PHARMACOTECHNIE	Pharmacie
SAVARY Camille	PHARMACOLOGIE-TOXICOLOGIE	Pharmacie
SCHMITT Françoise	CHIRURGIE INFANTILE	Médecine
SCHINKOWITZ Andréas	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
SPIESSER-ROBELET Laurence	PHARMACIE CLINIQUE ET EDUCATION THERAPEUTIQUE	Pharmacie
TEXIER-LEGENDRE Gaëlle	MEDECINE GENERALE	Médecine
VIAULT Guillaume	CHIMIE ORGANIQUE	Pharmacie

AUTRES ENSEIGNANTS

PRCE		
AUTRET Erwan	ANGLAIS	Santé
BARBEROUSSE Michel	INFORMATIQUE	Santé
COYNE Ashley-Rose	ANGLAIS	Santé
O'SULLIVAN Kayleigh	ANGLAIS	Santé
RIVEAU Hélène	ANGLAIS	
PAST/MAST		
BEAUVAIS Vincent	OFFICINE	Pharmacie
BRAUD Cathie	OFFICINE	Pharmacie
DILÉ Nathalie	OFFICINE	Pharmacie
GUILLET Anne-Françoise	PHARMACIE DEUST PREPARATEUR	Pharmacie
MOAL Frédéric	PHARMACIE CLINIQUE	Pharmacie
CHAMPAGNE Romain	MEDECINE PHYSIQUE ET READAPTATION	Médecine
GUITTON Christophe	MEDECINE INTENSIVE-REANIMATION	Médecine
KAASSIS Mehdi	GASTRO-ENTEROLOGIE	Médecine
LAVIGNE Christian	MEDECINE INTERNE	Médecine
PICCOLI Giorgia	NEPHROLOGIE	Médecine

POMMIER Pascal	CANCEROLOGIE-RADIOTHERAPIE	Médecine
SAVARY Dominique	MEDECINE D'URGENCE	Médecine
PLP		
CHIKH Yamina	ECONOMIE-GESTION	Médecine

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur PY,
Vous me faites l'honneur de présider cette thèse.
Veuillez trouver ici mes sincères remerciements.

A Monsieur le Docteur VERNEAU pour m'avoir proposé de diriger ce travail de thèse.
Merci de m'avoir accompagné dans cette aventure, aussi vertigineuse pour toi que pour moi.
Merci pour ta confiance, ton soutien et ton amitié.

A Monsieur le Professeur CONNAN pour la co-direction de cette thèse.
Merci pour votre soutien et vos conseils tout au long de ce travail.

A Madame le Docteur TEXIER-LEGENDRE Gaëlle,
Vous avez accepté avec enthousiasme de faire partie de mon jury.
Veuillez accepter mes sincères remerciements.

A mes parents,
Merci pour tout ce que vous nous avez apporté aux filles et à moi, merci pour votre amour et votre soutien indéfectibles.
Merci d'avoir toujours été présent auprès de moi, dans les bons comme les moins bons moments de ma vie.
Et surtout, merci d'avoir cru en moi, parfois plus que moi-même, et de m'avoir offert cette chance d'en arriver là aujourd'hui.
Je vous aime !

A mes grands-parents, ceux qui veillent d'en haut et ceux qui veillent tout près, merci pour la sagesse, la bienveillance et les valeurs que vous m'avez transmises.

A mes sœurs, Sarah et Gaëlle
Pour les disputes qui ne durent jamais, les fous rires qui traversent les années et ces moments de vie qu'on n'oublie pas.
Merci d'avoir grandi avec moi, d'avoir supporté mes doutes et de partager mes victoires.
On dit souvent qu'on ne choisit pas sa famille, mais si j'avais pu choisir, je vous aurais choisi vous !
Merci d'être là, simplement, toujours.

A mes beaux frères,
Aurélien, merci pour ton écoute toujours attentive et sincère, pour tes conseils avisés après de longues discussions en fin de soirée.

Théo, merci pour les rires partagés et les taquineries bien placées. Tu es la preuve qu'on peut rire de tout ... mais surtout de toi.

REMERCIEMENTS

A mes amis, les amis d'une vie

A Charlotte, pour ta générosité, ton sourire communicatif et ta naïveté qui te rend si attachante. Merci d'être à mes côtés.

A Clara, pour ta simplicité et ta sensibilité. Merci de nous offrir un si bel avant goût des prochaines étapes de la vie. Ton petit Jules est le premier d'une longue série, je l'espère, pour le clan de la CIA.

A Céline, ma plus vieille amie (et oui ça commence à faire), pour ta jovialité à toute épreuve. Merci pour ta façon de rendre les choses plus simples, pour ta légèreté qui apaise et pour tes conseils toujours précieux dans les moments où tout semble flou. Merci pour ton amitié sans faille. Tu es une force de la nature et un exemple pour moi.

A Eirynn, pour ton caractère affirmé, ta franchise sans détour et ton sens profond de l'amitié, merci d'être toujours là.

A Irvin, mon coloc préféré. Merci d'avoir partagé mon quotidien durant 2 ans. Deux années riches en fous rires, en souvenirs mais aussi en petites « blagues ». On a parfois deux caractères de cochon mais c'est aussi pour ça que je t'aime tant.

A Marc, pour ton amitié discrète mais précieuse. Merci pour le pied à terre réunionnais que tu nous offres, un peu de soleil et de rhum ça ne fait pas de mal !

A toi, mon p'tit coeur,

Merci pour ta patience et ta bienveillance en toute circonstance. Merci de m'aimer comme tu le fais, avec sincérité et simplicité.

A nos souvenirs, nos projets (parfois un peu fous), nos voyages et à toutes ces belles années à venir.

Je t'aime !

LISTE DES ABREVIATIONS

[illegible]

Plan

SERMENT D'HIPPOCRATE

LISTE DES ABREVIATIONS

RESUME

INTRODUCTION

- 1. Définition des Soins Palliatifs**
- 2. Législation et cadre légal**
- 3. Formation des médecins généralistes aux Soins Palliatifs**
- 4. Organisation des Soins Palliatifs en Mayenne**
- 5. Contexte et problématique : enjeux des soins palliatifs à domicile**

MÉTHODES

- 1. Design de l'étude**
- 2. Population étudiée**
- 3. Recueil des données**
- 4. Analyse des données**
- 5. Considérations éthiques et réglementaires**

RÉSULTATS

- 1. L'échantillon étudié**
- 2. Caractéristiques de la population d'étude**
- 3. Pratique des Soins Palliatifs**
 - 3.1. Nombre de patients suivis
 - 3.2. Pathologies les plus représentées
 - 3.3. Formation en Soins Palliatifs
 - 3.4. Aisance des médecins généralistes dans la pratique des Soins Palliatifs
 - 3.4.1. Lien entre durée d'installation ou âge des MG et leur aisance
 - 3.4.2. Lien entre lieu d'exercice et aisance
 - 3.4.3. Lien entre formation et aisance
- 4. Les différents recours possibles des MG**
 - 4.1. Les structures disponibles
 - 4.2. Outils Pallia 10
- 5. Les facteurs facilitants la prise en charge en SP**
- 6. Les difficultés ressenties**
 - 6.1. Refus de prise en charge
 - 6.2. Facteurs limitants la prise en charge en SP
- 7. Les besoins et les attentes**
- 8. Connaissance de l'actualité**

DISCUSSION

- 1. Discussion des principaux résultats**
 - 1.1. Pathologies les plus représentées

- 1.2. Formation et aisance
- 1.3. Facteurs facilitants et limitants
 - 1.3.1. Facteurs facilitants la prise en charge
 - 1.3.2. Facteurs limitants la prise en charge
- 1.4. Recours possibles
 - 1.4.1. Les structures disponibles
 - 1.4.2. Les outils d'aide à la prise en charge
 - 1.4.3. Les bénévoles
- 2. Les forces et les limites de l'étude**
 - 2.1. Les forces
 - 2.2. Les limites
- 3. Axes d'amélioration et perspectives**
 - 3.1. Améliorations proposées pour l'accompagnement en SP
 - 3.2. Perspectives d'un nouveau projet de loi

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

LISTE DES FIGURES

LISTE DES TABLEAUX

ANNEXES

RESUME

Introduction : Avec le vieillissement de la population, la prise en charge des personnes âgées dépendantes constitue un enjeu majeur. La part des personnes âgées de 75 ans et plus a en effet doublé ces 30 dernières années, ce qui amène à des situations palliatives fréquentes et de plus en plus complexes. Les médecins généralistes occupent une place importante dans le parcours de soin du patient et sont donc amenés à prendre en charge des patients relevant de soins palliatifs afin d'assurer leur maintien à domicile. L'objectif de ce travail était de faire un état des lieux de la pratique des soins palliatifs par les médecins généralistes en Mayenne. Les objectifs secondaires étaient de mieux comprendre les facteurs limitant cette prise en charge et de proposer des pistes d'amélioration pour l'exercice à domicile.

Méthode : Il s'agit d'une étude quantitative descriptive par le biais d'un questionnaire informatique anonyme, comportant essentiellement des questions fermées. La population visée inclut les médecins généralistes installés en Mayenne, contactés via le mailing list du Conseil de l'Ordre 53.

Résultats : 95% de nos répondants déclaraient suivre des patients en SP à domicile, principalement atteints de pathologies cancéreuses (92,8%) ou de pathologies neuro-dégénératives (57%). 28,5% reconnaissaient ne pas être à l'aise avec ce type de prise en charge. De nombreux freins ont pu être mis en évidence, notamment le manque de temps, pour une grande majorité des répondants (69%), ou les difficultés d'accès et d'utilisation des thérapeutiques de fin de vie (38%). Au contraire, les médecins généralistes appréciaient le possible recours aux différentes structures (HAD, EMSP) pour les épauler dans les prises en charge. Nombreux étaient demandeurs d'améliorer la formation des médecins (76%). En effet, 19% estimaient ne pas avoir reçu de formation spécifique et 47,6% étaient formés uniquement par le biais des stages universitaires.

Conclusion : Cette étude met en lumière des réalités contrastées quant à la prise en charge des soins palliatifs à domicile. Elle souligne à la fois l'engagement des praticiens, pour répondre au souhait des patients de mourir à domicile, et les freins persistants qui compliquent leur pratique quotidienne.

L'accompagnement des patients en fin de vie est complexe tant sur le plan technique, organisationnel que relationnel. Malgré les structures et réseaux existants, les médecins généralistes déplorent un manque d'outils pratiques, de contacts ou de protocoles. L'amélioration de la formation apparaît comme un déterminant majeur ainsi que l'amélioration de la visibilité et de l'accessibilité de certaines ressources.

INTRODUCTION

1. Définition des Soins Palliatifs

Les soins palliatifs sont définis par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 2002 comme « *Les soins cherchant à améliorer la qualité de vie des patients et de leur famille, face aux conséquences d'une maladie potentiellement mortelle, par la prévention et le soulagement de la souffrance, identifiée précocement et évaluée avec précision, ainsi que le traitement de la douleur et des autres problèmes physiques, psychologiques et spirituels qui lui sont liés* ».

Leur objectif principal n'est pas de guérir, mais bien de soulager la douleur, d'apaiser la souffrance psychique, de préserver la qualité de vie, et d'accompagner le patient et ses proches jusqu'à la fin de vie.

Ainsi, les soins palliatifs (SP) s'inscrivent dans une démarche interdisciplinaire qui implique de multiples acteurs du secteur médico-social, des bénévoles et la famille, dans un accompagnement respectueux des valeurs et des choix de la personne.

Si les structures spécialisées et les unités hospitalières dédiées jouent un rôle essentiel dans ce domaine, c'est bien souvent à domicile que les patients aspirent à recevoir ces soins, dans un environnement familial et apaisant.

2. Législation et cadre légal

Les SP voient le jour en France en 1986 avec la « Circulaire Laroque », qui donne une impulsion considérable à l'essor du mouvement des SP et permet l'ouverture de la première unité de soins palliatifs (USP) à Paris.

Les SP sont un enjeu majeur de santé publique. En effet, plusieurs lois et plans nationaux de développement ont successivement permis le développement de la culture palliative.

Tout d'abord la loi du 9 juin 1999, qui affirme pour la première fois en droit français le droit d'accès aux soins palliatifs pour toute personne en fin de vie, quel que soit le lieu où elle se trouve (EHPAD, hôpital, domicile ...).

Puis la loi du 4 mars 2002 (loi Kouchner), axée le principe du consentement libre et éclairé du patient, et le droit au refus de traitement. Elle renforce le droit du malade à une information complète et à une prise en charge respectueuse de sa dignité.

La loi du 22 avril 2005 (Loi Leonetti) marque une étape fondamentale dans le droit des malades. C'est la première loi spécifique à la fin de vie. En effet, elle permet la légalisation du refus de l'obstination déraisonnable. Elle autorise les traitements à double effet (soulager au risque d'abréger la vie) et reconnaît les notions de personne de confiance et de directives anticipées.

Enfin la loi Leonetti-Claeys du 2 février 2016, ouvre la possibilité pour le patient de demander l'accès à une sédation profonde et continue jusqu'au décès, dans des conditions médicales très strictes. Les directives anticipées sont revalorisées, elles n'ont plus de condition de durée et elles deviennent contraignantes pour le médecin (1).

De plus, depuis les années 2000, plusieurs plans nationaux ont visé à structurer et renforcer les SP en France. Le 5e plan national de 2021-2024 s'articule principalement autour de 3 axes :

- Renforcer l'acculturation aux droits de la fin de vie et diffuser la culture palliative
- Renforcer l'expertise en SP en développant la formation et en soutenant la recherche
- Déployer les prises en charge de proximité et renforcer la coordination entre l'hôpital et la ville avec la création d'unités de SP dans les territoires non pourvus et le renforcement des EMSP.

Ces plans illustrent une volonté croissante d'accélérer l'accès aux soins palliatifs, en combinant renforcement des structures, formation, approches territoriales et participation du patient.

Malgré toutes ces avancées, il persiste une carence dans la pratique des soins palliatifs, surtout à domicile (2).

Dans ce contexte, un nouveau projet de loi a été très récemment annoncé par Emmanuel Macron sur l'aide à la fin de vie avec un premier projet annoncé pour avril 2024 (3), et la publication d'une nouvelle stratégie décennale 2024-2034 pour renforcer l'offre de soins palliatifs afin que tous les départements français soient couverts (4).

3. Formation des médecins généralistes aux Soins Palliatifs

Depuis plusieurs décennies, de nombreux rapports rédigés par des instances nationales françaises insistent sur la nécessité de diffuser les soins palliatifs en formant les étudiants en médecine à cette pratique.

L'apprentissage des soins palliatifs a été intégré dans l'enseignement théorique des étudiants de deuxième cycle des études médicales en 1997 (5).

En effet, ils sont enseignés au travers du module 6 « *Douleur et soins palliatifs* ». Cependant, le nombre d'heures consacrées à ce module est fixé librement par chaque faculté. La formation des étudiants est donc déjà disparate d'une faculté à une autre.

La formation se poursuit ensuite lors du troisième cycle, au décours des stages hospitaliers ou ambulatoires ainsi que par le biais des enseignements théoriques proposés à la faculté. Là encore, elle est variable en fonction des stages et des intérêts de chacun.

En réalité, les places aux cours théoriques sont restreintes et ne permettent parfois pas aux étudiants d'y avoir accès sur l'ensemble de leur cursus universitaire. De même, certains stages, parfois très prisés, ne sont accessibles qu'aux étudiants les mieux classés.

Il n'existe pas de Diplôme d'Études Spécialisées (DES) de Médecine Palliative. Toutefois, la démarche palliative se veut transversale et se situe à la croisée de toutes les disciplines. Il est ainsi possible pour les internes de toutes spécialités de suivre une formation complémentaire en soins palliatif par le biais de Diplôme Universitaire ou Interuniversitaire (DIU/DU), master 2 ou Formation Spécialisée Transversale (FST), prolongeant ainsi leur cursus initial d'une année supplémentaire.

Toutefois le nombre de places pour accéder à ces formations est très restreint. Par exemple, pour l'année universitaire 2024-2025, seulement 95 places étaient disponibles pour la FST « *Douleurs* », et

112 places pour la FST « *Soins palliatifs* », avec respectivement 7 et 9 places dans la région Pays de la Loire (6).

Aucune de ces formations proposées pendant les études de 3e cycle n'est obligatoire. Elles ne concernent que les étudiants intéressés par ce domaine d'activité ou ceux qui auront à cœur de combler certaines lacunes.

4. Organisation des Soins Palliatifs en Mayenne

Les SP se sont structurés en Mayenne à partir de 1999 avec la mise en place de la première Équipe Mobile de Soins Palliatifs (EMSP) (7). L'objectif a ensuite été d'organiser un dispositif départemental cohérent et coordonné. Cela a donc abouti à la création du Groupe Départemental de Coordination en Soins Palliatifs en décembre 2000. Ce groupe rassemble l'ensemble des EMSP du département et des représentants de tous les établissements hospitaliers du territoire impliqués dans la démarche palliative. Il vise à harmoniser les pratiques, outils, informations et formations en soins palliatifs à travers le département.

Les EMSP, qui avaient au départ centré leur activité sur les établissements hospitaliers, ont été de plus en plus sollicitées pour intervenir à domicile. Dans ce contexte, un groupe de travail réunissant EMSP, infirmiers libéraux, médecins, SSIAD et HAD a été formé en 2005, et est officiellement devenu le Réseau Pallia 53 en 2009.

Ce réseau est une organisation départementale dédiée au renforcement des soins palliatifs à domicile et en EHPAD dans la Mayenne.

Le réseau de SP en Mayenne est pourvu de plusieurs structures :

- **Les Équipes Mobiles de Soins Palliatifs (EMSP).** Quatre EMSP couvrent le territoire : Mayenne, Laval, Château-Gontier et Renazé (*Cf figure 1 : répartition des EMSP en Mayenne*). Elles sont composées de plusieurs professionnels de santé tel qu'un médecin, une infirmière, une psychologue et parfois une assistante sociale. Ces équipes ont un rôle de soutien, de conseil et d'aide à la réflexion éthique, aussi bien auprès des soignants que des patients ou de leurs aidants. Elles ne peuvent pas pratiquer directement des actes de soins (principe de non substitution) mais elles peuvent soumettre des options thérapeutiques en collaboration avec le médecin référent du patient.

- **Les Lits Identifiés en Soins Palliatifs (LISP) :** Ce sont des lits situés au sein d'un service d'hospitalisation confronté à des fins de vie ou à des décès fréquents. Ils permettent d'apporter une prise en charge adaptée aux patients et à leur famille grâce à un personnel formé à la prise en charge palliative. Trente-trois LISP au total sont disponibles en Mayenne, répartis sur les 8 centres hospitaliers du département (8).
- **L'Hospitalisation à domicile (HAD) :** Les services d'Hospitalisation A Domicile dépendent d'une structure hospitalière. Ils permettent avec la participation des professionnels libéraux du patient de maintenir au domicile privé ou institutionnel ceux qui le désirent.
- **Les associations de bénévoles :** JALMALV, association la plus représentée au national (et à l'international) possède notamment 6 antennes dans les Pays de la Loire, dont une à Laval. Les bénévoles sont formés à l'accompagnement de la fin de vie et interviennent auprès des patients et des familles qui le souhaitent, sans interférer avec les soins médicaux et paramédicaux (9).



Figure 1- Répartition des EMSP en Mayenne

5. Contexte et problématique : enjeux des soins palliatifs à domicile

Avec l'augmentation de l'espérance de vie et le vieillissement de la population, la prise en charge des personnes âgées dépendantes constitue un enjeu majeur. La part des personnes âgées de 75 ans et plus a en effet doublé ces 30 dernières années (8), ce qui amène à des situations palliatives fréquentes et de plus en plus complexes.

Le domicile est un lieu privilégié de soins dans une approche globale de la personne en fin de vie. Néanmoins, actuellement en France, alors qu'une majorité des français souhaite une fin de vie à domicile, seul 36% des décès y surviennent réellement (8).

Les médecins généralistes occupent une place importante dans le parcours de soin du patient. En effet, sa relation de proximité et de confiance avec le patient et sa famille sont des atouts dans l'accompagnement. Ils permettent d'assurer la continuité des soins et de coordonner l'action des différents acteurs de santé. Ils sont donc amenés à prendre en charge des patients relevant de soins palliatifs afin d'assurer leur maintien à domicile.

Néanmoins, plusieurs difficultés sont de nombreuses fois mises en avant dans la littérature, limitant parfois cet accompagnement à domicile. La solitude d'exercice, le manque de temps ou de formation, l'inégalité territoriale de ressources paramédicales ou des difficultés de communication avec les structures référentes sont autant d'obstacles qui empêchent un maintien à domicile serein du patient.

L'objectif principal de ce travail était de décrire les pratiques des médecins généralistes mayennais concernant la prise en charge des patients en situation palliative à domicile. Les objectifs secondaires étaient de mieux comprendre les facteurs limitant cette prise en charge et de proposer des pistes d'amélioration pour l'exercice à domicile.

MÉTHODES

1. Design de l'étude

Il s'agissait d'une étude quantitative descriptive.

2. Population étudiée

La population visée pour ce travail de thèse inclue les médecins généralistes inscrits à l'Ordre des Médecins de la Mayenne, contactés via le mailing list du Conseil de l'Ordre 53.

L'effectif initial était de 168 médecins généralistes.

Le seul critère d'exclusion dans cette étude était d'être médecin remplaçant dans le département de la Mayenne. Le critère de non inclusion retenu a posteriori était l'envoi d'un questionnaire incomplet.

3. Recueil des données

Un questionnaire informatique, élaboré grâce à l'outil en ligne Lime Survey, a été adressé par mail aux médecins généralistes installés en Mayenne. Le questionnaire est anonyme et le temps estimé pour sa réalisation est de moins de 10 minutes.

Une relance par mail un mois et deux mois après l'envoi du questionnaire a été effectuée. La deuxième relance ayant été refusée par le conseil de l'Ordre par peur du manque de lisibilité. Le recueil de données a été clôturé au bout de 3 mois.

Le questionnaire comprend 19 questions fermées, réparties en trois catégories. La première partie recueille les caractéristiques socio-démographiques des répondants et la seconde

interroge leurs pratiques en soins palliatifs. La troisième partie permet une ouverture sur l'actualité des soins palliatifs. Enfin une dernière question leur est proposée afin de leur soumettre des pistes d'amélioration en termes de formation ou d'offre de soins.

4. Analyse des données

Les données seront retranscrites grâce à l'outil tableur du logiciel Excel pour leur exploitation. Les analyses statistiques seront réalisées à l'aide du logiciel Jasp.

Les résultats seront considérés statistiquement significatifs si les p-value sont inférieures ou égales à 0.05 ($p \leq 0.05$).

5. Considérations éthiques et réglementaires

S'agissant d'une étude des pratiques professionnelles, cette étude ne relevait pas de la réglementation sur la recherche médicale impliquant la personne humaine. Le questionnaire ne comprenant aucune donnée identifiante, le projet ne nécessitait pas de déclaration à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

RÉSULTATS

1. L'échantillon étudié

Le questionnaire a été transmis par mail aux 168 médecins généralistes installés en Mayenne, via le Conseil de l'Ordre de la Mayenne.

Au terme de notre période d'inclusion, nous avons recueilli 45 réponses. Sur ces 45 réponses, 3 ont été exclues. En effet, elles ne répondaient pas aux critères d'inclusion ou étaient incomplètes.

Quarante-deux questionnaires ont été complétés, soit un taux de participation de 25%.

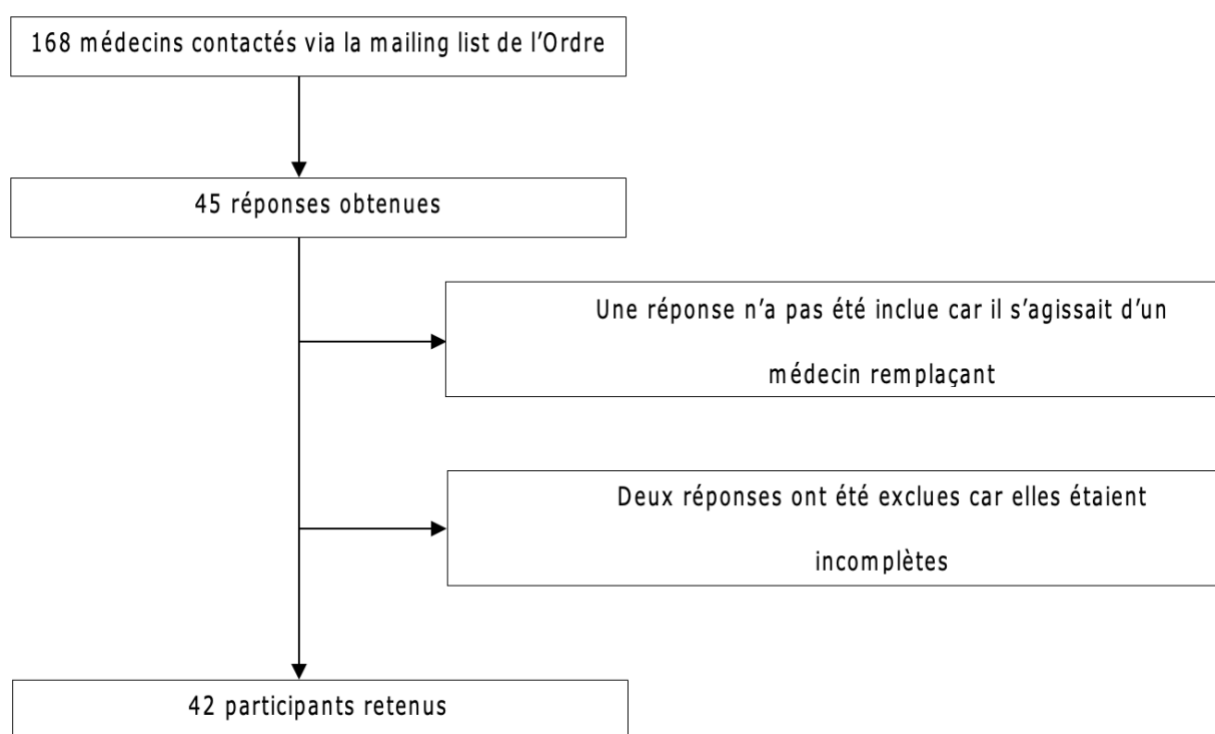


Figure 2 – Diagramme de flux

2. Caractéristiques de la population d'étude

Les caractéristiques socio-démographiques des médecins participants sont détaillées dans le Tableau I.

Ils étaient pour la grande majorité âgés de moins de 40 ans (55%, n=23). Ils exerçaient majoritairement en groupe (93%, n=39), les lieux d'exercice étaient variés. La plupart des répondants avaient une activité mixte : hospitalière, en Soins Médicaux et de Réadaptation (SMR) ou en étant Praticien Agréé Maître de Stage des Universités (PAMSU).

Tableau 1 – Caractéristiques socio-démographiques de la population étudiée

n (%)

SEXE	
Femme	18 (43%)
Homme	24 (57%)
AGE	
≤ 40 ans	23 (55%)
Entre 41 et 50 ans	9 (21%)
Entre 51 et 60 ans	5 (12%)
> 60 ans	5 (12%)
MODE D'EXERCICE	
Seul(e)	3 (7%)
En cabinet de groupe	39 (93%)
DUREE D'EXERCICE	
< 10 ans	24 (57%)
Entre 10 et 20 ans	10 (24%)
> 20 ans	8 (19%)
LIEU D'EXERCICE	
Urbain	11 (26%)
Semi-urbain	11 (26%)
Rural	20 (48%)
TYPE D'ACTIVITE	
MG uniquement	20 (47,6%)
Hospitalière	6 (14,3%)
SMR	12 (28,6%)
EHPAD	1 (2,4%)
HAD	0 (0%)
PAMSU	18 (42,9%)

3. Pratique des Soins Palliatifs

3.1. Nombre de patients suivis

Quatre-vingt-quinze pourcents des médecins ont déclaré avoir déjà suivi des patients en soins palliatifs. La majorité d'entre eux en suivait moins de 5 par an (55%, n=23), 31% (n=13) en suivait entre 5 et 10 et 14% (n= 6) en suivait plus de 10 par an.

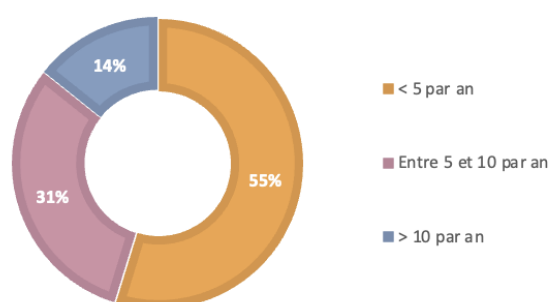


Figure 3 – Nombre de patient suivi annuellement en SP

3.2. Pathologies les plus représentées

L'analyse des pathologies les plus représentées en soins palliatifs montre une nette prédominance des cancers, qui concernent 92,86% des situations rencontrées par nos répondants. Les maladies neurodégénératives occupent la deuxième place avec 57,1%, suivies des maladies cardiovasculaires (35,7%) et respiratoires (26,2%). Les 4,8% représenté dans la catégorie « Autre » était une réponse libre, à laquelle 2 médecins ont répondu « Grand âge ».

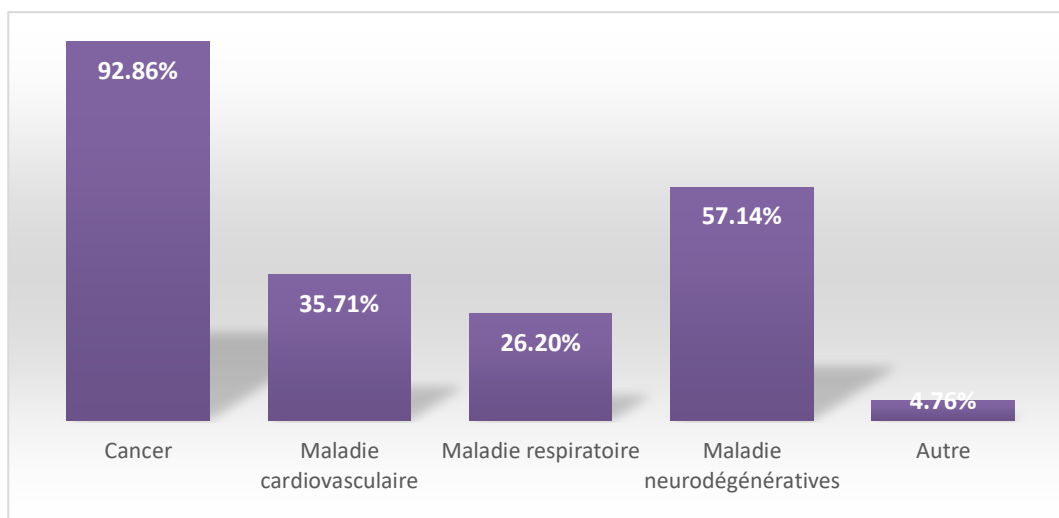


Figure 4 – Pathologies les plus souvent prises en charge en SP

3.3. Formation en Soins Palliatifs

L'analyse des modalités de formation en soins palliatifs révèle une prédominance nette des stages durant l'internat, cités par près de la moitié des répondants (47,6%, n=20). Les formations universitaires théoriques (33,3%, n=14) et la formation médicale continue (31%, n=13) constituent également des sources importantes d'apprentissage.

En revanche, les formations plus spécifiques telles que les diplômes universitaires (DU, 2,4%, n=1) ou les FST (Formations Spécialisées Transversales, 2,4%, n=1) restent très marginales.

Enfin, il est à noter qu'une proportion non négligeable de médecins (19%, n=8) déclarent n'avoir bénéficié d'aucune formation spécifique en soins palliatifs.

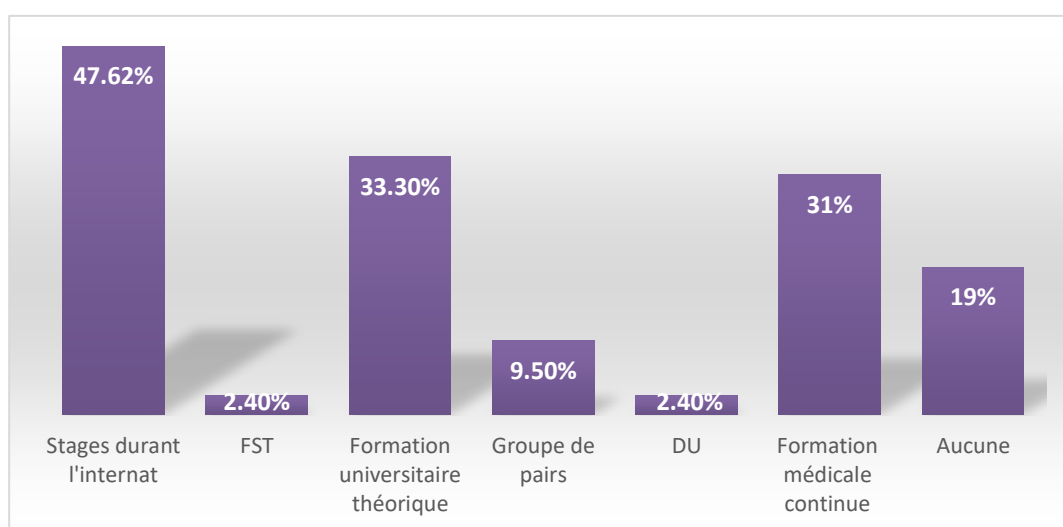


Figure 5 – Différentes formations réalisées par les répondants

De ce fait, on peut noter que près de la moitié des répondants se sentent insuffisamment, voire pas du tout, formés pour prendre en charge des patients en situation palliative, respectivement 40% et 5%. Aucun ne se sent parfaitement bien formé pour ce genre de prise en charge.

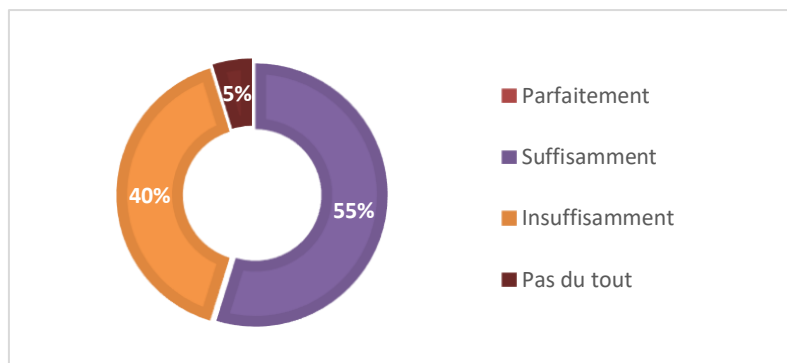


Figure 6 - Niveau de formation perçu en SP

3.4. Aisance des médecins généralistes dans la pratique des Soins Palliatifs

3.4.1. Lien entre durée d'installation ou âge des MG et leur aisance

Pour mesurer le sens d'une association entre la durée d'installation ou l'âge des répondants avec leur aisance à pratiquer les SP à domicile, nous avons utilisé une corrélation de Spearman.

Dans la première situation, la corrélation de Spearman a permis de montrer une association positive, même si très faible ($Rho = 0,022$), entre la durée d'installation et l'aisance des MG en SP. Cependant, le lien n'est pas statistiquement significatif ($p = 0,891$).

Des résultats similaires ont été obtenus en essayant de mettre en évidence une corrélation entre l'âge des répondants et leur aisance en SP ($Rho = 0,041$, $p = 0,797$).

3.4.2. Lien entre lieu d'exercice et aisance

Nous avons ensuite mis en corrélation le lieu d'exercice (en cabinet de groupe ou seul(e)) et l'aisance des MG par le biais d'un test exact de Fischer. La p-value de 1 ne permet pas d'affirmer qu'il existe une différence significative entre les deux modes d'exercice. Néanmoins, l'odds ratio (OR) > 1 suggère une tendance selon laquelle les médecins exerçant en cabinet de groupe seraient un peu plus à l'aise à pratiquer les SP que ceux exerçant seuls.

Selon les données recueillies, les médecins exerçant en groupe sollicitent l'avis d'un confrère généraliste dans 72% des cas, contre 67% chez ceux exerçant seuls, ce qui reste comparable.

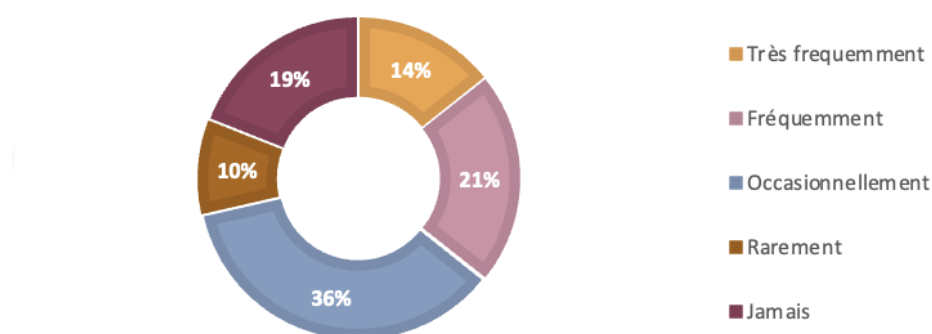


Figure 7 – Demande de conseils auprès d'un confrère généraliste

3.4.3. Lien entre formation et aisance

Nous avons réalisé une régression logistique binaire afin d'essayer de mettre en évidence une corrélation entre les formations suivies par les répondants et leur aisance ou non à la pratique des SP.

Afin de rendre les données plus interprétables, nous avons regroupé les différents items en trois catégories : formation longue, formation courte et formation pratique. La catégorie « formation longue » regroupe ceux ayant réalisé un DU ou une FST, la catégorie « formation courte » inclut ceux ayant participé à une FMC ainsi que ceux ayant suivi une formation universitaire théorique et enfin la catégorie

« formation pratique » inclut les répondants ayant réalisés un stage en SP durant leur internat et ceux participant à des groupes de pairs.

Nos données ne nous ont pas permis de mettre en évidence d'effet significatif des différentes formations sur la pratique des MG. Néanmoins les formations pratiques auraient plutôt tendance à augmenter la probabilité des médecins généralistes à être à l'aise dans la pratique des SP (OR > 1 ; IC [0,469 ; 7,305]).

4. Les différents recours possibles des MG

4.1. Les structures disponibles

L'analyse des pratiques met en évidence des tendances contrastées dans le recours aux différents dispositifs de prise en charge en soins palliatifs.

L'hospitalisation en unité de soins palliatifs (USP) reste très rarement sollicitée : près de la moitié des répondants (47,6%, n=20) déclarent n'y avoir jamais recours, et seuls 2,4% (n=1) indiquent y avoir recours très fréquemment. À l'inverse, l'hospitalisation à domicile (HAD) et l'intervention des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) apparaissent comme des appuis essentiels, sollicités fréquemment ou très fréquemment par environ 70 % (n=30) des praticiens. Les équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP) occupent également une place importante, avec plus de 50 % (n=21) des répondants rapportant un recours fréquent ou très fréquent.

L'hospitalisation en service de médecine conventionnelle demeure une alternative relativement courante, avec une proportion significative de recours occasionnels (31%, n=13) ou fréquents (26%, n=11).

Par ailleurs, la sollicitation d'un spécialiste référent ou d'un confrère généraliste apparaît comme un appui non négligeable, recherché par plus de 60 % des répondants au moins de façon occasionnelle.

En revanche, le recours aux associations de bénévoles demeure très limité : près des trois quarts des répondants n'y ont jamais recours (n=31).

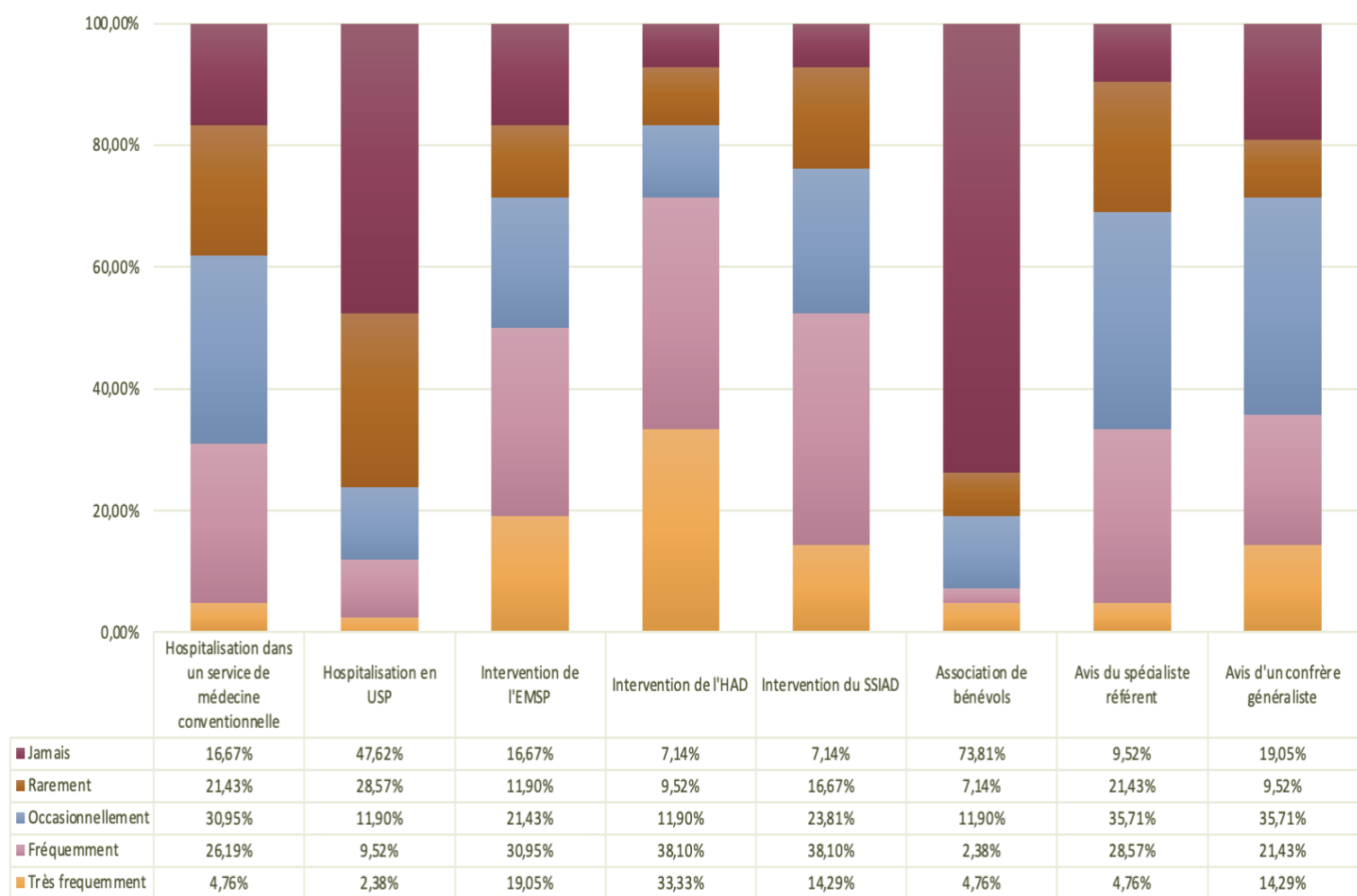


Figure 8 - Fréquence de recours aux différents dispositifs d'accompagnement en SP

4.2. Outils Pallia 10

Soixante-dix-huit virgule six pour cent des médecins de notre échantillon n'ont pas connaissance de l'outil Pallia 10 (n=33).

5. Les facteurs facilitants la prise en charge en SP

Le diagramme de la Figure 8 met en évidence les principaux éléments perçus par nos répondants comme facilitant la prise en charge des patients en soins palliatifs à domicile.

La présence d'une hospitalisation à domicile (HAD) est le facteur le plus déterminant, cité par 92,8 % (n=39) des répondants. Elle est suivie de la présence d'une équipe mobile de soins palliatifs (83,3 %, n=35), de la possibilité d'hospitalisation (83,3 %, n= 35) ou de la connaissance du patient et de sa famille (81 %, n=34), traduisant l'importance de l'appui médico-social et de la relation de confiance dans ces prises en charge.

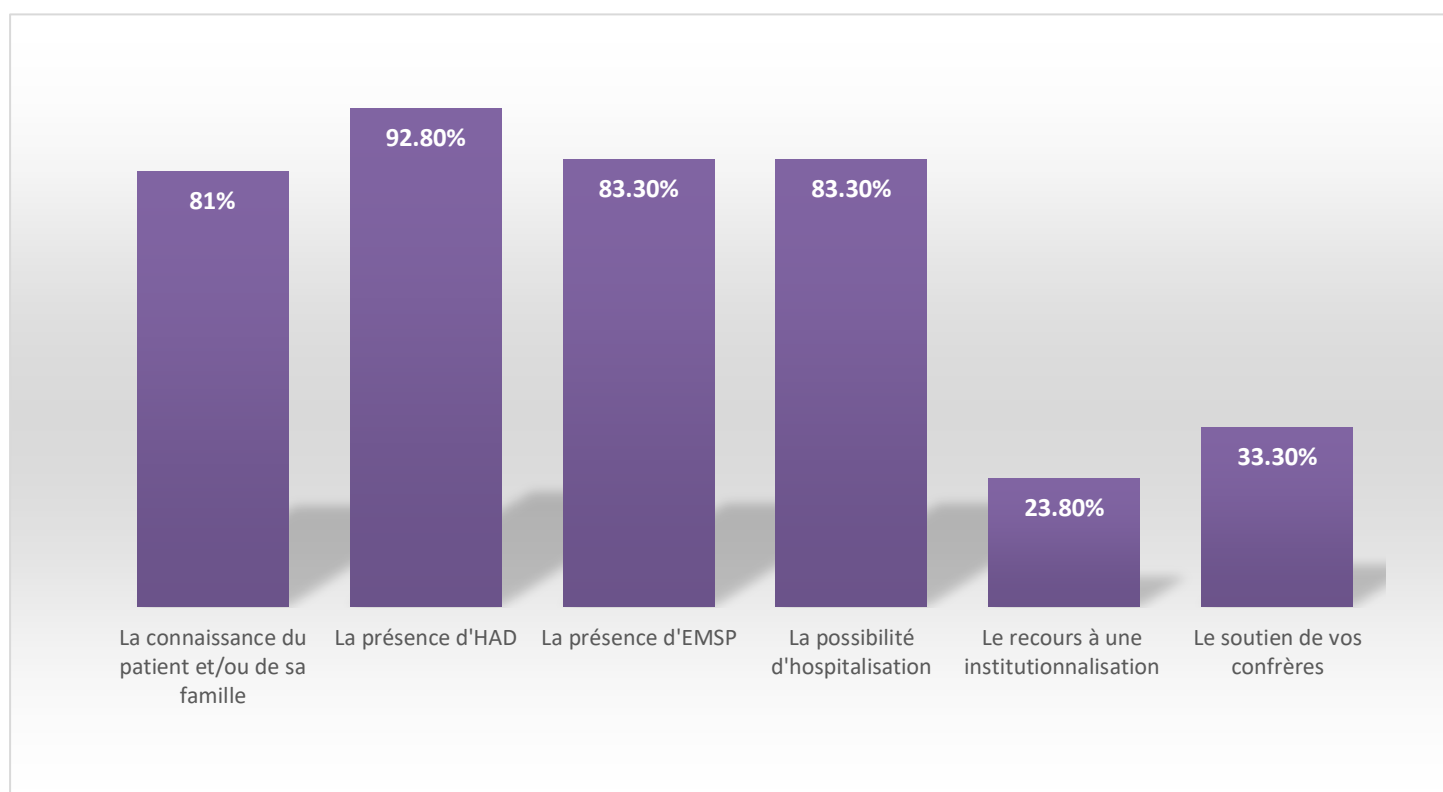


Figure 9 - Facteurs facilitants la prise en charge des patients en SP à domicile

6. Les difficultés ressenties

6.1. Refus de prise en charge

Concernant le refus de prise en charge, la majorité des médecins (67%, n=28) déclarent ne jamais refuser, tandis que 33% reconnaissent l'avoir déjà fait, le plus souvent de manière exceptionnelle (9%, n=4) ou occasionnelle (14%, n=6), plus rarement de façon régulière (10%, n=4).

Les raisons évoquées pour ce refus sont retranscrites dans le paragraphe suivant.

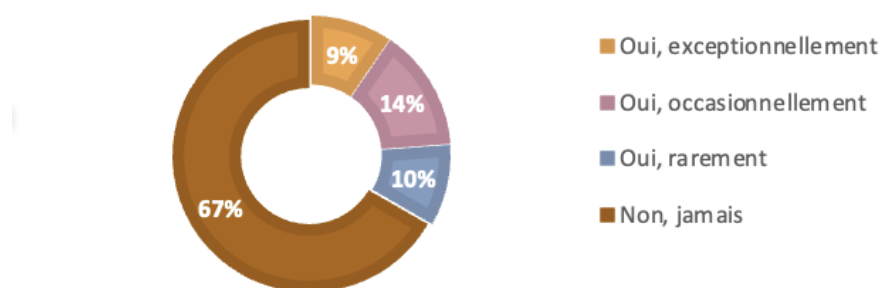


Figure 10 – Refus de prise en charge par les médecins généralistes

6.2. Facteurs limitants la prise en charge en SP

L'analyse des freins identifiés à la prise en charge en SP met en évidence plusieurs facteurs limitants.

Le manque de temps apparaît comme le principal obstacle (69%, n=29), suivi par les difficultés d'accès et d'utilisation des thérapeutiques de fin de vie ainsi que les proches du patient (38% chacun, n=16). D'autres contraintes sont également rapportées, comme les difficultés à prendre en charge certains symptômes (31%, n=13), le manque de formation (24%, n=10), la méconnaissance des structures existantes (24%, n=10), ou encore le sentiment d'isolement (16,7%, n=7).

A noter que seul 9,6% des répondants (n=4) évoquent un refus de prise en charge à cause d'un potentiel retentissement psychologique personnel de la situation et qu'aucun n'a indiqué ne rencontrer de difficulté.

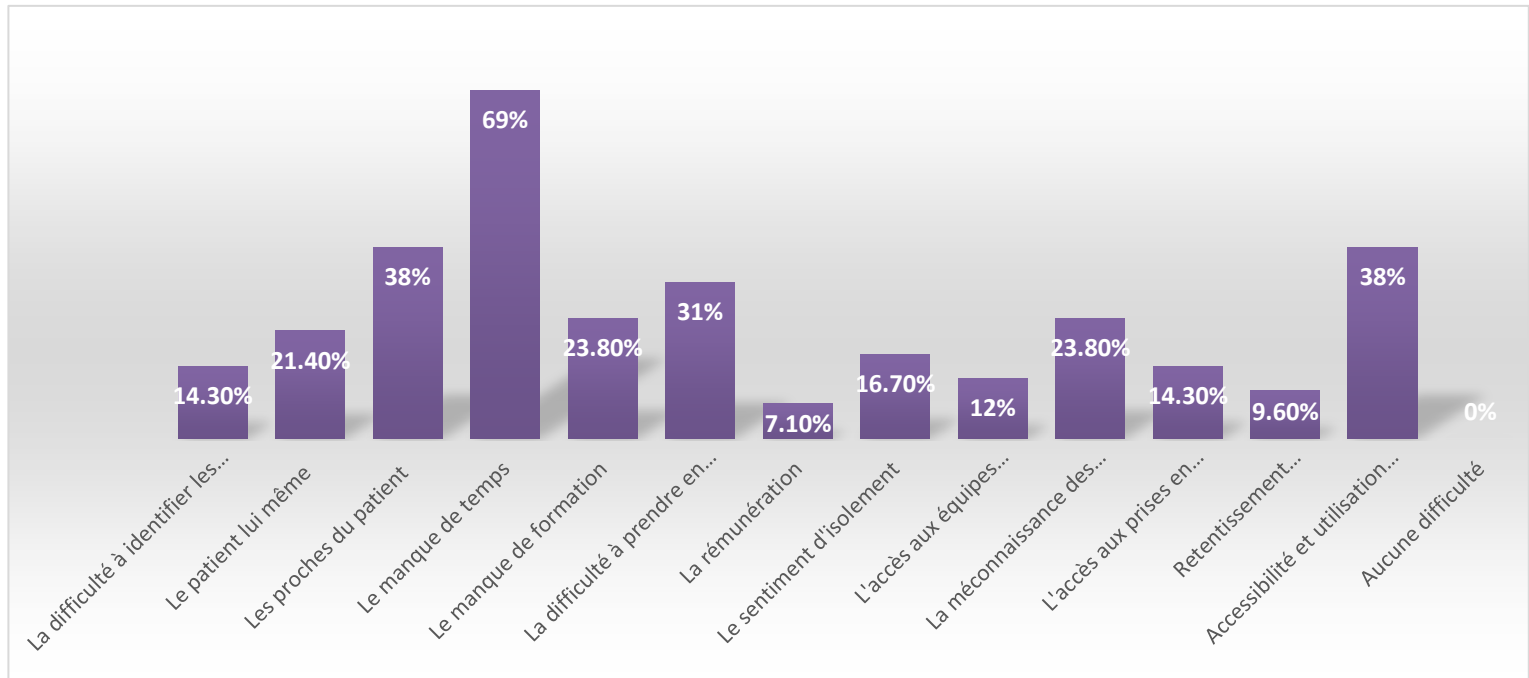


Figure 11 – Facteurs limitants dans les prises en charge des patients en SP

7. Les besoins et les attentes

L'analyse des résultats met en évidence plusieurs leviers jugés nécessaires pour améliorer la prise en charge en soins palliatifs. La formation continue est citée en premier lieu (76%, n=32), traduisant une forte demande des praticiens pour une actualisation régulière de leurs compétences. De même, l'intégration d'un enseignement en soins palliatifs dès le cursus universitaire apparaît essentielle pour 66,7% des répondants (n=28), témoignant du besoin de renforcer la formation initiale. Les fiches conseils (64,3%, n=27) et la mise à disposition d'un numéro unique de soins palliatifs (50%, n=21) sont également perçus comme des outils facilitant la pratique au quotidien.

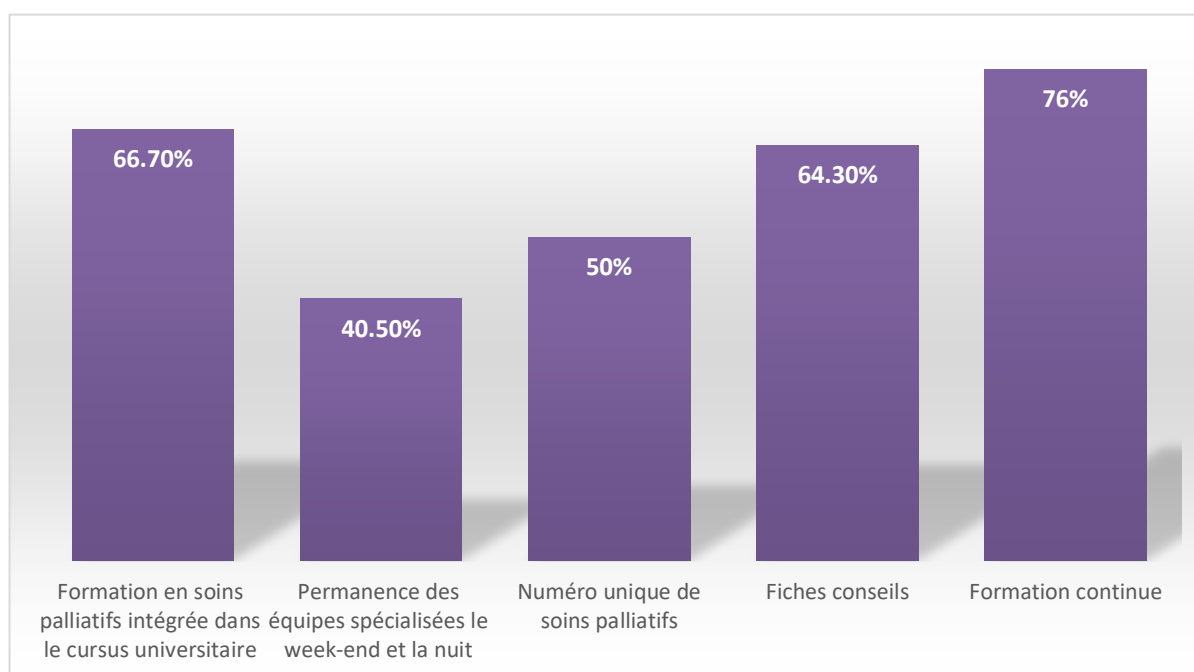


Figure 12- Dispositifs et ressources jugés nécessaires pour renforcer la prise en charge en SP

8. Connaissance de l'actualité

Près de la moitié des répondants n'ont pas connaissance des nouveaux projets de lois français concernant les SP (43%, n=18).

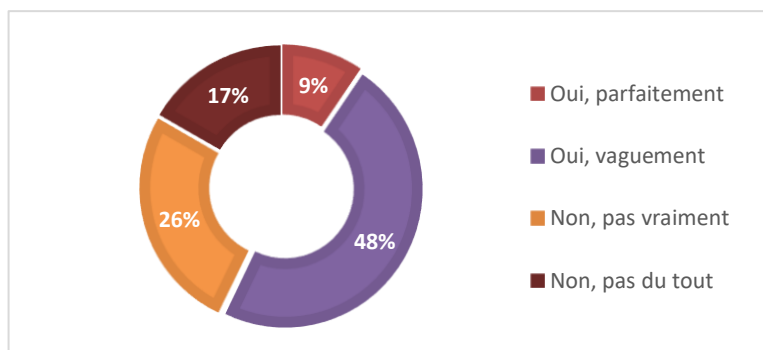


Figure 13 – Connaissance du projet de loi sur la fin de vie

DISCUSSION

1. Discussion des principaux résultats

1.1. Pathologies les plus représentées

La Cour des comptes prévoit une augmentation des besoins en SP ces prochaines années. Dans son rapport de juillet 2023 (2), elle estime qu'à l'horizon 2035 le nombre de patient nécessitant une prise en charge palliative pourrait atteindre environ 440 000 personnes par an, soit une augmentation de 15%, compte tenu du vieillissement démographique.

Et pourtant, dans une étude réalisée par le CNSPFV en octobre 2022 (10) : la majorité des Français ne se sent pas personnellement concernée par les questions liées à la fin de vie (59 %).

Les résultats obtenus dans cette étude confirment la place historique de l'oncologie dans les soins palliatifs, qui ont initialement été développés autour de l'accompagnement des patients atteints de cancer. En effet, près de 93% des patients en situation palliative pris en charge par nos répondants étaient suivis pour un cancer.

De plus, la part importante de prise en charge de pathologies non cancéreuses déclarées, notamment les maladies neurodégénératives (57%) ou les pathologies cardiovasculaires (35,7%), reflète les données nationales recueillies par le Centre National des Soins Palliatifs et de la Fin de Vie (CNSPFV) (8).

Ces évolutions de pratique s'inscrivent en cohérence avec les recommandations nationales et internationales. L'Organisation Mondiale de la Santé et la SFAP rappellent en effet que les soins palliatifs doivent être accessibles plus largement à toutes les personnes atteintes de maladies chroniques évolutives et non plus seulement réservés aux patients atteints de cancer (11,12).

Ainsi, bien que les pathologies cancéreuses demeurent au premier plan, cette répartition traduit une diversification des indications des soins palliatifs et la reconnaissance croissante des besoins spécifiques liés aux autres pathologies chroniques.

1.2. Formation et aisance

Les résultats obtenus dans notre étude mettent en lumière une formation encore très hétérogène. L. Calmels montrait déjà dans son travail de thèse en 2015 que l'expérience pratique acquise lors des stages de troisième cycle était vue comme la plus formatrice par les MG (13).

Les dispositifs de formation continue ou diplômante apparaissent, eux, sous utilisés. Dans ce contexte, Catherine Vautrin, ministre de la Santé en 2023, souligne l'intérêt de promouvoir la formation des professionnels dans sa stratégie décennale 2024-2034. L'objectif étant de créer un diplôme d'études spécialisées de médecine palliative et soins d'accompagnement d'ici 2034 ainsi que de développer la formation continue et de mieux pourvoir les places en FST (4).

Ce n'est qu'à l'issue de leur internat, que les étudiants peuvent suivre une formation spécifique transversale « soins palliatifs ». Or, l'attractivité de la FST est faible. Selon le rapport de 2023 de la Cour de Comptes : sur les 107 places ouvertes en 2022, seules 60 ont été effectivement pourvues (56%). Entre 2019 et 2022, ce sont seulement 191 étudiants qui ont été formés (2).

La formation médicale continue fait partie intégrante de notre devoir de médecin généraliste. Selon l'Ordre des médecins, seulement 24 000 médecins généralistes sur 80 000 s'étaient effectivement inscrits pour suivre une formation en 2021. Sur ceux qui y souscrivent, peu choisissent de se former aux soins palliatifs. Au total, seuls 2 % avaient suivi entre 2020 et 2022 une formation sur ce thème, soit environ 1 600 médecins (2). Dans une étude réalisée en 2018 par A. Fallot (14), plusieurs médecins soulignent que la médecine générale étant une discipline aux multiples champs d'action, il leur était impossible, faute de temps, de se former dans tous les domaines et par conséquent, préféraient se

former d'avantage à des situations rencontrées plus fréquemment (pédiatrie, gynécologie, diabétologie, etc).

En effet, nos répondants déclarent en très grande majorité suivre moins de 5 patients en SP par an, ce qui reste une faible proportion de leurs prises en charge globales. A noter que la moyenne nationale de patients suivis annuellement en soins palliatifs est de 1 à 3 patients par médecin généraliste (15).

Dans notre étude, 31% de nos répondants déclarent avoir suivi une FMC sur ce sujet ; il est donc possible que la perception de ce qui relève réellement de la formation continue diffère entre les participants et nous.

Nos résultats révèlent une tendance à être plus à l'aise dans la pratique des soins palliatifs à domicile pour les médecins exerçant en MSP. Nous avons alors émis l'hypothèse que les médecins qui exerçaient en groupe pouvaient être plus à l'aise que ceux exerçant seuls de par la possibilité d'en discuter avec leurs confrères au cabinet médical. Une étude réalisée par M. Magister en 2022, également auprès des médecins généralistes mayennais, suggérait que la convivialité d'un exercice en MSP semblait avoir toute son importance dans les situations palliatives rencontrées (16). Ils pouvaient compter sur le soutien émotionnel et technique de leurs confrères ainsi que sur la collégialité apportée par la pluridisciplinarité, assurant le partage des prises de décisions.

En pratique, des études ont montré que le manque de formation n'était pas un réel frein à la mise en place de soins palliatifs à domicile par les médecins généralistes pour leurs patients le nécessitant. Dans l'étude de C. Gall-Grimaux, qui évaluait la mise en place d'une sédation profonde et continue à domicile, plus de la moitié des médecins y ayant eu recours n'avait pas reçu de formation spécifique à ce sujet (17).

La revue de la littérature et ce travail de recherche prouvent que le sentiment de manque de formation des MG en soins palliatifs est une notion répandue. De fait, près de la moitié des répondants (45%) se sentent insuffisamment, voire pas du tout formés en soins palliatifs. Ce sentiment révèle un besoin

persistant d'amélioration de l'offre de formation, tant initiale que continue, afin de mieux accompagner les médecins dans la prise en charge globale des patients en soins palliatifs.

1.3. Facteurs facilitants et limitants

1.3.1. Facteurs facilitants la prise en charge

Il paraît évident que le médecin traitant joue un rôle central dans la santé globale du patient, y compris lorsqu'il est confronté à une situation palliative. La connaissance du patient et de son entourage constitue donc un facteur facilitant majeur pour le médecin dans cette prise en charge. Cette relation de continuité, souvent construite sur plusieurs années, permet une meilleure compréhension de l'histoire médicale, des valeurs et des préférences du patient, tout en favorisant un climat de confiance. Elle contribue également à un dialogue plus fluide avec la famille, dont l'implication est essentielle dans l'accompagnement au domicile. Ainsi, cette proximité relationnelle renforce la qualité et la pertinence des décisions médicales en soins palliatifs.

Autre facteur facilitant la prise en charge palliative à domicile est, selon notre étude, le soutien de nos confrères généralistes. En effet, même si seulement 1/3 des répondants le soulignent comme réel appui dans la prise en charge, une très grande majorité sollicite malgré tout l'avis de leur confrère dans la prise de décision. La collégialité est donc un indispensable en soins palliatifs.

De plus, l'étude réalisée par M. Magister auprès des médecins généralistes mayennais en 2021, renforce nos résultats. En effet, elle démontre que la convivialité d'un exercice en maison de santé pluridisciplinaire semblait prendre une dimension importante dans les situations palliatives vécues, notamment grâce à la collégialité (16).

Elle démontre également que dans leur pratique quotidienne, l'accès à l'hôpital local était une ressource régulièrement utilisée. Les médecins ressentaient une certaine liberté d'exercice grâce aux degrés d'action supplémentaires apportés par l'activité hospitalière et appréciaient pouvoir accompagner leur

patient jusqu'au décès, même lorsqu'une hospitalisation devenait nécessaire. Effectivement, 83% de nos répondants jugeaient utile de pouvoir hospitaliser leur patient en cas de besoin.

En revanche, le recours à une institutionnalisation envisagé par 23,8 % des répondants montre bien la volonté des médecins de respecter le souhait de leurs patients de finir leur vie à domicile.

1.3.2. Facteurs limitants la prise en charge

Même s'il est exceptionnel que cela arrive (9% dans notre étude), certains médecins refusent parfois de prendre en charge des patients nécessitant des soins palliatifs à domicile, et ce pour de multiples raisons.

Nous pouvons aisément comparer nos résultats à ceux de L. Calmels, qui constate dans son travail de thèse que les médecins généralistes sont exposés à trois principales difficultés : le manque de temps, la gestion des relations avec les proches et la prise en charge des symptômes d'inconfort tels que la douleur ou l'anxiété (13).

Ces symptômes ont longtemps été difficiles à gérer à domicile puisque le midazolam n'est disponible à la prescription de ville que depuis fin 2021. Les difficultés rencontrées à domicile sont aussi parfois d'origine technique dans la gestion des différentes voies d'abord médicamenteuses. Dans ce contexte, un guide d'aide à la prise en charge des patients en soins palliatifs à domicile a été élaboré pour les médecins généralistes (18).

Comme dans beaucoup d'autres travaux, les médecins interrogés mettent en évidence un sentiment d'isolement dans leur pratique (16,7%), avec pour certains un retentissement psychologique direct sur leur vie professionnelle et personnelle.

Une étude a permis de démontrer un besoin de réassurance des MG dans la prise en charge de leur patients, via le soutien des EMASSP (Equipe Mobile d'Accompagnement de Soins de Support et Palliatifs) notamment, en lien avec leur sentiment de solitude exprimé (19,20).

En 2011, Texier et al. ont analysé les refus de prise en charge palliative par le médecin généraliste. Il en ressortait que les médecins se sentaient en proie à un épuisement professionnel associé à une souffrance personnelle et que cela pouvait parfois amener à une demande d'hospitalisation du patient pour se décharger de ces prises en charges complexes au domicile (21).

Il est intéressant de comparer nos résultats à ceux de l'étude descriptive de Quesnel et Rudelle de 2019 sur le ressenti des médecins face au décès de leurs patients (22) : 76% des médecins vivaient comme difficile le décès de leur patient, déclarant se retrouver seuls pour la prise de décision et la gestion de la charge émotionnelle, un tiers ressentait le besoin d'être aidé et plus de la moitié des médecins jugeaient les solutions d'aide à leur portée insuffisantes. Au-delà de ça, seuls 9% de nos répondants refusaient des prises en charges palliatives à domicile à cause de la charge émotionnelle personnelle. Cela illustre bien que le médecin généraliste tend à privilégier son rôle professionnel à ses propres besoins en tant qu'individu.

En somme, la prise en charge palliative par le médecin généraliste repose sur un équilibre fragile entre des facteurs facilitants, tels que la relation de confiance avec le patient et ses proches ou le soutien interprofessionnel, et des freins importants liés aux contraintes émotionnelles, organisationnelles et techniques, qui rappellent la nécessité d'un accompagnement renforcé des praticiens dans cette mission complexe.

1.4. Recours possibles

1.4.1. Les structures disponibles

A la question de l'endroit où ils souhaitent finir leurs jours, les Français préfèrent majoritairement leur domicile (60 %) (10).

Actuellement, l'offre de soins palliatifs est majoritairement présente à l'hôpital, avec la création d'unités de soins palliatifs (USP) ou la mise en place de lits identifiés soins palliatifs (LISP) dans des services de médecine conventionnelle ou en SMR. Malgré tout, l'offre de soins n'est pas uniforme sur le territoire : 20 départements français ne disposent pas encore d'USP (4), notamment le département de la Mayenne. La Mayenne ne dispose que de 33 LISP, répartis sur les 8 établissements du département (8).

Il existe une volonté des pouvoirs publics de renforcer l'offre de soins à domicile puisqu'il s'agit d'un des principaux objectifs de la stratégie décennale en cours. La Cour des Comptes jugeait également dans son rapport de 2023 que l'offre de soins palliatifs était hospitalo-centrée et qu'il était nécessaire de poursuivre la construction de la prise en charge extra hospitalière en améliorant la coordination des différents acteurs (2).

C'est dans cette optique de soins que de nombreuses organisations ont été mises en place, notamment les HAD, les EMSP ou encore le SSIAD. Ces structures souvent décrites dans la littérature comme mal connues des médecins généralistes (20,23), sont pourtant des ressources indispensables dans la prise en charge des patients à domicile.

Dans notre étude, comme dans beaucoup d'autres (20), l'HAD était la principale structure ressource sollicitée par les médecins (71%). À l'inverse, l'hospitalisation en USP apparaît comme une modalité plus marginale, sollicitée rarement ou jamais par près des trois quarts des répondants, traduisant à la fois une disponibilité limitée de ces structures et une volonté de privilégier le maintien à domicile.

Ces résultats soulignent que la prise en charge en soins palliatifs à domicile repose fortement sur la disponibilité des structures spécialisées, notamment l'HAD et les EMSP, qui apparaissent comme des piliers indispensables pour sécuriser le maintien à domicile. Même si l'HAD a augmenté de 30% entre 2018 et 2021 (2), l'offre de soins à domicile demeure lacunaire voire inexistante dans les établissements médico-sociaux. Cet accès très inégal à ces ressources selon les territoires, peut fragiliser les possibilités de maintien à domicile pour certains patients.

1.4.2. Les outils d'aide à la prise en charge

Plusieurs outils ont été créés pour aider les médecins dans la prise en charge et la prise de décision en SP.

L'outil décisionnel Pallia 10 a été créé en 2010 par la Société Française d'Accompagnement et de soins palliatifs afin de diffuser la démarche palliative au-delà des milieux spécialisés. Tout professionnel de santé peut utiliser l'outil pallia 10 afin de mieux repérer le moment où l'intervention d'une équipe spécialisée en soins palliatifs peut s'avérer nécessaire. Pallia 10 peut être utilisé pour la prise en charge de tout patient ayant une pathologie sans solution curative dans l'état actuel des connaissances ou lorsque l'accumulation des besoins rend complexe la démarche d'accompagnement et nécessite priorisation et coordination des interventions. L'outil Pallia 10 est décliné comme son nom l'indique en dix questions comprenant des questions d'ordre médical, d'ordre social mais également d'ordre éthique. Au-delà de trois réponses positives, l'intervention d'une équipe spécialisée en soins palliatifs est fortement recommandée.

Malheureusement, trop peu de praticiens ont connaissance de cet outil (21%), alors que 14% d'entre eux reconnaissent avoir des difficultés à identifier les patients nécessitant des soins palliatifs. Cette constatation peut être extrapolée au niveau national puisque A. Fallot mettait également en évidence dans son travail de thèse en 2018 que 98% médecins girondins interrogés ignoraient cet outil (14).

L'outil SPICT™ (Supportive and Palliative Care Indicators Tool), développé en 2010 par l'Université d'Édimbourg, vise également à aider les cliniciens à repérer précocement les patients atteints de maladies chroniques évolutives pouvant bénéficier de soins palliatifs. Il combine des indicateurs généraux et spécifiques liés à différentes pathologies avec des actions proposées pour orienter la prise en charge. Traduit et validé dans plusieurs pays européens, SPICT est reconnu comme un outil simple, polyvalent et facilitateur de communication entre soignants, patients et familles (24).

La méconnaissance ou la sous utilisation de ces outils par les médecins généralistes souligne l'importance de promouvoir leur diffusion et leur appropriation, afin de renforcer la précocité de l'identification des besoins en soins palliatifs et d'améliorer la qualité de l'accompagnement des patients à l'avenir.

1.4.3. Les bénévoles

L'origine du bénévolat dans les SP vient peut être de l'association JALMALV (Jusqu'À La Mort Accompagner La Vie), créée en 1983 à Grenoble par le Dr François Meynard, oncologue, dans le sillage du développement des soins palliatifs (9). Son objectif était de promouvoir une culture de l'accompagnement des personnes en fin de vie, centrée sur le respect de la dignité, l'écoute et le soutien des familles. Rapidement, le réseau s'est structuré en fédération nationale (1987), regroupant aujourd'hui de nombreuses associations locales présentes sur tout le territoire. JALMALV possède notamment 6 antennes en Pays de la Loire, dont une à Laval.

JALMALV a joué un rôle majeur dans la diffusion des valeurs palliatives en France, par l'accompagnement bénévole, la formation, ainsi que par son engagement dans les débats sociétaux autour de la fin de vie. La Fédération, a participé aux côtés de professionnels de la santé, à la création de la Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs, la SFAP.

Nos résultats ont pu confirmer ce qui est déjà présent dans la littérature sur le rôle des associations de bénévoles. En effet, près de 74% des répondants n'ont jamais fait appel aux bénévoles pour les soutenir

dans la prise en charge de leurs patients à domicile, ce qui souligne une sous-utilisation de cette ressource pourtant reconnue comme complémentaire dans l'accompagnement global.

Différentes expérimentations sont menées sur le territoire français pour apporter un soutien aux familles. Il s'agit de favoriser ces initiatives en intégrant les bénévoles d'accompagnement dans les prises en charge palliative. L'objectif de la stratégie décennale en cours est de doubler le nombre de bénévoles en 10 ans (4).

Par exemple, le projet « Voisins & Soins » développe depuis 2017 une prise en charge en soins palliatifs qui s'appuie sur les bénévoles (voisins, amis). Les malades bénéficient de l'aide de bénévoles habitant le même quartier, en collaboration avec les professionnels de santé déjà présents dans leur prise en charge. Leur offre s'étend progressivement sur l'ensemble du territoire (25).

2. Les forces et les limites de l'étude

2.1. Les forces

L'une des principales forces de ce travail réside dans le fait qu'à notre connaissance peu d'études se sont intéressées à la pratique des soins palliatifs dans le département de la Mayenne.

Par ailleurs, la méthodologie retenue, reposant sur un questionnaire diffusé à l'ensemble des médecins généralistes du territoire, permet d'obtenir une vision plus représentative des pratiques et perceptions locales.

Cette approche renforce la validité externe de l'étude, dans la mesure où les résultats peuvent être mis en perspective avec les travaux menés dans d'autres régions françaises et contribuer à une meilleure compréhension des enjeux nationaux

2.2. Les limites

La comparaison avec les données publiées par le Conseil national de l'ordre des médecins révèle que la population de l'échantillon était comparable à celle du département de la Mayenne concernant la répartition par genre et conditions d'exercice. Néanmoins en ce qui concerne la répartition par classe d'âge, la part des moins de 40 ans était plus importante dans cette enquête (55%) pour une moyenne en Mayenne à 23% en 2024 (26).

Notre échantillon était peu représentatif de la population, lié au faible effectif de celui-ci (25% de la population ciblée). En effet, un manque de données a pu être expliqué par plusieurs raisons. Le logiciel accueillant les réponses au questionnaire a subi une maintenance pendant plusieurs jours empêchant les répondants d'y avoir accès. De plus, pour une question de lisibilité, le CDOM n'a pas pu faire une seconde relance de mon questionnaire à 4 mois du début du recueil.

De plus, ce type d'enquête par questionnaire favorise un biais de sélection évident. La réponse au questionnaire étant basée sur le volontariat, il est possible que seuls les MG les plus intéressés par les SP y aient répondu.

S'agissant d'une étude déclarative sur les pratiques, il peut également exister un biais de désirabilité. Ce biais correspond à la tendance, consciente ou non, à fournir des réponses perçues comme socialement acceptables ou valorisantes, plutôt qu'à exprimer fidèlement sa perception ou sa pratique réelle. Dans le cadre de notre enquête, certaines questions portant sur l'aisance ou la fréquence de la prise en charge des patients en SP peuvent avoir incité certains médecins à surestimer leurs compétences ou leur implication, par souci de se conformer aux attentes supposées de la profession ou de l'enquêteur. Malgré l'anonymat garanti, ce type de biais reste difficile à éliminer et peut conduire à une surestimation des indicateurs positifs.

3. Axes d'amélioration et perspectives

3.1. Améliorations proposées pour l'accompagnement en SP

Même si une avancée majeure a été réalisée pour la pratique des SP à domicile, il reste encore des difficultés et des inégalités territoriales. Beaucoup de propositions ont déjà été faites et sont en cours d'évaluation ou de mise en place.

Une grande majorité de nos répondants (76%) souhaitent maximiser la formation continue et 67% que la formation en SP soit mieux intégrée dans les cursus universitaires. 50% aimeraient avoir à disposition un numéro unique national de soins palliatifs et un peu plus de 40% ont soumis l'idée d'une permanence des équipes spécialisées le week-end et la nuit.

Des lignes téléphoniques de SP ont déjà été expérimentées dans certaines régions (27). En effet, dans sa thèse A. Niclot a interrogé en 2014 les MG de la région Champagne-Ardenne sur leurs difficultés à prendre en charge des patients en SP (28). Il s'avère que la moitié des difficultés rencontrées survenaient lors d'un week-end de garde ou lors d'un jour férié. Soixante cinq pourcent des médecins interrogés dans cette étude ont alors déclaré se reposer sur les urgences dans ces cas là. Or, cette région dispose d'une ligne téléphonique dédiée aux SP ouverte la nuit ainsi que les week-end. Cette étude a donc mis en évidence une faible utilisation de cette permanence téléphonique (5%), dû à l'ignorance de celle-ci.

Pour qu'il soit efficient, un travail de communication en amont serait alors nécessaire avant de mettre en place ce genre de projet.

L'HAS a également créé de nouveaux outils à disposition des médecins pour faciliter leurs prise en charge. Une plateforme internet a été mise en place en 2017 afin d'évaluer l'éligibilité d'un patient à une HAD (29,30). Depuis 2018, cet outil est également disponible via application mobile.

3.2. Perspectives d'un nouveau projet de loi

Dans le rapport qu'elle a remis au Président de la République le 2 avril 2023, la convention citoyenne sur la fin de vie s'est prononcée en faveur du développement des soins palliatifs et de l'ouverture, sous conditions, du suicide assisté et de l'euthanasie. Le Président de la République a alors annoncé la préparation d'un projet de loi à ce sujet (2,3).

En mars 2024, le projet de loi a été transmis au Conseil d'Etat, puis examiné en conseil des ministres. Les conditions strictes d'accès à cette aide à mourir ont ensuite été adoptées par l'Assemblée nationale en juin 2024. Malheureusement, suite à la dissolution de l'Assemblée nationale quelques semaines plus tard, certains projets ont été interrompus ou suspendus. Ce n'est alors qu'en mai 2025 que deux propositions de loi ont été adoptées en première lecture par les députés. L'une sur l'aide à mourir / le droit à mourir, et l'autre sur le développement des soins palliatifs. Ces textes sont désormais en attente d'examen par le Sénat.

Ce texte n'est pas encore définitivement adopté et quelques points restent débattus. Notamment la définition précise et l'interprétation de certains critères d'éligibilité ou encore la modalité concrète de l'aide à mourir (auto-administration de la substance létale ou par un tiers, rôle du médecin/infirmier).

CONCLUSION

Cette étude menée auprès des médecins généralistes en Mayenne met en lumière des réalités contrastées quant à la prise en charge des soins palliatifs à domicile. Elle souligne à la fois l'engagement des praticiens, pour répondre au souhait des patients de mourir à domicile, et les freins persistants qui compliquent leur pratique quotidienne.

Pour le médecin généraliste, il est vrai que l'accompagnement des patients en fin de vie est complexe tant sur le plan technique, organisationnel que relationnel. Face à cela, il doit mobiliser des ressources spécifiques chronophages. Malgré les structures et réseaux existants, il déplore un manque d'outils pratiques, de contacts, de protocoles, le pénalisant dans sa pratique des soins palliatifs. Les outils existants, tels que Pallia 10 ou le SPICT, pourtant adaptés et validés, sont largement méconnus et insuffisamment utilisés, ce qui limite leur impact dans la pratique courante. L'amélioration de la visibilité et de l'accessibilité de ces ressources constitue une piste d'action prioritaire.

Le rôle de la formation apparaît également comme un déterminant majeur : si certains dispositifs comme les DU ou FST favorisent l'acquisition de compétences, leur diffusion reste encore trop limitée.

Ces résultats rejoignent les constats nationaux et internationaux, et s'inscrivent dans un contexte en pleine évolution, marqué par le projet de loi actuel sur la fin de vie et les recommandations de l'OMS et de la SFAP en faveur d'un élargissement de l'accès aux soins palliatifs. Ils rappellent la nécessité d'un renforcement de l'offre locale, d'une meilleure coordination entre acteurs, et d'une formation continue adaptée aux réalités de terrain.

En définitive, cette recherche met en évidence la spécificité d'un territoire rural comme la Mayenne, rarement exploré dans la littérature, tout en offrant des pistes d'amélioration transposables à l'échelle nationale. Elle invite à poursuivre la réflexion autour du soutien aux médecins généralistes, qui demeurent les acteurs centraux de l'accompagnement des patients en fin de vie à domicile.

BIBLIOGRAPHIE

1. Centre National Fin de Vie – Soins Palliatifs (CNSPFV). Cadre législatif de la fin de vie [Internet]. Disponible sur: <https://www.parlons-fin-de-vie.fr/mes-droits/>
2. Les soins palliatifs : une offre de soins à renforcer [Internet]. [cité 16 juill 2024]. Disponible sur: <https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2023-10/20230705-soins-palliatifs.pdf>
3. Projet de loi n°2462 - 16e législature - Assemblée nationale [Internet]. avr, 2024. Disponible sur: https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/16/textes/l16b2462_projet-loi
4. strategie_decennale_soins_d_accompagnement.pdf [Internet]. [cité 12 mai 2024]. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_decennale_soins_d_accompagnement.pdf
5. Arrêté du 4 mars 1997 relatif à la deuxième partie du deuxième cycle des études médicales [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000565003>
6. Arrêté du 14 avril 2024 fixant le nombre d'étudiants de troisième cycle des études médicales autorisés à suivre une option ou une formation spécialisée transversale au titre de l'année universitaire 2024-2025 [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000049467842/#JORFARTI000049467853>
7. Soins Palliatifs en Mayenne [Internet]. [cité 23 juin 2025]. Disponible sur: https://www.soins-palliatifs-mayenne.fr/organisation.php?utm_source=chatgpt.com
8. Cousin F, Gonçalves T, Dauchy S, Marsico G. Atlas des soins palliatifs et de la fin de vie en France Troisième édition - 2023 [Internet]. Disponible sur: <https://www.parlons-fin-de-vie.fr/wp-content/uploads/2023/03/atlas-2023.pdf>
9. JALMALV [Internet]. [cité 24 juin 2025]. JALMALV. Disponible sur: <https://www.jalmalv-federation.fr/jalmalv/mieux-connaître-notre-mouvement/jalmalv-en-2016/>
10. Centre National Fin de Vie – Soins Palliatifs (CNSPFV). Les Français et la fin de vie : état des connaissances et attentes des citoyens [Internet]. 2022 [cité 12 mai 2024]. Disponible sur: <https://www.parlons-fin-de-vie.fr/je-minteresse-a-la-fin-de-vie/les-francais-et-la-fin-de-vie/>
11. Histoire, mission et valeurs de la SFAP [Internet]. Disponible sur: <https://www.sfap.org/sfap/histoire-missions-valeurs-de-la-sfap/>
12. Points clés de l'OMS sur les soins palliatifs [Internet]. Disponible sur: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care?utm_source=chatgpt.com
13. Calmels, Laëticia. La pratique des soins palliatifs en ambulatoire dans le Maine et Loire : enquête auprès des médecins généralistes. [Internet]. 2016. Disponible sur: <https://dune.univ-angers.fr/fichiers/20096576/2016MCEM6082/fichier/6082F.pdf>

14. Fallot, Adeline. Enquête de pratique auprès des médecins généralistes girondins concernant le recours aux professionnels de soins palliatifs [Internet]. 2018. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02057244>
15. Ministère de Santé, de la Jeunesse et des Sports. Comité national de suivi du développement des soins palliatifs et de l'accompagnement: rapport annuel [Internet]. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/files/rapport/pdf/074000616.pdf>
16. Magister, Mathilde. Ressenti des médecins généralistes sur les prises en charge palliatives en ambulatoire. Point de vue des médecins généralistes en Mayenne. [Magister, Mathilde]. 2022.
17. Claire LGG. Sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès à domicile : état des lieux des pratiques des médecins généralistes du Maine-et-Loire. 2018.
18. Susagna A, Cluzeau-Duchaussoy P. Guide d'aide à la prise en charge des patients en soins palliatifs à domicile destiné aux médecins généralistes. 2012.
19. Des Bouillons, Pauline. Comprendre les besoins de soutien des Médecins Généralistes (MG) prenant en charge des patients en situation palliative. Angers; 2018.
20. Carrara, Benjamin. Connaissance et utilisation des ressources en soins palliatifs par les médecins généralistes : Exemple du département de la Sarthe. Angers; 2018.
21. Texier G, Rhondali W, Morel V, Filbet M. Refus de prise en charge du patient en soins palliatifs (en phase terminale) à domicile par son médecin généraliste : est-ce une réalité ? Médecine Palliat Soins Support - Accompagnement - Éthique. 1 avr 2013;12(2):55-62.
22. Quesnel PA, Rudelle K. Les médecins généralistes face au décès de leurs patients. 1 oct 2020 [cité 31 mai 2024]; Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1636652220300337>
23. Dromer C. Les facteurs limitant l'accompagnement des patients en fin de vie en médecine générale: vécu des médecins généralistes [Internet]. 2014. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01381852/document>
24. Outil SPICT [Internet]. Disponible sur: <https://www.spict.org.uk/the-spict/france/>
25. Voisins & Soins [Internet]. Disponible sur: <https://www.voisinsetsoins.org>
26. Département de la Mayenne. Etats généraux de la santé en Mayenne [Internet]. 2022. Disponible sur: <https://www.lamayenne.fr/sites/lamayenne.fr/files/telechargements/0.%20étude%20département%20de%20la%20Mayenne.pdf>
27. Marrilliet A, Ruhlmann C, Laval G, Labarère J. Intérêt d'une permanence téléphonique de soins palliatifs. Enquête postale auprès des médecins généralistes isérois. Médecine Palliat Soins Support - Accompagnement - Éthique. 1 févr 2013;12(1):32-41.
28. Niclot A. Connaissance et utilisation des moyens à disposition des médecins généralistes de Champagne-Ardenne en matière de soins palliatifs. 2014.

29. HAS - Aide à la Décision d'Orientation des Patients en HAD [Internet]. [cité 6 janv 2025]. Disponible sur: <https://adophad.has-sante.fr/pages/home>
30. HAS algorithmes d'aide à la décision et d'orientation en HAD [Internet]. [cité 14 juin 2024]. Disponible sur: https://adophad.has-sante.fr/files/HAS_algorithme1_aide_decision_orientation_had.pdf

LISTE DES FIGURES

Figure 1- Répartition des EMSP en Mayenne	8
Figure 2 – Diagramme de flux	12
Figure 3 – Nombre de patient suivi annuellement en SP.....	15
Figure 4 – Pathologies les plus souvent prises en charge en SP.....	16
Figure 5 – Différentes formations réalisées par les répondants.....	16
Figure 6 - Niveau de formation perçu en SP	17
Figure 7 – Demande de conseils auprès d'un confrère généraliste	18
Figure 8 - Fréquence de recours aux différents dispositifs d'accompagnement en SP	21
Figure 9 - Facteurs facilitants la prise en charge des patients en SP à domicile	22
Figure 10 – Refus de prise en charge par les médecins généralistes	23
Figure 11 – Facteurs limitants dans les prises en charge des patients en SP.....	24
Figure 12– Dispositifs et ressources jugés nécessaires pour renforcer la prise en charge en SP	25
Figure 13 – Connaissance du projet de loi sur la fin de vie	26

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 – Caractéristiques socio-démographiques de la population étudiée.....	14
---	----

LISTE DES ABREVIATIONS

RESUME

INTRODUCTION

- 1. Définition des Soins Palliatifs**
- 2. Législation et cadre légal**
- 3. Formation des médecins généralistes aux Soins Palliatifs**
- 4. Organisation des Soins Palliatifs en Mayenne**
- 5. Contexte et problématique : enjeux des soins palliatifs à domicile**

MÉTHODES

- 1. Design de l'étude**
- 2. Population étudiée**
- 3. Recueil des données**
- 4. Analyse des données**
- 5. Considérations éthiques et réglementaires**

RÉSULTATS

- 1. L'échantillon étudié**
- 2. Caractéristiques de la population d'étude**
- 3. Pratique des Soins Palliatifs**
 - 3.1. Nombre de patients suivis
 - 3.2. Pathologies les plus représentées
 - 3.3. Formation en Soins Palliatifs
 - 3.4. Aisance des médecins généralistes dans la pratique des Soins Palliatifs
 - 3.4.1. Lien entre durée d'installation ou âge des MG et leur aisance
 - 3.4.2. Lien entre lieu d'exercice et aisance
 - 3.4.3. Lien entre formation et aisance
- 4. Les différents recours possibles des MG**
 - 4.1. Les structures disponibles
 - 4.2. Outils Pallia 10
- 5. Les facteurs facilitants la prise en charge en SP**
- 6. Les difficultés ressenties**
 - 6.1. Refus de prise en charge
 - 6.2. Facteurs limitants la prise en charge en. SP
- 7. Les besoins et les attentes**
- 8. Connaissance de l'actualité**

DISCUSSION

- 1. Discussion des principaux résultats**
 - 1.1. Pathologies les plus représentées
 - 1.2. Formation et aisance
 - 1.3. Facteurs facilitants et limitants
 - 1.3.1. Facteurs facilitants la prise en charge

1.3.2. Facteurs limitants la prise en charge

1.4. Recours possibles

1.4.1. Les structures disponibles

1.4.2. Les outils d'aide à la prise en charge

1.4.3. Les bénévoles

2. Les forces et les limites de l'étude

2.1. Les forces

2.2. Les limites

3. Axes d'amélioration et perspectives

3.1. Améliorations proposées pour l'accompagnement en SP

3.2. Perspectives d'un nouveau projet de loi

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

LISTE DES FIGURES

LISTE DES TABLEAUX

TABLE DES MATIERES

ANNEXES

ANNEXES

Questionnaire envoyé aux médecins généralistes installés en Mayenne

Partie 1 : Critères socio-démographiques

1/ Vous êtes :

- ☐ Un homme
- ☐ Une femme

2/ Votre âge :

- ☐ < 40 ans
- ☐ Entre 41 et 50 ans
- ☐ Entre 51 et 60 ans
- ☐ > 60 ans

3/ Votre durée d'exercice

- ☐ < 10 ans
- ☐ Entre 10 et 20 ans
- ☐ > 20 ans

4/ Vous exercez :

- ☐ Seul(e)
- ☐ En cabinet de groupe

5/ Vous exercez :

- ☐ En milieu urbain
- ☐ En milieu semi-rural
- ☐ En milieu rural

6/ Exercez-vous une autre activité ?

- ☐ Hospitalière
- ☐ SSR
- ☐ Médecin coordinateur en EHPAD
- ☐ Médecin de HAD
- ☐ Maître de stage universitaire

Partie 2 : Description des pratiques

7/ Avez-vous déjà suivi des patients en soins palliatifs, en tant que médecin libéral ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

8/ Si oui, combien de patients en situation palliative estimez-vous suivre annuellement ?

- ☐ < 5 par an
- ☐ Entre 5 et 10 par an
- ☐ > 10 par an

9/ De quelle(s) pathologie(s) souffrent ou souffraient vos patients en soins palliatifs ?

- ☐ Cancer
- ☐ Maladie cardiovasculaire
- ☐ Maladie respiratoire
- ☐ Maladie neurodégénérative
- ☐ Autres

10/ Vous sentez-vous à l'aise avec la gestion de patients en fin de vie ?

- ☐ Non, pas du tout à l'aise
- ☐ Non, plutôt pas à l'aise
- ☐ Oui, plutôt à l'aise
- ☐ Oui, parfaitement à l'aise

11/ Estimez-vous être suffisamment formé pour prendre en charge un patient en soins palliatifs en tant que médecin généraliste ?

- ☐ Parfaitement
- ☐ Suffisamment
- ☐ Insuffisamment
- ☐ Pas du tout

12/ Avez-vous suivi une formation particulière en soins palliatifs ?

- ☐ DU/ DIU
- ☐ DESC
- ☐ Formation universitaire théorique
- ☐ Groupe de pairs
- ☐ Stages durant l'internat
- ☐ Formation médicale continue
- ☐ Aucune

13/ Vous est-il déjà arrivé de refuser de prendre en charge un patient en soins palliatifs à domicile ?

- Oui, exceptionnellement
- Oui, occasionnellement
- Oui, régulièrement
- Non, jamais

14/ Identifiez-vous des difficultés ou des facteurs pouvant limiter la prise en charge des patients en situation palliative ?

- La difficulté à identifier les patients nécessitant une prise en charge en soins palliatifs
- Le patient lui-même
- Les proches du patient
- Le manque de temps
- Le manque de formation
- La difficulté à prendre en charge certains symptômes (anxiété, douleur ...)
- La rémunération
- Le sentiment d'isolement
- L'accès aux équipes spécialisées
- La méconnaissance des structures ou de leur fonctionnement
- L'accès aux prises en charge paramédicale (matériel médical, soins infirmiers à domicile, aide à domicile ...)
- Retentissement psychologique sur votre vie personnelle
- Accessibilité et utilisation des thérapeutiques de fin de vie
- Aucune difficulté

15/ Quels sont pour vous les facteurs pouvant faciliter la prise en charge des patients en soins palliatifs ?

- La connaissance du patient et/ou de sa famille
- La présence d'HAD
- La présence d'EMSP
- La possibilité d'hospitalisation en cas de situations trop complexes
- Le recours à une institutionnalisation
- Le soutien de vos confrères

16/ Avez-vous déjà eu recours, pour la prise en charge de vos patients en situation palliative, à l'une des propositions suivantes ?

- Demande d'hospitalisation dans un service de médecine conventionnelle
 - Très fréquemment
 - Fréquemment
 - Occasionnellement
 - Rarement
 - Jamais

- Demande d'hospitalisation dans une unité de soins palliatifs
 - Très fréquemment
 - Fréquemment
 - Occasionnellement
 - Rarement
 - Jamais

- Demande d'intervention de l'EMSP
 - Très fréquemment
 - Fréquemment
 - Occasionnellement
 - Rarement
 - Jamais

- Demande d'intervention de l'HAD
 - Très fréquemment
 - Fréquemment
 - Occasionnellement
 - Rarement
 - Jamais

- Demande d'intervention du SSIAD
 - Très fréquemment
 - Fréquemment
 - Occasionnellement
 - Rarement
 - Jamais

- Demande d'intervention d'associations de bénévoles
 - Très fréquemment
 - Fréquemment
 - Occasionnellement
 - Rarement
 - Jamais

- Demande de conseils auprès du médecin spécialiste référent du patient
 - Très fréquemment
 - Fréquemment
 - Occasionnellement
 - Rarement
 - Jamais

- Demande de conseils auprès d'un de vos confrères généralistes
 - Très fréquemment
 - Fréquemment
 - Occasionnellement
 - Rarement
 - Jamais

Partie 3 : Ouverture

17/ Avez-vous connaissance du nouveau projet de loi annoncé par Emmanuel Macron en Mars 2024 relatif à l'accompagnement des malades et de la fin de vie ?

- ☐ Oui, parfaitement
- ☐ Oui, vaguement
- ☐ Non, pas vraiment
- ☐ Non pas du tout

18/ Connaissez-vous l'outil Pallia 10 créé par la Société Française d'Accompagnement et de Soins palliatifs en 2010 permettant de repérer de façon précoce le moment où l'intervention d'une équipe spécialisée en soins palliatifs peut s'avérer nécessaire ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

19/ Quelles stratégies pensez-vous être intéressant de mettre en place afin de vous aider dans la prise en charge de vos patients en soins palliatifs ?

- ☐ Formation en soins palliatifs intégrée dans le cursus universitaire
- ☐ Permanence des équipes spécialisées le WE et la nuit
- ☐ Numéro unique de soins palliatifs
- ☐ Fiches conseils
- ☐ Formation continue

RÉSUMÉ

Introduction : Avec le vieillissement de la population, la prise en charge des personnes âgées dépendantes constitue un enjeu majeur, et amène à des situations palliatives fréquentes et de plus en plus complexes. Les médecins généralistes occupent une place importante dans le parcours de soin et sont donc amenés à prendre en charge des patients relevant de soins palliatifs afin d'assurer leur maintien au domicile. L'objectif de ce travail était de faire un état des lieux de la pratique des soins palliatifs par les médecins généralistes en Mayenne. Les objectifs secondaires étaient de mieux comprendre les facteurs limitants cette prise en charge et de proposer des pistes d'amélioration pour l'exercice à domicile.

Méthodes : Il s'agit d'une étude quantitative descriptive par le biais d'un questionnaire informatique anonyme. La population visée inclue les médecins généralistes installés en Mayenne, contactés via le mailing list du Conseil de l'Ordre 53.

Résultats : 95% de nos répondants déclaraient suivre des patients en SP à domicile, principalement atteints de pathologies cancéreuses (92,8%) ou de pathologies neuro-dégénératives (57%). 28,5% reconnaissaient ne pas être à l'aise avec ce type de prise en charge. De nombreux freins ont pu être mis en évidence, notamment le manque de temps, pour une grande majorité des répondants (69%), ou les difficultés d'accès et d'utilisation des thérapeutiques de fin de vie (38%). Au contraire, les médecins généralistes appréciaient le possible de recours aux différentes structures (HAD, EMSP) pour les épauler dans les prises en charge. Nombreux étaient demandeur d'améliorer la formation des médecins (76%). En effet, 19% estimaient ne pas avoir reçu de formation spécifique et 47,6% formés uniquement par le biais des stages universitaires.

Conclusion : Cette étude met en lumière des réalités contrastées quant à la prise en charge des soins palliatifs à domicile. Elle souligne à la fois l'engagement des praticiens, pour répondre au souhait des patients de mourir à domicile, et les freins persistants qui compliquent leur pratique quotidienne.

L'accompagnement des patients en fin de vie est complexe tant sur le plan technique, organisationnel que relationnel. Malgré les structures et réseaux existants, les médecins généralistes déplorent un manque d'outils pratiques, de contacts ou de protocoles. L'amélioration de la formation apparaît également comme un déterminant majeur.

Mots-clés : Soins palliatifs, domicile, médecin généraliste, Mayenne

Assessment of home palliative care practices: A descriptive study among general practitioners in Mayenne

ABSTRACT

Introduction: With the aging of the population, the care of dependent elderly individuals has become a major public health issue, leading to increasingly frequent and complex palliative situations. General practitioners play a key role in the care pathway and are therefore often required to manage patients requiring palliative care in order to ensure their continuity of life at home. The objective of this study was to assess the current practices of palliative care among general practitioners in the Mayenne region. Secondary objectives were to better understand the factors limiting this type of care and to propose avenues for improving home-based practice.

Methods: This was a descriptive quantitative study conducted through an anonymous online questionnaire. The target population included general practitioners practicing in Mayenne, contacted via the mailing list of the Departmental Medical Council.

Results: Ninety-five percent of respondents reported providing palliative care to patients at home, mainly for cancer-related conditions (92.8%) or neurodegenerative diseases (57%). Among them, 28.5% acknowledged feeling uncomfortable with this type of care. Several barriers were identified, including lack of time for a large majority of respondents (69%) and difficulties accessing or using end-of-life medications (38%). Conversely, general practitioners valued the possibility of consulting support structures such as home hospitalization services (HAD) or mobile palliative care teams (EMSP) to assist them in patient management. Many expressed a desire to improve medical training (76%). Indeed, 19% reported having received no specific training, while 47.6% had only been trained during university internships.

Conclusion: This study highlights contrasting realities in the provision of palliative care at home. It underlines both the commitment of general practitioners — who strive to respect patients' wishes to die at home — and the persistent obstacles that complicate their daily practice. Supporting patients at the end of life remains complex from technical, organizational, and relational perspectives. Despite the existence of structures and networks, general practitioners report a lack of practical tools, contact points, and standardized protocols. Enhancing training also appears to be a key factor for improvement.

Keywords : Palliative care, home, general practitioner, Mayenne

