

2^e congrès
international
francophone
de soins palliatifs

23^e congrès du
Réseau de soins
palliatifs du Québec

5 au 7 mai 2013

Palais des congrès
de Montréal
Québec, Canada

www.aqsp.org
www.pluricongres.com/congresrspq



Refus de prise en charge du patient en soins palliatifs (en phase terminale) à domicile par son médecin généraliste : est ce une réalité ?

Docteur TEXIER Géraldine
Equipe Mobile de Soins Palliatifs
CHU de RENNES – FRANCE

A la
rencontre
de nos
diversités :

vers des soins palliatifs pour tous

Déclaration de conflits d'intérêt réels ou potentiels

Nom du conférencier/modérateur: **TEXIER
Géraldine**



Je n'ai aucun conflit d'intérêt réel ou potentiel en lien avec le contenu de cette présentation

Contexte

- 80 % des patients décèdent à l'hôpital ou dans des établissements médico-sociaux
 - Or 75 % des patients désirent décéder à domicile
- Le médecin généraliste est **un pivot** lors de prise en charge à domicile
 - Affirmé par l'organisation même du système de soins français
 - Objet de la « Rencontre avec expert » du 06/05/13

Un travail préliminaire

- Réalisation d'une étude qualitative par entretiens semi dirigés auprès de médecins généralistes
 - Question posée : Quelles sont les difficultés ressenties par les médecins généralistes lors de prise en charge de leur patient en soins palliatifs à domicile ?

- Un constat surprenant émerge :
 - **TOUS** les médecins interviewés prennent en charge des patients en situation palliative à domicile,
 - **MAIS** chez 13 des 20 médecins interviewés
 - Le refus de prise en charge potentiel du patient en situation palliative à domicile était clairement exprimé,
 - Alors même qu'aucune difficulté ou barrière au maintien à domicile n'aient été énoncées.

Problématique

Quelles sont les raisons « personnelles »,
« intimes » qui incitent le médecin généraliste à
refuser la prise en charge des patients en situation
palliative à domicile ?

Matériel et méthode

- Étude qualitative par entretiens semi-dirigés
- Population des médecins généralistes libéraux sans mode d'exercice particulier
- Recrutement téléphonique aléatoire de 20 médecins généralistes
- Accord préalable
- Constitution d'un Verbatim reprenant l'intégralité des entretiens
- Analyse selon 2 méthodologies
 - Une analyse lexicale à l'aide du logiciel Alceste
 - Une analyse manuelle croisée socio-anthropologique

Résultats

– Population interviewée :

– Diversité des profils socio-démographiques = Diversité des discours

- 8 femmes, 12 hommes
- Moyenne d'âge 52 ans (36-63)
- Durée moyenne d'installation 21 ans (7-33)
- 75 % ont été initialement formés à Rennes
- Tous appartiennent à un groupe de FMC
- Tous se définissent comme médecin de famille

– Concordance à la population médicale du département, de la Bretagne et de la France.

Résultats

– Entretiens

- 20 entretiens
- 15 enregistrés intégralement, 4 refus d'enregistrement, 1 condition d'enregistrement impossible
- Verbatim de 47900 mots
- Prise de note pour les autres entretiens
- Point de saturation de l'information : 16ème

Résultats

- Nombre de patients en SP
 - 7 patients par an
 - 50 % de patients en situation oncologique
 - 50 % de patients présentant un autre motif de prise en charge
- Position des médecins vis-à-vis de la prise en charge d'un patient en soins palliatifs
 - 13 refus d'emblée
 - 7 médecins acceptent mais se déchargent secondairement
 - **TOUS** tentent cependant de prendre en charge leur patient

Résultats

– Raisons de refus de prise en charge

– Analyse Alceste

- Axe de réflexion prépondérant : **médecin être humain avant tout**
- Analyse lexicale ascendante : seul, temps, question, travail, charge, par citation décroissante => **complexité de l'exercice libéral**

Les hommes

Plus âgés,
Installés en cabinet rural,
seuls,
Refusent d'emblée les
prises en charge
palliatives à domicile
pour des motifs liés à la
crainte ou la réalité de
l'épuisement
professionnel

Les femmes

Installées en cabinet urbain
ou semi-rural de groupe,
Ne refusent pas d'emblée les
prises en charge palliatives
à domicile,
Mais affirment avec recul de
devoir abandonner ces
patients pour des motifs
liés à l'interrelation entre
leur vie professionnelle et
personnelle

Résultats

– Raisons de refus de prise en charge

– Analyse manuelle croisée socio anthropologique

➤ Vécu des médecins généralistes

▪ Médecin généraliste être humain avant tout

- ✓ En proie à une souffrance professionnelle (crainte du Burn Out)
- ✓ Marqué de son expérience personnelle – culpabilité
- ✓ Vivant dans une famille
- ✓ Expérimentant des émotions (souffrance, colère, sentiment d'injustice)

▪ Un aidant qui peut craquer

➤ Un médecin aux conditions de travail particulières (solitude, chronophagie, éthique, anticipation...)

Discussion

– Le médecin généraliste,

- Maillon essentiel du système de santé français,
- Exprime des difficultés à la prise en charge de son patient mourant à domicile
 - ✓ **NON PAS** dans la prise en charge médicale de celui-ci,
 - ✓ **MAIS BIEN** dans le **rapport à ses propres limites**

– Quelques biais

- Un travail basé sur la confiance et la confiance
- Des sujets tabous
- Une sélection des médecins les moins hostiles

Discussion

– Spécificité de ce travail

– Liée aux résultats

- Une crainte identifiée chez tous : la crainte du Burn Out
 - ✓ Un constat préoccupant certains entretiens identifient déjà des **médecins glissants vers le Burn Out** (les sentiments de perte de l'estime de soi, perte de l'accomplissement personnel, perte de la reconnaissance professionnelle)
 - ✓ D'autres développent des **mécanismes d'adaptation** (cynisme, dépersonnalisation du patient, désinvestissement personnel)
- Une difficulté à gérer vie personnelle et professionnelle (féminisation de la population médicale, rôle de trépied de famille chez les médecins hommes)
- Des médecins qui se considèrent comme des Hommes à part entière, expérimentant des émotions et étant fragiles

– Les données énoncées concernant les modalités d'exercice professionnel sont moins surprenantes

Discussion

– Perspectives

- **Nécessité de soutenir le médecin généraliste**
 - Amélioration des conditions de son exercice professionnel
 - ✓ Développement de structures tels que EMSP, HAD, Centre Médico-social...
 - ✓ Coordination des soins
 - ✓ Revalorisation financière et académique
 - **Accompagnement de l'homme par les médecins eux-même (Balint, groupe de pairs), par les autres professionnels, voire les bénévoles**

Conclusion

- Améliorer le maintien à domicile de nos patients c'est peut-être
 - Se centrer sur ce que le médecin dit, pense et vit
 - Comprendre le médecin généraliste comme **Homme** reconnu dans la société (soignant mais également parent dans une famille ou souffrant parfois)