



UNIVERSITÉ DE LILLE

UFR3S-MÉDECINE

Année : 2026

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Réception par les médecins traitants de la Fiche Urgence Pallia
rédigée pour l'un de leurs patients par un médecin hospitalier au
CHU de Lille.**

Présentée et soutenue publiquement le 12 mars 2026 à 16h
Au Pôle Formation
par **Lorelei ROUSSEAU**

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Eric WIEL

Assesseure :

Madame la Docteur Sabine BAYEN

Directrice de thèse :

Madame la Docteur Licia TOUZET

AVERTISSEMENT

L'université n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

LISTE DES ABREVIATIONS

CHU	Centre Hospitalo-Universitaire
CRC	Compte-Rendu de Consultation
CRH	Compte-Rendu d'Hospitalisation
DAC	Dispositif d'Appui à la Coordination
DMP	Dossier Médical Partagé
EHPAD	Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
EMSP	Equipe Mobile de Soins Palliatifs
FUP	Fiche Urgence Pallia
HAD	Hospitalisation A Domicile
LISP	Lits Identifiés de Soins Palliatifs
MG	Médecin Généraliste
MT	Médecin Traitant
SAMU	Service d'Aide Médicale Urgente
SASPAS	Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée
SFAP	Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs
SMUR	Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation
SPCJD	Sédation Profonde et Continue Jusqu'au Décès
SSIAD	Service de Soins Infirmiers Au Domicile
USP	Unité de Soins Palliatifs

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	6
1. CONTEXTE GENERAL DE L'ETUDE	6
2. DEFINITION DES SOINS PALLIATIFS.....	7
3. ORGANISATION DES SOINS PALLIATIFS EN FRANCE.....	9
3.1. <i>Contexte démographique et enjeux sociétaux</i>	9
3.2. <i>Evolutions législatives</i>	9
3.3. <i>Organisation de l'offre de soins palliatifs</i>	12
3.3.1. Au domicile	12
3.3.2. A l'hôpital.....	13
3.3.3. Structures d'appui et d'expertise palliative	14
4. FICHE URGENCE PALLIA NATIONALE.....	14
4.1. <i>Création de la FUP</i>	14
4.2. <i>Présentation de la FUP</i>	15
4.3. <i>Fiche Urgence Pallia et rôle du médecin traitant</i>	18
5. OBJECTIFS DE L'ETUDE	19
MATERIEL ET METHODES	20
1. TYPE D'ETUDE	20
2. POPULATION DE L'ETUDE.....	20
2.1. <i>Critères d'inclusion et d'exclusion</i>	20
2.2. <i>Elaboration de la base de contacts des médecins traitants</i>	21
3. ELABORATION DU QUESTIONNAIRE	21
3.1. <i>Recherches bibliographiques</i>	21
3.2. <i>Rédaction du questionnaire</i>	22
4. DEMARCHES REGLEMENTAIRES	24
5. DIFFUSION DU QUESTIONNAIRE	24
6. ANALYSES STATISTIQUES.....	25
RESULTATS	26
1. CARACTERISTIQUES DE L'ECHANTILLON	29
1.1. <i>Genre</i>	29
1.2. <i>Âge</i>	30
1.3. <i>Lieu d'exercice</i>	31
1.4. <i>Importance de la population palliative dans la patientèle</i>	31
2. CONNAISSANCE DE LA FUP REDIGEE AU CHU.....	32

2.1.	<i>Médecins ayant eu connaissance de la FUP rédigée au CHU</i>	32
2.1.1.	Moyens de transmission de la FUP CHU au MT	32
2.1.2.	Parcours de la FUP CHU au domicile.....	34
2.1.3.	Modification de la FUP CHU par le MT	37
2.2.	<i>Médecins n'ayant pas eu connaissance de la FUP rédigée au CHU</i>	39
3.	PERCEPTION DE L'OUTIL FICHE URGENGE PALLIA PAR LES MEDECINS TRAITANTS.....	40
3.1.	<i>Transmission au médecin traitant</i>	40
3.2.	<i>Pertinence de l'outil Fiche Urgence Pallia</i>	43
3.3.	<i>Freins et leviers à la modification ou rédaction d'une Fiche Urgence Pallia en tant que MT</i>	46
3.4.	<i>Appropriation de l'outil Fiche Urgence Pallia</i>	49
	DISCUSSION	50
1.	DISCUSSION DES PRINCIPAUX RESULTATS	50
	<i>Parcours de la FUP CHU au domicile</i>	50
	<i>Connaissance et perception de l'outil FUP par les MG</i>	53
	<i>Lien ville-hôpital</i>	54
2.	FORCES ET LIMITES DE L'ÉTUDE	58
3.	PERSPECTIVES	61
	CONCLUSION	63
	REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	64
	ANNEXES	69

INTRODUCTION

1. Contexte général de l'étude

Une enquête réalisée en 2022 auprès d'un échantillon de français retrouvait que 82% d'entre eux désignaient leur domicile comme lieu préféré pour leur fin de vie. (1)

Pourtant, en 2019, une majorité des décès (53%) se sont produits en milieu hospitalier en France, 24% en EHPAD ou maison de retraite et 12% au domicile. (2)

Une étude rétrospective de l'Institut National d'Etudes Démographiques (INED) en 2010 a cherché à mieux comprendre les trajectoires de fin de vie à partir d'un questionnaire adressé aux médecins rédacteurs de certificats de décès enregistrés en 2009. (3) Celle-ci retrouvait notamment que concernant les décès prévisibles des personnes majeures, seul un tiers des personnes qui vivaient à leur domicile 28 jours avant leur décès y décèdent effectivement et qu'au cours des dernières 24h, 13% des personnes qui étaient restées à domicile sont transférées à l'hôpital. (4)

L'optimisation de la coordination entre tous les acteurs de soins intervenant auprès de patients en situation palliative et l'anticipation de symptômes pénibles possibles sont des enjeux cruciaux pour permettre une prise en charge adaptée, cohérente sur le plan médical et éthique, et aussi respectueuse que possible leurs volontés. (5)

Nous nous sommes intéressées au cours de ce travail à un des outils de coordination disponible actuellement : la Fiche Urgence Pallia (FUP).

Pendant mon internat, j'ai découvert l'outil Fiche Urgence Pallia pour la première fois au cours d'un stage hospitalier d'un semestre au sein de l'USP et l'EMSP du Centre Hospitalo-Universitaire (CHU) de Lille. Durant ce stage, j'ai eu l'occasion de remplir, sous la responsabilité des médecins hospitaliers m'encadrant, plusieurs fiches

Urgence Pallia dans le cadre de l'organisation du retour au domicile de patients en situation palliative.

J'ai constaté au cours de ce stage que très peu de médecins connaissaient cet outil, en dehors de médecins hospitaliers de quelques services fréquemment confrontés à la prise en charge de patients en situation palliative. Par ailleurs, j'ai pu expérimenter que la communication avec le médecin traitant depuis l'hôpital pouvait être complexe (médecin traitant parfois non joignable ou peu disponible pour échanger).

Je me suis alors demandé si les FUP que nous rédigeons à l'hôpital étaient utilisées pour ces patients après leur retour au domicile et si oui de quelles façons.

Ces réflexions m'ont conduite à envisager de réaliser ce travail de thèse, afin de mieux comprendre le parcours au domicile des FUP après leur rédaction au CHU.

Dans la suite de cette introduction, nous allons tout d'abord définir ce que sont les soins palliatifs, puis nous détaillerons le contexte démographique, les principales évolutions législatives et l'organisation des soins palliatifs en France, enfin nous présenterons l'outil Fiche Urgence Pallia.

2. Définition des soins palliatifs

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit en 2002 les soins palliatifs de la façon suivante (6) :

« Les soins palliatifs cherchent 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.

Les soins palliatifs procurent le soulagement de la douleur et des autres symptômes gênants, soutiennent la vie et considèrent la mort comme un processus normal,

n'entendent ni accélérer ni repousser la mort, intègrent les aspects psychologiques et spirituels des soins aux patients, proposent un système de soutien pour aider les patients à vivre aussi activement que possible jusqu'à la mort, offrent un système de soutien qui aide la famille à tenir pendant la maladie du patient et leur propre deuil, utilisent une approche d'équipe pour répondre aux besoins des patients et de leurs familles en y incluant si nécessaire une assistance au deuil, peuvent améliorer la qualité de vie et influencer peut-être aussi de manière positive l'évolution de la maladie, sont applicables tôt dans le décours de la maladie, en association avec d'autres traitements pouvant prolonger la vie, comme la chimiothérapie et la radiothérapie, et incluent les investigations qui sont requises afin de mieux comprendre les complications cliniques gênantes et de manière à pouvoir les prendre en charge. »

La Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs (SFAP) est une association créée en 1989 qui a pour objectif de développer et faire connaître les soins palliatifs et l'accompagnement des personnes en situation palliative. Elle en intègre également une définition dans le préambule de ses statuts (7) :

« Les soins palliatifs sont des soins actifs délivrés dans une approche globale de la personne atteinte d'une maladie grave, évolutive ou terminale. L'objectif des soins palliatifs est de soulager les douleurs physiques et les autres symptômes, mais aussi de prendre en compte la souffrance psychologique, sociale et spirituelle.

Les soins palliatifs et l'accompagnement sont interdisciplinaires. Ils s'adressent au malade en tant que personne, à sa famille et à ses proches, à domicile ou en institution. La formation et le soutien des soignants et des bénévoles font partie de cette démarche.

Les soins palliatifs et l'accompagnement considèrent le malade comme un être vivant, et la mort comme un processus naturel. Ceux qui dispensent des soins palliatifs cherchent à éviter les investigations et les traitements déraisonnables. Ils se refusent à provoquer intentionnellement la mort. Ils s'efforcent de préserver la meilleure qualité de vie possible, jusqu'au décès et proposent un soutien aux proches en deuil. Ils s'emploient par leur pratique clinique, leur enseignement et leurs travaux de recherche, à ce que ces principes puissent être appliqués. »

3. Organisation des soins palliatifs en France

3.1. Contexte démographique et enjeux sociétaux

En 2024, 646 000 décès ont été enregistrés en France selon l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee). Au 1^{er} janvier 2025, plus d'une personne sur cinq a 65 ans ou plus, et une personne sur dix a 75 ans ou plus. (8)

Dans une projection établie en 2021, l'Insee prévoyait qu'en 2070 le nombre de décès soit de 791 000 et que 29% de la population soit âgé de 65 ans ou plus. (9)

Du fait de l'allongement de l'espérance de vie combinée aux progrès médicaux et à un meilleur repérage des prises en charge relevant d'une démarche palliative, une augmentation du nombre de personnes en situation palliative est attendue. Les prises en charge seront également plus complexes du fait de la plus grande fréquence des maladies neuro-dégénératives et d'un taux croissant de polymorbidités.

En parallèle, le droit des patients à bénéficier de soins palliatifs a été renforcé depuis le début du 21^{ème} siècle mais l'accès à ceux-ci est encore insuffisant et inégal sur le territoire.

3.2. Evolutions législatives

Le premier texte législatif en France concernant les soins palliatifs est la circulaire du 26 août 1986 dite « Laroque ». Elle précise ce que sont les soins palliatifs et leur organisation au domicile, avec le médecin traitant comme acteur central, et à l'hôpital. (10)

La loi du 9 juin 1999 inscrit dans le code de la santé publique le droit à « toute personne malade dont l'état le requiert [...] d'accéder à des soins palliatifs et à un accompagnement ». Elle précise aussi que « la personne malade peut s'opposer à toute investigation ou thérapeutique ». (11)

La loi du 4 mars 2002 dite « Kouchner », précise le droit de « toute personne [à] être informée sur son état de santé » et qu' « aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne ».

Cette loi inscrit également la notion de **personne de confiance** : désignée par le patient « par écrit », celle-ci « peut être un parent, un proche ou le médecin traitant » et « sera consultée au cas où [le patient] serait hors d'état d'exprimer sa volonté ». (12)

La loi du 22 avril 2005 dite « Leonetti », introduit plusieurs notions (13) :

- les **directives anticipées** : il s'agit d'un document écrit qui peut être rédigé par « toute personne majeure [...] pour le cas où elle serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté ». Les directives anticipées « indiquent les souhaits de la personne relatifs à sa fin de vie concernant les conditions de la limitation ou l'arrêt de traitement » et, le cas échéant, « le médecin en tient compte pour toute décision d'investigation, d'intervention ou de traitement la concernant » ;

- le refus de l'**obstination déraisonnable** : « lorsqu'ils apparaissent inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie », les actes diagnostiques ou thérapeutiques « peuvent être suspendus ou ne pas être entrepris » ;

- le **principe du double effet** : un traitement « peut avoir pour effet secondaire d'abrégé [la] vie » s'il est nécessaire pour la prise en charge de la souffrance réfractaire d'un malade « en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable », car l'intention est le soulagement de la souffrance et non de provoquer la mort. Le médecin doit alors en informer le malade, la personne de confiance, la famille ou à défaut un proche ;

- concernant la décision par le médecin de limiter ou d'arrêter tout traitement, cette loi réaffirme qu'elle peut être prise par le médecin à la demande du malade ; elle ajoute que, dans le cas où un patient en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable est hors d'état d'exprimer sa volonté, elle peut être prise par le médecin après une **procédure collégiale** (recueil par le médecin de l'avis des membres présents de l'équipe de soins et d'au moins un autre médecin extérieur avec lequel il n'existe aucun lien hiérarchique) et consultation de la personne de confiance, la famille ou à défaut un proche et des directives anticipées.

La loi du 2 février 2016 dite « Claeys-Leonetti », inscrit le droit d'un patient en situation palliative terminale à bénéficier d'une « **sédation profonde et continue** provoquant une altération de la conscience maintenue jusqu'au décès » (SPCJD) dans certaines conditions et en précise les modalités de mise en place.

Elle précise aussi que « la nutrition et l'hydratation artificielles constituent des traitements » et qu'à ce titre ils « peuvent être arrêtés » dans les mêmes modalités qu'évoquées précédemment.

Elle renforce également l'importance des directives anticipées. (14)

Depuis 2022, la mise à disposition du midazolam, un médicament fréquemment utilisé pour la réalisation d'une sédation palliative, qu'elle soit proportionnée et potentiellement réversible dans le cadre d'une urgence ou profonde et continue jusqu'au décès, est effective en pharmacie de ville avec une prise en charge par l'Assurance Maladie dans ces deux indications. (15)

3.3. Organisation de l'offre de soins palliatifs

Les soins palliatifs peuvent être réalisés au domicile ou à l'hôpital. En fonction de l'évolution de l'état de santé de la personne et de ses souhaits, la prise en charge peut se déplacer d'un lieu de soins à l'autre.

3.3.1. Au domicile

Lorsque le patient réside à son domicile, la prise en charge palliative s'articule autour des intervenants de ville habituels : le médecin traitant (MT), pharmacien, et en fonction des besoins : cabinet infirmier libéral, kinésithérapeute, ...

Quand des soins de nursing deviennent nécessaires, il est possible de mettre en place un service d'auxiliaires de vie. En cas de perte d'autonomie avec des besoins de soins de nursing ou infirmiers plus importants, un Service de Soins Infirmiers Au Domicile (SSIAD) peut intervenir. (16)

En ville, les soignants sont habituellement joignables en journée du lundi au samedi matin. En dehors, la permanence de soins ambulatoire médicale est organisée avec des médecins libéraux de garde qui exercent en maison médicale de garde, via une régulation libérale intégrée ou en lien avec le centre de régulation du 15. Des services comme SOS médecins peuvent être également sollicités, mais leurs périmètres d'activités sont limités.

Le lien reste généralement maintenu avec les spécialistes qui suivent le patient pour sa pathologie principale, sous la forme de consultations ou d'hôpitaux de jour, en adaptant la fréquence des rendez-vous aux besoins actuels du patient.

Lorsque des soins infirmiers particuliers du fait d'une plus grande technicité ou de leur caractère continu sont nécessaires, une **Hospitalisation A Domicile** (HAD) peut être mise en place. La demande peut être faite par le médecin traitant ou par un médecin hospitalier, notamment dans le cadre d'une sortie d'hospitalisation vers le domicile. Le médecin traitant reste le médecin référent et prescripteur au cours de la prise en charge, mais en cas d'indisponibilité le médecin coordinateur de l'HAD peut intervenir si nécessaire. L'HAD permet également de bénéficier d'une permanence infirmière 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24.

3.3.2. A l'hôpital

Lorsqu'une hospitalisation est nécessaire, le patient peut être admis sur un lit d'hospitalisation classique, par exemple dans le service référent de sa pathologie principale.

Certains services fréquemment confrontés à des situations de fin de vie disposent de **Lits Identifiés de Soins Palliatifs** (LISP) : ceux-ci ont un mode de financement spécifique qui permet de leur allouer davantage de moyens matériels et humains. Les compétences en soins palliatifs des équipes médicales et paramédicales sont plus importantes dans ces services.

L'**Unité de Soins Palliatifs** (USP) est un service entièrement dédié à la prise en charge palliative, de ce fait il a l'expertise nécessaire pour la prise en charge des situations les plus complexes. L'USP a une activité de soins, mais également de recherche et de formation des soignants aux soins palliatifs.

3.3.3. Structures d'appui et d'expertise palliative

Le **Dispositif d'Appui à la Coordination** des parcours complexes (DAC) regroupe dans chaque territoire différents dispositifs et réseaux de santé. Il peut être sollicité pour réaliser une évaluation de la situation du patient et des besoins, orienter vers les aides et les dispositifs de soins les plus adaptés et organiser leur mise en place.

L'**Equipe Mobile de Soins Palliatifs** (EMSP) est une équipe pluridisciplinaire qui apporte un soutien et une expertise en soins palliatifs auprès de médecins ou soignants qui la sollicitent. Elle est fréquemment rattachée à un établissement de santé, parfois à une structure territoriale. Elle intervient auprès de services hospitaliers, d'établissements médico-sociaux (EHPAD, ...), plus rarement au domicile. (2)

4. Fiche Urgence Pallia nationale

4.1. Création de la FUP

L'Observatoire National de la Fin de Vie (ONFV) en 2013 (17) puis la Haute Autorité de Santé (HAS) en 2016 (16) et l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) en 2017 (18) ont préconisé la généralisation de la mise en place d'une fiche de liaison pour les patients en soins palliatifs au domicile, afin de mieux anticiper les complications attendues et d'éviter les passages aux urgences, hospitalisations et décès hospitaliers non nécessaires et/ou non souhaités.

C'est dans ce contexte qu'a été réalisée la thèse de FAGGIANELLI C., en collaboration avec la SFAP, dans l'objectif d'élaborer une fiche de coordination nationale unique. (19)

Pour cela, un premier travail de collecte des nombreuses fiches de coordinations locales préexistantes a été effectué. Puis une première version de fiche Urgence Pallia a été créée à partir de la synthèse des informations figurant sur les 51 fiches recueillies. Cette première version a été discutée dans le forum de discussion de la SFAP puis une réunion du collège national des médecins de la SFAP et retravaillée en tenant compte des remarques formulées.

La version finale a été intitulée « Fiche URGENCE PALLIA » (Annexe 1) et mise en ligne en juin 2017, accompagnée d'un guide d'utilisation personnalisable (Annexe 2).

4.2. Présentation de la FUP

La Fiche Urgence Pallia (FUP) se présente sous la forme d'un document A4, composé de plusieurs cadres de différentes couleurs.

Le recto comporte la FUP en elle-même et le verso une annexe à la FUP, facultative, permettant d'apporter des précisions si nécessaire.

Tout d'abord, il est proposé de préciser si la personne concernée par la FUP est en situation palliative ou palliative terminale. Puis une mention rappelle que l'objectif de cette fiche est d'informer un médecin intervenant en situation d'urgence, mais que celui-ci reste autonome dans ses décisions.

Le premier cadre, de couleur violette, concerne le rédacteur de la FUP et le patient pour lequel elle est rédigée.

Il comprend l'identification du rédacteur, la date de rédaction de la FUP, et l'identification du patient avec des données administratives et ses coordonnées.

Il est repris avec le même code couleur mais de manière plus succincte au début de la fiche annexe, afin de s'assurer de pouvoir la relier à la FUP correspondante.

RÉDACTEUR Nom : <input type="text"/>		Statut du rédacteur : <input type="text"/>
Téléphone : <input type="text"/>		ou tampon : <input type="text"/>
Fiche rédigée le : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
PATIENT <input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme NOM : <input type="text"/>		
Prénom : <input type="text"/>		
Rue : <input type="text"/>		Né(e) le : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
CP : <input type="text"/>	Ville : <input type="text"/>	Téléphone : <input type="text"/>
N° SS : <input type="text"/>		Accord du patient pour la transmission des informations : <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Impossible

FUP SFAP : « Rédacteur » et « Patient » (Annexe 1)

Le deuxième cadre, de couleur verte, concerne les professionnels intervenant auprès du patient.

Il comprend le nom et le contact du médecin traitant (MT) (et précise si celui-ci sera joignable la nuit), du médecin et service hospitalier référents. Il précise s'il existe un « lit de repli » hospitalier possible et quel numéro contacter si nécessaire. Est également indiqué le suivi ou non par un ou plusieurs réseaux ambulatoires (HAD, EMSP, autre) et leur contact, ainsi que le nom, la fonction et le contact des autres intervenants au domicile.

Médecin traitant : <input type="text"/>	Dr	Joignable la nuit <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> NA ¹	Tél : <input type="text"/>
Médecin hospitalier référent : <input type="text"/>	Dr		Tél : <input type="text"/>
Service hospitalier référent : <input type="text"/>			Tél : <input type="text"/>
Lit de repli possible ² : <input type="text"/>			Tél : <input type="text"/>
Suivi par HAD : <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> NA	<input type="text"/>		Tél : <input type="text"/>
Suivi par EMSP : <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> NA	<input type="text"/>		Tél : <input type="text"/>
Suivi par réseau : <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> NA	<input type="text"/>		Tél : <input type="text"/>
Autres intervenants à domicile : <input type="text"/>			
(SSIAD, IDE libérale...) avec leur(s) numéro(s) de téléphone			

FUP SFAP : Professionnels (Annexe 1)

Le troisième cadre, de couleur bleue, concerne la pathologie principale et les diagnostics associés.

Il indique d'abord si le patient et son entourage ont connaissance du diagnostic et du pronostic. Ensuite, si une réflexion éthique collégiale a eu lieu et propose de préciser le projet thérapeutique. Différents symptômes et risques associés sont proposés, et il est demandé si des prescriptions anticipées existent et quels sont les produits disponibles au domicile.

Un encart de texte libre est repris avec le même code couleur dans la fiche annexe pour pouvoir détailler davantage ces éléments si nécessaire.

Pathologie principale et diagnostics associés :					
Le patient connaît-il son diagnostic ?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> En partie	<input type="radio"/> NA	
L'entourage connaît-il le diagnostic ?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> En partie	<input type="radio"/> NA	
Son pronostic ?		<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> En partie	<input type="radio"/> NA
Le pronostic ?		<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> En partie	<input type="radio"/> NA
Réflexion éthique collégiale sur l'orientation des thérapeutiques : <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> En partie <input type="radio"/> NA					
Projet thérapeutique :					
Symptômes et risques possibles : si extrême, l'écrire en majuscules	<input type="checkbox"/> Douleur	<input type="checkbox"/> Dyspnée	<input type="checkbox"/> Vomissement		
	<input type="checkbox"/> Encombrement	<input type="checkbox"/> Anxiété majeure			
	<input type="checkbox"/> Agitation	<input type="checkbox"/> Convulsions	<input type="checkbox"/> Occlusion		
	<input type="checkbox"/> Autres (à préciser dans cette zone →)				
Produits disponibles au domicile :					
Prescriptions anticipées :					
	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> NA		

FUP SFAP : « Pathologie » (Annexe 1)

Le quatrième et dernier cadre, de couleur orange, concerne la démarche prévue.

Il précise tout d'abord si celle-ci a pu être discutée avec le patient (et précise la date de son accord le cas échéant) ou si elle relève d'un projet d'équipe dans le cas où l'accord du patient serait impossible à recueillir. Puis est renseigné l'attitude concernant une éventuelle hospitalisation, et si un décès au domicile est souhaité. Ensuite s'il s'agit d'une situation avec des soins de confort exclusifs, s'il existe des limitations thérapeutiques sur un certain nombre d'items, et si une sédation en cas de détresse aiguë est envisageable.

A la suite, l'existence ou non de directives anticipées (ainsi que leur date de rédaction le cas échéant et où les trouver) est mentionnée, et enfin le nom et contact de la personne de confiance et d'une éventuelle autre personne à prévenir.

DÉMARCHE PRÉVUE <input type="radio"/> Avec accord patient le [] [] [] <input type="radio"/> Projet d'équipe si accord patient impossible	
Hospitalisation : <input type="radio"/> Souhaitée si aggravation <input type="radio"/> Envisageable <input type="radio"/> Refusée autant que possible <input type="radio"/> NA	
Soins de confort exclusifs : <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> NA	Décès à domicile : <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> NA
Réanimation en cas d'arrêt cardio-respiratoire : <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> NA	Massage cardiaque : <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> NA
Ventilation non invasive : <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> NA	Intubation : <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> NA
Usage d'amines vaso-actives : <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> NA	Trachéotomie : <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> NA
Sédation en cas de détresse aigüe avec pronostic vital engagé : <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> NA	Remplissage : <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> NA
Directives anticipées <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> NA Rédigées le [] [] [] <input type="checkbox"/> Copie dans le DMP	
Personne de confiance [] Lien : [] Tél : []	
Où trouver ces documents ? []	
Autre personne à prévenir [] Lien : [] Tél : []	

FUP SFAP : « Démarche » (Annexe 1)

4.3. Fiche Urgence Pallia et rôle du médecin traitant

Dans le guide d'utilisation de la FUP, il est spécifié qu'elle peut être remplie soit par le médecin traitant du patient, soit par un médecin coordinateur ou hospitalier en lien avec le médecin traitant (Annexe 2). Il semble donc que le médecin traitant devrait en principe être impliqué systématiquement dans la rédaction d'une FUP.

En effet, le médecin traitant est défini dans les textes législatifs (10) et les plans nationaux pour le développement des soins palliatifs successifs (20) comme acteur central de la prise en charge palliative au domicile.

Nous avons donc souhaité nous intéresser dans ce travail au point de vue des médecins traitants.

Depuis la création de la FUP nationale, quelques thèses d'exercices ont cherché à évaluer la connaissance et l'utilisation de cet outil par les médecins généralistes (MG). Ces travaux ont mis en évidence que la FUP est peu connue et peu utilisée par les MG, mais que ces derniers estiment qu'elle est utile et pertinente pour leur pratique et souhaiteraient qu'elle soit mieux connue. (21, 22, 23)

A notre connaissance, il n'existe pas, au moment de débiter notre travail, d'étude sur l'utilisation au domicile d'une FUP par le médecin traitant quand elle a été préalablement rédigée par un médecin hospitalier.

5. Objectifs de l'étude

L'objectif principal de ce travail est de décrire le parcours au domicile des FUP, après leur rédaction au CHU de Lille par un médecin hospitalier, du point de vue des médecins traitants des patients concernés.

Les objectifs secondaires sont d'explorer la perception de l'outil FUP par ces médecins traitants, leurs préférences concernant les moyens de leur communiquer la FUP quand elle a été rédigée pour l'un de leur patient, et d'identifier des freins et leviers à l'appropriation de cet outil par le médecin traitant.

MATERIEL ET METHODES

1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude observationnelle, transversale et quantitative, de type enquête descriptive avec réponses à choix unique ou multiples et commentaires libres, réalisée auprès de médecins généralistes exerçants dans les Hauts-de-France par questionnaire anonyme auto-administré.

Les commentaires libres n'ont pas fait l'objet d'une analyse qualitative mais ont été examinés de manière descriptive pour identifier des thèmes ou éléments récurrents, afin d'enrichir les résultats quantitatifs.

2. Population de l'étude

Notre étude s'intéressait aux médecins généralistes identifiés comme médecin traitant d'un patient pour lequel une Fiche Urgence Pallia avait été rédigée au CHU de Lille. Nous avons pris en compte l'ensemble des Fiches Urgence Pallia enregistrées dans le logiciel hospitalier, rédigées par un médecin hospitalier au CHU de Lille, entre le 01/01/2022 et le 31/12/2024.

2.1. Critères d'inclusion et d'exclusion

Le critère d'inclusion était d'être identifié comme le médecin traitant du patient sur une Fiche Urgence Pallia rédigée par un médecin hospitalier au CHU de Lille pendant la période d'intérêt.

Les critères d'exclusion étaient d'être identifié comme le médecin traitant du patient sur une Fiche Urgence Pallia soit rédigée par un autre type de professionnel de santé qu'un médecin hospitalier exerçant au CHU de Lille, soit rédigée avant le 01/01/2022 ou après le 31/12/2024.

2.2. Elaboration de la base de contacts des médecins traitants

A partir des dossiers patients informatisés du CHU hébergés dans le logiciel hospitalier « Sillage », nous avons recherché l'ensemble des Fiches Urgence Pallia rédigées sur la période d'intérêt.

Nous avons recueilli les éléments suivants à partir des informations renseignées dans la FUP et des données administratives de Sillage : date de rédaction de la fiche Urgence Pallia, nom et prénom du médecin traitant, mail professionnel sécurisé, numéro de téléphone et adresse postale du cabinet.

L'annuaire santé Ameli et le répertoire de la messagerie sécurisée Mailiz ont été utilisés afin de recouper et compléter ces données, lorsque cela était nécessaire.

3. Elaboration du questionnaire

3.1. Recherches bibliographiques

La recherche bibliographique préalable à la rédaction du questionnaire a été réalisée à l'aide des moteurs de recherche PubMed, Cochrane et Lissa.

La recherche de thèses de médecine pré-existantes sur ce sujet a été réalisée sur les plateformes Pépite, Sudoc et Dumas.

L'organisation de la bibliographie et sa rédaction sur le modèle Vancouver ont été réalisées à l'aide du logiciel Zotero.

Cette recherche bibliographique préalable nous a permis de mieux appréhender le contexte de ce travail, de connaître l'état actuel des travaux scientifiques sur notre sujet d'étude, afin d'élaborer une première ébauche de questionnaire tenant compte des données existantes mais évitant les redondances.

3.2. Rédaction du questionnaire

Le questionnaire a été réalisé sur la plateforme Limesurvey. Une version papier de ce questionnaire était également disponible.

Il était précédé d'un court texte d'information précisant le contexte, l'objectif de notre recherche, le critère d'inclusion, la durée de remplissage et le caractère anonyme de la participation.

Une Fiche Urgence Pallia vierge était insérée au début des parties I et III du questionnaire en ligne, ou jointe au questionnaire en format papier.

Le questionnaire était composé de 28 questions en arborescence, dont certaines n'étaient accessibles qu'en fonction de la réponse à une question précédente.

Il s'agissait de questions à réponse unique ou multiples. Certaines questions comprenaient un encart de texte libre, facultatif, afin de permettre aux sondés de préciser leur réponse s'ils le souhaitaient.

Le questionnaire comportait quatre parties (Annexe 3) :

- La première partie s'intéressait à la Fiche Urgence Pallia rédigée au CHU de Lille : le médecin traitant du patient concerné en a-t-il eu connaissance, et si oui par quels moyens.

- La deuxième partie était divisée en deux sous-parties, accessibles en fonction de la réponse à la partie I :

- la sous-partie A concernait les médecins qui déclaraient ne pas avoir eu connaissance de la FUP rédigée au CHU.

Nous souhaitions savoir si ces médecins avaient déjà rencontré l'outil FUP dans un autre contexte, et s'ils en avaient déjà rédigée une eux-mêmes.

- la sous-partie B concernait les médecins qui déclaraient avoir eu connaissance de la FUP rédigée au CHU.

Nous souhaitions connaître le parcours de cette fiche au domicile : le médecin traitant a-t-il lu la fiche, en a-t-il discuté avec le patient concerné, a-t-il modifié la fiche et cette fiche a-t-elle été utilisée au cours de la prise en charge en ville.

- La troisième partie s'intéressait à l'outil Fiche Urgence Pallia en général.

Nous avons interrogé les médecins traitants sur leur perception de cet outil. Nous avons également interrogé les médecins sur les méthodes de transmission de la FUP à privilégier dans le cadre de la liaison ville-hôpital. Enfin, nous avons recherché les freins et leviers perçus par les médecins sondés pour la rédaction ou la modification d'une FUP par le médecin traitant.

- La quatrième partie recueillait les caractéristiques socio-démographiques des médecins participants à l'étude : genre, âge, zone d'exercice, et le nombre de patients en situation palliative suivis sur les 12 derniers mois.

Au cours de la rédaction de ce questionnaire, j'ai réalisé des entretiens avec 3 médecins généralistes libéraux pour enrichir le questionnaire à partir de leurs expériences. J'ai notamment recueilli leurs perceptions sur la coordination ville-hôpital en soins palliatifs et sur les freins et leviers à l'utilisation de l'outil Fiche Urgence Pallia par les médecins traitants.

Une phase de test du questionnaire a ensuite été réalisée auprès de 7 personnes (médecins généralistes et hospitaliers, internes) afin de vérifier la bonne compréhension des questions et d'évaluer le temps de remplissage.

4. Démarches réglementaires

Une exonération de déclaration au Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) a été délivrée le 04/11/2024 par le Délégué à la Protection des Données (DPO) de l'Université de Lille.

Le service DPO du CHU de Lille a également été contacté et a confirmé qu'aucune démarche supplémentaire n'était nécessaire auprès de leur service le 24/03/2025.

Cette étude n'a bénéficié d'aucun financement pour sa réalisation.

5. Diffusion du questionnaire

Le recueil des données s'est déroulé du 8 septembre 2025 au 10 décembre 2025.

Nous avons réalisé un premier envoi d'un mail contenant le lien vers notre questionnaire en ligne aux médecins traitants disposant d'une adresse mail professionnelle sécurisée via la messagerie Mailiz le 8 septembre. Une relance a été effectuée le 26 septembre.

Nous avons ensuite tenté de contacter l'ensemble des 90 médecins traitants par téléphone.

Suite à ces contacts téléphoniques, nous avons réalisé pour les médecins traitants qui le désiraient soit un envoi postal du questionnaire en version papier, soit un envoi d'un mail contenant le lien vers notre questionnaire en ligne via une autre adresse mail.

Une ultime relance via ces adresses mails a été effectuée le 25 novembre.

La dernière réponse à notre questionnaire a été enregistrée le 26 novembre. Nous avons clôturé le recueil des données deux semaines plus tard devant l'absence de réception nouvelle réponse.

6. Analyses statistiques

Les réponses ont été extraites de la plateforme Limesurvey et reportées sur un document Microsoft Excel®.

Une analyse statistique descriptive a été réalisée à l'aide du logiciel Excel.

Les réponses en texte libre ont été retranscrites et regroupées par thématiques dans les cas où cela était possible afin d'en réaliser une analyse descriptive.

RESULTATS

92 médecins traitants ont été identifiés sur les FUP rédigées au CHU de Lille sur la période d'intérêt.

Nous avons exclu deux de ces médecins traitants : l'un car la FUP avait été rédigée par le médecin traitant du patient concerné, ce qui aurait limité la pertinence d'une partie de notre questionnaire ; l'autre car la FUP avait été rédigée par une Infirmière en Pratique Avancée (exerçant au sein d'un service du CHU de Lille), alors que cet outil FUP a été conçu pour être renseigné par un médecin.

90 médecins généralistes ont donc été inclus.

Parmi eux, 7 n'étaient pas joignables (dont 4 avaient cessé leur activité et 2 étaient en arrêt maladie ou maternité pendant toute la durée du recueil) et 3 ont refusé de recevoir notre questionnaire.

Au total, nous avons transmis notre questionnaire à 80 médecins traitants.

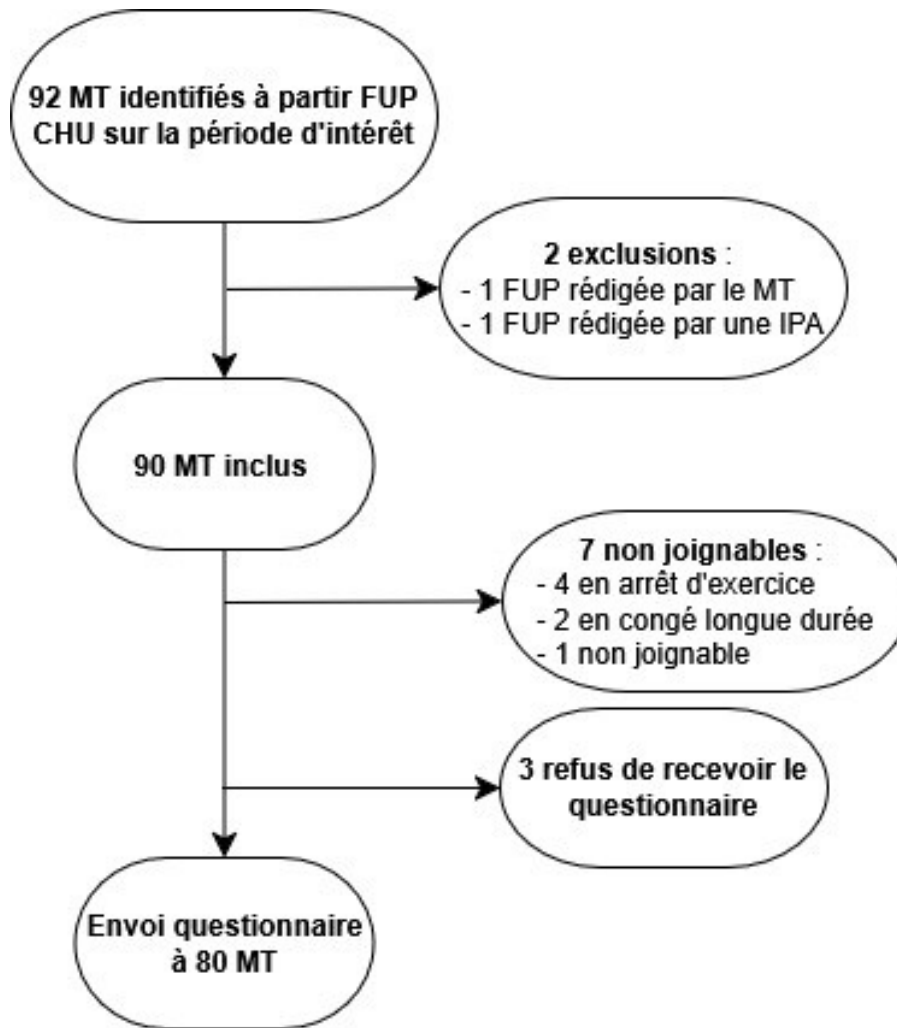


Figure 1 : Flow-chart

48 réponses à notre questionnaire ont été recueillies.

Parmi ces 48 réponses, 12 ont été exclues de l'analyse car 7 étaient vides et 5 incomplètes. Au total, 36 réponses complètes ont pu être analysées.

Le taux de réponse était donc de 45%.

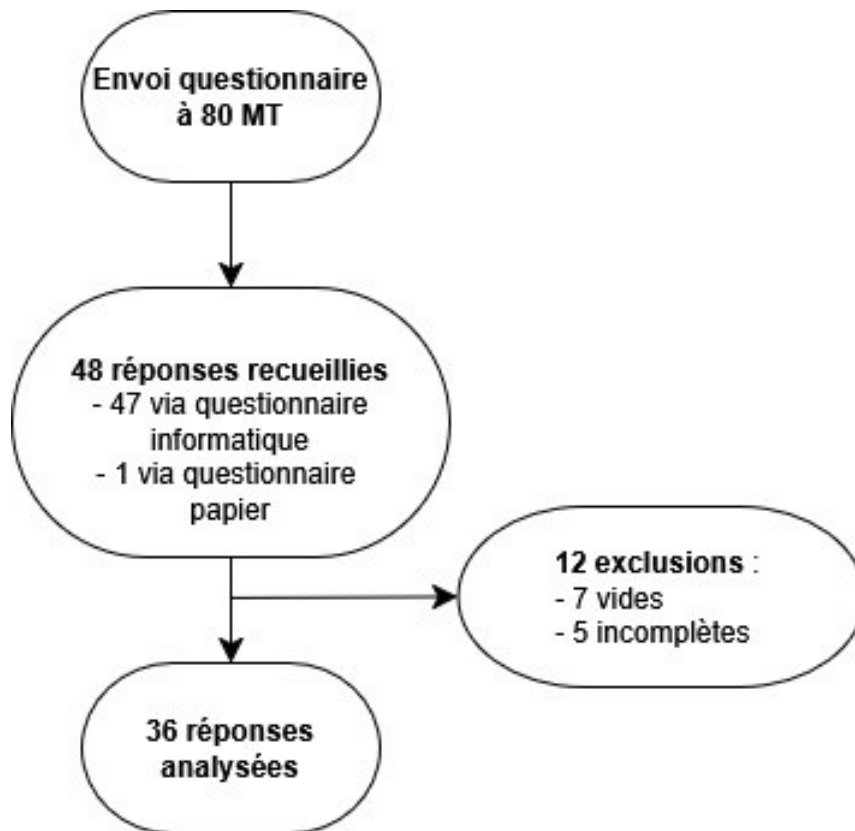


Figure 2 : Flow-chart (suite)

1. Caractéristiques de l'échantillon

CARACTERISTIQUES		n = 36	(%)
Genre	Femme	17	47%
	Homme	19	53%
Âge	≤40 ans	5	14%
	40 à 49 ans	14	39%
	50 à 59 ans	8	22%
	60 à 69 ans	8	22%
	≥ 70 ans	1	3%
Zone d'exercice	Urbaine	24	67%
	Semi rurale	10	28%
	Rurale	2	6%

Tableau 1 : Caractéristiques socio-démographiques de l'échantillon

1.1. Genre

L'échantillon comportait une légère majorité d'hommes (53%, n = 19), et 47% de femmes (n = 17).

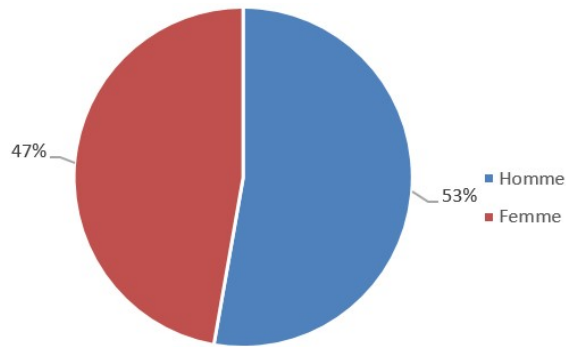


Figure 3 : Répartition du genre dans l'échantillon

1.2. Âge

L'échantillon était composé à 39% (n = 14) de médecins âgés de 40 à 49 ans.

On retrouvait ensuite 22% (n = 8) de médecins ayant entre 50 à 59 ans et également 22% (n = 8) entre 60 à 69 ans. 14% (n = 5) étaient âgés de moins de 40 ans, et un seul était âgé de plus de 70 ans (3%).

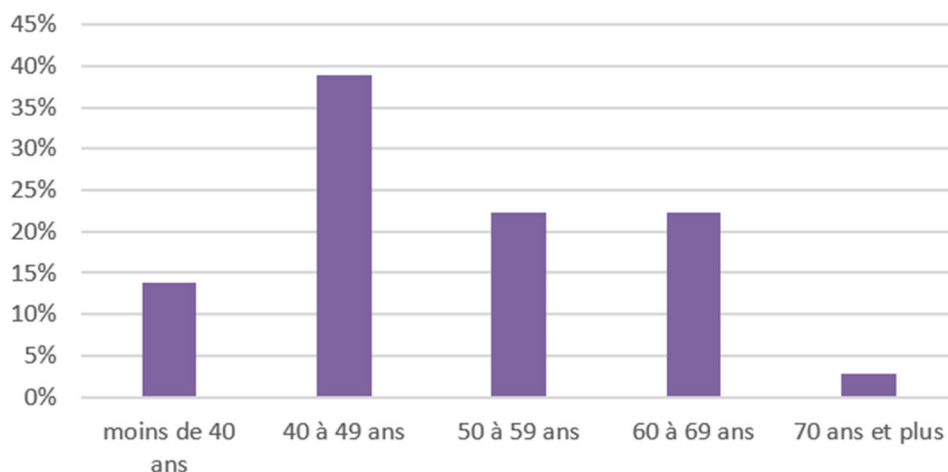


Figure 4 : Répartition des classes d'âge dans l'échantillon

1.3. Lieu d'exercice

Dans notre échantillon, deux tiers des médecins exerçaient en milieu urbain (67%, n = 24). On retrouvait ensuite un exercice en milieu semi-rural pour 28% des médecins sondés (n = 10), puis en milieu rural pour 6% (n = 2).

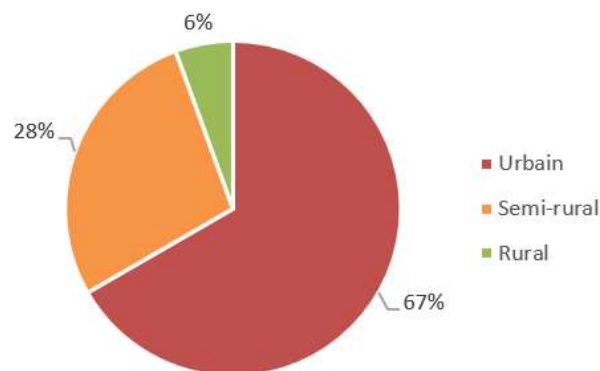


Figure 5 : Répartition des lieux d'exercice dans l'échantillon

1.4. Importance de la population palliative dans la patientèle

Nous avons interrogé les médecins de l'échantillon sur le nombre de patients en situation palliative qu'ils avaient suivis au cours des 12 derniers mois.

Celui-ci variait de 0 à 12. La distribution était peu dispersée, avec un premier quartile à 2, une médiane à 3 et un troisième quartile à 4.

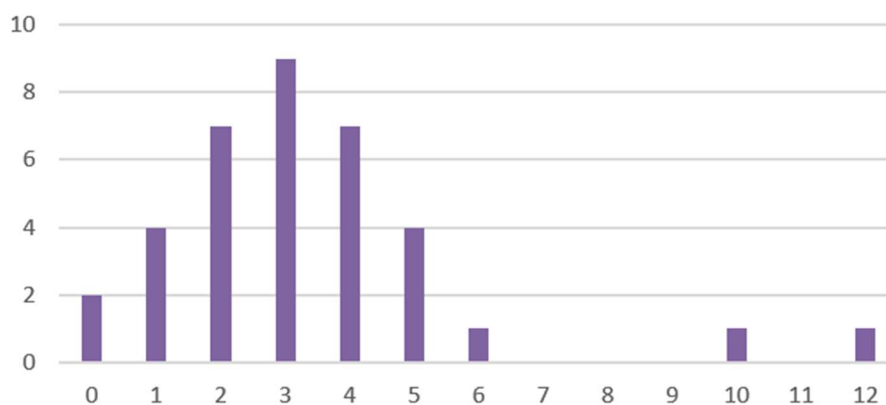


Figure 6 : Répartition du nombre de patients en situation palliative suivis sur les 12 derniers mois dans l'échantillon

2. Connaissance de la FUP rédigée au CHU

L'ensemble des 36 médecins traitants sondés avait un patient pour lequel une Fiche Urgence Pallia avait été rédigée au CHU de Lille par un médecin hospitalier.

Nous avons tout d'abord demandé à ces médecins s'ils avaient eu connaissance de cette FUP rédigée au CHU.

Une légère majorité des médecins traitants sondés déclarait avoir eu connaissance de la FUP du CHU (53%, n = 19), et 47% (n = 17) ne pas en avoir eu connaissance.

2.1. Médecins ayant eu connaissance de la FUP rédigée au CHU

2.1.1. Moyens de transmission de la FUP CHU au MT

Nous avons interrogé les 19 médecins traitants qui déclaraient avoir eu connaissance de la FUP rédigée au CHU pour l'un de leur patient (FUP CHU). Nous leur avons demandé par quels moyens ils en avaient eu connaissance.

Il était possible de sélectionner plusieurs réponses ; le nombre de moyens indiqués par médecin variait de 1 à 5, avec une médiane de 1.

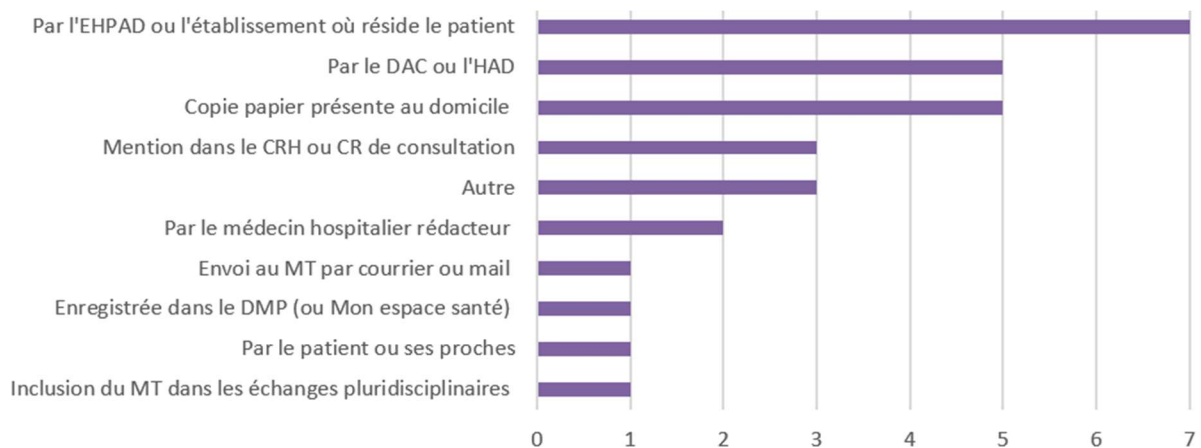


Figure 7 : Moyens par lesquels les médecins traitants déclarent avoir eu connaissance de la FUP rédigée au CHU

La transmission de la FUP du CHU au MT par l'EHPAD ou l'établissement où réside le patient était l'item le plus sélectionné (n = 7) ; puis la transmission par le Dispositif d'Appui à la Coordination ou l'Hospitalisation A Domicile (n = 5) et la présence d'une copie papier de la FUP du CHU au domicile du patient (n = 5).

Ensuite, 3 des médecins sondés ont indiqué que la FUP était mentionnée dans le compte-rendu d'hospitalisation ou de consultation ; 3 ont indiqué avoir été informés par un autre moyen.

2 des médecins sondés ont indiqué avoir été informés directement par le médecin hospitalier ayant rédigé la FUP.

Enfin, seulement un des médecins sondés a indiqué que la FUP du CHU lui a été envoyée par courrier ou mail sécurisé ; un que la FUP était enregistrée dans le Dossier

Médical Partagé (DMP) du patient ; un indique avoir été informé de cette FUP par le patient ou ses proches ; et un avoir été inclus dans les échanges pluridisciplinaires préalables à la rédaction de cette FUP.

2.1.2. Parcours de la FUP CHU au domicile

Nous avons souhaité connaître le parcours de la FUP au domicile, après sa rédaction au CHU, du point de vue du médecin traitant du patient.

Tout d'abord, nous avons demandé aux MT s'ils disposaient de la FUP CHU lors de la première consultation ou visite du patient, après la rédaction de celle-ci.

Près de la moitié des MT déclarait ne pas avoir eu accès à la FUP CHU au moment de cette première consultation (47%, n = 9). Un quart d'entre eux déclarait y avoir eu accès au moment de cette première consultation (26%, n = 5). Autant déclaraient que la question n'était pas pertinente pour la situation de leur patient ou qu'ils ne savaient pas (26%, n = 5).

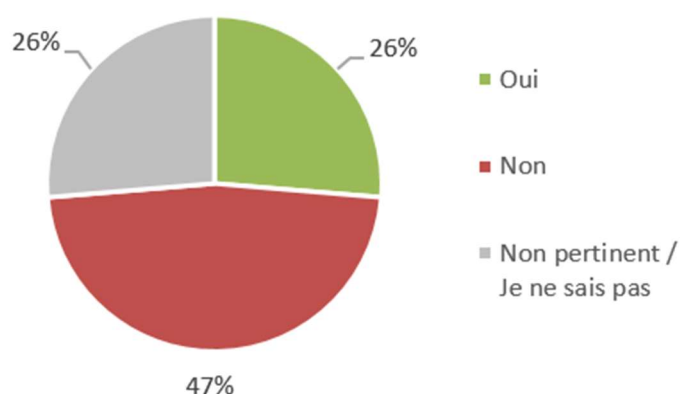


Figure 8 : « Disposiez-vous de la FUP CHU lors de la première consultation ? »

Ensuite, nous avons demandé aux MT s'ils avaient lu la FUP CHU.

Une nette majorité de médecins déclarait l'avoir lue (58%, n = 11). Un tiers déclarait ne pas l'avoir lue (32%, n = 6). 2 médecins ont répondu que la question n'était pas pertinente pour la situation de leur patient ou qu'ils ne savaient pas (11%).

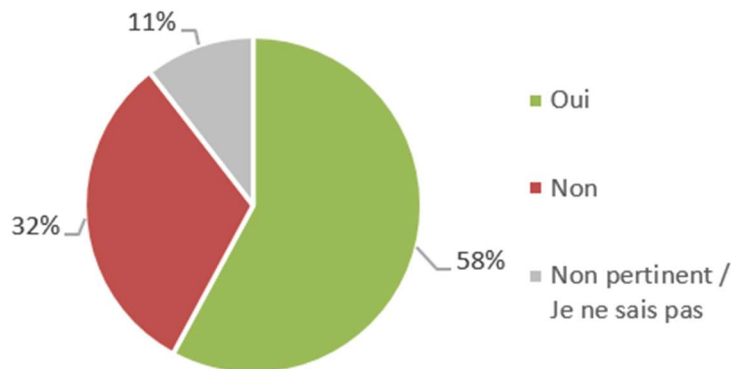


Figure 9 : « Avez-vous lu cette fiche ? »

Nous avons également souhaité savoir si les MT sondés avaient discuté de la FUP CHU et/ou de son contenu avec leur patient.

Une légère majorité déclarait ne pas en avoir discuté avec leur patient (53%, n = 10). Un tiers déclarait en avoir discuté avec leur patient (32%, n = 6). 3 médecins ont répondu que la question n'était pas pertinente pour la situation de leur patient ou qu'ils ne savaient pas (16%).

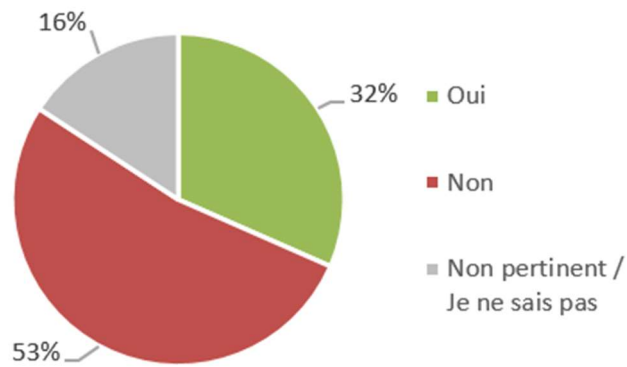


Figure 10 : « Avez-vous discuté de cette fiche et/ou son contenu avec votre patient ? »

Enfin, nous avons demandé aux MT sondés si, à leur connaissance, la FUP CHU avait été utilisée au cours de la prise en charge en ville de leur patient.

Une nette majorité des MT déclarait qu'elle avait été utilisée (58%, n = 11).

Nous leur avons demandé comment cette fiche avait été utilisée pour leur patient.

Il était possible de sélectionner plusieurs réponses ; le nombre d'items sélectionnés par médecin variait de 1 à 4, avec une médiane de 1.

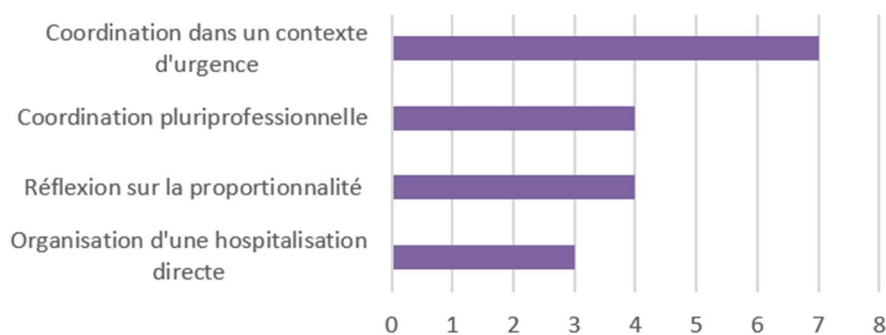


Figure 11 : Utilisation de la FUP CHU au domicile

Le fait que la FUP CHU avait été utilisée comme support de coordination avec les autres acteurs de premier recours dans une situation d'urgence réelle ou ressentie

était l'item le plus sélectionné (n = 7) ; puis comme support de coordination avec les autres professionnels de santé libéraux intervenant auprès du patient (n = 4) et comme support de réflexion sur la proportionnalité des soins (n = 4).

Enfin, 3 des médecins sondés ont indiqué que la FUP CHU avait été utilisée pour organiser une hospitalisation directe.

2.1.3. Modification de la FUP CHU par le MT

Nous avons souhaité savoir si les médecins traitants sondés avaient été amenés à modifier ou actualiser la FUP rédigée au CHU, au cours de la prise en charge au domicile du patient.

Aucun des médecins sondés n'a rapporté l'avoir modifiée ni actualisée : 84 % déclaraient ne pas l'avoir modifiée ou actualisée (n = 16) et 3 médecins ont répondu que la question n'était pas pertinente pour la situation de leur patient ou qu'ils ne savaient pas (16%).

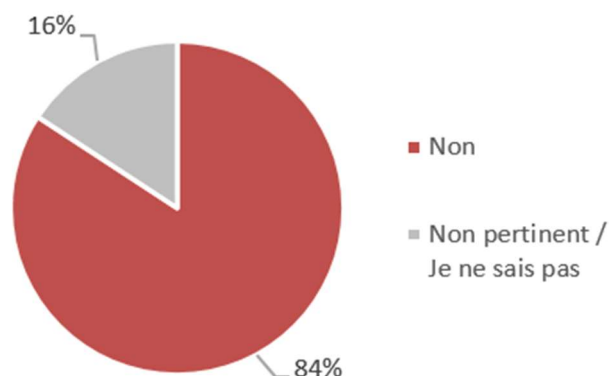


Figure 12 : « Au cours de la prise en charge de votre patient, avez-vous été amené à modifier et/ou actualiser cette fiche ? »

Nous avons ensuite interrogé les MT qui déclaraient ne pas l'avoir modifiée ni actualisée sur les raisons pour lesquelles ils ne l'avaient pas fait.

Il était possible de sélectionner plusieurs réponses ; le nombre d'items sélectionnés par médecin variait de 1 à 2, avec une médiane de 1.

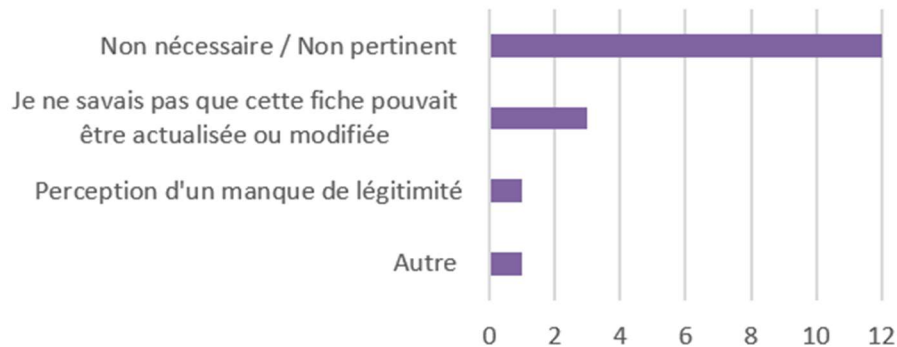


Figure 13 : « Pour quelles raisons n'avez-vous pas modifié ou actualisé cette fiche ? »

Le fait qu'ils n'estimaient pas que cela soit nécessaire ou pertinent dans la situation de leur patient était l'item le plus sélectionné (n = 12).

Ensuite, 3 médecins ont indiqué qu'ils ne savaient pas que cette fiche pouvait être modifiée ou actualisée.

Enfin, un médecin a indiqué percevoir un manque de légitimité à intervenir sur ce type de document et un autre qu'il n'avait pas accès directement à la FUP CHU.

2.2. Médecins n'ayant pas eu connaissance de la FUP rédigée au CHU

Nous avons interrogé les 17 médecins traitants qui déclaraient ne pas avoir eu connaissance de la FUP rédigée au CHU pour l'un de leur patient.

Nous souhaitions savoir si ces médecins avaient déjà rencontré l'outil Fiche Urgence Pallia au cours de leur exercice, dans un autre contexte.

Près de deux tiers déclaraient ne pas avoir rencontré cet outil (65 %, n = 11) ; un peu plus d'un tiers d'entre eux avait rencontré une FUP rédigée par un autre médecin pour l'un de leurs patients (35 %, n = 6).

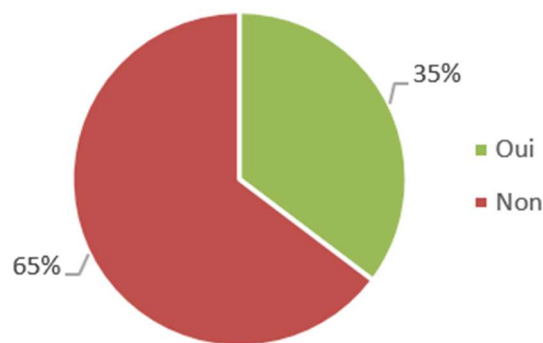


Figure 14 : « Avez-vous déjà rencontré au cours de votre exercice, la Fiche Urgence Pallia rédigée pour l'un de vos patients par un autre médecin ? »

Nous avons ensuite demandé aux médecins sondés s'ils avaient eux-mêmes rédigé une FUP pour l'un de leurs patients.

Un seul médecin rapportait avoir rédigé lui-même une FUP au cours de son exercice.

3. Perception de l'outil Fiche Urgence Pallia par les médecins traitants

Cette partie s'intéressait à l'avis de l'ensemble des médecins généralistes sondés sur l'outil Fiche Urgence Pallia en général.

Elle débutait par une brève présentation de cet outil de coordination et quelques informations sur son utilisation en pratique.

Dans cette partie du questionnaire, nous demandions aux médecins sondés de se positionner par rapport à plusieurs affirmations à l'aide d'une échelle de Likert à 4 points : « Pas du tout d'accord », « Pas d'accord », « D'accord », « Tout à fait d'accord ».

Un encart de texte libre, facultatif, permettait aux sondés de préciser leur réponse.

Les autres questions étaient formulées sous forme de Questions à Réponses Multiples.

Les commentaires libres n'ont pas fait l'objet d'une analyse qualitative mais ont été examinés de manière descriptive pour identifier des thèmes ou éléments récurrents, afin d'enrichir les résultats quantitatifs.

3.1. Transmission au médecin traitant

Nous avons demandé aux médecins sondés si, selon eux, le médecin traitant devrait être informé lorsqu'une Fiche Urgence Pallia est rédigée pour l'un de ses patients.

La totalité des médecins se positionnait en faveur de cette affirmation. Près de trois quart d'entre eux disaient être *tout à fait d'accord* (72%, n = 26) et un peu plus d'un quart *d'accord* (28%, n = 10).

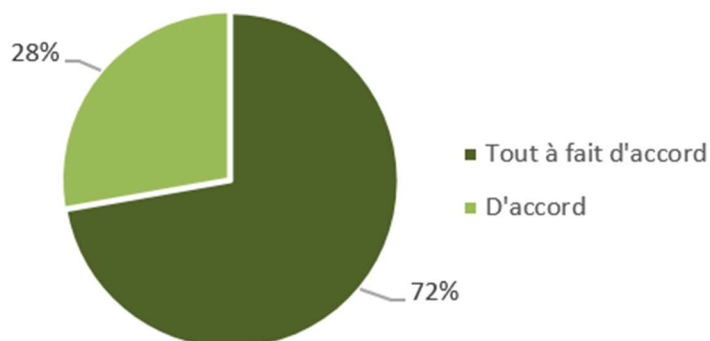


Figure 15 : Le médecin traitant devrait être informé lors de la rédaction d'une Fiche Urgence Pallia pour l'un de ses patients

Les commentaires libres soulignaient tout d'abord l'importance de la **coordination** ville-hôpital : « *pour maintenir un lien avec l'hôpital, il me semble indispensable d'en être avertie. Sinon, encore une fois, on a l'impression d'être mis de côté et de ne pas faire partie de l'équipe, ce qui est très déplaisant et surtout, mauvais pour l'intérêt du patient.* ».

Il était également mentionné l'implication du médecin traitant en **premier recours** dans la situation d'un patient en prise en charge palliative au domicile : « *souvent appelé en 1^e recours en cas d'aggravation aiguë avant une éventuelle hospitalisation ou soins de confort au domicile* ».

La connaissance globale du patient par le **médecin traitant** était aussi mise en avant « *le medecin traitant connaît le patient depuis des années , aussi bien au quotidien que dans des situations graves et serait à même d'apprécier la perspicacité de la fiche* ».

Enfin, le rôle de « **médecin de famille** » et la nécessité d'accompagner au mieux les proches du patient concerné : « *le médecin traitant, même si le patient est suivi par le*

spécialiste , est souvent le premier recours de la famille pour les explications de l'état clinique, des soins apportés, des suites attendues. ».

Nous avons ensuite interrogé les médecins sondés sur les méthodes à privilégier selon eux pour informer le médecin traitant, lorsqu'une Fiche Urgence Pallia est rédigée pour l'un de ses patients.

Nous demandions à chaque médecin sondé de choisir ses 3 propositions préférées.

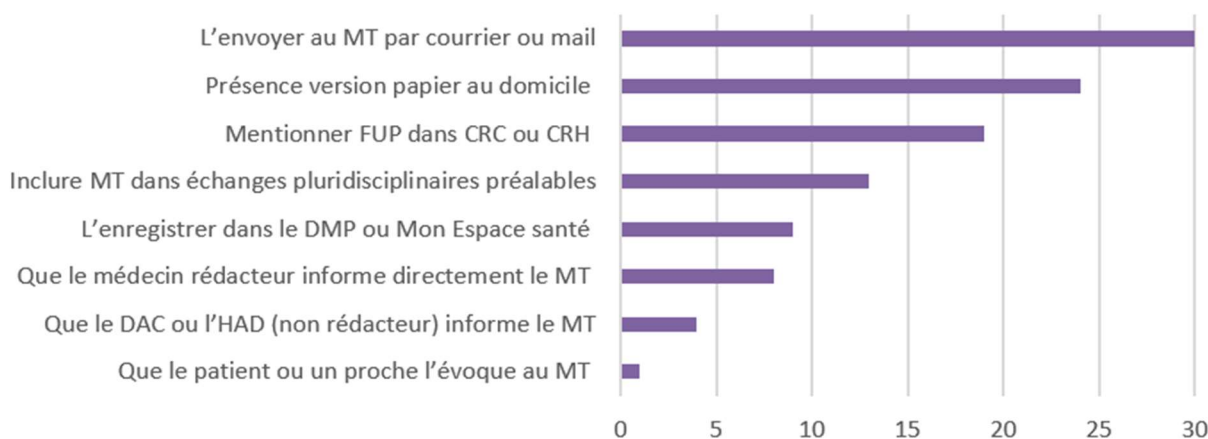


Figure 16 : Méthodes à privilégier pour informer le médecin traitant de la FUP

L'envoi de la FUP par courrier ou mail sécurisé était l'item le plus fréquemment sélectionné (n = 30) ; puis la présence d'une version papier de cette FUP au domicile du patient (n = 24) et le fait de mentionner la FUP dans le compte-rendu de consultation ou d'hospitalisation (n = 19).

Ensuite, 13 médecins sondés ont sélectionné que le médecin traitant devrait être inclus dans les échanges pluridisciplinaires préalables à la rédaction de la FUP ; 9 que la FUP devrait être enregistrée dans le Dossier Médical Partagé ou sur Mon Espace santé du patient ; 8 que le médecin rédacteur de la FUP devrait informer directement le médecin traitant du patient.

Enfin, les items les moins fréquemment sélectionnés étaient que le Dispositif d'Appui à la Coordination ou l'Hospitalisation A Domicile (non rédacteur de la FUP, mais intervenant également auprès du patient) devrait en informer le médecin traitant (n = 4) et le fait que le patient ou un proche évoque la FUP au médecin traitant (n = 1).

3.2. Pertinence de l'outil Fiche Urgence Pallia

Nous souhaitions connaître la perception par les médecins généralistes sondés de l'outil Fiche Urgence Pallia en général dans la prise en charge d'un patient en situation palliative.

Nous avons tout d'abord demandé aux médecins sondés si la Fiche Urgence Pallia leur semblait être un support de réflexion pertinent concernant l'anticipation des complications et la prise en charge globale du patient.

La totalité des médecins se positionnait en faveur de cette affirmation. Près de deux tiers d'entre eux disaient être *d'accord* (61%, n = 22) et plus d'un tiers *tout à fait d'accord* (39%, n = 14).

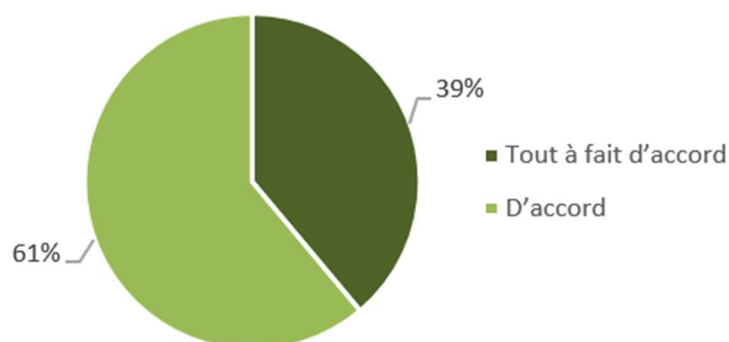


Figure 17 : La FUP vous semble être un support pertinent de réflexion concernant l'anticipation des complications et la prise en charge globale du patient

Les commentaires libres valorisaient le caractère **exhaustif** et **synthétique** de la FUP : « *Tous les éléments nécessaires à l'information des décisions à prendre quant au patient sont mentionnés* ».

Le fait qu'elle pouvait permettre de mieux **anticiper** en établissant un plan de soins et en identifiant un ou plusieurs médecins et/ou services référents était également cité : « *plan de soins établi, ce qui évite des errances et une perte de temps* » « *personne à contacter dans le service; Avoir la garantie qu'on a un " parcours fléché" si besoin, ce qui évite des appels à des personnes non concernées ou non informées [...]* ».

Nous avons ensuite demandé aux médecins sondés si la Fiche Urgence Pallia leur semblait être un support pertinent pour la transmission d'informations aux médecins de premier recours dans un contexte d'urgence.

La quasi-totalité des médecins se positionnait en faveur de cette affirmation. La moitié d'entre eux disait être *tout à fait d'accord* (50%, n = 18) et près de la moitié *d'accord* (47%, n = 17). Un seul médecin disait n'être *pas d'accord*.

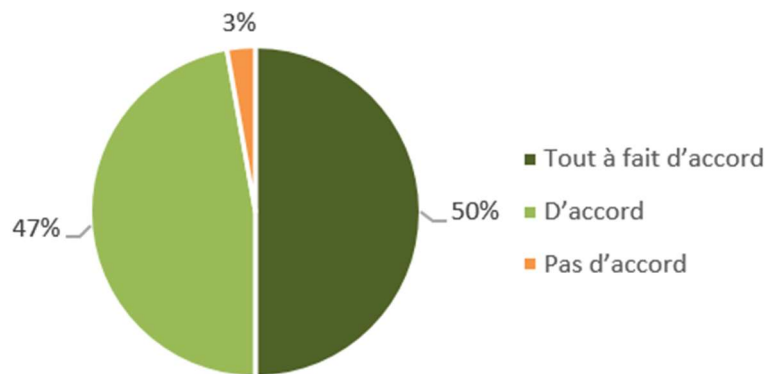


Figure 18 : La FUP vous semble être un support pertinent pour la transmission d'informations aux médecins de premier recours dans un contexte d'urgence

Les commentaires libres valorisaient à nouveau le caractère **exhaustif** et **synthétique** de la FUP : « *idem.* ».

L'élément qui était le plus fréquemment mentionné était la possibilité d'y établir un **plan de soins** en amont et d'y identifier des médecins et/ou services référents : « *plan de soins établi* », « *savoir si il y a possibilité d'hospi directe ou traitement à prescrire en ville (pompe à morphine, hypnovel...)* ».

Dans l'objectif d'aider les médecins de premiers recours à prendre les **décisions les plus adaptées** à la situation médicale du patient et aux souhaits exprimés par celui-ci : « *pour éviter des gestes de réanimations invasives qui pourraient être délétère dans certain situations suivi de problème éthiques* », « *respecte les souhaits du patient* ».

Enfin, nous avons demandé aux médecins sondés si la Fiche Urgence Pallia leur semblait être un support de discussion intéressant avec un patient en situation palliative concernant ses souhaits pour sa fin de vie.

Plus des trois quarts des médecins se positionnaient en faveur de cette affirmation. La moitié d'entre eux disait être *d'accord* (50%, n = 18) et près d'un tiers *tout à fait d'accord* (31%, n = 11). En revanche, 7 médecins disaient n'être *pas d'accord* (19%).

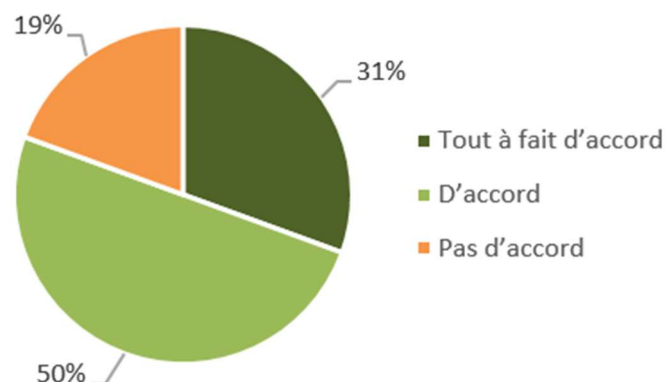


Figure 19 : La FUP vous semble être un support de discussion intéressant avec un patient en situation palliative concernant ses souhaits pour sa fin de vie

Les commentaires libres formulés par les médecins en accord avec l'affirmation mentionnaient que la FUP pouvait permettre d'**échanger** avec le patient de ses souhaits concernant sa fin de vie : « *prétexte pour en parler* ».

Un médecin notait que cela pouvait être utile plus tard au cours de la prise en charge, notamment en cas de désaccord ou incompréhension de l'entourage : « *les proches peuvent nous induire en erreur dans certains cas , et ce document aide à suivre les reco du patient et de l'équipe de soins pall* ».

Des médecins en désaccord avec l'affirmation mentionnaient que cet outil FUP leur semblait trop anxiogène ou technique pour être utilisé comme support d'échange avec le patient sur ce sujet : « *je trouve ce type de fiche assez angoissant si exposé comme check-list [...]* », « *[...] noter en courtes annotations le recours ou pas à certaines thérapeutiques, peut paraître "abrupte" pour certains patients* ».

Certains disaient aussi que cet outil ne leur semblait pas correspondre à leur fonctionnement habituel pour ce type de prises en charge : « *sujets à aborder progressivement avec le patient [...]* », « *C'est une réflexion à mener en plusieurs étapes* », « *La discussion s'est en général faite en amont de la rédaction de la fiche* ».

Un médecin notait cependant qu'il pourrait discuter du contenu de la FUP avec son patient après que celle-ci ait été rédigée par un autre médecin : « *pour affiner les [c]hoses en temps que medecin traitant , mais la base étan faite par le medecin rédacteur* ».

3.3. Freins et leviers à la modification ou rédaction d'une Fiche Urgence Pallia en tant que MT

Nous avons d'abord demandé aux médecins généralistes sondés quelles difficultés ils pensaient rencontrer pour modifier ou rédiger une Fiche Urgence Pallia, en tant que médecin traitant.

Il était possible de sélectionner plusieurs réponses ; le nombre d'items sélectionnés par médecin variait de 0 à 6, avec une médiane de 2.

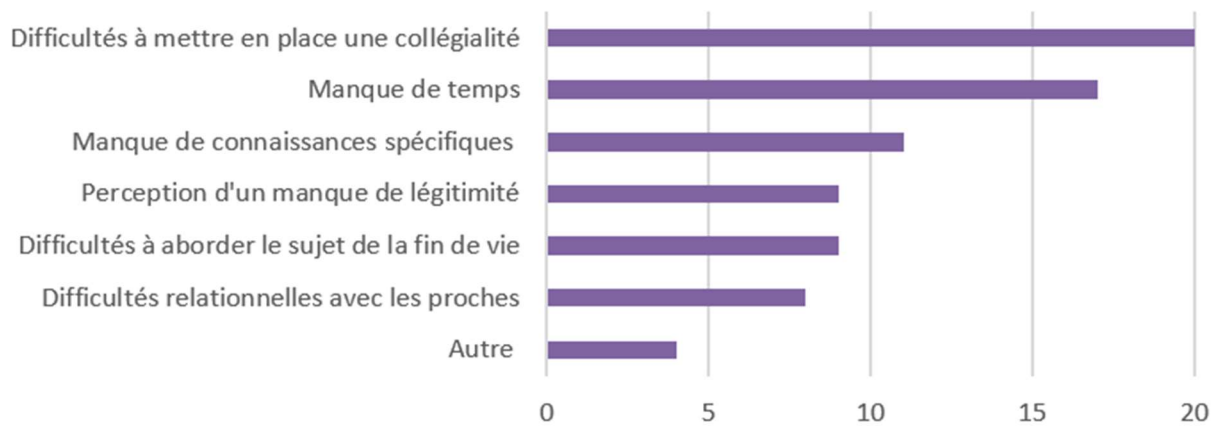


Figure 20 : Difficultés pour modifier ou rédiger une FUP en tant que MT

La difficulté à mettre en place une collégialité pour la prise de décisions était l’item le plus fréquemment sélectionné (n = 20) ; puis le manque de temps (n = 17) et le manque de connaissances spécifiques concernant la pathologie du patient et/ou les modalités de réanimation (n = 11).

Ensuite, 9 médecins sondés ont sélectionné la perception d'un manque de légitimité à rédiger ou modifier une FUP et 9 la difficulté d’aborder le sujet de la fin de vie ; 8 l’existence de difficultés relationnelles avec la famille ou l’entourage du patient.

Parmi les 4 médecins qui ont sélectionné l’item « Autre » : un notait que cet outil ne lui semblait pas adapté à sa pratique habituelle ; un que cet outil lui semblait trop spécifique au milieu hospitalier ; un notait la difficulté à s’adapter au niveau de littératie du patient pour échanger avec celui-ci du contenu de la FUP ; un le fait que cet outil ne soit pas dématérialisé.

Aucun médecin n’a sélectionné l’item « Sentiment d’échec ou de culpabilité en lien avec la prise en charge » qui était également proposé.

Nous avons ensuite demandé aux médecins généralistes sondés quels éléments pouvaient faciliter le fait de modifier ou rédiger une Fiche Urgence Pallia, en tant que médecin traitant.

Il était possible de sélectionner plusieurs réponses ; le nombre d'items sélectionnés par médecin variait de 0 à 6, avec une médiane de 3.

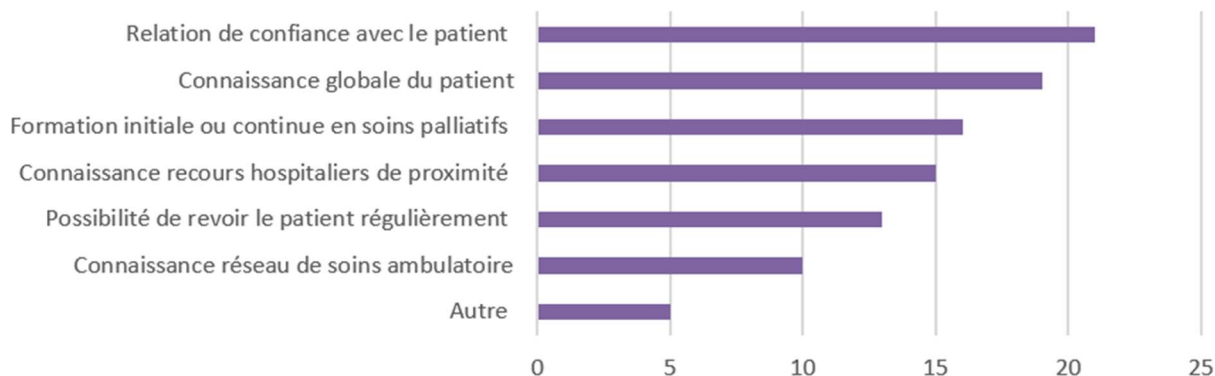


Figure 21 : Facilités pour modifier ou rédiger une FUP en tant que MT

L'existence d'une relation de confiance entre le patient et son MT était l'item le plus fréquemment sélectionné (n = 21) ; puis la connaissance globale du patient (suivi médical complet, souhaits concernant sa prise en charge et sa fin de vie, ...) et de son contexte (cadre de vie, famille ou entourage, ...) (n = 19), et le fait d'avoir une formation initiale ou continue en soins palliatifs (n = 16).

Ensuite, 15 médecins sondés ont sélectionné la connaissance des lieux de recours hospitaliers de proximité ; 13 la possibilité de revoir le patient régulièrement ; 10 la connaissance et/ou les échanges plus faciles avec le réseau de soins ambulatoire de proximité du patient (pharmacie, IDEL, auxiliaire de vie, kiné ...).

Parmi les 5 médecins qui ont sélectionné l'item « Autre » : deux insistaient sur le fait que plusieurs des items proposés constituaient selon eux l'essence même du travail du médecin traitant ; un notait la possibilité d'organiser une « *réunion collégiale avec la famille et le patient* » ; un d'avoir un « *accès facile à un avis par une équipe de soins palliatifs mobile* » et un souhaiterait une version dématérialisée de l'outil FUP.

Un médecin n'a sélectionné aucun item et exprimait que cet outil lui semblait être adapté à une structure hospitalière de type HAD plutôt qu'au MT.

3.4. Appropriation de l'outil Fiche Urgence Pallia

Enfin, nous souhaitions savoir si les médecins généralistes sondés envisageraient, à l'avenir, de rédiger une première Fiche Urgence Pallia ou de modifier une Fiche Urgence Pallia préexistante dans le cadre de la prise en charge de l'un de leurs patients en situation palliative, si sa situation le justifiait.

Plus des trois quarts des médecins sondés répondaient favorablement. Parmi eux, un tiers disait envisager à la fois de rédiger et de modifier une FUP (33%, n = 12) ; un peu moins d'un tiers uniquement de modifier une FUP préexistante (31%, n = 11) et 17% uniquement de rédiger une première FUP (n = 6).

7 médecins disaient n'envisager ni l'un ni l'autre (19%). Parmi eux, l'un exprimait estimer avoir des connaissances insuffisantes sur les thérapeutiques spécifiques utilisées en soins palliatifs du fait d'un usage peu fréquent de celles-ci ; un autre qu'il privilégierait un échange oral direct avec un médecin de l'équipe de soins palliatifs.

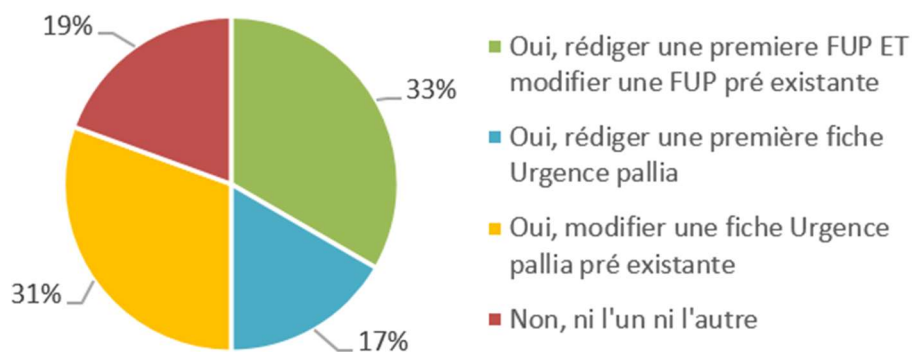


Figure 22 : « A l'avenir, envisageriez-vous de rédiger ou modifier une FUP ? »

DISCUSSION

1. Discussion des principaux résultats

Avec l'allongement de l'espérance de vie combinée aux progrès médicaux et à un meilleur repérage des situations relevant d'une démarche palliative, une augmentation du nombre de prises en charge palliatives est attendue, ainsi qu'une complexification de celles-ci du fait de la plus grande fréquence de poly-pathologies chroniques.

La généralisation d'un document de liaison de type Fiche Urgence Pallia pour les patients en situation palliative au domicile afin de faciliter la coordination en situation d'urgence a été préconisée dans plusieurs rapports. (16, 17, 18)

Cependant, depuis la création de l'outil FUP nationale, malgré le fait que de nombreux travaux ont montré que celui-ci était bien accepté et jugé utile par les médecins généralistes (21, 22, 23, 24, 25) comme urgentistes (26, 27), et qu'il pouvait impacter positivement la prise en charge des patients en situation palliative (24), cet outil reste trop peu connu et utilisé (21, 22, 28), avec une forte disparité territoriale.

Nous avons donc souhaité interroger les médecins traitants des patients pour lesquels une FUP a été rédigée au CHU de Lille, afin d'abord de connaître le parcours de cette fiche au domicile, puis d'explorer leurs perceptions de l'outil FUP en général.

Parcours de la FUP CHU au domicile

Nous n'avons pas la possibilité dans notre étude d'obtenir l'information de l'envoi effectif ou non de la FUP au MT à partir de l'étude des dossiers médicaux informatisés du CHU de Lille. Il est intéressant de noter que les FUP recueillies sur la période d'intérêt provenaient de différents services du CHU (services de médecine ou chirurgie, soins intensifs, USP), avec des fréquences de prises en charge palliatives par les équipes et des degrés d'acculturation aux soins palliatifs variables. Certaines de ces FUP ont été rédigées sur proposition de l'EMASP (EMSP du CHU de Lille). Il

est possible que ces éléments aient pu influencer la communication de la FUP ou non au MT, sans que nous ayons eu la possibilité de l'étudier dans ce travail.

Néanmoins, concernant la FUP rédigée au CHU pour l'un de leur patient, un peu plus de la moitié des médecins traitants sondés déclarent en avoir eu connaissance.

Ce résultat est légèrement supérieur à celui retrouvé dans la thèse de PINOT C. (41%), qui avait interrogé les MT des patients concernés par les FUP enregistrées par les SAMU de Normandie en 2020. (24)

Une nette majorité des MT ont lu la FUP CHU, ce qui semble témoigner de l'intérêt des MT pour ce document et les informations qu'il contient.

Malgré cela, un peu plus de la moitié des MT n'ont pas discuté de la FUP CHU ni de son contenu avec leur patient. On peut s'interroger sur les raisons de cette absence de dialogue, d'autant que plus de trois quarts de l'ensemble des MT sondés s'accordaient à considérer que l'outil FUP était un support de discussion intéressant avec un patient en situation palliative concernant ses souhaits pour sa fin de vie.

On retrouve cette ambivalence dans le travail de TZIVANIS T., qui notait que « *pour tous les médecins connaissant la FUP, elle permet de discuter avec le patient [...] bien que cela reste un sujet complexe qui provoque souvent un « malaise »* ». (21)

Il est aussi possible que cela soit influencé ici par le fait que le MT ne soit pas le rédacteur de la FUP CHU et par le contexte de la rédaction de ces FUP : sortie d'hospitalisation pour une majorité d'entre elles, avec pour certains patients un décès possible dans une temporalité courte, un patient fragile évoluant vite et devenant peu ou non communiquant. La thèse qualitative de CLEMENT S. réalisée auprès de MG ayant utilisé une FUP, retrouvait dans un des entretiens que « *il n'est pas rare que le patient soit peu investi dans le remplissage [de la FUP] au moment où il est très symptomatique* ». (25)

D'ailleurs, dans notre étude aucun des MT sondés n'avait modifié ou actualisé la FUP CHU au cours de la prise en charge au domicile, en premier lieu parce que cela n'était pas nécessaire ou pertinent selon eux dans la situation de leur patient. De façon plus marginale, quelques MT disaient qu'ils ne savaient pas que la FUP pouvait être

modifiée ou actualisée, et un qu'il ne se sentait pas légitime à intervenir sur ce document.

Dans le travail de CLEMENT S. « *les médecins interrogés n'ont pas réévalué la FUP par choix, par oubli, ou parce que le pronostic vital ne l'a pas permis* » (25). En effet, concernant le pronostic des patients concernés par une FUP, PINOT C. retrouvait que « *le décès survenait en moyenne 84 jours (médiane = 27 jours) après la rédaction de la FUP, avec des extrêmes de 1 à 667 jours.* ». (24)

Enfin, nous avons mis en évidence que dans une nette majorité (58%) des cas, la FUP CHU avait été utilisée au cours de la prise en charge au domicile selon le MT. L'utilisation la plus souvent rapportée était celle de support de coordination avec les autres acteurs de premiers recours dans une situation d'urgence.

Cela semble suggérer à la fois que la FUP est utile quand elle est mise en place et qu'elle est prise en compte dans les soins de premiers recours en urgence.

Les travaux de PINOT C. et MADOUMIER M-C. montraient effectivement un impact positif de la FUP en ce qui concerne le respect de la volonté des patients quant à leur souhait de décès au domicile et de ne pas être hospitalisé (24, 29). La thèse de ARNAUD L., qui a exploré la perception de l'outil FUP par les médecins régulateurs du SAMU Aquitaine montrait également que « *sur les médecins ne connaissant pas la FUP, on retrouve 93,3% des sondés qui seraient intéressés par cet outil* ». (27)

De façon intéressante, l'utilisation de la FUP CHU comme support de coordination dans une situation d'urgence n'était pas le seul usage rapporté par les MT sondés : ils rapportaient aussi qu'elle avait été utilisée comme support de coordination avec les autres professionnels de santé libéraux intervenant dans la prise en charge, comme support de réflexion sur la proportionnalité des soins et pour organiser une hospitalisation directe.

Cela montre que cet outil dépasse sa fonction initiale de document de transmission d'informations pour la coordination entre médecins en situation d'urgence et qu'il peut servir plusieurs fonctions en usage réel.

Le travail de CLEMENT S. rapportait également différentes utilisations de la FUP chez les MG interrogés : comme support de communication dans le cadre de l'urgence,

mais aussi avec le patient et l'entourage afin d'évaluer l'état psychologique du patient et de l'entourage ainsi que la faisabilité du souhait de fin de vie au domicile, comme support de réflexion sur la proportionnalité et l'anticipation d'éventuelles complications. (25)

Connaissance et perception de l'outil FUP par les MG

Concernant la connaissance de l'outil FUP, les travaux précédents réalisés auprès de médecins généralistes retrouvaient des taux entre 12% et 26%. (21, 22)

Dans notre étude, nous n'avons pas interrogé directement les médecins sondés sur leur connaissance de l'outil FUP avant de participer à notre étude. Nous avons néanmoins mis en évidence que 69 % (n = 25) des médecins sondés avaient rencontré l'outil FUP dans le cadre de la prise en charge de l'un de leur patient.

En comparaison, une étude réalisée en 2021 auprès de médecins généralistes répartis harmonieusement sur les 5 départements des Hauts-de-France retrouvait que 12% (30/243) d'entre eux connaissaient l'existence de la FUP, dont seulement 2 exerçaient dans le Nord et le Pas-de-Calais (21). On pourrait donc émettre l'hypothèse que la FUP est mieux connue en 2025 qu'en 2021 par les médecins généralistes des Hauts-de-France et particulièrement par ceux du Nord et du Pas-de-Calais, puisque 79 des 80 médecins généralistes de notre population source exerçaient dans l'un de ces deux départements. Bien sûr, le fait qu'il existait dans notre étude une FUP pour au moins l'un des patients des MG de notre échantillon, sans que l'on n'ait cependant de certitude sur le fait qu'elle leur ait été effectivement envoyée, doit nous amener à considérer cette hypothèse avec prudence.

L'ensemble des MT sondés estimait que le médecin traitant devrait être informé de la rédaction d'une FUP pour l'un de ses patients, témoignant du fait que les MT estiment avoir une place centrale dans la coordination et la continuité des soins.

Dans le travail de PINOT C. on retrouvait également que les MT interrogés appréciaient d'avoir été informés de la rédaction de la FUP ou d'y avoir participé. Cette implication était perçue comme un élément facilitant les échanges des MT avec les

référents hospitaliers, et leur permettant de participer activement aux prises de décisions. (24)

Les MT sondés jugeaient que la FUP était un outil pertinent pour réfléchir à l'anticipation de complications et à la prise en charge globale du patient, et pour transmettre des informations aux médecins de premier recours dans un contexte d'urgence. Ces notions étaient également retrouvées dans de nombreux travaux sur la perception de la FUP par les médecins généralistes (21, 22, 24, 25), et vont dans le sens des recommandations formulées par l'HAS (16) et l'IGAS (18).

Lien ville-hôpital

La communication entre la ville et l'hôpital est un enjeu ancien et un élément crucial pour assurer une prise en charge de qualité sans rupture de suivi ni perte d'informations. Ce lien ville-hôpital est encore plus délicat dans le contexte des soins palliatifs, car les patients sont fragiles et leur état de santé peut évoluer rapidement, les prises en soins souvent multidisciplinaires et les enjeux éthiques parfois importants.

Dans notre étude, parmi les MT déclarant avoir eu connaissance de la FUP du CHU, la moitié n'y avait pas accès lors de la première consultation ou visite à domicile réalisée après la date de rédaction de cette fiche.

Ce constat s'inscrit dans la problématique de continuité des soins en sortie d'hospitalisation. En effet, la revue de la littérature de CLANET et al. montrait que plus de deux-tiers des médecins généralistes déclaraient ne pas avoir eu le CRH à disposition lors de la première consultation (30). Cette problématique était aussi mise en évidence dans le travail de HURTAUD A. qui notait que le retard à la réception du courrier de sortie ou un courrier incomplet sont associés à un risque de réhospitalisation précoce, particulièrement concernant les patients âgés. (31)

Quand on interroge ces MT sur le ou les moyens par lesquels ils ont eu connaissance de cette FUP rédigée au CHU, les propositions les plus fréquemment sélectionnées sont des moyens indirects : par l'EHPAD ou l'établissement de résidence du patient, puis par le DAC ou l'HAD intervenant également auprès du patient et par la présence d'une copie papier de la FUP au domicile du patient.

Or, interrogés sur les moyens de communiquer la FUP au MT à privilégier selon eux, les MG sondés sélectionnent le plus fréquemment l'envoi de la FUP au MT par courrier ou mail, la présence d'une copie papier de la FUP au domicile, le fait de la mentionner dans le compte-rendu de consultation ou d'hospitalisation, puis le fait d'inclure le MT dans les échanges pluridisciplinaires préalables à la rédaction de la FUP et ensuite le fait de l'enregistrer dans le DMP.

On retrouve ici aussi la présence d'une copie papier au domicile : cela semble confirmer que ce moyen de communiquer la FUP est adapté, notamment dans le cadre de soins au domicile. En effet, en visite au domicile les médecins généralistes n'ont pas tous accès à leur dossier informatisé et ce moyen présente l'avantage de faciliter la coordination entre différents intervenants, dans le cadre de l'urgence ou non. (25) De manière intéressante, concernant les médecins régulateurs et urgentistes, interrogés dans le travail de PAYEUR C. ils préconisaient également la présence d'une copie papier de la FUP auprès du patient, associée à l'hébergement de sa version dématérialisée au sein du logiciel métier (26). En effet les différents acteurs intervenants dans le cadre de l'urgence n'ont pas toujours accès à la FUP dématérialisée ou en tout cas pas dans sa version intégrale au moment de la régulation ou d'une intervention au domicile. Cela est lié à une problématique d'interopérabilité entre logiciels et au fait que l'association d'un patient à sa FUP préalablement enregistrée dans le logiciel de régulation est possible uniquement si l'appel au SAMU est effectué depuis le numéro de téléphone de ce patient (« numéro remarquable »).

Par ailleurs, on observe que les MT sondés sélectionnent en premier des moyens de communication davantage directs mais qui ne nécessitent pas d'appel téléphonique : mail ou courrier, mention dans le compte-rendu hospitalier. On peut supposer que ces deux propositions s'intègrent bien dans l'organisation habituelle d'un médecin exerçant en cabinet libéral, avec une plage de temps dédiée chaque jour à la prise de connaissance des courriers reçus, en dehors des temps de consultations.

Le fait d'inclure le MT dans les échanges pluridisciplinaires arrive en 4^{ème} position : cela témoigne du souhait d'implication plus important de certains MT, tout en reconnaissant que cela est parfois difficile à mettre en place. Cela est aussi retrouvé dans le travail de DAZELLE J. concernant le lien ville-hôpital dans le cadre de la fin de vie : « *[les MG] souhaiteraient être acteurs [de] ces discussions collégiales* » mais que « *le manque de médecin et la surcharge de travail entravent [leur] mise en place* ». (32)

L'enregistrement dans le DMP n'arrive qu'en 5^{ème} position, ce qui suggère que les MG s'emparent encore peu de cette plateforme dans le cadre de la coordination ville-hôpital.

Le DMP (avec son interface correspondante destinée aux patients « Mon espace santé ») présente l'avantage de centraliser les documents et informations de santé importantes sur une seule plateforme commune, en théorie accessible par tout médecin avec l'accord du patient et consultable par un médecin urgentiste dans le cas où le patient serait dans l'incapacité d'y consentir.

Cependant actuellement le DMP reste sous-utilisé par les médecins généralistes du fait de difficultés techniques : lenteur d'accès à la plateforme, problématique d'interopérabilité entre logiciels professionnels, interface médicale non ergonomique (33). De leur côté, les médecins régulateurs et hospitaliers y accèdent peu pour des raisons organisationnelles (26).

Pour renforcer la coordination ville-hôpital dans le contexte des soins palliatifs et dans le cadre des prises en charge palliatives au domicile, il semble donc utile que les MG puissent s'approprier l'outil FUP.

Dans notre travail, 81% des MG sondés envisageraient d'utiliser la FUP à l'avenir, soit pour en rédiger une première, soit pour en modifier une pré-existante, soit pour les deux. Ces résultats sont proches de ceux retrouvés dans les travaux de TZIVANIS T. (88,2%) et DANOS M. (84%). (21, 22)

Notre travail a aussi permis de mettre en évidence des freins et leviers à l'appropriation de cet outil FUP par les MG.

Parmi les freins, on retrouve en premier la difficulté à mettre en place une collégialité, puis le manque de temps et ensuite le manque de connaissances spécifiques concernant la pathologie du patient et/ou les modalités de réanimation.

Dans le travail de DANOS M., la difficulté à communiquer avec les médecins hospitaliers et le manque de temps étaient également cités comme principaux freins à l'utilisation de la FUP. (22)

Les prises en charge de patients en situation palliative au domicile par le médecin traitant représentent une part faible de leurs activités : on retrouve dans notre étude une médiane de 3 patients suivis sur les 12 derniers mois, ce qui est cohérent avec les moyennes retrouvées dans d'autres travaux (17, 18, 22, 34, 35). Cependant, ces situations constituent une charge de travail et émotionnelle importante pour le médecin traitant (19). L'isolement ressenti par le médecin traitant est une difficulté fréquemment évoquée vis-à-vis de ces prises en charge et peut alourdir la charge émotionnelle associée à celles-ci. La mise en place d'une collégialité, lorsqu'elle est nécessaire sur le plan médical ou du fait de difficultés relationnelles avec l'entourage, peut être complexe et repose sur la connaissance par le médecin traitant du réseau de proximité ambulatoire et hospitalier. Ces prises en charge sont aussi souvent décrites comme chronophages par les médecins traitants qui ont par ailleurs une charge de travail importante et une disponibilité limitée par l'organisation du cabinet libéral, surtout dans le contexte actuel de baisse de la démographie médicale. (17)

Parmi les leviers, on retrouve en premier la relation de confiance entre le patient et son MT, puis la connaissance globale du patient par son MT et ensuite le fait d'avoir une formation initiale ou continue en soins palliatifs.

La figure du « médecin de famille », attachée à la relation de confiance particulière qu'il peut exister entre le médecin traitant et un patient suivi régulièrement depuis plusieurs années, dont le médecin connaît le parcours médical mais également l'entourage et le contexte de vie, reste une représentation importante à la fois du côté des médecins et des patients et justifie le rôle de « pivot » de la prise en charge palliative au domicile attribué au MT, même si cette figure doit être nuancée par des évolutions sociétales et organisationnelles. (10, 17, 18)

Concernant la formation en soins palliatifs, TZIVANIS T. rapportait que l'impression d'un manque de formation constituait une difficulté à l'utilisation de la FUP pour 30% des médecins interrogés. (21)

Il est important de noter que, si depuis 1997 un enseignement des soins palliatifs doit être proposé en deuxième cycle des études médicales (36), la mise en place effective et le contenu de la formation initiale en soins palliatifs sont hétérogènes sur le territoire (37) et qu'elle n'est pas systématique au cours du troisième cycle. L'offre de formation continue en soins palliatifs est également variable et du fait du faible nombre de situations rencontrées en moyenne par an et par médecin généraliste, il est possible qu'elle ne soit pas toujours considérée comme une thématique de formation prioritaire. Il est donc crucial que les formations et les recommandations de pratiques de soins palliatifs en ville à destination des médecins traitants intègrent autant que possible des médecins généralistes dans leur conception, qu'elles soient synthétiques et pragmatiques, facilement accessibles et construites en lien avec l'offre de soins locale (38). Une amélioration de la formation initiale et continue en soins palliatifs ainsi qu'une diffusion de la démarche palliative pourrait permettre une meilleure appropriation de l'outil FUP notamment en renforçant la connaissance du cadre législatif qui affirme le droit du patient à s'opposer à toute investigation ou traitement et celui du médecin à limiter ou arrêter tout traitement à la demande du malade et au nom du refus de l'obstination déraisonnable. En effet la nécessité légale d'une procédure collégiale n'existe que pour quelques situations spécifiques (arrêt de traitement chez un patient hors d'état d'exprimer sa volonté ou mise en place d'une SPCJD). Le MT peut donc par exemple décider à la demande du patient et dans le contexte de la fin de vie de ne pas organiser de transfert aux urgences ni d'hospitalisation.

2. Forces et limites de l'étude

La méthode de notre travail est originale du fait que nous avons constitué notre population d'étude en identifiant les médecins traitants des patients concernés par la rédaction d'une FUP au CHU de Lille. Cela nous a permis d'avoir un retour concret sur le parcours de cette FUP CHU au domicile et son utilisation effective, et d'explorer la

perception de l'outil FUP par des médecins généralistes qui connaissaient au préalable cet outil pour 69% d'entre eux.

Ce pourcentage de connaissance de la FUP est nettement supérieur à ceux retrouvés dans les enquêtes quantitatives préexistantes réalisées auprès d'un échantillon de médecins généralistes sélectionnés aléatoirement. (21, 22, 23)

Nous avons contacté l'ensemble de notre population d'étude. Cela nous a permis de sonder des médecins généralistes aux pratiques variées, notamment en termes d'importance d'activité de soins palliatifs.

La diffusion du questionnaire s'est faite en ligne mais une version papier était également disponible si souhaitée, afin de ne pas exclure les médecins non ou peu informatisés.

Le taux de participation à notre étude est de 45%, ce qui est tout à fait satisfaisant en comparaison avec ceux d'autres travaux portant sur la même thématique. (21, 22, 23, 39)

Une force de notre travail est de s'inscrire concrètement dans une démarche de renforcement de la coordination entre la médecine de ville et l'hôpital, dans le contexte des soins palliatifs. En effet, la Dr Licia TOUZET, qui assure la direction de cette thèse, exerce au sein de la clinique de soins palliatifs du CHU de Lille et est médecin référent auprès de la Cellule d'Animation Régionale des Soins Palliatifs des Hauts-de-France.

Ce travail de thèse a été l'occasion d'un travail de recherche-action en sensibilisant les médecins sondés à l'outil FUP et en diffusant des explications sur son utilisation en pratique.

Cependant, notre étude présente un certain nombre de biais potentiels.

Une limite importante de notre étude était l'impossibilité de savoir si les FUP rédigées au CHU ont effectivement été envoyées aux MT des patients concernés ou non. Même pour les MT déclarant avoir été informé d'une FUP rédigée au CHU pour un de leur patient sur la période d'intérêt, l'absence d'autorisation de recueillir et diffuser l'identité des patients concernés dans le cadre de notre enquête a pu engendrer un biais de classement.

Ensuite, une des principales limites rencontrée au cours de ce travail était l'importance du biais de mémorisation.

Ce biais est inhérent aux études rétrospectives, cependant celui-ci a pu être majoré par le fait que les patients concernés par les FUP prises en compte dans notre étude relevaient d'une prise en charge spécialisée hospitalière, parfois importante notamment pour les patients atteints d'une pathologie oncologique, et par le fait que le moment de rédaction de la FUP CHU intervient souvent dans un contexte d'une situation palliative terminale et parfois d'un retour au domicile pour une fin de vie envisagée à court voire très court terme. (25)

Pour minimiser ce biais de mémorisation, nous avons fait le choix d'une période de recueil entre le 01/01/2022 et le 31/12/2024. La contrepartie de ce choix d'une période de recueil relativement courte étant d'avoir une population de MT moins conséquente pour cette étude.

Nous n'avons pas retrouvé de questionnaire validé pour l'évaluation du parcours de la FUP au domicile et de la perception de l'outil FUP par les MT. De ce fait, la construction du questionnaire s'est faite à partir de nos recherches bibliographiques et des résultats des études précédentes déjà effectuées sur ces thématiques.

Le questionnaire était auto-administré, ainsi, il existe un risque d'hétérogénéité de compréhension des questions. Nous l'avons atténué en soumettant ce questionnaire à plusieurs médecins avant le début de l'étude, afin de vérifier la bonne compréhension des questions.

La participation à l'étude était volontaire, de ce fait les médecins ayant répondu au questionnaire sont plus à même d'être intéressés par le sujet de la coordination ville-hôpital et des soins palliatifs, ce qui a pu constituer un biais de sélection.

Cette étude a été réalisée à partir des FUP recueillies sur le CHU de Lille uniquement, ce qui pose la question de la représentativité de la population source par rapport à la population cible des MT des patients concernés par la rédaction d'une FUP. Cela d'autant plus qu'il existe une forte hétérogénéité de l'offre de soins palliatifs sur le territoire et des pratiques de coordination ville-hôpital.

Le faible nombre de questionnaires exploitables n'a pas permis d'explorer l'ensemble des items de notre questionnaire ; en effet deux questions conditionnelles (questions « 7b) » et « 7c) ») n'ont pas été renseignées car aucun des MT sondés n'a déclaré avoir modifié la FUP CHU.

3. Perspectives

Un enjeu concernant l'outil FUP est celui de sa dématérialisation (21, 22, 26) : tout d'abord pour diminuer le caractère chronophage de son remplissage, notamment pour ce qui concerne les renseignements administratifs qui pourraient être pré-remplis de manière automatisée, et pour faciliter son actualisation par un autre médecin en cas de besoin. Mais aussi pour permettre son hébergement, à la fois dans les logiciels métiers et dans le DMP, afin d'améliorer sa transmission entre les différents acteurs de la prise en charge, dans le cadre du lien ville-hôpital et dans le contexte de l'urgence.

L'ajout d'une mention « La Fiche Urgence Pallia est actualisable par tout médecin en cas de modification importante de l'évolution de la maladie, les traitements ou des souhaits du patient » directement sur la FUP plutôt que de le préciser dans le guide

d'utilisation de la FUP pourrait faciliter l'appropriation de ce document par le médecin traitant dans les situations où cela est pertinent.

La généralisation de l'outil FUP doit s'appuyer sur des actions de formation initiale et continue auprès des médecins généralistes, urgentistes et hospitaliers, concernant l'outil FUP mais également la démarche palliative dans sa globalité et la poursuite du développement de plans de soins anticipés.

Le développement des filières régionales de soins palliatifs par les Cellules d'Animation Régionales de soins palliatifs doit également permettre une meilleure identification des besoins et des ressources de soins (USP, HDJ et consultations de soins palliatifs, EMSP, astreinte téléphonique pour avis consultatif), et optimiser la collaboration entre les différents acteurs (hôpital, HAD, médecin traitant, SMUR).

Près de 10 ans après de la création de l'outil FUP nationale, il serait intéressant d'étudier dans les Hauts-de-France l'impact de la rédaction d'une FUP sur les passages aux urgences, les hospitalisations non programmées et le lieu de décès des patients concernés, comme cela a déjà pu être fait dans d'autres régions. (24)

Cet outil a fait l'objet d'études qualitatives concernant sa perception par des médecins traitants (25) et régulateurs (26), et le vécu de sa rédaction pour un patient en situation palliative par l'aidant (40). Une étude similaire pourrait être conduite auprès de patients en situation palliative pour explorer leur vécu de la rédaction d'une FUP les concernant.

CONCLUSION

La coordination entre les différents acteurs de soins en ville et à l'hôpital intervenant auprès de patients en situation palliative est un enjeu crucial pour permettre de limiter les passages aux urgences et hospitalisations non souhaitables.

Les médecins traitants interrogés dans le cadre de notre travail considéraient que la FUP rédigée au CHU était un outil pertinent pour l'anticipation et pour la transmission d'informations à un médecin intervenant en urgence, mais des pistes sont à envisager pour poursuivre la généralisation de cet outil : sa dématérialisation et son hébergement dans le DMP, l'ajout d'une mention sur la FUP invitant à la modifier ou l'actualiser si nécessaire, des actions de formation des médecins généralistes et régulateurs, optimiser la connaissance et la collaboration entre les différentes ressources locales en soins palliatifs.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Centre national des soins palliatifs et de la fin de vie. Les Français et la fin de vie : sondage BVA réalisé par BVA Group. [Internet]. Centre national des soins palliatifs et de la fin de vie ; 2022 Oct. 46p. [cité le 18 fev 2026]. Disponible sur : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/sondage_fin_de_vie_-_bva_pour_le_cnspf.pdf
2. Cousin F, Gonçalves T, Carretier J, Dauchy S, Marsico G. Atlas des soins palliatifs et de la fin de vie en France. 3^e éd [Internet]. Centre national des soins palliatifs et de la fin de vie ; 2023. 128p. [cité le 18 fev 2026]. Disponible sur : <https://www.parlons-fin-de-vie.fr/wp-content/uploads/2023/03/atlas-2023.pdf>
3. Pennec S, Monnier A. Institut national d'études démographiques. Enquête sur la fin de vie en France [Internet]. Institut national d'études démographiques ; 2010 [cité le 18 fev 2026]. Disponible sur : <https://data.ined.fr/index.php/catalog/236>
4. Pennec S, Gaymu J, Monnier A, Riou F, Aubry R, Pontone S, et al. Le dernier mois de l'existence : les lieux de fin de vie et de décès en France. Population. 2013;68(4):585-615. doi:10.3917/popu.1304.0585
5. Ministère du travail, de la santé et des solidarités. Stratégie décennale des soins d'accompagnement : pour le renforcement des soins palliatifs, de la prise en charge de la douleur et de l'accompagnement de la fin de vie [Internet]. Ministère du travail, de la santé et des solidarités ; 2024 Avr [cité le 18 fev 2026]. Disponible sur : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_decennale_soins_d_accompagnement.pdf
6. Organisation mondiale de la santé. Soins palliatifs : Définition et organisation [Internet] OMS ; 2002 [cité le 18 fev 2026]. Disponible sur : <https://www.sfap.org/soins-palliatifs-fin-de-vie/sinformer-sur-les-soins-palliatifs/definitions/>
7. Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs (SFAP). Statuts modifiés et ratifiés par l'Assemblée Générale du 12 mars 2015 [Internet]. SFAP; 2015 Mar. 8p. [cité le 18 fev 2026]. Disponible sur : https://www.sfap.org/app/uploads/2025/05/ADMIN_SFAP_201510_Statuts.pdf
8. Institut national de la statistique et des études économiques. Bilan démographique 2024. [Internet]. Insee première ; 2025 Jan ; n°2033. [cité le 18 fev 2026]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/8327319?sommaire=8313983#titre-bloc-15>

9. Institut national de la statistique et des études économiques. 68,1 millions d'habitants en 2070 : une population un peu plus nombreuse qu'en 2021, mais plus âgée. [Internet]. Insee première ; 2021 Nov ; n°1881. [cité le 18 fev 2026]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5893969>
10. République Française. Circulaire du 26 août 1986 relative à l'organisation des soins et à l'accompagnement des malades en phase terminale [Internet]. Paris: Ministère des affaires sociales et de l'emploi ; 1986 Aou 26 [cité le 18 fev 2026]. Disponible sur : https://www.sfap.org/app/uploads/2025/05/TXTL_DGS_198608_Circulaire-Laroque_Organisation-SP.pdf
11. République Française. LOI n°99-477 du 9 juin 1999 visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs. Journal officiel de la République Française [Internet]. 1999 Juin [Cité le 18 fev 2026]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000212121/>
12. République Française. LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Journal officiel de la République Française [Internet] 2022 Mar [Cité le 18 fev 2026]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000227015/>
13. République Française. LOI n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie. Journal officiel de la République Française [Internet] 2005 Avr [Cité le 18 fev 2026]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000446240/>
14. République Française. LOI n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie. Journal officiel de la République Française [Internet] 2016 Fev [Cité le 18 fev 2026]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000031970253>
15. Paitraud D. Soins palliatifs en ville : mise à disposition effective de MIDAZOLAM MYLAN 5 mg/mL en officine [Internet]. VIDAL ; 2022 Mar [cité le 18 fev 2026]. Disponible sur : <https://www.vidal.fr/actualites/28796-soins-palliatifs-en-ville-mise-a-disposition-effective-de-midazolam-mylan-5-mg-ml-en-officine.html>
16. Haute Autorité de Santé. Comment améliorer la sortie de l'hôpital et favoriser le maintien à domicile des patients adultes relevant de soins palliatifs ? [Internet]. Haute Autorité de Santé ; 2016 Juin [cité le 18 fev 2026]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_2655088/fr/comment-ameliorer-la-sortie-de-l-hopital-et-favoriser-le-maintien-a-domicile-des-patients-adultes-relevant-de-soins-palliatifs

17. Observatoire nationale de la fin de vie. Vivre la fin de sa vie chez soi. [Internet]. Observatoire nationale de la fin de vie ; Mars 2013. [cité le 18 fev 2026]. Disponible sur : <https://www.vie-publique.fr/files/rapport/pdf/134000186.pdf>
18. Duhamel G, Mejane J, Piron P. Inspection générale des affaires sociales. Les soins palliatifs et la fin de vie à domicile. Rapport N°2016-064R [Internet]. Inspection générale des affaires sociales; 2017 Jan. [cité le 18 fev 2026]. Disponible sur : https://igas.gouv.fr/sites/igas/files/files-spip/pdf/2016-064R_.pdf
19. Faggianelli C. Élaboration d'un outil commun à l'échelle nationale de type fiche SAMU pallia [Internet] [Thèse d'exercice]. Clermont : Université de Clermont Auvergne; 2018 [cité le 18 fev 2026]. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02090048>
20. Chauvin F. Vers un modèle français des soins d'accompagnement. Rapport de la stratégie décennale des soins palliatifs. [Internet]. Ministère chargé de l'Organisation territoriale et des Professions de santé ; 2023 Nov [cité le 18 fev 2026]. Disponible sur : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_strategie_decennale_soins_palliatifs.pdf
21. Tzivanis T. État des lieux des connaissances et de l'utilisation de la fiche Urgence Pallia par les médecins généralistes des Hauts-de-France [Internet] [Thèse d'exercice]. Amiens : Université de Picardie; 2021 [cité le 18 fev 2026]. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03474986>
22. Danos M. La fiche urgence-pallia, outil de lien ville-hôpital en soins palliatifs : connaissance et intérêt des médecins généralistes de Haute-Garonne [Internet] [Thèse d'exercice]. Toulouse : Université Toulouse III; 2020 [cité le 18 fev 2026]. Disponible sur : <http://thesesante.ups-tlse.fr/3270/>
23. Regnier A. État des lieux des pratiques des médecins généralistes du Loiret quant à l'utilisation de la fiche URGENCE PALLIA, des directives anticipées et du recours à l'Équipe d'Appui Départementale de Soins Palliatifs [Internet]. Tours : Université de Tours; 2024 [cité le 18 fev 2026]. Disponible sur : http://memoires.scd.univ-tours.fr/Medecine/Theses/2024_Medecine_RegnierAurelie.pdf
24. Pinot C. Anticipation du parcours de soins et respect des volontés des patients en soins palliatifs : intérêt de la rédaction d'une Fiche Urgence Pallia en Normandie, une analyse rétrospective multicentrique [Internet] [Thèse d'exercice]. Caen : Université de Caen Normandie; 2020 [cité le 18 fev 2026]. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03167042>

25. Clément S. Ressenti des médecins généralistes des Hauts-de-France sur leur utilisation de la fiche Urgence Pallia [Internet]. Lille : Université de Lille; 2025. [cité le 18 fev 2026]. Disponible sur : https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Medecine/2025/2025ULILM406.pdf
26. Payeur C. Coordination ville-hôpital en situation d'urgence : évaluation de la pertinence de transmission de l'information « Patient Remarquable » et « Urgence Pallia » auprès des médecins récepteurs de celle-ci (urgentistes et régulateurs) en Dordogne. [Internet]. Bordeaux : Université de Bordeaux; 2025. [cité le 18 fev 2026]. Disponible sur : https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-05019731v1/file/Med_generale_2025_Payeur.pdf
27. Arnaud L. État des lieux des connaissances et de l'utilisation de la fiche Urgence Pallia auprès des médecins régulateurs des centres 15 d'Aquitaine : une étude observationnelle, quantitative et multicentrique par questionnaire anonymisé en ligne [Internet]. Bordeaux : Université de Bordeaux; 2025 [cité le 18 fev 2026]. Disponible sur : <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1636652225000054>
28. Goallo C. Transmission de l'information palliative en Languedoc-Roussillon : étude multicentrique [Internet] [Thèse d'exercice]. Montpellier : Université de Montpellier; 2021 [cité le 18 fev 2026]. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03561924>
29. Madoumier MC. Impact de la Fiche SAMU PALLIA sur le lieu de décès de la population gériatrique de Haute-Vienne en situation de fin de vie : étude de cohorte rétrospective [Internet] [Thèse d'exercice]. Limoges : Université de Limoges; 2022 [cité le 18 fev 2026]. Disponible sur : <https://cdn.unilim.fr/files/theses-exercice/M20223145.pdf>
30. Clanet R, Bansard M, Humbert X, Marie V, Raginel T. Revue systématique sur les documents de sortie d'hospitalisation et les attentes des médecins généralistes. Santé Publique. 12 août 2015;Vol. 27(5):701-11. DOI:10.3917/SPUB.155.0701
31. Hurtaud A. Continuité des soins en médecine générale : transitions hôpital-ville [Internet] [Thèse]. Paris : Université Paris-Est; 2020 [cité le 18 fev 2026]. Disponible sur : <https://theses.hal.science/tel-03561993>
32. Dazelle J. Évaluation du lien ville-hôpital par les médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais dans le cadre de la fin de vie [Internet]. Lille : Université de Lille; 2023 [cité le 18 fev 2026]. Disponible sur : https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Medecine/2023/2023ULILM042.pdf

33. Cordonnier J. Mise au point 2021 sur le DMP à partir d'une enquête de 2019 auprès de 2487 médecins généralistes [Internet]. Strasbourg : Université de Strasbourg; 2021 [cité le 18 fev 2026]. Disponible sur : https://publication-theses.unistra.fr/public/theses_exercice/MED/2021/2021_CORDONNIER_Jean.pdf
34. URPS médecins libéraux Hauts-de-France. Rapport : Identification des pratiques et besoins dans l'accompagnement des patients en soins palliatifs. Communication personnelle
35. Ministère de la santé et de la prévention. Développement des soins palliatifs et accompagnement de la fin de vie : plan national 2021-2024 [Internet]. 2022 [cité le 18 fev 2026]. Rapport No. Disponible sur : <https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan-fin-de-vie-2022.pdf>
36. République française. Arrêté du 4 mars 1997 relatif à la deuxième partie du deuxième cycle des études médicales [Internet]. Journal officiel de la République française; [cité le 18 fev 2026]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/loda/article_lc/LEGIARTI000006732879/2025-05-29
37. Sicard D. Commission de réflexion sur la fin de vie en France. Penser solidairement la fin de vie [Internet]. Paris : Gouvernement français; 2012 dec [cité le 18 fev 2026]. 198p. Disponible sur : <https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport-de-la-commission-de-reflexion-sur-la-fin-de-vie-en-France.pdf>
38. Wong AM. Document pédagogique sur les soins palliatifs à destination des médecins généralistes en Isère [Internet]. Maison Ressource Santé en Isère (MRSI); 2013 [cité le 18 fev 2026]. 42 p. Disponible sur : <https://www.mrsi.fr/wp-content/uploads/2025/10/guide-soins-palliatifs-dr-wong.pdf>
39. Jalbert R. Étude de trois outils à disposition des médecins généralistes isérois lors de la prise en charge de patients bénéficiant de soins palliatifs à domicile : les médecins généralistes isérois connaissent-ils leur existence ? [Internet] [Thèse d'exercice]. Grenoble : Université Grenoble Alpes; 2018 [cité le 18 fev 2026]. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-infokara-2018-HS-page-51.htm?ref=doi>
40. Lebel M. Rôle et influence de la Fiche Urgence Pallia sur la triade patient-aide-soignants : point de vue des aidants [Thèse d'exercice]. Rouen : Université de Rouen Normandie; 2025.

ANNEXES

Annexe 1 : Fiche Urgence Pallia nationale

Fiche URGENCE PALLIA



Concernant une personne en situation palliative ou palliative terminale

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

RÉDACTEUR Nom : Statut du rédacteur :

Téléphone : ou tampon :

Fiche rédigée le :

PATIENT M. Mme NOM : Prénom :

Rue : Né(e) le :

CP : Ville : Téléphone :

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

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

Médecin hospitalier référent : Dr Tél :

Service hospitalier référent : Tél :

Lit de repli possible² : Tél :

Suivi par HAD : Oui Non NA Tél :

Suivi par EMSP : Oui Non NA Tél :

Suivi par réseau : Oui Non NA Tél :

Autres intervenants à domicile :
(SSIAD, IDE libérale...)
avec leur(s) numéro(s) de téléphone

Pathologie principale et diagnostics associés :

Le patient connaît-il son diagnostic ? Oui Non En partie NA Son pronostic ? Oui Non En partie NA
L'entourage connaît-il le diagnostic ? Oui Non En partie NA Le pronostic ? Oui Non En partie NA
Réflexion éthique collégiale sur l'orientation des thérapeutiques : Oui Non En partie NA

Projet thérapeutique :

Symptômes et risques possibles : Douleur Dyspnée Vomissement
 Encombrement Anxiété majeure
si extrême, l'écrire en majuscules Agitation Convulsions Occlusion
 Autres (à préciser dans cette zone →)

Produits disponibles au domicile :

Prescriptions anticipées : Oui Non NA

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

Hospitalisation : Souhaitée si aggravation Envisageable Refusée autant que possible NA

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

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

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

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

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

Directives anticipées Oui Non NA Rédigées le Copie dans le DMP

Personne de confiance Lien : Tél :

Où trouver ces documents ?

Autre personne à prévenir Lien : Tél :

1) NA = Non Applicable ou inconnu

2) Validé au préalable avec le service concerné

Version fiche 2017-05



Annexe Fiche URGENCE PALLIA

La fiche URGENCE PALLIA se doit d'être synthétique pour une lecture rapide par les médecins régulateurs ou urgentistes.
Cette fiche annexe vous permet de détailler les notions résumées dans la fiche.

Date de rédaction de la fiche URGENCE PALLIA à laquelle cette fiche annexe se rapporte :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Si différente, date de rédaction de cette fiche annexe :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nom du rédacteur :	<input type="text"/>	Statut du rédacteur :	<input type="text"/>
CONCERNANT CE PATIENT :	<input type="radio"/> M. <input type="radio"/> Mme	Nom :	<input type="text"/>
Prénom :	<input type="text"/>	Né(e) le :	<input type="text"/>
Précisions concernant la situation décrite dans la fiche URGENCE PALLIA :			
<div style="border: 1px solid black; height: 500px;"></div>			

Version fiche 2017-06

Annexe 2 : Guide d'utilisation Fiche Urgence Pallia personnalisable



Fiche URGENCE PALLIA

Guide d'utilisation dans

Quels sont les patients concernés ?

Les patients porteurs d'une maladie grave évolutive, pas forcément cancéreuse, communicants ou non :

- en phase palliative, lorsque les traitements curatifs ne contrôlent plus l'évolution de la maladie et que le projet thérapeutique est centré sur la qualité de vie.
- en phase palliative terminale, avec une évolution naturelle vers le décès à court terme.

Il est possible de remplir une fiche quelque soit le lieu où se trouve le patient (hôpital, EHPAD, domicile ou autre).

Quels sont les objectifs de cette fiche ?

Transmettre au médecin intervenant en situation d'urgence (médecin généraliste de garde, médecin régulateur du centre 15 ou de PDS, médecin effecteur SAMU, médecin urgentiste à l'hôpital...) des informations utiles pour permettre une prise en charge appropriée du patient, selon son état et ses souhaits.

Cette fiche est une aide à la décision mais le médecin qui intervient dans la situation d'urgence reste autonome et souverain dans ses décisions.

Comment remplir cette fiche ?

Il est possible de télécharger la fiche sur le site internet de la SFAP : www.sfap.org

Toutes les rubriques doivent être renseignées si possible.

Cocher la case « NA » si l'information demandée n'est pas connue.

Il est possible de la remplir directement sur un ordinateur en complétant les champs prévus (cela nécessite un lecteur pdf à jour de type Adobe Acrobat Reader). Il est également possible d'imprimer une fiche vierge et de la remplir à la main.

Cette fiche est élaborée en dehors d'un contexte d'urgence.

Quand mettre à jour cette fiche ?

En cas de changement important dans l'évolution de la maladie ou des traitements.

En cas de changement important des souhaits du patient.

Le patient et/ou la personne de confiance doivent être avertis que tout changement (concernant notamment les directives anticipées) doit être signalé au médecin traitant afin d'en permettre la prise en compte.

Le patient et/ou son entourage peuvent toujours changer d'avis lorsqu'ils sont confrontés à la situation d'urgence.

Que mettre dans la case « Projet thérapeutique » ?

Le contenu de la réflexion collégiale si elle a eu lieu.

La présence de traitements spécifiques en cours (radiothérapie, chimiothérapie...).

Les objectifs de soins actuels (limiter la douleur, conserver l'autonomie, alimentation plaisir, tenir jusqu'à un événement particulier...). Les limitations ou arrêts de thérapeutiques.

Précisez si une sédation a été évoquée avec le patient.

Qui peut remplir cette fiche ?

Le médecin traitant du patient
ou, en lien avec le médecin traitant :

- un médecin coordonnateur de réseau de soins palliatifs
- un médecin coordonnateur de l'EMSP
- un médecin coordonnateur d'HAD
- un médecin coordonnateur d'EHPAD
- un médecin hospitalier

Il est conseillé de faire précéder la rédaction de cette fiche d'un temps de coordination ou de concertation avec le patient, ses proches et l'ensemble de l'équipe soignante.

Comment transmettre cette fiche au SAMU ?

Où est classée cette fiche ?

Un exemplaire est conservé dans le dossier médical du patient (chez le médecin traitant, dans le dossier hospitalier ou d'EHPAD...)

Cette fiche peut selon les cas rester au domicile du patient, sous enveloppe à destination du médecin qui serait amené à intervenir en urgence.

Vous pouvez bien-sûr y joindre tous les documents que vous souhaitez.

Les directives anticipées et la personne de confiance

Si le patient a rédigé des directives anticipées, il est conseillé de les joindre à la fiche URGENCE PALLIA et de les déposer sur le DMP du patient, qui tient lieu de registre national (en ce cas, cocher la case « Copie DMP » en bas de la fiche).

Il est possible d'indiquer dans le DMP du patient le nom et les coordonnées de sa personne de confiance, s'il en a désigné une.

Case « Lit de Repli »

Indiquer sur la fiche un « Lit de repli possible » nécessite d'avoir au préalable contacté le service concerné pour lui présenter la situation et pour s'assurer de son accord.

Une hospitalisation dans ce service ne se fera bien-sûr qu'en fonction des places disponibles le moment venu.

Annexe 3 : Questionnaire de thèse

Bonjour, je m'appelle Lorelei Rousseau et je suis interne de médecine générale à Lille.

Dans le cadre de ma thèse, je réalise un questionnaire sur la réception, par les médecins traitants, de la Fiche Urgence Pallia lorsque celle-ci est rédigée par un médecin hospitalier du CHU de Lille pour leur patient.

L'objectif est de mieux comprendre le parcours de cette fiche, du point de vue des médecins traitants.

Mon travail est dirigé par le Dr Licia TOUZET, praticien hospitalier en service de Soins Palliatifs au CHU de Lille et médecin référent à la Cellule d'Animation Régionale des Soins Palliatifs.

Je vous contacte car une Fiche Urgence Pallia a été rédigée pour l'un de vos patients au CHU de Lille, entre janvier 2022 et décembre 2024.

Vous pouvez répondre que vous ayez eu connaissance de cette fiche ou non.

J'espère obtenir un maximum de retours des médecins traitants concernés.

Je vous serais donc très reconnaissante de bien vouloir consacrer environ **5 minutes** de votre temps à ce questionnaire.

Merci beaucoup pour votre aide. Si vous souhaitez accéder aux résultats scientifiques de l'étude, vous pouvez me contacter à cette adresse : lorelei.rousseau.etu@univ-lille.fr

I. Concernant la Fiche Urgence Pallia rédigée par un médecin hospitalier au CHU de Lille

Une Fiche Urgence Pallia a été rédigée au CHU de Lille pour l'un de vos patients.

1) Comment avez-vous eu connaissance de l'existence de cette fiche ?

Cochez tout ce qui s'applique

- J'ai été inclus (en présentiel ou à distance) dans les **échanges pluridisciplinaires** préalables à sa rédaction
- Elle m'a été envoyée par courrier ou mail (**messagerie professionnelle** sécurisée)
- Elle était mentionnée dans le courrier hospitalier (**compte-rendu** de consultation ou d'hospitalisation)
- Elle était enregistrée dans le Dossier Médical Partagé (ou sur **Mon espace santé**)
- J'ai été informé par le **médecin hospitalier rédacteur** (par téléphone ou mail)
- J'ai été informé par le Dispositif d'Appui à la Coordination (**DAC**) ou par l'Hospitalisation A Domicile (**HAD**)
- J'ai été informé par l'**EHPAD** ou autre établissement dans lequel réside mon patient
- Mon patient ou un de ses proches** m'a parlé de cette fiche
- Une **copie papier** de cette fiche était présente au domicile de mon patient
- Autre :
- Je n'en ai pas eu connaissance

Si vous avez répondu « je n'en ai pas eu connaissance » : répondez à la partie II. A., puis passez directement à la partie III.

Si vous avez coché une ou plusieurs autres réponses : répondez directement à la partie II. B, puis passez à la partie III.

II A. Vous n'en avez pas eu connaissance

Vous n'avez pas eu connaissance de la Fiche Urgence Pallia rédigée pour l'un de vos patients au CHU de Lille.

2) Avez-vous déjà rencontré, au cours de votre exercice, la Fiche Urgence Pallia rédigée pour l'un de vos patients **par un autre médecin** (spécialiste hospitalier ou non, médecin coordinateur d'HAD, EHPAD ...) ?

- Oui
- Non

3) Avez-vous déjà rédigé **vous-même** une Fiche Urgence Pallia pour l'un de vos patients ?

- Oui
- Non

II B. Vous en avez eu connaissance

Vous avez eu connaissance de la Fiche Urgence Pallia rédigée au CHU pour l'un de vos patients.

4) Disposiez-vous de cette fiche lors de la **première consultation** de votre patient, après la rédaction de celle-ci ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non
- Non pertinent / Je ne sais pas

5) Avez-vous **lu** cette fiche ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non
- Non pertinent / Je ne sais pas

6) Avez-vous **discuté** de cette fiche et/ou de son contenu avec votre patient ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non
- Non pertinent / Je ne sais pas

- 7) Au cours de la prise en charge de votre patient, avez-vous été amené à **actualiser et/ou modifier** cette fiche ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non
- Non pertinent / Je ne sais pas

Si vous avez répondu « Non » à la question 7) : répondez à la question 7a), puis passez directement à la question 8)

- 7a) **Pour quelles raisons** n'avez-vous pas actualisé ou modifié cette fiche ?

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Non nécessaire / Non pertinent pour la situation de mon patient
- Perception d'un manque de légitimité à intervenir sur ce document
- Je ne savais pas que cette fiche pouvait être actualisée ou modifiée
- Autre :

Si vous avez répondu « Oui » à la question 7) : répondez directement aux questions 7b) et 7c), puis passez à la question 8)

- 7b) **Quelle(s) partie(s)** de la fiche avez-vous modifié ?

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- « Patient » : données administratives, coordonnées
- « Professionnels » : nom et coordonnées du MT, médecin et service hospitalier référents, lit de repli, réseaux ambulatoires, autres intervenants
- « Pathologie » : connaissance du patient et de la famille, projet thérapeutique, symptômes et risques possibles, prescriptions anticipées
- « Démarche » : attitude vis-à-vis d'une éventuelle hospitalisation, limitations thérapeutiques, directives anticipées, personne de confiance et à prévenir

- 7c) Avez-vous **renvoyé** la version modifiée ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui, au SAMU
- Oui, au médecin rédacteur de la fiche initiale
- Oui, au SAMU et au médecin rédacteur de la fiche initiale
- Non
- Autre :

- 8) A votre connaissance, cette fiche a-t-elle été **utilisée** pour votre patient ?

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Oui, comme support de réflexion sur la proportionnalité des soins
- Oui, comme support de coordination avec les autres acteurs de premier recours (médecin de garde, SAMU, pompiers, urgentiste ...), dans une situation d'urgence réelle ou ressentie
- Oui, comme support de coordination avec les autres professionnels de santé intervenant auprès de mon patient (IDEL, auxiliaire de vie, ...)
- Oui, pour organiser une hospitalisation directe
- Non, pas à ma connaissance

III. Fiche Urgence Pallia et Médecine Générale

Cette partie s'intéresse à votre avis concernant la Fiche Urgence Pallia en général.

La Fiche Urgence Pallia a été créée en 2017 pour proposer une fiche nationale de coordination en cas d'urgence pour les patients en situation palliative.

Elle est téléchargeable sur le site de la SFAP (<https://sfap.org/rubrique/fiche-urgence-pallia-samu-pallia>) ou en la recherchant directement dans un moteur de recherche.

Elle peut être transmise au SAMU (59 : samu@chu-lille.fr ou 62 : secretariat.SAMU62@gh-artoisternois.fr), afin qu'elle soit enregistrée et liée au numéro de téléphone du patient, ce qui permet à la régulation d'y accéder en cas d'appel depuis ce numéro.

En médecine générale, une cotation existe depuis 2023 pour valoriser les visites complexes de patients en situation palliative : VSP 60€ + MD 10€, sans limitation annuelle.

Concernant l'outil Fiche Urgence Pallia en général

- 9) Selon vous, le médecin traitant devrait-il être informé lors de la rédaction d'une Fiche Urgence Pallia pour l'un de ses patients ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Pas du tout d'accord
- Pas d'accord
- D'accord
- Tout à fait d'accord

Pourquoi ?

Si vous le souhaitez, vous pouvez préciser votre réponse ici. Afin de garantir votre anonymat, veuillez ne pas entrer de données identifiantes :

- 10) Quelles seraient selon vous les méthodes à privilégier pour informer le médecin traitant de la rédaction d'une Fiche Urgence Pallia pour son patient ?

Veillez cocher vos 3 propositions préférées

- Inclure le médecin traitant dans les échanges pluridisciplinaires préalables à sa rédaction
- L'envoyer au médecin traitant par courrier ou mail sécurisé
- La mentionner dans le compte-rendu de consultation ou d'hospitalisation
- L'enregistrer dans le Dossier Médical Partagé ou sur Mon Espace santé
- Que le médecin rédacteur informe directement le médecin traitant
- Que le DAC ou l'HAD (non rédacteur mais intervenant également auprès du patient) informe le médecin traitant
- Que le patient ou un proche l'évoque au médecin traitant
- Présence d'une version papier de cette fiche au domicile du patient

- 11) La Fiche Urgence Pallia vous semble être un support pertinent de réflexion concernant l'anticipation des complications et la prise en charge globale du patient

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Pas du tout d'accord
- Pas d'accord
- D'accord
- Tout à fait d'accord

Pourquoi ?

Si vous le souhaitez, vous pouvez préciser votre réponse ici :

- 12) La Fiche Urgence Pallia vous semble être un support pertinent pour la transmission d'informations aux médecins de premier recours dans un contexte d'urgence

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Pas du tout d'accord
- Pas d'accord
- D'accord
- Tout à fait d'accord

Pourquoi ?

Si vous le souhaitez, vous pouvez préciser votre réponse ici :

- 13) La Fiche Urgence Pallia vous semble être un support de discussion intéressant avec un patient en situation palliative concernant ses souhaits pour sa fin de vie

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Pas du tout d'accord
- Pas d'accord
- D'accord
- Tout à fait d'accord

Pourquoi ?

Si vous le souhaitez, vous pouvez préciser votre réponse ici :

- 14) Selon vous, quelles sont les **difficultés** que vous pensez rencontrer pour modifier ou rédiger une Fiche Urgence Pallia en tant que médecin traitant ?

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Perception d'un manque de légitimité pour rédiger ou modifier cette fiche
- Difficultés à aborder le sujet de la fin de vie
- Difficultés à mettre en place une collégialité pour la prise de décisions
- Difficultés relationnelles avec la famille ou l'entourage du patient
- Manque de temps
- Manque de connaissances spécifiques concernant la pathologie du patient et/ou les modalités de réanimation
- Sentiment d'échec ou de culpabilité en lien avec la prise en charge
- Autre :

15) Selon vous, qu'est ce qui pourrait **faciliter** la modification ou rédaction d'une Fiche Urgence Pallia en tant que médecin traitant ?

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Connaissance globale du patient (suivi médical complet, souhaits concernant sa prise en charge et sa fin de vie, ...) et de son contexte (cadre de vie, famille ou entourage, ...)
- Relation de confiance avec le patient
- Possibilité de revoir le patient régulièrement
- Connaissance et/ou échanges plus faciles avec le réseau de soins ambulatoires de proximité du patient (pharmacie, IDEL, auxiliaire de vie, kiné ...)
- Connaissance des lieux de recours hospitaliers de proximité
- Formation initiale ou continue en soins palliatifs
- Autre :

16) **A l'avenir**, envisageriez-vous de rédiger ou modifier une Fiche Urgence Pallia dans le cadre de la prise en charge de l'un de vos patients en situation palliative, si sa situation le justifie ?

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Oui, rédiger une première fiche Urgence pallia
- Oui, modifier une fiche Urgence pallia pré-existante
- Non, ni l'un ni l'autre

Pourquoi ?

Si vous le souhaitez, vous pouvez préciser votre réponse ici :

IV. Données socio-démographiques

17) Genre

- Femme
- Homme
- Ne souhaite pas répondre

18) Age

- moins de 40 ans
- 40 à 49 ans
- 50 à 59 ans
- 60 à 69 ans
- 70 ans et plus

19) Vous exercez en milieu

- Rural
- Semi-rural
- Urbain

20) Au cours des **12 derniers mois**, combien de patients en situation palliative avez-vous suivi ?

AUTRICE : Nom : ROUSSEAU

Prénom : Lorelei

Date de soutenance : 12 mars 2026

Titre de la thèse : Réception par les médecins traitants de la Fiche Urgence Pallia rédigée pour l'un de leurs patients par un médecin hospitalier au CHU de Lille.

Thèse - Médecine - Lille 2026

Cadre de classement : *Médecine Générale*

DES + FST/option : *Médecine Générale*

Mots-clés : Soins palliatifs, Coordination ville-hôpital, Plan de soins anticipé

Résumé :

Introduction : Plus de trois quarts des français désignent leur domicile comme lieu préféré pour leur fin de vie, pourtant une majorité des décès surviennent à l'hôpital. La Fiche Urgence Pallia (FUP) a été créée en 2017 pour permettre la transmission d'informations essentielles à un médecin intervenant dans le cadre d'une urgence auprès d'un patient en situation palliative. Alors que le médecin traitant est un acteur central de la prise en charge palliative au domicile, la FUP est peu connue et peu utilisée par les médecins généralistes.

L'objectif principal de cette étude était de décrire le parcours au domicile des FUP rédigées au CHU de Lille entre 2022 et 2024, du point de vue des médecins traitants.

Matériel et méthodes : Etude observationnelle, transversale et quantitative, de type enquête descriptive réalisée auprès de médecins généralistes exerçants dans les Hauts-de-France par questionnaire anonyme auto-administré.

Une analyse statistique descriptive a été réalisée et les réponses en texte libre ont été retranscrites et regroupées par thématiques dans les cas où cela était possible.

Résultats : 36 réponses ont été analysées. Concernant la FUP rédigée au CHU, la moitié des médecins traitants en ont eu connaissance et elle a été utilisée pour leur patient selon 58% d'entre eux, principalement comme support de coordination dans le cadre d'une urgence mais aussi pour la coordination interprofessionnelle, la réflexion sur la proportionnalité et l'organisation d'une hospitalisation directe.

L'ensemble des médecins sondés considéraient que le médecin traitant devait être informé lors de la rédaction d'une FUP pour l'un de ses patients. Ils jugeaient que l'outil FUP était pertinent pour l'anticipation et pour la transmission d'informations en situation d'urgence. 81% d'entre eux envisageraient à l'avenir d'utiliser cet outil.

Conclusion : Ce travail de thèse a permis de montrer que la FUP rédigée au CHU a été utile dans la prise en charge du patient au domicile selon la majorité des médecins traitants qui en ont eu connaissance. Les médecins traitants trouvent la FUP pertinente et envisagent de s'approprier cet outil quand ils le connaissent, mais des adaptations sont à envisager pour poursuivre sa généralisation.

Composition du Jury :

Président : Professeur Eric WIEL

Assesseure : Docteur Sabine BAYEN

Directrice de thèse : Docteur Licia TOUZET