

Rôle et besoins des professionnels de santé libéraux d'Île-de-France en soins palliatifs



Enquête diffusée en partenariat avec



**Enquête régionale menée par la Cellule
d'Animation Régionale de Soins Palliatifs
d'Île-de-France**

Février 2026

TABLE DES MATIERES

CONTEXTE ET OBJECTIFS	3
1 - PROFIL DES REpondANTS.....	4
2 - EXPERIENCE ET IMPLICATION EN SOINS PALLIATIFS	6
3 - DIFFICULTES RENCONTREES	11
4 – FILIERE DE SOINS PALLIATIFS : COLLABORATION ENTRE ACTEURS ET CONNAISSANCE DE L’OFFRE TERRITORIALE	13
5 - IMPACT PSYCHOLOGIQUE DE L’EXERCICE LIBERAL EN SOINS PALLIATIFS	20
6 - IDENTIFICATION DES BESOINS	23
7 - POINTS SAILLANTS.....	27
8 – RECOMMANDATIONS ET PISTES D’AMELIORATION	29

CONTEXTE ET OBJECTIFS

"Les soins palliatifs améliorent la qualité de vie des patients et de leur famille confrontés aux problèmes associés à des maladies potentiellement mortelles, qu'ils soient d'ordre physique, psychosocial ou spirituel." (Définition de l'Organisation Mondiale de la Santé".)

La Corpalif, Cellule d'Animation Régionale de Soins Palliatifs, a pour mission de contribuer à l'animation et à la coordination régionale des soins palliatifs, en facilitant la cohésion et les dynamiques de collaboration de l'ensemble des parties prenantes.

Sur cette base, nous avons souhaité étudier les pratiques et besoins des professionnels du domicile dans la démarche palliative.

C'est pourquoi nous avons mobilisé les professionnels de santé libéraux de 1^{er} recours (médecins, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes) en partenariat avec les différentes URPS d'Île-de-France, pour répondre à une enquête d'envergure régionale.

Un questionnaire a été diffusé, entre le 19 novembre et le 26 décembre 2025, par le biais des URPS, des ordres, des fédérations spécifiques et canaux divers de réseaux sociaux.

Une version plus spécifique, à destination des pharmaciens d'officine a été diffusée, de manière concomitante par des canaux similaires. Une restitution distincte en sera réalisée.

Ces questionnaires ont pour objectif de recueillir des informations sur :

- les pratiques quotidiennes,
- les difficultés rencontrées,
- et les besoins en formation ou en soutien

des professionnels de santé libéraux (médecins, infirmiers, kinésithérapeutes) impliqués dans la prise en charge de patients en situation palliative, à domicile ou dans des structures apparentées au lieu de vie en Île-de-France.

Ils visent à identifier :

la proportion de professionnels confrontés à des situations palliatives dans leur patientèle,
les principales difficultés rencontrées,

la connaissance de l'écosystème expert et le recours à ces structures d'appui,

Les réponses recueillies permettront d'adapter nos actions aux besoins réels des acteurs. Elles devraient permettre la mise en évidence des leviers à activer pour renforcer la coordination, la formation et les pratiques au plus près des personnes accompagnées.

Limites et précautions d'interprétation :

Le nombre de répondants n'est pas représentatifs : le nombre théorique des professionnels cible est à l'échelle régionale de plus de 35 300 professionnels – Sources : RPPS Pôle RH en Santé – Service Démographie & Études. PAPS – ars IDF

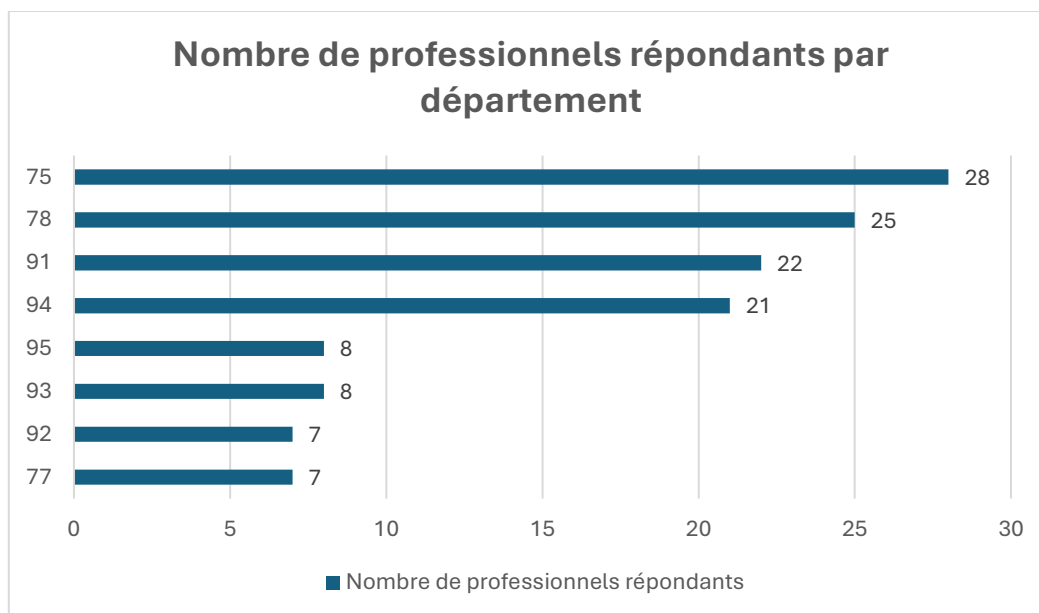
La diffusion large du questionnaire par divers canaux ne permet pas d'obtenir une réelle visibilité du nombre exact de professionnels touchés.

Les modalités d'exercices ne sont pas représentatives : La lecture des retours fait apparaître une surreprésentation urbaine et des réponses majoritaires du binôme médecin/infirmier; la catégorie des kinésithérapeutes est peu nombreuse.

Les données sont déclaratives : les questions d'auto-évaluations et multi choix entraînent des biais de non-réponse possibles sur certains items.

1 - PROFIL DES REPONDANTS

Lieux d'exercice des répondants



L'échantillon comprend 126 professionnels ; majoritairement médecins généralistes (63,5 %) et infirmiers (29,4 %), avec une présence plus marginale des kinésithérapeutes (7,1 %).

Nota Bene : 2 médecins spécialistes libéraux (neurologues) ont répondu à cette enquête. Au vu du faible nombre, ils ont été intégrés pour le reste de l'analyse, à la cohorte des médecins.

Modalités d'exercice libéral

Ces professionnels disposent d'une expérience significative en libéral : près de deux tiers ont plus de 10 ans d'exercice à domicile.

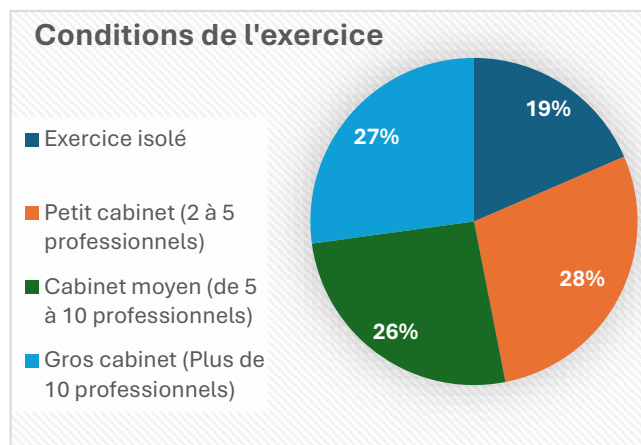
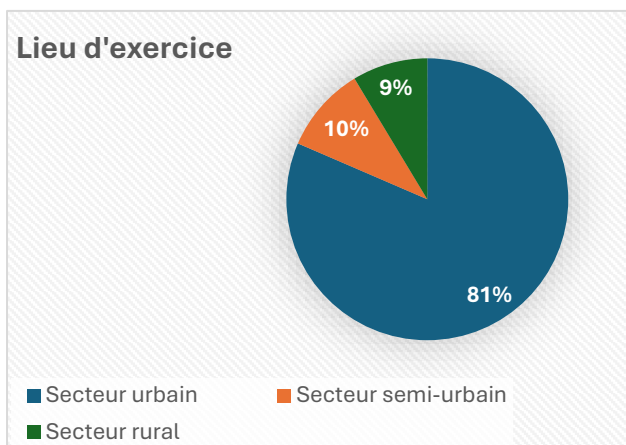
Caractérisations de l'exercice

La majorité des répondants exerce en zone urbaine (85 %), 8,7 % en zone semi urbaine, et 6,3 % en zone rurale.

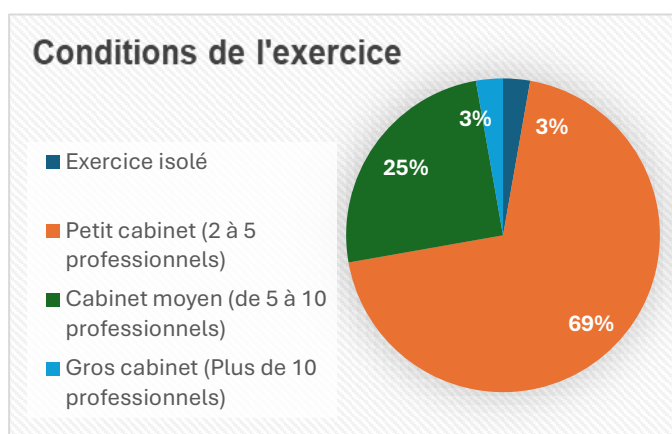
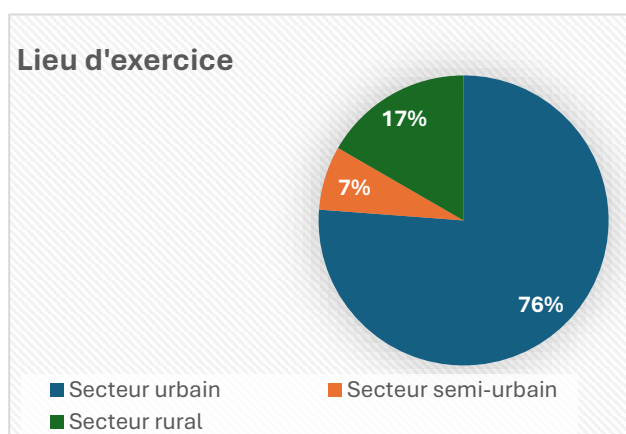
Pour les besoins de l'analyse, les répondants ont été classés en quatre catégories en fonction du nombre de professionnels :

- Exercice isolé : 1 professionnel
- Petit cabinet : de 2 à 5 professionnels
- Cabinet moyen : de 5 à 10 professionnels
- Gros cabinet : plus de 10 professionnels

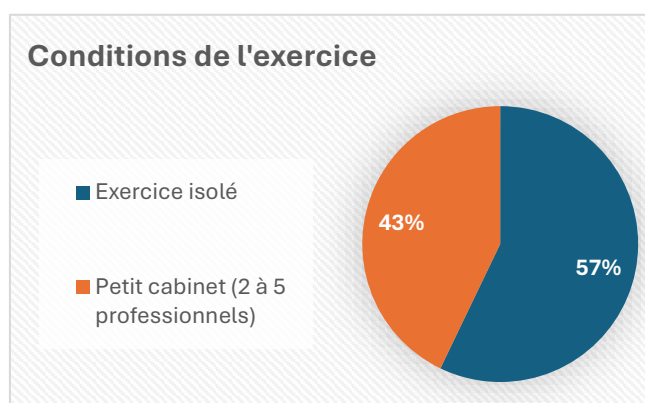
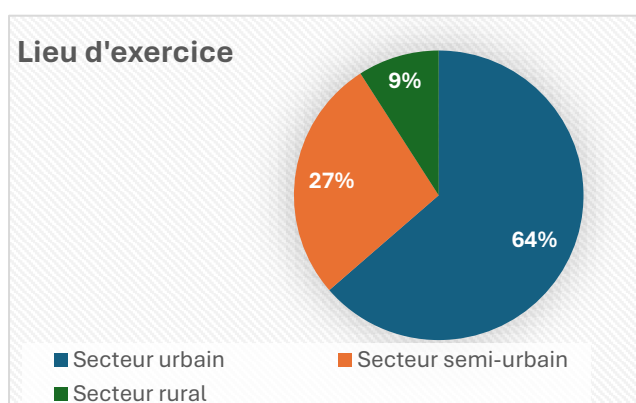
Pour les médecins (n= 81)



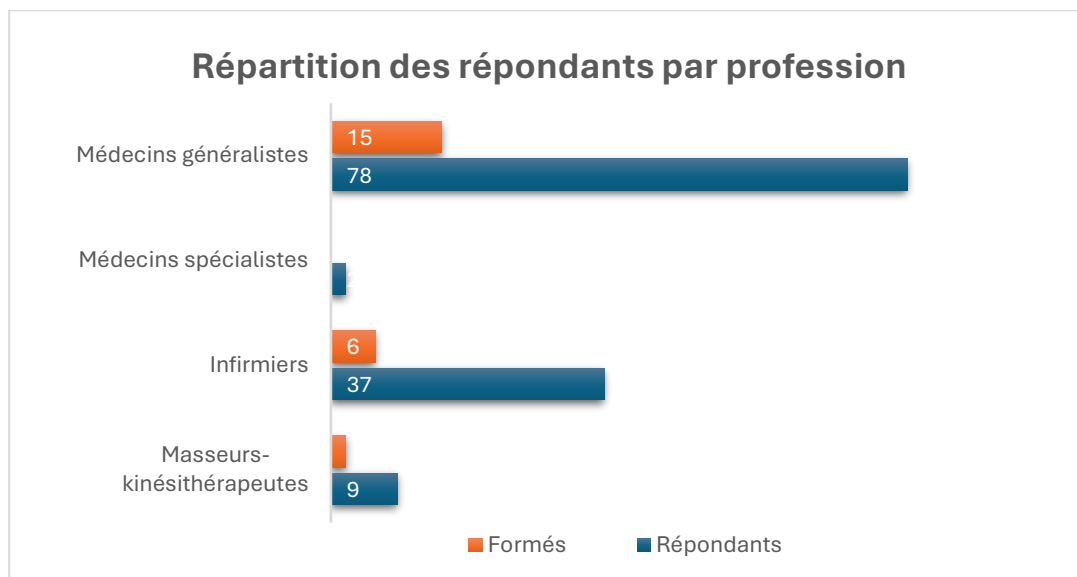
Pour les infirmiers(n =36)



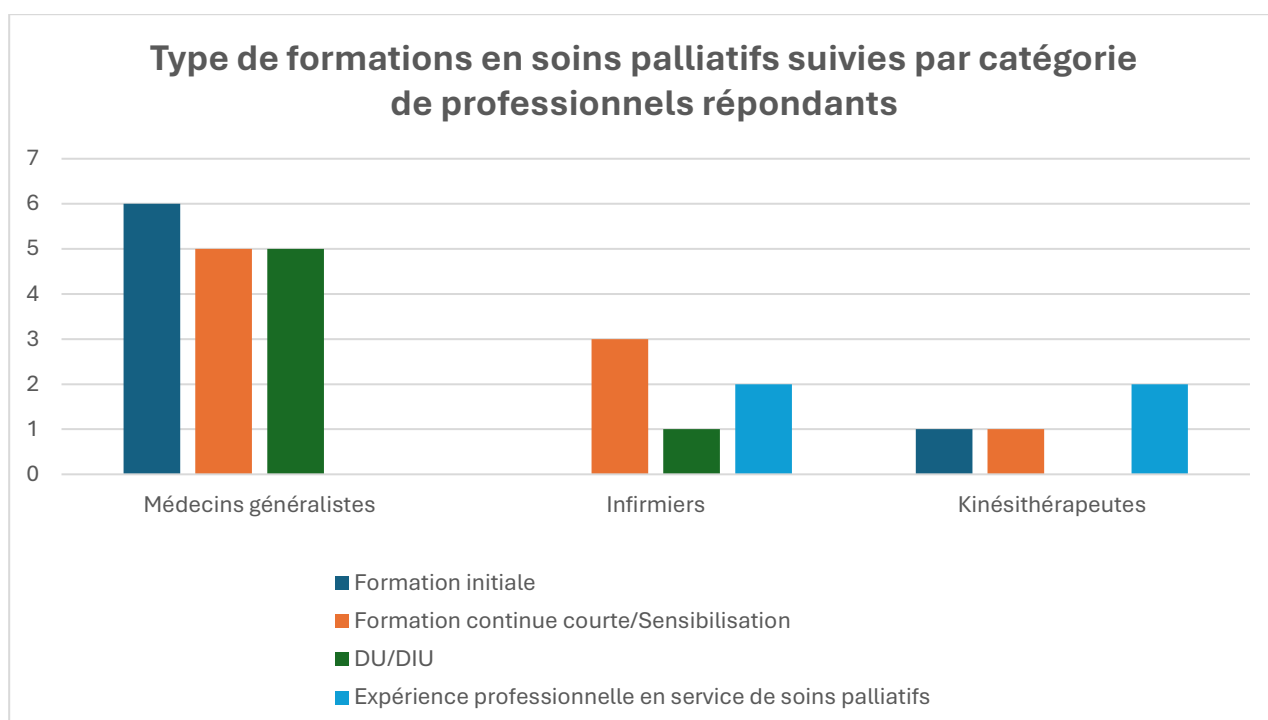
Pour les kinésithérapeutes(n =9)



Formation des libéraux aux soins palliatifs



18,1 % des répondants déclarent avoir reçu une formation en soins palliatifs (initiale ou continue).



2 - EXPERIENCE ET IMPLICATION EN SOINS PALLIATIFS

Fréquence d'exposition aux situations palliatives

Sur les six derniers mois, 72 % des professionnels interrogés (54 répondants) ont accompagné 1 à 5 patients en situation palliative, ce qui confirme une exposition régulière à ces situations.

Toutes professions confondues, on retrouve un taux moyen d'accompagnement en vis-à-vis de la patientèle accompagnée de 5.85 % et médiane de 1%.

Profession	Moyenne en pourcentage	Médiane en pourcentage
Médecin généraliste (n= 32)	1.73	1
Médecin spécialiste (n=1)	100	100
Infirmier (n=17)	8.6	5
Kinésithérapeute (n=4)	3.5	1.5

Les médecins généralistes constituent la base du flux mais avec une faible proportion de patients palliatifs.

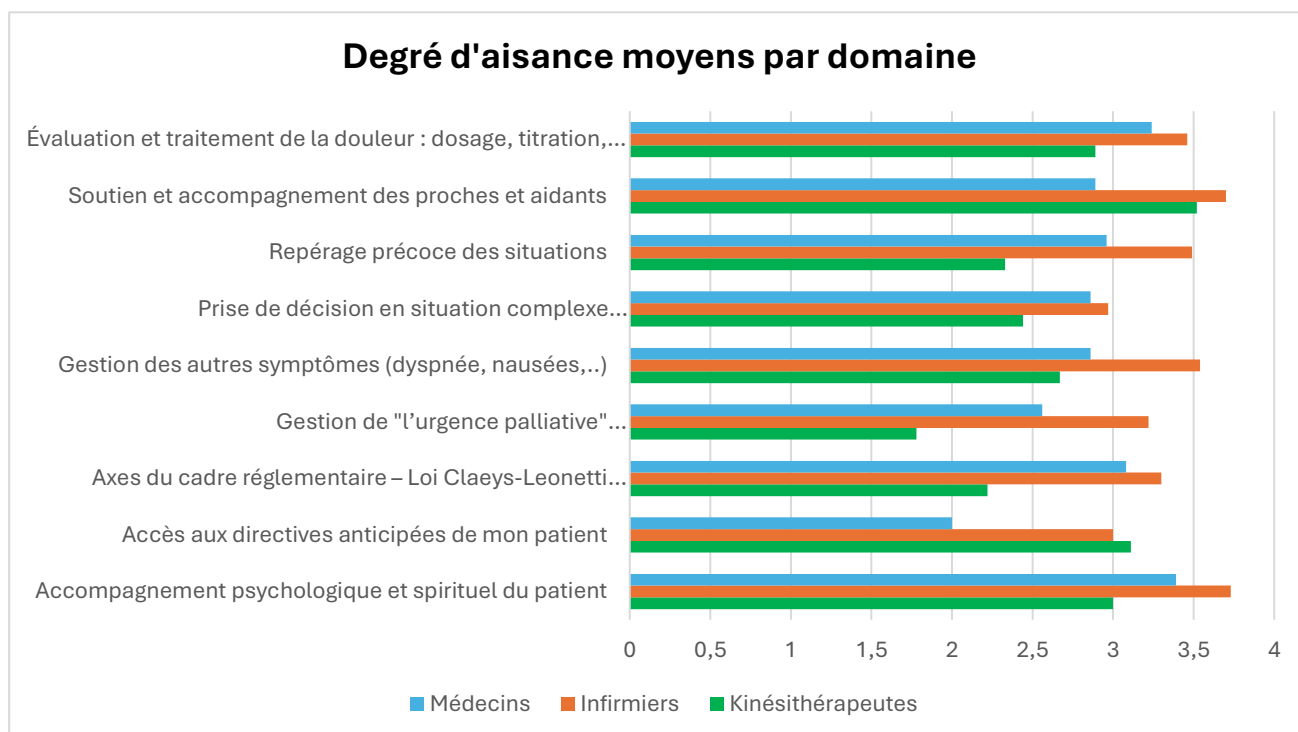
A noter la présence d'un 100% spécialiste rappelle que certaines spécialités médicales travaillent presque exclusivement avec des patients concernés par ces situations.

Les infirmiers sont les professionnels les plus exposés, confirmant leur rôle central dans la prise en charge continue à domicile.

Les kinésithérapeutes interviennent ponctuellement mais de manière cohérente avec leur rôle dans le confort et la mobilité.

Degré d'aisance à l'accompagnement

L'item « degré d'aisance moyen » permet d'identifier rapidement les thématiques où les professionnels se sentent compétents et où les fragilités persistent.



Il s'agit d'une auto-évaluation subjective, mais elle est indispensable pour comprendre où se situent II apporte une lecture synthétique (degré moyen issu des mesures item par item sur une échelle 1–5 ; 1 en difficulté, 5 très à l'aise) mais essentielle de la connaissance palliative des différents métiers en évaluant :

- **Le niveau de confort perçu** par les professionnels (infirmiers, kinésithérapeutes, médecins) pour chaque domaine clé des soins palliatifs.
- **Leur capacité à mobiliser connaissances, pratiques et posture clinique** dans des situations parfois complexes ou urgentes.
- **Les écarts interprofessionnels** dans la maîtrise des compétences essentielles à la prise en charge palliative.

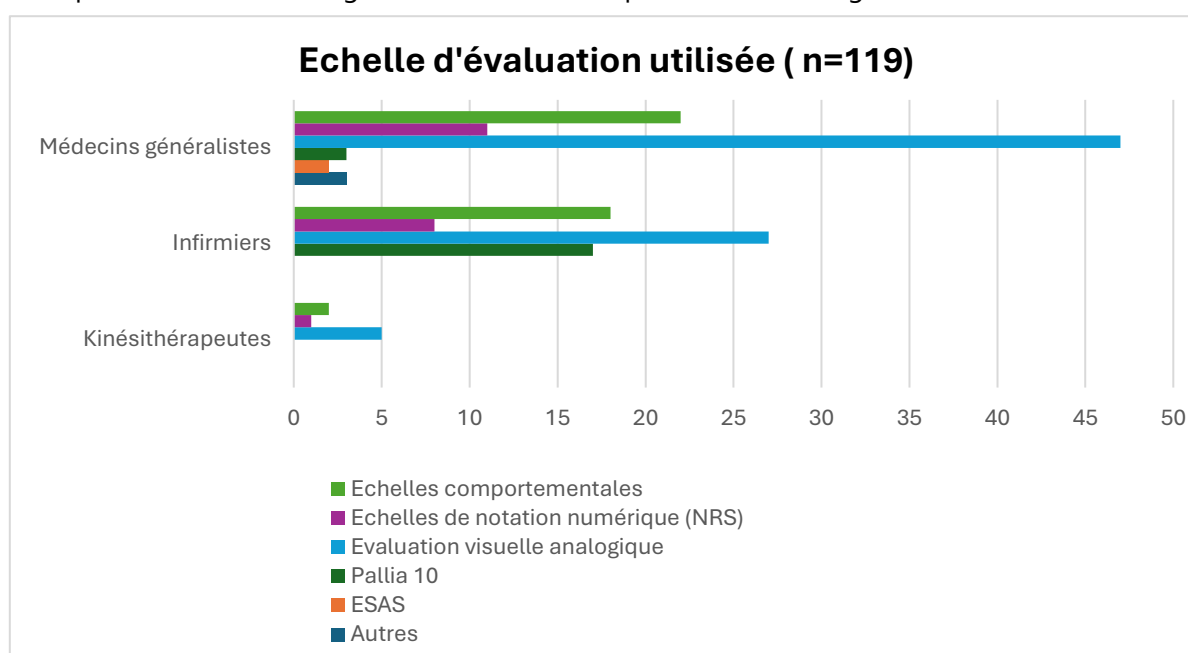
Les écarts observés (infirmiers plus à l'aise, médecins intermédiaires, et kinésithérapeutes en difficulté sur plusieurs items) permettent d'identifier les thématiques prioritaires à soutenir et à ajuster les supports d'appui afin d'orienter la montée en compétence interprofessionnelle.

Le cadre législatif des soins palliatifs et les mesures pratiques qui en découlent sont connues.

L'auto-évaluation révèle une aisance moyenne sur la gestion de la douleur, l'accompagnement psycho-spirituel et l'accompagnement des proches, mais des difficultés marquées pour la gestion de l'« urgence palliative » et la prise de décision complexe .

Outils de repérage ou échelles d'évaluation les plus fréquemment utilisés

93% des professionnels interrogés utilisent des outils pour évaluer le degré de douleur.



Il s'agit majoritairement des échelles d'évaluation analogique (EVA) et des échelles comportementales (Algoplus, FACE, COMFORT...), simples d'utilisation et immédiatement interprétables.

Les autres outils d'évaluation sont variés HADS, DN4, Catastrophisme, Opiïde Risque Tool, Richmond, QDSA, Brief Pain Inventory , Performance Status de l'O.M.S. ce sont des échelles cliniques spécialisées, chacune conçue pour évaluer un domaine précis (douleur, risque psychologique, dépendance, sédation, autonomie...).

Cependant , peu de professionnels utilisent les outils spécifiques de l'évaluation palliative :

- Grille pallia 10 : outil d'aide à la décision pour les professionnels afin de repérer le moment où un recours à une équipe spécialisée de soins palliatifs devient nécessaire.

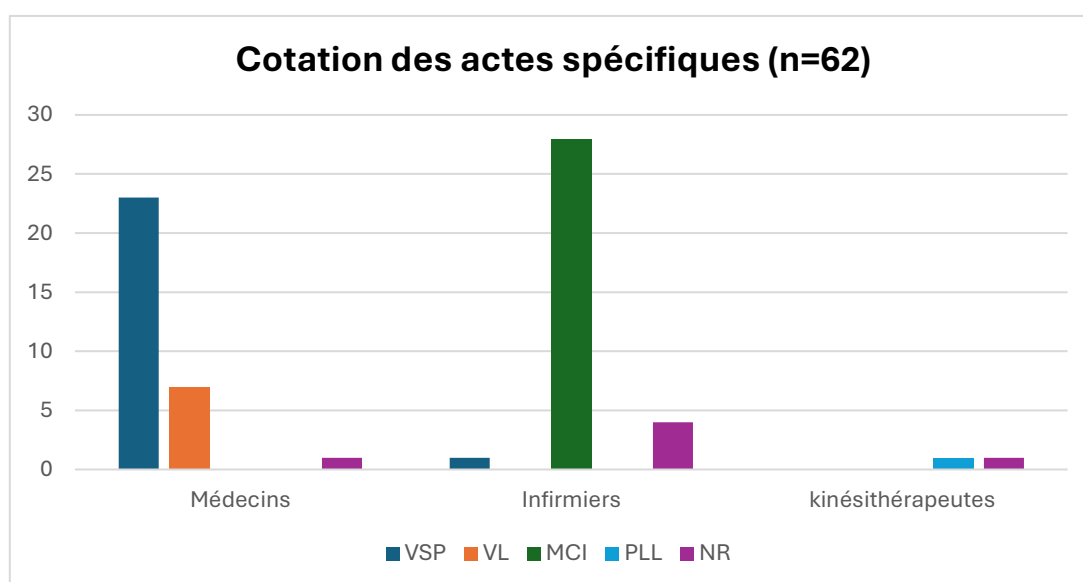
- Echelle d'Edmonton-ESAS - échelle d'auto-évaluation multidimensionnelle des symptômes, validée en soins palliatifs, permettant un dépistage rapide et un suivi évolutif du vécu symptomatique du patient.

L'évaluation dans la pratique, reste fondée sur la clinique et le ressenti du patient.

La culture de l'évaluation de la douleur est bien ancrée avec l'utilisation fréquente des EVA, mais les outils structurés multi symptômes (ESAS, Pallia 10) restent très peu utilisés.

Valorisation des prises en charge spécifiques et utilisation de facturation dédiées aux prises en charge palliatives

Seule la moitié des répondants déclare valoriser les actes spécifiques via les cotations dédiées.



Pour chaque catégorie répondante, la cotation utilisée pour valoriser les prises en charge, correspond à la nomenclature de référence.

Ce nombre est le reflet du nombre de professionnels utilisant cette cotation dans les prises en charge spécifique palliative et non pas le nombre où cette cotation a été mobilisée pour une prise en charge.

VL: VISITE LONGUE MEDICALE- TARIF : 60 €

La visite longue et très complexe concerne soit :

- une consultation réalisée au domicile du patient âgé de 80 ans et plus en ALD exonérante par le médecin traitant.
- une consultation réalisée au domicile du patient atteint de maladie neurodégénérative par le médecin traitant.

Elle peut être utilisée au 4 fois/ par an et par patient et ce, quel que soit le contexte de facturation.

•une première consultation réalisée au domicile d'un patient âgé de plus de 80 ans ou en ALD exonérante dans l'incapacité médicale de se déplacer, n'ayant pas de médecin traitant ou souhaitant en changer. Il faut dans ce cas-là se déclarer médecin traitant lors de cette visite - facturée 1 seule fois lors de cette 1ère visite.

La visite longue est l'opportunité de discuter à intervalles réguliers avec les aidants et les autres professions de santé ou médico-sociales intervenant au domicile du patient.

VSP : VISITE SOINS PALLIATIFS MEDICALE - TARIF : 60 €

Un patient en soins palliatifs au sens de l'article L.1110.10 du code de la sante publique peut nécessiter une consultation longue et complexe réalisée au domicile du patient par le médecin traitant.

Le nombre de ces visites très complexes (dites "VL", définies à l'article 15.2.3 de la NGAP) pour les patients en soins palliatifs n'est pas limité annuellement.

MCI : MAJORATION DE COORDINATION INFIRMIERE. - TARIF : 5,00 €

Elle peut être mobilisée lorsque l'IDEL réalise des soins à domicile inscrits dans la NGAP au titre XVI a un patient en soins palliatifs, et ce, quel que soit le soin effectué.

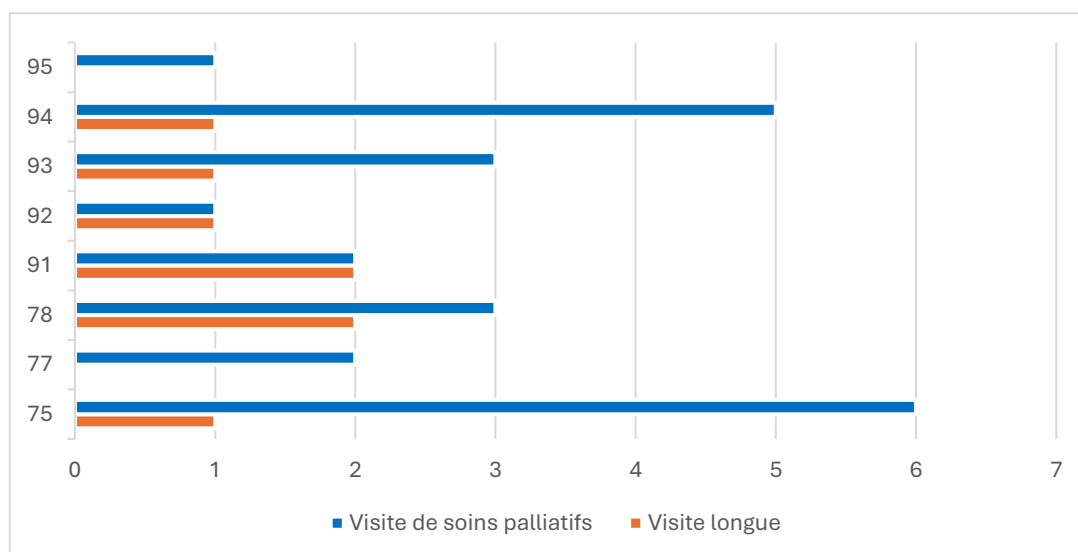
Cette majoration ne peut être facturée qu'une seule fois par intervention. Son utilisation doit être justifiée par une attestation élaborée par le médecin prescripteur précisant la situation palliative de la personne accompagnée ou d'une évaluation effectuée avec l'outil pallia 10 pour justifier de manière formelle la notion de soin palliatif, et qui couvre le professionnel en cas de contrôle.

PLL 12 – PRISE EN CHARGE PAR UN KINESITHERAPEUTE - Tarif 26,52 €

Depuis février 2024, cotation pour les actes de soins palliatifs pratiqués par le masseur-kinésithérapeute pour les prises en charge, comportant les actes nécessaires en fonction des situations cliniques. Article 11 de la NGAP.

Cotation journalière forfaitaire quel que soit le nombre d'interventions. Il faut que la mention "soins palliatifs" soit indiquée sur l'ordonnance pour que le kinésithérapeute puisse appliquer cette cotation et effectuer l'accompagnement palliatif (mobilisations, massage, drainage...).

Exemple : répartitions par département des médecins utilisant les cotations spécifiques palliatives (n = 30)



La VSP (déplafonnant le nombre de visite par patient depuis la dernière convention médicale – fin 2023) est largement plus utilisée par les répondants que la VL.

Pour les autres professionnels, les raisons évoquées à la non-utilisation des cotations spécifiques sont :

- la méconnaissance des règles d'utilisation,
- des prescriptions inadaptées ou absentes notamment pour utiliser la MCI pour les IDE,
- une complexité administrative ressentie.

Retours de pratique sur les sédations / anxiolyses palliatives à domicile

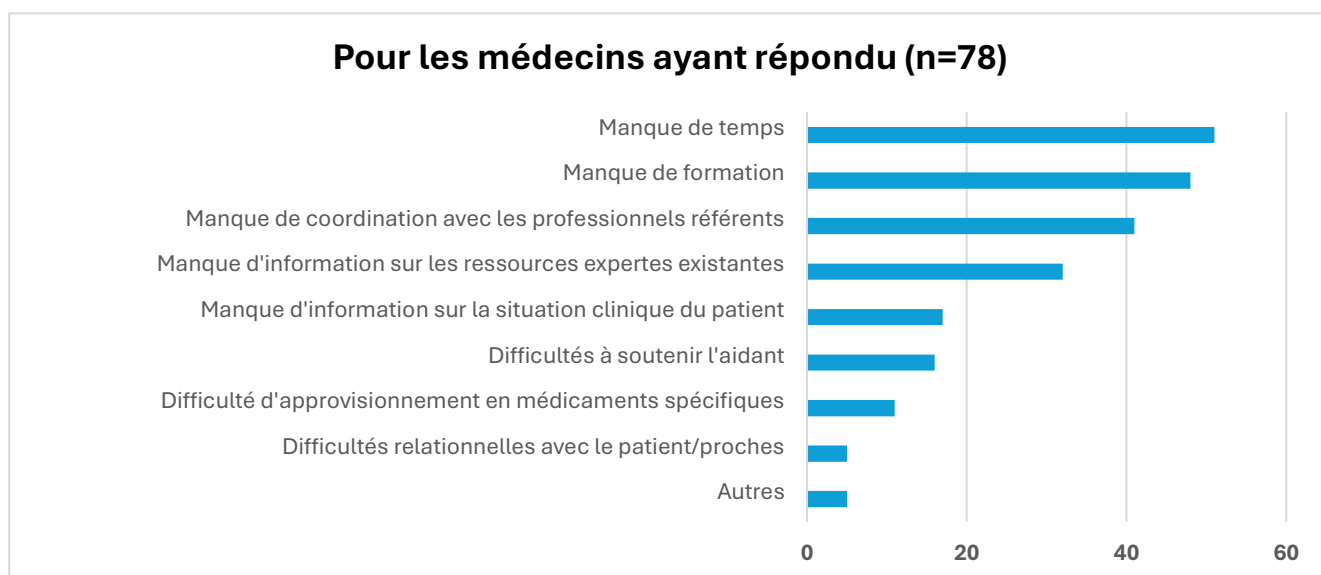
A la question « avez-vous déjà eu à initier/administrer des sédations, anxiolyses palliatives à domicile » ?

49% (31/63) des répondants déclarent avoir déjà mis en œuvre une sédation/anxiolyse à domicile : 20 médecins et 9 infirmiers (2 non renseignés).

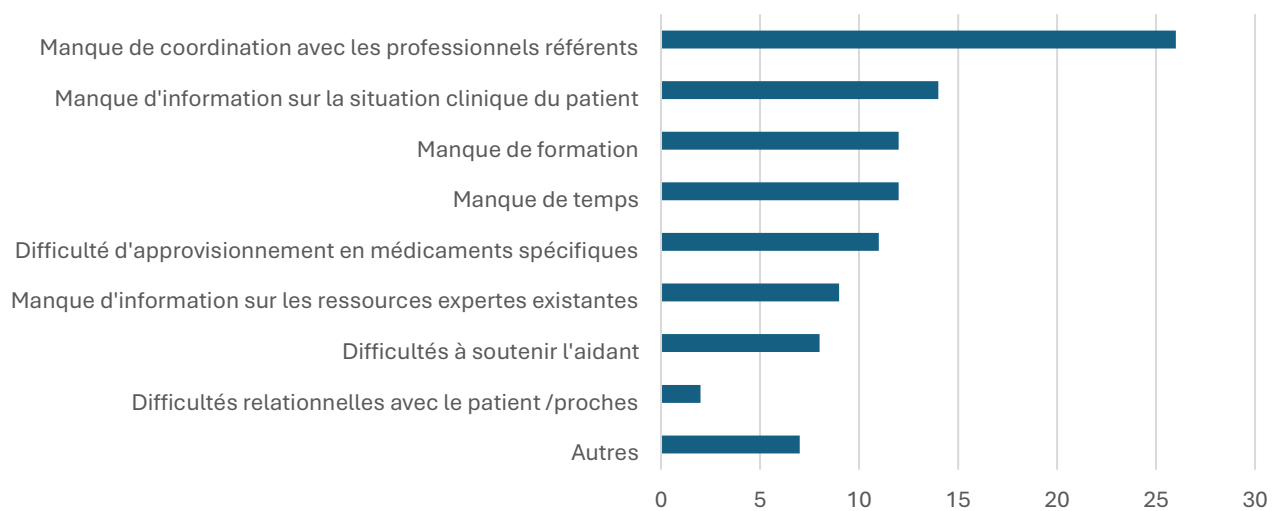
Le degré d'aisance moyen = 2,4/5 identifie un besoin de sécurisation (protocoles, prescriptions anticipées, supervision par une Equipe Mobile Territoriale de Soins Palliatifs).

3 - DIFFICULTES RENCONTREES

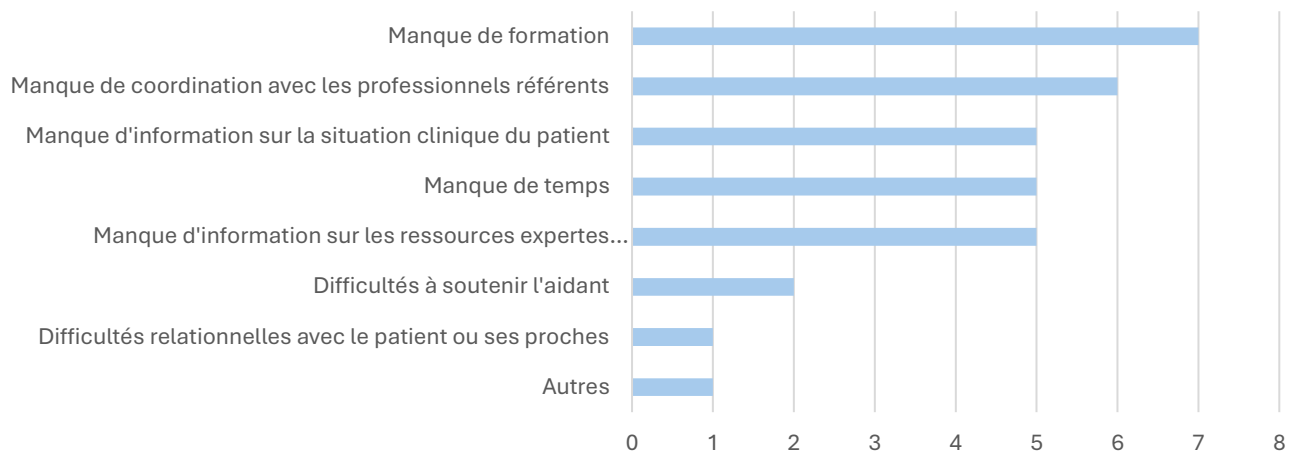
Quels sont les principales difficultés rencontrées



Pour les infirmiers ayant répondu (n=36)



Pour les kinésithérapeutes ayant répondu (n=9)

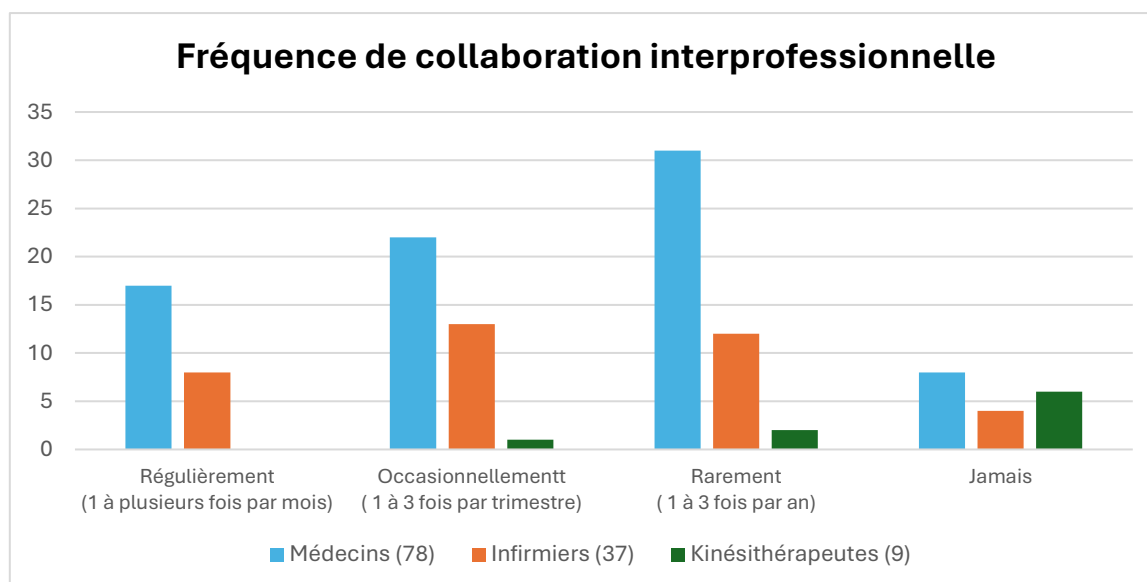


Dans les autres causes , il est identifié

- La pénurie en ressources humaines et la fragilité de la continuité des soins : le manque de personnel soignant, l'absence de médecin assurant des visites à domicile, l'accompagnement médical difficile le week end.
- Une faiblesse dans la prise en charge des situations : difficulté d'anticipation, de relais et/ou de coordination entre acteurs.
- Le manque de connaissances sur les différents recours thérapeutiques : possibilités et recommandations médicamenteuses, accompagnement dans les prescriptions de morphiniques, l'utilisation d'anxiolytiques adaptée, la difficulté de prescrire le Midazolam en sous-cutané.

4 – FILIERE DE SOINS PALLIATIFS : COLLABORATION ENTRE ACTEURS ET CONNAISSANCE DE L'OFFRE TERRITORIALE

Travaillez-vous en collaboration avec d'autres professionnels de santé libéraux dans le cadre de prise en charge palliative ?



La collaboration interprofessionnelle est installée chez une part significative des infirmiers et des médecins (environ un quart déclare régulièrement).

La majorité des médecins collabore, mais plutôt de manière ponctuelle.

Le volume de « Rarement » est le plus élevé des quatre catégories, ce qui reflète :

- une forte variabilité des pratiques palliatives en médecine générale,
- une méconnaissance ou difficulté d'accès aux ressources (confirmée ci-dessous).

Les infirmiers apparaissent comme les professionnels les plus structurés dans la collaboration palliative. Leur présence quotidienne au domicile et leur rôle pivot dans la surveillance clinique expliquent une densité d'interactions plus élevée.

Pour les kinésithérapeutes, la quasi-absence de collaboration reflète :

- une non-intégration structurelle des kinés dans les parcours palliatifs en ville,
- une méconnaissance réciproque de leur rôle,
- une nomenclature réglementaire restreint,
- un déficit de sollicitations par les équipes palliatives (« HAD ne me prévient pas », « pas de place dans les protocoles »),

malgré leurs compétences en confort respiratoire, mobilisation, prévention des douleurs.

Avec quels acteurs collaborez-vous ?

Parmi les 106 personnes ayant renseigné les professionnels ou dispositifs sollicités (libellés libres, multi-citations possibles), les mentions les plus fréquentes sont catégorisées par typologies de professionnels répondants.

STRUCTURES D'APPUI EN SOINS PALLIATIFS POUR LES PROFESSIONNELS

EMTSP – ÉQUIPE MOBILE TERRITORIALE DE SOINS PALLIATIFS : une EMTSP est une équipe pluridisciplinaire mobile (médecins, infirmiers, psychologues...) qui intervient sur l'ensemble d'un territoire pour soutenir les professionnels de santé dans la prise en charge palliative : conseils, évaluation complexe, aide à la décision/prescription, formation, coordination.

UNE ERI-SP - ÉQUIPE RAPIDE D'INTERVENTION EN SOINS PALLIATIFS est une équipe médicale et soignante d'HAD (médecin + infirmier) capable d'intervenir en quelques heures, 24h/24 et 7j/7, auprès d'un patient nécessitant des soins palliatifs urgents à domicile ou en ESMS. Ses missions principales sont : Stabiliser rapidement l'état du patient (douleur, symptômes aigus) ;

- Éviter une hospitalisation non souhaitée en assurant une prise en charge immédiate ;
- Assurer la continuité en orientant le patient vers la structure appropriée (HAD, USP, LISP...) après stabilisation ;
- Compléter l'action des EMSP, en étant effectrice de soins lors des dégradations rapides de l'état clinique.

LE DAC - DISPOSITIF D'APPUI A LA COORDINATION est une structure territoriale qui apporte un appui aux professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux lorsqu'ils accompagnent des personnes en situation de santé complexe (maladies chroniques, handicap, troubles psychiques, isolement, problématiques médico-sociales...).

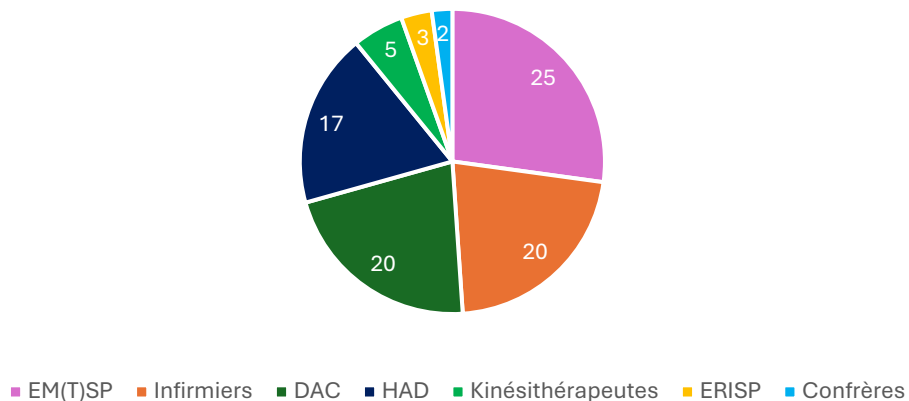
Il agit comme un guichet unique, simplifiant des parcours souvent fragmentés.

L'HAD-HOSPITALISATION A DOMICILE est une hospitalisation à temps complet réalisée au domicile ou lieu de vie du patient, avec des soins équivalents à ceux d'un hôpital.

- Elle permet d'assurer des soins médicaux et paramédicaux complexes et continus, coordonnés par une équipe spécialisée.
- Elle constitue une alternative à l'hospitalisation conventionnelle, en évitant ou raccourcissant les séjours en établissement.

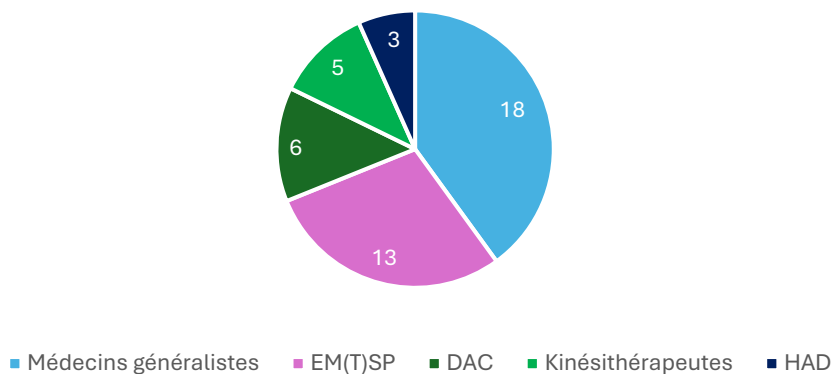
L'HAD intervient sur prescription médicale et mobilise un ensemble de professionnels pour une prise en charge personnalisée.

Collaborateurs mobilisés en 2ème intention par les médecins (n = 71)



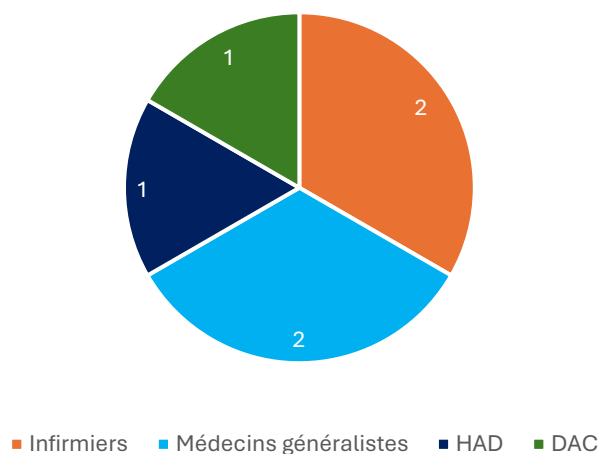
Les médecins collaborent majoritairement avec les professionnels membres de l'équipe de soins primaires, les EM(T)SP, les DAC et les HAD. Les ERISP sont connues et mobilisées notamment par les professionnels de Paris et de « petite couronne » (domaine d'intervention actuel du dispositif « Pallidom »).

Collaborateurs mobilisés en 2ème intention par les infirmiers (n = 32)



Les infirmiers interagissent principalement avec les médecins, et les EM(T)SP, puis les DAC et les kinésithérapeutes ; mais également avec d'autres acteurs indispensables à la prise en charge à domicile : CPTS, CCAS, ADVS, pharmaciens.

Collaborateurs mobilisés en 2ème intention par les kinésithérapeutes (n= 3)



Les kinésithérapeutes apparaissent peu intégrés aux coopérations ce qui peut suggérer des freins d'articulation (information, critères d'intervention, circuits) ou un biais d'échantillon.

Quand elles existent, les coopérations sont surtout vers les infirmiers et les médecins, puis à une moindre échelle les HAD et DAC .

L'écosystème partenarial fonctionne chez les infirmiers et les médecins autour des EM(T)SP, des DAC et de l'HAD, mais reste peu accessible pour les kinésithérapeutes.

Les freins majeurs sont le mode d'emploi des sollicitations, la réactivité et la lisibilité des critères.

Connaissance et recours aux structures/dispositifs d'appui territoriaux

Médecins n= 80	HAD	EMTSP	DAC
Je connais et j'interpelle	46 (58,9%)	47(58,75%)	48 (60%)
Je connais sans solliciter	34 (41,1%)	25 (31,25 %)	16 (20%)
Je ne connais pas		8 (10%)	16 (20%)

Les médecins apparaissent comme le groupe professionnel ayant la meilleure appropriation opérationnelle des dispositifs.

- L'HAD est parfaitement connue, avec un recours important Aucun médecin ne déclare ne pas connaître l'HAD.
- L'EMTSP bénéficie d'une large connaissance et d'une forte sollicitation.
- Le DAC est un dispositif à la fois bien connu et fortement mobilisé.

Infirmiers n =37	HAD	EMTSP	DAC
Je connais et j'interpelle	19 (51,4%)	22 (59,5 %)	19 (51,4 %)
Je connais sans solliciter	18 (48,6%)	8 (21,6%)	9 (24,3%)
Je ne connais pas		7 (18,9%)	9 (24,3%)

Les infirmiers témoignent d'une bonne connaissance globale des trois dispositifs d'appui, avec toutefois des écarts significatifs selon les structures.

- L'HAD est le dispositif le mieux identifié, connu de l'ensemble des répondants. Plus de la moitié déclarent l'utiliser régulièrement, les autres indiquant le connaître sans sollicitation.

NB : L'HAD restant un dispositif prescrit, les interpellations sont plutôt à préciser comme des orientations ou préconisations adressées au médecin prescripteur.

- L'EMTSP est bien connue et assez fréquemment sollicitée. Toutefois, près d'un infirmier sur cinq (18,9%) déclare ne pas le connaître, révélant un besoin d'information ciblée.
- Le DAC est le dispositif le moins connu du panel infirmier, avec 24,3% de non-connaissance. Parmi ceux qui le connaissent, l'usage reste élevé,

Les infirmiers mobilisent volontiers les dispositifs qu'ils connaissent. Le principal enjeu concerne donc la visibilité.

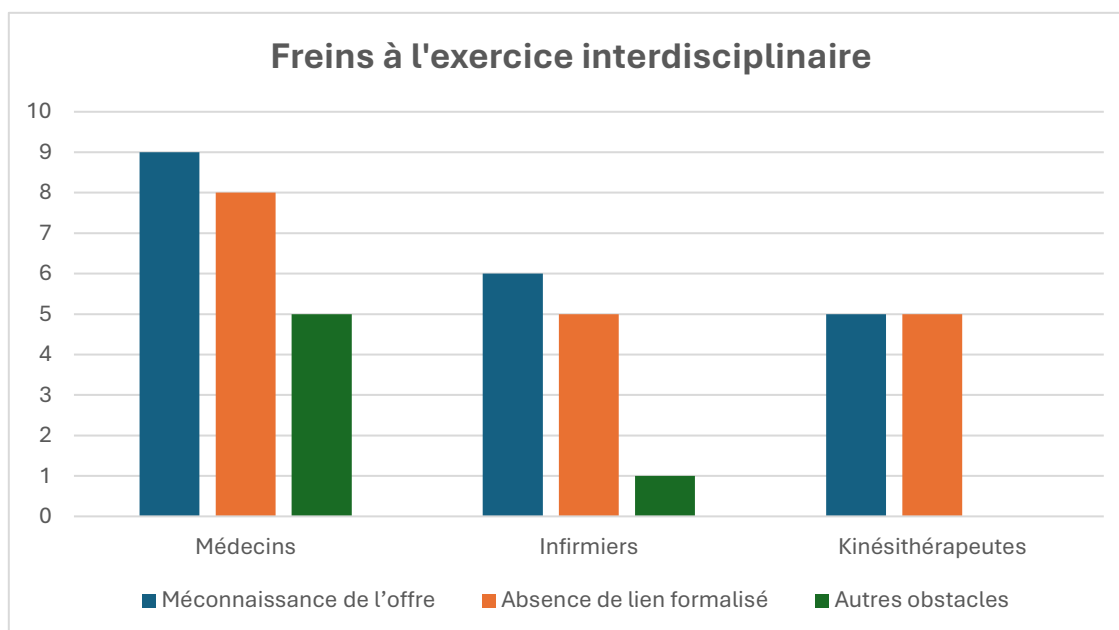
Kinésithérapeutes n=9	HAD	EMTSP	DAC
Je connais et j'interpelle	1 (11,1%)	1 (11,1%)	1 (11,1%)
Je connais sans solliciter	7 (77,8%)	4 (44,4%)	2 (29,2%)
Je ne connais pas	1 (11,1%)	4 (44,4%)	6 (66,6%)

Les kinésithérapeutes se distinguent par une connaissance nettement plus faible des dispositifs d'appui, limitant de fait leur sollicitation.

- L'HAD reste le dispositif le mieux identifié, mais malgré cela peu sollicité puisque ce dispositif prescrit par un médecin.
- EMTSP et DAC sont des dispositifs relativement peu connus.

La notoriété des dispositifs progresse mais demeure inégale selon les territoires et les professions, Les usages augmentent nettement lorsque la connaissance est acquise, suggérant l'intérêt d'actions de sensibilisation spécifiques.

Causes de non-coopération entre acteurs



Les médecins généralistes avouent une méconnaissance de l'offre de soutien spécifique existante (10 mentions, le plus haut score).

D'autres facteurs se rajoutent comme la charge temporelle, la difficulté à repérer les situations palliatives précocement.

Les médecins expriment principalement des difficultés liées à la réactivité et à l'urgence, plusieurs signalant que les dispositifs ne répondent pas lorsqu'une intervention rapide est nécessaire : « *Aucune aide n'a pu être apportée dans l'urgence* ».

Ils évoquent également des refus ou limites de prise en charge, parfois difficiles à comprendre au regard des situations des patients : « *Refus de prise en charge pour souffrances existentielles et perte d'autonomie.* »

La coordination insuffisante et des interventions modifiant le suivi sans concertation constituent un irritant important : « *Ils modifient les traitements sans m'informer* ».

Certains verbatims traduisent une perte de confiance ou une méfiance envers l'HAD, jugée lourde ou intrusive : « *Ils sont envahissants et trop lourds. « HAD qui engendre des ruptures de palier 3.* »

La lourdeur administrative revient également comme frein majeur : « *Dossier trop chronophage, manque de temps.* »

Enfin, les médecins identifient un besoin clair de repères simples pour orienter les patients : « *Il faudrait un visuel simple avec les contacts* ».

La collaboration est moins fluide, et majore le retard d'orientation vers les dispositifs experts EMSP/HAD/DAC.

Pour les infirmiers, les obstacles sont modérés mais présents.

Les verbatims montrent surtout des difficultés autour de la relation avec les structures d'appui et de la coordination des prises en charge.

Plusieurs infirmiers expriment un ressenti de mise à l'écart ou de manque de prise en compte de leur rôle : « *L'HAD s'impose sans demander si un cabinet libéral suit déjà le patient* ». « *Les HAD nous évince des prises en charge* ».

La question de l'urgence revient également dans les retours : « *Aucune aide n'a pu être apportée dans l'urgence* ».

Enfin, quelques professionnels mentionnent une lourdeur administrative et un manque de considération : « *Dossier trop chronophage, manque de temps* ». « *Ces structures n'intègrent pas les libéraux* ».

Certains soignants soulignent une réticence des familles, qui retarde la mise en place d'aides : « *Parfois il y a réticence de la famille* ».

Globalement, ces verbatims traduisent le besoin d'une meilleure coordination, d'une communication plus fluide et d'un positionnement plus clair des dispositifs auprès des infirmiers libéraux.

Pour les kinésithérapeutes, le non-recours à ces dispositifs est lié à la lourdeur administrative, impactante notamment face à un manque de temps identifié.

Il est aussi rapporté que les structures expertes d'appui n'intègrent pas les kinésithérapeutes libéraux : « *Ces structures ne viennent jamais vers les kinésithérapeutes de ville* ».

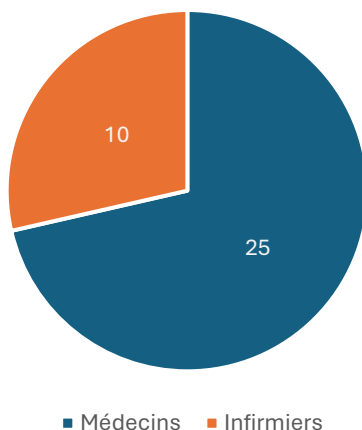
Connaissance de l'appui territorial téléphonique :

Seulement 27,6 % (35 réponses /92) des professionnels répondants connaissent le numéro d'appui téléphonique territorial.

Pour rappel

L'appui territorial est un appui téléphonique, sans déplacement, ni effectation, qui permet aux professionnels de santé d'accéder à l'expertise palliative pour les patients relevant d'une démarche palliative en dehors des heures ouvrées : le soir, le week-end et les jours fériés.

Répartition des professionnels connaissant l'appui territorial (n = 126)



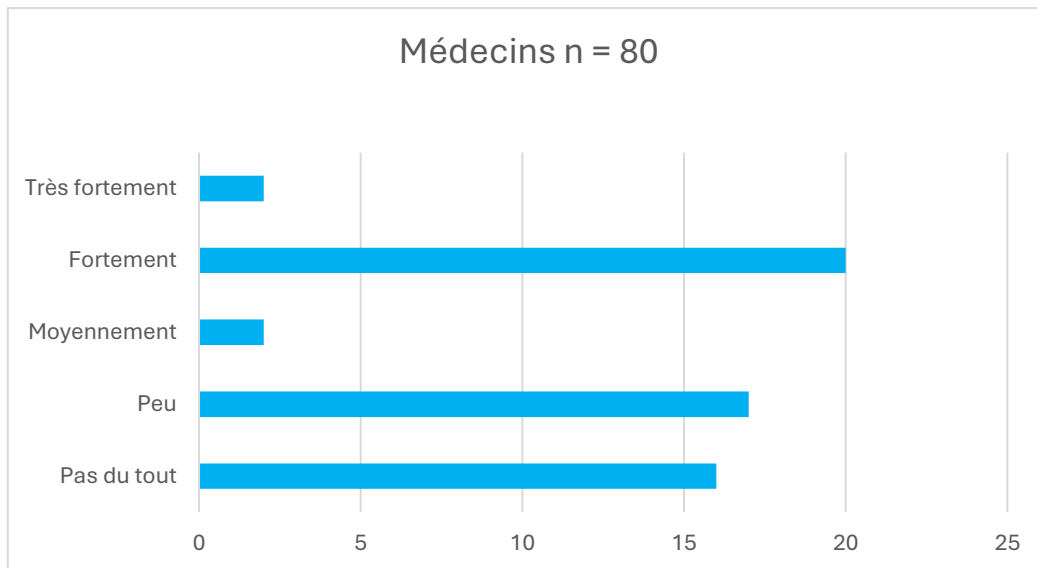
Cette méconnaissance doit être mise en regard avec des modèles d'organisation différents selon les territoires et ne proposant pas un recours similaire, associé à un déploiement et une visibilité hétérogène.

Les verbatims mettent en évidence plusieurs freins à un exercice réellement partenarial entre les libéraux, l'HAD, le DAC et les autres acteurs du parcours :

- **Coordination et communication insuffisantes** : Les professionnels regrettent un manque d'échanges structurés, notamment lors des interventions de dispositifs extérieurs :
- **Intégration limitée** des libéraux dans les dispositifs : Plusieurs soignants ont le sentiment d'être mis à l'écart des décisions ou des prises en charge déjà en place :
 - Le nécessaire **respect des rôles et articulation** des interventions. Le partenariat se fragilise lorsque les dispositifs remplacent ou contournent les équipes libérales déjà investies auprès du patient :
 - Le besoin d'une **réactivité** suffisante des dispositifs La disponibilité des équipes d'appui reste un point critique pour maintenir la confiance :
 - Le besoin d'**outils** simples pour faciliter le travail partenarial. Les professionnels demandent des supports de communication partagés.

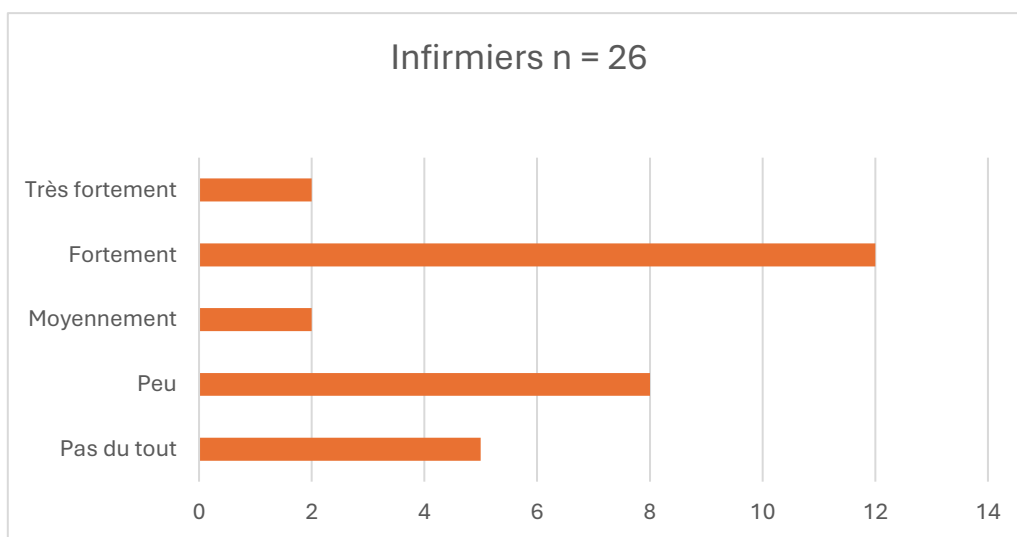
5 - IMPACT PSYCHOLOGIQUE DE L'EXERCICE LIBERAL EN SOINS PALLIATIFS

Dans le cadre des soins palliatifs, le fait d'exercer en libéral est-il pour vous une source de difficulté psychologique ?



Chez les médecins, la répartition des réponses montre une forte hétérogénéité du vécu psychologique, avec :

- une majorité des médecins se sent relativement peu ou pas impactés, montrant une capacité de distanciation professionnelle ou un environnement de travail soutenant,
- un quart, non négligeable, se dit fortement impacté, ce qui traduit un besoin d'appui psychologique, de supervision, ou d'un meilleur soutien organisationnel,
- un noyau minoritaire exprime une souffrance plus intense, pouvant constituer une zone à risque d'épuisement professionnel.

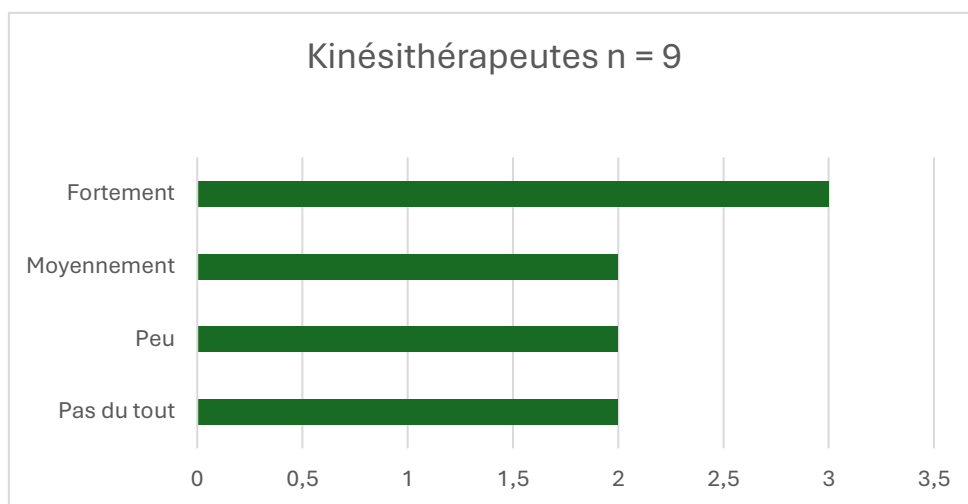


Chez les infirmiers, les réponses révèlent un retentissement psychologique très divers, montrant une capacité d'adaptation variable selon les professionnels ; cependant une proportion notable d'infirmiers déclare un impact important.

La catégorie « Fortement », de loin la plus représentée, indique que près de la moitié des infirmiers ressentent un impact psychologique marqué dans l'exercice des soins palliatifs à domicile.

Cette intensité peut traduire la charge émotionnelle élevée associée à l'accompagnement des situations de fin de vie au domicile : proximité avec les familles, gestion des symptômes complexes, interventions en urgence et parfois solitude décisionnelle.

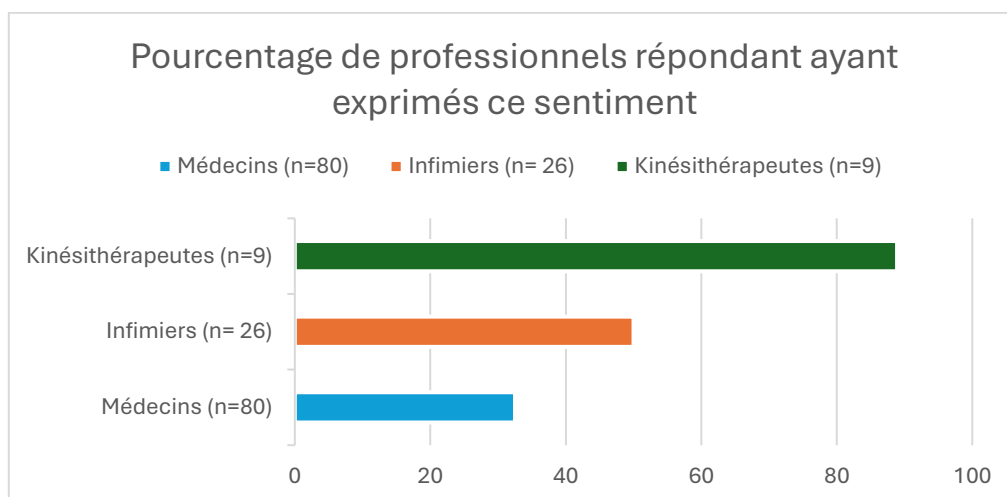
Sur le tiers se disant peu impacté, on peut probablement considérer l'apport d'une expérience solide, un sentiment de compétence ou des conditions d'exercice plus stabilisées, permettant de maintenir une distance professionnelle protectrice.



Chez les kinésithérapeutes, contrairement aux médecins et infirmiers où certaines catégories dominent, l'impact psychologique des soins palliatifs à domicile apparaît moins contrasté que dans d'autres professions. Un tiers se dit fortement affecté, tandis que les autres se répartissent entre un impact modéré, faible ou nul.

Cette hétérogénéité souligne des pratiques et des vécus très variables selon les contextes d'intervention. Elle met en avant le besoin de soutien adapté, notamment pour ceux confrontés régulièrement aux situations de fin de vie.

Sentiment de solitude exprimé dans la prise en charge palliative à domicile



Les résultats mettent en évidence un sentiment de solitude particulièrement présent chez les infirmiers et les kinésithérapeutes.

Ce constat s'explique en grande partie par leurs modalités d'intervention à domicile, majoritairement individuelles, qui les exposent davantage à des situations complexes sans soutien immédiat d'une équipe.

Le sentiment d'isolement est préoccupant : score moyen 3,1/5, avec près de 39% des répondants se sentant souvent ou très souvent isolés ; ce constat n'est donc pas toujours corrélé à un exercice rural ou isolé puisque la majorité des répondants exercent en milieu urbain et majorité en cabinet de groupe.

Autres facteurs ayant un impact sur la pratique en soins palliatifs

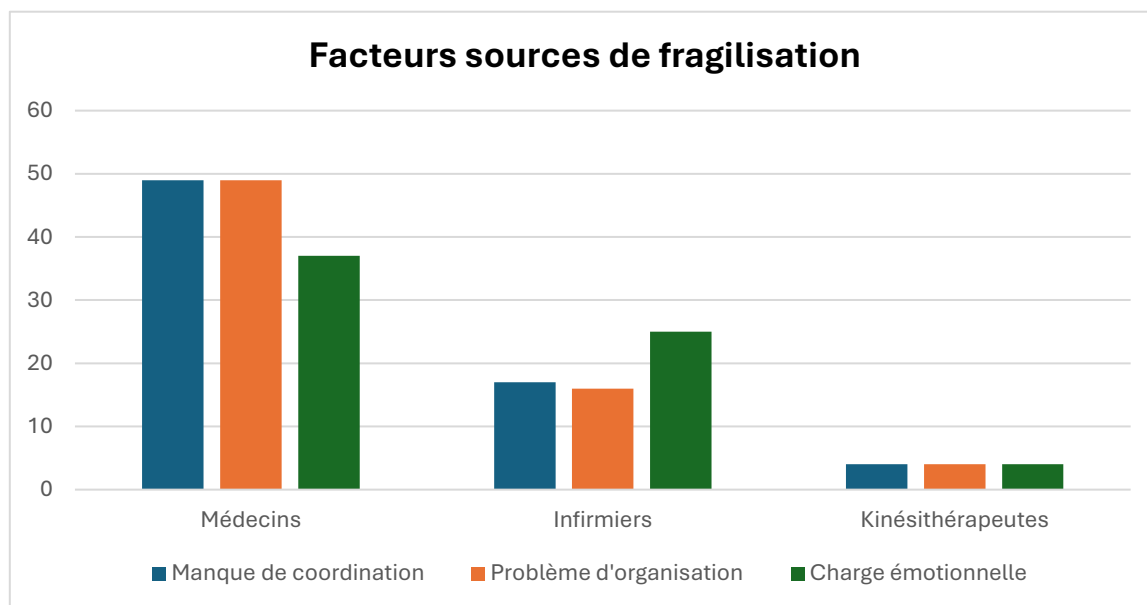
Pour cette question, il faut distinguer le sens des items évoqués.

L'organisation renvoie à la structure, au cadre et aux moyens mis en place pour que l'activité puisse se dérouler : les dispositifs, les protocoles, les ressources, les circuits.

- Existence d'un DAC, d'une HAD, d'une EMTSP.
- Protocoles d'admission, horaires, moyens humains et matériels.
- Processus définis pour l'évaluation d'un patient, la transmission, le retour à domicile.

La coordination, c'est l'action qui permet à ces éléments d'organisation de fonctionner ensemble, au bon moment, autour du patient. Elle dépend des interactions, de la circulation d'information et du travail collectif réel :

- Appels entre professionnels pour ajuster le projet de soins.
- Répartition des rôles à domicile entre IDE, médecin traitant, kiné, aides à domicile.
- Mise en cohérence des interventions pour éviter doublons, retards, isolement d'un professionnel.



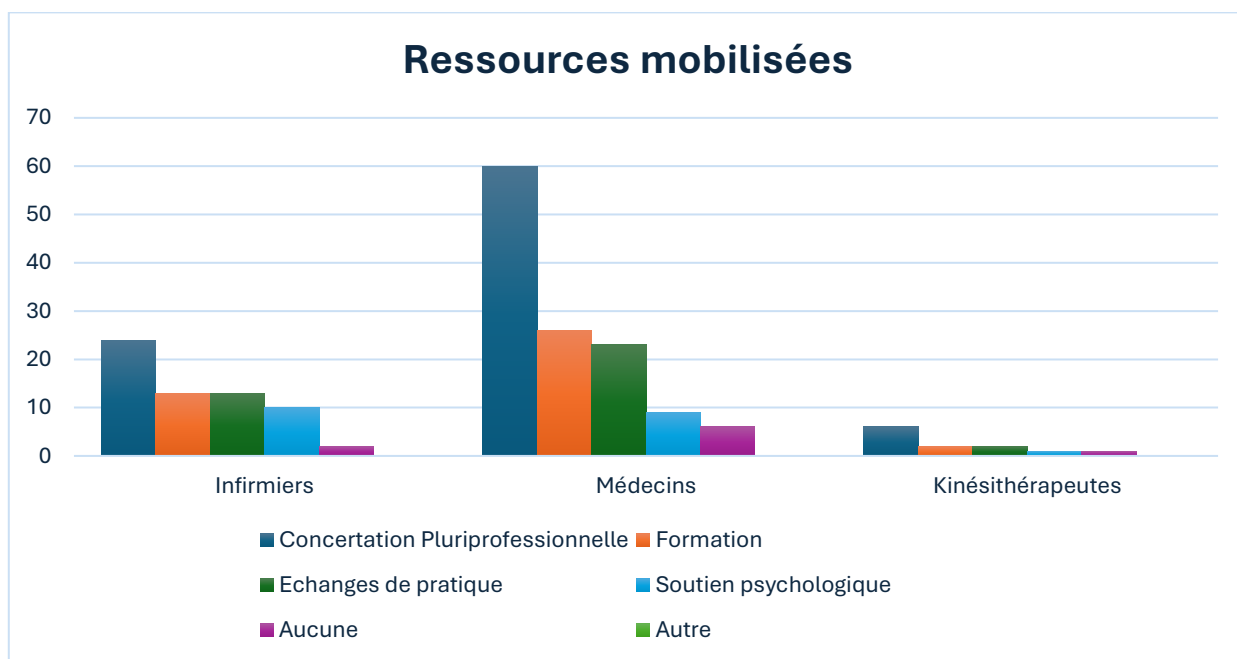
Deux types de problématiques émergent :

Pour les infirmiers : l'exposition émotionnelle au domicile apparaît comme l'élément le plus fragilisant, tandis que les enjeux de coordination/organisation existent mais sont secondaires.

Pour les médecins : un impact plutôt lié à un défaut d'ordre organisationnel : besoins de recommandations, d'aide à la prescription, de recours à des conseils ou à l'expertise rapide pour sécuriser les pratiques .Mais également nécessaire besoin de coordination, notamment pour assurer la continuité et la qualité des prises en charge.

Pour les kinésithérapeutes : le résultat est difficilement interprétable ; il peut être lié à la faible exposition directe aux situations les plus complexes et/ou le faible effectif de répondants. Les trois dimensions semblent équilibrées sans facteur saillant.

Pratiques actuelles



Le recours à la concertation interprofessionnelle est assez marqué pour l'ensemble des professionnels.

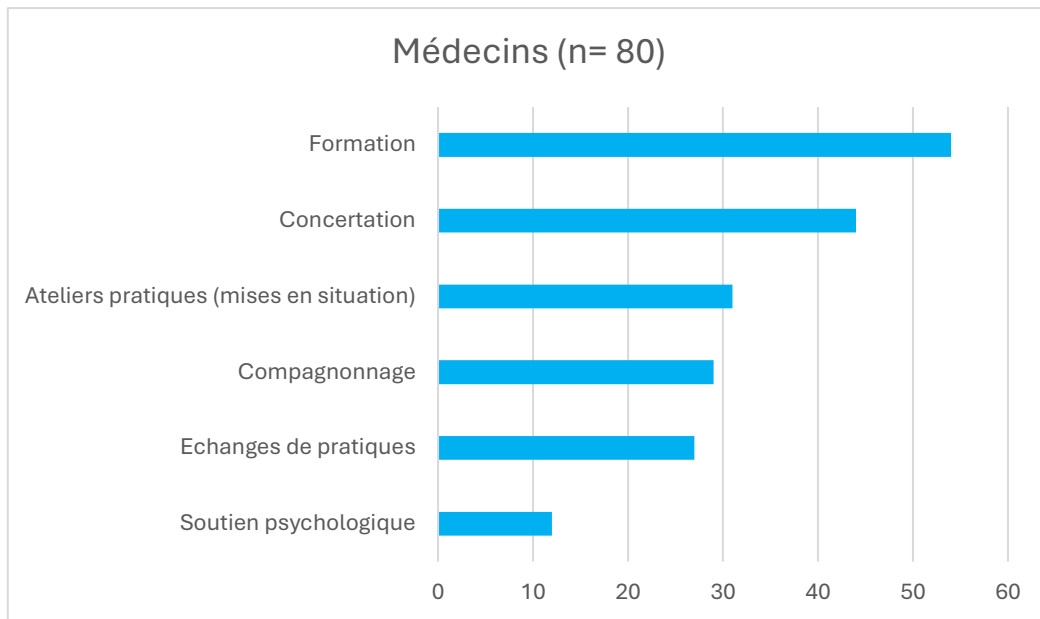
L'échange de pratiques et la concertation font partie des usages courants.

Ils se manifestent en pluriprofessionnalité au sein de l'équipe de soins primaires (collègues majoritairement) mais font aussi intervenir les professionnels hospitaliers ou des dispositifs d'appui quand cela est nécessaire.

Pour le champ «autre », il est à noter la valorisation des expériences précédentes en secteur hospitalier. Quelques professionnels contribuent à des groupes de travail spécifique au sein de CPTS ou de programme de recherche.

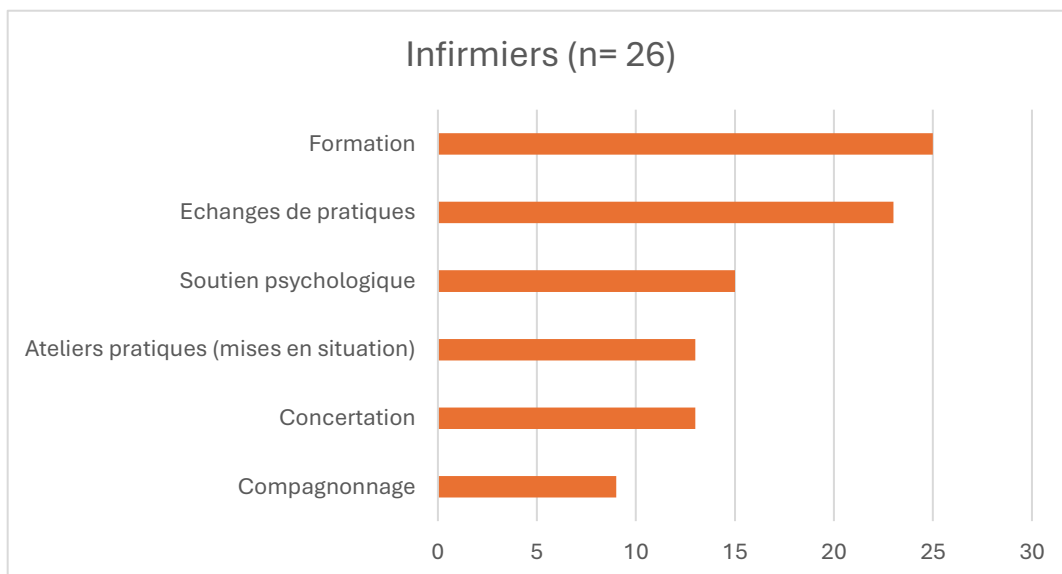
6 - IDENTIFICATION DES BESOINS

Le besoins à renforcer, même si son recours est assez marqué, reste la concertation inter professionnelle (pour 69,3% des répondants) démontrant un fort besoin de coordination.



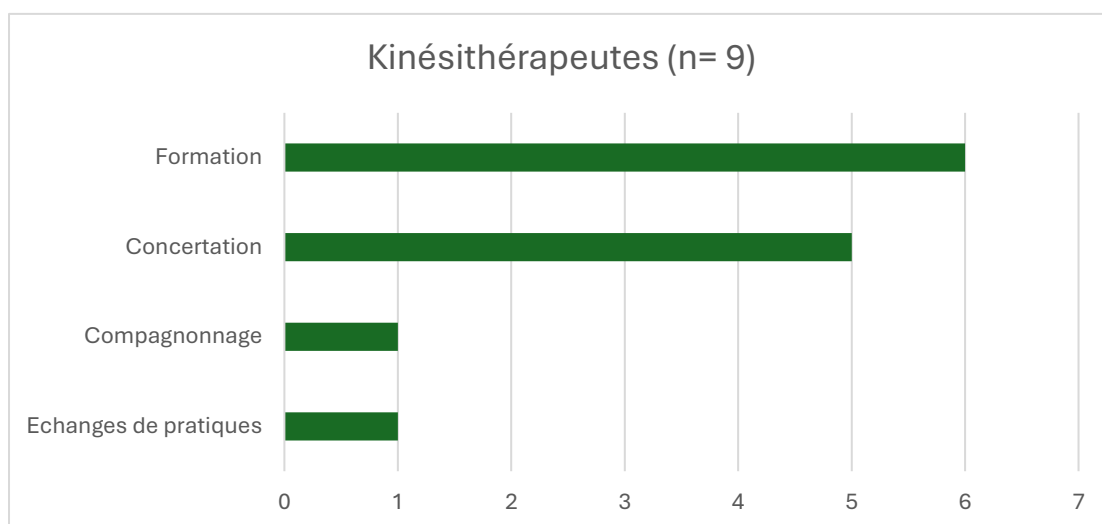
Les médecins sont particulièrement intéressés par :

- La formation continue malgré la difficulté évoquée de libérer du temps dédié.
- Le besoins d’ateliers pratiques et compagnonnage, démontre une forte attente d’amélioration des compétences techniques ou d’accompagnement mentoré qui permettraient d’améliorer les compétences spécifiques, in situ, sans mobiliser le temps qui leur est précieux
- Le soutien psychologique est attendu mais dans des proportions plus faibles.



Les infirmiers expriment surtout un besoin de formation et d’échanges de pratiques, suggérant une volonté d’améliorer leur expertise et de renforcer leur rôle au sein de l’équipe.

Le soutien psychologique reste un besoin intermédiaire, non négligeable



Pour les kinésithérapeutes, la principale attente reste la formation.

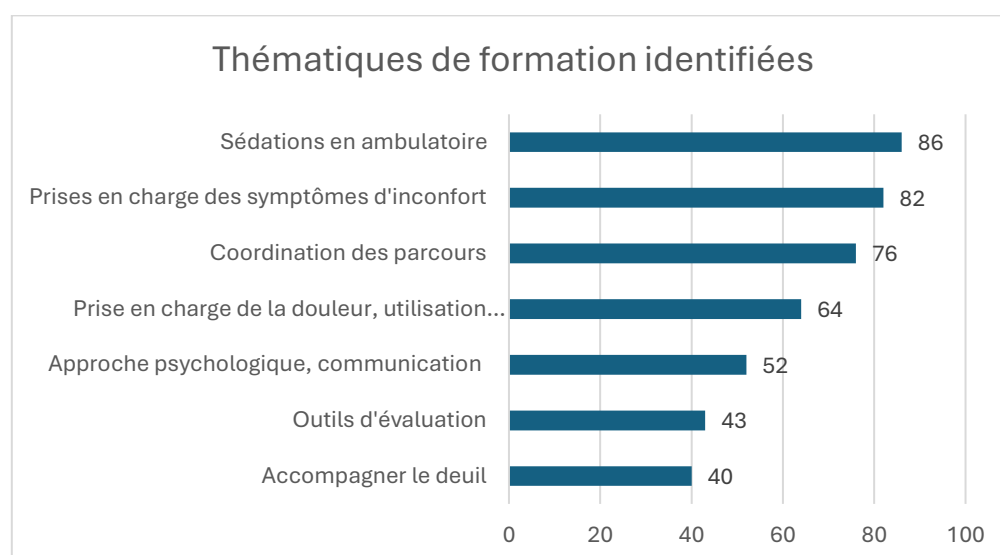
Les attentes prioritaires pour améliorer la prise en charge des situations palliatives portent majoritairement sur la mise en place d'outil soutenant les pratiques :

- la concertation interprofessionnelle (69 %) - cadre, régularité, traçabilité, accès-
- le soutien par la formation/sensibilisation (67 %),
- la mobilisation de groupes d'échanges et ateliers pratiques.

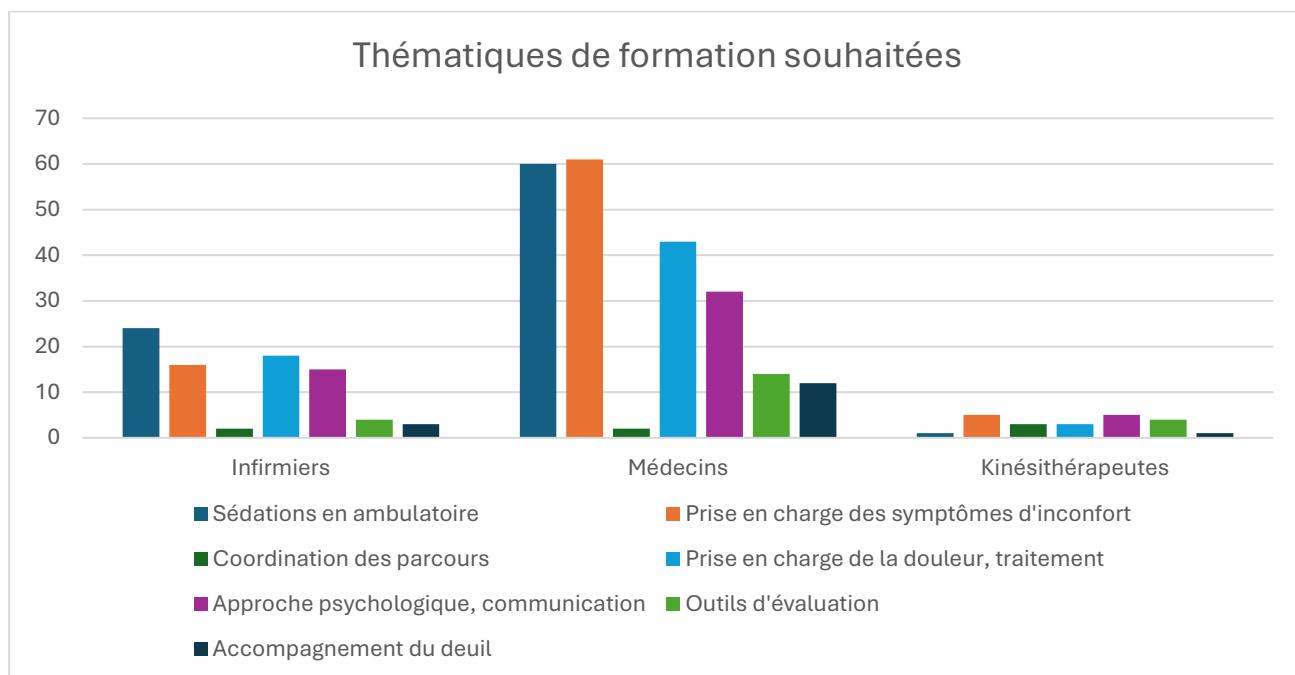
D «autres », s éléments pouvant améliorer l'exercice libéral dans ce champ ont été identifiés, notamment

- La lisibilité de l'offre et le contact facilité entre professionnels
- La réactivité des dispositifs de l'appui (DAC, EM(T)SP, HAD)
- L'accompagnement, le soutien des politiques publiques et ou institutions (ARS, CPAM, ...)[

Thématiques de formation prioritaires par catégories professionnelles



Les professionnels souhaitent renforcer à la fois leurs compétences techniques, leurs capacités d'évaluation et leurs pratiques relationnelles pour mieux accompagner les patients en soins palliatifs.



Les infirmiers expriment un besoin de connaissances cliniques pointues sur la sédation (cadre, indications, sécurisation au domicile) et un besoin très concret de coordination (qui appeler, circuits HAD/EMTSP/DAC, transmissions).

La dimension relationnelle reste importante mais secondaire.

Les médecins priorisent les besoins en formation répondant à la prise en charge clinique des situations complexes (sédations, inconfort réfractaire) et souhaitent des repères décisionnels cliniques/éthiques.

Pour les kinésithérapeutes les attentes sont liées à leur rôle au domicile : repères d'évaluation, gestion des inconforts (dyspnée, anxiété, agitation, inconfort postural), postures de communication en situation palliative.

Les besoins de formation se structurent autour de priorités nettement exprimées.

La sédation en ambulatoire constitue la thématique la plus citée avec 86 répondants, fortement priorisée par les médecins et également très présente chez les infirmiers. Elle est suivie par la prise en charge des symptômes d'inconfort, mentionnée par 82 répondants, en première position chez les médecins et en seconde chez les IDE.

Sur le plan organisationnel, la coordination des parcours représente un besoin important, identifié par 76 répondants, particulièrement attendu par les infirmiers et largement partagé par les médecins. D'autres demandes portent sur des compétences cliniques spécifiques telles que la gestion de la douleur et l'usage des antalgiques, mentionnées par 64 répondants.

Des besoins transversaux apparaissent également : l'approche psychologique et la communication (52 répondants), les outils d'évaluation (43 répondants) et l'accompagnement du deuil (40 répondants). Enfin, chez les kinésithérapeutes — dont le volume de réponses est plus faible — les attentes se concentrent sur des repères d'évaluation et une gestion pragmatique de l'inconfort, en cohérence avec leur pratique.

Les formats de dispensation préférés sont les webinaire thématique 55,9 % ; les MOOC/FOAD 43,3 % ; support permettant d'être visionnés au moment jugé opportun par le professionnel.

Sur d'éventuelles formations en présentiels réclamées par 40,2 % des répondants , les meilleurs créneaux d'appropriation sont en soirée 41,7 % majoritairement puis ; en ½ journée 25,2 %, plutôt que sur la pause méridienne 17,3 %).

7 - POINTS SAILLANTS

Les verbatims et les données recueillies mettent en évidence un ensemble de fragilités qui entravent la qualité des accompagnements palliatifs.



Un premier enjeu concerne la **reconnaissance du travail réalisé**, qu'elle soit financière, institutionnelle ou organisationnelle. « Reconnaissance financière », « Revaloriser les visites », « Avoir plus de temps, être mieux rémunéré », « Moyens dédiés via CPAM... ».

Cela contribue à un **sentiment de déconsidération** et alimente la difficulté d'engagement dans des prises en charge chronophages et émotionnellement exigeantes.

Ces tensions sont renforcées par une **pénurie de ressources** impactant l'ensemble de la prise en charge (médecins de ville, kinésithérapeutes, équipes mobiles spécialisées), ce qui limite les possibilités de relais et de continuité. L'**isolement professionnel**, ainsi que la **charge émotionnelle élevée** constituent des facteurs de vulnérabilité supplémentaires. « Trouver des soignants pour les unités d'hospitalisation », « Réseaux en tension (manque de personnel/moyens) », « Repeupler la médecine de 1er recours ».

La **coordination**, perçue comme insuffisamment opérante, apparaît comme un frein central : difficultés à joindre les médecins traitants, décisions unilatérales entre acteurs, manque de lisibilité des ressources et faible visibilité des dispositifs d'appui. « Travailler en collectif et en coordination », « Arrêter de décider sans nous concerter », « Revoir le rôle entre médecin coordonnateur et médecin traitant », « Plus de coordination avec les hôpitaux ».

Ces éléments identifient un besoin clair d'**outils partagés**, de circuits sécurisés et d'un accès fluide à l'expertise territoriale.

Par ailleurs, le **rôle des professionnels libéraux** reste méconnu ou sous-estimé, nourrissant le sentiment d'être des experts invisibles, pourtant au cœur de la prise en charge à domicile ; ceci impacte la pertinence des décisions et la cohérence des parcours. « Considération pour les libéraux »,

« Reconnaissance de l'approche palliative hors filière », « Que les structures apprennent les capacités du libéral » « Tous les libéraux acceptent d'accompagner à domicile... ».

Les besoins de **formation, d'outillage et d'accompagnement** sont particulièrement marqués. La culture palliative demeure hétérogène, notamment face à l'urgence palliative certains outils spécifiques de repérage comme l'ESAS, sont encore peu utilisés. Les pratiques sensibles, telles que la sédation, nécessitent des protocoles, des repères techniques et un soutien expert.

Enfin, la **valorisation des actes** reste imparfaite. Le réflexe de coter n'est pas ancré. Seuls 50,4 % utilisent les cotations spécifiques, freinés par des flous réglementaires ou une méconnaissance de la nomenclature. « Je ne savais pas », « Je ne les connais pas », « Pas au courant », « Je ne connais pas la cotation de la grille tarifaire », « ... pas connaissance avant ».

Dans l'ensemble, ces constats appellent des **réponses organisationnelles, pédagogiques et structurelles** visant à renforcer la reconnaissance, faciliter l'exercice, soutenir les pratiques professionnelles et améliorer la coordination des acteurs. « Lisibilité des ressources (transparent pour les PS) », « Intervenants sollicitables sur place », « ouverture d'une nouvelle EMSP », « pouvoir joindre le médecin traitant ».

8 – RECOMMANDATIONS ET PISTES D'AMÉLIORATION

Les recommandations ci-après proposent des actions opérationnelles et immédiatement mobilisables pour renforcer la qualité, la sécurité et la coordination des prises en charge palliatives en ambulatoire, tout en soutenant les professionnels dans leurs pratiques quotidiennes.

Sécuriser l'ambulatoire et l'«urgence palliative» : Kit "urgence palliative (ordonnances types, protocoles de titration, check-list 48h, fiches pratiques «quoi prescrire», modèles de prescriptions anticipées) + webinaire 60 min dédié.

Structurer la concertation : mini-RCP flash hebdomadaire (30 min, visio, créneau soir), compte-rendu type et critères d'accès clairs

Clarifier la valorisation des actes : Fiche mémo cotations (MCI, VSP, PLL + conditions et exemples) Modèle d'ordonnance prêt à prescrire ; diffusion via DAC/EMTSP et CPTS. Hotline "codage (ou FAQ asynchrone) adossée au DAC ? à l'EMTSP ?

Diffuser la culture palliative et les outils : Diffusion d'échelles (EVA/NRS/Algoplus/Pallia 10 + ESAS-light) intégré à une fiche d'évaluation standardisée.

Renforcer la formation : modules courts (webinaires, FOAD), ateliers pratiques et compagnonnage in situ (EM(T)SP). Formation « minute » sur des sujets identifiés "Sédation en ambulatoire (2 h) + atelier pratique (petits groupes) ciblés.

Rendre visibles et joignables les ressources :

Carte et contacts des ressources (HAD/DAC/EMTSP/USP, numéro d'appui), délais d'accès affichés, QR-code à diffuser (MSP/CPTS). Engagement de service: réponse ≤ 48 h côté EMTSP/DAC pour les demandes libérales.

Prévenir l'isolement, : Groupes d'échanges inter-pro mensuels (visio), soutien psychologique (en interne ARS/DAC ou partenaire).

Indicateurs simples de suivi : % de demandes issues de la ville vers EM(T)SP ; délai moyen de réponse (cible ≤ 48 h). Taux de valorisation des actes (MCI, VSP, PLL). % de professionnels connaissant le n° d'appui territorial. Nombre de cas discutés en mini-RCP ;

Ces recommandations sont alignées avec les attendus des filières territoriales et la diffusion de la culture palliative, et peuvent nourrir des axes de travail avec les URPS, les CPTS ou nourrir des GTR spécifiques