

2016-2017

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Qualification en Médecine Générale

**Situations palliatives en
médecine ambulatoire :
freins au recours aux
prescriptions anticipées**

Revue de la littérature

HATCHIKIAN Alice

Né le 2 juillet 1990 à Angers (49)

Sous la direction de Mme FAYOLLE Anne-Victoire
et de M. GUINEBERTEAU Clément

Membres du jury

M. Le Professeur CAILLEZ Éric | Président

M. Le Docteur GUINEBERTEAU Clément | Directeur

Mme Le Docteur FAYOLLE Anne-Victoire | Codirecteur

M. Le Docteur MOREL Vincent | Membre

Mme. Le Docteur DE CASABIANCA Catherine | Membre

Soutenue publiquement le :
19 octobre 2017



ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

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

signé par l'étudiante le **01/09/2017**

LISTE DES ENSEIGNANTS DE L'UFR SANTÉ D'ANGERS

Directeur de l'UFR : Pr Isabelle RICHARD

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

Directeur du département de médecine : Pr Nicolas LEROLLE

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

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

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

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

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

TANGUY-SCHMIDT Aline
TRICAUD Anne
TURCANT Alain

Hématologie ; transfusion
Biologie cellulaire
Pharmacologie

Médecine
Pharmacie
Médecine

AUTRES ENSEIGNANTS

AMIARD Stéphane

Informatique

Médecine

AUTRET Erwan

Anglais

Médecine

BRUNOIS-DEBU Isabelle

Anglais

Pharmacie

CAVAILLON Pascal

Pharmacie Industrielle

Pharmacie

CHIKH Yamina

Économie-Gestion

Médecine

FISBACH Martine

Anglais

Médecine

LAFFILHE Jean-Louis

Officine

Pharmacie

LETERTRE Elisabeth

Coordination ingénierie de formation

Médecine

O'SULLIVAN Kayleigh

Anglais

Médecine

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Eric CAILLIEZ, pour me faire l'honneur d'avoir accepté d'être le président du jury de cette thèse et de juger ce travail. Veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements. Merci pour votre investissement dans la formation des internes de médecine générale à Angers.

A Monsieur le Docteur Clément GUNIBERTEAU, pour m'avoir proposé ce sujet de thèse. Merci pour ta disponibilité, ton soutien et ta bienveillance.

A Madame le Docteur Anne-Victoire FAYOLLE, pour la co-direction de cette thèse. Merci pour ton soutien, ta réassurance et ta bonne-humeur pendant nos rendez-vous de travail.

A Monsieur le Docteur Vincent MOREL. Je vous remercie de l'honneur que vous me faites de faire partie de ce jury de thèse. Merci de m'accueillir dans votre service l'année prochaine.

A Madame le Docteur Catherine DE CASABIANCA, pour avoir accepté de faire partie de ce jury de thèse et de juger ce travail. Merci pour votre investissement au sein du département de médecine générale.

REMERCIEMENTS

A mes parents, merci pour votre amour, votre bienveillance et votre soutien sans faille, si j'en suis ici aujourd'hui c'est en très grande partie grâce à vous. Merci Maman d'avoir relu et corrigé ce travail.

A mes frères et sœurs, Stéphanie, Christophe et Aurélie, merci pour votre soutien, votre bonne humeur et nos fous rires partagés.

A ma famille et mon parrain.

A David, merci pour ces bons moments passés ensemble, pour ton amour. Merci de m'avoir réconfortée, donné du courage et supportée pendant la rédaction de cette thèse. A tous les futurs bons moments qui nous attendent.

A Aurélien pour ton aide pour la traduction du résumé en anglais.

A mes amis.

A mes co-internes angevins.

Aux médecins et équipes paramédicales rencontrées pendant mes différents stages. Une attention toute particulière aux équipes de la clinique Victor Hugo qui m'ont permis de découvrir cette vocation pour les soins palliatifs.

Liste des abréviations

PLAN**RESUME****INTRODUCTION****MÉTHODES**

- 1. Critères d'inclusion**
- 2. Stratégies de recherche bibliographique**
- 3. Sélection des études**
- 4. Evaluation de la qualité des études**
- 5. Analyse des données**

RÉSULTATS

- 1. Description des études incluses**
 - 1.1. Qualité des études
- 2. Freins aux prescriptions anticipées en soins palliatifs en soins primaires**
 - 2.1. Freins relationnels
 - 2.1.1. Relation Médecin - Autres intervenants du domicile
 - 2.1.2. Relation Patient - Professionnels
 - 2.1.3. Relation Patient - Aidants
 - 2.2. Les freins organisationnels
 - 2.2.1. Les freins liés aux intervenants
 - 2.2.2. Les freins liés au domicile
 - 2.3. Les freins liés à la prescription
 - 2.3.1. Manque de connaissance en soins palliatifs
 - 2.3.2. Manque de connaissance des prescriptions anticipées

DISCUSSION

- 1. Fin de vie à domicile et mise en place des PAP**
- 2. Coordination interprofessionnelle et limites des PAP**
- 3. Forces et Faiblesses de l'étude**
- 4. Implications pour la pratique : Enjeux du manque de formation en soins palliatifs exprimés par les professionnels du milieu ambulatoire**

BIBLIOGRAPHIE**LISTE DES FIGURES****LISTE DES TABLEAUX****TABLE DES MATIERES****ANNEXES**

SITUATIONS PALLIATIVES EN MEDECINE AMBULATOIRE : FREINS AU RE COURS AUX PRESCRIPTIONS ANTICIPEES.

Alice HATCHIKIAN¹, Anne-Victoire FAYOLLE¹, Clément GUINEBERTEAU¹

¹ Département universitaire de médecine générale, Université d'Angers

Soumis le 16 septembre 2017 à Médecine Palliative

RESUME

Introduction : Les prescriptions anticipées personnalisées sont une aide importante pour faciliter les fins de vie au domicile. En France, elles sont cependant peu utilisées par les médecins généralistes. L'objectif de ce travail était d'identifier les freins aux prescriptions anticipées en médecine ambulatoire.

Méthode : Une revue de la littérature anglophone et francophone, entre 2000 et 2017, a été conduite selon les critères PRISMA. Les bases de données suivantes ont été interrogées : PUB MED, SCOPUS, DOCDOC PRO (pour la revue du praticien, revue du praticien-médecine générale). Les articles ont été sélectionnés par trois chercheurs. Etaient incluses les études rapportant les freins aux prescriptions anticipées en médecine ambulatoire en soins palliatifs.

Résultats : Cinq cent soixante-douze études ont été extraites de la littérature. Huit qualitatives et trois descriptives ont été retenues pour la revue. Les freins ont été classés en trois groupes : relationnels, organisationnels et ceux liés à la prescription. Les principaux obstacles étaient le manque de communication et de confiance entre le médecin généraliste et les autres intervenants, la coordination entre les équipes, essentiellement avec les infirmiers, ainsi que le manque de formation et de connaissance en soins palliatifs et sur les prescriptions anticipées en particulier.

Conclusion : Plusieurs freins ont été mis en évidence, certains liés au mode d'exercice et d'autres non. Des pistes d'amélioration telles qu'une meilleure sollicitation des équipes ressources et des transmissions plus adaptées pourraient améliorer le recours aux prescriptions anticipées.

INTRODUCTION

81% des Français souhaitent « *passer leurs derniers instants chez eux* » [1], cependant seuls 25,5 % des décès surviennent à domicile contre 64% à l'hôpital et 11% en institution.

Le médecin généraliste, qui connaît souvent le patient depuis de nombreuses années, est un pivot dans la prise en charge de la fin de vie à domicile. Il a un rôle d'écoute, de soutien et de prescription. Il articule le travail d'une équipe pluriprofessionnelle intervenant au domicile.

En France, les médecins généralistes suivent, par an, entre 1 et 4 patients relevant de soins palliatifs [2].

Ces derniers, selon la définition de la SFAP, « *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 et 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*

 » [3].

L'anticipation en soins palliatifs est primordiale, elle permet de prévoir l'évolution de l'état de santé du patient ainsi que la survenue, la réapparition ou l'aggravation des symptômes d'inconfort.

C'est à ce moment que les prescriptions anticipées personnalisées (PAP) interviennent. Elles sont médicales, personnalisées, rédigées à l'avance et révisables à tout moment [4]. Mentionnées pour la première fois dans la circulaire n°2002-266 du 30 avril 2002, elles sont assimilées dans un premier temps à des protocoles médicaux [5]. Elles sont une nouvelle fois abordées dans la circulaire DHOS/02/2008/99 du 25 mars 2008 relative aux réseaux de soins

palliatifs : les professionnels doivent assurer le « *respect des règles de bonnes pratiques professionnelles en mettant en œuvre des protocoles et des supports de prescriptions anticipées et personnalisées, quel que soit le lieu de prise en charge du patient et la complexité des situations* » [6].

Ces prescriptions anticipées sont utilisées en fin de vie afin de soulager rapidement les symptômes d'inconfort que peut présenter le patient. Elles peuvent donc concerner : la douleur, les troubles respiratoires, la dyspnée, l'inconfort digestif, l'agitation, la confusion, l'anxiété... A domicile, elles devraient pouvoir être appliquées par l'infirmière diplômée d'état (IDE) lorsque le médecin ne peut être sur place ou joignable comme la nuit et le week-end. Elles permettent une amélioration de la qualité de vie du patient ainsi que de celle de ses aidants en diminuant le caractère anxiogène de la situation et en assurant une meilleure réactivité des équipes. Pour que tout se passe dans les meilleures conditions, ces prescriptions doivent être discutées et validées avec le médecin, les intervenants à domicile, le patient et la famille [7].

Plusieurs études ont démontré que la mise en place de prescriptions anticipées facilite une fin de vie plus paisible à domicile et permet d'éviter des hospitalisations, en urgence, le plus souvent non souhaitées par le patient et sa famille [8]. Actuellement, elles semblent insuffisamment utilisées en médecine générale [9] du fait de nombreux freins. Trois étapes successives sont nécessaires à leur mise en place : la rédaction de la prescription, la dispensation des traitements et enfin l'administration [10]. Un ou plusieurs obstacles peuvent être présents à chaque étape.

L'objectif de ce travail était d'identifier les différents freins à l'utilisation des prescriptions anticipées en soins primaires en explorant la littérature francophone et anglophone.

MÉTHODES

Une revue de la littérature francophone et anglophone a été réalisée en suivant les recommandations PRISMA [11].

1. Critères d'inclusion

Types d'articles : revues systématiques de littérature, des articles originaux et des travaux de thèse francophones

Date de publication : entre 1^{er} janvier 2000 et 2017

Langue : anglais et français

Population : patients en situation palliative pris en charge en soins primaires

Critères d'analyse : publications rapportant les freins à la mise en place des PAP en soins palliatifs en médecine ambulatoire

Critères d'exclusion : patients hospitalisés (hors HAD) ; articles concernant les directives anticipées ; prescriptions anticipées hors situation palliative ; absence de prescription anticipée rédigée.

2. Stratégies de recherche bibliographique

Les bases de données interrogées ont été : PUB MEB, SCOPUS, SUDOC et DOCDOCPRO (pour la revue du praticien et la revue du praticien-médecine générale).

Les équations de recherche suivantes ont été appliquées :

- Pour les sites anglophones: (« ADVANCE CARE PLANNING » NOT « ADVANCE DIRECTIVE ») AND (« GENERAL PRACTICE » OR « FAMILY PRACTICE » OR « GENERAL PRACTITIONERS ») AND (« END OF LIFE CARE » OR « PALLIATIVE CARE »)

- Pour les sites francophones : « PRESCRIPTIONS ANTICIPEES » ET « MEDECINE GENERALE » ET « SOINS PALLIATIFS ».

Les termes « FREIN » ou « OBSTACLE » n'ont pas été utilisés dans l'équation définitive en raison de résultats trop restrictifs.

Une recherche complémentaire a été réalisée à partir du terme « ANTICIPATORY PRESCRIBING » seul, du fait de l'absence de résultat lors de son association avec les autres termes de l'équation de recherche.

Les bibliographies des travaux sélectionnés sur le titre et le résumé ont enrichi la recherche.

La gestion des sources a été réalisée grâce au logiciel ZOTERO.

La dernière recherche bibliographique a été faite le 11 juillet 2017.

3. Sélection des études

La sélection des références, pour les inclure dans la revue de littérature, s'est déroulée en trois étapes. Tout d'abord à partir du titre, puis à partir des résumés et enfin en lisant le texte intégral.

La première étape a été réalisée par la thésarde seule puis les deux autres étapes par la thésarde et deux autres chercheurs. Une discussion jusqu'à obtention d'un accord a permis de finaliser la sélection en cas d'avis discordant.

4. Evaluation de la qualité des études

L'analyse des études a été faite pour les études qualitatives à partir des lignes directrices COREQ [12]. Cette liste de contrôle évalue les études qualitatives dans trois domaines : l'équipe de recherche et de réflexion, la conception de l'étude et l'analyse des résultats. L'évaluation a été faite sous forme d'un score appelé « score COREQ » correspondant au pourcentage de critères présents sur nombre de critères totaux de la grille COREQ.

Nous avons ensuite retenu, en priorité, les études qualitatives où le score en pourcentage était le plus élevé mais nous n'avons exclu aucune référence afin d'être le plus exhaustif possible.

Pour les études quantitatives, il a été décidé de ne pas les évaluer à partir d'un score. En effet, compte tenu du peu d'études retrouvées, le résultat n'aurait pas été discriminant et donc peu informatif.

5. Analyse des données

Pour chaque étude ont été extraites les données suivantes : l'auteur, l'année de parution, le titre, le type de travail, le pays, la méthode, le score de qualité pour les études qualitatives, les freins identifiés aux prescriptions anticipées en soins palliatifs en médecine ambulatoire, les acteurs de soins interrogés. Dans un second temps, les freins ont été classés en trois groupes différents, en fonction de leur nature.

RÉSULTATS

1. Description des études incluses

Après application des équations de recherche, cinq cent soixante-douze publications ont été identifiées. **Onze d'entre elles ont finalement été incluses dans la revue.** Huit études qualitatives ont été retenues et trois quantitatives.

Les recherches sur la revue du praticien et la revue du praticien-médecine générale n'ont pas donné de résultat pertinent.

La sélection des articles est présentée dans le diagramme de flux. (**Figure 1**)

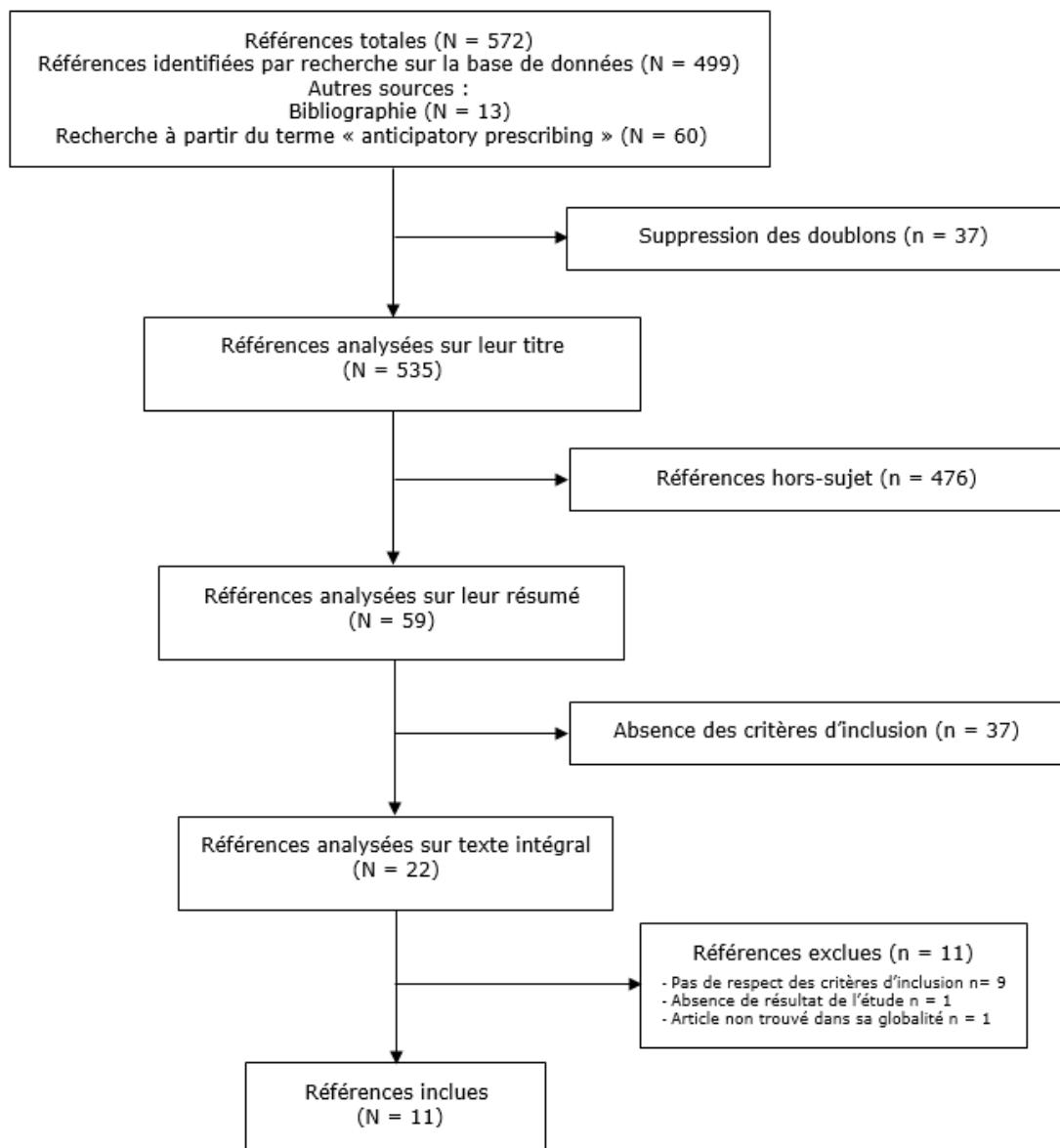


Figure 1 - Diagramme de Flux

1.1. Qualité des études

Le tableau I résume les principales caractéristiques des onze études analysées, ainsi que l'évaluation du score COREQ pour les études qualitatives.

Tableau I - Etudes analysées et leurs principales caractéristiques

| Auteur | Année | Pays | Type de travail | Méthode | Population étudiée | Score COREQ |
|--------------------------------------|-------|-------------|------------------|--------------|--|-------------|
| De Korte-Verhoef et al. ⁸ | 2015 | Pays-Bas | Article | Qualitative | MG, IDE et aidants | 65,60% |
| Faull et al. ¹³ | 2013 | Royaume-Uni | Article | Qualitative | MG, IDE et pharmaciens | 65,60% |
| Mitchell et al. ¹⁴ | 2016 | Royaume-Uni | Article | Qualitative | MG | 53% |
| Pouchoulin ¹⁵ | 2010 | France | Thèse d'exercice | Qualitative | MG et IDE | 71,80% |
| Viot ⁹ | 2016 | France | Thèse d'exercice | Qualitative | Médecins de réseaux de SP | 84,40% |
| Walshe ¹⁶ | 2008 | Angleterre | Article | Qualitative | MG, IDE et médecins spécialistes en SP | 53% |
| Wilson et al. ¹⁷ | 2015 | Angleterre | Article | Qualitative | MG, IDE, pharmaciens | 84,40% |
| Wilson et Seymour ¹⁰ | 2017 | Angleterre | Article | Qualitative | MG, IDE, pharmaciens | 87,50% |
| Finucane et al. ¹⁸ | 2014 | Ecosse | Article | Quantitative | 8 EHPAD | NC |
| Moinet ¹⁹ | 2009 | France | Thèse d'exercice | Quantitative | 121 MG | NC |
| Terrier ²⁰ | 2015 | France | Thèse d'exercice | Quantitative | 90 MG et 86 IDE | NC |

NC : non concerné ; EHPAD établissement hospitalier pour personnes âgées dépendantes ; MG : médecin généraliste

2. Freins aux prescriptions anticipées en soins palliatifs en soins primaires

L'analyse des études a permis d'identifier trois grands types de freins aux PAP : les freins relationnels, les freins organisationnels et ceux liés à la prescription en elle-même.

(Tableau II)

Tableau II - Résumé des freins aux prescriptions anticipées

| FREINS AUX PRESCRIPTIONS ANTICIPEES | |
|-------------------------------------|--|
| Relationnels | Patient - Aidants |
| | Patient - Médecin |
| | Médecin - Autres intervenants à domicile |
| Organisationnels | Liés aux intervenants |
| | Liés au domicile |
| Liés à la prescription | Manque de formation en SP |
| | Connaissance insuffisante des PAP |

2.1. Freins relationnels

2.1.1. Relation Médecin - Autres intervenants du domicile

Ce frein aux PAP était l'un des plus fréquemment cités dans les études incluses. La communication entre les équipes est en effet le plus gros challenge d'une bonne prise en charge à domicile comme le précisait l'étude de Faul et Al. [13] qui interrogeait les médecins généralistes (MG), les IDE et les pharmaciens ; une seule transcription d'entretien sur dix-sept ne mentionnait pas cet obstacle. Travailler en équipe était reconnu comme difficile tant chez les IDE que chez les MG dans le travail de P. Pouchoulin [15]. Une autre difficulté dans la relation entre le MG et les autres professionnels de santé était le manque de confiance. Comme l'ont identifié Wilson et Seymour [10], cette difficulté était majorée en EHPAD en raison du changement quotidien des équipes qui peut entraîner une forme d'inertie. La reconnaissance du travail de chacun était également un paramètre important. En effet les IDE sont le plus

souvent responsables de l'application des PAP, or un grand nombre d'entre eux souffrent d'une non reconnaissance de leur travail et de leurs capacités par les MG comme l'a identifié le travail de P. Pouchoulin [15]. De plus, dans l'étude de Wilson et Seymour [10] les participants insistaient sur le fait qu'une meilleure connaissance et compréhension des responsabilités de chacun améliorerait la communication. Ce frein était aussi cité dans trois des quatre travaux de thèse francophones inclus ([15], [20], [9]) avec la mention d'un flou juridique dans le code de la santé publique sur la responsabilité des IDE lors de l'administration de la PAP. En revanche, celle du médecin y est décrite de manière précise. Cela se confirmait dans l'étude de P. Pouchoulin [15] dans laquelle deux médecins généralistes sur neuf considéraient que l'application d'une PAP ne relevait pas des IDE mais d'une décision médicale. Dans la même étude, un seul infirmier sur huit citait le décret de compétence du 29 juillet 2004 [21] se rapportant à leur responsabilité d'administration.

2.1.2. Relation Patient - Professionnels

E. Terrier soulignait dans sa thèse que le médecin généraliste qui, le plus souvent, suit le patient et sa famille depuis de nombreuses années, peut avoir du mal à assumer la prise en charge de la fin de vie en raison d'une implication émotionnelle importante. [20].

A contrario, J. Moinet [19] soulignait que la relation d'écoute et de confiance qui caractérise l'idéal de la relation patient-médecin est indispensable à la mise en place des PAP. En effet, celle-ci est nécessaire à l'adhésion du patient et de sa famille après transmission d'une information la plus claire possible.

2.1.3. Relation Patient - Aidants

Ce frein était décrit dans deux études qualitatives incluses [8] et [9]. Elles mentionnaient le risque d'épuisement des aidants face à la situation palliative et à la fin de vie de leur proche à domicile. Cet obstacle était alors incontournable. J. Moinet [19], dans son travail de thèse, précisait également que le médecin généraliste doit être capable d'évaluer les capacités

d'adaptation des aidants. De plus, le patient et sa famille doivent être au clair avec la situation palliative et le souhait d'une fin de vie au domicile [9].

2.2. Les freins organisationnels

2.2.1. Les freins liés aux intervenants

Du manque de communication et de confiance entre les professionnels, découle un manque de coordination. Cependant, comme le retrouvaient Wilson et Seymour [10], cette dernière est indispensable à une bonne continuité des soins. Dans l'étude de P. Pouchoulin [15] qui interrogeait des MG et des IDE, ce frein était plus ressenti par les IDE que par les MG. Dans le travail de E. Terrier [20], le manque de temps était un frein indiscutable aux PAP pour respectivement 41% et 44% d'entre eux, d'ailleurs, il était le premier cité par les IDE. De plus, il était responsable d'un défaut de transmission pourtant capital en fin de vie pour adapter les prescriptions [20]. Le dernier frein retrouvé chez les différents intervenants était la difficulté à établir une permanence de soins. Ainsi dans l'étude de Faul et Al. [13], les 54 participants signalaient cet obstacle à la mise en place des PAP surtout lors des périodes de garde où les médecins généralistes n'étaient pas joignables. Cela se confirmait dans l'article de Korte-Verhoef et al [8], dans lequel on retrouvait également un manque de coordination entre les MG et les médecins hospitaliers, responsable d'une cohérence insuffisante dans les soins.

2.2.2. Les freins liés au domicile

Le frein le plus important lié au domicile est le manque de ressources matérielles et thérapeutiques. Ainsi dans l'étude de C. Viot [9] réalisée auprès de médecins de réseaux de soins palliatifs, la difficulté de se procurer du MIDAZOLAM à domicile est due à la nécessité d'une prescription hospitalière. Pour les autres thérapeutiques, comme le signale Faul et Al. [13], ce frein peut venir de l'absence d'une disponibilité immédiate du traitement à la pharmacie de ville et de la difficulté pour la famille à s'y rendre. J. Moinet rappelle un autre

obstacle : le besoin de réaménager le lieu de vie en lieu de soins pour optimiser la prise en charge avec le risque de surmédicaliser le domicile [19].

2.3. Les freins liés à la prescription

Outre le manque de communication et de coordination, le manque de connaissance en soins palliatifs et prescriptions anticipées, aussi bien pour les médecins généralistes que pour les IDE, était un des freins majeurs aux PAP. Ce frein était mentionné dans toutes les études incluses.

2.3.1. Manque de connaissance en soins palliatifs

Dans l'enquête menée par J. Moinet [19] auprès de cent vingt-et-un médecins généralistes en Charente-Maritime en 2009, 67% estimaient ne pas être formés en soins palliatifs. E. Terrier [20] dans son étude auprès de 90 MG et 86 IDE, en 2015, en retrouvait 53% chez les MG et 36% chez les IDE. Les MG, IDE et pharmaciens interrogés par Faul et Al [13] mentionnaient eux aussi ce frein. En effet, le témoignage d'un manque d'expérience et de connaissance en soins palliatifs apparaissait dans 10 des 17 transcriptions d'entretiens avec la difficulté de savoir quand et quoi prescrire pour un patient en phase terminale. Cela se vérifiait aussi dans l'étude de Mitchell et Al [14] dans laquelle 112 sur les 513 MG (21.8%) estimaient ne pas avoir eu d'entraînement suffisant dans la gestion de la prise en charge de la fin de vie de leurs patients. Deux études anglaises [8] et [18] signalaient aussi la difficulté pour les soignants (MG et IDE) à évaluer un patient en phase terminale, d'autant plus pour des patients ne souffrant pas de cancer et chez qui la survenue du décès est souvent moins prévisible. Dans le travail de C. Viot [9], le manque de formation était signalé par les médecins de réseaux de soins palliatifs pour qui « *les médecins généralistes sont formés à guérir et moins à accompagner une vie qu'on ne peut plus guérir* ». Cependant, les jeunes généralistes

semblaient mieux formés en médecine palliative, que ce soit en accompagnement ou en anticipation.

2.3.2. Manque de connaissance des prescriptions anticipées

Dans l'étude menée par J. Moinet [19] en 2009, sur les 121 MG interrogés, 67% ne connaissaient pas la définition des prescriptions anticipées personnalisées et 45% n'en n'avaient jamais réalisées. Parmi les 45%, 71% n'en n'avaient jamais rédigées en raison d'un manque de formation. L'étude de Wilson et Seymour [10] mettait également en évidence le manque de confiance des MG face aux PAP qu'ils estimaient ne pas connaître suffisamment. Un grand nombre d'entre eux, pour rédiger les PAP, s'appuyaient sur l'expérience des IDE, plus souvent confrontés aux fins de vie particulièrement en EHPAD. L'étude de Wilson et Al. [17], repérait néanmoins chez les IDE la difficulté liée à la peur d'une mauvaise reconnaissance des symptômes présentés par le patient et par la suite celle d'un sur ou sous dosage des traitements, dans l'application des PAP. La crainte de hâter le décès était ainsi retrouvée.

DISCUSSION

1. Fin de vie à domicile et mise en place des PAP

La médecine générale est par définition une médecine globale qui tient compte du vécu du patient, de son ressenti face à la maladie et de son environnement [2]. L'anticipation en fin de vie est essentielle et intervient à plusieurs niveaux, les prescriptions anticipées en font partie. Il est capital, si les délais le permettent, que chacun puisse donner son avis sur la situation et poser les questions qu'il souhaite sur les conditions d'une fin de vie au domicile. C'est, le plus souvent, vers le médecin traitant que se tourne la famille pour répondre à ces interrogations. Suivant le patient et son entourage depuis de nombreuses années, il connaît l'histoire familiale, c'est un élément facilitateur pour discuter de la fin de vie, des soins possibles au domicile et des prescriptions anticipées. Il est le premier recours et a un rôle d'accompagnateur. Grâce à cette relation de confiance, le patient exprimera davantage ses doutes, ses peurs et ses désirs [22]. Le lien établi entre le médecin et les proches permet d'évaluer leur état de santé, le degré d'implication qu'ils souhaitent, et de repérer plus facilement leur possible épuisement face à cette situation [23]. En effet si les aidants « naturels » ne se sentent plus aptes à gérer la fin de vie de leur proche, les prescriptions anticipées, mises en place antérieurement, ne pourront pas être appliquées et des hospitalisations en urgence pourront en découler.

Différents professionnels interviennent auprès du patient et de son entourage, pour éviter cet épuisement et assurer une fin de vie plus paisible. Chacun apporte ses propres expertise et expérience. Ainsi, la mise en place des PAP ne dépend pas uniquement du médecin généraliste et de sa vision de la situation. Cet échange entre les différents intervenants est facilité lorsqu'ils ont déjà travaillé ensemble et connaissent leur mode de travail respectif. Les MG interrogés par P. POUCHOULIN reconnaissaient cet état de fait : « *Nous on travaille avec beaucoup*

d'infirmières qu'on connaît, on sait quand il y a un risque, on sait trier l'information qu'elles nous donnent... » [15].

Cependant la fin de vie à domicile peut être freinée par la médicalisation du lieu de vie, transformé alors en un lieu de soins. Le domicile est par définition un espace de répit, un lieu intime pour le patient et sa famille [2]. Lorsque des prescriptions anticipées sont mises en place, le matériel et les médicaments complémentaires présents risquent de transformer encore plus le logement en un lieu de soins. Le patient et ses proches peuvent donc être réticents face à cette médicalisation et avoir besoin de temps pour accepter ces modifications [22]. Il est donc important de bien anticiper ce changement auprès de la famille.

2. Coordination interprofessionnelle et limites des PAP

Une limite à l'utilisation des PAP au domicile est la difficulté de coordination entre les différents professionnels. Ce problème est moins présent en milieu hospitalier. En effet, l'existence de réunions pluridisciplinaires permet aux intervenants d'exposer leurs différents points de vue, de statuer sur une situation particulière et d'élaborer une stratégie de prise en charge parfois complexe, dont les PAP peuvent faire partie. En milieu ambulatoire, l'organisation des activités des professionnels est un frein à ce type de réunions.

Les difficultés de coordination se retrouvent également dans les situations d'urgence. Les transmissions se font souvent difficilement entre les professionnels du milieu ambulatoire et les professionnels d'urgence, SAMU et médecins de garde. Lors des périodes de garde, source de stress et d'angoisse pour les intervenants mais aussi pour les familles, les hospitalisations en urgence non souhaitées sont plus fréquentes [8]. Les prescriptions anticipées sont faites pour diminuer la fréquence de ces situations et permettre aux différents acteurs d'agir au domicile sans organiser tout de suite un transfert à l'hôpital. Cependant, S. Desille, dans son travail de thèse en 2014 [24], ne retrouvait pas de diminution significative du nombre de

recours aux urgences malgré l'application de prescriptions anticipées : 24.7% d'hospitalisation sans PAP contre 17.3% avec les PAP rédigées avec l'aide de réseaux de soins palliatifs. Afin d'améliorer leur application lors des gardes, une trousse d'urgence peut être disponible au domicile. Cette dernière permet au médecin d'avoir immédiatement à sa disposition les traitements les plus fréquemment prescrits pour les symptômes de fin de vie [25]. La trousse est sécurisée et dans certaines situations, son accès peut être autorisé à la famille.

Une amélioration des transmissions, entre tous les acteurs, est aussi indispensable pour une meilleure continuité des soins et une meilleure application des PAP. Cela peut passer par l'utilisation plus fréquente d'une fiche de transmission avec les structures de régulation des urgences (comme la fiche SAMU-Pallia). Sur celle-ci, transmise au centre 15 dont dépend le patient, sont regroupées les informations principales le concernant y compris celles liées à sa pathologie, ses directives anticipées le cas échéant, la rédaction ou non de prescriptions anticipées et le service qui suit le patient. Une étude réalisée auprès des MG du département de la Mayenne en confirmait l'intérêt : 97% des MG considéraient cette fiche comme un moyen de transmission très important et 91.18% estimaient qu'elle permettait une meilleure prise en charge du patient [26].

3. Forces et Faiblesses de l'étude

En France, hormis des travaux de thèse, il existe très peu d'articles originaux ou de revues de littérature sur les freins aux prescriptions anticipées. Le bénéfice de ces dernières semble manifeste pour l'ensemble du monde médical mais les freins ont été jusqu'alors peu explorés. Les études qualitatives incluses sont récentes et en majorité de bonne qualité méthodologique. Dans la littérature étudiée, nous n'avons repéré que trois études descriptives ce qui ne nous a pas permis d'évaluer leurs qualités à partir d'un score. La principale difficulté rencontrée au cours de cette revue de littérature était due à l'absence de terme MeSH adéquat pour le concept

de « prescriptions anticipées » en anglais. De ce fait, la première analyse de la littérature a été très peu spécifique induisant un fort taux d'exclusion dès la sélection sur titre. Parmi ces études, il est possible que certaines auraient été pertinentes en lecture intégrale. La recherche complémentaire, conduite avec le terme « ANTICIPATORY PRESCRIBING » n'a pas permis d'obtenir de résultats plus spécifiques.

4. Implications pour la pratique : Enjeux du manque de formation en soins palliatifs exprimés par les professionnels du milieu ambulatoire

La gestion de situations de fin de vie au domicile est reconnue par les médecins généralistes comme éprouvante en raison d'une charge de travail importante, et parfois responsable « *d'une souffrance psychologique* » du soignant [27]. Un des médecins interrogés dans cette étude mettait en relation cette souffrance et « *un manque de compétence ou d'expérience notamment en matière d'anticipation* » [27]. Cependant, dans une autre étude menée auprès de médecins généralistes, la quasi-totalité d'entre eux décrivaient les soins palliatifs au domicile comme représentant « *une des grandes satisfactions du métier de médecin* » malgré la difficulté à les gérer [28]. Ces deux points de vue expliquent ce besoin de formation en soins palliatifs, ressenti par la plupart des MG afin de se sentir plus compétents, moins perdus et moins isolés dans ces situations complexes qu'ils souhaitent accompagner.

Depuis l'arrêté ministériel du 4 mars 1997[29], tous les médecins et les IDE bénéficient d'une formation initiale théorique de plusieurs heures. Malgré ce dispositif les soignants ressentent un manque de formation [16]. Néanmoins, on peut s'interroger sur la pertinence de former tous les acteurs du domicile à un niveau d'expertise élevé alors qu'ils seront rarement confrontés à des situations palliatives nécessitant des PAP.

Il semble capital de favoriser les sollicitations des différentes structures ressources intervenant en soins primaires afin de diminuer cette sensation d'isolement : réseaux de soins palliatifs,

équipes mobiles de soins palliatifs et hospitalisation à domicile. Ces différentes équipes peuvent représenter un appui et un soutien importants pour le médecin généraliste afin que la prise en charge médicale, comme le préconise le rapport de 2012 de l'ONFV [23], ne soit plus sous son unique responsabilité. C'est d'ailleurs l'un des objectifs du plan national de soins palliatifs 2015-2015 [30] avec le développement de plateformes territoriales d'appui. Ces dernières ont comme but de favoriser la coordination en soins primaires et de faciliter la «*mobilisation médicale, paramédicale, médico-sociale et sociale auprès du patient* ». Les réseaux en sont des acteurs capitaux. Travailler avec eux permet de répondre aux interrogations des différents intervenants. A chaque début de prise en charge, une réunion de concertation est organisée, avec comme objectif, une meilleure cohérence dans les soins et un travail pluridisciplinaire plus aisé [31]. Les médecins généralistes s'appuient donc sur les connaissances spécifiques des intervenants du réseau pour améliorer la gestion des symptômes par l'intermédiaire de prescriptions anticipées plus adaptées.

L'étude menée en 2006 par J MINO, auprès des médecins généralistes et des réseaux de soins palliatifs évaluait leurs points de vue réciproques sur leur collaboration. Les médecins généralistes déclaraient contacter le plus souvent les réseaux pour des questions logistiques et pour une aide à la gestion de situations aiguës. En revanche, ils ne les interrogeaient que très peu dans les prises en charge pluridisciplinaires pour anticiper des situations complexes, induisant un sentiment de frustration chez les intervenants des réseaux. Cela peut s'expliquer par une vision différente du travail en équipes des deux acteurs mais aussi et surtout par une mauvaise connaissance du rôle de chacun [31].

Il semble donc important de diffuser l'information sur les réseaux, auprès des médecins généralistes, pour optimiser les prises en charge palliatives au domicile, permettre des soins de meilleure qualité, et pour répondre au souhait des français de passer leurs derniers moments au domicile.

CONCLUSION

La revue de littérature effectuée a permis de mettre en évidence un grand nombre de freins aux prescriptions anticipées dans les situations palliatives en médecine de soins primaires. Certains étaient plus spécifiques au contexte d'exercice : difficulté d'utilisation dans un contexte de soins discontinus, manque de ressources, surcharge de travail ; d'autres étaient liés au manque de formation et de connaissance en soins palliatifs ainsi qu'au manque de coordination entre les équipes.

Grâce à ce travail, ont été identifiés certains leviers qui pourraient permettre de favoriser le recours aux prescriptions anticipées personnalisées, en particulier la diffusion d'une information spécifique sur les PAP et sur les experts-ressources du réseau. Il semblerait donc intéressant de prolonger ce travail par une étude quantitative comparative évaluant l'impact respectif de ces différentes interventions sur les pratiques de soins primaires.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Rapport 2013 Observatoire national de fin de vie rapport, fin de vie des personnes âgées
- [2] VANTOMME BONNET EYMARD C. Difficultés des médecins généralistes dans la prise en charge au domicile de patients en soins palliatifs : Enquête auprès de 268 médecins généralistes dans le Val de Marne, 111p. Thèse médecine, Université Paris Val de Marne, UFR Médecine de Créteil, 2007
- [3] SFAP : définition des soins palliatifs en ligne.
<http://www.sfap.org/rubrique/definition-et-organisation-des-soins-palliatifs-en-france>
- [4] Les prescriptions anticipées personnalisées
<http://rsp-66.fr/wp-content/uploads/2013/10/les-prescriptions-anticip%C3%A9es-personnalis%C3%A9es.pdf>
- [5] Circulaire [5] Circulaire n°2002-266 du 30 avril 2002 relative à la mise en œuvre du programme national de lutte contre la douleur 2002- 2005 dans les établissements de santé
N°2002-266 du 30 avril 2002 relative à la mise en œuvre du programme national de lutte contre la douleur 2002- 2005 dans les établissements de santé
- [6] Circulaire N°DHOS/02/02/CNAMTS/2008/100 du 25 mars 2008 relative au référentiel national d'organisation des réseaux de santé en soins palliatifs.
- [7] HIRSH G Prescriptions anticipées en soins palliatifs, la revue du praticien médecine générale. 2011 ; (857) : 208-9
- [8] DE KORTE-VERHOEFF et al « How Could Hospitalisations at the End of Life Have Been Avoided ? » PLOS One Vol 10 N° 3
- [9] VIOT Les freins identifiables à la mise en œuvre des prescriptions anticipées personnalisées dans le maintien à domicile des patients en fin de vie, par les réseaux de soins palliatifs. Etude qualitative. Thèse d'exercice, Université de Paris Diderot, 2016
- [10] WILSON et SEYMOUR. The importance of interdisciplinary communication in the process of anticipatory prescribing. International journal of palliative nursing. Mars 2017, Vol 23 N° 3 p129-135
- [11] Traduction française des lignes directrices PRISMA pour l'écriture et la lecture des revues systématiques et des méta-analyses.
<http://udsmed.u-strasbg.fr/dmg/wp-content/uploads/2015/06/crite%CC%80res-PRISMA.pdf>
- [12] Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative.
<http://udsmed.udssbg.fr/dmg/wpcontent/uploads/2015/06/crite%CC%80res-COREQ.pdf>
- [13] FAUL et Al. Anticipatory prescribing in terminal care at home : what challenges do community health professionals encounter ? BMJ Supportive and palliative care. Mars 2013 ; 3 :91-97
- [14] MITCHELL et Al. Providing end-of-life care in general practice : findings of a national GP questionnaire survey. British Journal of General Practice. Juillet 2016 p 647-653
- [15] POUCHOULIN, Thèse d'exercice, Impact de la collaboration entre médecins et infirmiers dans le cadre de prescriptions anticipées personnalisées à domicile : étude qualitative à propos de 9 patients suivis en 2010 par le réseau de soins palliatifs l'Estey. Thèse d'exercice, Université de Bordeaux, 2010

- [16] WLASHE Implementation and impact of the Gold Standards Framework in community palliative care : a qualitative study of three primary care trusts. *Palliative Medecine*, septembre 2008 ; 22 :736-743
- [17] WILSON et Al. Administering anticipatory medications in end-of-life care : a qualitative study of nursing practice in the community and in nursing homes. *Palliative Medecine*, 2015, Vol. 29(1) 60 -70
- [18] FINUCANE et Al. Anticipatory prescribing at the end of life in Lothian care homes. *British Journal of community Nursing*. Novembre 2014 Vol 19 N° 11 p544-547
- [19] MOINET, Les prescriptions anticipées pour le malade en fin de vie à domicile : enquête auprès de deux cents médecins généralistes de Charente-Maritime. Thèse d'exercice, Université de Poitiers, 2009
- [20] TERRIER, Prescriptions anticipées dans la prise en charge d'une dyspnée survenant chez un patient en situation palliative à domicile. Thèse d'exercice, Université de Lille, 2015
- [21] Décret 2004-802 du 29 juillet 2004.
<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2004/7/29/SANP0422530D/jo#JORFSCTA000000895088>
- [22] HIRSH Accompagner la fin de vie : l'anticipation est essentielle. Le concours médical. Tome 136. N°2, février 2014
- [23] Rapport 2012 Observatoire national de la fin de vie : fin de vie à domicile, vivre la fin de sa vie chez soi.
- [24] DESILLE Apport des prescriptions anticipées personnalisées dans le maintien à domicile des patients en soins palliatifs : exemple du réseau des Bouches du Rhône
- [25] LAWTON et Al. Timely symptom management at end of life using 'just in case' boxes. *British Journal of Community Nursing*, Volume 17, Numéro 4
- [26] PECHARD et Al. Intérêt d'une fiche de liaison en situation d'urgence de patients en soins palliatifs. *Médecine Palliative* 2013 ;12 :168-176
- [27] TEXIER et Al. Refus de prise en charge du patient en soins palliatifs (en phase terminale) à domicile par son médecin généraliste : est-ce une réalité ? *Médecine Palliative* 2013 ; Volume 12, Issue 2 p 55-62
- [28] LANUSSE Fins de vie à domicile : un challenge pour le médecin généraliste. *Médecine Palliative* 2011, Volume 10, p 183-185
- [29] Arrêté ministériel du 4 mars 1997
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000565003&categorieLien=id>
- [30] Plan national de soins palliatifs 2015 – 2018
http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/031215_-_plabe56.pdf
- [31] MINO Étude par entretiens sur les avis des généralistes et des équipes des réseaux à propos de leur collaboration. *Médecine Palliative* 2006 ; 5 :21-25

LISTE DES FIGURES

Figure 1 - Diagramme de Flux..... 8

LISTE DES TABLEAUX

| | |
|---|-----------|
| Tableau I - Etudes analysées et leurs principales caractéristiques | 9 |
| Tableau II - Résumé des freins aux prescriptions anticipées | 10 |

TABLE DES MATIERES

| | |
|---|-----------|
| RESUME..... | 2 |
| INTRODUCTION..... | 3 |
| MÉTHODES | 5 |
| 1. Critères d'inclusion | 5 |
| 2. Stratégies de recherche bibliographique | 5 |
| 3. Sélection des études | 6 |
| 4. Evaluation de la qualité des études | 6 |
| 5. Analyse des données..... | 7 |
| RÉSULTATS..... | 8 |
| 1. Description des études incluses | 8 |
| 1.1. Qualité des études | 9 |
| 2. Freins aux prescriptions anticipées en soins palliatifs en soins primaires.. | 10 |
| 2.1. Freins relationnels..... | 10 |
| 2.1.1. Relation Médecin - Autres intervenants du domicile | 10 |
| 2.1.2. Relation Patient - Professionnels | 11 |
| 2.1.3. Relation Patient - Aidants..... | 11 |
| 2.2. Les freins organisationnels | 12 |
| 2.2.1. Les freins liés aux intervenants | 12 |
| 2.2.2. Les freins liés au domicile | 12 |
| 2.3. Les freins liés à la prescription | 13 |
| 2.3.1. Manque de connaissance en soins palliatifs | 13 |
| 2.3.2. Manque de connaissance des prescriptions anticipées | 14 |
| DISCUSSION | 15 |
| 1. Fin de vie à domicile et mise en place des PAP | 15 |
| 2. Coordination interprofessionnelle et limites des PAP | 16 |
| 3. Forces et Faiblesses de l'étude..... | 17 |
| 4. Implications pour la pratique : Enjeux du manque de formation en soins palliatifs exprimés par les professionnels du milieu ambulatoire | 18 |
| BIBLIOGRAPHIE | 21 |
| LISTE DES FIGURES..... | 23 |
| LISTE DES TABLEAUX | 24 |
| TABLE DES MATIERES..... | 25 |
| ANNEXES..... | I |

ANNEXES

I – Traduction française originale de la liste de contrôle COREQ.

| N° | Item | Guide questions/description |
|---|--|---|
| Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion | | |
| | | |
| Caractéristiques personnelles | | |
| 1. | Enquêteur/animateur | Quel(s) auteur(s) a (ont) mené l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ? Quels étaient les titres académiques du chercheur ? Par exemple : PhD, MD |
| 2. | Titres académiques | |
| 3. | Activité | Quelle était leur activité au moment de l'étude ? |
| 4. | Genre | Le chercheur était-il un homme ou une femme ? |
| 5. | Expérience et formation | Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ? |
| Relations avec les participants | | |
| 6. | Relation antérieure | Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ? |
| 7. | Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur | Que saavaient les participants au sujet du chercheur ? Par exemple : objectifs personnels, motifs de la recherche |
| 8. | Caractéristiques de l'enquêteur | Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur/animateur ? Par exemple : biais, hypothèses, motivations et intérêts pour le sujet de recherche |
| Domaine 2 : Conception de l'étude | | |
| Cadre théorique | | |
| 9. | Orientation méthodologique et théorie | Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ? Par exemple : théorie ancrée, analyse du discours, ethnographie, phénoménologie, analyse de contenu |
| Sélection des participants | | |
| 10. | Échantillonnage | Comment ont été sélectionnés les participants ? Par exemple : échantillonnage dirigé, de convenance, consécutif, par effet boule-de-neige |
| 11. | Prise de contact | Comment ont été contactés les participants ? Par exemple : face-à-face, téléphone, courrier, courriel |
| 12. | Taille de l'échantillon | Combien de participants ont été inclus dans l'étude ? |
| 13. | Non-participation | Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons ? |
| Contexte | | |
| 14. | Cadre de la collecte de données | Où les données ont-elles été recueillies ? Par exemple : domicile, clinique, lieu de travail |
| 15. | Présence de non-participants | Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ? Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ? |
| 16. | Description de l'échantillon | Par exemple : données démographiques, date |
| Recueil des données | | |
| 17. | Guide d'entretien | Les questions, les amores, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ? |
| 18. | Entretiens répétés | Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ? |
| 19. | Enregistrement audio/visuel | Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ? |
| 20. | Cahier de terrain | Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ? |
| 21. | Durée | Combien de temps ont duré les entretiens individuels ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ? |
| 22. | Seuil de saturation | Le seuil de saturation a-t-il été discuté ? |
| 23. | Retour des retranscriptions | Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ? |
| Domaine 3 : Analyse et résultats | | |
| Analyse des données | | |
| 24. | Nombre de personnes codant les données | Combien de personnes ont codé les données ? |
| 25. | Description de l'arbre de codage | Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ? |
| 26. | Détermination des thèmes | Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ? |
| 27. | Logiciel | Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ? |
| 28. | Vérification par les participants | Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ? |
| Rédaction | | |
| 29. | Citations présentées | Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ? Par exemple : numéro de participant |
| 30. | Cohérence des données et des résultats | Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ? |
| 31. | Clarté des thèmes principaux | Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ? |
| 32. | Clarté des thèmes secondaires | Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ? |

II - Score des études qualitatives selon les critères COREQ.

| Article | De Korte-Verhoef et al | Faul et Al | Mitchell et Al | Pouchoulin | Viot | Waslhe | Wilson et Al | Wilson et Seymour |
|----------------|------------------------|------------|----------------|------------|-----------|-----------|--------------|-------------------|
| Item 1 | X | X | X | X | X | | X | X |
| Item 2 | X | | X | X | X | | X | X |
| Item 3 | X | | X | X | X | | X | X |
| Item 4 | X | X | X | X | X | | X | X |
| Item 5 | X | | X | X | X | | X | X |
| Item 6 | | | | | | | X | X |
| Item 7 | X | X | | X | X | X | X | X |
| Item 8 | | X | | X | X | X | X | X |
| Item 9 | X | X | X | X | X | X | X | X |
| Item 10 | | X | X | X | X | X | X | X |
| Item 11 | X | X | X | X | X | X | X | X |
| Item 12 | X | X | X | X | X | X | X | X |
| Item 13 | | | | X | | | X | |
| Item 14 | X | | | X | X | | X | X |
| Item 15 | | X | | X | X | | | X |
| Item 16 | X | | X | X | | X | X | X |
| Item 17 | | X | X | X | X | X | X | X |
| Item 18 | | X | | X | X | X | X | X |
| Item 19 | X | X | | X | X | X | X | X |
| Item 20 | X | X | | | X | X | X | X |
| Item 21 | X | | | | X | X | X | X |
| Item 22 | | X | | | X | X | X | X |
| Item 23 | | | | | X | | | |
| Item 24 | X | X | X | | X | | X | X |
| Item 25 | | | | | | | | |
| Item 26 | X | X | X | X | X | X | X | X |
| Item 27 | X | X | X | | X | | | X |
| Item 28 | | | | | | | | |
| Item 29 | X | X | X | X | X | X | X | X |
| Item 30 | X | X | X | X | X | X | X | X |
| Item 31 | X | X | X | X | X | X | X | X |
| Item 32 | X | X | | X | X | X | X | X |
| Total | 21 | 21 | 17 | 23 | 27 | 18 | 27 | 28 |

RÉSUMÉ

ABSTRACT

HATCHIKIAN Alice

Situations palliatives en médecine ambulatoire : freins au recours aux prescriptions anticipées

Introduction : Les prescriptions anticipées personnalisées sont une aide importante pour faciliter les fins de vie au domicile. En France, elles sont cependant peu utilisées par les médecins généralistes. L'objectif de ce travail est la mise en évidence des freins aux prescriptions anticipées en médecine ambulatoire.

Méthode : Une revue de la littérature anglophone et francophone, entre 2000 et 2017, a été conduite selon les critères PRISMA. Les bases de données suivantes ont été interrogées : PUB MED, SCOPUS, DOCDOC PRO (pour la revue du praticien, revue du praticien-médecine générale). Les articles ont été sélectionnés par trois chercheurs. Etaient incluses les études rapportant les freins aux prescriptions anticipées en médecine ambulatoire en soins palliatifs.

Résultats : Cinq cent soixante-douze études ont été sélectionnées, huit qualitatives et trois descriptives ont été retenues pour la revue. Les freins ont été classés en trois groupes : relationnels, organisationnels et ceux liés à la prescription. Les principaux obstacles sont le manque de communication et de confiance entre le médecin généraliste et les autres intervenants, la coordination entre les équipes, essentiellement avec les infirmiers, ainsi que le manque de formation et de connaissance en soins palliatifs et prescriptions anticipées.

Conclusion : Plusieurs freins ont été mis en évidence, certains liés au mode d'exercice et d'autres non. Des pistes d'amélioration telles qu'une meilleure sollicitation des équipes ressources, des transmissions plus adaptées pourraient améliorer le recours aux prescriptions anticipées.

Mots-clés : prescriptions anticipées, médecine générale, soins palliatifs

Palliative situations in general practice : obstacles to anticipatory prescribing

Introduction : Anticipatory prescribing is helpful to facilitate end-of-life care at home. However, it is not much used by general practitioners. The main purpose of this work is to identify the obstacles to anticipatory prescribing in general practice.

Method : A review of the literature in English and French between 2000 and 2017 was realized according to the PRISMA criteria. The following databases have been screened : PUB MED, SCOPUS, DOCDOC PRO (for « revue du praticien » and « revue du praticien-médecine générale »). The articles were selected by three researchers. Were included studies related to obstacles to anticipatory prescribing in general practice in palliative care.

Results : Five hundred and seventy two studies have been selected, eight qualitatives and three descriptives were selected for the review. The obstacles were classified in three groups : relationals, organizationals and related to the prescription. The main obstacles are the lack of communication, of trust and of coordination between general practitioners and the medical staff, mainly with the nurses as well as the lack of training and knowledge in anticipatory prescribing in end-of-life care.

Conclusion : Several obstacles were identified, some related to the exercise mode and others not. Ways to improve such as a better solicitation of reference staffs and more complete transmissions could improve the use of anticipatory prescriptions.

Keywords : anticipatory prescribing, general practice, palliative care