



**HAL**  
open science

## Prescriptions anticipées personnalisées en soins palliatifs à domicile et médecine générale

Marie Faucon Millord, Matthieu Peurois, Matthieu Chopin, Emilie Le Pape,  
Clément Guineberteau

### ► To cite this version:

Marie Faucon Millord, Matthieu Peurois, Matthieu Chopin, Emilie Le Pape, Clément Guineberteau. Prescriptions anticipées personnalisées en soins palliatifs à domicile et médecine générale. *Médecine Palliative*, 2022, 21 (3), pp.126-134. 10.1016/j.medpal.2021.10.002 . hal-04765287

**HAL Id: hal-04765287**

**<https://hal.science/hal-04765287v1>**

Submitted on 13 Nov 2024

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial 4.0 International License

ETUDE ORIGINALE

**PRESCRIPTIONS ANTICIPEES PERSONNALISEES EN  
SOINS PALLIATIFS A DOMICILE  
ET MEDECINE GENERALE**

**ANTICIPATED PERSONALISED PRESCRIPTIONS IN  
HOME-BASED PALLIATIVE CARE AND GENERAL  
PRACTICE**

**Marie FAUCON (MILLORD)<sup>a</sup>, Matthieu PEUROIS<sup>a</sup>, Matthieu CHOPIN<sup>a</sup>,  
Emilie LE PAPE<sup>b</sup>, Clément GUINEBERTEAU<sup>a</sup>.**

**a : Département de médecine générale, Faculté de santé, Université  
d'Angers, France**

**b : Unité de Soins Palliatifs, centre hospitalo-universitaire, Angers, France**

**Auteur correspondant : Marie FAUCON (MILLORD) 1b rue de la  
Malonnière 37400 AMBOISE, 0604125804/, [marie.millord@gmail.com](mailto:marie.millord@gmail.com)**

## INTRODUCTION

Pouvoir finir ses jours à domicile est un souhait régulièrement formulé par les français, comme l'ont exprimé 85% des personnes interrogées dans le dernier sondage IFOP (1). Or le décès ne se fait à domicile que dans un quart des cas actuellement, en légère baisse depuis les années 1980 (2). C'est face à ce constat que le développement des soins palliatifs (SP) à domicile prend tout son sens. En 2011, le rapport de l'Observatoire National de la Fin de Vie (ONFV) estimait que 51% des personnes qui décédaient à leur domicile auraient nécessité un accompagnement en SP (3). Les données sur les personnes en ayant effectivement bénéficié manquent (4).

Cet accompagnement est d'autant plus important pour les patients atteints d'une maladie incurable avec un pronostic sombre à court terme pour éviter les ré-hospitalisations parfois délétères. Celles-ci sont souvent dues à des symptômes d'inconfort mal contrôlés et les Prescriptions Anticipées Personnalisées (PAPS) pourraient être une solution à ce problème. C'est ce que préconise une étude quantitative rétrospective multicentrique de 2014 réalisée par l'ONFV auprès des médecins et infirmiers coordinateurs d'Hospitalisation à Domicile (HAD) : 76% des personnes interrogées classaient les PAPS comme premier axe à soutenir ou à développer pour éviter les hospitalisations en urgence non justifiées (5). La question de la rédaction des PAPS doit se poser devant toute situation de fragilité avec déséquilibre possible dans un contexte de SP (6). Il n'en existe pas de définition consensuelle mais elles se recoupent toutes : il s'agit de prescriptions nominatives, médicales, rédigées à l'avance, visant un symptôme donné, prévisible au vu des antécédents du patient et de sa pathologie actuelle (douleurs, anxiété, nausées...) et s'ajoutant au traitement de fond. Elles sont réévaluées régulièrement, et discutées avec le patient, sa famille et les intervenants au domicile. Elles sont notées dans le dossier médical et les produits nécessaires sont directement accessibles au domicile (7-9). Plus développées, elles pourraient améliorer la prise en charge des symptômes d'inconfort sources d'anxiété pour le patient et son entourage.

Les médecins généralistes (MGs), en tant que médecins référents des patients, sont au cœur de la prise en charge et sont les mieux placés pour rédiger ces PAPS au plus juste, par leur connaissance du patient et de son entourage et par leur rôle de coordination des soins (10). Cependant, les prises en charge en SP à domicile pour

eux restent rares (entre 1 et 3 par médecin par an) (11). Les témoignages des MGs vis-à-vis des SP sont souvent ambivalents. L'intérêt professionnel et humain de l'accompagnement de ces patients est parfois contrebalancé par un sentiment de solitude, majoré par l'impression de manque de formation et le caractère chronophage et éprouvant de ces situations, qui les exposent à un risque d'épuisement professionnel (12). Les freins à la rédaction des PAPs ont été mis en évidence par une revue de la littérature : ils sont relationnels (entre patient, aidants, médecin et les autres intervenants à domicile), organisationnels (liées aux intervenants et au domicile lui-même) et liés à la prescription (molécules et voies d'abord peu utilisées par les MGs notamment) (13). L'effecteur de la prescription rentre aussi en compte (IDE ou famille), avec sa capacité à gérer l'urgence et à identifier la situation prévue par les PAPs (14).

L'objectif principal était de déterminer la proportion de patients en SP suivis à domicile pour laquelle les MGs du département 49 avaient rédigé des PAPs. Les objectifs secondaires étaient d'identifier les symptômes pour lesquels les PAPs sont ou ne sont pas rédigées, de décrire les PAPs (modalités de réalisation, analyse de la rédaction...) et enfin de comparer les profils des médecins qui utilisent les PAPs et ceux qui ne les utilisent pas.

## MÉTHODES

Il s'agissait d'une étude quantitative, observationnelle, descriptive, transversale, rétrospective, par questionnaires auprès des MGs du département 49, réalisée entre Juillet et Aout 2020.

### **Population étudiée**

La population-cible était celle des MGs du Maine-et-Loire. De façon à limiter la sollicitation de tous les MGs, tout en s'assurant de la représentativité de l'échantillon, 350 MGs du Maine-et-Loire ont été tirés au sort à partir d'une liste des praticiens libéraux en médecine générale élaborée lors de précédentes études (15), à partir du listing du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins (CDOM).

## **Recueil de données**

Les questionnaires, réalisés via le logiciel lime survey ont été envoyés par mail.

Le questionnaire comportait 27 questions principalement fermées. Sa faisabilité (lisibilité, temps de réalisation du questionnaire) avait été testée auprès de plusieurs MGs d'un autre département. Le premier envoi a été suivi de deux relances successives à 15 jours d'intervalle.

## **Analyses statistiques**

Le critère de jugement principal a été calculé en établissant le rapport entre le nombre de patients en SP ayant bénéficié de PAPs et le nombre de patients suivis en SP dans les 12 mois écoulés.

Les statistiques descriptives ont été réalisées avec le logiciel lime survey. Les comparaisons statistiques ont été réalisées à partir du logiciel biostaTGV, avec l'aide des personnes-ressources du département de médecine générale. Les données quantitatives ont été comparées à l'aide de test de Student, ou d'un test non paramétrique de Mann-Whitney-Wilcoxon en cas d'effectif < 30 patients. Les données qualitatives ont été comparées à l'aide de test du Chi2, ou de test exact de Fisher en cas d'effectif < 5 patients.

## **Considérations éthiques et réglementaires**

Toutes les données recueillies étaient non identifiantes. Il n'a pas été conservé de base de correspondance entre les données recueillies et les médecins interrogés. Une information sur l'objectif du travail a été délivrée aux MGs au début du questionnaire. Cette enquête qui portait sur les pratiques professionnelles ne relevait pas du champ de la réglementation sur la recherche médicale impliquant la personne humaine. Compte tenu du design de l'étude, une déclaration à la CNIL n'a pas été nécessaire.

## **RÉSULTATS**

### **Population étudiée**

Sur 326 médecins interrogés, 48 réponses complètes et 13 incomplètes ont été obtenues, soit un taux de réponses complètes à 15%. La figure 1 détaille la constitution de l'échantillon.

*Figure 1 : diagramme de flux*

### **Caractéristiques de la population étudiée**

Les caractéristiques de la population ont été comparées avec les données actuelles des MGs du département 49 fournies par le CDOM, afin d'évaluer la représentativité de l'échantillon. Aucune différence statistique significative n'a été mise en évidence (Tableau 1).

*Tableau 1 : caractéristiques de la population étudiée comparées aux données des médecins généralistes du 49.*

### **Soins palliatifs et PAPs en médecine générale**

100% des répondants déclaraient avoir déjà eu recours à une structure d'aide à la prise en charge de patients en situation palliative.

#### **22,9% des médecins interrogés n'avaient jamais entendu parler du terme de PAPs.**

5 MG n'avaient pris en charge aucun patient en situation palliative au cours des 12 derniers mois. La raison évoquée à l'unanimité était l'absence de patient dans cette situation. En raison de l'absence d'exposition à une situation de soins palliatifs, ces répondants ont été exclus de la suite de l'analyse. Le nombre des réponses analysées dans la suite de l'étude était donc de 39.

### **Rédaction de PAPs en Soins Palliatifs**

Les médecins interrogés avaient suivi en moyenne 3.54 patients en soins palliatifs au cours des 12 mois écoulés (écart type de 2.94). Des PAPs avaient été rédigées en moyenne pour 2.74 de ces patients (écart type de 3.32).

#### **La proportion de patients en SP pour lesquels des PAPs avaient été rédigées était donc de 77%.**

La figure 2 détaille les motivations des 7 MGs ayant choisi de ne pas faire de PAPs pour leurs patients en SP.

Le tableau 2 compare le profil des médecins utilisateurs des PAPs à celui de ceux qui ne les utilisent pas.

*Figure 2 : raisons évoquées par les 7 MGs n'ayant pas eu recours aux PAPs dans la prise en charge des patients en soins palliatifs.*

*Tableau 2 : comparaisons entre le profil des utilisateurs de PAPs et ceux qui n'en utilisent pas parmi les MGs suivants des patients en SP.*

### **Symptômes visés par les PAPs**

7 MG n'avaient pas rédigé de PAPs pour les patients en SP qu'ils suivaient. Le nombre des réponses analysées dans la suite de l'étude était donc de 32.

La figure 3 décrit les symptômes concernés par les PAPs.

*Figure 3 : fréquence des différents symptômes et difficultés dans leur prise en charge*

Pour les MGs, les symptômes respiratoires « éprouvants pour tout le monde » étaient difficiles à soulager. Ils déclaraient disposer de peu de thérapeutiques efficaces dans ce domaine, avoir peu l'habitude de ces symptômes et ressentir un manque de matériel et de personnel.

### **Contexte de rédaction et de surveillance des PAPs**

Dans 71.9% des cas, les MGs déclaraient avoir rédigé les PAPs devant le patient et/ou l'aidant principal. Les patients cibles des PAPs étaient à 68.8% à domicile (contre 28% en EHPAD).

Les PAPs avaient été rédigées dès le début de la PEC palliative ou à l'occasion d'une aggravation dans 68.8% des cas. Dans plus de la moitié (56.3%) des cas, les MGs déclaraient être à l'initiative de la rédaction. Les PAPs semblaient réévaluées dans plus de 90% des cas. Elles étaient principalement réévaluées par le médecin-prescripteur ou son remplaçant mais cela pouvait aussi être par un autre médecin (HAD...).

## Utilisation des PAPs

### Les MGs déclaraient que les PAPs avaient été utilisées dans 84.4% des cas.

Les PAPs semblaient réalisées le plus souvent par une IDE libérale ou un professionnel de l'HAD (à égalité 50% de « toujours ou souvent » pour les 2) et dans 37.5% des cas « toujours ou souvent » par l'aidant principal.

En revanche, 34% des médecins ont répondu qu'ils n'étaient jamais eux-mêmes les effecteurs et que le patient n'était jamais lui-même l'effecteur dans 37.5% des cas. A noter que les répondants pouvaient cocher plusieurs réponses, une à chaque item proposé.

Plus de 56% des patients n'avaient pas rédigé de directives anticipées (DA).

Lorsque des PAPs ou des DA avaient été écrites, les souhaits des patients ont pu être respectés la plupart du temps. Ces souhaits pouvaient être : refus de ré-hospitalisation, contrôle des symptômes, absence de recours à certains traitements/gestes thérapeutiques. Seuls 3 MGs ont évoqué le fait que, dans certains cas, les PAPs n'avaient pas suffi à répondre aux souhaits des patients, à cause des limites de la prise en charge au domicile : aggravation aigüe, famille en difficulté vis-à-vis d'un symptôme réfractaire (ou soignants dans les EHPAD le weekend ou la nuit), désir de fin de vie à l'hôpital (sans que l'on sache si ce désir était clairement établi dès le début de la PEC en SP).

## DISCUSSION

### Résultats principaux

Cette étude a montré que 77% des patients suivis en SP par les MGs interrogés ont bénéficié de la rédaction de PAPs. Lorsqu'elles étaient présentes, celles-ci semblaient avoir été utilisées dans 84.4% des cas. La douleur et l'anxiété étaient les deux symptômes pour lesquels des PAPs étaient le plus souvent rédigées. Les symptômes respiratoires étaient quant à eux, décrits comme les plus difficiles à gérer pour les MG, ainsi que pour les patients et leurs proches. L'effecteur principal était une IDE ou l'aidant principal.



## **Les MGs sous-utilisent-ils vraiment les PAPs ?**

D'après une enquête menée par l'ONFV en 2011, les PAPs sont rares en SP à domicile. Elles seraient peu connues et l'adaptation se ferait plutôt au jour le jour en médecine de ville. Beaucoup de MGs ignoreraient ce que sont les PAPs, et leur mise en place serait rare au domicile sans l'intervention d'une HAD ou d'un réseau de SP (11). Compte tenu du rôle des HAD, on peut considérer que la majeure partie des patients qui y décèdent de façon non soudaine sont des patients en SP. Pour autant, alors que les SP représentent 25% de l'activité des HAD, un rapport de l'ONFV montrait que seuls 38% des patients décédés de façon non soudaine en HAD avaient bénéficié de PAPs (5). Ce chiffre peut donc paraître bas en comparaison à celui retrouvé dans notre étude pour les MGs, qui suivent bien moins fréquemment des patients en SP que les HAD.

Les résultats de notre étude suggéraient que le recours aux PAPs par les MGs pourrait être largement sous-estimé dans la littérature, car ici plus de la moitié des PAPs étaient rédigées à l'initiative du MG. Il n'existe pas d'autres données publiées et récentes sur le recours aux PAPs par les MGs dans les situations de SP. Toutefois, plusieurs travaux de thèses récents semblent cohérents par rapport aux résultats de cette étude. En 2015, à Lille, une étude quantitative mettait en évidence que sur un panel de 90 MGs et 86 infirmiers libéraux, plus de 80% des répondants de chaque profession avait déjà eu une expérience de recours aux PAPs (16). Une autre étude quantitative lilloise de 2017, retrouvait que 62% de MGs (sur un échantillon de 118 MGs) rédigeaient des PAPs pour les patients en SP (17).

Par ailleurs, le nombre moyen de patients pris en charge en SP était également plus élevé dans cette étude que celui habituellement retenu de l'ONFV (3.54 contre 1 à 3) (11). Pour autant, d'autres études plus récentes semblent aussi revoir ce chiffre à la hausse (18).

De plus, 77% des répondants connaissaient le terme « PAPs ». Le suivi paraissait rapproché car les PAPs après avoir été rédigées, étaient réévaluées dans plus de 90% des cas. La principale raison évoquée par les MGs qui suivaient des patients en SP sans rédiger de PAPs était qu'ils se sentaient très disponibles en cas de besoin. Mais alors comment envisageaient-ils la survenue de symptômes d'inconfort la nuit ou les weekends ?

L'expérience des praticiens semble être un déterminant important dans la mise en place de PAPs. En effet, il ressort de notre étude une tendance concernant les médecins qui avaient rédigé des PAPs par rapport à ceux qui n'en avaient pas rédigé : ils étaient installés depuis plus longtemps et suivaient plus de patients en SP par an. Ce constat est cohérent avec la littérature. En effet, le recours aux PAPs était directement lié à la formation en SP d'après l'enquête de l'ONFV de 2012, puisqu'il y aurait 4 fois plus de PAPs rédigées par les médecins formés aux SP par rapport à ceux qui ne le sont pas (5). Quelle solution pour ceux qui sont ou qui se sentent moins « expérimentés » ? 100% des MGs de l'étude ont déclaré être bien entourés par les structures-ressources en SP. Elles sont un levier pour étendre encore un peu plus l'utilisation des PAPs. Ce chiffre est à mettre en miroir avec l'effort de formation des structures de soins palliatifs du territoire de Maine et Loire envers les MGs.

### **Un recours très variable en fonction du symptôme**

La douleur et l'anxiété étaient les deux symptômes pour lesquels des PAPs ont été le plus souvent rédigées. Il pourrait s'agir de symptômes retrouvés de manière « classique » en médecine générale, auxquels les MGs sont habitués et pour lesquels ils ont un arsenal thérapeutique développé et perçu comme efficace. De plus, le repérage de la douleur est souvent aisé même lorsque la communication verbale n'est plus possible par le biais d'outils et d'échelles fiables et éprouvés (19). Nous avons également remarqué dans les réponses des MGs que les symptômes en SP étaient souvent intriqués, notamment pour la douleur et l'anxiété. C'est également ce que notait l'ANAES dans ses recommandations de PEC de l'adulte en SP (9). Ce sont les deux symptômes les plus souvent mis en évidence par les soignants (20).

Les symptômes respiratoires étaient quant à eux, décrits comme les plus difficiles à gérer pour les MGs, ainsi que pour les patients et leurs proches. Ils étaient très intriqués avec l'anxiété. Il semblerait, au vu des raisons évoquées par les MGs, que la difficulté à contrôler ces symptômes soit liée aux difficultés techniques mais aussi et peut-être principalement à la charge émotionnelle qu'ils générèrent. D'autres hypothèses sont

plausibles : réserve à utiliser les « dépresseurs respiratoires » en raison d'une peur inconsciente d'accélérer la mort, symptômes respiratoires s'inscrivant davantage dans le cadre de situations urgentes...

### **Réalité de l'effet des PAPs sur la prévention des hospitalisations**

D'après notre étude, les PAPs semblent largement utilisées lorsqu'elles existent. Leur utilisation combinée ou non aux DA semble être des moyens d'assurer les souhaits des patients. Lorsque les souhaits des patients n'ont pu être respectés malgré les PAPs et/ou les DA, les MGs évoquaient en réalité les limites de la prise en charge au domicile. Les raisons évoquées concordaient d'ailleurs en partie avec la littérature (21).

Si on retient que le souhait de maintien à domicile avait été mis en échec malgré la présence de PAPs pour seulement 3 MGs sur 32, alors on pourrait en déduire que plus de 90% des MGs interrogés considéraient que la rédaction de PAPs réduirait significativement les ré-hospitalisations évitables non souhaitées par leurs patients, comme ce que décrivait l'enquête de l'ONFV de 2015 (5). Il peut être cependant difficile de faire la part des choses entre ce que pense le MG des souhaits de son patient, et le point de vue réel du patient ou de sa famille. Le moment de la rédaction des PAPs avec le patient et ses proches pourrait être l'occasion de faire le point sur les souhaits du patient sur sa fin de vie. Le lieu de décès souhaité à la fois par le patient et ses proches serait recueilli dans seulement 60% des cas par le médecin lorsque le décès survient à domicile (22). L'évolution parfois imprévisible des symptômes, souvent lourds et durs à gérer et la perspective pour les proches d'une mort imminente à leur domicile conduit souvent à des décisions inattendues et rapides d'hospitalisation à l'approche du décès, qui ne semblent pas pour autant être vécues comme un échec de la fin de vie au domicile pour les patients et leurs proches. En effet, il existe une différence entre le lieu effectif du décès, et celui où l'on passe la fin de sa vie, c'est-à-dire « mourir chez soi » ou y « finir sa vie » (11,23). La proportion des patients restant effectivement chez eux décroît progressivement à l'approche du jour précis du décès (22).

### **Forces et limites**

Le faible taux de réponse pourrait témoigner d'un échantillonnage préférentiel de personnes très motivées par le sujet mais l'analyse des caractéristiques des répondants n'a pas montré de différence significative avec la population-cible, permettant une certaine validité externe. L'anonymat des questionnaires permettait une liberté d'expression également favorable à la réduction des biais. Les résultats relatifs aux structures de soins palliatifs laissent à penser à un éventuel biais de sélection, du fait des caractéristiques propres au territoire du Maine et Loire. Enfin, le caractère déclaratif de l'enquête impose de prendre des précautions dans l'analyse des résultats, prenant en compte les biais de mémorisation et de désirabilité (4 MGs n'étaient en difficulté avec aucun symptôme d'inconfort, ce qui peut sembler élevé). Le biais de mémorisation est particulièrement à prendre en compte au regard de la rareté des situations de soins palliatifs dans l'exercice de médecine générale. Ces trois biais ont pu conduire à surestimer la proportion de patients en soins palliatifs pour lesquels des PAPs avaient été rédigées. En revanche, il est difficile d'évaluer l'effet du biais de déclaration. Cette proportion a pu être sous-estimée car certains médecins en prescrivent de façon très naturelle sans pour autant avoir l'impression de « rédiger des PAPs », comme par exemple avec le paracétamol, prescrit souvent en « si besoin ». Le manque de données de forte puissance permettant de dresser un état des lieux des pratiques en MG est regrettable et nécessiterait la réalisation d'études multicentriques.

En dépit du faible taux de réponse, limite inhérente aux sujets très spécifiques d'une pratique déjà rare, cette étude présente plusieurs qualités. Elle a permis de dégager des tendances concernant les profils des MGs utilisant les PAPs, malheureusement limitées par sa faible puissance. Elle a ouvert des pistes de recherche et a cerné des objectifs pédagogiques sur les symptômes sur lesquels les MGs déclarent avoir plus besoin de soutien. La dyspnée retient tout particulièrement notre attention, notamment en raison de l'épidémie de COVID19 qui est susceptible de mobiliser cette compétence.

## CONCLUSION

Les PAPs quand elles sont rédigées semblent utilisées et utiles. Elles permettent, selon les MGs, d'aider à respecter les souhaits des patients pour leur fin de vie, en accord avec les directives anticipées. La qualité de

vie des patients en SP s'en trouve donc visiblement améliorée. Les médecins qui suivent des patients en SP utilisent beaucoup les PAPs et connaissent ce terme. Les symptômes respiratoires restent les symptômes les plus difficiles à contrôler et également souvent ceux à l'origine de ré-hospitalisation à l'approche du décès. Les freins à l'utilisation des PAPs dans ce contexte spécifique sont complexes. La coordination entre MGs, services hospitaliers et personnels paramédicaux est primordiale pour la réassurance du patient et de ses proches dans les contextes de SP. Les PAPs pourraient être un bon moyen de développer ces interactions au profit du patient. Enfin, pour comprendre tout le circuit de recours aux PAPs en ambulatoire, le retour des IDE, effecteurs privilégiés des PAPs, serait également précieux. Ils pourraient témoigner de leur vécu face à cette responsabilité (24), de la mise en place concrète au lit du malade et de leur analyse de la capacité des PAPs à répondre à leurs objectifs à court et moyen terme. Du côté des MGs, les freins au recours aux PAPs ont déjà fait l'objet d'études (13,14). Mais approfondir l'expérience des MGs qui n'utilisent pas les PAPs permettrait d'avoir une lecture plus globale des motivations de non-recours aux PAPs. Enfin, conduire cette même étude avec des effectifs plus importants permettraient de confirmer ou d'infirmer le profil des MGs utilisant plus volontiers les PAPs dans des situations de SP.

**Liens d'intérêts : les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.**

## BIBLIOGRAPHIE

1. IFOP, ADREA. Enquête Ifop réalisée pour la Fondation ADREA sur les attentes et besoins des Français face à la fin de vie, octobre 2016. [Internet]. 2016 [cité 6 févr 2020]. Disponible sur: <https://corporate.adrea.fr/assets/documents/DOCS-FONDATION/Diapo-rsum-IFOP.pdf>
2. Pr BARRET L, FILLON S, VIOSSAT L-C. Evaluation de l'application de la loi du 2 février 2016 sur la fin de vie [Internet]. 2018 [cité 6 févr 2020]. Disponible sur: [http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2017-161R\\_Tome\\_2\\_.pdf](http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2017-161R_Tome_2_.pdf)
3. Observatoire National de la Fin de Vie. Fin de vie : un premier état des lieux [Internet]. 2011 [cité 6 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/124000093.pdf>
4. Cour des comptes. Les soins palliatifs : une prise en charge toujours très incomplète [Internet]. 2015 [cité 6 févr 2020]. Disponible sur: <http://www.sfap.org/system/files/cour-comptes-2015-soins-palliatifs.pdf>
5. Observatoire National de la Fin de Vie. La fin de vie des patients hospitalisés à domicile : HAD, fin de vie et précarités [Internet]. 2015 févr [cité 9 mars 2020]. Disponible sur: [https://www.fnehad.fr/wp-content/uploads/2015/03/HAD\\_Rapport\\_VF.pdf](https://www.fnehad.fr/wp-content/uploads/2015/03/HAD_Rapport_VF.pdf)
6. HIRSCH G. Prescriptions anticipées en soins palliatifs, la revue du praticien médecine générale. 2011;
7. SCWALD R. les prescriptions anticipées personnalisées, formation ASPER. [Internet]. 2007 [cité 9 mars 2020]. Disponible sur: <http://rsp-66.fr/wp-content/uploads/2013/10/les-prescriptions-anticip%C3%A9es-personnalis%C3%A9es.pdf>
8. CIRCULAIRE N°DHOS/E2/2002/266 du 30 avril 2002. 2002;8.
9. ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé). Recommandations pour la pratique clinique : Modalités de prise en charge de l'adulte nécessitant des soins palliatifs. Acta Endosc. 2002;28(2):151-5.
10. Védé B. Prescriptions anticipées lors des prises en charges palliatives au domicile : quel usage en font les médecins généralistes du Nord et du Compiégnois ? [Thèse d'exercice]. [France]: Lille; 2017.
11. Observatoire National de la Fin de Vie. Vivre la fin de sa vie chez soi [Internet]. 2013 [cité 10 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/134000186.pdf>
12. Texier G, Rhondali W, Morel V, Filbet M. Refus de prise en charge du patient en soins palliatifs (en phase terminale) à domicile par son médecin généraliste : est-ce une réalité ? médecine palliative [Internet]. 17 avr 2012; Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/en/article/707204>
13. Alice H. Situations palliatives en médecine ambulatoire : freins au recours aux prescriptions anticipées [Internet] [Thèse d'exercice]. [France]: Angers; 2017. Disponible sur: <http://dune.univ-angers.fr/fichiers/14008111/2017MDEM8379/fichier/8379F.pdf>
14. Viot C. 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: étude qualitative [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris Diderot - Paris 7. UFR de médecine; 2016.

15. Le Gall-Grimaux C, Guineberteau C, Bec M, Pignon A, Gutierrez D. Sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès à domicile : état des lieux des pratiques des médecins généralistes du Maine-et-Loire. *Médecine Palliative*. 1 juin 2019;18(3):116-25.
16. Terrier-Pelletier É. Prescriptions anticipées dans la prise en charge d'une dyspnée survenant chez un patient en situation palliative à domicile [Thèse d'exercice]. [Lille ; 1969-2017, France]: Université du droit et de la santé; 2015.
17. Védé B. Prescriptions anticipées lors des prises en charge palliatives au domicile: quel usage en font les médecins généralistes du Nord et du Compiégnois ? [Thèse d'exercice]. [Lille ; 1969-2017, France]: Université du droit et de la santé; 2017.
18. Carrara B. Connaissance et utilisation des ressources en Soins Palliatifs par les Médecins Généralistes [Internet]. Angers; 2019 [cité 3 févr 2021]. Disponible sur: <http://dune.univ-angers.fr/fichiers/20126786/2019MCEM9932/fichier/9932F.pdf>
19. SFAP. Les échelles de la douleur | SFAP - site internet [Internet]. SFAP. [cité 30 janv 2021]. Disponible sur: <http://www.sfap.org/rubrique/les-echelles-de-la-douleur>
20. HAS. Note méthodologique et de synthèse documentaire « Comment améliorer la sortie de l'hôpital et favoriser le maintien à domicile des patients adultes relevant de soins palliatifs ? ». juin 2016;88.
21. Pennec S, Gaymu J, Monnier A, Riou F, Aubry R, Pontone S, et al. Le dernier mois de l'existence : les lieux de fin de vie et de décès en France. *Population*. 2013;Vol. 68(4):585-615.
22. Pennec S, Gaymu J, Riou F, Morand E, Pontone S, Aubry R, et al. Mourir chez soi : un souhait majoritaire mais une situation peu fréquente. *Population Societes*. 2015;N° 524(7):1-4.
23. Gerrard R, Campbell J, Minton O, Moback B, Skinner C, McGowan C, et al. Achieving the preferred place of care for hospitalized patients at the end of life. *Palliat Med*. juin 2011;25(4):333-6.
24. Bowers B, Redsell SA. A qualitative study of community nurses' decision-making around the anticipatory prescribing of end-of-life medications. *J Adv Nurs*. oct 2017;73(10):2385-94.

## **Figure 1 : diagramme de flux**

### **Flowchart**

Légende : MGs : Médecins Généralistes ( General Practitioners), PAPs : Prescriptions Anticipées Personnalisées (Anticipated Personalised Prescriptions), SP : Soins Palliatifs (Palliative Care).

## **Tableau 1 : caractéristiques de la population étudiée comparées aux données des médecins généralistes du département 49.**

### **Characteristics of the population compared to the data of general practitioners of Maine and Loire**

\*: 7 exercices mixtes : PMI (protection maternelle et infantile), MAS (maison d'accueil spécialisée), EHPAD (établissement hospitalier pour personnes âgées dépendantes), SSR (soins de suite et réadaptation) et structure hospitalière de proximité (x2).

## **Figure 2 : raisons évoquées par les 7 MGs n'ayant pas eu recours aux PAPs dans la prise en charge des patients en soins palliatifs.**

### **Reasons given by the 7 General Practitioners who did not use Anticipated Personalised Prescriptions in the management of palliative care patients**

Légende : MGs : Médecins Généralistes, PAPs : Prescriptions Anticipées Personnalisées, HAD : Hospitalisation à Domicile.

## **Tableau 2 : comparaisons entre le profil des utilisateurs de PAPs et ceux qui n'en utilisent pas parmi les MGs suivants des patients en SP.**

### **Comparisons between the profile of users of Anticipated Personalised Prescriptions and those who do not use them among General Practitioners who follow palliative care patients.**

Légende : MGs : Médecins Généralistes, PAPs : Prescriptions Anticipées Personnalisées, SP : Soins Palliatifs.



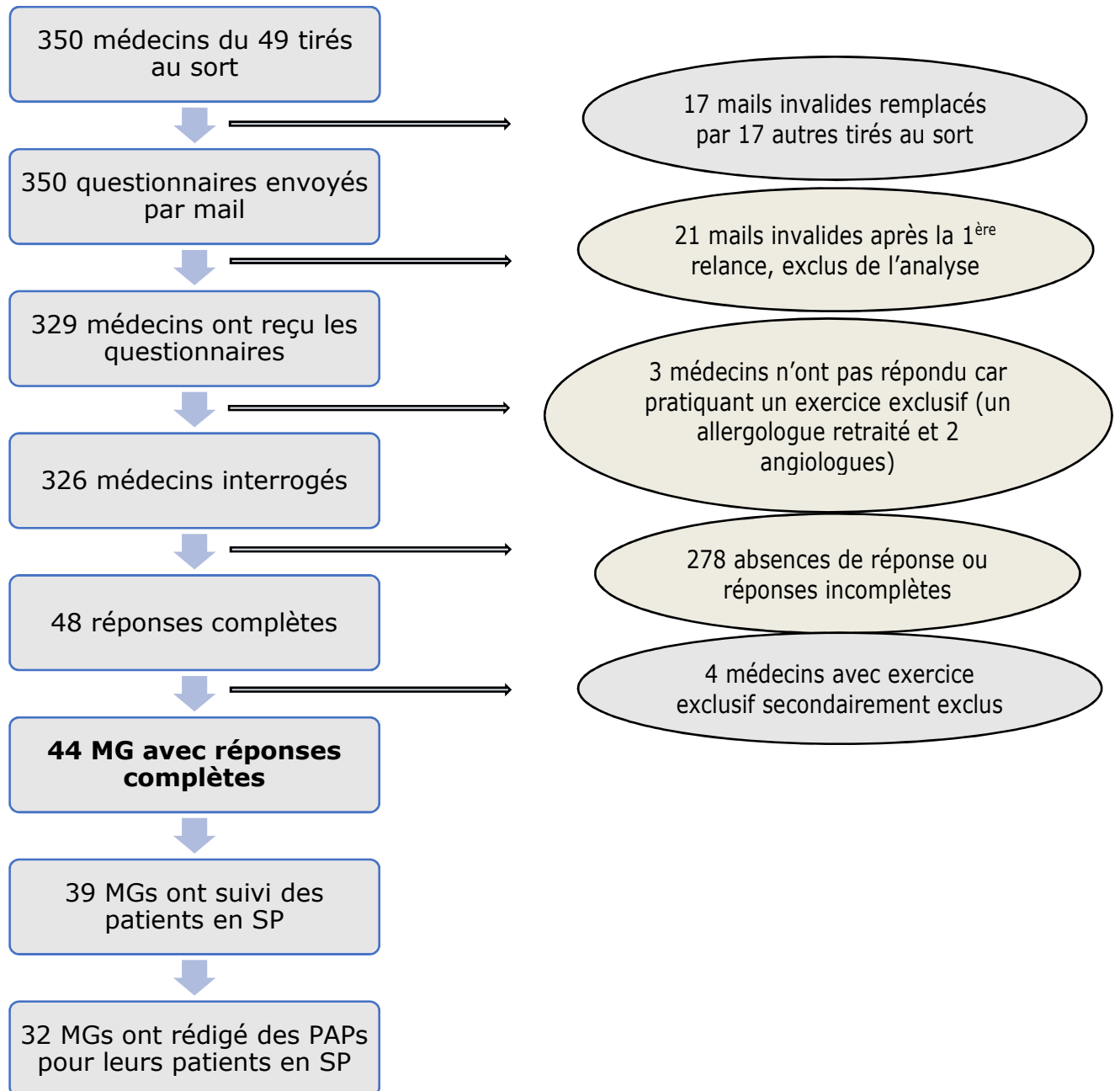
**Figure 3 : Fréquence des différents symptômes et difficultés dans leur prise en charge**

**Frequency of different symptoms and difficulties in managing them**

Légende : MG : Médecin Généraliste, PAPs : Prescriptions Anticipées Personnalisées.

Figure 1 : diagramme de flux

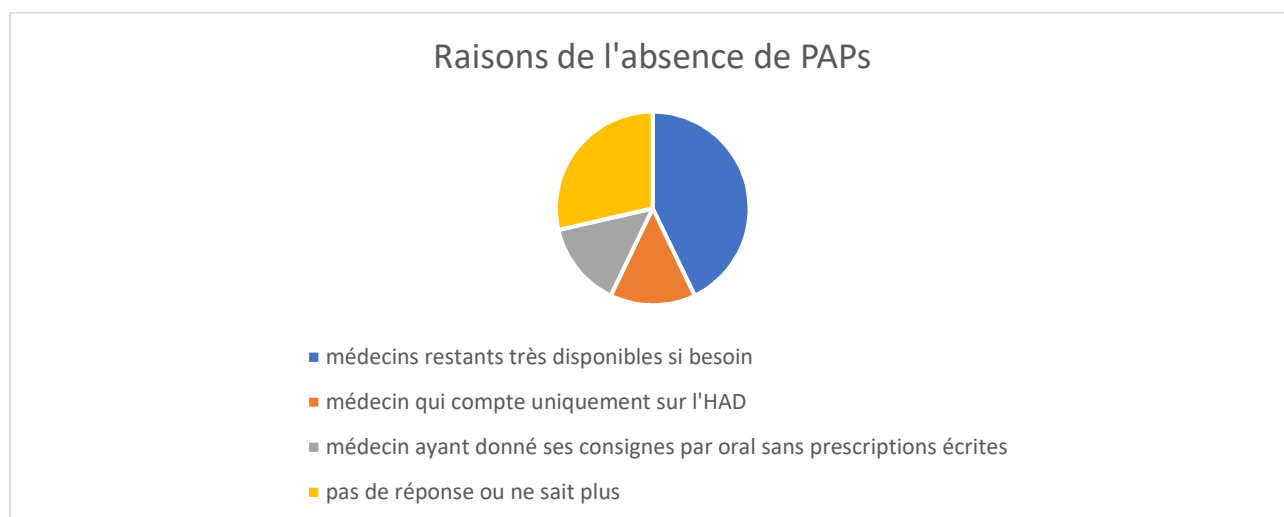
Flowchart



Légende : MGs : Médecins Généralistes, PAPs : Prescriptions Anticipées Personnalisées, SP : Soins Palliatifs.

**Figure 1 : raisons évoquées par les 7 MGs n'ayant pas eu recours aux PAPs dans la prise en charge des patients en soins palliatifs.**

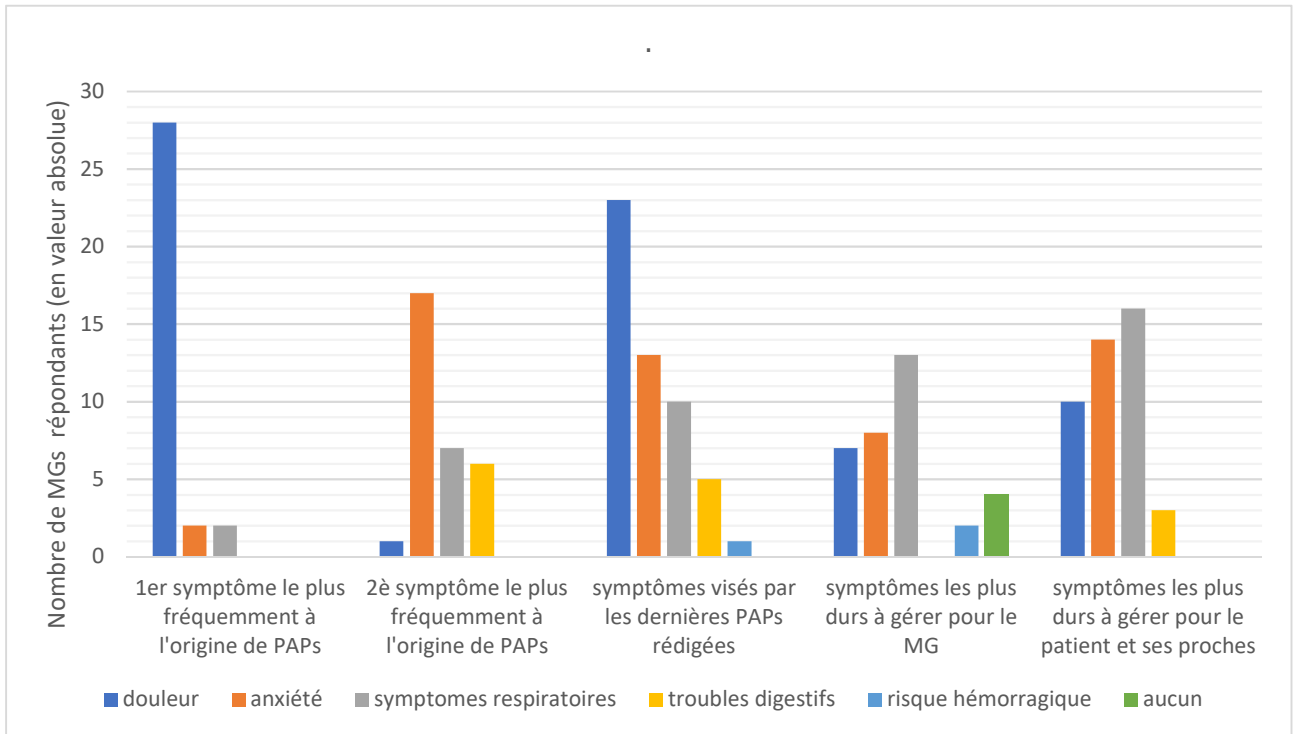
**Reasons given by the 7 General Practitioners who did not use Anticipated Personalised Prescriptions in the management of palliative care patients**



Légende : MGs : Médecins Généralistes, PAPs : Prescriptions Anticipées Personnalisées, HAD : Hospitalisation à Domicile.

**Figure 3 : Fréquence des différents symptômes et difficultés dans leur prise en charge**

**Frequency of different symptoms and difficulties in managing them**



Légende : MG : Médecin Généraliste, PAPs : Prescriptions Anticipées Personnalisées.

**Tableau 1 : caractéristiques de la population étudiée comparées aux données des médecins généralistes du département 49.**

**Characteristics of the population compared to the data of general practitioners of Maine and Loire**

	Population de <b>l'étude</b> (n=48)	Population de <b>référence</b> (n=791)	<i>p</i>
<b>Age</b> moyen en années (écart-type)	47.42 (+/- 9.82)	48.87 (+/- 12.34)	0.34
<b>Sexe</b>			
• Hommes, effectif (%)	21 (43.75)	420 (53)	p = 0,20
<b>Durée d'installation</b> moyenne en années (écart-type)	15.11 (+/-9.91)	15.67 (+/- 12.45)	0.72
<b>Exercice mixte – non (%)</b>	41 (85.4) *	595 (75.2)	0,11

\*: 7 exercices mixtes : PMI (protection maternelle et infantile), MAS (maison d'accueil spécialisée), EHPAD (établissement hospitalier pour personnes âgées dépendantes), SSR (soins de suite et réadaptation) et structure hospitalière de proximité (x2).

**Tableau 2 : comparaisons entre le profil des utilisateurs de PAPs et ceux qui n'en utilisent pas parmi les MGs suivants des patients en SP.**

**Comparisons between the profile of users of Anticipated Personalised Prescriptions and those who do not use them among General Practitioners who follow palliative care patients.**

Variable	Utilisateurs de PAPs (n=32)	Non-utilisateurs de PAPs (n=7)	p
Age moyen (écart type)	47.75 (+/- 9.52)	45.71 (+/- 10.94)	0.58
Sexe			
• Hommes, effectif (%)	13 (40.62)	4 (57.14)	0.68
Volume moyen de patients (écart type)	1189.75 (+/- 596.64)	1129.43 (+/- 299.62)	0.67
Nombre moyen d'années écoulées depuis l'installation ( écart type)	16.25 (+/- 9.67)	12.86 (+/- 11.64)	0.28
Nombre moyen de patients suivis en SP dans l'année écoulée (écart type)	3.81 (+/-3.18)	2.29 (+/-0.49)	0.10
Connaissance préalable du terme PAPs-oui (%)	27 (84.38)	5 (71.43)	0.59

Légende : MGs : Médecins Généralistes, PAPs : Prescriptions Anticipées Personnalisées, SP : Soins Palliatifs.