



UNIVERSITÉ DU DROIT ET DE LA SANTÉ - LILLE 2  
**FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG**

Année : 2017

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT  
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Prescriptions anticipées lors des prises en charge palliatives au domicile : quel usage en font les Médecins généralistes du Nord et du Compiégnois ?**

Présentée et soutenue publiquement le 06 Octobre à 18H  
au Pôle Recherche  
**Par Benjamin Védé**

---

**JURY**

**Président :**

**Monsieur le Professeur Serge Blond**

**Assesseurs :**

**Monsieur le Professeur Jacques Bonneterre**

**Monsieur le Professeur François Puisieux**

**Monsieur le Docteur Charles Charani**

**Directeur de Thèse :**

**Monsieur le Docteur Romain Chiquet**

---

## **Avertissement**

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

“Et quand fatale sonnait l'heure  
De prendre un linceul pour costume  
Un tas de génies l'œil en pleurs  
Vous offraient les honneurs posthumes.  
Pour aller au céleste empire,  
Dans leur barque ils venaient vous prendre.  
C'était presque un plaisir de rendre  
Le dernier soupir.”  
Georges Brassens, *Le Grand Pan*.

# Table des matières

Liste des abréviations .....	12
Résumé .....	14
I- Préambule.....	16
II- Introduction .....	17
A. Les Soins Palliatifs. ....	17
a. Définitions.....	17
b. Rappel historique et législatif. ....	18
c. Les structures de Soins Palliatifs. ....	20
<i>Les Unités de Soins Palliatifs.....</i>	20
<i>Les Équipes Mobiles de Soins Palliatifs.....</i>	21
<i>Les Lits Identifiés Soins Palliatifs.....</i>	21
B. Le lieu de vie. ....	22
a. Le domicile. ....	22
b. Les EHPAD.....	23
C. La continuité des soins. ....	24
a. Les aidants. ....	24
b. Le médecin traitant. ....	25
c. Les réseaux de soins palliatifs. ....	25
d. Les services d'hospitalisation à domicile.....	26
e. La coordination. ....	26
D. Les prescriptions anticipées.....	27
a. Définition.....	27
b. Cadre juridique. ....	28
<i>Pour le médecin.....</i>	29
<i>Pour l'infirmier.....</i>	29
c. L'exemple du Groupement Hospitalier des Hôpitaux de l'Institut Catholique de Lille.	30
E. Problématique. ....	31
III- Matériels et Méthodes .....	32
A. Type d'étude.....	32
B. Objectifs de l'étude. ....	32
C. Critères d'inclusion. ....	32
D. Critères d'exclusion. ....	33
E. Recueil des données. ....	33
F. Analyse des données. ....	34
IV- Résultats .....	35
A. Épidémiologie.....	35
a. Quel âge avez-vous ? .....	35
b. Quelle est votre activité ?.....	36

c.	Avez-vous une formation en soins palliatifs et laquelle ? .....	37
d.	Quel est votre nombre de prises en charge palliatives annuelles ? .....	38
e.	Quels sont vos partenaires dans la gestion de vos prises en charge palliatives ? ....	39
B.	Les prescriptions anticipées.....	40
a.	Utilisez-vous des prescriptions anticipées ? .....	40
b.	Utilisez-vous une ordonnance identifiée « prescriptions anticipées » ? .....	41
c.	Qui est l'initiateur de ces prescriptions ? .....	42
d.	A quel moment débutez-vous des prescriptions anticipées ? .....	43
e.	Quand réévaluez-vous vos prescriptions anticipées ?.....	44
f.	Vos prescriptions anticipées sont-elles appliquées par un soignant ?.....	44
g.	On-t-elles été une aide dans vos prises en charge palliatives ? .....	45
C.	Les symptômes. ....	46
a.	A quelle fréquence anticipez-vous ces différents symptômes ?.....	46
D.	Les difficultés et axes d'améliorations.....	48
a.	Quels sont pour vous les freins à l'utilisation des prescriptions anticipées ? .....	48
b.	Quelles mesures faciliteraient le recours aux prescriptions anticipées selon vous ?	51
V-	Discussion.....	54
A.	Biais de l'étude. ....	54
B.	Confusion avec les directives anticipées. ....	55
C.	Les prescriptions anticipées.....	56
D.	La formation des médecins généralistes.....	57
a.	La formation initiale.....	57
b.	Impact de la formation. ....	58
E.	Évolution de la médecine générale vers une pratique de cabinet. ....	60
F.	Les autres difficultés du médecin généraliste. ....	60
a.	Le poids des prescriptions. ....	60
b.	La solitude. ....	62
c.	La disponibilité. ....	63
d.	L'appréhension. ....	64
G.	Proposition d'améliorations.....	66
a.	L'EMSP au domicile.....	66
b.	Rémunérer ces prises en charge. ....	66
c.	Sensibilisation des professionnels et aide à la prescription.....	67
VI-	Conclusion.....	68
	Bibliographie.....	69
	Annexes.....	76

## Liste des abréviations

**AEG** : Altération de l'État Général.

**ANAES** : Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé.

**ARS** : Agence Régionale de Santé.

**EHPAD** : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes.

**EMSP** : Équipe Mobile de Soins Palliatifs.

**FMC** : Formation Médicale Continue.

**GHICL** : Groupement des Hôpitaux de l'Institut Catholique de Lille.

**HAD** : Hospitalisation A Domicile.

**IFOP** : Institut Français d'Opinion Publique.

**LISP** : Lits Identifiés Soins Palliatifs.

**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé.

**ONFV** : Observatoire National de la Fin de Vie.

**PA** : Prescriptions Anticipées.

**PCA** : Antalgie Contrôlée par le Patient.

**PeC** : Prise en Charge.

**SFAP** : Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs.

**SPASAD** : Service Polyvalent d'Aide et de Soins à Domicile.

**SSIAD** : Service de Soins Infirmiers à Domicile.

**URPS** : Union Régionale des Professionnels de Santé.

**USP** : Unité de Soins Palliatifs.

**VAD** : Visite à Domicile.

## Résumé

**Contexte :** 80% de la population française souhaite décéder au domicile. Dans leurs prises en charge palliatives, les médecins généralistes utilisent peu les prescriptions anticipées.

**Objectif principal de l'étude :** évaluer les connaissances, les pratiques et l'utilisation des prescriptions anticipées chez les médecins généralistes du Nord et du Compiégnois.

**Objectifs secondaires :** observer quels peuvent être les freins à l'utilisation des prescriptions anticipées et amorcer une réflexion sur les moyens à mettre en œuvre pour faciliter leur systématisation.

**Méthode :** étude incluant 118 médecins généralistes du Nord et du Compiégnois sur la période de Janvier 2017 à Avril 2017, interrogés par questionnaire informatique Google Forms. Analyse des données par tableur Excel et indépendance statistique réalisée par le test du  $\chi^2$ .

**Résultats :** Sur les 118 médecins, 28 (23,7%) sont formés aux soins palliatifs. 73 médecins (61,9%) rédigent des prescriptions anticipées, dont 19 (26%) sur une ordonnance à part. L'altération de l'état général du patient est le moment privilégié par 58,9% des médecins (n=43) pour débiter ces prescriptions. 97,3% des médecins ayant recours à ces prescriptions estiment qu'elles sont une aide dans leurs prises en charge. La douleur est le symptôme le plus fréquemment anticipé, à l'inverse de l'hémorragie. 74 médecins (62,7%) citent le défaut de formation comme un frein à la rédaction des prescriptions anticipées. 60 médecins (50,8%) pensent qu'un site d'aide à la rédaction de ces prescriptions faciliterait leur recours.

**Conclusion :** Les prescriptions anticipées sont une aide importante lors des prises en charge palliative au domicile. La rédaction de ces prescriptions demande du temps, et leur mise en œuvre une certaine organisation. Les retours sur leur utilisation sont cependant très positifs. Pour en étendre l'usage, une meilleure formation et un site d'aide à la prescription sont des solutions.

## **I- Préambule**

« Je veux mourir chez moi. »

Cette affirmation concerne plus de 80% de la population française selon l'IFOP (1). Cependant, la réalité contredit ce désir légitime de terminer ses jours au sein du lieu de vie. Dans son rapport de 2013, l'Observatoire National de la Fin de Vie montre que cela n'est possible que pour un quart des Français (2).

Pourtant, dans les années cinquante, 3 décès sur 4 survenaient au domicile. Le lieu de décès s'est donc déplacé vers l'hôpital au fil des progrès de la médecine, de l'allongement de l'espérance de vie et de la chronicisation des maladies (3).

Ces hospitalisations engendrent un coût non négligeable pour la société (4).

Lorsque cela est possible et désiré par le patient, il devient justifié de ne plus penser la mort à l'hôpital, mais de l'accompagner à la maison. C'est désormais l'une des missions des Soins Palliatifs.

## **II- Introduction**

### **A. Les Soins Palliatifs.**

#### **a. Définitions.**

##### *Pour l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé en 2002*

« Ce sont des soins actifs, continus, évolutifs, coordonnés et pratiqués par une équipe pluri professionnelle. Ils ont pour objectif, dans une approche globale et individualisée, de prévenir ou de soulager les symptômes physiques, dont la douleur, mais aussi les autres symptômes, d'anticiper les risques de complications et de prendre en compte les besoins psychologiques, sociaux et spirituels, dans le respect de la dignité de la personne soignée. [...] Ils s'adressent aux personnes atteintes de maladies graves évolutives ou mettant en jeu le pronostic vital ou en phase avancée et terminale, ainsi qu'à leur famille et à leurs proches. » (5).

##### *Pour L'Organisation Mondiale de la Santé en 2002 :*

« Les soins palliatifs cherchent à améliorer la qualité de vie des patients et de leur famille, face aux conséquences d'une maladie potentiellement mortelle, par la prévention et le soulagement de la souffrance [...] ainsi que le traitement de la douleur et des autres problèmes physiques, psychologiques et spirituels qui lui sont liés. Les soins palliatifs [...] soutiennent la vie et considèrent la mort comme un processus normal. [...] Ils offrent un système de soutien qui aide la famille à tenir pendant la maladie du patient et leur propre deuil. [...] Ils sont applicables tôt dans le décours de la maladie, en association avec d'autres traitements pouvant prolonger la vie, comme la chimiothérapie et la radiothérapie, et incluent les investigations qui sont requises afin de mieux comprendre les complications

cliniques gênantes et de manière à pouvoir les prendre en charge. » (6).

*Pour la Société Française d'accompagnement et de Soins Palliatifs :*

« Les soins palliatifs sont des soins actifs délivrés dans une approche globale de la personne atteinte d'une maladie grave, évolutive ou terminale. L'objectif des soins palliatifs est de soulager les douleurs physiques et les autres symptômes, mais aussi de prendre en compte la souffrance psychique, 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. » (7).

***b. Rappel historique et législatif.***

1842 : fondation par Madame Jeanne Garnier à Lyon de l'association des Dames du Calvaire afin d'y accueillir les malades incurables.

1872 : Madame Aurélie Jousset fonde également un Hospice à Paris, pour l'accompagnement des patients jusqu'à leur mort. Il deviendra plus tard la maison Jeanne Garnier, plus grande Unité de Soins Palliatifs de France.

1940 : en Angleterre, le Docteur Cicely Saunders a un rôle majeur dans l'essor des soins palliatifs. Son travail au sein de l'Hospice Saint Joseph sur l'usage des morphiniques permet la mise en place de protocoles pour traiter les douleurs terminales.

1967 : Cicely Saunders fonde le Saint Christopher's Hospice, premier établissement

entièrement dédié à la prise en charge des patients en fin de vie et de leurs proches. Le concept de « Total Pain » émerge alors, posant les quatre piliers de la prise en charge globale autour des souffrances physiques, psychologiques, sociales et spirituelles.

1986 : en France, la circulaire relative à l'organisation des soins et à l'accompagnement des malades en phase terminale, dite circulaire Laroque (8), définit officiellement le cadre des soins palliatifs, ainsi que leurs missions. Il est l'un des textes fondateur ayant permis le développement des soins palliatifs dans notre pays.

1990 : création de la SFAP.

1991 : la loi hospitalière du 31 juillet introduit les soins palliatifs dans les missions de chaque établissement de santé (9).

1993 : le Docteur Delbecque propose, dans son rapport, trois axes d'améliorations autour du développement des soins palliatifs au domicile, de l'enseignement et de la planification des centres de soins (10).

1999 : loi du 9 juin, visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs. Son premier article stipule : « Toute personne malade dont l'état le requiert a le droit d'accéder à des soins palliatifs et à un accompagnement [...] La personne malade peut s'opposer à toute investigation ou thérapeutique. » (11).

2002 : loi du 4 Mars, dite Loi Kouchner permet au patient de désigner une personne de confiance (12).

2005 : loi du 22 Avril, relative aux droits des malades et à la fin de vie, dite Loi Léonetti (13). Plusieurs droits majeurs y sont inscrits :

- Le refus de l'obstination déraisonnable et le droit pour le patient de décider de refuser ou limiter tout traitement.

- La possibilité de rédiger des directives anticipées.
- Le droit pour le médecin, si le patient ne peut s'exprimer, de limiter ou d'arrêter tout traitement inutile, après procédure collégiale, et consultation si elles existent, des directives anticipées, de la personne de confiance ou de la famille.
- « Si le médecin constate qu'il ne peut soulager la souffrance d'une personne, en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, quelle qu'en soit la cause, qu'en lui appliquant un traitement qui peut avoir pour effet secondaire d'abrégé sa vie, il doit en informer le malade. »

2016 : Loi du 2 février créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie, dite loi Claeys-Léonetti (14). Il est le texte le plus récent encadrant la fin de vie en France. Il définit le droit et les conditions nécessaires à la réalisation d'une sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès, à la demande du patient.

### **c. Les structures de Soins Palliatifs.**

En France, trois dispositifs dédiés aux soins palliatifs existent (7).

#### **Les Unités de Soins Palliatifs.**

Ce sont des structures d'hospitalisation d'une dizaine de lits accueillant pour une durée limitée les patients nécessitant exclusivement des soins palliatifs et d'accompagnement. Elles réservent leur capacité d'admission aux situations les plus complexes et/ou les plus difficiles. Elles assurent également une triple mission de soins,

d'enseignement et de recherche.

On dénombre 107 unités en France, réparties dans toutes les régions, pour un total de 1176 lits (15).

### ***Les Équipes Mobiles de Soins Palliatifs.***

Elles ont pour mission d'apporter une aide, un soutien, une écoute active, des conseils aux soignants qui prennent en charge des patients en fin de vie dans d'autres services. La mission des EMSP concerne : la prise en charge globale du patient et de son entourage familial, la prise en charge de la douleur et des autres symptômes, l'accompagnement psychologique et psychosocial, le rapprochement, le retour et le maintien à domicile, la sensibilisation aux soins palliatifs et à la réflexion éthique.

En 2010, 353 équipes sont recensées sur le territoire (15).

### ***Les Lits Identifiés Soins Palliatifs.***

Ce sont des lits situés au sein d'un service d'hospitalisation fréquemment confronté à ces problématiques. Ils accueillent les patients du service dont le projet de soins évolue vers une prise en charge palliative, ou venant d'autres services et nécessitant une expertise plus importante. Ils sont aussi utilisés comme lits de repli pour les patients du domicile et en situation palliative.

Ils ont enfin une mission de diffusion et d'intégration de la culture palliative au sein des spécialités médicales. On en dénombre 4800 au niveau national (15).

Ces ressources permettent un accompagnement varié et pluridisciplinaire, mais le domicile est également un lieu à investir.

Dans ce souci, le troisième axe du dernier Plan National 2015-2018 pour le développement des Soins Palliatifs missionne les professionnels à développer les prises en charge de proximité, au domicile et en EHPAD (16).

## **B. Le lieu de vie.**

### **a. *Le domicile.***

Dans son rapport, l'ONFV souligne la nuance entre le souhait de « finir sa vie chez soi » et celui de « mourir chez soi ». Ces paroles témoignent plus de la volonté de passer du temps au domicile avant de mourir plutôt que d'y décéder (2).

Le lieu de vie permet de conserver ses habitudes, de se rassurer. Il limite les changements impliqués par la maladie.

J-M Gomes disait : « Le domicile est porteur de fonctions symboliques complexes. Une des plus évidentes est celle d'enracinement, de retour à ses repères. Le malade retrouve son “chez soi” où il pourra se construire et se reconstruire. » (17).

Dans leurs recherches, l'Institut National des Études Démographique et l'ONFV montrent que seuls 33% des patients vivant au domicile un mois avant leur décès y meurt effectivement (2).

Pour une prise en charge globale et éthique, le foyer peut devenir le lieu d'accompagnement le plus adapté au patient (18).

## **b. Les EHPAD.**

Ce sont des structures médicalisées, qui accueillent des personnes de plus de 60 ans, seules ou en couple, en situation de perte d'autonomie physique ou psychique et pour lesquelles un maintien à domicile n'est plus envisageable.

L'accès pour les résidents aux soins palliatifs y est garanti (19).

« Tout établissement de santé, toute structure assurant une prise en charge sociale ou médico-sociale devra, dans le cadre de son projet d'établissement établi sur la base du projet médical et du projet de soins, préciser les modalités et les organisations qu'il entend mettre en œuvre pour satisfaire à cette obligation. » (20).

Certaines limites, comme l'absence d'infirmier en continu et l'impossibilité de délivrer de traitement intraveineux la nuit, conduisent parfois à elles seules à des hospitalisations (21). Une réflexion sur ce problème est menée dans le Plan National 2015-2018 (16).

La question du lieu de vie, au domicile comme en EHPAD, est donc d'autant plus importante que les soins palliatifs se veulent de plus en plus précoces (5,22).

Dans ce contexte, la maison est un lieu incontournable du soin, sans pour autant être un secteur d'hospitalisation. La qualité du suivi y est primordiale, elle se doit d'être pluridisciplinaire et continue.

## **C. La continuité des soins.**

Dans leur travail, Boschetti et al. définissent la continuité des soins comme « l'organisation des soins que les acteurs de santé mettent en place pour garantir à la personne malade et à son entourage une prise en charge sans rupture ni incohérence quels que soient le moment et le lieu de vie. » (23).

Cette coordination est essentielle dès lors qu'une prise en charge palliative s'effectue au domicile.

### **a. Les aidants.**

Présents quotidiennement, ils ont une place majeure dans l'accompagnement au domicile (24). Cependant, malgré les informations médicales requises pour bien anticiper le retour à la maison (25), ce n'est que confrontés aux difficultés qu'ils prennent conscience de « l'investissement total » nécessaire (2).

Avec des rôles multiples, les aidants doivent s'occuper du quotidien, des soins, de l'administratif, tout en étant un soutien et une aide morale. Leur présence même la nuit les rend particulièrement vulnérables et sujets à l'épuisement (2).

En soutien aux aidants dans ces situations difficiles, l'ONFV a identifié trois ressources (2):

- Optimiser le confort du malade.
- Aménager des temps de répit.
- Améliorer la coordination entre professionnels, pour une meilleure confiance des aidants.

## **b. Le médecin traitant.**

Il est celui qui connaît le mieux le malade et son entourage. Bien qu'évoluant, la notion de médecin de famille reste ancrée au sein des foyers. Il est demandé au médecin d'être à la fois sensible, « humain », et techniquement efficace (2).

Le médecin de ville est peu habitué aux prises en charge palliatives, avec en moyenne 1 à 3 fins de vie par an (2,26). L'activité chronophage, le manque de formation (2,5% des médecins généralistes sont formés aux soins palliatifs selon l'ONFV), la solitude et le risque de burn out peuvent être sources de refus de suivi (27).

Longtemps considéré comme l'élément central dans ces accompagnements complexes, le médecin traitant ne peut organiser seul ces soins. Il est nécessaire de travailler en équipe et de lui fournir « aide et relais de coordination » (2)

Différentes structures d'intervention permettent une offre de soins graduée :

## **c. Les réseaux de soins palliatifs.**

« Ils ont pour principal objet de favoriser l'accès aux soins et la coordination des professionnels entre la ville et l'hôpital, ainsi que l'ensemble des structures médico-sociales et sociales existant sur un même territoire. » (28).

Ces réseaux ont pour vocation d'évoluer en Plateforme Territoriale d'Appui gardant le rôle de coordination entre professionnels autour du patient, apportant une expertise de soins palliatifs et facilitant le recours aux prestations médico-sociales (aides à domicile, solution de répit...) (16).

**d. Les services d'hospitalisation à domicile.**

« Ils permettent d'assurer au domicile du malade, pour une période limitée mais révisable en fonction de l'évolution de son état de santé, des soins médicaux et paramédicaux continus et coordonnés. Ces soins se différencient de ceux habituellement dispensés à domicile par la complexité et la fréquence des actes. Les établissements d'hospitalisation à domicile peuvent également intervenir dans un établissement social ou médico-social avec hébergement. » (29).

Les prises en charge palliatives représentent 25 à 30 % de l'activité des HAD (15).

Leur rôle est amené à s'intensifier dans les années à venir, avec un renforcement de leurs interventions dans les EHPAD. Des conventions avec les SSIAD et les SPASAD sont également une piste d'amélioration (16).

En effet, le système de tarification actuel ne permet pas aux SSIAD de poursuivre la prise en charge d'un patient qui s'aggrave, mais dont les soins sont encore insuffisants pour relever de l'HAD. Un meilleur relais entre ces structures est nécessaire (2).

**e. La coordination.**

La répartition de ces structures est hétérogène en France. Il est donc important d'identifier un coordonnateur (2).

Ses rôles sont :

- Favoriser le lien entre la ville et l'hôpital.

- Permettre la transmission et la circulation de l'information médicale.
- Concerter les différents professionnels pour un projet de soin commun.
- Identifier et accéder aux ressources médico-sociales du territoire (2,30,31)

Pour améliorer la coordination, il faut anticiper.

Les situations palliatives sont par nature évolutives, et l'état clinique d'un patient peut évoluer d'heure en heure. Le confort devient l'enjeu principal et il importe de pouvoir agir rapidement.

L'utilisation de prescriptions anticipées est un de ces moyens (2,5,31,32).

## **D. Les prescriptions anticipées.**

La prise en charge des symptômes d'un patient en fin de vie ne peut souffrir de délais trop longs.

En ville, le médecin est rarement disponible dans l'immédiat.

Il est donc important d'anticiper ces symptômes avec une réponse adéquate, précise, graduée et pouvant être appliquée par le premier soignant présent. L'intérêt est d'éviter de majorer une angoisse et un inconfort déjà présents, et d'aboutir à des hospitalisations systématiques et souvent non désirées (2).

C'est dans ce but que les prescriptions anticipées sont utilisées.

### **a. Définition.**

Aucune définition officielle n'existe à ce jour.

D'après l'ANAES : « Pour faire face aux situations d'urgence, il est proposé que soient disponibles en permanence des protocoles d'urgence et/ou des prescriptions anticipées et les médicaments définis par le médecin comme essentiels. Les médicaments nécessaires sont à préparer à l'avance, à garder à proximité du malade et à renouveler régulièrement pour être prêts à être administrés rapidement. Le patient, quel que soit son lieu de vie, devrait toujours avoir à sa disposition sa trousse d'urgence comprenant de la morphine, une benzodiazépine, un neuroleptique, un corticoïde et de la scopolamine (bromhydrate), plutôt sous forme injectable. » (5).

Ces prescriptions sont personnalisées au patient, rédigées à l'avance en anticipation de symptômes pouvant nuire à son confort, et révisables en fonction de son état de santé (33,34).

Bien qu'historiquement créées pour lutter contre la douleur, leur champ d'action s'est élargi à de nombreux symptômes (anxiété, confusion, dyspnée, nausées, constipation etc...)

## ***b. Cadre juridique.***

Une première référence y est faite en 1999 dans le cadre des douleurs aiguës (35). Par la suite, la Circulaire du 30 Avril 2002 établit : « Les protocoles de prise en charge de la douleur constituent des outils dont doivent se doter les établissements de santé dans le cadre de l'amélioration de la prise en charge de la douleur. Ils permettent notamment aux infirmiers d'intervenir sans délai, de personnaliser la prescription et d'utiliser des procédures reconnues pour leur efficacité. Ils sont considérés comme des prescriptions anticipées ou des conduites à tenir. » (36).

### ***Pour le médecin.***

Les prescriptions anticipées répondent aux règles de l'article R5132-3 du Code de la santé publique régissant les prescriptions médicales. On y retrouve l'obligation d'identification du médecin prescripteur et du patient. L'ordonnance doit être datée et signée. Les principes actifs doivent être lisibles, avec leurs posologies, modes d'emplois et durées d'utilisations (37).

Le médecin est responsable de sa prescription, sa compréhension, et sa bonne exécution (38).

Ces prescriptions sont généralement appliquées par l'infirmier sans l'évaluation médicale immédiate. Le médecin doit donc être très précis pour éviter toute interprétation lors de sa mise en œuvre. Il existe donc un risque d'erreurs et de mauvaise utilisation.

### ***Pour l'infirmier.***

Leur profession est réglementée par le Décret du 29 juillet 2004 (39).

Sans mention spécifique, deux articles de ce décret se rapprochent du cadre des prescriptions anticipées :

- « L'infirmier ou l'infirmière est habilité à entreprendre et à adapter les traitements antalgiques, dans le cadre des protocoles préétablis, écrits, datés et signés par un médecin. Le protocole est intégré dans le dossier de soins infirmiers. » (Article R. 4311-8)
- « En l'absence d'un médecin, l'infirmier ou l'infirmière est habilité, après avoir

reconnu une situation comme relevant de l'urgence ou de la détresse psychologique, à mettre en œuvre des protocoles de soins d'urgence, préalablement écrits, datés et signés par le médecin responsable. Dans ce cas, l'infirmier ou l'infirmière accomplit les actes conservatoires nécessaires jusqu'à l'intervention d'un médecin. Ces actes doivent obligatoirement faire l'objet de sa part d'un compte rendu écrit, daté, signé, remis au médecin et annexé au dossier du patient. En cas d'urgence et en dehors de la mise en œuvre du protocole, l'infirmier ou l'infirmière décide des gestes à pratiquer en attendant que puisse intervenir un médecin. Il prend toutes mesures en son pouvoir afin de diriger la personne vers la structure de soins la plus appropriée à son état. » (Article R. 4311-14)

### ***c. L'exemple du Groupement Hospitalier des Hôpitaux de l'Institut Catholique de Lille.***

Le GHICL, rattaché à la Faculté Libre de Médecine et Maïeutique, regroupe deux hôpitaux, une clinique et deux EHPAD. L'Unité de Soins Palliatifs se trouve dans l'hôpital Saint Vincent de Paul et comporte 12 lits, ainsi qu'une EMSP.

L'utilisation de prescriptions anticipées est systématique et personnalisée pour chaque patient. Elles sont rédigées sur une ordonnance propre et identifiée « Prescriptions Anticipées ».

Les symptômes fréquemment anticipés sont :

- La douleur
- L'hyperthermie
- Les nausées et vomissements
- Les angoisses, agitations et insomnies

- La dyspnée
- La détresse respiratoire asphyxique et/ou l'hémorragie cataclysmique
- L'encombrement bronchique majeur terminal

Les infirmiers utilisent ces prescriptions en journée, avec ou sans l'avis du médecin, et la nuit, de manière autonome, notamment pour les situations d'urgence.

Anticiper, c'est imaginer les complications potentielles, afin d'y répondre efficacement.

## **E. Problématique.**

Quotidiennement utilisées en USP, ces prescriptions sont essentielles dans nos prises en charge.

Ce n'est pas le cas en ville, où les situations problématiques sont parfois mal anticipées. Pourtant utiles pour rassurer le patient et sa famille, ainsi que les professionnels intervenant au domicile, elles sont, d'après l'ONFV, peu connues en dehors des structures d'HAD ou réseaux de soins palliatifs (2).

### **III- Matériels et Méthodes**

#### **A. Type d'étude.**

L'étude est observationnelle descriptive, quantitative, s'intéressant aux médecins généralistes du Nord et de la région Compiégnoise. Les données ont été recueillies sur la période de Janvier 2017 à fin Avril 2017 par internet.

#### **B. Objectifs de l'étude.**

Notre objectif principal est d'évaluer les connaissances, les pratiques et l'utilisation des prescriptions anticipées chez les médecins généralistes du Nord et du Compiégnois.

Nos objectifs secondaires sont d'observer quels peuvent être les freins à l'utilisation des prescriptions anticipées et d'amorcer une réflexion sur les moyens à mettre en œuvre pour faciliter leur systématisation.

#### **C. Critères d'inclusion.**

Nous nous sommes adressés aux médecins généralistes du Nord et du Compiégnois, exerçant en cabinet de ville, à domicile ou en EHPAD. Afin de répondre au questionnaire, l'accès à internet était nécessaire.

## **D. Critères d'exclusion.**

Étaient dès lors exclus les médecins n'exerçant qu'au sein d'un établissement hospitalier. Les médecins n'ayant pas répondu à l'intégralité du questionnaire étaient également exclus.

## **E. Recueil des données.**

Les données ont été recueillies via un questionnaire Google Forms (**annexe 1**) envoyé aux différents médecins, accompagné d'un courrier d'information sur l'étude proposée. Ce questionnaire a préalablement été testé auprès de dix médecins généralistes avant validation.

Plusieurs médecins test nous ont rapporté une confusion entre prescriptions anticipées et directives anticipées.

Nous avons élaboré et proposé cette définition aux médecins sondés :

« Les Prescriptions Anticipées sont des prescriptions médicales nominatives et individualisées, révisables et adaptées à la situation clinique du patient.

Elles sont rédigées à l'avance et en anticipation de symptômes prévisibles délétères pour le confort du patient.

Elles peuvent être appliquées directement par un soignant et engagent conjointement la responsabilité du prescripteur et du soignant qui l'exécute. »

Les médecins sondés ont été contactés par différents moyens :

- Conseil de l'ordre des médecins du Nord avec Thèse'app: 52 médecins

- Médecins maîtres de stages de la Faculté Libre de Médecine et Maïeutique (FLMM) : 101 médecins
- Anciens élèves de médecine générale de la FLMM : 171 médecins
- Groupe de médecins participant à une formation médicale continue : 57 médecins
- Mail-liste du Réseau de Soins Continue du Compiégnois : 45 médecins

Dans un souci d'élargir le champ de prospection et d'augmenter la puissance de l'étude, nous avons contacté l'ARS des Hauts de France, les conseils de l'ordre du Pas-de-Calais, de l'Oise, de la Somme et de Picardie et les URPS. Nos demandes sont restées soit sans réponse, soit déclinées.

La collecte d'informations s'est déroulée sur une période de 4 mois.

Les réponses, collectées par le logiciel Google Forms, étaient rendues anonymes automatiquement. La réponse au questionnaire faisait office de consentement.

## **F. Analyse des données.**

Les données ont été rentrées pour analyse statistique dans un tableur Excel. L'indépendance statistique a été analysée par le test du Khi<sup>2</sup>.

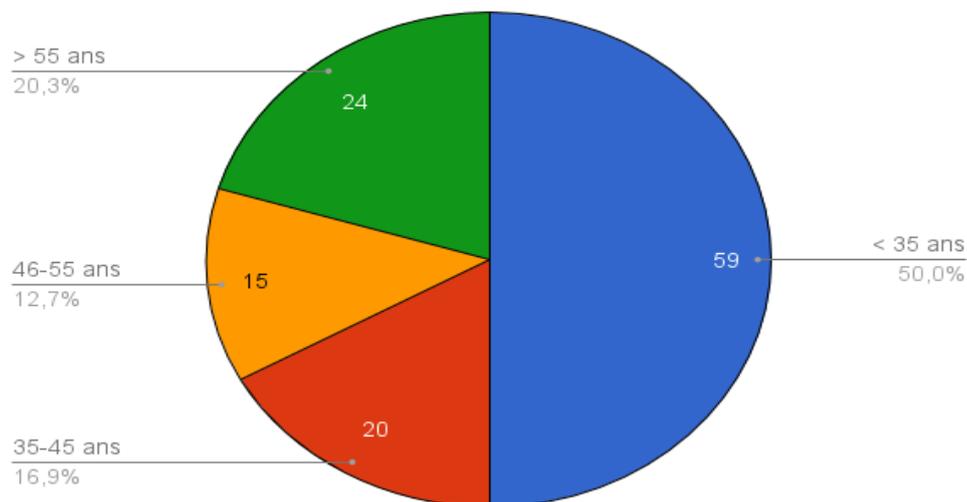
## IV- Résultats

Sur les 426 sollicitations, 122 médecins ont répondu au questionnaire soit un taux de réponse de 28,6%. Nous avons exclu 4 médecins qui exerçaient en structure hospitalière exclusivement, pour un total de 118 questionnaires exploitables.

### A. Épidémiologie.

#### a. Quel âge avez-vous ?

Les médecins de moins de 35 ans ont majoritairement répondu (50%) au questionnaire. Les autres tranches d'âges se répartissent suivant la **Figure 1**



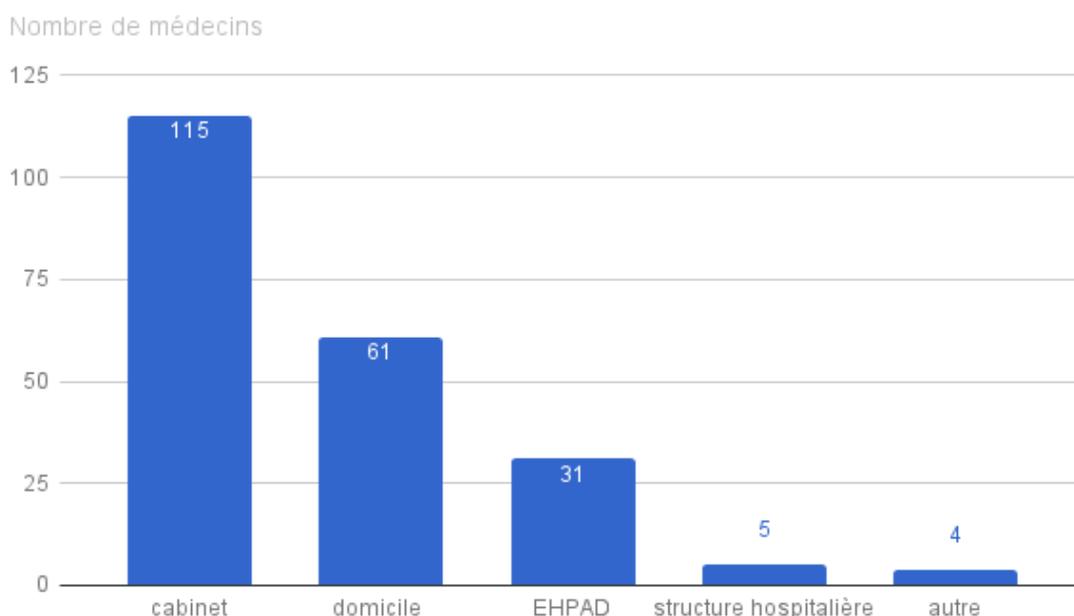
**Figure 1: Répartition des médecins selon leur âge.**

## **b. Quelle est votre activité ?**

La quasi-totalité des médecins ont une part de consultation en cabinet (n=115). Les trois médecins n'en n'ayant pas exercent pour SOS médecin (n=1) ou exclusivement en EHPAD (n=2).

51,7% des médecins effectuent des visites à domicile et 26,3% se déplacent dans les EHPAD (**Figure 2**).

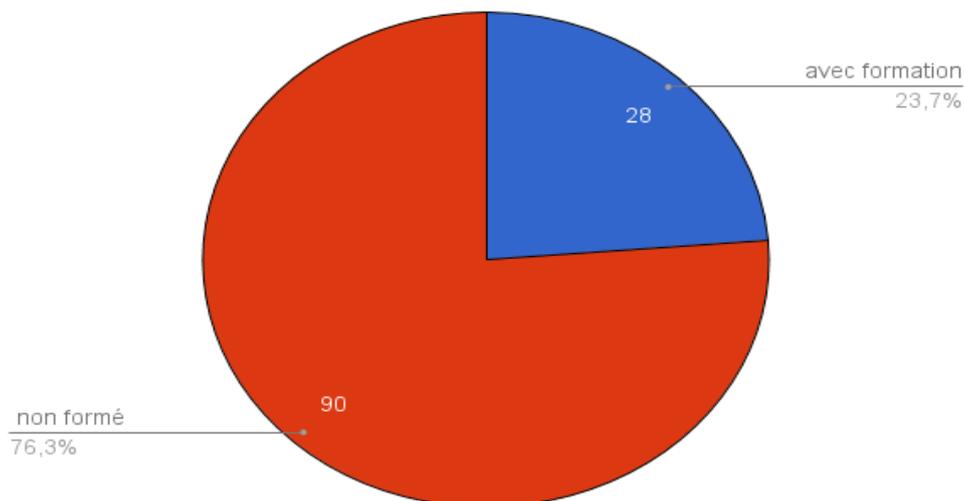
Plus anecdotique, 5 médecins répondent avoir une activité comprenant le travail en structure hospitalière et 4 une activité autre (SOS médecin, travail en crèche et Centre de Soins, d'Accompagnement et Prévention en Addictologie (CSAPA), médecin régulateur et un ayant répondu « remplacement en EHPAD et hôpital » dans la catégorie autre.)



**Figure 2 : Répartition des médecins selon leur activité.**

**c. Avez-vous une formation en soins palliatifs et laquelle ?**

Le taux de formation des médecins en soins palliatifs est de 23,7 % (n=28), répartie selon la **figure 3**.

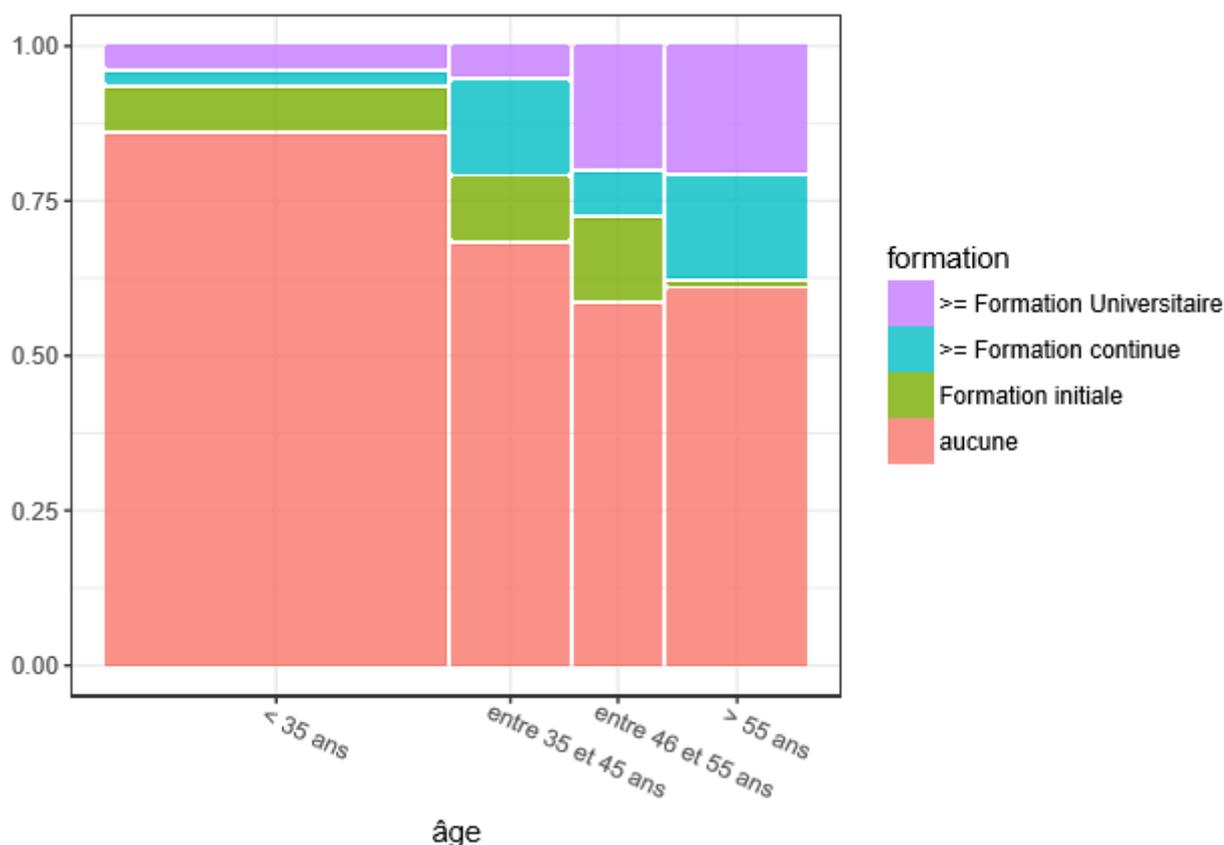


**Figure 3 : Répartition des médecins formés en soins palliatifs.**

La répartition en fonction de leur âge et du type de diplôme est résumée dans le **tableau 1**, un même médecin pouvant avoir plusieurs formations. Le **graphique 1** rapporte ces données à l'ensemble de la population de notre étude.

âge	formation +	initiale	continue	diplôme universitaire
< 35 ans	7	5	1	2
35-45 ans	6	3	3	1
46-55 ans	6	2	2	3
> 55 ans	9	3	4	5

**Tableau 1 : Formation selon l'âge des médecins.**

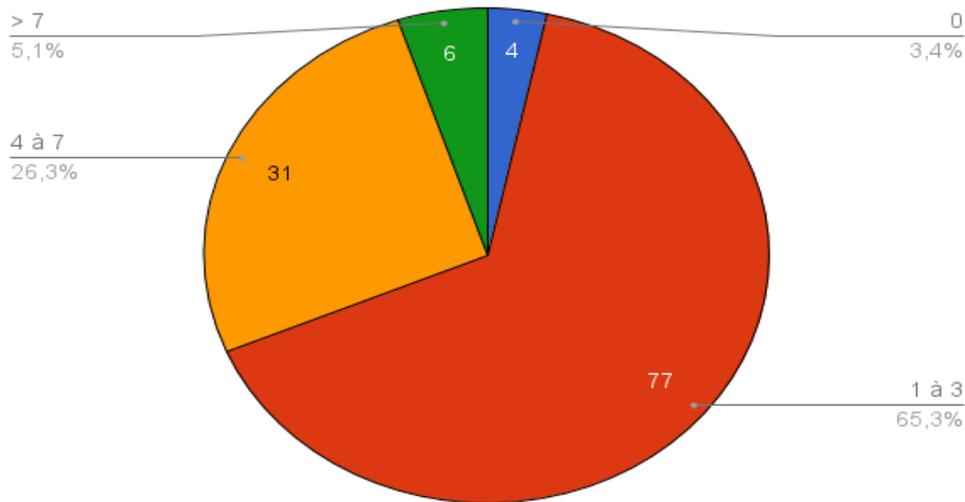


**Graphique 1 : Répartition des médecins selon leur âge et leur niveau de formation.**

On remarque que 88,1% (n=52) des moins de 35 ans n'ont pas de formation. Ils sont 70% (n=14) pour les 35-45 ans, 60% (n=9) des 46-55 ans et 62,5% (n=15) des plus de 55 ans.

**d. Quel est votre nombre de prises en charge palliatives annuelles ?**

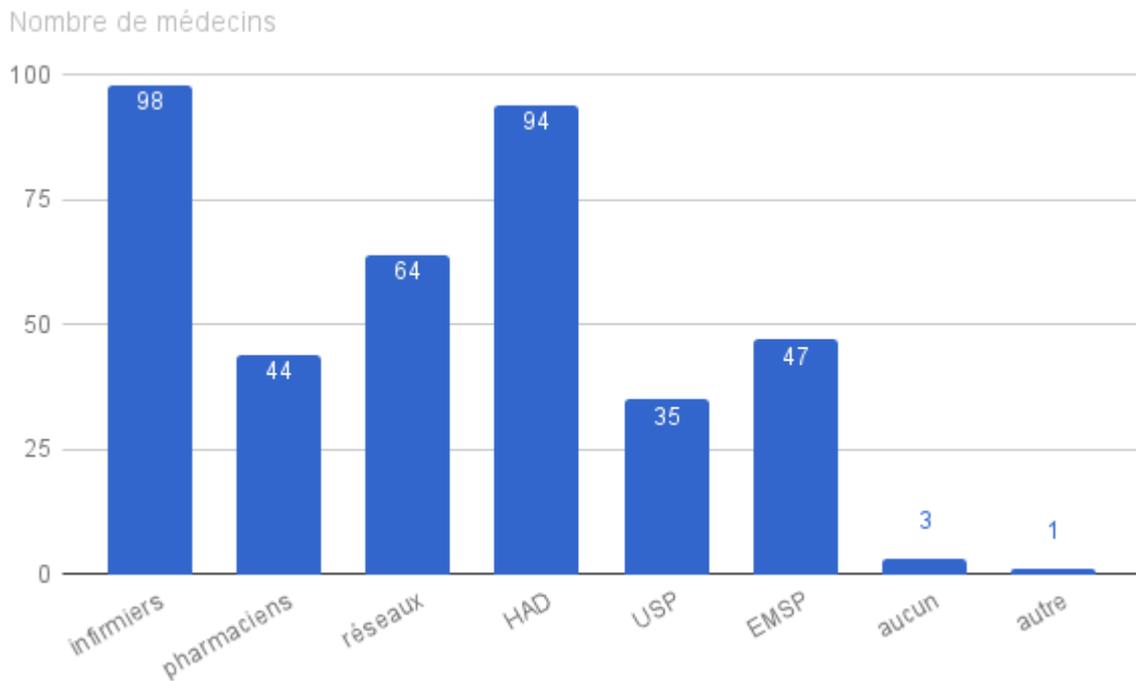
La majorité des médecins de notre étude (65,3%) ont 1 à 3 prises en charge palliatives par an. La répartition complète est illustrée **Figure 3**.



**Figure 3 : Nombre de prises en charge palliatives annuelles en médecine générale.**

***e. Quels sont vos partenaires dans la gestion de vos prises en charge palliatives ?***

Les médecins ont de multiples partenaires pour les aider dans ces accompagnements. L'infirmier est le professionnel incontournable pour 83,1% des médecins généralistes. L'HAD est un autre acteur important avec 79,7% de réponses. Les autres professionnels (pharmaciens, réseaux de soins palliatifs, USP, EMSP) sont de moindre recours (**Figure 4**). Un seul médecin cite le kinésithérapeute, les auxiliaires de vie et l'assistante sociale.

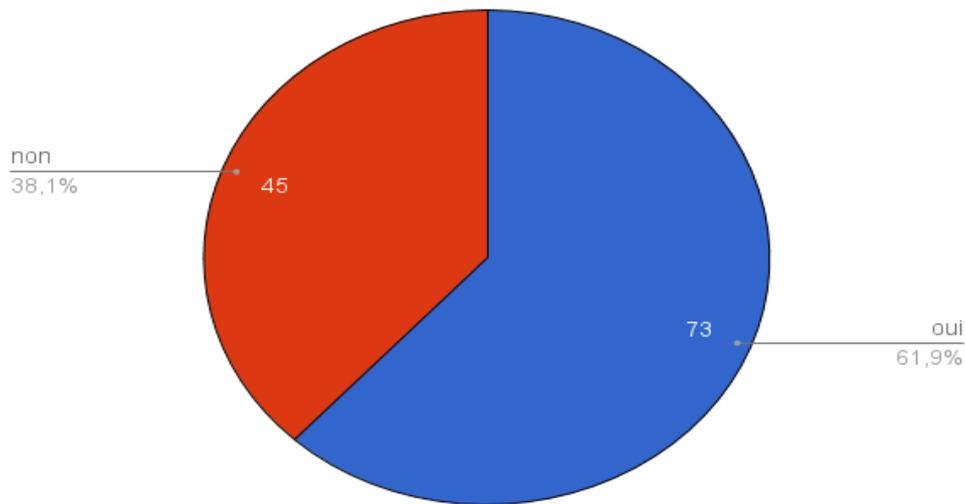


**Figure 4 : Partenaires dans les prises en charge palliatives.**

## **B. Les prescriptions anticipées.**

### **a. *Utilisez-vous des prescriptions anticipées ?***

Dans notre étude, 61,9% (n=73) des médecins déclarent réaliser des prescriptions anticipées (**Figure 5**).



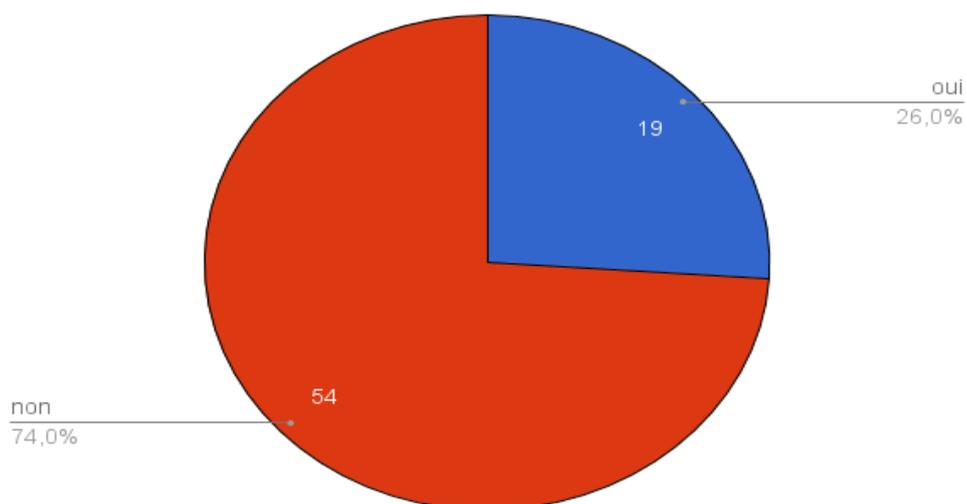
**Figure 5 : Utilisation des prescriptions anticipées.**

Sur les 28 médecins formés, 22 utilisent des prescriptions anticipées (78,6%).

Ils ne sont que 51 sur les 90 médecins non formés (56,9%).

***b. Utilisez-vous une ordonnance identifiée « prescriptions anticipées » ?***

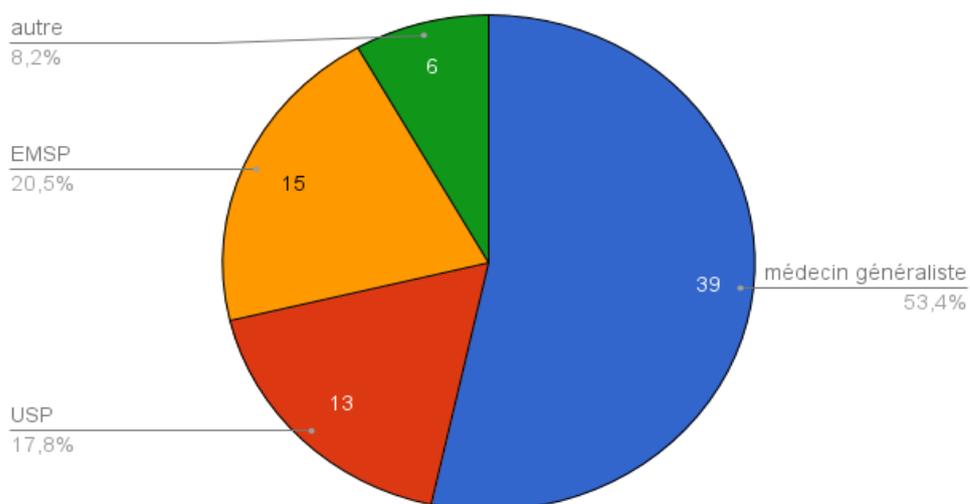
Seuls 19 d'entre eux (26%) utilisent une ordonnance propre aux prescriptions anticipées (**Figure 6**). La recherche d'un lien entre le fait d'avoir une formation et d'identifier plus souvent ces prescriptions retrouve une p-value = 0,30.



**Figure 6 : Nombre de médecins utilisant une ordonnance propre pour les prescriptions anticipées.**

**c. Qui est l'initiateur de ces prescriptions ?**

Le médecin généraliste est le premier prescripteur avec 53,4 % des initiations d'ordonnance (**Figure 7**).

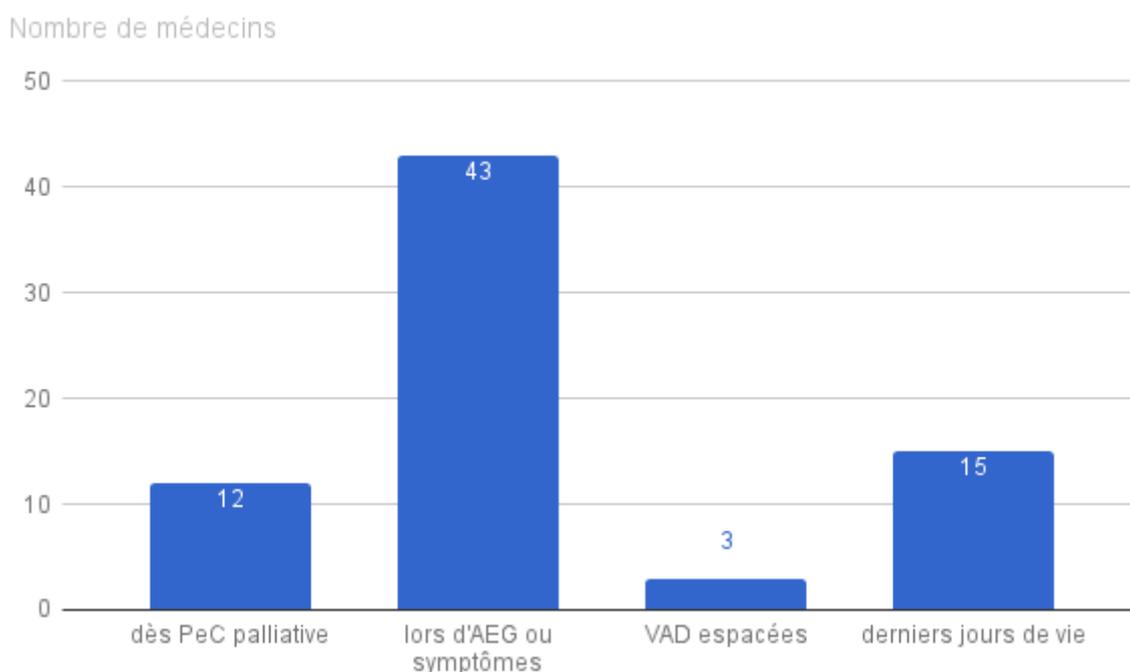


**Figure 7 : Initiateurs des prescriptions anticipées.**

Pour les 6 médecins ayant répondu « autres », 2 indiquent le réseau de soins palliatifs comme premier prescripteur, 1 le médecin coordonnateur de l'HAD. Enfin 3 précisent qu'ils sont prescripteurs après l'avis d'une équipe de soins palliatifs (n=2) ou concertation (n=1) sans précision complémentaire. L'un de ces médecins notera en aparté qu'il se trouve souvent seul pour initier ces prescriptions.

#### **d. A quel moment débutez-vous des prescriptions anticipées ?**

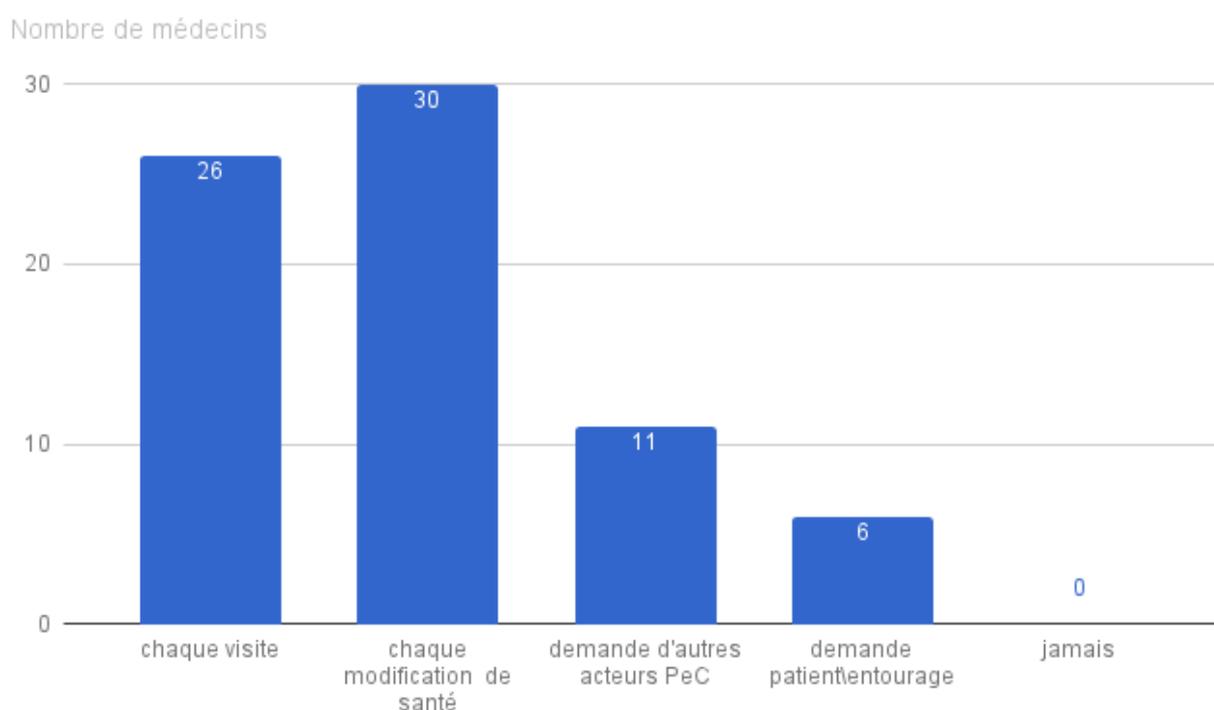
L'évolution symptomatique ou l'altération de l'état général est le moment choisi par 58,9% des médecins (n=43) pour débiter des PA. Le début de la prise en charge palliative est accompagné de prescriptions anticipées dans 16,4% des cas et la fin de vie dans 20,5% des cas. Enfin, seuls 3 médecins utilisent ces prescriptions en cas de visites au domicile espacées (**Figure 8**).



**Figure 8 : Moment de l'initiation des prescriptions anticipées.**

**e. Quand réévaluez-vous vos prescriptions anticipées ?**

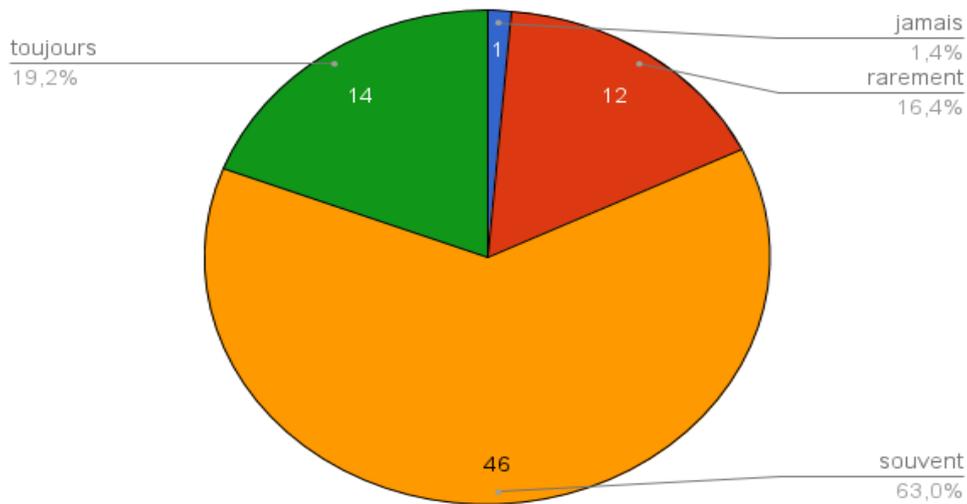
Ces prescriptions sont toutes réévaluées lors de la prise en charge. Les deux moments privilégiés sont la visite à domicile pour 35,6% des médecins ou lors d'une évolution de l'état de santé pour 41,1% des répondants (**Figure 9**).



**Figure 9 : Moment de la réévaluation des prescriptions anticipées.**

**f. Vos prescriptions anticipées sont-elles appliquées par un soignant ?**

Ces prescriptions sont fréquemment appliquées. Elles le sont toujours pour 19,2% (n=14) des médecins et souvent pour 63% d'entre eux (n=46). 16,4% des médecins estiment qu'elles sont rarement utiles et un seul jamais (**Figure 10**).

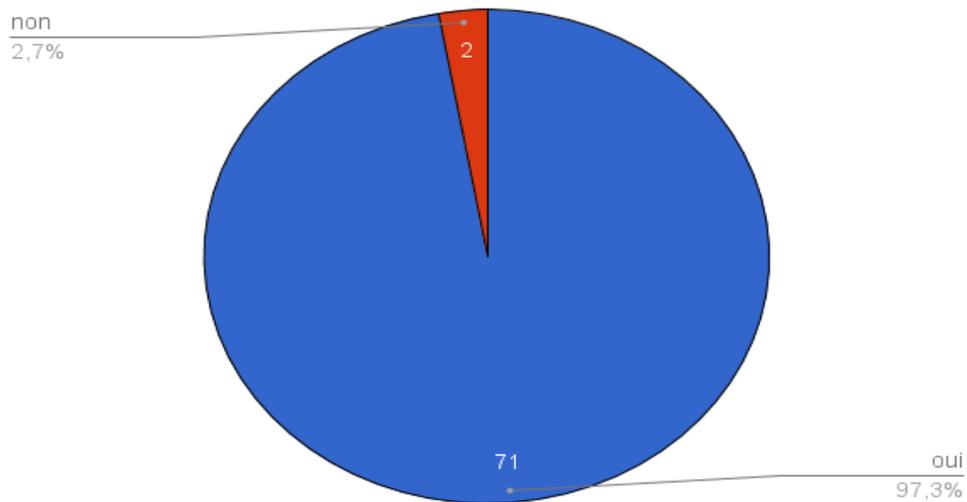


**Figure 10 : Application des prescriptions anticipées par un soignant.**

**g. On-t-elles été une aide dans vos prises en charge palliatives ?**

Elles sont une aide dans la prise en charge pour 97,3 % (n=71) des médecins

**(Figure 11).**



**Figure 11 : Représentation de l'aide des prescriptions anticipées dans les PeC palliatives.**

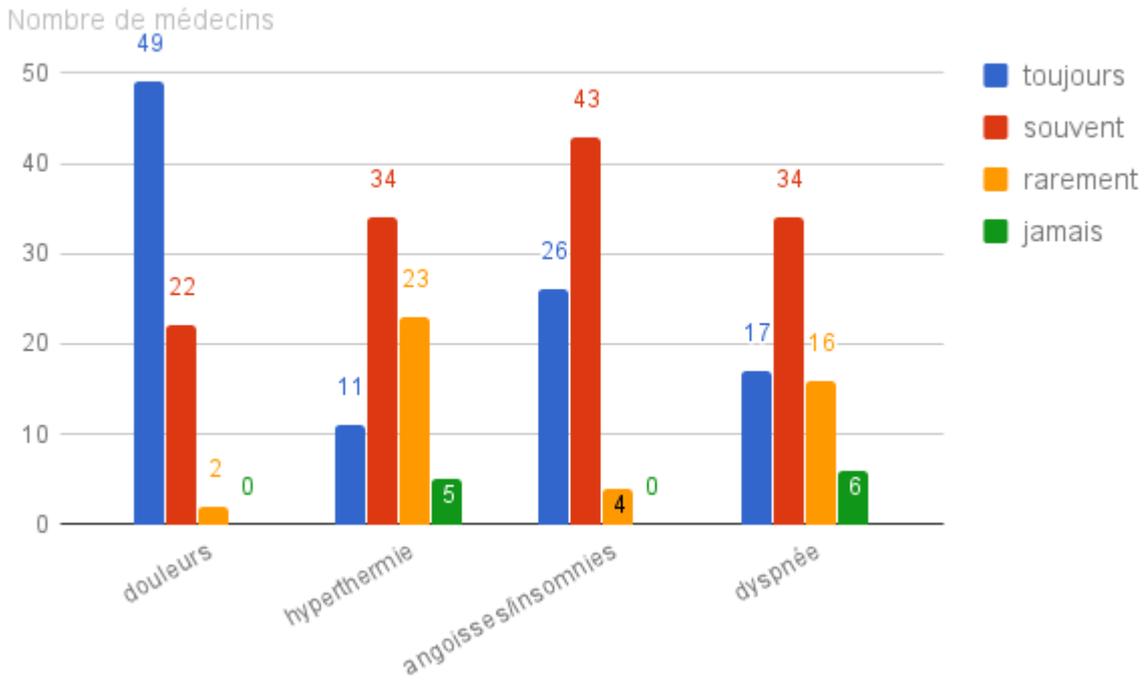
## **C. Les symptômes.**

### **a. A quelle fréquence anticipez-vous ces différents symptômes ?**

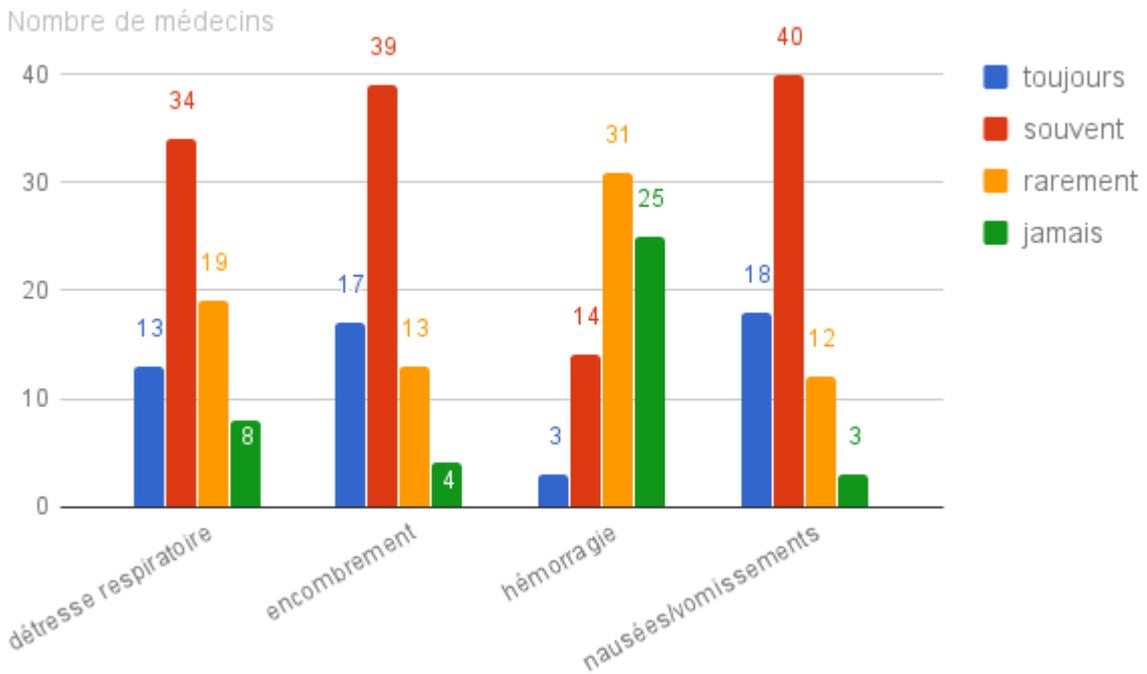
La douleur est le symptôme le plus anticipé avec 97,3% des médecins qui le citent toujours à souvent. Les autres symptômes fréquemment anticipés sont les angoisses et insomnies, les nausées et vomissements, et l'encombrement bronchique.

L'hémorragie est le symptôme le moins cité avec 42,5% des médecins qui l'anticipent rarement (n=31) et 34,2% jamais (n=25). La dyspnée, la détresse respiratoire et l'hyperthermie sont également moins citées que les autres symptômes.

Les résultats complets de l'anticipation des différents symptômes sont reportés dans les **graphiques 2 et 3**.



**Graphique 2 : Fréquence d'anticipation des symptômes (première partie).**



**Graphique 3 : Fréquence d'anticipation des symptômes (deuxième partie).**

Nous avons également recherché s'il existe un lien entre la formation des médecins et une meilleure anticipation des différents symptômes. Le **Tableau 2** regroupe les résultats du test du «  $\chi^2$  » pour les différents symptômes.

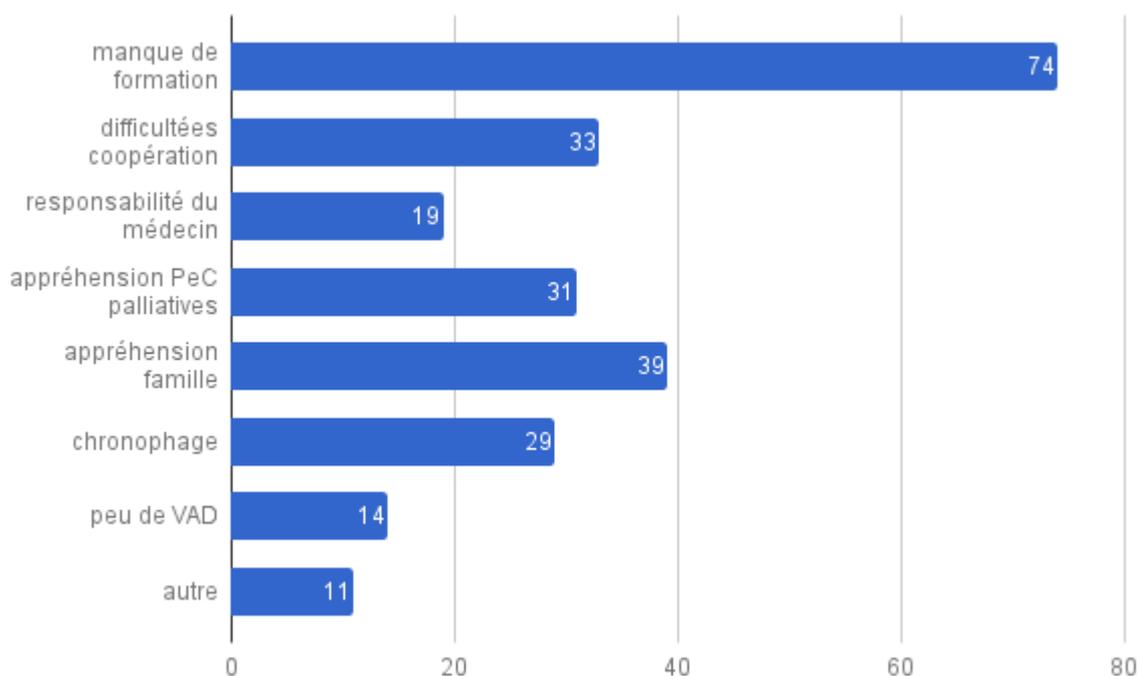
symptôme	p
douleur	0.26
hyperthermie	0.71
angoisses/insomnies	0.26
dyspnée	0.07
détresse respiratoire	0.38
engorgement bronchique	0.24
hémorragie	0.06
nausées/vomissements	0.38

**Tableau 2 : Résultats du test d'indépendance entre la formation et l'anticipation du symptôme.**

#### **D. Les difficultés et axes d'améliorations.**

##### ***a. Quels sont pour vous les freins à l'utilisation des prescriptions anticipées ?***

Sur l'ensemble des médecins interrogés (n=118), le manque de formation est un frein identifié par 62,7% (n=74) d'entre eux. L'appréhension de la famille ou des aidants naturels est le deuxième facteur identifié avec 33,1% (n=39) de réponses. Viennent ensuite par ordre décroissant la difficulté de coopération entre les différents acteurs, l'appréhension du médecin pour les prises en charge palliatives, l'activité chronophage de celle-ci, l'engagement de la responsabilité du médecin lors de la rédaction de ces prescriptions et la part restreinte des visites à domicile dans leur activité. Les résultats sont résumés dans la **Figure 12**.



**Figure 12 : Réponses des médecins concernant les freins à l'utilisation des prescriptions anticipées.**

Voici les réponses des 11 médecins à l'item « autre ». La méthode n'étant pas celle d'une étude qualitative, nous n'avons pas réalisé d'étude de verbatim. Ces témoignages nuancent les propositions du questionnaire, certains évoquent d'autres difficultés. Nous les avons regroupés par thème.

*La difficulté de coopération entre les différents acteurs.*

- « La difficulté à communiquer en temps réel avec l'équipe soignante. »

*La mise en jeu de la responsabilité du médecin.*

- « Cadre légal de la fin de vie. »

*L'appréhension des prises en charge palliatives.*

- « Il ne faut pas qu'elle soit délétère, à utiliser avec prudence. »

*L'activité est chronophage.*

- « Le téléphone portable actif à toutes questions. »

*La difficulté d'explication et de compréhension.*

- « Dur à expliquer, je l'évoque, mais peut-être pas assez clairement. »
- « Crainte de mal compréhension de mon écriture de "docteur". »

*Le manque d'expérience.*

- « Je n'ai pas eu l'occasion de le mettre en place, car remplaçante depuis peu. »

*L'absence de difficultés à utiliser ces prescriptions.*

- « Néant. »
- « Je n'ai pas de frein, étant formé. »
- « Je ne connais pas ce terme ! [=freins] Ce que je sais c'est qu'il est capital d'anticiper les prescriptions pour disposer du traitement qui va devenir nécessaire. »

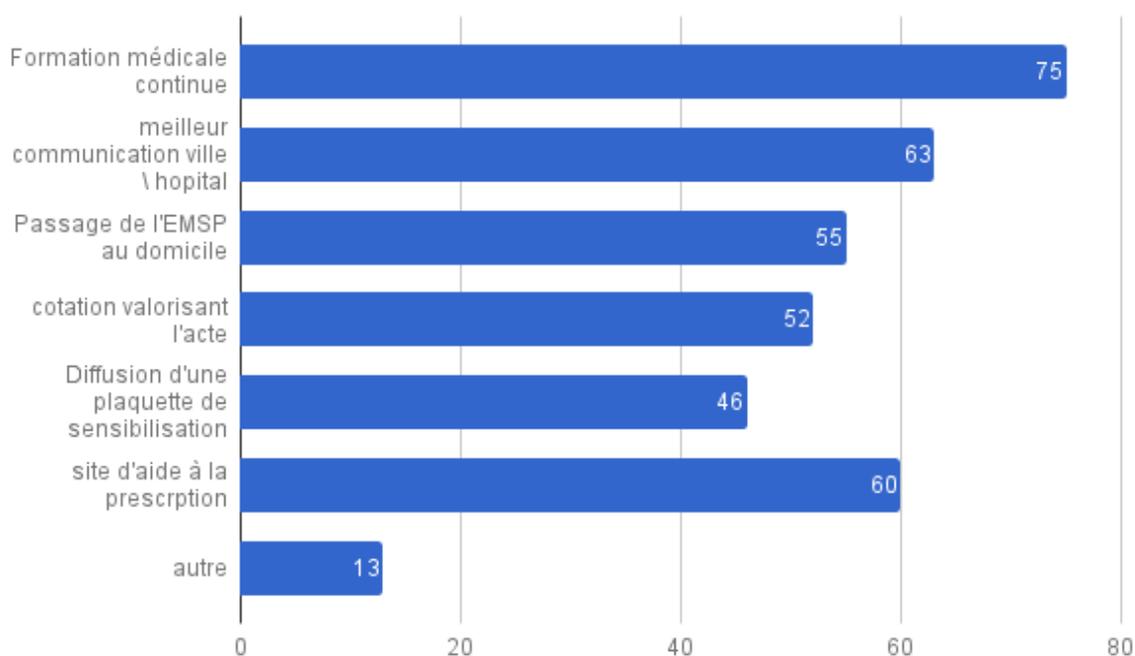
Une réponse regroupe plusieurs thèmes :

- « Directives anticipées faites oralement par entente avec le patient et la famille (notées brièvement dans le dossier), entente orale sur les décisions, pas de nécessité éprouvée de passer le détail de toutes les prescriptions anticipées à l'écrit. A noter la difficulté selon les secteurs à être en contact avec l'USP (majoritairement, médecin "de famille" de longue date, en relation régulière et échanges avec la famille et le patient,

éventuellement HAD, difficile dans cette relation de confiance en milieu semi rural d'inclure une personne étrangère type USP. Probablement différent en médecine urbaine. »

**b. Quelles mesures faciliteraient le recours aux prescriptions anticipées selon vous ?**

Pour 63,6% (n=75) des médecins sondés, la première mesure pour faciliter l'usage des prescriptions anticipées serait d'améliorer la formation comme la Formation Médicale Continue. Vient ensuite le besoin d'une meilleure communication entre la ville et les hôpitaux pour 53,4% d'entre eux (n=63). La proposition d'un site d'aide à la prescription intéresse 50,8% (n=60) des répondants. Viennent ensuite par ordre décroissant le passage de l'EMSP au domicile, la création d'une cotation valorisant cet acte et la diffusion d'une plaquette de sensibilisation sur l'usage des prescriptions anticipées. Les résultats sont résumés dans la **Figure 13**.



**Figure 13 : Réponses des médecins sur les mesures pouvant faciliter l'usage des prescriptions anticipées.**

Voici les réponses des 13 médecins à l'item « autre ». Celles-ci sont également regroupées par thème.

Meilleure communication ville/Hôpital.

- « Le soutien d'un réseau de soins palliatifs. »

Création d'un site d'aide à la prescription.

- « Application smartphone. »

L'encadrement par des protocoles.

- « Des protocoles validés ! »
- « La mise en œuvre au niveau national de l'obligation du protocole d'urgence comme au Canada par exemple. »

La disponibilité du médecin et des intervenants.

- « Un MG moins surbooké ! »
- « Structure soignante intervenant le soir et le week-end, si besoin en lien avec la permanence des soins. »
- « Un temps plus long auprès du malade. »
- « L'étroite coopération médecin-infirmière avec téléphone portable ouvert 24h sur 24, seule solution pour assurer une vraie prise en charge des fins de vie à domicile et possible car peu fréquente dans une clientèle "normale". »

L'investissement des aidants.

- « Implication de la famille qui n'a pas toujours compris (ou voulu comprendre) la

portée de ces prescriptions. »

Mise en place d'un dossier de suivi du patient.

- « Mise en place facilitée de dossier de suivi au domicile afin de faciliter la communication entre les intervenants. »

L'absence de besoin d'amélioration.

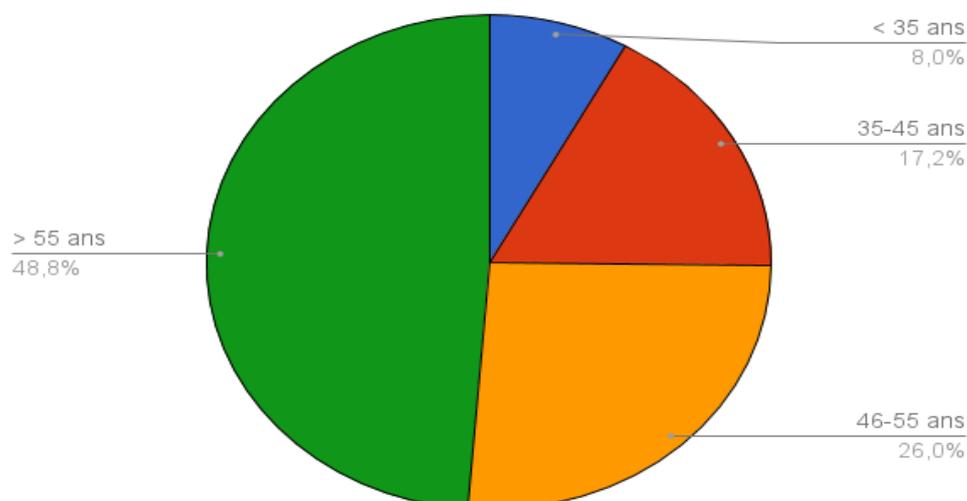
- « Pas besoins d'être facilitée. »
- « Néant. »
- « Majoritairement pas nécessaires car faites de façon tacite et orales avec le patient et sa famille, approche très différente entre palliatif à l'hôpital et à domicile en raison des intervenants. »

## V- Discussion

Dans notre étude, nous avons voulu évaluer quelles étaient les pratiques des médecins généralistes sur l'utilisation des prescriptions anticipées dans leurs prises en charge palliatives. Les objectifs secondaires étaient d'en identifier des freins et de proposer des mesures pour améliorer son recours.

### A. Biais de l'étude.

Notre étude souffre d'un biais de sélection. La répartition de notre population ne correspond pas à celle de la population générale (**figure 14**).



**Figure 14 : Démographie des médecins généralistes en 2016 (40).**

Dans notre étude, la population des moins de 35 ans est de 50 %. Ce biais peut s'expliquer par la sollicitation des anciens élèves de la Faculté Libre de Médecine et Maïeutique de Lille.

On constate cependant que malgré cette proportion de jeunes médecins, peu d'entre eux se considèrent formés aux soins palliatifs. Pourtant obligatoire dans la formation initiale depuis 1995 (41), seuls 11,9 % des médecins de cette tranche d'âge disent être formés, quelle que soit la formation.

## **B. Confusion avec les directives anticipées.**

Lors des premiers tests du questionnaire, les *prescriptions* anticipées ont été confondues avec les *directives* anticipées. Leurs fonctions sont totalement différentes.

Les directives anticipées ont été définies dans la loi Léonetti (13) et actualisées en Février 2016 (14):

- Toute personne majeure peut rédiger des directives anticipées pour le cas où elle serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté. Ces directives anticipées expriment la volonté de la personne relative à sa fin de vie en ce qui concerne les conditions de la poursuite, de la limitation, de l'arrêt ou du refus de traitement ou d'actes médicaux.
- A tout moment et par tout moyen, elles sont révisables et révocables. [...]
- Les directives anticipées s'imposent au médecin pour toute décision d'investigation, d'intervention ou de traitement, sauf en cas d'urgence vitale pendant le temps nécessaire à une évaluation complète de la situation et lorsque les directives anticipées apparaissent manifestement inappropriées ou non conformes à la situation médicale.
- La décision de refus d'application des directives anticipées, jugées par le médecin manifestement inappropriées ou non conformes à la situation médicale du patient, est prise à l'issue d'une procédure collégiale définie par voie réglementaire et est inscrite au dossier médical. Elle est portée à la connaissance de la personne de confiance désignée par le patient ou, à défaut, de la famille ou des proches.

### **C. Les prescriptions anticipées.**

On remarque que dans notre étude la quasi-totalité des médecins sont confrontés à des prises en charge palliatives. La majorité d'entre eux ont entre 1 à 3 PeC palliative par an. Cette activité reste donc rare au sein de la pratique libérale, comme souligné par l'ONFV (2).

L'utilisation des prescriptions anticipées est fréquente au sein de notre échantillon. Ces résultats sont différents des affirmations de l'ONFV (2). Le jeune âge de notre échantillon et la sollicitation des médecins maîtres de stages, deux populations proches du milieu universitaire et répondant plus facilement aux thèses, peuvent être une explication à ces résultats.

Notre étude souligne également que peu de médecins utilisent une ordonnance à part pour la rédaction des prescriptions anticipées. Il n'y a pas de lien entre le fait d'être formé et une plus grande utilisation d'ordonnances propres à ces prescriptions. L'utilisation d'une prescription bien différenciée des traitements habituels permet d'éviter toute confusion, source d'erreurs. Elle est ainsi plus facilement repérée par les professionnels intervenant au domicile, facilitant sa mise en application en cas de besoin.

L'initiation des PA reste encore trop tardive, illustrant la difficulté d'anticiper ces symptômes pour les médecins généralistes (2).

Enfin, nous constatons que cet outil est une aide pour la quasi-totalité des médecins prescripteurs de notre étude. Ce résultat encourageant pourrait inciter les autres médecins à rédiger ce type de prescriptions.

## **D. La formation des médecins généralistes.**

### **a. La formation initiale.**

Dans notre étude le taux de formation aux soins palliatifs, tout âge et type de formations confondues est de 23,7%. Ce taux est largement supérieur aux 2,5% de médecins formés déclarés par l'ONFV dans sa synthèse de 2013 (2).

Cependant, la formation initiale, c'est à dire au cours des études de médecine, est obligatoire pour chaque étudiant depuis 1995 (41). Tous les médecins de moins de 35 ans devraient donc être formés aux soins palliatifs. Ils ne sont pourtant que 5 soit 8,5% de notre population à le souligner. Cela pose la question de la diffusion de la culture palliative et de son enseignement. Actuellement, les soins palliatifs sont enseignés dans le module *Handicap - Vieillesse - Dépendance - Douleur - Soins palliatifs – Accompagnement* qui comporte 26 items. 8 sont dédiés aux soins palliatifs (42). Ce sont les items suivant :

- N° 131. Bases neurophysiologiques, mécanismes physiopathologiques d'une douleur aiguë et d'une douleur chronique.
- N° 132. Thérapeutiques antalgiques, médicamenteuses et non médicamenteuses.
- N° 136. Soins palliatifs pluridisciplinaires chez un malade en phase palliative ou terminale d'une maladie grave, chronique ou létale (1). Principaux repères cliniques. Modalités d'organisation des équipes, en établissement de santé et en ambulatoire.
- N° 137. Soins palliatifs pluridisciplinaires chez un malade en phase palliative ou terminale d'une maladie grave, chronique ou létale (2). Accompagnement de la personne malade et de son entourage. Principaux repères éthiques.
- N° 138. Soins palliatifs pluridisciplinaires chez un malade en phase palliative ou terminale d'une maladie grave, chronique ou létale (3). La sédation pour détresse en

phase terminale et dans des situations spécifiques et complexes en fin de vie. Réponse à la demande d'euthanasie ou de suicide assisté.

- N° 139. Connaître les aspects spécifiques des soins palliatifs en pédiatrie.
- N° 140. Connaître les aspects spécifiques des soins palliatifs en réanimation.
- N° 141. Deuil normal et pathologique.

Le plan national pour les soins palliatifs prévoit d'améliorer cette formation. Il incite au développement de cours interdisciplinaires associant les étudiants du cursus médical à d'autres cursus tel l'éthique, la philosophie, le droit. Il entend également favoriser l'accès pour les étudiants aux stages dans des structures spécialisées. Pour les professionnels, une mesure est prévue pour inscrire les formations aux soins palliatifs comme prioritaires dans les formations médicales continues (16).

### ***b. Impact de la formation.***

Dans notre étude, nous ne retrouvons pas de lien significatif ( $p= 0,06$ ) pour affirmer qu'une formation en soins palliatifs favorise le recours aux prescriptions anticipées. De même, nous ne pouvons mettre en évidence de lien significatif entre le fait d'avoir une formation et celui de mieux anticiper les différents symptômes. Seul la dyspnée ( $p= 0,07$ ) et l'hémorragie ( $p=0,06$ ) montrent un lien ténu dans notre étude.

La difficulté d'anticipation de ces deux symptômes réside en plusieurs points :

- Le contexte :
  - La période de la toute fin de vie nécessite des soins différents que celle d'un patient

encore sous traitement spécifique. Les choix du patient et la notion de directives anticipées, peuvent également modifier la prise en charge.

- L'étiologie :

- Ces symptômes peuvent avoir différentes étiologies. Une dyspnée peut être d'origine cardiaque, infectieuse, embolique, spastique, voire même consécutive à de l'ascite. L'hémorragie présente cette même variété étiologique, que ce soit au niveau du site (épistaxis, méléna, hématomèse, plaie, etc...), ou de la cause (thrombopénie, anti coagulation, trouble de la coagulation, ulcère gastrique, carcinose péritonéale, etc...). Cette diversité rend l'anticipation très complexe, car chaque étiologie a son traitement propre.

- Les traitements :

- En fonction de la cause, des traitements étiologiques ou symptomatiques peuvent être mis en œuvre. Un traitement étiologique peut être cohérent à un moment donné puis devenir déraisonnable suite à une dégradation de l'état du patient. Il faut donc mesurer la balance bénéfique/risque afin d'éviter toute obstination.

- Par moment, un traitement symptomatique est plus adéquat. En dehors de la morphine utilisée à visée eupnéisante, le traitement symptomatique peut consister en une sédation terminale pour détresse vitale. Son anticipation, plus complexe, nécessite une délivrance hospitalière.

Il est donc cohérent que ces symptômes soient mieux appréhendés par les médecins formés.

## **E. Évolution de la médecine générale vers une pratique de cabinet.**

Le taux de visites à domicile est en diminution (43). Le fait d'effectuer peu de visites au domicile ne pose de difficultés que pour 14 des médecins interrogés, et les prescriptions anticipées ne sont que rarement initiées pour ce motif. Parmi les nombreux médecins interrogés déclarant n'avoir qu'une activité de cabinet (n=55), seuls 4 d'entre eux ne font aucune prise en charge palliative.

Dans son travail de thèse : « 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 », le Dr C. Viot identifie pourtant ces difficultés de visites à domicile comme un frein à l'usage des prescriptions anticipées (44). Il serait donc intéressant d'étudier spécifiquement la pratique de ces médecins ne se déplaçant pas au domicile.

## **F. Les autres difficultés du médecin généraliste.**

### ***a. Le poids des prescriptions.***

L'anticipation de symptômes simples ne représente pas le même engagement que l'anticipation plus complexe de sédation pour détresse vitale terminale.

Lors d'une détresse vitale dans un contexte palliatif, il est nécessaire d'avoir une conduite à tenir précise, incluant à la fois les limitations de traitements décidées, et les thérapeutiques envisagées. Ces décisions doivent être prise en concertation avec le patient et son entourage. Il faut également un temps d'explication pour les différents intervenants, notamment pour les infirmiers susceptibles de mettre en œuvre la prescription (45).

Ces prescriptions sont chronophages pour le médecin traitant mais sont un gain de temps lors d'intervention du SMUR.

En dehors des situations d'urgences, d'autres types de sédation existent. La loi Léonetti-Claeys permet dorénavant au patient, sous certaines conditions, de demander une « sédation profonde et continue ». Cette loi permet également, à la demande du patient, de mettre en œuvre la sédation au domicile (46). Ces situations relèvent moins de l'anticipation, car le temps de réflexion collégiale s'effectue au décours d'une demande.

La dernière fiche repère de Mai 2017 de la SFAP : « Sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès. Mise en œuvre médicamenteuse. » témoigne que cette pratique est complexe au domicile :

« La décision et la mise en œuvre d'une sédation profonde continue jusqu'au décès à domicile ou en EHPAD pose des problèmes difficiles aux équipes de soins palliatifs ; le rôle du médecin traitant sera complexe. Des études sont nécessaires en France pour faire le point sur cette pratique demandée par la loi et souhaitée par certains patients. Sur tout le territoire français, tout médecin traitant peut faire appel à une équipe ressource en soins palliatifs : EMSP, réseau ou plateforme territoriale d'appui qui saura orienter vers les équipes compétentes. D'un point de vue technique, le domicile va complexifier la réalisation de la sédation, notamment la titration initiale, l'adaptation régulière de la dose d'entretien, la surveillance et l'accompagnement de l'entourage. » (47).

Le travail d'équipe, l'interdisciplinarité et la communication ville/hôpital est alors indispensable.

Cependant, le médecin est souvent seul lors de ces décisions.

## **b. La solitude.**

Elle est décrite par Texier et al. dans leur étude : « Refus de prise en charge du patient en soins palliatifs (en phase terminale) à domicile par son médecin généraliste : est-ce une réalité ? » :

« Cette solitude induit elle-même d'après les médecins interviewés, une « complexité dans la prise de décision ». Les décisions prises dans ce contexte sont soulignées par ces derniers comme étant des décisions difficiles faisant souvent appel à l'éthique propre du médecin, le médecin se décrit alors comme étant perdu dans une « quête de l'éthique », de la moins mauvaise solution. Ils craignent le double effet des thérapeutiques employées : « Ce n'est pas simple ça (...) forcément on va sédaté, on va calmer mais on va peut-être aussi faire du mal à côté. Ce n'est pas simple de porter ce poids-là parfois j'ai dû hospitaliser pour me libérer de ce poids-là » (médecin 6). » (27).

Une autre étude de Mino s'intéressant « aux avis des généralistes et des équipes des réseaux à propos de leur collaboration » (48), met en évidence un paradoxe. Les médecins généralistes évoquent leur sentiment de solitude tout en ne considérant les réseaux que comme un service de recours ponctuel, notamment pour des questions logistiques et matérielles, plus rarement pour des conseils thérapeutiques. De l'autre côté, les réseaux déplorent le manque de travail interdisciplinaire avec les généralistes. Le travail d'équipe reste donc médico-centré, avec une relation de collaboration plutôt que d'échange interdisciplinaire.

Cela correspond à l'image du médecin de famille. Il connaît depuis longtemps le malade, et prend, tout le long de sa vie, des décisions seul ou après un avis spécialisé. Le réseau n'est donc par extension, qu'un de ces « spécialistes ».

Il est encore trop souvent perçu comme « médecin pivot », régissant et coordonnant les soins palliatifs au domicile. Mais comme le souligne l'ONFV, bien que sa place soit essentielle dans les décisions, le médecin généraliste ne doit pas rester seul face à ces prises en charge complexes (2).

Dans notre étude, malgré l'importance des partenaires identifiés dans la prise en charge, infirmiers et HAD en tête, ce sentiment de solitude peut se traduire par le taux élevé (56,8%) de médecins estimant qu'il faudrait plus de communication entre la ville et l'hôpital. Même lorsque les prescriptions anticipées sont initiées par une USP ou une EMSP (n=28), avec un lien ville/hôpital théoriquement plus important, ce taux reste élevé à 42,9% (n=12). Dans notre étude, un médecin évoque « la difficulté à communiquer en temps réel avec l'équipe soignante », un autre la nécessité d'une « mise en place facilitée de dossier de suivi au domicile afin de faciliter la communication entre les intervenants. »

Le renforcement de cette communication et du travail d'équipe fait partie des objectifs du dernier plan national pour les soins palliatifs. Il prévoit, outre une aide financière, la mise à disposition pour les professionnels de premiers recours d'une expertise et de compétences disponibles via la création des Plateformes Territoriales d'Appuis (16).

### **c. *La disponibilité.***

A cela s'ajoute la disponibilité du médecin. La chronophagie de ces prises en charge reste un obstacle pour 25,4% des médecins de notre étude. Doit-il être joignable 24h/24 ? Bien que l'HAD permette le déplacement au domicile d'une infirmière même la nuit, il est légitime que celle-ci puisse demander l'aide d'un médecin dans ce genre de situation. Vers qui doit-elle se tourner ? Une piste à suivre serait le recours plus fréquent

aux fiches SAMU (49).

Un des médecins nous cite le protocole d'urgence Canadien. Ne trouvant que peu d'informations sur ce protocole, nous avons contacté par mail l'Association Canadienne de Soins Palliatifs. Il existe un programme expérimental de soins palliatifs dispensés au domicile par les « paramédics » (50). Ce dispositif permet de soigner 89% des patients au domicile sans transport d'urgence et 94% des familles sont satisfaites car leur proche a pu recevoir les soins dans le lieu souhaité. Un impact économique positif a également été chiffré à plus de 2 millions de dollars pour la Nouvelle Écosse.

Nous avons également contacté la SFAP qui nous indique mettre à disposition des professionnels une fiche appelée URGENCE PALLIA (**Annexe 2**). Un des items de cette fiche est réservé aux « *Symptômes et risques possibles* », complété des produits disponibles au domicile et de la présence ou non de prescriptions anticipées. Très utile pour les médecins régulateurs et ceux se déplaçant au domicile, elle reste cependant méconnue et peu utilisée par les médecins généralistes (2,51).

#### **d. L'appréhension.**

L'appréhension des prises en charge palliatives reste un facteur limitant le recours aux prescriptions anticipées pour 26,3% des médecins. Le faible nombre de prises en charge annuelle, le manque de formation, le sentiment de solitude face à ces situations et leurs représentations sont autant d'éléments expliquant cette appréhension. Une prise en charge difficile pouvant même conduire à des refus d'accompagnements palliatifs ultérieurs, comme mis en évidence dans l'étude de Texier et al. (27).

Parler des prescriptions anticipées, c'est aborder les complications possibles et

évoquer le risque de décès à venir. Cela peut limiter le médecin dans la rédaction de telles prescriptions (44). Il reste un humain, marqué par ses expériences passées, et est considéré parfois comme « faisant partie de la famille » par les patients. Il est alors délicat de prendre le recul nécessaire, source de colère, d'émotion ou de transposition (27,52).

Le refus d'aide de la part du patient est également une source d'appréhension et de difficulté pour le médecin (52). La rédaction de telles prescriptions est alors impossible, les symptômes et le confort difficiles à obtenir.

L'appréhension du patient et de son entourage peut également rendre ces prescriptions délicates à rédiger. Comme évoqué par un des médecins, la compréhension de la famille sur la portée de ces prescriptions peut aussi bien être une aide qu'un facteur limitant. 33,9% (n=40) des médecins de notre étude sont limités par l'appréhension des familles. Lors de ses interviews, un des médecins répondra au Dr Viot : « La grande difficulté c'est d'aborder la mort avec les patients, c'est-à-dire que si on ne peut pas envisager, pour plein de raisons, avec le patient et sa famille, que le patient va mourir, on ne peut pas anticiper. Ça c'est le premier frein pour moi. » (44).

L'accompagnement et l'information délivrée au patient sont donc essentiels pour aborder plus sereinement la question des prescriptions anticipées. Cependant, cette information doit respecter la temporalité du patient. Il est alors subtil de trouver le « bon » moment pour parler de ces prescriptions. Abordées trop tôt, elles peuvent faire violence au patient, le projetant vers un avenir anxiogène. Abordées trop tard, elles seront mises en urgence, à l'opposé du principe même d'anticipation.

## **G. Proposition d'améliorations.**

### **a. *L'EMSP au domicile***

Les équipes mobiles sortent de plus en plus de l'hôpital pour intervenir, notamment dans les EHPAD. De nombreuses conventions sont établies afin d'étendre l'offre de soin. Le dernier plan national prévoit d'ailleurs, dans la mesure n°9 portant sur le « Développement des soins palliatifs en établissements et services sociaux et médico-sociaux. » d'améliorer ces partenariats et de leur « redonner un second souffle » (16).

Pourtant le passage de l'EMSP au domicile reste en dehors des mesures prévues par ce plan. Les médecins de notre étude sont nombreux à vouloir le passage de l'EMSP au domicile pour les aider dans la rédaction des PA. Avec l'augmentation des accompagnements palliatifs au domicile, la maison va devenir le lieu de prises en charge de plus en plus complexes. Il sera nécessaire d'avoir une collaboration étroite entre les équipes en charge du patient et celles expertes de soins palliatifs (47).

### **b. *Rémunérer ces prises en charge.***

Actuellement, aucune cotation spécifique adaptée à la médecine générale n'existe (53). Pourtant, les temps de coordination, d'entretien avec le patient et sa famille, de disponibilité téléphonique et de rédaction des prescriptions anticipées, sont nécessaires pour ces accompagnements. Tout l'aspect « chronophage » de ces prises en charge n'est pas financièrement valorisé. Près de la moitié des médecins de notre étude pense que la création d'une cotation spécifique serait un moyen d'incitation pour la rédaction de ces prescriptions. L'ONFV pointait déjà en 2013 la nécessité de « financer le temps passé par les professionnels du domicile à travailler ensemble et à discuter à plusieurs des situations

complexes. » (2).

### ***c. Sensibilisation des professionnels et aide à la prescription.***

La diffusion de la culture palliative a différents leviers. En parallèle de l'amélioration des échanges entre la ville et l'hôpital, permettant un compagnonnage des médecins, des campagnes de sensibilisations plus larges sur l'utilisation des prescriptions anticipées peuvent être proposées. Ce genre d'action serait utile pour 39,9% des médecins de notre étude (n=46), via la diffusion de plaquettes de sensibilisation.

À Bayonne, une plaquette a été produite pour l'usage des professionnels, reprenant ce que sont les PA, leurs intérêts ainsi que des exemples de prescriptions. Un rappel des molécules injectables en sous cutanée est également présent (**Annexe 3**). Plus exhaustif, « Le guide d'aide à la prise en charge des patients en soins palliatifs à domicile destiné aux médecins généralistes. » tiré du travail de thèse des Drs Susagna et Cluzeau-Duchaussoy (54), fait une synthèse des prises en charge symptomatiques.

Une évolution possible et demandée par la moitié des médecins de notre étude, serait un site d'aide pour la rédaction de prescriptions anticipées. Pouvant être basé sur le modèle du site Antibioclic (55), il proposerait des conduites à tenir en fonction du symptôme sélectionné. Comme proposé par un des médecins, la création d'une application smartphone rendrait ces informations disponibles lors des visites à domicile.

## **VI- Conclusion**

Accompagner la fin de vie au domicile est une mission difficile.

Les prescriptions anticipées sont une aide importante pour le médecin généraliste. Souvent utilisées par ces derniers, leur rédaction demande du temps, et leur mise en œuvre une certaine organisation. Les retours sur leur utilisation sont cependant très positifs.

Les symptômes tels que l'hémorragie et la dyspnée restent difficiles à anticiper, mais sont mieux appréhendés lorsque le médecin est formé aux soins palliatifs.

Le manque de formation est toujours un problème d'actualité, malgré des mesures publiques menées au travers de plans nationaux pour les soins palliatifs.

Les autres difficultés rencontrées sont le sentiment de solitude du médecin face à ces prises en charge, ainsi que l'appréhension que génère ces accompagnements peu fréquents dans l'exercice libéral.

Pour les soutenir, les médecins souhaiteraient davantage de communication avec l'hôpital, ainsi que le passage des EMSP au domicile. Un site d'aide à la rédaction de ces prescriptions est également demandé.

Notre étude a observé une grande part de médecins n'effectuant pas de visite à domicile. Une étude s'intéressant aux prises en charge palliatives de ces médecins permettrait d'avoir une base de réflexion autour de cette problématique : comment accompagner la fin de vie au domicile lorsque le médecin ne se déplace plus ?

## Bibliographie

1. Enquête fondation PFG/IFOP-Les français et la mort 2010.
2. ONFV synthese « Vivre la fin de sa vie chez soi » rapport 2012.
3. Nizard A. La mortalité en France au cours des cinquante dernières années, Abstract. *Études Sur Mort.* 2002;no 121(1):9-25.
4. Burke K. Palliative care at home to get further funds if it saves money. *BMJ.* 6 mars 2004;328(7439):544.
5. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. Modalités de prise en charge de l'adulte nécessitant des soins palliatifs. Décembre 2002.
6. World Health Organization. National Cancer Control Programmes, policies and managerial guidelines. Geneva : WHO; 2002. [Internet]. [cité 26 juill 2017]. Disponible sur: <http://www.who.int/cancer/media/en/408.pdf>
7. Définition et organisation des soins palliatifs en France [Internet]. [cité 12 juill 2017]. Disponible sur: [www.sfap.org/rubrique/definition-et-organisation-des-soins-palliatifs-en-france](http://www.sfap.org/rubrique/definition-et-organisation-des-soins-palliatifs-en-france)
8. Circulaire DGS 3D du 26 août 1986 relative à l'organisation des soins et à l'accompagnement des malades en phase terminale – circulaire - laroque.pdf [Internet]. [cité 20 juill 2017]. Disponible sur: <http://www.sfap.org/system/files/circulaire-laroque.pdf>
9. Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière. 91-748 juillet, 1991.

10. Les documents et les textes officiels [Internet]. [cité 27 juill 2017]. Disponible sur:  
<http://www.sfap.org/rubrique/les-documents-et-les-textes-officiels>
11. Loi n° 99-477 du 9 juin 1999 visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs.
12. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. 2002-303 mars 4, 2002.
13. Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie. 2005-370 avril, 2005.
14. Loi n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie. 2016-87 février, 2016.
15. Rapport état des lieux du développement des soins palliatifs en France en 2010.
16. Plan national 2015-2018 pour le développement des soins palliatifs et l'accompagnement en fin de vie.
17. Gomas J.M. Manuel des soins palliatifs : Privat Dunod (1995). p. 240.
18. Tauvron R. Questionnements éthiques autour du « Je voudrais mourir chez moi ». Éthique et Santé. 2008 Juin;5(2):73-79
19. Circulaire DHOS/O 2/DGS/SD 5 D n° 2002-98 du 19 février 2002 relative à l'organisation des soins palliatifs et de l'accompagnement, en application de la loi n° 99-477 du 9 juin 1999, visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs.
20. Circulaire DHOS/02 n° 2004-257 du 9 juin 2004 relative à la diffusion du guide pour l'élaboration du dossier de demande de lits identifiés en soins palliatifs.

21. Montagné S, Boisseuil-Baron M. Soins palliatifs et morphine en EHPAD, quand il n'y a pas d'infirmière la nuit. [Mémoire de diplôme universitaire d'infirmière coordinatrice en EHPAD et en SSIAD]. 2016.
22. Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, Gallagher ER, Admane S, Jackson VA, et al. Early Palliative Care for Patients with Metastatic Non–Small-Cell Lung Cancer. *N Engl J Med*. 19 août 2010;363(8):733-42.
23. Boschetti Y, Leclercq C, Arnoux S, Brobecker C, Delacroix M-C, Frieh C. Vous avez dit continuité des soins ? *Médecine palliative*. 2006 Avr;5(2):78-81
24. Gomes B, Higginson IJ. Factors influencing death at home in terminally ill patients with cancer: systematic review. *BMJ*. 2 mars 2006;332(7540):515.
25. Perret C, Vassal P, Chapuis F, Mazloun W. Facteurs favorisant le retour à domicile des patients en fin de vie hospitalisés. *Médecine palliative*. 2011 Fév;10(1):14-23
26. Moinet J, Valette T, Université de Poitiers, Faculté de médecine et de pharmacie. Les prescriptions anticipées pour le malade en fin de vie à domicile enquête auprès de deux cents médecins généralistes de Charente-Maritime. [S.l.]: [s.n.]; 2009.
27. 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*. 2013 Avr;12(2):55-62
28. Circulaire N° DHOS-O2-O3-CNAMTS/2008/100 du 25 mars 2008 relative au référentiel national d'organisation des réseaux de santé en soins palliatifs.
29. Code de la santé publique - Article R6121-4-1.

30. Ciais J-F, Memran N. Coordination médicale à domicile pour la prise en charge palliative d'un patient porteur d'une tumeur cérébrale. *Médecine palliative*. 2005 Fév;4(1):29-32
31. Croyère N, Silove L. Soins palliatifs et fin de vie à domicile : repères, pratiques et ressources. *Savoirs et soins infirmiers*. 2016;11(4):1-9
32. L'accompagnement des personnes en fin de vie et de leurs proches. *Médecine palliative*. 2004 Sept;3(4):166-194
33. Santé Service Bayonne et Région. Prescription anticipée personnalisée à destination des professionnels.pdf [Internet]. [cité 13 avr 2017]. Disponible sur: <http://www.santeservicebayonne.com/sites/ssbr.cpm.aquisante.priv/files/ANNEX%20P AP-webplanch.pdf>
34. Dr Schwald. Formation ASPER 2007. Urgences et situations particulières en soins palliatifs.pdf [Internet]. [cité 13 avr 2017]. Disponible sur: [http://asperalsace.free.fr/Documents/Situations\\_particulieres\\_et\\_urgences\\_en\\_sp.pdf](http://asperalsace.free.fr/Documents/Situations_particulieres_et_urgences_en_sp.pdf)
35. Circulaire DGS/SQ2/DH/DAS n° 99-84 du 11 février 1999 relative à la mise en place de protocoles de prise en charge de la douleur aiguë par les équipes pluridisciplinaires médicales et soignantes des établissements de santé et institutions médico-sociales.
36. Circulaire N°DHOS/E2/2002/266 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.
37. Code de la santé publique - Article R5132-3.

38. Code de la santé publique - Article R4127-34.
39. Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code. 2004-802 juillet, 2004.
40. ATLAS DE LA DEMOGRAPHIE MEDICALE 2016 -  
atlas\_de\_la\_demographie\_medicale\_2016.pdf [Internet]. [cité 6 août 2017].  
Disponible sur: [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas\\_de\\_la\\_demographie\\_medicale\\_2016.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_de_la_demographie_medicale_2016.pdf)
41. Circulaire DGES - DGS N°15 DU 09 MAI 1995 Relative aux enseignements de premier cycle et du deuxième cycle des études médicales.
42. Haute Autorité de Santé - UE 5 : Handicap - Vieillesse - Dépendance - Douleur - Soins palliatifs - Accompagnement (115-141) [Internet]. [cité 15 août 2017].  
Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_2608453/fr/ue-5-handicap-vieillesse-dependance-douleur-soins-palliatifs-accompagnement-115-141](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2608453/fr/ue-5-handicap-vieillesse-dependance-douleur-soins-palliatifs-accompagnement-115-141)
43. Données de cadrage : Démographie et activité des professions de santé : Les visites - IRDES [Internet]. [cité 6 août 2017]. Disponible sur:  
<http://www.irdes.fr/EspaceEnseignement/ChiffresGraphiques/Cadrage/DemographiePr ofSante/Visites.htm>
44. 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;

45. Blanchet V, Viillard M-L, Aubry R. Sédation en médecine palliative : recommandations chez l'adulte et spécificités au domicile et en gériatrie. *Médecine palliative*. 2010 Avr;9(2):59-70
46. LOI n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie. 2016-87 février, 2016.
47. Sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès. Mise en oeuvre médicamenteuse. Fiche repère SFAP. Mai 2017 [Internet]. [cité 24 juill 2017].  
Disponible sur:  
[http://www.sfap.org/system/files/fiche\\_repere\\_sfap\\_miseenoeuvre18mai2017\\_0.pdf](http://www.sfap.org/system/files/fiche_repere_sfap_miseenoeuvre18mai2017_0.pdf)
48. Mino J-C. Étude par entretiens sur les avis des généralistes et des équipes des réseaux à propos de leur collaboration. *Médecine palliative*. 2006 Fév;5(1):21-25
49. Pechard M, Tanguy M, Briot M-TLB, Boré F, Couffon C, Commer J-M, et al. Intérêts d'une fiche de liaison en situation d'urgence de patients en soins palliatifs. *Médecine palliative*. 2013 Août;12(4):168-176
50. Carter A, Cameron C. Paramedic Palliative Support at Home - Nova Scotia, PEI & Alberta. Canadian Foundation for Healthcare Improvement. June 2017.
51. Rannou A-L, Laloue M, Guénégo A, Morel V. Permanence de soins et fin de vie : rôle et utilisations de la fiche « Samu pallia » en Ille-et-Vilaine. *Médecine palliative*. 2017 Avr;16(2):81-87
52. Serresse L. Paroles de médecins généralistes : comment font-ils avec les difficultés ressenties pendant l'accompagnement d'un patient en fin de vie ? *Médecine palliative*. 2011 Déc;10(6):286-291

53. Tarifs conventionnels des médecins généralistes en France métropolitaine [Internet]. [cité 20 août 2017]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/facturation-remuneration/tarifs-generalistes/tarifs-metropole>
54. Susagna A, Cluzeau-Duchaussoy P. Elaboration d'un guide d'aide à la prise en charge des patients en soins palliatifs à domicile destiné aux médecins généralistes [Thèse d'exercice]. [Lille, France]: Université du droit et de la santé; 2012.
55. Antibioclic : Antibiothérapie rationnelle en soins primaires [Internet]. [cité 22 août 2017]. Disponible sur: <http://antibioclic.com/>

# Annexes

## Annexe 1 :

**Questionnaire proposé aux médecins via Google Forms intitulé :  
Prescriptions anticipées lors des prises en charge palliatives au domicile : quel  
usage en font les médecins généralistes du Nord (et du Compiégnois) ?**

Ce formulaire a pour but d'évaluer les pratiques des médecins généralistes sur l'utilisation des prescriptions anticipées, les contraintes et difficultés rencontrées, lors de prises en charge (PeC) palliatives réalisées en ville.

Les prescriptions anticipées sont des prescriptions médicales nominatives et individualisées, révisables et adaptées à la situation clinique du patient.

Elles sont rédigées à l'avance et en anticipation de symptômes prévisibles délétères pour le confort du patient.

Elles peuvent être appliquées directement par un soignant et engagent conjointement la responsabilité du prescripteur et du soignant qui l'exécute.

1. Quel âge avez-vous ?

< 35 ans

Entre 36 et 45 ans

Entre 46 et 55 ans

>55 ans

2. Quelle est votre activité ? (QCM)

Cabinet

Domicile

EHPAD

Structure hospitalière

Autre \_\_\_\_\_

3. Avez-vous une formation en soins palliatifs ?

Oui

Non

(Si non passer à la question 5)

4. Quelle(s) est (sont) votre (vos) formation(s) en soins palliatifs ? (QCM)

Formation initiale

Formation continue

Diplôme universitaire

5. Quel est votre nombre moyen de PeC palliatives par an ?

0

1 à 3

4 à 7

>7

6. Quels sont vos partenaires dans la gestion de vos PeC palliatives ? (QCM)

Infirmier (ère)

Pharmacien

Réseau de Soins Palliatifs

Hospitalisation à Domicile (HAD)

Unité de Soins Palliatifs (USP)

Equipe Mobile de Soins Palliatifs (EMSP)

Aucun

Autre \_\_\_\_\_

7. Utilisez-vous des prescriptions anticipées ?

Oui

Non

(Si non passer à la question 15)

8. Les prescriptions anticipées sont-elles initiées par ?

Vous-même

Une Unité de Soins Palliatifs

Après l'avis d'une EMSP

Autre \_\_\_\_\_

9. Utilisez-vous une ordonnance identifiée « prescriptions anticipées » ?

Oui

Non

10. A quel moment débutez-vous des prescriptions anticipées ?

Dès la PeC palliative actée

Au décours d'une altération de l'état général ou symptomatologique

Si visites à domicile espacées

Lors des derniers jours de vie

11. Anticipez-vous ces symptômes ? (tableau)

Douleurs

Hyperthermie

Angoisses/insomnies

Dyspnée

Détresse respiratoire

Encombrement bronchique

Hémorragie

Nausées/vomissements

(Réponses : jamais/rarement/souvent/toujours)

12. Quand réévaluez-vous vos prescriptions anticipées ?

A chaque visite

A chaque modification de l'état de santé

A la demande d'autres acteurs de la PeC (infirmier, kiné, HAS, réseau ...)

A la demande du patient et/ou famille

Jamais

13. Vos prescriptions anticipées sont-elles appliquées par un soignant ?

Jamais

Rarement

Souvent

Toujours

14. Ces prescriptions anticipées on-t-elles été une aide dans votre PeC palliative ?

Oui

Non

15. Quels sont pour vous les freins à l'utilisation des prescriptions anticipées ? (QCM)

Le manque de connaissance/formation

La difficulté de coopération avec les différents acteurs

La mise en jeu de la responsabilité du médecin

L'appréhension des PeC palliatives

L'appréhension de la famille ou des aidants naturels

L'activité est chronophage

La part "visite à domicile" restreinte au sein de l'activité

Autre \_\_\_\_\_

16. Quelles mesures faciliteraient le recours aux prescriptions anticipées selon vous ?

(QCM)

Formation dans le cadre de la FMC (Formation Médicale Continue)

Meilleure communication ville/hôpital (USP)

Soutien d'une EMSP au domicile

Création d'une cotation valorisant l'acte

Diffusion d'une plaquette de sensibilisation à l'utilisation des Prescriptions

Anticipées

Création d'un site d'aide à la prescription

Autre\_\_\_\_\_

## Annexe 2 : Fiche URGENGE PALLIA

### Fiche URGENGE PALLIA

Concernant une personne en situation palliative  ou palliative terminale



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

**RÉDACTEUR** Nom :  Statut du rédacteur :   
 Téléphone :  ou tampon :   
 Fiche rédigée le :

**PATIENT**  M.  Mme NOM :  Prénom :   
 Rue :  Né(e) le :     
 CP :  Ville :  Téléphone :   
 N° SS :  Accord du patient pour la transmission des informations  Oui  Non  Impossible

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

**Pathologie principale et diagnostics associés :**

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

Projet thérapeutique :   
**Symptômes et risques possibles :**  Douleur  Dyspnée  Vomissement  
 Encombrement  Anxiété majeure  
 si extrême, l'écrire en majuscules  Agitation  Convulsions  Occlusion  
 Autres (à préciser dans cette zone →)   
 Produits disponibles au domicile :   
 Prescriptions anticipées :  Oui  Non  NA

**DÉMARCHE PRÉVUE**  Avec accord patient le   Projet d'équipe si accord patient impossible  
 Hospitalisation :  Souhaitée si aggravation  Envisageable  Refusée autant que possible  NA  
 Soins de confort exclusifs :  Oui  Non  NA Décès à domicile :  Oui  Non  NA  
 Réanimation en cas d'arrêt cardio-respiratoire :  Oui  Non  NA Massage cardiaque :  Oui  Non  NA  
 Ventilation non invasive :  Oui  Non  NA Intubation :  Oui  Non  NA  
 Usage d'amines vaso-actives :  Oui  Non  NA Trachéotomie :  Oui  Non  NA  
 Sédation en cas de détresse aiguë avec pronostic vital engagé :  Oui  Non  NA Remplissage :  Oui  Non  NA

**Directives anticipées**  Oui  Non  NA Rédigées le   Copie dans le DMP  
 Personne de confiance  Lien :  Tél :   
 Où trouver ces documents ?   
 Autre personne à prévenir  Lien :  Tél :

1) NA = Non Applicable ou Inconnu

2) Validé au préalable avec le service concerné

Version fiche 2017-05

Annexe 3 : Plaquette du Service Santé Bayonne, les prescriptions anticipées personnalisées.



Soigner à domicile

# PRESCRIPTION ANTICIPÉE PERSONNALISÉE (PAP)



À DESTINATION DES PROFESSIONNELS



## Qu'est-ce qu'une PAP ?

C'est une **PRESCRIPTION MÉDICALE** :

➤ **PERSONNALISÉE** :

- adaptée à chaque patient,
- en fonction de sa pathologie,
- en fonction de son traitement de fond.

➤ **RÉDIGÉE À L'AVANCE** : prévision des symptômes en fonction de sa pathologie et de ses antécédents.

➤ **RÉADAPTABLE** : modifiée en fonction de l'évolution de l'état du patient et de son traitement.

**UNE PAP NÉCESSITE DE :**

➤ connaître les **délais d'action** des médicaments en fonction de la **voie d'administration** :

- orale : 30 à 60 min,
- sub-linguale : 5 à 15 min,
- sous-cutanée : 15 à 30 min,
- intramusculaire : 15 à 30 min,
- intraveineuse : 5 min.

➤ respecter ce délai d'action avant de juger de l'efficacité ou non de la PAP.

➤ avoir une notion sur la **demi-vie (ou durée d'action)** des principaux médicaments utilisés.



## Intérêts des PAP ?

1. SOULAGER le plus rapidement possible le symptôme en ayant les produits au domicile et en donnant à l'infirmière la possibilité d'administrer le médicament selon la PAP.
2. PRÉVENIR en cas de connaissance d'un facteur déclenchant (ex. : avant mobilisation..., avant pansement...).

## Comment rédiger une PAP ?

Il s'agit d'une prescription médicale datée et signée par le médecin traitant précisant :

- le type de symptômes,
- le nom du médicament, son dosage et sa voie d'administration, quand renouveler la même PAP et la dose maximale de PAP par 24 h,
- la durée de validité de cette prescription.

### EXEMPLE :

- Si douleur, faire morphine 5 mg en sous-cutanée.
- À renouveler si besoin au bout d'1 h.
- Maximum : 4 injections par jour.
- Durée de validité : 7 jours (à évaluer pour adapter la dose) ou pour une durée plus longue si douleurs stabilisées.

## Comment utiliser une PAP ?

1. Diagnostic infirmier : aidé(e) des constatations des aides-soignantes, un(e) IDE seul(e) habilité(e), en l'absence de médecin, à prendre la décision de réaliser une PAP.
2. Importance d'évaluer son efficacité.
3. Importance de tracer son utilisation dans les transmissions ciblées et d'en informer le médecin traitant afin de réactualiser le traitement de fond et réadapter les PAP.

- Si la voie orale est impossible en raison :
  - de troubles de la déglutition,
  - de troubles de conscience.
- Envisager et anticiper le relais par voie injectable :
  - IV si elle existe,
  - sinon penser à la voie sous-cutanée.
- Les voies rectale et sublinguale peuvent être une bonne alternative.



SYMPTÔMES	MOYENS NON MEDICAMENTEUX	MÉDICAMENTS (en l'absence de contre-indication)
SI NAUSÉES ET/OU VOMISSEMENTS	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Adapter l'alimentation :               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Adapter la texture.</li> <li>- Fractionner les repas.</li> <li>- Éviter les odeurs fortes.</li> <li>- ...</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Prendre 1 comprimé de METOCLOPRAMIDE® 10 mg, 30 min au moins avant le repas ou au moment des nausées.</li> <li>➤ À renouveler au bout de 6 h si besoin.</li> <li>➤ Maximum 4 fois par jour.</li> </ul> <p>Si voie orale impossible, préférer le METOCLOPRAMIDE® 20 mg suppositoires (½ à 1 suppo).</p>
SI ENCOMBREMENT	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Vérifier l'absence de troubles de la déglutition.</li> <li>➤ Adapter la texture : épaissir si besoin.</li> <li>➤ Adapter le positionnement.</li> <li>➤ Réaliser des soins de bouche.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Diminuer ou arrêter l'hydratation et l'alimentation.</li> <li>➤ FUROSEMIDE® 20 à 40 mg en IVD ou 5c direct.</li> <li>➤ SCOPOLAMINE® transdermique 1 patch tous les 3 jours.</li> <li>➤ Discuter d'une aspiration douce.</li> </ul>
SI CONSTIPATION	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Adapter si possible l'hydratation et l'alimentation.</li> <li>➤ Réaliser un massage abdominal.</li> <li>➤ Favoriser l'activité physique.</li> <li>➤ Respecter les habitudes et la pudeur du patient (chaise percée à proposer à horaires réguliers par ex.).</li> </ul>	<p><b>Traitement préventif et systématique en cas de traitement morphinique.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Si constipation :           <ul style="list-style-type: none"> <li>- J2 sans selle, MICROLAX® + EDUCYL®,</li> <li>- Si inefficace (J3 sans selle), NORMACOL® sur sonde rectale.</li> <li>- Intensifier et associer les traitements par voie orale.</li> </ul> </li> </ul> <p>En cas de constipation sous opiacés résistant aux traitements classiques : RELISTOR® 5c 8 mg si &lt; 60 kg et 12 mg si &gt; 60 kg tous les 2 jours.</p>
SI ANXIÉTÉ	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Écoute active/relation d'aide.</li> <li>➤ Tentative d'apaisement par le toucher.</li> <li>➤ Informer le patient des soins que l'on va réaliser.</li> <li>➤ Penser à différer un soin.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Prendre 1 à 2 comprimé(s) OXAZEPAM® 10 mg.</li> <li>➤ À renouveler au bout de 8 h si besoin.</li> <li>➤ Maximum 6 cp par jour.</li> </ul> <p>Si inefficace, remplacer par TRANXÈNE® en commençant à 20 mg en continu sur 24 h par voie IV ou 5c avec des inter-doses de 10 à 20 mg en perfusette de 20 min à renouveler au bout de 6 h (sans dépasser 60 mg par 24 h).</p>
SI AGITATION	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Rechercher un symptôme d'inconfort : éliminer un globe urinaire, une constipation, une fièvre, une douleur, une cause médicamenteuse, un problème cutané...</li> <li>➤ Idem anxiété.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Prendre un comprimé de XANAX® 0,25.</li> <li>➤ En attendant une réévaluation médicale rapide.</li> </ul>

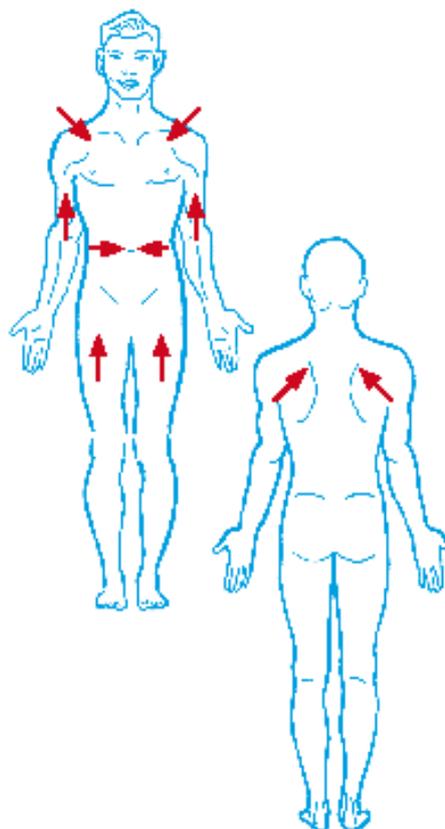
NB : Les médicaments en italique existent par voie injectable et peuvent être utilisés par voie sous-cutanée.



# Les produits utilisables par voie sous-cutanée

Comme soluté, utiliser du chlorure de sodium à 0,9 %

CLASSE	MÉDICAMENTS
Antalgiques	Morphine – Oxynorm – Kétamine Topalgic – Acupan – Contramal
AINS	Profenid*
Corticoïdes	Solumédrol*
Antispasmodiques et/ou antisécrétoires	Scopolamine – Scoburen – Spasfon*
Antiulcéreux	Mopral* – Azantac*
Antémétiques	Priméran – Haldol – Largactil-Zophren
Diurétiques	Lasilix*
Anxiolytiques et/ou anticonvulsivants	Hypnovel – Rivotril – Tranxène* Valium* – Gardenal*
Neuroleptiques	Nozinan – Haldol – Largactil-Tercian* – Loxapac* – Tiapridal*
Antidépresseurs	Laroxyl
Antihistaminiques	Polaramine* – Atarax*
Stimulants du transit	Prostigmine – Relistor
Antibiotiques	Péniciline* – Rocéphine* – Clamoxyl*



\*à utiliser en discontinu uniquement.



SANTÉ SERVICE BAYONNE ET RÉGION  
Hospitalisation et soins infirmiers à domicile  
Avenue de Plantoun – 64100 BAYONNE  
[www.santeservicebayonne.com](http://www.santeservicebayonne.com)

**AUTEUR : Nom : Védé**

**Prénom : Benjamin**

**Date de Soutenance : 06 Octobre 2017**

**Titre de la Thèse : Prescriptions anticipées lors des prises en charge palliatives au domicile : Quel usage en font les médecins généralistes du Nord et du Compiégnois ?**

**Thèse - Médecine - Lille 2017**

**Cadre de classement : Médecine**

**DES + spécialité : Médecine générale**

**Mots-clés : Soins palliatifs, domicile, prescriptions anticipées**

**Résumé :**

**Contexte** : 80% de la population française souhaite décéder au domicile. Dans leurs prises en charge palliatives, les médecins généralistes utilisent peu les prescriptions anticipées.

**Objectif principal de l'étude** : évaluer les connaissances, les pratiques et l'utilisation des prescriptions anticipées chez les médecins généralistes du Nord et du Compiégnois.

**Objectifs secondaires** : observer quels peuvent être les freins à l'utilisation des prescriptions anticipées et amorcer une réflexion sur les moyens à mettre en œuvre pour faciliter leur systématisation.

**Méthode** : étude incluant 118 médecins généralistes du Nord et du Compiégnois sur la période de Janvier 2017 à Avril 2017, interrogés par questionnaire informatique Google Forms. Analyse des données par tableur Excel et indépendance statistique réalisée par le test du  $\text{Khi}^2$ .

**Résultats** : Sur les 118 médecins, 28 (23,7%) sont formés aux soins palliatifs. 73 médecins (61,9%) rédigent des prescriptions anticipées, dont 19 (26%) sur une ordonnance à part. L'altération de l'état général du patient est le moment privilégié par 58,9% des médecins (n=43) pour débiter ces prescriptions. 97,3% des médecins ayant recours à ces prescriptions estiment qu'elles sont une aide dans leurs prises en charge. La douleur est le symptôme le plus fréquemment anticipé, à l'inverse de l'hémorragie. 74 médecins (62,7%) citent le défaut de formation comme un frein à la rédaction des prescriptions anticipées. 60 médecins (50,8%) pensent qu'un site d'aide à la rédaction de ces prescriptions faciliterait leur recours.

**Conclusion** : Les prescriptions anticipées sont une aide importante lors des prises en charge palliatives au domicile. La rédaction de ces prescriptions demande du temps, et leur mise en œuvre une certaine organisation. Les retours sur leur utilisation sont cependant très positifs. Pour en étendre l'usage, une meilleure formation et un site d'aide à la prescription sont des solutions.

**Composition du Jury :**

**Président : Monsieur le Professeur Serge Blond**

**Asseseurs : Monsieur le Professeur Jacques Bonneterre**

**Monsieur le Professeur François Puisieux**

**Monsieur le Docteur Charles Charani**

**Directeur : Monsieur le Docteur Romain Chiquet**