

UNIVERSITÉ TOULOUSE III – Paul SABATIER

FACULTÉ DE SANTE

Année 2023

2023 TOU3 1031

2023 TOU3 1032

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

SPECIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement

par

Léo PREISS et Théo SANCHEZ

Le 16 mai 2023

Revue systématique de la littérature :

« Quels sont les facteurs de réussite d'une prise en charge de soins palliatifs à domicile ? »

Directeur de thèse : Dr Nathalie BOUSSIER

JURY :

Madame le Professeur Marie-Eve ROUGE-BUGAT **Président**

Monsieur le Docteur Bruno CHICOULAA **Assesseur**

Madame le Docteur Nathalie BOUSSIER **Assesseur**

Madame le Docteur Amandine PEYRE-MÜLLER **Assesseur**



FACULTE DE SANTE
Département Médecine Maieutique et Paramédicaux
Tableau des personnels HU de médecine
Mars 2022

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. GLOCK Yves
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Yves	Professeur Honoraire	M. GOULZI Jean-Louis
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. GRAND Alain
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel	Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. ADQUE Daniel	Professeur Honoraire	M. LANG Thierry
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe	Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy
Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Yves
Professeur Honoraire	M. BARRET André	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. MALECAZE François
Professeur Honoraire	M. BLANCHER Antoine	Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. MARCHOU Bruno
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Professeur Honoraire	M. BONNEVILLE Paul	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURS Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire Associé	M. BROS Bernard	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. CAHLZAC Jean-Philippe	Professeur Honoraire associé	M. NICODEME Robert
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude	Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre	Professeur Honoraire	M. PARINAUD Jean
Professeur Honoraire	M. CARON Philippe	Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. PERRET Bertrand
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel	Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean	Professeur Honoraire	M. PUEL Pierre
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel	Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri	Professeur Honoraire	M. RAILHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. DAHAN Marcel	Professeur Honoraire	M. REGIS Henri
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHWEITZER Nicolas	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. RISCHMANN Pascal
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges	Professeur Honoraire	M. RIVIERE Daniel
Professeur Honoraire	Mme DELISLE Marie-Bernadette	Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique	Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri	Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean	Professeur Honoraire	M. SERRE Guy
Professeur Honoraire	M. ESQUIERRE J.P.	Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. FABIE Michel	Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard	Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. FOURNIE Bernard	Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. FOURTANIER Gilles	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. FRAYSSIE Bernard	Professeur Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle	Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles		

Professeurs Emérites

Professeur ARLET Philippe
 Professeur BOUTAULT Franck
 Professeur CARON Philippe
 Professeur CHAMONTIN Bernard
 Professeur CHAP Hugues
 Professeur GRAND Alain
 Professeur LAGARRIGUE Jacques
 Professeur LAURENT Guy
 Professeur LAZORTHES Yves
 Professeur MAGNAVAL Jean-François
 Professeur MARCHOU Bruno
 Professeur PERRET Bertrand
 Professeur RISCHMANN Pascal
 Professeur RIVIERE Daniel
 Professeur ROUGE Daniel

FACULTE DE SANTE
Département Médecine Maleutique et Paramédicaux

P.U. - P.H.
Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ACAR Philippe	Pédiatrie	Mme LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique
M. ACCADBLED Franck (C.E)	Chirurgie Infantile	M. LANGIN Dominique (C.E)	Nutrition
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne	Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
M. AMAR Jacques	Thérapeutique	M. LARRUE Vincent	Neurologie
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie, Santé publique	M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine d'Urgence
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie	M. LAUWERS Frédéric	Chirurgie maxillo-faciale
M. ARNAL Jean-François (C.E)	Physiologie	M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardio-vasculaire
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie	M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion	M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie
M. BERRY Antoine	Parasitologie	M. MALAVAUD Bernard	Urologie
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	M. MARQUE Philippe (C.E)	Médecine Physique et Réadaptation
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. BOSSAVY Jean-Pierre (C.E)	Chirurgie Vasculaire	M. MAURY Jean-Philippe (C.E)	Cardiologie
M. BRASSAT David	Neurologie	Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul	M. MAZIERES Julien (C.E)	Pneumologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation
M. BUJAN Louis (C. E)	Urologie-Andrologie	M. MOLINIER Laurent (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique
Mme BURARIVIERE Alexandra (C.E)	Médecine Vasculaire	M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie
M. BUREAU Christophe	Hépto-Gastro-Entérologie	Mme MOYAL Elisabeth (C.E)	Cancérologie
M. BUSCAL Louis (C.E)	Hépto-Gastro-Entérologie	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. CALVAS Patrick (C.E)	Génétiq	Mme NOURHACHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale	M. OSWALD Eric (C.E)	Bactériologie-Virologie
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie	M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie	M. PAUL Carle (C.E)	Dermatologie
Mme CHARPENTIER Sandrine	Médecine d'urgence	M. PAYOUX Pierre (C.E)	Biophysique
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire	M. PAYRASTRE Bernard (C.E)	Hématologie
M. CHAULVEAU Dominique	Néphrologie	M. PERON Jean-Marie (C.E)	Hépto-Gastro-Entérologie
M. CHAYNES Patrick	Anatomie	M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chir. Orthopédique et Traumatologie	Mme RAUZY Odile	Médecine Interne
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie	M. RECHER Christian(C.E)	Hématologie
M. COURBON Frédéric	Biophysique	M. RITZ Patrick (C.E)	Nutrition
Mme COURTADE SAIDI Monique (C.E)	Histologie Embryologie	M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie
M. DAMBRIN Camille	Chir. Thoracique et Cardiovasculaire	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.	M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale
M. DEGUINE Olivier (C.E)	Oto-rhino-laryngologie	M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. DELABESSE Eric	Hématologie	M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses	M. SAILLER Laurent (C.E)	Médecine Interne
M. DELORD Jean-Pierre (C.E)	Cancérologie	M. SALES DE GAUZY Jérôme (C.E)	Chirurgie Infantile
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	M. SALLES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie	M. SANS Nicolas	Radiologie
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice (C.E)	Thérapeutique	M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	Mme SELVES Janick (C.E)	Anatomie et cytologie pathologiques
M. FERRIERES Jean (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique	M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie	M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie	M. SIZUN Jacques (C.E)	Pédiatrie
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
M. GAME Xavier	Urologie	Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie, Santé publique	M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation	M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique	M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
M. GOURDY Pierre (C.E)	Endocrinologie	Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie
M. GROLEAU RAOUX Jean-Louis (C.E)	Chirurgie plastique	M. TELMON Norbert (C.E)	Médecine Légale
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie	Mme TREMOLLIERES Florence	Biologie du développement
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie	Mme URO-COSTE Emmanuelle (C.E)	Anatomie Pathologique
M. HUYGHE Eric	Urologie	M. VAYSSIERE Christophe (C.E)	Gynécologie Obstétrique
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie
M. KAMAR Nassim (C.E)	Néphrologie	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie

P.U. Médecine générale

M. OUSTRIC Stéphane (C.E)

FACULTE DE SANTE
Département Médecine Maleutique et Paramédicaux

P.U. - P.H. 2ème classe		Professeurs Associés
M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile	Professeur Associé de Médecine Générale M. ABITTEBOUL Yves M. BOYER Pierre M. CHICOULAA Bruno Mme IRI-DELAHAYE Motoko M. POUTRAIN Jean-Christophe M. STILLMUNKES André
M. AUSSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire	
Mme BONGARD Varina	Epidémiologie, Santé publique	
M. BONNEVILLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique	
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence	
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie	
Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie	
M. CAVAIGNAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie	
M. CHAPUT Benoît	Chirurgie plastique	
M. COGNARD Christophe	Radiologie	
Mme CORRE Jill	Hématologie	
Mme DALENC Florence	Cancérologie	
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie	
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie	
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie	
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie	
Mme FARUCH BILFELD Marie	Radiologie et imagerie médicale	
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie	
M. GARRIDO-STÓWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique	
M. GUIBERT Nicolas	Pneumologie	
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie	
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail	
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire	
M. LAROCHE Michel	Rhumatologie	
Mme LAURENT Camille	Anatomie Pathologique	
M. LE CAIGNEC Cédric	Génétique	
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction	
M. LOPEZ Raphael	Anatomie	
M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	
M. MARTIN-BLONDEL Guillaume	Maladies infectieuses, maladies tropicales	
Mme MARTINEZ Alejandra	Gynécologie	
M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie	
M. MEYER Nicolas	Dermatologie	
M. PAGES Jean-Christophe	Biologie cellulaire	
Mme PASQUET Marlène	Pédiatrie	
M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive	
M. PUGNET Grégory	Médecine interne	
M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique	
M. RENAUDINEAU Yves	Immunologie	
Mme RUYSSSEN-WITRAND Adeline	Rhumatologie	
Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire	
M. SAVALL Frédéric	Médecine légale	
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation	
M. SOLER Vincent	Ophthalmologie	
Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie	
M. TACK Ivan	Physiologie	
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie	
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie	
M. YRONDI Antoine	Psychiatrie	
M. YSEBAERT Loic	Hématologie	
 P.U. Médecine générale M. MESTHÉ Pierre Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve		 Professeur Associé de Bactériologie-Hygiène Mme MALAUAUD Sandra

FACULTE DE SANTE
Département Médecine Maternité et Paramédicaux

MCU - PH

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
M. APOIL Poi Andre	Immunologie	Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie	Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme AUSSEIL-TRUDEL Stéphanie	Biochimie	M. GUERBY Paul	Gynécologie-Obstétrique
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie	Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
Mme BELLIERES-FABRE Julie	Néphrologie	Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion	M. HAMDJ Safouane	Biochimie
M. BIETH Eric	Génétique	Mme HITZEL Anne	Biophysique
Mme BREHIN Camille	Pneumologie	Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. BUSCAIL Etiene	Chirurgie viscérale et digestive	M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire	Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. CAMBUS Jean-Pierre	Hématologie	M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie	Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie	M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition	M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
Mme CASSAGNE Myriam	Ophthalmologie	M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme CASSANG Sophie	Parasitologie	Mme MASSIP Clémence	Bactériologie-virologie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique	Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie	Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
M. CHASSANG Nicolas	Génétique	M. MONTASTRUC François	Pharmacologie
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire	Mme MOREAU Jessika	Biologie du dév. Et de la reproduction
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques	Mme MOREAU Marion	Physiologie
M. CONGY Nicolas	Immunologie	M. MOULIS Guillaume	Médecine interne
Mme COURBON Christine	Pharmacologie	Mme NASR Nathalie	Neurologie
M. CUROT Jonathan	Neurologie	Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie	Mme PERROT Aurore	Hématologie
Mme DE GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie	M. PILLARD Fabien	Physiologie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale	Mme PLAISANCIE Julie	Génétique
M. DEGBOE Yannick	Rhumatologie	Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
M. DELMAS Clément	Cardiologie	Mme QUELVEN Isabelle	Biophysique et médecine nucléaire
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale	Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie	M. REVET Alexis	Pédo-psychiatrie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène	M. RIMALHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail	Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie	Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie	Mme SIEGFRIED Aurore	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme FLOCH Pauline	Bactériologie-Virologie	M. TAFANI Jean-André	Biophysique
Mme GALINIER Anne	Nutrition	M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme GALLINI Adeline	Epidémiologie	Mme VALLET Marion	Physiologie
M. GANTET Pierre	Biophysique	M. VERGEZ François	Hématologie
M. GASQ David	Physiologie	Mme VUA Lavinia	Biophysique et médecine nucléaire
M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction		

M.C.U. Médecine générale

M. BISMUTH Michel
M. BRILLAC Thierry
Mme DUPOUY Julie
M. ESCOURROU Emilie

Maîtres de Conférence Associés

M.C.A. Médecine Générale

M. BIREBENT Jordan
Mme BOURGEOIS Odile
Mme BOUSSIER Nathalie
Mme FREYENS Anne
Mme LATROUS Leila
M. PIPONNIER David
Mme PUECH Mariette

Remerciements

À Madame le Professeur Marie-Ève ROUGÉ-BUGAT, pour avoir accepté d'évaluer notre travail de thèse et de présider ce jury. Permettez-nous de vous témoigner notre profond respect.

À Monsieur le Docteur Bruno CHICOULAA, vous nous faites l'honneur de juger cette thèse. Nous vous adressons nos sentiments les plus respectueux.

À Madame le Docteur Amandine PEYRE-MÜLLER, nous te remercions d'avoir accepté de participer à ce jury et nous sommes toujours reconnaissants du stage passé dans ton cabinet.

À Madame le Docteur Nathalie BOUSSIER, pour avoir accepté de diriger notre thèse. Nous te remercions pour ton aide et tes conseils précieux tout le long de ce travail.

Remerciements personnels : Léo

Mamie, ton soutien sans faille m'a permis d'arriver jusqu'ici. Merci pour ton amour au quotidien depuis toujours.

Maman, je n'aurais passé aucune des différentes étapes de ma vie sans toi. Merci pour ton accompagnement psychologique et matériel, ton dévouement et ton amour sans jamais rien demander en retour. Christian, merci pour ton soutien et tes conseils.

Nausicaa, Laura et Manon, je suis vraiment fier d'être votre frère ; je loue votre intelligence et votre humanité. Merci pour votre protection, votre accompagnement et votre exemplarité. Gaël, Zoé, Charlie et Titouan, vous êtes des enfants merveilleux, vous faites de moi un tonton très fier.

Papa, merci pour ta transmission du métier et ce que tu m'as permis de découvrir.

Tatie, merci pour ton soutien depuis toujours. Arnaud, Laurent et Pauline, vous avez marqué mon enfance.

Perrine, tu me rends heureux depuis que l'on s'est rencontré. Merci pour ce que tu es et ce que tu m'apportes au quotidien, il me tarde de voir ce que l'avenir nous réserve.

Fabio, si on m'avait dit que tu serais dans mes remerciements de thèse il y a 20 ans... Merci pour ton soutien au quotidien, c'est aussi grâce à toi si j'en suis là aujourd'hui, tant sur le plan personnel que professionnel. Merci pour ces rires au quotidien, pour ta présence quand ça va ou ça ne va pas, tes conseils vestimentaires et musicaux, tes repas, ces soirées plus ou moins inoubliables et tout le reste. J'espère être à la hauteur de ce que tu m'apportes.

Momo et Jean, vous avez rendu mes études beaucoup plus faciles par votre présence au jour le jour, dans les bons comme dans les mauvais moments. J'espère pouvoir voyager, randonner, skier etc... avec vous encore de nombreuses fois. Votre amitié m'est très précieuse.

Thibaut (parpaing), merci pour ta présence et ton humour, le temps que tu prends pour nous organiser des événements inoubliables et des soirées oubliables. Tu es un grand chirurgien et je suis fier de pouvoir suivre ton parcours. Merci de m'avoir poussé à la course à pied et au trail. Je suis persuadé qu'on se suivra encore longtemps. Aya.

Théo, le giga parpaing, faire la thèse avec toi aura été très facile, certains diront contre toute attente. Je suis fier de t'avoir eu comme co-thésard en plus de t'avoir comme ami depuis

toutes ces années. Encore une fois merci pour ces moments sportifs, ces soirées, ces jeux, ces voyages. Tu es toujours là au rendez-vous (avec 30 minutes de retard).

Marie, Mathilde, Célia, Laure, Sylvie, Léa et Lucile, vous êtes des rayons de soleil, c'est un plaisir de vous avoir eu comme amies depuis toutes ces années. Je suis très fier de pouvoir suivre les différents chemins de vie que vous prenez et je sais que je peux toujours compter sur vous.

Alexandre, Alexandre, Louis, Guillaume, Mehdi, Jo, Corentin, Paul, les copains de l'externat, merci pour tous ces bons moments.

Les co-internes, Marie, Alix et Romain, merci d'avoir rendu l'internat plus facile !

A mes chefs et maîtres de stage, Pr Oustric, Pr Rougé-Bugat, Dr Gimenez et Dr Clairet-Oustric, l'expérience enrichissante dans votre cabinet aura permis de finalement confirmer ma voie dans cette belle spécialité.

Merci à l'équipe médicale et paramédicale des urgences d'Albi pour leur accueil, leur formation et leur bonne humeur malgré des conditions difficiles.

Merci au Dr Hermabessiere et au Dr Gérard pour ces stages très instructifs en gériatrie. Amandine, tu m'as donné une image de la médecine générale que j'ai envie de reproduire, merci pour ton accueil, tes conseils, ton accompagnement et ta sympathie, je loue ton dévouement envers les patients, désolé de t'avoir infligé ce rôle de jury de thèse mais c'était important pour nous et encore désolé pour toi que tu aies eu à subir Jean, Théo et moi à la suite. Merci au Dr Parra, Dr Le Tallec et au Dr Montalegre pour leur accueil et leur formation, je suis certain d'appliquer de nombreux conseils reçus tout au long de ma carrière.

Jonathan, merci pour ton accueil, ton dévouement à l'égard de tes internes et ta sympathie, j'ai passé de très bons moments à Villemur malgré les journées chargées et je pense avoir trouvé un modèle d'exercice qui pourrait me convenir. Merci Marielle et Eric pour votre confiance, votre sympathie et votre soutien pendant le stage.

Carine, merci de m'avoir accepté pour le stage annexe. J'ai découvert quelqu'un avec un dévouement rare envers ses patients en plus d'excellentes compétences. Tu me donnes de l'espoir avec ta médecine, ta confraternité et ta gentillesse.

Merci Marc, Christian et Georges pour ce dernier SASPAS. Merci au Dr Ghrenassia de m'avoir accepté au sein de l'HAD Pasteur.

Remerciements personnels : Théo

À ma famille

Mamie Monique, merci pour ta gentillesse et pour cette grande famille si chaleureuse et soudée, je suis heureux d'avoir pu grandir et m'épanouir dans cette famille qui m'a tant apporté.

Maman, la liberté que tu m'as toujours laissée depuis petit m'a permis de devenir qui je suis aujourd'hui, merci de cette confiance que tu as toujours eue en moi. Merci également pour ton soutien sans faille et ton amour, tu es vraiment le pilier de cette famille que j'aime tant.

Papa, merci de m'avoir toujours supporté dans toutes mes idées farfelues que ce soit pour avoir une chèvre naine, pour construire des cabanes, pour avoir un grenadier ou encore aujourd'hui dans mes activités sportives ! Toutes ces choses que tu m'as apprises en dehors du scolaire me sont très précieuses.

Grand frère, merci d'avoir toujours été un modèle pour moi, tu es vraiment le meilleur frère (en même temps tu es le seul); je suis fier d'être le tien et que tu sois là pour partager tant de choses ensemble !

Charlotte, Lola, Angie, la naine, vous êtes des sœurs parfaites (sauf toi la naine tu es adoptée), je chéris tous ces moments en famille passés à vos côtés et les fous-rires réguliers dans nos moments intelligents en famille.

Nico, je te dois une grande partie de mes connaissances musicales et cinématographiques (je ne sais pas si je dois te remercier de toujours écouter du Blink-182 à 27 ans).

A tout le reste de la famille, désolé de ne pas vous citer un par un mais je n'ai pas envie que ces remerciements soient plus longs que la thèse.

À mes amis

Guitou, même avec la distance tu es un ami précieux, je ne pourrai jamais me passer de nos séances de sport et de nos délires de muscu, j'espère te revoir bientôt dans le Sud !

Olive, on se connaît depuis tant d'années, tu es la pierre angulaire de ce groupe de potes parfait, traîner avec toi est toujours un plaisir, il nous reste encore tellement de souvenirs à créer ensemble.

Mon roux, on a vécu tellement de choses ensemble que ce soit l'airsoft, la mobylette, les soirées et tellement encore à venir, je sais que je pourrai toujours compter sur toi.

Roman, Quentin (mon plus vieil ami), Sofien, Gab vous faites partie de ces vieilles amitiés qui j'espère dureront encore longtemps, notre groupe de potes est tellement important à mes yeux.

Au groupe des urgences de Tarbes, Daph (on se voit bientôt sur un marathon), Sean, Lulu, Elise, Mathilde, Celia, Camille, j'ai vécu un semestre parfait avec vous malgré les circonstances, c'était vraiment la colonie de vacances, j'espère qu'on continuera encore longtemps de se voir y compris pour nos soirées GEP !

Ulysse, tu fais partie de ces amitiés qui arrivent quand on ne s'y attend pas, c'était un plaisir d'être ton coloc et c'est un plaisir encore plus grand que de continuer à te voir.

Clément, c'est un plaisir de passer du temps avec toi, à bientôt pour notre prochain défi sportif.

Thibaut, pas le plus intelligent de la bande mais ça tombe bien moi non plus, j'ai adoré partager cette expérience du roadtrip en Australie avec toi (merci d'avoir supporté mon odeur), encore de nombreuses soirées intelligentes sont à venir j'en suis sûr, yatangaki !

Jeannot (bread-bread), Momo, Fabio vous avez tous été une partie importante de mon parcours dans les études de médecine, merci à vous d'être toujours présents.

Léo, je n'aurai pas pu rêver mieux comme partenaire de thèse et comme ami, cela aura été un plaisir de faire cette thèse avec toi, merci d'avoir rendu ça si simple. Tu es un ami formidable, attentionné et toujours présent. Tu as beau être le gars le plus intelligent que je connaisse, tu es quand même un sacré pinpin en soirée et j'espère qu'on en vivra encore de nombreuses ensemble !

À mes maîtres de stage

Amandine, merci pour ton accueil et ta pédagogie, à travers ton stage j'ai eu la confirmation que j'avais fait le bon choix en optant pour la médecine générale.

Jérôme, je n'aurai pas pu espérer mieux comme dernier maître de stage, tu es un exemple que ce soit sur le plan professionnel ou personnel, ne t'en fais pas tu l'auras un jour ta revanche (enfin si ton corps ne te lâche pas avant).

À Juliette

Tu es la personne la plus importante à mes yeux depuis déjà tant d'années. Tu as toujours été d'un soutien infailible, tu es la personne qui me connaît le mieux et pourtant malgré cela tu as quand même bien voulu rester avec moi ! C'est un tel bonheur de partager ma vie avec toi et j'espère que l'on va encore construire de nombreuses choses ensemble.

Je sais que c'est difficile à croire mais mon amour pour toi est encore plus grand que celui que j'ai pour la muscu !

Je suis heureux que tu sois rentrée dans ma vie, merci d'être là.

Table des matières

Introduction	12
Matériel et méthodes.	14
Stratégie de recherche.....	14
Critères de sélection : inclusion et exclusion	16
Critères d'inclusion :.....	16
Critères d'exclusion :.....	17
Sélection des articles.....	17
Evaluation de la qualité des études et extraction des données.	17
Qualité des articles sélectionnés :.....	18
Résultats.....	19
Description des études sélectionnées.....	19
Synthèse des résultats :.....	19
1/ Patients.....	20
2/ Aidants.....	21
3/ Médecins généralistes.....	22
4/ Intervenants.....	23
5/ Organisation.....	24
Discussion.....	29
Discussion des principaux résultats	29
Forces de l'étude.....	34
Faiblesses de l'étude	35
Conclusion	36
Références bibliographiques :.....	38

Introduction

Les soins palliatifs sont définis par l'OMS en 2002 (1) comme « des soins cherchant à améliorer la qualité de vie des patients et de leur famille, face aux conséquences d'une maladie potentiellement mortelle, par la prévention et le soulagement de la souffrance, identifiée précocement et évaluée avec précision, ainsi que le traitement de la douleur et des autres problèmes physiques, psychologiques et spirituels qui lui sont liés ».

En France, la première loi concernant les soins palliatifs a été publiée en 1999 (2) et garantie pour tous l'accès au soulagement de la douleur et aux soins palliatifs, elle inscrit également le droit pour le malade de s'opposer à une décision médicale et propose la création d'un congé d'accompagnement de fin de vie. La loi Kouchner du 4 mars 2002 clarifie les modalités du droit au refus de traitement et crée le droit de désigner une personne de confiance. La première loi spécifique à la fin de vie est publiée en 2005, il s'agit de la loi Léonetti et introduit l'interdiction de l'obstination déraisonnable lorsque les actes « apparaissent inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie ». Elle propose également le principe de collégialité et de transparence dans les décisions et crée les directives anticipées. Enfin, en 2016, la loi Claeys-Leonetti formule de nouveaux droits en faveur des personnes en fin de vie, avec notamment un renforcement du rôle de la personne de confiance et des directives anticipées qui désormais s'imposent au médecin. Mais surtout, elle instaure le droit à la sédation profonde et continue jusqu'au décès pour les personnes avec un pronostic vital engagé à court terme.

On compte en France environ 600 000 décès par an et on estime que ce chiffre sera de 700 000 à l'horizon 2040 (3). On assiste à un vieillissement de la population française qui conduit à une augmentation des maladies chroniques et de la morbidité avec une influence directe sur la prise en charge palliative et les conditions de fin de vie. En France, 53% des décès ont lieu à l'hôpital, 13% en EHPAD (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes), et seulement 24% au domicile (4). Les Français sont 85% à déclarer vouloir décéder à domicile, toutefois leurs proches ne sont que 35% à formuler ce même souhait (5). Cela pourrait s'expliquer par une crainte des proches face à la difficulté de la réalisation des soins palliatifs au sein du domicile, selon un rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales publié en 2017 (6). On estime également que 60% des situations de fin de vie nécessitent un accompagnement en soins palliatifs. La différence entre le souhait des Français de décéder à domicile et la réalité vient, toujours selon ce rapport, de l'institutionnalisation du système de soins français, avec notamment dans le dernier mois de vie de nombreux transferts du domicile vers l'hôpital pour 30% des décès. Ceci pouvant

provoquer un dépassement de l'offre capacitaire des hôpitaux en lits spécialisés en soins palliatifs et pouvant entraîner des décès dans des services classiques, voire aux urgences. Les auteurs de ce rapport pensent que le système existant ne permet pas actuellement de garantir l'assurance d'une prise en charge satisfaisante de l'accompagnement de la fin de vie à domicile.

Devant la potentielle insuffisance de qualité de ces soins, il semble important de recenser les éléments permettant d'accéder à une amélioration des conditions de décès à domicile du point de vue de l'ensemble des acteurs de soins.

L'objectif de ce travail est, par le biais d'une revue systématique de la littérature, de déterminer les facteurs de réussite d'une prise en charge palliative au domicile.

Matériel et méthodes.

Nous avons réalisé une revue systématique de la littérature en respectant les critères internationaux PRISMA 2020 (annexe I). La sélection des articles a débuté en février 2022 jusqu'au 17 mai 2022. L'ensemble des étapes du travail de recherche a été fait par deux chercheurs.

Stratégie de recherche.

Plusieurs bases de données ont été interrogées : Pubmed, la Base de Données en Santé Publique, Google Scholar, Embase et Web of Science.

Les éléments permettant de déterminer les équations de recherche pour inclure les articles dans la revue systématique de la littérature ont été guidés par l'intitulé de la question de thèse : « quels sont les facteurs de réussite d'une prise en charge de soins palliatifs à domicile ? ».

Nous avons pu affiner nos équations de recherche en nous appuyant sur des thésaurus biomédicaux : MeSH (Medical Subject Headings) et HeTOP (Health Terminology/Ontology Portal). Les équations de recherche ont été divisées en trois thèmes : les soins palliatifs, la prise en charge au domicile et les facteurs de réussite.

Pour les soins palliatifs, nous avons retenu les termes : « palliative care », « end of life », « end of life care », « care, palliative », « soins palliatifs » et « fin de vie ».

Pour la prise en charge au domicile, nous avons utilisé : « home care service », « family practice », « general practice », « general practitioner », « care givers », « family members », « patients », « interprofessional relations », « community health nursing », « health care providers », « home » et « domicile ».

Pour les facteurs de réussite, nous avons retenu : « assessment, healthcare quality » et « quality improvements ».

Définition MeSH des termes :

- « Home care service »: community health and nursing services providing coordinated multiple services to the patient at the patient's homes. These home-care services are provided by a visiting nurse, home health agencies, hospitals, or organized community groups using professional staff for care delivery. It differs from home nursing which is provided by non-professionals.

- « Palliative care »: care alleviating symptoms without curing the underlying disease.
- « End of life care »: medical and nursing care of patients in the terminal stage of an illness.
- « Family practice »: a medical specialty concerned with the provision of continuing, comprehensive primary health care for the entire family.
- « General practice »: patient-based medical care provided across age and gender or specialty boundaries.
- « General practitioner »: those physicians who have completed the education requirements specified by the American Academy of Family Physicians.
- « Care givers »: persons who provide care to those who need supervision or assistance in illness or disability. They may provide the care in the home, in a hospital, or in an institution. Although caregivers include trained medical, nursing, and other health personnel, the concept also refers to parents, spouses, or other family members, friends, members of the clergy, teachers, social workers, fellow patients.
- « Family members »: a social group consisting of parents or parent substitutes and children.
- « Patients »: individuals participating in the health care system for the purpose of receiving therapeutic, diagnostic, or preventive procedures.
- « Interprofessional relations »: the reciprocal interaction of two or more professional individuals.
- « Community health nursings »: general and comprehensive nursing practice directed to individuals, families, or groups as it relates to and contributes to the health of a population or community. This is not an official program of a Public Health Department.
- « Health care providers »: men and women working in the provision of health services, whether as individual practitioners or employees of health institutions and programs, whether or not professionally trained, and whether or not subject to public regulation.
- « Assessment, healthcare quality »: activities and programs intended to assure or improve the quality of care in either a defined medical setting or a program. The concept includes the assessment or evaluation of the quality of care; identification of problems or shortcomings in the delivery of care; designing activities to overcome these deficiencies; and follow-up monitoring to ensure effectiveness of corrective steps.
- « Quality improvements »: the attainment or process of attaining a new level of

performance or quality.

Le Tableau 1 présente les équations de recherche utilisées en fonction des bases de données.

Tableau 1 : Bases de données et équations de recherche

Bases de données	Équations de recherche
Pubmed	<ol style="list-style-type: none"> 1. (home care service[MeSH Terms]) AND (palliative care[MeSH Terms]) 2. (end of life care[MeSH Terms]) AND (home care services[MeSH Terms]) 3. (((family practice[MeSH Terms]) OR (general practice[MeSH Terms])) OR (general practitioner[MeSH Terms])) AND (care, palliative[MeSH Terms]) 4. ((care givers[MeSH Terms]) OR (family members[MeSH Terms])) AND (palliative care[MeSH Terms]) 5. (patients[MeSH Terms]) AND (palliative care[MeSH Terms]) 6. ((interprofessional relations[MeSH Terms]) OR (community health nursings[MeSH Terms])) AND (palliative care[MeSH Terms]) 7. ((health care providers[MeSH Terms]) AND (palliative care[MeSH Terms])) AND (home care services[MeSH Terms]) 8. ((assessment, healthcare quality[MeSH Terms]) OR (quality improvements[MeSH Terms])) AND (palliative care[MeSH Terms])
BDSP	<ol style="list-style-type: none"> 1. « soins palliatifs AND domicile » 2. « fin de vie AND domicile »
Google Scholar	<ol style="list-style-type: none"> 1. Titres : End of life home 2. Titres : Palliative care home
Embase	<ol style="list-style-type: none"> 1. Quick search: Title: palliative care AND home 2. Quick search: Title end of life AND home
Web of Science	<ol style="list-style-type: none"> 1. Title: Palliative care AND home 2. Title: end of life AND home

Critères de sélection : inclusion et exclusion

Critères d'inclusion :

Les articles inclus devaient être rédigés en français ou en anglais.

Les articles sélectionnés devaient être des études interventionnelles, observationnelles (cohorte, cas-témoins, études transversales) ou des méta-analyses.

Le pays d'origine de l'étude n'était pas limité.

La population étudiée devait comprendre des patients âgés de plus de 18 ans, pris en charge au domicile.

La date de publication devait être comprise entre le 1^{er} janvier 2016 et le 17 mai 2022.

Critères d'exclusion :

La population était inappropriée ou l'objectif inadapté.

La totalité du texte n'a pas pu être récupéré au 11 Novembre 2022.

Il s'agissait d'éditoriaux, de lettres, d'analyses ou de publications issues de livres.

Les revues systématiques de la littérature.

Le type d'étude réalisée n'était pas précisé.

Le plan ne répondait pas aux critères IMRaD.

Sélection des articles

La sélection des articles a été faite en plusieurs étapes successives selon l'ordre chronologique décrit ci-dessous.

- Analyse du titre de l'article après exclusion des articles rédigés dans une autre langue que l'anglais ou le français : si les informations apportées permettaient clairement de penser que l'article ne répondait pas à la question de recherche, celui-ci était exclu.

- Analyse du résumé de l'article : inclusion des articles les plus pertinents pour répondre à la question de recherche.

- Lecture de l'intégralité des articles retenus : confrontation avec les critères d'inclusion et d'exclusion cités au paragraphe précédent.

- Evaluation des articles retenus avec lecture par chaque chercheur.

A chaque étape, une mise en commun et une confrontation des résultats de chaque chercheur a été réalisée.

Evaluation de la qualité des études et extraction des données.

Pour chaque article sélectionné, nous avons procédé à une évaluation méthodologique adaptée au type d'étude.

Pour les études observationnelles, nous avons utilisé la grille de lecture STROBE (annexe II) pour la qualité du rapport.

Pour les essais randomisés, nous avons utilisé la grille de lecture CONSORT (annexe III) pour évaluer la qualité du rapport.

Pour les études qualitatives, nous avons utilisé la grille de lecture COREQ (annexe IV) pour la qualité du rapport.

Qualité des articles sélectionnés :

Chaque chercheur a évalué tous les articles de façon indépendante puis après concertation des deux investigateurs un accord a été trouvé concernant le score final attribué à chaque article. Cette synthèse des évaluations est disponible (annexe V).

Concernant la qualité des articles sélectionnés, les études quantitatives ont été évaluées à l'aide de la grille STROBE. Cette grille compte 34 items. Dans la sélection finale d'articles, il y avait quinze études relevant de cette méthodologie. Les scores allaient de 11 à un maximum de 26 avec une moyenne de 20,6/34.

Les études qualitatives ont été évaluées sur la base de la grille COREQ qui comprend 32 items. Les seize études sélectionnées relevant de cette évaluation obtenaient un score allant de 11 à 25 avec une moyenne de 18,9/32.

Les trois essais randomisés sélectionnés dans notre travail ont été évalués avec la grille CONSORT et obtenaient un score de 26 à 29 sur 37 items avec une moyenne de 27,3/37.

Résultats.

Description des études sélectionnées.

Les données concernant la sélection et l'inclusion des articles sont disponibles dans le diagramme de flux (figure 1).

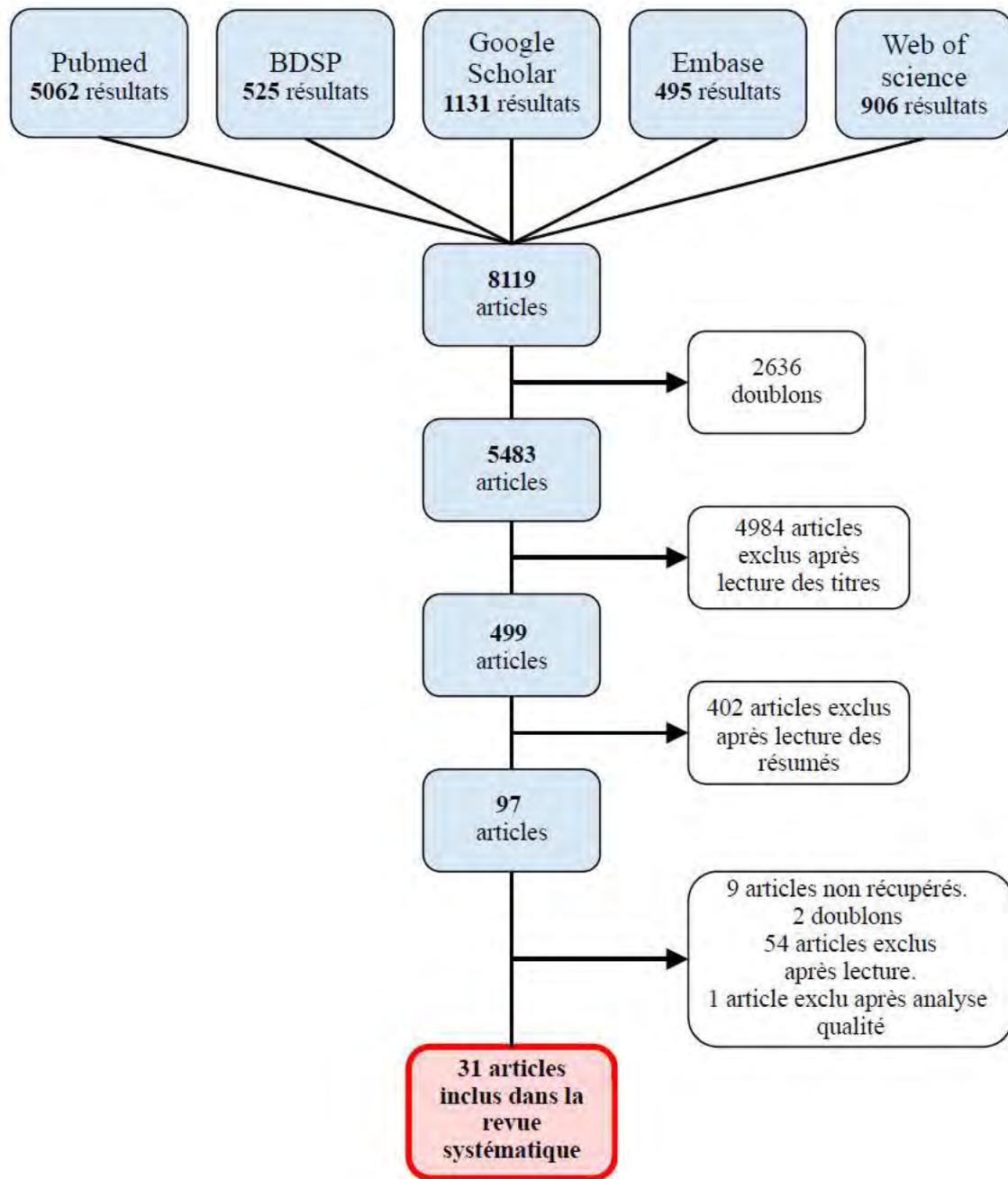


Figure 1 : diagramme de flux de sélection des articles.

Synthèse des résultats :

Après avoir lu attentivement chaque article, nous avons résumé les principales caractéristiques de chaque étude, en synthétisant la méthode utilisée, la population étudiée,

le contexte de réalisation de l'étude ainsi que le pays, la présence ou non de conflit d'intérêt, les principaux résultats utiles et le score de qualité (annexe VI).

À la suite de l'analyse de cette synthèse, nous avons décidé de séparer nos résultats en cinq thèmes majeurs liés aux facteurs de réussite concernant : les patients, les aidants, les intervenants, les médecins généralistes et l'organisation des soins.

1/ Patients.

Le sentiment de sécurité est un facteur clé récurrent parmi les études sélectionnées. (7–10) Dans l'étude de Dillen K. et Al (7), une attitude centrée sur le patient est un facteur déterminant contribuant au sentiment de sécurité ressenti par les patients et les aidants. Pour ces derniers, plusieurs paramètres semblent importants afin d'y parvenir : la disponibilité des équipes soignantes, un partage des informations nécessaires au sein de ces équipes, une communication claire et une coopération entre toutes les parties, une éducation et une autonomisation du patient ainsi qu'une confiance de ce dernier en l'équipe le prenant en charge. La population étudiée loue également les compétences des professionnels de santé, l'investissement de leur médecin traitant et l'adaptabilité des intervenants face aux imprévus du quotidien. Enfin, il semble primordial d'établir une collaboration efficace avec les acteurs externes comme les médecins spécialistes ou les pharmaciens. Dans l'étude de Rainsford S et Al (10), le décès en sécurité permet de maintenir une connexion avec son identité passée, une autonomie, un contrôle concernant les décisions de fin de vie de même qu'il permet de ne pas être dépassé par les symptômes physiques de la fin de vie.

Dans l'étude de Danielsen BV (8), un bon départ de la prise en charge est nécessaire à sa réussite future pour le patient et sa famille. Pour ce faire, la transition de l'hôpital vers le domicile doit être de bonne qualité, avec une consultation précoce initiale par le médecin généraliste permettant d'instaurer une collaboration efficace d'emblée entre tous les participants de cette prise en charge. Il est primordial de faire en sorte que le système de soins fonctionne pour le patient (11). De même, une initiation précoce des soins palliatifs, comparée à une prise en charge tardive dans l'étude de Dhollander N (12), permet d'apprendre aux participants à mieux se connaître afin de se concentrer sur des objectifs et des éléments positifs qui mènent à une autonomisation et une valorisation des patients et des soignants. Elle permet également une programmation plus structurée des soins englobant les patients et les aidants (planification, fréquence des visites adaptée aux besoins, support psycho-social) et ainsi d'éviter les situations de crise de fin de vie.

Le lieu du décès est un élément important de la réussite d'une prise en charge. Le domicile est vu comme un lieu de sécurité et de contrôle, de souvenir et familial où la

normalité est maintenue (10,13). Le nombre de jours passés au domicile est vu comme un facteur de satisfaction des soins prodigués par le médecin généraliste du point de vue du patient (13). En revanche, un décès au domicile n'est pas forcément synonyme d'une fin de vie réussie ; quand le domicile devient moins sûr, changer d'environnement n'altère pas la qualité du décès pour la plupart des patients et des aidants (10).

D'après l'étude de Koenig Kellas J (14) qui a interrogé des aidants familiaux, des patients survivant de cancer et des professionnels de santé, on constate que le cancer est défini comme une expérience commune parmi ces participants. Dans cette expérience, le support apporté par les équipes de soins (émotionnel, pratique, non verbal) est déterminant dans l'obtention d'une communication et d'un relationnel efficace. Ceci permet aux équipes de se mettre à la place du patient afin de travailler dans la même direction pour redéfinir l'espoir du patient.

2/ Aidants.

L'étude de Vermogen M (15) montre qu'une relation unique adaptée aux variations individuelles et contextuelles des aidants est la clé d'une bonne collaboration avec les professionnels de santé. En effet, l'aidant est à respecter à la fois comme quelqu'un ayant des besoins de soins et comme un membre de l'équipe médicale. Il est nécessaire d'instaurer une transparence des informations et d'établir une communication avec un langage adapté en fonction de l'aidant permettant une bonne coordination des soins entre toutes les parties. De plus, on apprend dans l'étude de Van Baal K (16) que selon des médecins généralistes, l'intégration des aidants à tous les niveaux de la prise en charge de soins palliatifs est un facteur important. L'étude de Franchini L (17) met en évidence que les facteurs associés à une meilleure qualité de vie de l'aidant sont : une meilleure préparation au rôle d'aidant, une meilleure autonomie du patient (IADL – Instrumental Activities of Daily Living élevé) et le fait d'être de sexe masculin. D'un autre côté, ceux associés à une qualité de vie moindre sont : un statut émotionnel dégradé, trop de temps passé auprès du patient, un fardeau plus important ainsi qu'un patient de sexe masculin. Comme vu précédemment, un décès au domicile peut être considéré comme une réussite, des facteurs concernant l'aidant permettant de faciliter sa survenue ont été montrés dans l'étude de Robinson CA (11) : la disponibilité de l'aidant, l'expérience dans ce rôle et une détermination pour prodiguer ces soins à domicile comme élément clé. Pour favoriser cette détermination, on apprend dans cette même étude la nécessité de débiter les soins palliatifs de façon formelle, obtenir de l'aide au bon moment, savoir demander et recevoir de l'aide, un soutien de l'entourage familial ainsi que l'importance d'avoir du répit.

Plusieurs études ont étudié l'effet d'une intervention psycho-éducatrice auprès des aidants dans un contexte de soins palliatifs au domicile. Dans l'étude de Norinder M (18), une intervention était dispensée aux aidants afin de pouvoir délivrer de meilleurs soins et d'apporter un support met en évidence un sentiment de sécurité au domicile amélioré grâce à une meilleure gestion des symptômes, des gestes de la vie quotidienne facilités et sécurisés ainsi qu'un accès amélioré à des informations et à des aides matérielles. La discussion s'en trouvait facilitée et plus honnête permettant à l'aidant d'avoir le sentiment d'être quelqu'un d'impliqué et d'essentiel dans l'équipe de soins. Une autre étude, celle de Von Heymann-Horan A (19), évaluant une intervention psychologique conjointe concernant le patient et l'aidant démontre que celle-ci permet une diminution significative des symptômes d'anxiété des aidants tout au long de la prise en charge. De plus, dans l'étude de Holm M (20) qui évalue les effets d'une formation de groupe psycho-éducatrice avec pour objectif d'améliorer la préparation des aidants, on retrouve une majoration significative du sentiment de préparation des aidants ainsi que leurs compétences concernant les soins délivrés. Enfin, une dernière étude de Petursdottir AB (21), évaluant l'efficacité de sessions de conversations thérapeutiques sur les aidants a montré une majoration du soutien émotionnel et cognitif, une diminution des symptômes de stress ainsi qu'une diminution du fardeau de l'aidant.

Le travail de Milberg A (22) a étudié les facteurs prédictifs du sentiment de soutien entre membres de la famille en situation de soins palliatifs, il en ressort plusieurs variables prédictives de ce sentiment de support : recevoir du soutien de la part de membres de la famille moins proches à la fois concernant le patient et l'aidant, se sentir en sécurité dans la délivrance des soins au domicile et avoir une possibilité de répit si souhaité. Deux paramètres non modifiables font partis de ces facteurs : ne pas être les enfants du patient et être un membre de la famille vivant seul.

3/ Médecins généralistes.

Dans l'étude de Oude Engberink A et Al (23), les médecins généralistes rappellent l'importance d'envisager les soins palliatifs comme la transition d'un soin centré sur la maladie à un soin multidimensionnel centré sur le patient, notion que l'on retrouve dans le travail de Oosterveld-Vlug MG et Al (24). Ce soin est empathique et adaptable aux préférences du patient. Ces médecins soulignent aussi la nécessité d'initier une discussion précoce pour anticiper d'éventuels événements intercurrents et les souhaits du patient. Cette planification précoce revient dans de nombreuses études (8,16,23), avec notamment l'intérêt d'une consultation initiale rapide au début des soins palliatifs par le médecin traitant, qui doit également se montrer investi pour renforcer le sentiment de sécurité du patient (7).

De nombreux travaux insistent sur la nécessité de compétences professionnelles solides du médecin traitant (7,16,24,25). Par exemple, l'étude de Giezendanner S et Al (25) où des médecins généralistes évaluent les facteurs importants de leurs compétences dans les soins de fin de vie, montre que les compétences non somatiques (culturelles, spirituelles, légales) sont presque aussi importantes que les compétences somatiques avec la notion de gestion de la douleur et des symptômes comme compétence clé (16). Malgré l'importance qu'ils accordent aux soins non somatiques, ils se sentent moins confiants dans leur délivrance. Dans cette même étude, on arrivait à brosser un portrait des médecins se sentant plus à l'aise dans les soins palliatifs : ils étaient plus âgés, effectuaient plus de visites à domicile (notion importante soulignée par les aidants qui se montrent plus satisfaits si le médecin généraliste en faisait plus souvent (13)) et ayant bénéficié de plus de formations en soins palliatifs. Cette nécessité de formation spécifique ainsi qu'une sensibilisation étaient vues comme un angle d'amélioration dans la délivrance de ces soins par des médecins généralistes allemands afin de standardiser les prises en charge (16).

Les compétences nécessaires à ces soins, associées à une bonne collaboration entre les professionnels de santé, permettent aux patients de diminuer le risque d'hospitalisation (8). Cette collaboration (16) est un des indicateurs de bonne prise en charge déterminés par des patients et leurs familles dans l'étude (24), les autres étant une disponibilité du médecin, un transfert d'informations entre les soignants, des procédures rapides et claires ainsi qu'une proactivité (optimiser les soins, discussions ouvertes sur la fin de vie, et informations délivrées au moment opportun).

4/ Intervenants.

Dans l'étude de Seipp H et Al (9), un des facteurs clés de la réussite d'une prise en charge de soins palliatifs spécialisés à domicile passe par une focalisation des intervenants sur la qualité des relations, le respect des individualités et l'autonomisation. Afin d'y parvenir, plusieurs études (14,23,24) insistent sur l'importance d'une disponibilité afin d'organiser une présence humaine autour du patient. D'après l'étude de Oosterveld-Vlug MG et Al (24), certains des éléments considérés comme essentiels par les patients et leurs familles sont : des soins centrés sur la personne (montrer de l'intérêt pour le patient et sa famille, créer un lien de confiance) et une proactivité des intervenants. Dans cette même étude, comme rappelé dans d'autres travaux (7,8,25), la collaboration avec les intervenants externes (médecins spécialistes, pharmaciens) et une coopération au sein de l'équipe de soins sont primordiales pour le bon déroulement de la prise en charge.

Un autre aspect important des intervenants au domicile est le traitement des symptômes complexes, pouvant parfois mettre en difficulté les équipes, tout en apportant

des soins compréhensifs au patient (sur l'organisation des soins et en fonction des besoins du patient). Afin d'y parvenir, il est rappelé qu'il est essentiel pour les équipes d'impliquer les proches et d'arriver à évoquer le sujet de la mort (9). On rappelle une nouvelle fois que l'une des bases des soins à domicile repose sur des compétences médicales solides des soignants (24). De plus, il est capital pour les équipes d'avoir une certaine adaptabilité au quotidien et parfois pour la réalisation de tâches non prévues (7). Par exemple, dans l'étude de Wilson E et Al (26) qui interroge des professionnels de santé sur la gestion des thérapeutiques à domicile, il est rappelé la nécessité de réfléchir et de trouver des moyens adaptés au cas par cas en fonction des différentes médications, galéniques et des caractéristiques du patient. Pour y aboutir, un moyen simple mais efficace est l'utilisation de piluliers afin d'améliorer l'organisation et d'éviter les oublis tout en considérant que ceux-ci peuvent retirer de la responsabilité au patient et qu'ils ne sont pas adaptés à toutes les galéniques. Un guide de prise des médicaments peut s'avérer utile à certains traitements tout comme des contenants sécurisés chez les patients avec troubles cognitifs.

5/ Organisation.

Méthodes de délivrance des soins palliatifs.

Il existe différents axes d'organisation des soins palliatifs au domicile. Dans l'étude de Krause M et Al (27) qui compare des soins palliatifs de premier recours gérés par le médecin généraliste à des soins palliatifs délivrés par des équipes spécialisées, on observe que les patients pris en charge par les médecins généralistes ont plus de probabilité de décéder à l'hôpital, de recevoir des soins hospitaliers, de recevoir des soins intensifs, de recevoir ou de changer une gastrostomie et pour les patients atteints de cancer de recevoir une chimiothérapie. D'un autre côté, les patients atteints de cancer recevant des soins palliatifs spécialisés ont plus de probabilité de recevoir une nutrition parentérale. Cependant, il faut prendre en compte que les populations ne sont pas les mêmes dans ces deux types de prise en charge.

Afin d'optimiser le lien hôpital-domicile qui peut être délicat dans ce type de situation, des équipes mobiles de soins palliatifs peuvent apporter des solutions, comme étudié dans le travail de Fringer A et Al (28) qui interrogeait les aidants de patients ayant eu recours à ce support. Cette expérience était vue par la majorité comme aidante et positive, apportant un meilleur contrôle des symptômes de fin de vie, une meilleure compréhension de la pathologie du patient ainsi que des réponses adaptées; les proches se sentaient plus impliqués dans les soins et encouragés dans cette prise en charge leur permettant une meilleure adaptation face aux besoins du patient et d'en subir eux-mêmes moins de conséquences psychologiques et somatiques (amélioration du sommeil et moins d'anxiété).

Une amélioration notable de ces prises en charge peut passer par des soins centrés sur la pathologie du patient. En effet, dans le travail de Ng AYM et Al (29) qui compare des soins palliatifs classiques à un programme spécialisé dans l'insuffisance cardiaque, on observe une amélioration significative de la qualité de vie chez le patient sur le plan physique, psychologique et existentiel, certains symptômes étaient mieux contrôlés, notamment la dyspnée. Il existe par ailleurs une majoration de la satisfaction concernant les soins apportés ainsi qu'une réduction du fardeau de l'aidant.

Optimisation de la prise en charge.

À de nombreuses reprises dans les études sélectionnées, des méthodes pour accompagner au mieux le patient et sa famille à n'importe quelle heure du jour et de la nuit ont été présentées. Dans l'étude Keall R et Al (30) qui évaluait l'efficacité d'une nouvelle organisation concernant les soins palliatifs au domicile en dehors des heures ouvrées, on retrouvait, comparé à avant la mise en place de ce programme, des meilleurs taux de maintien au domicile après appel, moins de redirections vers les urgences, une augmentation des hospitalisations directes en dehors des soins palliatifs ainsi qu'une certaine économie en rapport avec les hospitalisations évitées (à nuancer avec l'augmentation de budget nécessaire à la création de ce programme). Cette nouvelle organisation était bien perçue par les soignants malgré l'impact sur leur temps de travail.

En continuité avec ce support, une étude française (31) réalisée par Rannou AL a exploré l'utilisation de la fiche « SAMU Pallia » regroupant des informations essentielles concernant le patient transmises au centre 15 de sa zone de résidence. Ces fiches permettaient un meilleur appui concernant la décision du régulateur sur le devenir du patient, étant un support pour la discussion concernant les situations difficiles de fin de vie. Malgré la méconnaissance de cet outil, les fiches étaient bien acceptées par leur utilisateur, permettant d'anticiper les différentes possibilités en cas d'aggravation si les rédacteurs avaient pris le temps de bien les rédiger en fonction des souhaits du patient.

Toujours dans cette optique d'améliorer la présence auprès du patient, l'étude de Hsu HS et Al (32) évaluait le taux de visites aux urgences pour dyspnée chez des patients bénéficiant d'une majoration du nombre de visites à domicile (sept jours par semaine) associée à une formation des aidants sur ce symptôme. On retrouvait, par rapport à une prise en charge plus classique avec cinq visites par semaine, une diminution significative du nombre d'entrées aux urgences et du risque d'admission pour le motif de dyspnée. De même, un axe d'amélioration possible supplémentaire pourrait être la mise en place ponctuelle d'un aidant professionnel non médical, comme évalué dans l'étude de Poulos RG et Al (33), en plus d'une prise en charge habituelle. Ce programme, apprécié par les aidants, permettait

une assistance pratique dans les tâches de la vie quotidienne, d'avoir du temps de repos, de pouvoir passer plus de temps de qualité avec leur proche ainsi que l'apport d'un support émotionnel afin de maximiser les chances d'un décès à domicile. Ce soutien était également perçu par les équipes médicales locales ainsi que par ces acteurs qui en ressentaient une satisfaction.

En plus du support humain majoré, un support technique peut être intéressant dans cette prise en charge. L'étude de Webber C et Al (34) évaluait l'impact de l'utilisation d'un kit médical (Symptom Response Kit) et d'outils de planification pour un décès à domicile (Yellow Folder). L'utilisation de ces aides permettait une augmentation significative de la probabilité de décéder à domicile.

Téléconsultation.

Depuis quelques années, la téléconsultation a modifié les façons de travailler dans le domaine médical. Cette méthode a été étudiée dans quelques travaux sélectionnés. Par exemple, dans l'étude de Middleton-Green L et Al (35) évaluant un service de téléconsultation géré par des infirmières 24h/24 dans un contexte de fin de vie, celui-ci permettait d'éviter des hospitalisations, des visites aux urgences, des visites du médecin traitant et des infirmières au domicile. Il permettait de plus d'apporter un support émotionnel et des conseils pratiques évitant des admissions inutiles ; quand l'admission s'avérait nécessaire, celle-ci pouvait se faire dans de bonnes conditions grâce à un travail coordonné entre les différents services. Afin d'améliorer l'accès aux soins, la télémédecine intégrée dans des soins palliatifs à domicile a été évaluée dans l'étude de Salem R (36), celle-ci permettait, pour les aidants, un support en termes de gestion et de guidance sur la gestion des symptômes, un support émotionnel grâce à une accessibilité plus importante. Du point de vue des professionnels de santé, ce service avait une meilleure efficacité que des visites physiques malgré la majoration des responsabilités qui pèsent sur l'aidant. En revanche, pour optimiser ce service, ces soignants précisaient l'importance d'avoir un professionnel expérimenté ayant accès à un aidant de confiance, chez un patient ayant déjà été vu en présentiel.

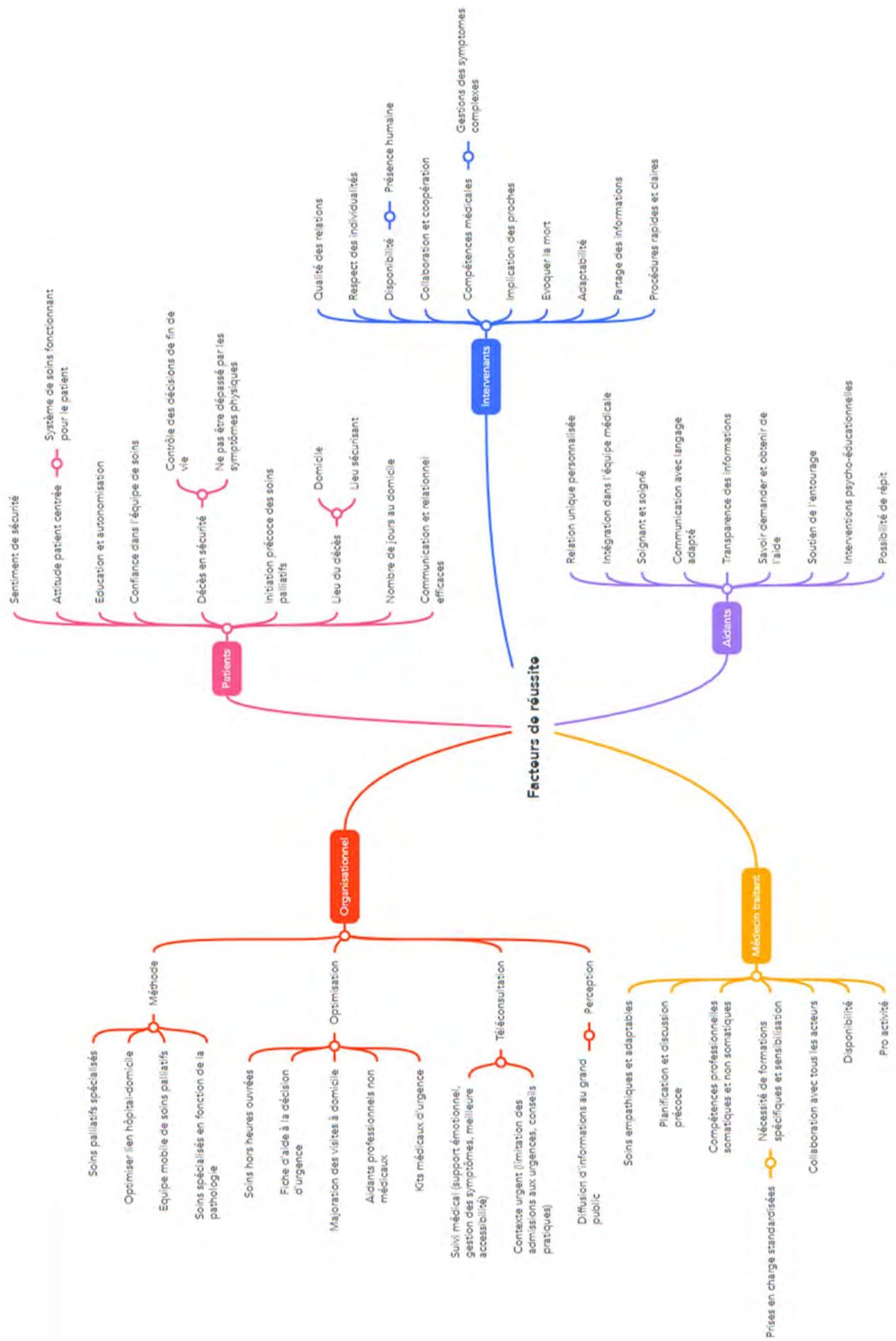
Perception des soins palliatifs.

Enfin, les préjugés concernant les soins palliatifs à domicile peuvent être potentiellement néfastes pour la qualité de ces soins. L'étude de Akiyama M et Al (37) a proposé et étudié la diffusion d'informations au grand public concernant les soins palliatifs sur une période de trois ans. Celle-ci a montré une amélioration de la perception générale de ces soins et de la connaissance des opioïdes auprès de la population et des familles des patients. De plus, chez les personnes les plus exposées à ces informations, on retrouve chez

les aidants une amélioration significative de la perception des soins palliatifs, des soins au domicile, de la connaissance des opioïdes et du sentiment de sécurité ; cette amélioration de la perception des soins au domicile et du sentiment de sécurité se retrouvait également dans la population générale.

L'ensemble des informations essentielles extraites ont été résumées dans une carte mentale dans la figure 2.

Figure 2 : Carte mentale des principaux résultats.



Discussion

Discussion des principaux résultats

Notre travail de recherche a permis de mettre en évidence différents facteurs de réussite en rapport avec les patients, les aidants, les intervenants, les médecins généralistes ou encore l'organisation des soins palliatifs. Ces différents facteurs de réussite peuvent être regroupés en axes d'amélioration que l'on peut retrouver dans les plans nationaux : feuille de route HAD (Hospitalisation à Domicile) 2021-2026 (38) et développement des soins palliatifs et accompagnement de la fin de vie 2021-2024 (39).

L'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) a publié en janvier 2017 un rapport sur la fin de vie et les soins palliatifs (6), dirigé par le Dr Gilles Duhamel, Julien Mejane et Prescillia Piron. Dans un premier temps, les auteurs font un état des lieux de la situation française. Comme cité en introduction, environ 300 000 personnes nécessitent des soins palliatifs chaque année. L'évaluation des prises en charge en dehors de l'hôpital est difficile devant l'absence d'éléments concrets ; contrairement au milieu hospitalier où l'on retrouve les Lits Identifiés Soins Palliatifs (LISP) ou Unités de Soins Palliatifs (USP) qui accueillent 71 000 patients par an et les différentes structures dédiées aux soins palliatifs (réseaux, hospitalisations à domicile, équipes mobiles de soins palliatifs) prenant en charge 65 000 patients chaque année. Le rapport met en lumière plusieurs éléments témoignant de prises en charge de moins bonne qualité : la multiplication et la juxtaposition des structures dédiées entraînant une succession des intervenants difficile à suivre peuvent avoir tendance à perdre les patients et leurs familles qui eux privilégient des interlocuteurs déjà connus ; certains patients doivent organiser eux-mêmes leur prise en charge grâce à un réseau informel ce qui bénéficie à ceux sachant s'orienter dans le système de soins ; la difficulté des interventions à domicile en dehors des heures ouvrées qui peut amener à des hospitalisations non souhaitées. Faisant le constat de ces potentiels défauts, les auteurs de ce rapport proposent des actions à entreprendre pour améliorer la prise en charge palliative de fin de vie en dehors de l'hôpital avec trois principales idées : remettre le médecin généraliste en tant que pivot de la prise en charge tout en le soutenant avec une offre de soins plus accessible et mieux équipée, avec notamment le repérage précoce des patients dans le parcours palliatif et la préparation de la conduite à tenir lors de la dégradation de l'état de santé du patient ; une rationalisation du recours à l'hôpital pour qu'il soit mieux utilisé en support du domicile tout en évitant les hospitalisations injustifiées, avec l'exemple actuel de l'utilisation incomplète des LISP (environ 50% de la capacité utilisée chaque année) ou de la faible participation des EMSP (Equipes mobiles de soins palliatifs) en ville alors que cette possibilité leur est laissée. Enfin, ils insistent sur la nécessité d'avoir accès à des données

fiables sur les soins palliatifs à domicile afin de mieux pouvoir piloter l'offre de soins. Les auteurs modèrent ces actions à entreprendre en signalant qu'il n'est pas nécessaire d'avoir une logique du « tout domicile », car ce n'est pas forcément le lieu adapté à toutes les situations de fin de vie et celui qui permet de limiter les dépenses de fin de vie notamment pour les malades. Les auteurs concluent ce rapport en proposant vingt-deux recommandations que l'on peut retrouver dans le Tableau 2.

Tableau 2 : Recommandations de l'IGAS concernant les soins palliatifs et la fin de vie à domicile.

Mobiliser le médecin traitant comme pivot des prises en charge palliative à domicile	
1	Prioriser les tâches de coordination des médecins généralistes sur la détection des situations de fin de vie et l'accompagnement pré-agonique
2	Prévoir des outils pratiques à destination des médecins portant sur l'aide à la détection et à l'accompagnement de fin de vie ; inclure des points spécifiques sur les prescriptions anticipées et les directives anticipées
3	Revoir les conditions de rémunération des médecins de ville en matière de prise en charge de fin de vie
En appui du médecin traitant organiser une offre plus accessible et mieux équipée	
4	Donner aux médecins coordonnateurs d'HAD ou d'EHPAD plus de liberté en matière de prescription thérapeutique dans les situations de fin de vie
5	Faciliter l'accès aux médicaments de réserve hospitalière et sanctuariser l'accès aux opioïdes
6	Tirer le bilan des expérimentations et s'interroger sur la pertinence et les modalités d'une tarification améliorée des soins palliatifs infirmiers à domicile
7	Faciliter l'articulation entre l'HAD et les SSIAD en permettant des zones de complémentarité
8	Définir et mettre en œuvre au niveau local une organisation rationalisée des structures d'appui et de coordination
9	Faciliter l'accès à l'offre d'appui en créant un numéro d'appel unique - voire une astreinte téléphonique - qui permette aux professionnels de santé d'activer les dispositifs d'appui présents dans leur région
10	Inciter financièrement le développement des réseaux et d'EMSP à domicile au moyen des FIR
Améliorer la continuité des prises en charge	
11	A l'hôpital, œuvrer à la participation effective des EMSP aux réunions de concertation pluridisciplinaires et aux réunions relatives aux médicaments de la liste en sus en cancérologie
12	En ville, créer un critère d'identification de la prise en charge palliative en ville et faire revoir les critères d'identification des situations palliatives de PATHOS dans les EHPAD
13	Anticiper et programmer le recours à l'hôpital avec le service concerné
14	Evaluer la mise en œuvre des documents de liaison entre les SAMU et la ville pour les conduites à tenir
15	Garantir l'accès 24H/24 à domicile au dossier de liaison d'urgence incluant fiche de souhaits de fin de vie et prescriptions anticipées
16	Prévenir les situations d'épuisement en favorisant le repérage et la gestion des situations à risque par les professionnels de santé
Prévenir le « tout domicile » en laissant une place au recours institutionnel	
17	Elaborer un référentiel permettant d'objectiver les situations de maintien à domicile sur la base de critères reconnus comme essentiels
18	Faire systématiquement intervenir les EMSP dans l'identification des LISP et faire garantir par le médecin DIM l'effectivité des séjours tarifés en LISP
19	Assurer un hébergement social et un accompagnement pour les personnes en situation de très grande précarité dans la phase de fin de vie
Renforcer le pilotage	
20	Etablir et diffuser auprès des ARS un référentiel d'indicateurs évaluant les prises en charge de fin de vie dans une optique de résultats et de moyens
21	Faciliter la mise à disposition par la CNAMTS de données chaînées sur les parcours de fin de vie selon un cahier des charges établi par les pilotes du Plan 2015-2018
22	Relancer les travaux de collecte et d'analyse de données par le Centre national des soins palliatifs et de la fin de vie

Le premier axe du plan national de la fin de vie « favoriser l'appropriation des droits en faveur des personnes en fin de vie » souligne l'importance de réaliser des campagnes nationales d'informations et de décliner des actions régulières pour améliorer les connaissances sur les soins palliatifs et les droits de fin de vie. En effet, seulement 48% de la population française connaît les directives anticipées, il y a donc un travail de sensibilisation à réaliser auprès des Français dans le but d'améliorer leurs connaissances dans ce domaine. Nous avons vu dans l'article de Akayama M (37) que la diffusion d'informations auprès du grand public japonais permettait d'améliorer les connaissances de ces derniers sur les soins palliatifs. De même, dans le plan national HAD 2021-2026, on retrouve l'importance de mieux faire connaître l'HAD auprès du grand public, des prescripteurs et des professionnels de santé afin d'en accroître le recours ainsi que l'attractivité auprès des soignants.

Dans l'action n°4 du plan national de la fin de vie « accompagner les aidants de personnes en fin de vie et conforter l'intervention des bénévoles », nous retrouvons différents facteurs de réussite évoqués précédemment grâce aux articles sélectionnés. En particulier la culture de l'anticipation (8,16,23), également abordée dans le plan HAD dans lequel il serait primordial de développer le bon recours à l'HAD à travers une évaluation précoce au sein des services hospitaliers (projet de sortie hospitalière anticipée avec l'HAD grâce à une coopération de tous les acteurs afin de permettre une admission rapide). Ces deux plans confortent le besoin d'accès pour les aidants à des solutions de répit, il s'agit d'un élément considéré comme important par les aidants dans l'étude de Robinson CA (11). Un autre axe d'amélioration dans le plan de la fin de vie est d'instaurer ou d'améliorer des interfaces d'écoute et d'accompagnement des aidants, par exemple à travers une offre d'accompagnement psychologique. Un soutien psycho-éducatif a été considéré comme efficace dans plusieurs travaux sélectionnés (19,20). La feuille de route HAD propose en outre de former et d'informer les aidants en proposant des modules d'éducation thérapeutique destinés aux patients et à leur entourage axés sur leurs besoins. Cela peut être relié au travail de Norinder M (18) où une formation dispensée aux aidants permettait une amélioration du sentiment de sécurité au domicile et du sentiment d'appartenance à l'équipe de soins. Il s'agit d'un facteur précisé dans la feuille de route HAD avec une meilleure inclusion des patients et des aidants dans les soins, et cela le plus tôt possible dans la prise en charge. Cette inclusion doit se faire tout en se montrant vigilant, en tant que soignants, à repérer les signes d'épuisement des aidants. Enfin, toujours dans cette optique d'accompagnement des aidants, la mise en place et la formation de bénévoles est un facteur conséquent que l'on peut relier au concept des Community Care Workers étudié dans le

travail de Poulos RG (33), qui sont des professionnels non médicaux permettant une assistance pratique dans les tâches quotidiennes ainsi qu'un support émotionnel loué par les aidants ainsi que les équipes locales de soins palliatifs.

L'axe 2 du plan de fin de vie s'intitule « conforter l'expertise en soins palliatifs en développant la formation et en soutenant la recherche ». Dans ce dernier, l'accent est mis sur le développement de la formation des futurs médecins aux soins palliatifs pendant leurs études, une augmentation du nombre d'enseignants dans ce domaine, un renforcement de la formation continue en mettant à jour et en approfondissant les connaissances. Le besoin de compétences professionnelles solides dans les prises en charge palliatives au domicile a été rappelé dans de nombreuses études sélectionnées (7,16,24,25). Le plan HAD propose également de poursuivre l'amélioration de la qualité des prises en charge en favorisant notamment la diffusion auprès des professionnels de santé des bonnes pratiques et des connaissances, cela passe aussi par une valorisation de l'expertise de l'HAD dans les soins palliatifs.

L'axe 3 du plan de fin de vie « définir des parcours de soins gradués et de proximité en développant l'offre de soins palliatifs, en renforçant la coordination avec la médecine de ville et en garantissant l'accès à l'expertise » comporte comme principale mesure le financement d'astreintes de soins palliatifs permettant une permanence d'appui aux professionnels du territoire. Ce système de permanence hors heures ouvrées semble primordial comme facteur de réussite tel que montré dans l'étude de Keall R et Al (30). Une autre mesure-phare est le renforcement des équipes palliatives existantes et le financement de structures palliatives complémentaires avec par exemple la création d'équipes mobiles de soins palliatifs à vocation territoriale et le développement d'une articulation ville-hôpital. Nous avons vu dans l'étude de Fringer A (28) que des équipes mobiles de soins palliatifs faisant le lien hôpital-domicile pouvaient jouer un rôle majeur dans la prise en charge. Cette coordination ville-hôpital est rappelée dans le plan HAD qui souhaite favoriser l'articulation avec le secteur libéral en s'appuyant sur l'exercice coordonné. Cette coordination et coopération entre tous les acteurs de soins est soulignée comme facteur de réussite dans plusieurs travaux sélectionnés (7,8,25). Un médecin traitant serait confronté à quatre ou cinq situations de fin de vie par an dans le cadre de son exercice (39), il est donc essentiel qu'il puisse bénéficier d'un soutien auprès d'experts dans ce domaine dans le cadre de situations complexes. Il s'agit d'un élément que l'on retrouve dans l'étude de Krause M et Al (27), où il est montré que les soins palliatifs spécialisés sont globalement plus adaptés aux situations complexes par rapport aux soins primaires. Le médecin traitant doit également avoir accès à des outils d'aide à la décision (diffusion des Protocoles Nationaux de Diagnostics et de

Soins) et à la pratique palliative dans des formats compatibles avec les déplacements au domicile. Dans l'étude de Webber C et Al (34), un support technique équivalent montrait une majoration de la probabilité de décéder à domicile. L'action n°15 de cet axe 3 propose de répondre aux besoins spécifiques des populations en s'appuyant sur des pratiques professionnelles et partagées telles que des réunions pluriprofessionnelles orientées en fonction de la pathologie du patient. Nous avons montré dans l'étude de Ng AYM et Al (29) qu'un programme spécialisé dans l'insuffisance cardiaque permettait une amélioration significative de la qualité de vie chez le patient comparé à des soins classiques. Tout doit être mis en œuvre afin d'éviter au maximum la rupture des soins et les transferts à l'hôpital en urgence. Pour ce faire, un des facteurs de réussite mis en évidence est le développement du recours à la télésanté à travers la télémedecine (télé-expertise et téléconsultation). Cet élément est également rappelé dans le plan HAD qui encourage l'utilisation de ces outils afin d'obtenir par exemple des avis médicaux spécialisés. Dans les travaux sélectionnés, une première étude (35) évaluait un service de téléconsultation géré par des infirmières 24/24 heures qui prouvait son efficacité en permettant une réduction des hospitalisations et des visites aux urgences. Une deuxième étude (36) utilisait la téléconsultation dans le cadre du suivi de soins palliatifs, celle-ci permettait un support auprès des aidants et était considérée comme plus efficace que des visites physiques par les professionnels de santé. Enfin, le plan de fin de vie met l'accent en faveur d'une incitation à expérimenter des pratiques, des organisations, des dispositifs permettant une meilleure anticipation et une intégration des valeurs et attentes du patient dans les choix thérapeutiques. Ce type d'innovation se retrouve dans le travail de Rannou A-L (31) qui évaluait la mise en place de la fiche « SAMU pallia » référençant les caractéristiques essentielles concernant le patient et disponible pour les centres de régulation d'urgences, celles-ci permettaient un meilleur appui pour la décision du régulateur sur l'avenir du patient. Le plan HAD continue dans ce sens en proposant d'améliorer l'accès aux dossiers des patients pour les différents professionnels intervenant au domicile.

Forces de l'étude

Notre travail est la première revue systématique qui recense les différents facteurs de réussite d'une prise en charge de soins palliatifs à domicile en France. Il n'existe pas à notre connaissance de travail équivalent. Cette revue systématique suit une méthodologie rigoureuse en respectant au maximum les critères PRISMA (note finale 21/42 présentée dans l'annexe VII). Ce travail a été effectué par deux chercheurs indépendants qui ne déclarent pas de conflit d'intérêt. Chaque étape de sélection a été réalisée de façon indépendante entre les deux chercheurs. Au total, 31 articles ont été sélectionnés, tous ont été évalués avec des

grilles de qualité validées. Ces articles sont issus de la littérature internationale, permettant de sélectionner des facteurs de réussite faisant consensus y compris à l'étranger. Enfin, le sujet principal de cette étude a volontairement été choisi de façon peu restrictive, afin de permettre de trouver le maximum de facteurs de réussite possibles, concernant tous les intervenants de la prise en charge palliative.

Faiblesses de l'étude

Cette étude a cependant des limites. Premièrement, les deux chercheurs manquaient d'expérience dans le domaine de la recherche et plus précisément dans la réalisation d'une revue systématique de la littérature. Les niveaux de preuve des travaux sélectionnés sont en général plutôt faibles, avec seulement trois essais cliniques randomisés. L'analyse de la qualité de chaque méthodologie révèle un niveau de qualité moyen. Afin que cette analyse soit plus fiable, il aurait fallu qu'elle soit validée par d'autres investigateurs. De plus, certains articles n'ont pas pu être récupérés (9 articles) et les bornes chronologiques ne permettaient pas de choisir des articles antérieurs à l'année 2016 qui auraient pu être pertinents. Certains de ces facteurs peuvent sembler évidents ou répétitifs, mais ils ont été intégrés car chacun de ces facteurs associés les uns aux autres permet une prise en charge palliative de bonne qualité. En revanche, certains articles ayant été réalisés dans des pays avec des systèmes de santé éloignés de notre modèle français, l'applicabilité de certains facteurs de réussite ne sera donc pas reproductible.

Conclusion

Notre revue systématique de la littérature a permis de mettre en évidence différents facteurs de réussite d'une prise en charge de soins palliatifs à domicile du point de vue de l'ensemble des acteurs de ces soins.

Pour les patients, le facteur clé semble être le sentiment de sécurité associé à une attitude de l'équipe de soins centrée sur le patient. D'autres facteurs importants sont l'autonomisation, une bonne initiation de la prise en charge, de même que le support global apporté par les soignants. Le lieu de décès est également déterminant ; plus que le domicile, celui-ci doit être un lieu de sécurité et de contrôle. Concernant les aidants, ils sont à considérer à la fois comme un membre de l'équipe médicale et comme une personne ayant des besoins afin d'obtenir la meilleure collaboration avec les professionnels de santé. Une meilleure préparation au rôle d'aidant, par exemple à travers des séances de formation psycho-éducative, peut améliorer la prise en charge du patient et le vécu de l'aidant. La possibilité de répit pour ces aidants est un élément essentiel. Les médecins généralistes se doivent d'acquérir les compétences professionnelles et humaines nécessaires telles que l'empathie, la disponibilité, la planification et la gestion des symptômes complexes afin d'envisager les soins palliatifs comme un soin multidimensionnel centré sur le patient. Les intervenants au domicile doivent s'atteler à instaurer une relation de qualité avec un respect des individualités pour obtenir la meilleure prise en charge possible. Celle-ci passe par l'organisation d'une présence humaine autour du patient, une équipe de soins proactive qui est adaptable et parvient à collaborer efficacement avec tous les autres acteurs. Parmi leurs principaux rôles, on retrouve l'implication des proches dans ces soins palliatifs et la nécessité d'évoquer les problématiques de la fin de vie et notamment la mort. Il est primordial d'optimiser les facteurs de réussite des différents acteurs de la fin de vie à domicile via des éléments organisationnels. Les équipes de soins palliatifs spécialisées sont un recours nécessaire dans les situations complexes, notamment dans des prises en charge de soins palliatifs demandant certaines compétences dans des pathologies comme l'insuffisance cardiaque, où cette expertise apporte une réelle amélioration. L'optimisation du lien hôpital-domicile est essentielle et peut être réalisée grâce à des équipes mobiles de soins palliatifs. Il est capital pour les patients en soins palliatifs au domicile d'obtenir un recours médical si besoin en dehors des heures ouvrées, par exemple au travers de lignes téléphoniques d'astreinte ou de téléconsultations. De plus, il semble nécessaire d'optimiser ces demandes de soins en urgence par l'accès aux médecins régulateurs à des informations concernant le patient et sa prise en charge. Les téléconsultations peuvent être un bon atout dans l'arsenal

des moyens pour améliorer le suivi de façon plus efficiente, demander des avis spécialisés et gérer les symptômes à distance par leur plus grande accessibilité. Inclure un aidant professionnel non médical pourrait apporter un soutien non négligeable aux différents acteurs, à la fois pour des éléments techniques et émotionnels. Certains outils pratiques peuvent être intéressants par leur utilisation afin d'augmenter la probabilité de décéder à domicile via des outils de planification. Enfin, des campagnes d'informations peuvent se révéler nécessaires afin d'améliorer la perception et la connaissance des soins palliatifs auprès de la population générale pour les préparer à ces situations difficiles qui vont devenir de plus en plus fréquentes.

Le caractère évident de certains facteurs rappelle l'importance de les associer au maximum afin de permettre la délivrance des meilleurs soins possibles. Chaque prise en charge est unique et il est primordial de s'adapter au patient pour qu'il reste au centre de ces soins. Devant le développement des soins palliatifs à l'international, il est nécessaire que d'autres études soient menées sur ce sujet, et notamment en France, de façon à préciser ces facteurs avec pour objectif d'arriver à satisfaire le souhait de la majorité des Français de décéder à domicile.

A travers ce travail, il nous apparaît que notre fonction de médecin généraliste semble centrale dans ces prises en charge à domicile avec un rôle de pivot au service du patient. Ce travail va nous permettre à l'avenir d'optimiser la prise en charge de nos propres patients, en ayant un regard plus global concernant ces situations. Il nous incombera dans nos futures prises en charge palliatives d'associer tous les facteurs de réussite mis en évidence dans notre travail, même les plus évidents, dans le but de prodiguer les meilleurs soins possibles. Nous avons conscience du chemin à parcourir dans notre système de soins pour améliorer l'organisation et la délivrance des soins palliatifs à domicile en France. Ces situations palliatives, d'autant plus au domicile, vont se multiplier à l'avenir et peuvent s'avérer inquiétantes pour nous. Ce travail nous a appris qu'en accumulant de l'expérience et des formations dans ce domaine, la délivrance de nos soins s'améliore avec une confiance renforcée permettant un décès au domicile dans les meilleures conditions.

lu & approuvé
Toulouse le 16/04/2023.

Professeur Marie-Eve ROUGE BUGA
1, avenue Louis Blériot
31500 TOULOUSE
N° ADEL1 : 31 1 11793 1
N° RPPS : 10100079234

Toulouse, le 17/04/2023

Vu et permis d'imprimer
Le Président de l'Université Toulouse III – Paul Sabatier
Faculté de Santé
Par délégation,
La Doyenne-Directrice
Du Département de Médecine, Maïeutique, Paramédical
Professeure Odile RAUZY

Références bibliographiques :

1. Soins palliatifs [Internet]. [cité 11 avr 2023]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
2. Les droits de la fin de vie en France | Fin de vie Soins Palliatifs [Internet]. Parlons Fin de Vie. [cité 11 avr 2023]. Disponible sur: <https://www.parlons-fin-de-vie.fr/mes-droits/>
3. Les décès en 2019 - Graphique de série longue – Les décès en 2019 | Insee [Internet]. [cité 11 avr 2023]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4767574?sommaire=4772633#tableau-figure1>
4. CNSPFV. Données INSEE 2018, Atlas des soins palliatifs et de la fin de vie. 2ème édition. 2020.
5. Les Français et la mort en 2010 [Internet]. IFOP. [cité 11 avr 2023]. Disponible sur: <https://www.ifop.com/publication/les-francais-et-la-mort-en-2010/>
6. Duhamel G, Mejane J et Piron P. Les soins palliatifs et la fin de vie à domicile. Rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales, janvier 2017. [Internet]. [cité le 11 avr 2023]. Disponible sur : https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2016-064R_.pdf
7. Dillen K, Joshi M, Krumm N, Hesse M, Brunsch H, Schmidt H, et al. Availability as key determinant in the palliative home care setting from the patients' and family caregivers' perspectives: A quantitative-qualitative-content analysis approach. *Palliat Support Care*. oct 2021;19(5):570-9.
8. Danielsen BV, Sand AM, Rosland JH, Fjørland O. Experiences and challenges of home care nurses and general practitioners in home-based palliative care - a qualitative study. *BMC Palliat Care*. 18 juill 2018;17(1):95.
9. Seipp H, Haasenritter J, Hach M, Becker D, Ulrich LR, Schütze D, et al. How can we ensure the success of specialised palliative home-care? A qualitative study (ELSAH) identifying key issues from the perspective of patients, relatives and health professionals. *Palliat Med*. déc 2021;35(10):1844-55.
10. Rainsford S, Phillips CB, Glasgow NJ, MacLeod RD, Wiles RB. The « safe death »: An ethnographic study exploring the perspectives of rural palliative care patients and family caregivers. *Palliat Med*. déc 2018;32(10):1575-83.
11. Robinson CA, Bottorff JL, McFee E, Bissell LJ, Fyles G. Caring at home until death: enabled determination. *Support Care Cancer Off J Multinatl Assoc Support Care Cancer*. avr 2017;25(4):1229-36.
12. Dhollander N, Deliens L, Van Belle S, De Vleminck A, Pardon K. Differences between early and late involvement of palliative home care in oncology care: A focus group study with palliative home care teams. *Palliat Med*. juill 2018;32(7):1275-82.
13. Pivodic L, Harding R, Calanzani N, McCrone P, Hall S, Deliens L, et al. Home care by general practitioners for cancer patients in the last 3 months of life: An epidemiological study of quality and associated factors. *Palliat Med*. janv 2016;30(1):64-74.
14. Koenig Kellas J, Castle KM, Johnson AZ, Cohen MZ. Cancer as Communal: Understanding Communication and Relationships from the Perspectives of Survivors, Family Caregivers, and Health Care Providers. *Health Commun*. mars 2021;36(3):280-92.

15. Vermorgen M, Vandenbogaerde I, Van Audenhove C, Hudson P, Deliens L, Cohen J, et al. Are family carers part of the care team providing end-of-life care? A qualitative interview study on the collaboration between family and professional carers. *Palliat Med.* janv 2021;35(1):109-19.
16. van Baal K, Schrader S, Wiese B, Geyer S, Stiel S, Schneider N, et al. GPs' perspective on End-of-Life Care - an evaluation based on the German version of the General Practice End of Life Care Index. *Ger Med Sci GMS E-J.* 2020;18:Doc10.
17. Franchini L, Ercolani G, Ostan R, Raccichini M, Samolsky-Dekel A, Malerba MB, et al. Caregivers in home palliative care: gender, psychological aspects, and patient's functional status as main predictors for their quality of life. *Support Care Cancer Off J Multinatl Assoc Support Care Cancer.* juill 2020;28(7):3227-35.
18. Norinder M, Goliath I, Alvariza A. Patients' experiences of care and support at home after a family member's participation in an intervention during palliative care. *Palliat Support Care.* juin 2017;15(3):305-12.
19. von Heymann-Horan A, Bidstrup P, Guldin MB, Sjøgren P, Andersen EAW, von der Maase H, et al. Effect of home-based specialised palliative care and dyadic psychological intervention on caregiver anxiety and depression: a randomised controlled trial. *Br J Cancer.* nov 2018;119(11):1307-15.
20. Holm M, Årestedt K, Carlander I, Fürst CJ, Wengström Y, Öhlen J, et al. Short-term and long-term effects of a psycho-educational group intervention for family caregivers in palliative home care - results from a randomized control trial. *Psychooncology.* juill 2016;25(7):795-802.
21. Petursdottir AB, Svavarsdottir EK. The effectiveness of a strengths-oriented therapeutic conversation intervention on perceived support, well-being and burden among family caregivers in palliative home-care. *J Adv Nurs.* nov 2019;75(11):3018-31.
22. Milberg A, Liljeroos M, Wåhlberg R, Krevers B. Sense of support within the family: a cross-sectional study of family members in palliative home care. *BMC Palliat Care.* 7 août 2020;19(1):120.
23. Oude Engberink A, Badin M, Serayet P, Pavageau S, Lucas F, Bourrel G, et al. Patient-centeredness to anticipate and organize an end-of-life project for patients receiving at-home palliative care: a phenomenological study. *BMC Fam Pract.* 23 févr 2017;18(1):27.
24. Oosterveld-Vlug MG, Custers B, Hofstede J, Donker GA, Rijken PM, Korevaar JC, et al. What are essential elements of high-quality palliative care at home? An interview study among patients and relatives faced with advanced cancer. *BMC Palliat Care.* 6 nov 2019;18(1):96.
25. Giezendanner S, Jung C, Banderet HR, Otte IC, Gudat H, Haller DM, et al. General Practitioners' Attitudes towards Essential Competencies in End-of-Life Care: A Cross-Sectional Survey. *PloS One.* 2017;12(2):e0170168.
26. Wilson E, Caswell G, Latif A, Anderson C, Faull C, Pollock K. An exploration of the experiences of professionals supporting patients approaching the end of life in medicines management at home. A qualitative study. *BMC Palliat Care.* 11 mai 2020;19(1):66.
27. Krause M, Ditscheid B, Lehmann T, Jansky M, Marschall U, Meißner W, et al. Effectiveness of two types of palliative home care in cancer and non-cancer patients: A retrospective population-based study using claims data. *Palliat Med.* juin 2021;35(6):1158-69.
28. Fringer A, Stängle S, Bischofberger I, Büche D, Praxmarer R, Ch Ott S, et al. Experiences of

- relatives with outpatient palliative care: a cross-sectional study. *Int J Palliat Nurs.* 2 juin 2020;26(5):230-7.
29. Ng AYM, Wong FKY. Effects of a Home-Based Palliative Heart Failure Program on Quality of Life, Symptom Burden, Satisfaction and Caregiver Burden: A Randomized Controlled Trial. *J Pain Symptom Manage.* janv 2018;55(1):1-11.
 30. Keall R, Lovell M. Extended-hours palliative care service with a hospital-avoidance and enhanced-care approach: report of a quality improvement project. *Int J Palliat Nurs.* 2 juin 2020;26(5):222-8.
 31. RANNOU (Anne-Laure), LALOUE (Myrienne), GUENEGO (Agathe), MOREL (Vincent). Permanence de soins et fin de vie : rôle et utilisations de la fiche « Samu pallia » en Ille-et-Vilaine.; End of life and continuity of care : Role and uses of the « SAMU Pallia » document in Ille-et-Vilaine region (France). *Med Palliat.* avr 2017;16(2):81-7, ill.
 32. Hsu HS, Wu TH, Lin CY, Lin CC, Chen TP, Lin WY. Comprehensive Home Palliative Care Could Reduce Emergency Department Visits Due to Psychologic Dyspnea Among Cancer Patients: A Retrospective Cohort Study. 2020;
 33. Poulos RG, Harkin D, Poulos CJ, Cole A, MacLeod R. Can specially trained community care workers effectively support patients and their families in the home setting at the end of life? *Health Soc Care Community.* mars 2018;26(2):e270-9.
 34. Webber C, Viola R, Knott C, Peng Y, Groome PA. Community Palliative Care Initiatives to Reduce End-of-Life Hospital Utilization and In-Hospital Deaths: A Population-Based Observational Study Evaluating Two Home Care Interventions. *J Pain Symptom Manage.* août 2019;58(2):181-189.e1.
 35. Middleton-Green L, Gadoud A, Norris B, Sargeant A, Nair S, Wilson L, et al. « A Friend in the Corner »: supporting people at home in the last year of life via telephone and video consultation-an evaluation. *BMJ Support Palliat Care.* déc 2019;9(4):e26.
 36. Salem R, El Zakhem A, Gharamti A, Tfayli A, Osman H. Palliative Care via Telemedicine: A Qualitative Study of Caregiver and Provider Perceptions. *J Palliat Med.* déc 2020;23(12):1594-8.
 37. Akiyama M, Hirai K, Takebayashi T, Morita T, Miyashita M, Takeuchi A, et al. The effects of community-wide dissemination of information on perceptions of palliative care, knowledge about opioids, and sense of security among cancer patients, their families, and the general public. *Support Care Cancer Off J Multinatl Assoc Support Care Cancer.* janv 2016;24(1):347-56.
 38. Feuille de route HAD 2021-2026. Ministère des solidarités et de la santé. Décembre 2021. [Internet]. [cité 11 avr 2023]. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/feuille-de-route-had-2022-05-01-2.pdf>
 39. Développement des soins palliatifs et accompagnement de la fin de vie. Plan national 2021-2024. Ministère de la santé et de la prévention. 22 septembre 2021. [Internet]. [cité 11 avr 2023]. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan-fin-de-vie-2022.pdf>

Annexe I : critères PRISMA 2020.



PRISMA 2020 Checklist

Section and Topic	Item #	Checklist item	Location where item is reported
TITLE			
Title	1	Identify the report as a systematic review.	
ABSTRACT			
Abstract	2	See the PRISMA 2020 for Abstracts checklist.	
INTRODUCTION			
Rationale	3	Describe the rationale for the review in the context of existing knowledge.	
Objectives	4	Provide an explicit statement of the objective(s) or question(s) the review addresses.	
METHODS			
Eligibility criteria	5	Specify the inclusion and exclusion criteria for the review and how studies were grouped for the syntheses.	
Information sources	6	Specify all databases, registers, websites, organisations, reference lists and other sources searched or consulted to identify studies. Specify the date when each source was last searched or consulted.	
Search strategy	7	Present the full search strategies for all databases, registers and websites, including any filters and limits used.	
Selection process	8	Specify the methods used to decide whether a study met the inclusion criteria of the review, including how many reviewers screened each record and each report retrieved, whether they worked independently, and if applicable, details of automation tools used in the process.	
Data collection process	9	Specify the methods used to collect data from reports, including how many reviewers collected data from each report, whether they worked independently, any processes for obtaining or confirming data from study investigators, and if applicable, details of automation tools used in the process.	
Data items	10a	List and define all outcomes for which data were sought. Specify whether all results that were compatible with each outcome domain in each study were sought (e.g. for all measures, time points, analyses), and if not, the methods used to decide which results to collect.	
	10b	List and define all other variables for which data were sought (e.g. participant and intervention characteristics, funding sources). Describe any assumptions made about any missing or unclear information.	
Study risk of bias assessment	11	Specify the methods used to assess risk of bias in the included studies, including details of the tool(s) used, how many reviewers assessed each study and whether they worked independently, and if applicable, details of automation tools used in the process.	
Effect measures	12	Specify for each outcome the effect measure(s) (e.g. risk ratio, mean difference) used in the synthesis or presentation of results.	
Synthesis methods	13a	Describe the processes used to decide which studies were eligible for each synthesis (e.g. tabulating the study intervention characteristics and comparing against the planned groups for each synthesis (Item #5)).	
	13b	Describe any methods required to prepare the data for presentation or synthesis, such as handling of missing summary statistics, or data conversions.	
	13c	Describe any methods used to tabulate or visually display results of individual studies and syntheses.	
	13d	Describe any methods used to synthesize results and provide a rationale for the choice(s). If meta-analysis was performed, describe the model(s), method(s) to identify the presence and extent of statistical heterogeneity, and software package(s) used.	
	13e	Describe any methods used to explore possible causes of heterogeneity among study results (e.g. subgroup analysis, meta-regression).	
	13f	Describe any sensitivity analyses conducted to assess robustness of the synthesized results.	
Reporting bias assessment	14	Describe any methods used to assess risk of bias due to missing results in a synthesis (arising from reporting biases).	
Certainty assessment	15	Describe any methods used to assess certainty (or confidence) in the body of evidence for an outcome.	
RESULTS			
Study selection	16a	Describe the results of the search and selection process, from the number of records identified in the search to the number of studies included in the review, ideally using a flow diagram.	
	16b	Cite studies that might appear to meet the inclusion criteria, but which were excluded, and explain why they were excluded.	
Study characteristics	17	Cite each included study and present its characteristics.	
Risk of bias in studies	18	Present assessments of risk of bias for each included study.	
Results of individual studies	19	For all outcomes, present, for each study: (a) summary statistics for each group (where appropriate) and (b) an effect estimate and its precision (e.g. confidence/credible interval), ideally using structured tables or plots.	
Results of syntheses	20a	For each synthesis, briefly summarise the characteristics and risk of bias among contributing studies.	
	20b	Present results of all statistical syntheses conducted. If meta-analysis was done, present for each the summary estimate and its precision (e.g. confidence/credible interval) and measures of statistical heterogeneity. If comparing groups, describe the direction of the effect.	
	20c	Present results of all investigations of possible causes of heterogeneity among study results.	
	20d	Present results of all sensitivity analyses conducted to assess the robustness of the synthesized results.	
Reporting biases	21	Present assessments of risk of bias due to missing results (arising from reporting biases) for each synthesis assessed.	
Certainty of evidence	22	Present assessments of certainty (or confidence) in the body of evidence for each outcome assessed.	
DISCUSSION			
Discussion	23a	Provide a general interpretation of the results in the context of other evidence.	
	23b	Discuss any limitations of the evidence included in the review.	
	23c	Discuss any limitations of the review processes used.	
	23d	Discuss implications of the results for practice, policy, and future research.	
OTHER INFORMATION			
Registration and protocol	24a	Provide registration information for the review, including register name and registration number, or state that the review was not registered.	
	24b	Indicate where the review protocol can be accessed, or state that a protocol was not prepared.	
	24c	Describe and explain any amendments to information provided at registration or in the protocol.	
Support	25	Describe sources of financial or non-financial support for the review, and the role of the funders or sponsors in the review.	
Competing interests	26	Declare any competing interests of review authors.	
Availability of data, code and other materials	27	Report which of the following are publicly available and where they can be found: template data collection forms; data extracted from included studies; data used for all analyses; analytic code; any other materials used in the review.	

From: Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* 2021;372:n71. doi:10.1136/bmj.n71

Annexe II : critères STROBE.

	Item No	Recommendation
Title and abstract	1	(a) Indicate the study's design with a commonly used term in the title or the abstract (b) Provide in the abstract an informative and balanced summary of what was done and what was found
Introduction		
Background/rationale	2	Explain the scientific background and rationale for the investigation being reported
Objectives	3	State specific objectives, including any prespecified hypotheses
Methods		
Study design	4	Present key elements of study design early in the paper
Setting	5	Describe the setting, locations, and relevant dates, including periods of recruitment, exposure, follow-up, and data collection
Participants	6	(a) Give the eligibility criteria, and the sources and methods of selection of participants. Describe methods of follow-up (b) For matched studies, give matching criteria and number of exposed and unexposed
Variables	7	Clearly define all outcomes, exposures, predictors, potential confounders, and effect modifiers. Give diagnostic criteria, if applicable
Data sources/ measurement	8*	For each variable of interest, give sources of data and details of methods of assessment (measurement). Describe comparability of assessment methods if there is more than one group
Bias	9	Describe any efforts to address potential sources of bias
Study size	10	Explain how the study size was arrived at
Quantitative variables	11	Explain how quantitative variables were handled in the analyses. If applicable, describe which groupings were chosen and why
Statistical methods	12	(a) Describe all statistical methods, including those used to control for confounding (b) Describe any methods used to examine subgroups and interactions (c) Explain how missing data were addressed (d) If applicable, explain how loss to follow-up was addressed (e) Describe any sensitivity analyses
Results		
Participants	13*	(a) Report numbers of individuals at each stage of study—eg numbers potentially eligible, examined for eligibility, confirmed eligible, included in the study, completing follow-up, and analysed (b) Give reasons for non-participation at each stage (c) Consider use of a flow diagram
Descriptive data	14*	(a) Give characteristics of study participants (eg demographic, clinical, social) and information on exposures and potential confounders (b) Indicate number of participants with missing data for each variable of interest (c) Summarise follow-up time (eg, average and total amount)
Outcome data	15*	Report numbers of outcome events or summary measures over time
Main results	16	(a) Give unadjusted estimates and, if applicable, confounder-adjusted estimates and their precision (eg, 95% confidence interval). Make clear which confounders were adjusted for and why they were included (b) Report category boundaries when continuous variables were categorized (c) If relevant, consider translating estimates of relative risk into absolute risk for a meaningful time period

Other analyses	17	Report other analyses done—eg analyses of subgroups and interactions, and sensitivity analyses
Discussion		
Key results	18	Summarise key results with reference to study objectives
Limitations	19	Discuss limitations of the study, taking into account sources of potential bias or imprecision. Discuss both direction and magnitude of any potential bias
Interpretation	20	Give a cautious overall interpretation of results considering objectives, limitations, multiplicity of analyses, results from similar studies, and other relevant evidence
Generalisability	21	Discuss the generalisability (external validity) of the study results
Other information		
Funding	22	Give the source of funding and the role of the funders for the present study and, if applicable, for the original study on which the present article is based

Annexe III : critères CONSORT.



CONSORT 2010 checklist of information to include when reporting a randomised trial*

Section/Topic	Item No	Checklist item	Reported on page No
Title and abstract			
	1a	Identification as a randomised trial in the title	_____
	1b	Structured summary of trial design, methods, results, and conclusions (for specific guidance see CONSORT for abstracts)	_____
Introduction			
Background and objectives	2a	Scientific background and explanation of rationale	_____
	2b	Specific objectives or hypotheses	_____
Methods			
Trial design	3a	Description of trial design (such as parallel, factorial) including allocation ratio	_____
	3b	Important changes to methods after trial commencement (such as eligibility criteria), with reasons	_____
Participants	4a	Eligibility criteria for participants	_____
	4b	Settings and locations where the data were collected	_____
Interventions	5	The interventions for each group with sufficient details to allow replication, including how and when they were actually administered	_____
Outcomes	6a	Completely defined pre-specified primary and secondary outcome measures, including how and when they were assessed	_____
	6b	Any changes to trial outcomes after the trial commenced, with reasons	_____
Sample size	7a	How sample size was determined	_____
	7b	When applicable, explanation of any interim analyses and stopping guidelines	_____
Randomisation:			
Sequence generation	8a	Method used to generate the random allocation sequence	_____
	8b	Type of randomisation; details of any restriction (such as blocking and block size)	_____
Allocation concealment mechanism	9	Mechanism used to implement the random allocation sequence (such as sequentially numbered containers), describing any steps taken to conceal the sequence until interventions were assigned	_____
Implementation	10	Who generated the random allocation sequence, who enrolled participants, and who assigned participants to interventions	_____
Blinding	11a	If done, who was blinded after assignment to interventions (for example, participants, care providers, those assessing outcomes) and how	_____
	11b	If relevant, description of the similarity of interventions	_____
Statistical methods	12a	Statistical methods used to compare groups for primary and secondary outcomes	_____
	12b	Methods for additional analyses, such as subgroup analyses and adjusted analyses	_____
Results			
Participant flow (a diagram is strongly recommended)	13a	For each group, the numbers of participants who were randomly assigned, received intended treatment, and were analysed for the primary outcome	_____
	13b	For each group, losses and exclusions after randomisation, together with reasons	_____
Recruitment	14a	Dates defining the periods of recruitment and follow-up	_____
	14b	Why the trial ended or was stopped	_____
Baseline data	15	A table showing baseline demographic and clinical characteristics for each group	_____
Numbers analysed	16	For each group, number of participants (denominator) included in each analysis and whether the analysis was by original assigned groups	_____
Outcomes and estimation	17a	For each primary and secondary outcome, results for each group, and the estimated effect size and its precision (such as 95% confidence interval)	_____
	17b	For binary outcomes, presentation of both absolute and relative effect sizes is recommended	_____
Ancillary analyses	18	Results of any other analyses performed, including subgroup analyses and adjusted analyses, distinguishing pre-specified from exploratory	_____
Harms	19	All important harms or unintended effects in each group (for specific guidance see CONSORT for harms)	_____
Discussion			
Limitations	20	Trial limitations, addressing sources of potential bias, imprecision, and, if relevant, multiplicity of analyses	_____
Generalisability	21	Generalisability (external validity, applicability) of the trial findings	_____
Interpretation	22	Interpretation consistent with results, balancing benefits and harms, and considering other relevant evidence	_____
Other information			
Registration	23	Registration number and name of trial registry	_____
Protocol	24	Where the full trial protocol can be accessed, if available	_____
Funding	25	Sources of funding and other support (such as supply of drugs), role of funders	_____

Annexe IV : critères COREQ.

Topic	Item No.	Guide Questions/Description	Reported on Page No.
Domain 1: Research team and reflexivity			
<i>Personal characteristics</i>			
Interviewer/facilitator	1	Which author/s conducted the interview or focus group?	
Credentials	2	What were the researcher's credentials? E.g. PhD, MD	
Occupation	3	What was their occupation at the time of the study?	
Gender	4	Was the researcher male or female?	
Experience and training	5	What experience or training did the researcher have?	
<i>Relationship with participants</i>			
Relationship established	6	Was a relationship established prior to study commencement?	
Participant knowledge of the interviewer	7	What did the participants know about the researcher? e.g. personal goals, reasons for doing the research	
Interviewer characteristics	8	What characteristics were reported about the interviewer/facilitator? e.g. Bias, assumptions, reasons and interests in the research topic	
Domain 2: Study design			
<i>Theoretical framework</i>			
Methodological orientation and Theory	9	What methodological orientation was stated to underpin the study? e.g. grounded theory, discourse analysis, ethnography, phenomenology, content analysis	
<i>Participant selection</i>			
Sampling	10	How were participants selected? e.g. purposive, convenience, consecutive, snowball	
Method of approach	11	How were participants approached? e.g. face-to-face, telephone, mail, email	
Sample size	12	How many participants were in the study?	
Non-participation	13	How many people refused to participate or dropped out? Reasons?	
<i>Setting</i>			
Setting of data collection	14	Where was the data collected? e.g. home, clinic, workplace	
Presence of non-participants	15	Was anyone else present besides the participants and researchers?	
Description of sample	16	What are the important characteristics of the sample? e.g. demographic data, date	
<i>Data collection</i>			
Interview guide	17	Were questions, prompts, guides provided by the authors? Was it pilot tested?	
Repeat interviews	18	Were repeat interviews carried out? If yes, how many?	
Audio/visual recording	19	Did the research use audio or visual recording to collect the data?	
Field notes	20	Were field notes made during and/or after the interview or focus group?	
Duration	21	What was the duration of the interviews or focus group?	
Data saturation	22	Was data saturation discussed?	
Transcripts returned	23	Were transcripts returned to participants for comment and/or	

		correction?	
Domain 3: analysis and findings			
<i>Data analysis</i>			
Number of data coders	24	How many data coders coded the data?	
Description of the coding tree	25	Did authors provide a description of the coding tree?	
Derivation of themes	26	Were themes identified in advance or derived from the data?	
Software	27	What software, if applicable, was used to manage the data?	
Participant checking	28	Did participants provide feedback on the findings?	
<i>Reporting</i>			
Quotations presented	29	Were participant quotations presented to illustrate the themes/findings? Was each quotation identified? e.g. participant number	
Data and findings consistent	30	Was there consistency between the data presented and the findings?	
Clarity of major themes	31	Were major themes clearly presented in the findings?	
Clarity of minor themes	32	Is there a description of diverse cases or discussion of minor themes?	

Annexe V : synthèse des évaluations de chaque article sélectionné.

Grille STROBE

	Item N°	35	33	17	34	32	27	28	30	25	16	13	31	22	21	37
Title and abstract	1a	x			x	x	x	x	x	x	x	x		x	x	x
	1b	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Introduction																
Background/ rationale	2	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Objectives	3		x	x	x	x	x	x		x	x	x	x	x	x	x
Methods																
Study design	4	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Setting	5		x	x	x	x	x	x		x	x	x	x	x	x	x
Participants	6a		x	x	x	x	x	x		x	x	x	x	x	x	x
	6b															
Variables	7			x	x		x			x	x	x		x	x	x
Data sources/ measurement	8			x	x	x	x	x	x	x	x	x		x	x	x
Bias	9				x		x								x	
Study size	10															
Quantitative variables	11		x	x	x		x	x		x	x	x		x	x	x
Statistical methods	12a			x	x		x	x		x	x	x		x	x	x
	12b			x	x		x			x		x		x		x
	12c				x						x	x		x		
	12d															
	12e				x					x				x		x
Results																
Participants	13a	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	13b							x			x			x	x	
	13c		x			x	x	x			x	x		x	x	
Descriptive data	14a	x		x	x	x	x	x		x	x	x	x	x	x	x
	14b							x			x	x				
	14c															
Outcome data	15	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Main results	16a			x	x	x	x	x	x	x	x	x		x	x	x
	16b			x	x				x	x		x				
	16c															
Other analyses	17			x	x		x			x		x		x		x
Discussion																
Key results	18		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Limitations	19	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Interpretation	20	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Generalisability	21	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Other information																
Funding	22	x	x		x	x	x		x	x	x	x		x	x	x
Total	/34	11	15	20	26	18	24	21	14	24	24	26	13	26	24	23

Grille COREQ

	Item N°	35	26	15	7	33	14	11	12	8	9	36	23	18	31	10	24
Domain 1: Research team and reflexivity	Personal characteristics																
	Interviewer/facilitator	1		x	x			x		x	x	x	x		x	x	x
	Credentials	2		x	x	x	x	x	x				x		x		
	Occupation	3		x	x	x	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x
	Gender	4		x								x				x	
	Experience and training	5		x		x				x		x					x
	Relationship with participants																
	Relationship established	6										x					x
	Participant knowledge of the interviewer	7			x							x		x			
	Interviewer characteristics	8		x										x			x
Domain 2: study design	Theoretical framework																
	Methodological orientation and theory	9	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	Participant selection																
	Sampling	10	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	Method of approach	11	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	Sample size	12	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	Non participation	13								x		x	x		x	x	x
	Setting																
	Setting of data collection	14	x	x	x	x					x	x		x	x	x	x
	Presence of non-participants	15															
	Description of sample	16	x	x	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	Data collection																
	Interview guide	17		x	x	x		x		x				x			
	Repeat interviews	18															x
	Audio/visual recording	19	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Field notes	20							x	x	x	x					x	
Duration	21		x	x		x			x	x	x		x	x		x	
Data saturation	22			x			x		x		x		x		x	x	
Transcripts returned	23		x	x													

Domain 3: analysis and findings	Data analysis																		
	Number of data coders	24		x	x		x	x	x	x	x	x	x	x			x	X	
	Description of the coding tree	25			x			x	x	x	x	x		x	x	x		x	
	Derivation of themes	26	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		x	x	
	Software	27		x	x	x	x		x	x		x	x				x	x	
	Participant checking	28		x															
	Reporting																		
	Quotations presented	29	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	Data and findings consistent	30	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	Clarity of major themes	31		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		x	x	
	Clarity of minor themes	32	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		x	x	
	TOTAL	/32	11	24	23	17	15	18	16	22	18	25	17	21	17	14	24	21	

Grille CONSORT

	Item N°	19	29	20
Title and abstract	1a	x	x	x
	1b	x	x	x
Introduction				
Background and objective	2a	x	x	x
	2b	x	x	x
Methods				
Trial design	3a	x	x	x
	3b			
Participants	4a	x	x	x
	4b	x	x	x
Interventions	5	x	x	x
Outcomes	6a		x	x
	6b			
Sample size	7a	x	x	x
	7b			
Randomisation				
Sequence generation	8a	x	x	x
	8b	x	x	x
Allocation concealment mechanism	9	x	x	x
Implementation	10		x	
Blinding	11a		x	
	11b			
Statistical methods	12a	x	x	x
	12b	x	x	x

Results				
Participant flow	13a	x	x	x
	13b	x	x	x
Recruitment	14a	x	x	x
	14b	x		
Baseline data	15	x	x	x
Numbers analysed	16	x	x	x
Outcomes and estimation	17a	x	x	x
	17b			
Ancillary analyses	18	x	x	
Harms	19			
Discussion				
Limitations	20	x	x	x
Generalisability	21	x	x	x
Interpretation	22	x	x	x
Other information				
Registration	23	x	x	x
Protocol	24			
Funding	25	x	x	x
Total	/37	27	29	26

Annexe VI : synthèse des principales caractéristiques de chaque article sélectionné.

Article	Type d'étude	Pays	Population étudiée	Contexte	Conflits d'intérêts	Résultats utiles	Analyse qualité
35. Middleton-Green L, Gadoud A, Norris B, Sargeant A, Nair S, Wilson L, et al. « A Friend in the Corner »: supporting people at home in the last year of life via telephone and video consultation-an evaluation. BMJ Support Palliat Care. déc 2019;9(4):e26.	Étude quantitative puis qualitative par entretiens semi-structurés.	Royaume-Uni.	Étude quantitative : 4533 appels et 573 téléconsultations pour 1813 patients potentiellement dans leur dernière année de vie. Étude qualitative : 8 patients et 5 aidants ayant été pris en charge par la « Gold-Line ».	Le nombre de plaintes relatives aux soins de fin de vie est élevé en dehors des heures de travail de jour, de même que les admissions à l'hôpital. Évaluation d'un service de téléconsultation géré par des infirmières 24/24h pour des conseils, un adressage à un professionnel de la santé ou une hospitalisation.	Pas de conflits d'intérêts déclarés.	189 hospitalisations, 198 visites aux urgences, 405 visites du MT et 186 visites des IDE à domicile potentiellement évités sur une période de 12 mois. Support en dehors des heures ouvrées. Support émotionnel et conseils pratiques. Prévenir les admissions inutiles à l'hôpital. Admissions à l'hôpital dans de bonnes conditions. Travail coordonné entre les différents services. Continuité des soins. Impact sur l'environnement à domicile.	STROBE : 11/34 COREQ : 11/32
26. Wilson E, Caswell G, Latif A, Anderson C, Faull C, Pollock K. An exploration of the experiences of	Étude qualitative par entretiens semi-structurés.	Royaume-Uni.	40 professionnels de santé (médecins généralistes, infirmières spécialisées de soins palliatifs, infirmières libérales,	Nombreux changements de thérapeutiques à l'approche de la fin de vie, possibles changements de voies d'administration pouvant poser des problèmes aux patients ou à leurs aidants.	Pas de conflits d'intérêts déclarés.	Utilisation de piluliers possible pour améliorer l'organisation et éviter les oublis. Peuvent retirer la responsabilité des patients sur leur traitement. Pas forcément adaptés à toutes les galéniques et difficilement modifiables du jour au lendemain en fonction de la	COREQ : 24/32

Article	Type d'étude	Pays	Population étudiée	Contexte	Conflits d'intérêts	Résultats utiles	Analyse qualité
professionals supporting patients approaching the end of life in medicines management at home. A qualitative study. BMC Palliat Care. 11 mai 2020;19(1):66.			pharmaciens).	Recherche de la vision des professionnels de santé concernant la façon dont ils aident les patients et leur famille pour la gestion des thérapeutiques à domicile.		situation clinique. Guide de prise des médicaments peut s'avérer utile. Contenants sécurisés peuvent être utiles pour les patients avec troubles cognitifs. Nécessité de réfléchir et trouver des moyens au cas par cas en fonction des patients et des médications.	
15. Vermorgen M, Vandebogaerde I, Van Audenhove C, Hudson P, Deliens L, Cohen J, et al. Are family carers part of the care team providing end-of-life care? A qualitative interview study on the collaboration between family and professional carers. Palliat Med. janv 2021;35(1):109-19.	Étude qualitative par entretiens semi-structurés.	Belgique.	30 aidants familiaux de patients avec cancers et insuffisance cardiaque avec espérance de vie limitée ou démence modérément sévère à sévère.	Les aidants familiaux jouent un rôle essentiel dans les équipes de soins palliatifs. Il y a une prise de conscience de la nécessité de majorer leurs compétences dans ces soins. Une bonne coopération entre les aidants et les professionnels de santé est importante pour assurer des soins de qualité. Explorer la perception des aidants concernant leur collaboration avec les professionnels de santé impliqués dans la fin de vie	Pas de conflits d'intérêts déclarés.	Respecter l'aidant familial à la fois comme quelqu'un avec des besoins de soins et comme un membre de l'équipe de soins. Disponibilité et accessibilité des professionnels de santé. Information et communication entre les professionnels de santé et l'aidant sur-mesure avec transparence et langage adapté. Coordination de soins entre toutes les parties. Relation unique en fonction des variations individuelles et contextuelles des aidants.	COREQ : 23/32

Article	Type d'étude	Pays	Population étudiée	Contexte	Conflits d'intérêts	Résultats utiles	Analyse qualité
				de leur proche.			
7. Dillen K, Joshi M, Krumm N, Hesse M, Brunsch H, Schmidt H, et al. Availability as key determinant in the palliative home care setting from the patients' and family caregivers' perspectives: A quantitative-qualitative-content analysis approach. Palliat Support Care. oct 2021;19(5):570-9.	Étude qualitative par entretiens semi-structurés.	Allemagne.	197 patients en cours de prise en charge par soins palliatifs à domicile par une équipe spécialisée ou par leur médecin généraliste et 10 aidants.	Le sentiment de sécurité est un élément important des soins palliatifs à domicile. Déterminer les facteurs clefs contribuant au sentiment de sécurité ressenti par les patients et les aidants dans une prise en charge de soins palliatifs à domicile	Pas de conflits d'intérêts déclarés.	Attitude patient-centrée avec disponibilité, partage des informations nécessaires, communication, éducation, autonomisation du patient et confiance dans l'équipe médicale. Compétences professionnelles. Investissement du médecin traitant. Adaptabilité des équipes et réalisation de tâches parfois non prévues Collaboration avec des intervenants externes (spécialistes, pharmaciens...), et coopération au sein de l'équipe de soins.	COREQ : 17/32
33. Poulos RG, Harkin D, Poulos CJ, Cole A, MacLeod R. Can specially trained	Étude quantitative par questionnaires et qualitative par	Australie.	Quantitative : 128 aidants familiaux, 7 équipes locales de soins palliatifs et 26 « community care workers » (CCW)	Il existe en Australie un bon réseau de soins palliatifs mais peu de patients voient leur souhait de décéder au domicile réalisé. Un programme de support	Conflits d'intérêts déclarés pour chaque auteur.	-Aidants familiaux : les CCW permettent d'avoir le choix du décès à domicile, apportent une assistance pratique (tâches quotidiennes, temps de repos, temps de qualité avec les proches, disponibilité), un support	STROBE : 15/34 COREQ : 15/32

Article	Type d'étude	Pays	Population étudiée	Contexte	Conflits d'intérêts	Résultats utiles	Analyse qualité
community care workers effectively support patients and their families in the home setting at the end of life? Health Soc Care Community. mars 2018;26(2):e270-9.	entretiens semi-structurés.		Qualitative : 20 aidants familiaux, 7 équipes locales de soins palliatifs et 10 « community care workers ».	a été développé en complément de la prise en charge habituelle pour l'aide dans la partie non médicale, les CCW, pour une courte période. Une évaluation de ce service a été réalisée.		émotionnel. -Équipes locales de soins palliatifs : soulignent l'assistance pratique et le soutien émotionnel. -CCW : leur formation leur permet d'apporter un support émotionnel et physique. Satisfaction dans l'aide aux aidants afin de permettre une fin de vie à domicile.	
14. Koenig Kellas J, Castle KM, Johnson AZ, Cohen MZ. Cancer as Communal: Understanding Communication and Relationships from the Perspectives of Survivors, Family Caregivers, and Health Care Providers. Health Commun. mars 2021;36(3):280-92.	Étude qualitative par entretiens semi-structurés.	États-Unis.	30 entretiens avec des aidants familiaux, des professionnels de santé et des survivants de cancer.	L'incidence des cancers augmente et une communication efficace entre les patients, les aidants et les professionnels de santé permet une meilleure prise en charge. Étude des opportunités et des défis concernant le relationnel et la communication entre les patients, les aidants et les intervenants.	Conflits d'intérêts non précisés.	Cancer défini principalement comme une expérience commune parmi les participants. Support sous différentes formes (émotionnel, pratique, non verbal) comme élément clef dans la communication et le relationnel. Nécessité de présence, disponibilité. Réussir à se mettre à la place du patient facilite cette expérience commune. Réussir à redéfinir l'espoir du patient en fonction de la situation pour que tout le monde puisse travailler dans la même direction.	COREQ : 18/32

Article	Type d'étude	Pays	Population étudiée	Contexte	Conflits d'intérêts	Résultats utiles	Analyse qualité
17. Franchini L, Ercolani G, Ostan R, Raccichini M, Samolsky-Dekel A, Malerba MB, et al. Caregivers in home palliative care: gender, psychological aspects, and patient's functional status as main predictors for their quality of life. Support Care Cancer. juill 2020;28(7):3227-35.	Étude quantitative par questionnaires.	Italie.	570 aidants de 570 patients de 21 villes italiennes pris en charge par un programme de soins palliatifs commun.	Les aidants apportent 80% des soins du patient en fin de vie. Leur humeur, leur charge de travail, le statut fonctionnel du patient et son autonomie doivent avoir un effet sur la qualité de vie des aidants. Étude des facteurs prédictifs de la qualité de vie des aidants afin de réussir à identifier les aidants les plus vulnérables.	Conflits d'intérêts non précisés.	Facteurs associés à une meilleure qualité de vie de l'aidant : -sexe masculin. -meilleure préparation à être aidant. -IADL du patient élevé. Facteurs associés à une qualité de vie de l'aidant moindre : -passer trop de temps à s'occuper du patient. -statut émotionnel dégradé. -fardeau plus important. -patient de sexe masculin.	STROBE: 20/34
11. Robinson CA, Bottorff JL, McFee E, Bissell LJ, Fyles G. Caring at home until death: enabled determination. Support Care Cancer. avr	Étude qualitative par entretiens semi-structurés.	Canada.	29 aidants familiaux de patients décédés de cancer dans leur domicile.	Les Canadiens souhaitent en majorité décéder dans leur domicile mais moins de la moitié y parviennent. Nécessité d'une meilleure compréhension des facteurs permettant aux proches des aidants de décéder à domicile. Étude de l'expérience des	Pas de conflits d'intérêts déclarés.	Facteurs ayant facilité le décès au domicile : -disponibilité de l'aidant. -avoir une expérience en tant qu'aidant. -détermination pour prodiguer des soins à domicile. -les facteurs permettant cette détermination : débuter des soins palliatifs formels, avoir l'aide nécessaire au bon moment, savoir	COREQ: 16/32

Article	Type d'étude	Pays	Population étudiée	Contexte	Conflits d'intérêts	Résultats utiles	Analyse qualité
2017;25(4):1229-36.				aidants endeuillés ayant réussi à accompagner leur proche dans une mort à domicile.		demander et recevoir de l'aide, présence des proches pour soutien aux soins, importance d'avoir du repos, faire en sorte que le système de soins fonctionne pour le patient.	
Webber C, Viola R, Knott C, Peng Y, Groome PA. Community Palliative Care Initiatives to Reduce End-of-Life Hospital Utilization and In-Hospital Deaths: A Population-Based Observational Study Evaluating Two Home Care Interventions. J Pain Symptom Manage. août 2019;58(2):181-189.e1.	34. Étude épidémiologique écologique rétrospective	Canada.	6927 patients recevant des soins palliatifs à domicile d'une organisation publique de la région du Sud-Est Canada, Ontario entre avril 2010 et mars 2014.	Les patients en soins palliatifs préfèrent généralement recevoir des soins et décéder à domicile alors que la fin de vie est une période avec un plus grand risque d'hospitalisation et de décès à l'hôpital. Étude de l'impact de l'utilisation d'un kit médical au domicile (Symptom Response Kit : SRK) et d'outils de planification pour un décès au domicile (Yellow folder) sur l'utilisation des urgences, de l'hospitalisation et le lieu de décès.	Pas de conflits d'intérêts déclarés.	Probabilité de mourir au domicile plus grande (RR=1,13) quand le SRK et le Yellow folder sont utilisés ensemble. Patients ayant reçu soit SRK soit Yellow folder ou les 2 plus susceptibles de mourir au domicile (Yellow folder RR=1,66 ; SRK RR=1,79 ; les 2 RR=2,20).	STROBE: 26/34
Hsu HS, Wu TH, Lin	32. Étude de cohorte rétrospective	Taiwan.	762 patients, dont 388 exposés à des visites à domicile	Les consultations aux urgences dans les situations de fin de vie peuvent être	Pas de conflits d'intérêts	Dyspnée : motif le plus fréquent des visites aux urgences (27,8%). Moins de visites aux urgences avec	STROBE : 18/34

Article	Type d'étude	Pays	Population étudiée	Contexte	Conflits d'intérêts	Résultats utiles	Analyse qualité
CY, Lin CC, Chen TP, Lin WY. Comprehensive Home Palliative Care Could Reduce Emergency Department Visits Due to Psychologic Dyspnea Among Cancer Patients: A Retrospective Cohort Study. 2020;	.		en plus le week-end et une formation sur la gestion de la dyspnée.	le reflet de soins de mauvaise qualité. La dyspnée en est le principal motif. Étude du taux de visite aux urgences pour dyspnée chez des patients en soins palliatifs à domicile bénéficiant de 7 visites par semaine au lieu de 5 et dont les soignants reçoivent une formation complémentaire sur ce symptôme.	déclarés.	la prise en charge majorée (19,3 % vs 27,8 %, P<0,05). Diminution du risque de visites aux urgences pour motif de dyspnée de 30,7 % (P<0,05).	
12. Dhollander N, Deliens L, Van Belle S, De Vleminck A, Pardon K. Differences between early and late involvement of palliative home care in oncology care: A focus group study with palliative home care	Étude qualitative par focus group.	Belgique.	Six focus group composés de 51 professionnels de santé de soins palliatifs à domicile travaillant en Flandres : - 42 infirmières de soins palliatifs - 7 médecins de soins palliatifs - 2 psychologues.	Les soins palliatifs pour les patients atteints de cancer sont souvent déclenchés tardivement. Nécessité de développer un nouveau modèle d'intégration précoce en soins palliatifs. Le but est de comprendre les différences perçues entre des soins palliatifs débutés tôt et ceux débutés tardivement parmi des professionnels de santé.	Pas de conflits d'intérêts déclarés.	Des soins palliatifs débutés tôt permettent : -éviter des situations de crise de fin de vie. -apprendre aux participants à mieux se connaître. -programmer les soins de façon plus structurée (planification du suivi, adapter la fréquences des visites aux besoins). -se concentrer sur des objectifs et sur des éléments positifs. -une prise en charge globale du patient et des aidants (support psychosocial).	COREQ: 22/32

Article	Type d'étude	Pays	Population étudiée	Contexte	Conflits d'intérêts	Résultats utiles	Analyse qualité
teams. Palliat Med. juill 2018;32(7):1275-82.						-une autonomisation et valorisation des patients et des soignants.	
19. von Heymann-Horan A, Bidstrup P, Guldin MB, Sjøgren P, Andersen EAW, von der Maase H, et al. Effect of home-based specialised palliative care and dyadic psychological intervention on caregiver anxiety and depression: a randomised controlled trial. Br J Cancer. nov 2018;119(11):1307-15.	Essai clinique randomisé.	Danemark.	Patients atteints d'un cancer incurable avec des traitements limités suivis dans le service d'oncologie de l'hôpital universitaire de Copenhague et leurs aidants. 139 duos dans le groupe exposé. 119 duos dans le groupe non exposé.	Un support psychologique à la fois au patient et à l'aidant pourrait procurer un meilleur soutien pour les patients ainsi que prévenir les effets négatifs au long terme pour les aidants. Cet essai clinique avec une intervention psychologique conjointe sur le patient et l'aidant associée à un programme d'accélération de la transition vers le domicile évalue l'effet sur les symptômes d'anxiété et de dépression de l'aidant.	Pas de conflits d'intérêts déclarés.	Cette intervention diminue significativement les symptômes d'anxiété des aidants au fur et à mesure du suivi (-0,29 au SCL-92 à 6 mois après randomisation, P<0,05 ; -0,25 2 semaines après le deuil, P<0,05). Pas de changement significatif de façon globale sur la dépression.	CONSORT : 27/37
27. Krause M, Ditscheid B, Lehmann T, Jansky M, Marschall U, Meißner W, et al. Effectiveness	Étude rétrospective	Allemagne.	18 906 patients décédés en 2016 ayant reçus des soins palliatifs à domicile débutés plus de 14 jours avant leur décès	Il existe des soins palliatifs de premiers recours délivrés par les médecins généralistes et des soins palliatifs spécialisés. Aucune étude n'avait encore comparé ces deux	Pas de conflits d'intérêts déclarés.	Les patients en soins palliatifs de premier recours sont plus vieux, plus souvent des femmes, vivent plus en EHPAD, ont moins de comorbidités et moins sont atteints de cancer (P<0,05).	STROBE : 24/34

Article	Type d'étude	Pays	Population étudiée	Contexte	Conflits d'intérêts	Résultats utiles	Analyse qualité
of two types of palliative home care in cancer and non-cancer patients: A retrospective population-based study using claims data. Palliat Med. juin 2021;35(6):1158-69.			ont été inclus dans l'étude. 11 783 ont reçu des soins palliatifs primaires. 7123 ont reçu des soins palliatifs spécialisés.	types de soins dans leur impact sur les interventions agressives de fin de vie. Comparaison des soins palliatifs de premier recours et des soins palliatifs spécialisés concernant les interventions dites agressives en fin de vie.		Les patients en soins palliatifs de premiers recours ont plus de probabilité (patients cancéreux et non cancéreux) de : - décéder à l'hôpital (P<0,0001). - recevoir des soins hospitaliers (P<0,0001). - recevoir des soins intensifs (P<0,0001). - mise en place ou changement d'une gastrostomie (P<0,0001). - recevoir une chimiothérapie (P<0,0001) chez les patients cancéreux seulement. Les patients en soins palliatifs spécialisés ont plus de probabilité de recevoir une nutrition parentérale (P<0,0001) si ce sont des patients cancéreux.	
29. Ng AYM, Wong FKY. Effects of a Home-Based Palliative Heart Failure Program on Quality of Life, Symptom Burden,	Étude interventionnelle randomisée contrôlée.	Hong-Kong.	84 patients atteints d'insuffisance cardiaque de stade NYHA III ou IV, d'espérance de vie estimée d'un an, avec des symptômes cliniques et psychologiques	Les soins palliatifs à domicile spécialisés dans l'insuffisance cardiaque ont montré une baisse du nombre de réadmission à l'hôpital par rapport aux soins palliatifs classiques. Peu d'études ont étudié la qualité de vie et la satisfaction des patients	Pas de conflits d'intérêts déclarés.	Meilleure qualité de vie chez les patients du groupe intervention sur le plan physique, psychologique et existentiel. Symptômes mieux contrôlés notamment la dyspnée à S4 seulement. Majoration de la satisfaction concernant les soins à S4 et S12. Réduction du fardeau de l'aidant à	CONSORT : 29/37

Article	Type d'étude	Pays	Population étudiée	Contexte	Conflits d'intérêts	Résultats utiles	Analyse qualité
Satisfaction and Caregiver Burden: A Randomized Controlled Trial. J Pain Symptom Manage. janv 2018;55(1):1-11.			malgré un traitement optimal et des hospitalisations répétées. 41 dans le groupe contrôle et 43 dans le groupe interventionnel.	avec ces soins ainsi que le fardeau des aidants. Étude, en comparaison avec des soins palliatifs classiques, examinant les effets d'un programme de soins palliatifs à domicile spécialisés en insuffisance cardiaque (d'une durée de 12 semaines) sur la qualité de vie, le statut fonctionnel, la satisfaction, le fardeau des patients et le fardeau des aidants.		S12.	
8. Danielsen BV, Sand AM, Rosland JH, Førland O. Experiences and challenges of home care nurses and general practitioners in home-based palliative care - a qualitative study. BMC Palliat Care. 18 juill 2018;17(1):95.	Étude qualitative par entretiens semi-structurés de focus group.	Norvège.	4 groupes focus (de 4 à 6 personnes) avec 19 professionnels de santé provenant d'une zone urbaine de Norvège : -1 avec seulement des infirmières à domicile. -1 avec des infirmières à domicile et assistantes d'infirmière.	Taux de décès à domicile en Norvège parmi les plus bas d'Europe. Étude des conditions nécessaires selon les soignants pour faciliter le maintien et le décès à domicile chez les patients palliatifs.	Pas de conflits d'intérêts déclarés.	Importance d'un bon départ pour le patient et sa famille (transition hôpital-ville de bonne qualité, consultations initiales par le médecin généraliste, sentiment de sécurité immédiat, collaboration entre le patient, la famille et les professionnels de santé). Importance de la collaboration au sein du système de santé (manque de collaboration dans la transition hôpital-ville, support des services hospitaliers de soins palliatifs, professionnels de santé de ville	COREQ: 18/32

Article	Type d'étude	Pays	Population étudiée	Contexte	Conflits d'intérêts	Résultats utiles	Analyse qualité
			-2 avec des médecins traitants.			déconnectés lors des hospitalisations). Éviter les hospitalisations en instaurant une collaboration et des compétences dans les soins primaires (dialogue entre le médecin généraliste et les soins à domicile, expérience, conseils, préparer la fin de vie, tolérance et flexibilité des soignants).	
28. Fringer A, Stängle S, Bischofberger I, Büche D, Praxmarer R, Ch Ott S, et al. Experiences of relatives with outpatient palliative care: a cross-sectional study. Int J Palliat Nurs. 2 juin 2020;26(5):230-7.	Étude observationnelle transversale par questionnaires standardisés.	Suisse.	106 proches de patients ayant reçu le support du MPCBS (Mobile Palliative Care Bridging Service) au cours des 5 dernières années.	Durant les dernières semaines de vie du patient, les aidants portent un lourd fardeau. Une équipe de soins palliatifs mobile qui fait le lien entre l'hôpital et les soins au domicile pourrait permettre une amélioration des soins de fin de vie. Étude de l'expérience des aidants concernant le support dans la prise en charge par cette unité mobile de soins palliatifs avec pour objectifs le maintien du patient au domicile et le soutien des	Pas de conflits d'intérêts signalés.	Expérience aidante et positive pour la majorité. Meilleur contrôle des symptômes de fin de vie (douleur 60%). Meilleure compréhension de la maladie (73,1%). 81,5% des proches impliqués dans les soins. 89,1% de réponses adéquates aux besoins des patients. 87,4% se sont sentis encouragés à prendre soins du patient à domicile. Le support apporté permettait aux proches de s'adapter plus facilement aux besoins du patient (77,6%) et de subir eux-mêmes moins de symptômes (amélioration du sommeil 55,3%, moins de stress 59,3%).	STROBE : 21/34

Article	Type d'étude	Pays	Population étudiée	Contexte	Conflits d'intérêts	Résultats utiles	Analyse qualité
				aidants.			
30. Keall R, Lovell M. Extended-hours palliative care service with a hospital-avoidance and enhanced-care approach: report of a quality improvement project. Int J Palliat Nurs. 2 juin 2020;26(5):222-8.	Étude quantitative rétrospective	Australie.	992 appels en dehors des heures ouvrées durant la période d'essai de 6 mois ont été analysés, venant de 747 individus pouvant bénéficier de l'EHPCS (Extended Hours palliative care service : (formation des soignants, outil de communication standardisé, aménagement des horaires de travail, support y compris le week-end)	Une organisation de soins palliatifs à domicile en Australie se rend compte que ses services en dehors des heures ouvrées sont suboptimaux pour éviter les hospitalisations et permettre aux patients de rester à domicile. Évaluation de l'efficacité d'une nouvelle organisation en dehors des heures ouvrées.	Pas de conflits d'intérêts déclarés.	Avec l'EHPCS : -85 % des patients restent au domicile après un appel (contre 68 % avant le pilote) ; -5 % des patients sont dirigés vers les urgences (contre 23 % avant). -Augmentation des admissions hors heures ouvrées dans les services de soins palliatifs. -Estimation de 45 782 dollars d'économisé sur le budget de l'hôpital concernant les hospitalisations évitées. Cette organisation été bien perçue par les soignants de l'organisation malgré les coûts et l'impact sur le travail.	STROBE : 14/34
25. Giezendanner S, Jung C, Banderet HR, Otte IC, Gudat H, Haller DM, et al. General Practitioners' Attitudes	Étude quantitative transversale.	Suisse.	579 médecins généralistes issus du registre officiel de la Swiss Medical Association (FMH) interrogés par auto-questionnaires.	Les médecins généralistes jouent un rôle de plus en plus important dans les soins palliatifs. Peu d'informations sont connues sur les compétences des professionnels de santé sur	Pas de conflits d'intérêts déclarés.	Compétences non somatiques (culturelles, spirituelles, légales) presque aussi importantes que les somatiques (douleur, contrôle des symptômes) pour les médecins. Moins de confiance des médecins dans leurs compétences non somatiques.	STROBE : 24/34

Article	Type d'étude	Pays	Population étudiée	Contexte	Conflits d'intérêts	Résultats utiles	Analyse qualité
towards Essential Competencies in End-of-Life Care: A Cross-Sectional Survey. PLoS One. 2017;12(2):e0170168.				un large spectre de soins de fin de vie. Évaluation par les médecins généralistes des facteurs importants dans les soins de fin de vie, de leurs compétences dans ces domaines et leur confiance.		Médecins plus âgés, effectuant plus de visites à domicile et ayant plus de formations en soins palliatifs se sentent plus confiants dans la délivrance de ces soins. Principales raisons d'adressage aux spécialistes pour la fin de vie : manque de temps, meilleure formation, et incompatibilité avec les autres tâches.	
16. van Baal K, Schrader S, Wiese B, Geyer S, Stiel S, Schneider N, et al. GPs' perspective on End-of-Life Care - an evaluation based on the German version of the General Practice End of Life Care Index. Ger Med Sci. 2020;18:Doc10.	Étude quantitative.	Allemagne.	52 médecins généralistes d'une région allemande (Basse-Saxe).	Les soins palliatifs primaires sont principalement apportés par des médecins généralistes. Il n'y a pas de standards pour la prise en charge de ces soins à domicile. Une évaluation de ces pratiques est nécessaire pour des études futures sur leur amélioration. Auto-évaluation (en utilisant la version allemande du GP-EOLC-I) par les médecins généralistes des soins de fin de vie qu'ils réalisent, des facteurs qu'ils pensent	Pas de conflits d'intérêts déclarés.	Les indicateurs d'une bonne prise en charge palliative sont selon les médecins généralistes : - collaboration et coordination. - intégrer les aidants dans tous les niveaux de la prise en charge. - planification précoce et reconnaître les besoins. - accessibilité et disponibilité. - gestion des symptômes. - feedback sur la satisfaction de la prise en charge. - du temps et des ressources. Requis d'amélioration selon les médecins généralistes : - formation avancée en soins palliatifs. - coopération. - prises en charge standardisées.	STROBE : 24/34

Article	Type d'étude	Pays	Population étudiée	Contexte	Conflits d'intérêts	Résultats utiles	Analyse qualité
				importants dans ces soins et pour leur amélioration future.		- sensibilisation concernant soins palliatifs.	
13. Pivodic L, Harding R, Calanzani N, McCrone P, Hall S, Deliens L, et al. Home care by general practitioners for cancer patients in the last 3 months of life: An epidemiological study of quality and associated factors. Palliat Med. janv 2016;30(1):64-74.	Étude épidémiologique par questionnaire.	Royaume-Uni.	548 proches de patients décédés de cancer dans quatre zones de santé de Londres entre 2009 et 2010 ayant passé au moins un jour à domicile.	La majorité des personnes préfèrent décéder à leur domicile. Il y a un besoin de renforcer la qualité des soins délivrés par les médecins généralistes qui peuvent être de moins bonne qualité. Étude auprès des aidants à 3 mois du décès de leur proche de la satisfaction concernant les soins à domicile par le médecin généraliste et leurs facteurs associés.	Pas de conflits d'intérêts déclarés.	54,8% des proches trouvent que les médecins généralistes ont délivré des soins bons à très bons contre 78,1% pour des soins palliatifs spécialisés. Facteurs associés à une satisfaction des soins prodigués par le généraliste sont : - aidants plus âgés. - patient ayant moins de difficultés financières. - décès au domicile. - plus de jours passés au domicile. - moins de douleurs ou d'inconfort. - moins d'intensité des symptômes de deuil de l'aidant à la mort du patient. Les chances d'avoir une meilleure satisfaction augmentaient plus il y avait de visites à domicile par le médecin généraliste et diminuaient lorsque le décès survenait à l'hôpital.	STROBE : 26/34

Article	Type d'étude	Pays	Population étudiée	Contexte	Conflits d'intérêts	Résultats utiles	Analyse qualité
9. Seipp H, Haasenritter J, Hach M, Becker D, Ulrich LR, Schütze D, et al. How can we ensure the success of specialised palliative home-care? A qualitative study (ELSAH) identifying key issues from the perspective of patients, relatives and health professionals. Palliat Med. déc 2021;35(10):1844-55.	Étude qualitative par entretiens semi-structurés et par focus group.	Allemagne.	22 équipes de soins palliatifs spécialisées provenant de la région de Hesse. Entretiens semi-structurés : - 30 professionnels de santé. - 14 patients. - 14 aidants. Focus group : 13 professionnels de santé sur 3 focus group. 12 observations concernant les visites au domicile incluses dans l'étude.	Les patients en soins palliatifs sont de plus en plus pris en charge par des équipes de soins spécialisées au domicile. Nécessité de comprendre comment les soins palliatifs spécialisés à domicile peuvent être prodigués de manière efficace. Étude des facteurs de réussite de ces équipes spécialisées de soins palliatifs à domicile du point de vue des patients, des proches et des professionnels de santé.	Pas de conflits d'intérêts déclarés.	Facteurs de réussite des équipes spécialisées de soins palliatifs à domicile : -traitement des symptômes complexes, -apporter des soins compréhensifs (organisation, besoins), -l'implication des proches et traiter le sujet de la mort. La clé des soins à domicile est le sentiment de sécurité des patients et des proches. La délivrance des soins passe par une concentration sur la qualité des relations, le respect des individualités et l'autonomisation.	COREQ : 25/32
36. Salem R, El Zakhem A, Gharamti A, Tfayli A, Osman H. Palliative Care via Telemedicine:	Étude qualitative par entretiens semi-structurés.	Liban.	31 aidants de patients ayant bénéficié d'un service de télémédecine en soins palliatifs à domicile, 3	Accès limité aux soins palliatifs à domicile dans certains pays en voie de développement ou certaines zones des pays développés. La télémédecine permet	Pas de conflits d'intérêts déclarés.	Point de vue des aidants : -support en termes d'informations et de guidance concernant la gestion des symptômes et ce qu'on peut attendre de l'évolution. -un support émotionnel. -l'accessibilité du service.	COREQ : 17/32

Article	Type d'étude	Pays	Population étudiée	Contexte	Conflits d'intérêts	Résultats utiles	Analyse qualité
A Qualitative Study of Caregiver and Provider Perceptions. J Palliat Med. déc 2020;23(12):1594-8.			médecins et 5 infirmières participant à ces soins.	d'augmenter l'accès à ces soins. Étude de la vision des aidants et des professionnels de santé sur la sécurité et l'efficacité d'un programme de télémédecine intégré dans des soins palliatifs à domicile.		Professionnels de santé : -plus efficace que des visites physiques. -plus de sécurité si délivré par professionnels expérimentés avec accès à un aidant de confiance, chez un patient déjà vu en présentiel. -majoration des responsabilités de l'aidant.	
23. Oude Engberink A, Badin M, Serayet P, Pavageau S, Lucas F, Bourrel G, et al. Patient-centeredness to anticipate and organize an end-of-life project for patients receiving at-home palliative care: a phenomenological study. BMC Fam Pract. 23 févr 2017;18(1):27.	Étude qualitative par entretiens semi-structurés.	France.	21 médecins généralistes recrutés du sud de la France.	Anticiper les soins palliatifs devient une priorité devant le vieillissement de la population. Les médecins généralistes rencontrent des difficultés pour initier les discussions sur la programmation des soins de fin de vie. Étude auprès de médecins généralistes sur leur approche et leur délivrance des soins palliatifs à domicile.	Pas de conflits d'intérêts déclarés.	Transition d'un soin centré sur la maladie à un soin multidimensionnel centré sur le patient (empathique, basé sur les préférences du patient). L'importance d'initier une discussion précoce pour anticiper des événements intercurrents et les souhaits du patient. Suivi personnalisé avec des équipes pluridisciplinaires. Organisation d'une présence humaine autour du patient.	COREQ : 21/32

Article	Type d'étude	Pays	Population étudiée	Contexte	Conflits d'intérêts	Résultats utiles	Analyse qualité
18. Norinder M, Goliath I, Alvariza A. Patients' experiences of care and support at home after a family member's participation in an intervention during palliative care. Palliat Support Care. juin 2017;15(3):305-12.	Étude qualitative par entretiens.	Suède.	11 patients issus de six unités de soins palliatifs dont les membres de la famille ont participé à une intervention de formation psycho-éducative.	Les patients recevant des soins palliatifs à domicile ont besoin du support des membres de leur famille. Ces derniers ont de nombreuses responsabilités et se sentent souvent peu préparés. Il a été suggéré que des formations dédiées aux aidants leur permettraient de délivrer un meilleur soin et support. Étude des expériences des patients dont les membres de la famille avait assisté à cette intervention qui portait sur des informations sur les symptômes, des aides pratiques pour la vie quotidienne et support émotionnel.	Pas de conflits d'intérêts déclarés.	Sensation de sécurité à la maison (meilleure gestion des symptômes, gestes de la vie quotidienne facilités et sécurisés, information et accès aux aides matérielles). Une communication facilitée et plus honnête (discussions sur le futur, sur la maladie) Patient et famille ne font qu'un face à la maladie. Sentiment d'être une équipe de soins et l'aidant y est vu comme quelqu'un d'essentiel et impliqué, ce qui a une influence positive sur le patient.	COREQ : 17/32
31. RANNOU (Anne-Laure), LALOUE (Myrienne), GUENEGO (Agathe),	Étude quantitative puis qualitative par entretiens semi-	France.	Analyse de près de 173 fiches « SAMU pallia ». Entretiens avec 18 utilisateurs de cette fiche, rédacteurs et régulateurs.	Les soins palliatifs à domicile se développent mais la continuité des soins en cas d'urgence reste une difficulté. Les fiches « Samu pallia » regroupent des	Pas de conflits d'intérêts déclarés.	La fiche a permis à 29 reprises de contribuer à la permanence des soins en appuyant la décision du régulateur. Méconnaissance de l'outil par les utilisateurs et déclenchement tardif.	STROBE : 13/34 COREQ : 14/32

Article	Type d'étude	Pays	Population étudiée	Contexte	Conflits d'intérêts	Résultats utiles	Analyse qualité
MOREL (Vincent). Permanence de soins et fin de vie : rôle et utilisations de la fiche « Samu pallia » en Ille-et-Vilaine.; End of life and continuity of care : Role and uses of the « SAMU Pallia » document in Ille-et-Vilaine region (France). MEDECINE PALLIATIVE. avr 2017;16(2):81-7, ill.	structurés.			informations essentielles concernant le patient et sont transmises au centre 15 de sa zone de résidence. Cette étude explore le rôle de cette fiche dans la permanence des soins, dans quelles conditions elles sont rédigées et quelles en sont les applications pratiques.		Fiche bien acceptée par les utilisateurs. Support de discussion entre patients et soignants au sujet de la fin de vie, permet de rassurer en prévenant les situations difficiles. Nécessité de prendre le temps de réflexion en amont de la rédaction de la fiche avec recueil des souhaits du patient. Importance d'anticiper les différentes possibilités en cas d'aggravation.	
22. Milberg A, Liljeroos M, Wåhlberg R, Krevers B. Sense of support within the family: a cross-sectional study of family members in palliative home care.	Étude transversale quantitative.	Suède.	209 membres de famille de patients pris en charge par 3 structures de soins palliatifs spécialisées à domicile et 3 structures de soins palliatifs primaires à domicile.	Le sentiment de soutien entre membres d'une même famille est important durant les soins palliatifs à domicile. Les facteurs prédictifs de ce soutien ne sont pas connus. Étude des facteurs prédictifs de sentiment de soutien entre membres de	Pas de conflits d'intérêts déclarés.	19 variables sont associées à un sentiment de soutien majoré. Un modèle a sélectionné 6 variables pour prédire ce sentiment de support : -Percevoir du soutien de membres de la famille moins proches. -Se sentir en sécurité dans les soins palliatifs délivrés à domicile. -Possibilité de répit si un membre de la famille le souhaite.	STROBE : 26/34

Article	Type d'étude	Pays	Population étudiée	Contexte	Conflits d'intérêts	Résultats utiles	Analyse qualité
BMC Palliat Care. 7 août 2020;19(1):120.				la famille durant des soins palliatifs (en utilisant le Family Theory System : famille considérée comme un ensemble).		-Membre de la famille vivant seul. -Être les enfants du patient (relation inverse). -Perception de soutien du patient par d'autres membres de la famille.	
20. Holm M, Årestedt K, Carlander I, Fürst CJ, Wengström Y, Öhlen J, et al. Short-term and long-term effects of a psycho-educational group intervention for family caregivers in palliative home care - results from a randomized control trial. Psychooncology. juill 2016;25(7):795-802.	Essai contrôlé randomisé.	Suède.	119 aidants familiaux de patients issus de 10 organisations de soins palliatifs spécialisés à domicile, dont 61 dans le groupe contrôle et 58 dans le groupe intervention.	Les aidants font face à de lourdes responsabilités et se sentent insuffisamment préparés dans une prise en charge de soins palliatifs. Cette étude évalue les effets à court et long terme d'une formation de groupe psycho éducationnelle (de 3 sessions) dans le but d'améliorer la préparation des aidants dans le cadre d'une prise en charge de soins palliatifs spécialisés à domicile.	Conflits d'intérêts non précisés.	Majoration significative à court et long terme du sentiment de préparation à être aidant dans le groupe intervention par rapport au groupe contrôle. Majoration significative à court terme seulement des soins fournis par l'aidant. Pas de modification sur les critères secondaires comme les récompenses d'être aidant, le deuil, la santé de l'aidant, la dépression et l'anxiété.	CONSORT : 26/37
10. Rainsford S, Phillips CB, Glasgow NJ,	Étude ethnographique avec une part	Australie.	12 patients atteints de maladies incurables et en fin de vie, 18 aidants	Dans un milieu rural, les individus accordent une importance majorée à leur domicile, on pourrait	Pas de conflits d'intérêts déclarés.	Une « bonne mort » ne veut pas forcément dire une mort à domicile.	COREQ : 24/32

Article	Type d'étude	Pays	Population étudiée	Contexte	Conflits d'intérêts	Résultats utiles	Analyse qualité
MacLeod RD, Wiles RB. The « safe death »: An ethnographic study exploring the perspectives of rural palliative care patients and family caregivers. Palliat Med. déc 2018;32(10):1575-83.	qualitative d'entretiens ouverts.		familiaux et 6 professionnels de santé issus d'un milieu rural (New South Wales).	imaginer qu'une « bonne mort » pour eux équivaut à une mort à domicile. Étude du concept de « bonne mort » dans des conditions rurales parmi les patients, leurs aidants familiaux et les soignants.		Une mort en sécurité est essentielle au concept de « bonne mort », elle permet de maintenir une connexion avec son identité passée, de maintenir une autonomie et un contrôle concernant les décisions de fin de vie, et de ne pas être dépassé par les symptômes physiques de fin de vie. Le domicile est vu comme un lieu de sécurité et de contrôle, un lieu de souvenir, un lieu familial où la normalité est maintenue. Quand le domicile devient moins sûr, changer d'environnement (hôpital ou EHPAD) n'altère pas la qualité de la mort pour la plupart des patients et des aidants.	
Petursdottir AB, Svavarsdottir EK. The effectiveness of a strengths-oriented therapeutic conversation	21. Étude pré-expérimentale sur groupe unique avec mesures pré et post intervention.	Islande.	48 aidants familiaux de patients atteints de cancer en soins palliatifs à domicile.	Nécessité de soins palliatifs dirigés vers le patient et sa famille. Il existe peu d'études d'évaluation de l'impact de conversations thérapeutiques pour modérer l'impact des émotions complexes dans ces situations.	Pas de conflits d'intérêts déclarés.	Majoration du soutien émotionnel et cognitif à T2 (1 semaine) et T3 (2 à 4 semaines). Diminution des symptômes de stress à T3. Pas de modification des symptômes de dépression.	STROBE : 24/34

Article	Type d'étude	Pays	Population étudiée	Contexte	Conflits d'intérêts	Résultats utiles	Analyse qualité
intervention on perceived support, well-being and burden among family caregivers in palliative home-care. J Adv Nurs. nov 2019;75(11):3018-31.				Étude de l'efficacité de 2 sessions de conversations thérapeutiques FAM-SOTC sur les familles de patients concernant la majoration du soutien émotionnel familial, la diminution des symptômes de détresse psychologique et une diminution du fardeau de l'aidant pendant une prise en charge de soins palliatifs à domicile.		Diminution du fardeau de l'aidant à T2 et T3.	
37. Akiyama M, Hirai K, Takebayashi T, Morita T, Miyashita M, Takeuchi A, et al. The effects of community-wide dissemination of information on perceptions of palliative care, knowledge about opioids, and sense of security among cancer	Étude quantitative pré et post interventionnelle.	Japon.	Pré intervention : 859 patients, 1110 membres de familles endeuillés et 3984 personnes issues du public. Post intervention : 822 patients, 1058 membres de familles endeuillés et 1386 personnes issues du public.	Les a priori concernant les soins palliatifs à domicile sont potentiellement néfastes pour la qualité de ces soins. Il y a eu peu d'interventions à grande échelle de diffusion d'informations sur les soins palliatifs et encore moins sur leur impact. Étude de l'effet de 3 ans de diffusion d'informations au grand public concernant les soins palliatifs (des dépliants, des brochures, des affiches et des	Pas de conflits d'intérêts déclarés.	Les perceptions générales concernant les soins palliatifs, les opioïdes et sur les soins palliatifs se sont améliorées après l'intervention chez le grand public et les familles de patients mais pas chez les patients, probablement car ils avaient déjà des perceptions positives de ces éléments. Chez les plus exposés aux informations, amélioration significative : -de la perception des soins palliatifs pour les patients et les aidants. -de la connaissance des opioïdes	STROBE : 23/34

Article	Type d'étude	Pays	Population étudiée	Contexte	Conflits d'intérêts	Résultats utiles	Analyse qualité
patients, their families, and the general public. Support Care Cancer. janv 2016;24(1):347-56.				conférences publiques). L'objectif est d'évaluer les effets de cette campagne de sensibilisation et d'explorer les associations entre les niveaux d'exposition, de perception, de connaissance et le sentiment de sécurité atteint.		pour les aidants. -de la perception des soins au domicile de la population générale et des aidants. -du sentiment de sécurité des aidants et de la population générale.	
24. Oosterveld-Vlug MG, Custers B, Hofstede J, Donker GA, Rijken PM, Korevaar JC, et al. What are essential elements of high-quality palliative care at home? An interview study among patients and relatives faced with advanced cancer. BMC Palliat Care. 6 nov 2019;18(1):96.	Étude qualitative par entretiens semi-structurés.	Pays-Bas.	13 patients atteints d'un cancer avancé soignés à domicile par leur médecin généraliste et des infirmiers libéraux ainsi que 14 proches de ces patients. Tous ont été sélectionnés parmi des personnes proposées par un échantillon de médecins généralistes.	Au Pays-Bas, les soins palliatifs à domicile sont souvent dispensés par les médecins généralistes et des infirmiers libéraux. Il est important de connaître le point de vue des patients et de leur famille concernant la qualité de ces soins. Étude des éléments que les patients et leur famille considèrent essentiels dans les soins palliatifs à domicile et également savoir si les soins dont ils bénéficient actuellement contiennent ces éléments.	Pas de conflits d'intérêts déclarés.	Indicateurs d'une bonne prise en charge : -compétence médicale des soignants. -disponibilité. -soins centrés sur la personne (montrer de l'intérêt pour le patient, sa famille, lien de confiance). -proactivité (optimiser les soins avec les autres soignants, informations des patients et des familles au bon moment, discussions ouvertes sur la fin de vie). -collaboration efficace et transfert d'informations entre les soignants. -procédures rapides et claires. Ces éléments étaient généralement	COREQ : 21/32

Article	Type d'étude	Pays	Population étudiée	Contexte	Conflits d'intérêts	Résultats utiles	Analyse qualité
						rencontrés par la population étudiée, un peu moins concernant le transfert d'informations entre soignants et les procédures claires et efficaces.	

Annexe VII : Evaluation du travail par les critères PRISMA.



PRISMA 2020 Checklist

Section and Topic	Item #	Checklist Item	Location where item is reported
TITLE			
Title	1	Identify the report as a systematic review.	✗
ABSTRACT			
Abstract	2	See the PRISMA 2020 for Abstracts checklist.	✗
INTRODUCTION			
Rationale	3	Describe the rationale for the review in the context of existing knowledge.	✗
Objectives	4	Provide an explicit statement of the objective(s) or question(s) the review addresses.	✗
METHODS			
Eligibility criteria	5	Specify the inclusion and exclusion criteria for the review and how studies were grouped for the syntheses.	✗
Information sources	6	Specify all databases, registers, websites, organisations, reference lists and other sources searched or consulted to identify studies. Specify the date when each source was last searched or consulted.	✗
Search strategy	7	Present the full search strategies for all databases, registers and websites, including any filters and limits used.	✗
Selection process	8	Specify the methods used to decide whether a study met the inclusion criteria of the review, including how many reviewers screened each record and each report retrieved, whether they worked independently, and if applicable, details of automation tools used in the process.	✗
Data collection process	9	Specify the methods used to collect data from reports, including how many reviewers collected data from each report, whether they worked independently, any processes for obtaining or confirming data from study investigators, and if applicable, details of automation tools used in the process.	✗
Data items	10a	List and define all outcomes for which data were sought. Specify whether all results that were compatible with each outcome domain in each study were sought (e.g. for all measures, time points, analyses), and if not, the methods used to decide which results to collect.	✗
	10b	List and define all other variables for which data were sought (e.g. participant and intervention characteristics, funding sources). Describe any assumptions made about any missing or unclear information.	✗
Study risk of bias assessment	11	Specify the methods used to assess risk of bias in the included studies, including details of the tool(s) used, how many reviewers assessed each study and whether they worked independently, and if applicable, details of automation tools used in the process.	
Effect measures	12	Specify for each outcome the effect measure(s) (e.g. risk ratio, mean difference) used in the synthesis or presentation of results.	
Synthesis methods	13a	Describe the processes used to decide which studies were eligible for each synthesis (e.g. tabulating the study intervention characteristics and comparing against the planned groups for each synthesis (item #5)).	✗
	13b	Describe any methods required to prepare the data for presentation or synthesis, such as handling of missing summary statistics, or data conversions.	
	13c	Describe any methods used to tabulate or visually display results of individual studies and syntheses.	
	13d	Describe any methods used to synthesize results and provide a rationale for the choice(s). If meta-analysis was performed, describe the model(s), method(s) to identify the presence and extent of statistical heterogeneity, and software package(s) used.	
	13e	Describe any methods used to explore possible causes of heterogeneity among study results (e.g. subgroup analysis, meta-regression).	
	13f	Describe any sensitivity analyses conducted to assess robustness of the synthesized results.	
Reporting bias assessment	14	Describe any methods used to assess risk of bias due to missing results in a synthesis (arising from reporting biases).	
Certainty assessment	15	Describe any methods used to assess certainty (or confidence) in the body of evidence for an outcome.	
RESULTS			
Study selection	16a	Describe the results of the search and selection process, from the number of records identified in the search to the number of studies included in the review, ideally using a flow diagram.	✗
	16b	Cite studies that might appear to meet the inclusion criteria, but which were excluded, and explain why they were excluded.	✗
Study characteristics	17	Cite each included study and present its characteristics.	✗
Risk of bias in studies	18	Present assessments of risk of bias for each included study.	
Results of individual studies	19	For all outcomes, present, for each study: (a) summary statistics for each group (where appropriate) and (b) an effect estimate and its precision (e.g. confidence/credible interval), ideally using structured tables or plots.	
Results of syntheses	20a	For each synthesis, briefly summarise the characteristics and risk of bias among contributing studies.	
	20b	Present results of all statistical syntheses conducted. If meta-analysis was done, present for each the summary estimate and its precision (e.g. confidence/credible interval) and measures of statistical heterogeneity. If comparing groups, describe the direction of the effect.	
	20c	Present results of all investigations of possible causes of heterogeneity among study results.	
	20d	Present results of all sensitivity analyses conducted to assess the robustness of the synthesized results.	
Reporting biases	21	Present assessments of risk of bias due to missing results (arising from reporting biases) for each synthesis assessed.	
Certainty of evidence	22	Present assessments of certainty (or confidence) in the body of evidence for each outcome assessed.	
DISCUSSION			
Discussion	23a	Provide a general interpretation of the results in the context of other evidence.	✗
	23b	Discuss any limitations of the evidence included in the review.	✗
	23c	Discuss any limitations of the review processes used.	✗
	23d	Discuss implications of the results for practice, policy, and future research.	✗
OTHER INFORMATION			
Registration and protocol	24a	Provide registration information for the review, including register name and registration number, or state that the review was not registered.	
	24b	Indicate where the review protocol can be accessed, or state that a protocol was not prepared.	
	24c	Describe and explain any amendments to information provided at registration or in the protocol.	
Support	25	Describe sources of financial or non-financial support for the review, and the role of the funders or sponsors in the review.	✗
Competing interests	26	Declare any competing interests of review authors.	✗
Availability of data, code and other materials	27	Report which of the following are publicly available and where they can be found: template data collection forms; data extracted from included studies; data used for all analyses; analytic code; any other materials used in the review.	

From: Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* 2021;372:n71. doi:10.1136/bmj.n71

Nom, Prénom : PREISS Léo, SANCHEZ Théo

Titre : Revue systématique de la littérature : Quels sont les facteurs de réussite d'une prise en charge de soins palliatifs à domicile ?

Toulouse, le 16 mai 2023

Résumé : Chaque année en France environ 600 000 personnes décèdent dont les deux tiers nécessitent un accompagnement en soins palliatifs. Les Français sont 85% à déclarer vouloir décéder à domicile et seulement 24% y parviennent réellement. L'objectif de notre travail est de recenser les facteurs de réussite d'une prise en charge palliative au domicile. Une revue systématique de la littérature a été réalisée selon les recommandations PRISMA, incluant des articles publiés entre janvier 2016 et mai 2022. Cinq bases de données ont été interrogées (Pubmed, BDSB, Google Scholar, Embase et Web of science) permettant de trouver 8119 références. Chaque étape de sélection a été réalisée indépendamment par les deux chercheurs. 31 articles ont finalement été inclus. Différents facteurs de réussite ont été déterminés en fonction des acteurs de la fin de vie. Pour les patients, le sentiment de sécurité était primordial. Pour les aidants, une intégration dans l'équipe médicale et une prise en compte dans les soins sont essentielles. Pour les médecins généralistes, ils se doivent d'être disponibles et de maintenir des compétences professionnelles adaptées. Concernant les intervenants, assurer une présence humaine et le respect des individualités sont nécessaires. Enfin, sur le plan organisationnel, il est capital d'optimiser le lien hôpital-ville, de permettre la continuité des soins en dehors des heures ouvrées et les transferts d'information en cas d'urgence afin d'éviter les hospitalisations inutiles pour faciliter le décès à domicile dans de bonnes conditions. Afin de préparer les populations à ces situations difficiles qui deviennent de plus en plus fréquentes, il est fondamental d'améliorer leurs connaissances et la perception des soins palliatifs.

Abstract: Each year in France, about 600 000 people die, two third of them require palliative care. 85% of French population want to die at home, but only 24% are. The objective is to determine the success factors of a home palliative care. A systematic review of literature, based on PRISMA recommendations, has been achieved, including articles published from January 2016 to May 2022. Five databases have been questioned (Pubmed, BDPS, Google Scholar, Embase and Web of science) allowing to find 8119 references. Every step has been performed independently by two searchers; 31 articles have been included at the end. Several factors of success have been determined depending on the end-of-life contributor. For patients, the sense of security is fundamental. For carers, to be included in the medical team and be considered as someone with care needs is important. General practitioners need to strengthen their medical competencies in that field, they also must stay available. About health care providers, to ensure a human presence and to respect the individualities are essential. Finally, on the organisation side, it is vital to optimise the hospital-home link, to allow continuity of care in out-of-hours intervals and to ease information transfers in emergency situations to avoid unnecessary hospitalisations in order to facilitate a good death at home. To prepare populations for these difficult situations that are becoming more and more frequent, it is crucial to improve their knowledges and perceptions of palliative care.

Mots-clés : Soins palliatifs, fin de vie, domicile, facteurs de réussite, médecins généralistes.

Keywords: Palliative care, end-of-life, home, general practice, care givers, patients, quality improvements.

Discipline administrative : Médecine générale

UFR : Faculté de Médecine Rangueil- 133 route de Narbonne- 31062 TOULOUSE Cedex 04 – France

Directeur de thèse : Dr Nathalie BOUSSIER