



HAL
open science

État des lieux des compétences fondamentales en soins palliatifs pour la formation des médecins généralistes exerçant dans le contexte des soins primaires : revue intégrative de la littérature

Tom Cadet

► To cite this version:

Tom Cadet. État des lieux des compétences fondamentales en soins palliatifs pour la formation des médecins généralistes exerçant dans le contexte des soins primaires : revue intégrative de la littérature. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-03010087

HAL Id: dumas-03010087

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03010087>

Submitted on 17 Nov 2020

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

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



Université de Picardie Jules Verne
Faculté de Médecine

Année 2020

N°2020-106

**Etat des lieux des compétences fondamentales en soins palliatifs
pour la formation des médecins généralistes exerçant dans le
contexte des soins primaires : revue intégrative de la littérature**

Thèse pour le doctorat en médecine (Diplôme d'état)
Spécialité : Médecine générale

Présentée et soutenue publiquement le : Vendredi 18 septembre 2020 par :

Tom CADET

Président du jury : - Monsieur le Professeur Maxime GIGNON

Membres du jury : - Monsieur le Professeur Loïc GARCON

- Monsieur le Professeur Frédéric BLOCH

- Madame le Docteur Julie MOITIER

Directeur de Thèse : Monsieur le Docteur Sébastien MOINE

Co-directeur de thèse : Monsieur le Professeur Maxime GIGNON

DEDICACES ET REMERCIEMENTS

1) Monsieur le Professeur Maxime GIGNON

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

Epidémiologie, Prévention et Economie de la Santé

Chef du Pôle Préventions, Risques, Information médicale et Epidémiologie

Après m'avoir fait réaliser mes premiers pas dans la médecine clinique au Cesu, vous me faites l'honneur de finaliser ces études en présidant le jury pour la soutenance de ma thèse, Veuillez recevoir mes sincères remerciements ainsi que l'expression de ma profonde considération.

2) Monsieur le Professeur Loïc GARCON

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

(Hématologie – Transfusion)

Chef du service d'Hématologie Biologique, Chef du service de Génétique Constitutionnelle

Vous me faites l'honneur de juger ce travail et de participer à ce jury de thèse. Je vous prie d'accepter mes plus sincères remerciements et mon profond respect.

3) Monsieur le Professeur Frédéric BLOCH

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

Chef du service de Gériatrie

Vous me faites l'honneur d'accepter d'estimer ce travail, Soyez garanti Monsieur, de mon profond respect et de ma plus grande reconnaissance.

4) Madame le Docteur Julie MOITIER

Praticien Hospitalier (Gériatrie – Soins Palliatifs)

Je vous remercie sincèrement pour l'honneur que vous me faites en participant à ce jury. Veuillez recevoir l'expression de ma sincère reconnaissance.

5) Monsieur le Docteur Sébastien MOINE

Médecin Généraliste

Vous m'avez fait l'immense honneur de diriger cette thèse. Je vous remercie encore pour toute l'aide et les connaissances apportées lors de ce travail.

À ma famille,

À ma mère, À mon père, soutiens de la première heure, merci beaucoup pour tout, je vous dois toute ma réussite et vous en suis éternellement reconnaissant. Merci d'avoir eu la patience de vous occuper de moi et de m'avoir aimé (sans doute un peu quand même ?) malgré ma connerie.

À mes frères, Jérémy et Léo, merci aussi de m'avoir épaulé pendant toute ces années. Merci à Djenna de vous supporter tous les deux, quel courage, Mashallah !.

À mes grands-parents, vous m'avez donné la force et le courage de continuer dans les moments difficiles. Je sais que vous êtes fier de moi. Je vous aime et ne vous oublierai jamais.

À tous les autres, cousins, oncles et tantes, vous êtes bien trop nombreux pour être cités, mais avez tous une place dans mon cœur. Avoir une famille aussi nombreuse et soudée est une chance et une joie.

À mes amis

À mes trois témoins de thèse,

À Lola, tu sais toute l'affection que je te porte. Au milieu de tes nombreuses qualités, tu es et seras toujours un exemple d'humanité et de gentillesse pour moi, surtout ne change rien.

À Trevor, mon tendre ami. Je n'ai peut-être pas gagné la course à vélo, mais je suis toujours en tête pour ce qui est du mmr. Ta grande sociabilité m'a toujours inspiré, merci à toi.

À Sandrine, ma chère amie. Merci d'être là pour moi, pour nous. Merci de t'occuper de Trevor chez vous aussi bien que de Lola quand tu l'accompagnais aux toilettes à chaque soirée.

À Alexandre, ami d'enfance, mon « presque cousin », tu étais là à mes débuts à la fac. On s'est quand même bien marrés, à quand le retour du ski ? À Solène que j'affectionne beaucoup aussi, merci.

À mes amis Charly, Sophie, même Jeanne, merci à vous pour ces moments passés ensemble. Un grand merci à Riri, la plus belle bien entendu.

À Marie-Aude, la co-chef, qui a sauvé mes débuts comme médecin, merci beaucoup. Tous mes vœux de bonheur vous accompagnent Romain et toi pour les belles années à venir. Merci beaucoup à Eve-Agathe. Vivement qu'on se retrouve tous ensemble à chanter du Céline Dion.

Merci à Carolane, ma (vieille) amie, à jamais dans mon cœur.

Merci à Siming, la jolie Lune.

À toute l'équipe des urgences et du SSR de Doullens, merci pour tout ces moments, et tout ce que j'ai appris. Merci à Emilie, Laurie, Alexis, Adeline, Marie, Brigitte, à Benoit, Hervé, Bertrand pour cette bonne ambiance lors de ma formation.

Merci à tous mes autres maitres de stage que ce soit au CHU en Gériatrie, en Pédiatrie à Beauvais ou chez les nombreux autres généralistes, merci pour ce que vous m'avez apporté.

Merci enfin à tous les membres du cabinet médical de Beauvais, Antoine, Christelle, Dominique, Martha, Philippe et Widad. C'est un plaisir de travailler avec vous.

Liste des abréviations

AFSSAPS : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé

CFPC : The College of Family Physicians of Canada

EAPC : European Association of Palliative care

EMSP : Equipe Mobile de Soins Palliatifs

EoL : End of Life

EURACT : European Academy of Teachers in General Practice

GMC-UK : General Medical Council of the United Kingdom

MG : Médecin(s) Généraliste(s)

NICE : National Institute for Health and Care Excellence

NIH : National Institutes of Health

OCDE : Organisation de coopération et de développement économiques

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONFV : Observatoire national de la fin de vie

PC : Palliative Care

RCGP : Royal College of General Practitioners

SFAP : Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs

SP : Soins Palliatifs

SUDOC : Système Universitaire de Documentation

USP : Unité de Soins Palliatifs

WONCA : World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians

Table des matières

| | |
|---|-----------|
| INTRODUCTION | 9 |
| I. Développement des soins palliatifs | 9 |
| II. Importance de l'identification | 10 |
| III. Formation et compétences | 12 |
| IV. Identification de la problématique | 13 |
| V. Question de recherche | 14 |
| | |
| MATERIELS ET METHODES | 14 |
| I. Objectifs | 14 |
| II. Recherche littéraire : protocole | 14 |
| III. Revue intégrative | 15 |
| IV. Critères d'éligibilité | 16 |
| A. Littérature scientifique | 17 |
| 1. Pubmed Legacy | 17 |
| 2. Embase | 17 |
| 3. Wiley Online Library | 18 |
| 4. Cochrane library | 18 |
| 5. NHS Evidence | 18 |
| 6. Scopus | 19 |
| 7. PsycInfo | 19 |
| 8. CINHAL | 19 |
| B. Littérature grise | 20 |
| i. Rapports d'organisations mondiales et internationales impliquées dans l'enseignement de la médecine générale..... | 20 |
| 1. National Library of Medicine, USA | 20 |
| 2. Joint Royal Colleges of Physicians Training Board, UK..... | 20 |
| 3. General Medical Council of United Kingdom, UK | 20 |
| 4. Royal College of General Practitioners, UK | 21 |
| 5. College of Family Physicians of Canada, Canada..... | 21 |
| 6. Système Universitaire de Documentation, SUDOC, France..... | 21 |

| | |
|--|-----------|
| 7. National Institute of Health, USA..... | 21 |
| 8. Organisation Mondiale de la Santé, (WHO) | 21 |
| 9. Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé AFSSAPS, France..... | 21 |
| 10. World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians WONCA online | 21 |
| 11. European Academy of Teachers in General Practice EURACT | 21 |
| ii. Programmes d’enseignements de la spécialité de médecine générale (<i>curricula</i> de médecine générale, <i>postgraduate education</i>) | 22 |
| RESULTATS..... | 23 |
| I. Evaluation et analyse des données | 23 |
| A. Compétences où prédomine la dimension cognitive | 26 |
| B. Compétences où prédomine la dimension psychomotrice | 29 |
| C. Compétences où prédomine la dimension affective..... | 32 |
| DISCUSSION | 60 |
| I. Forces et limites..... | 66 |
| II. Validité externe et implications futures limites..... | 67 |
| CONCLUSION..... | 67 |
| BIBLIOGRAPHIE | 69 |
| RESUME | 75 |

INTRODUCTION

I. DEVELOPPEMENT DES SOINS PALLIATIFS

L'intégration des soins palliatifs (SP) dans les soins de routine dispensés aux patients a pour but d'améliorer la qualité de vie, de réduire l'utilisation inappropriée d'intervention médicales invasives et de faciliter une fin de vie digne et sereine.

En France, 62,2% des personnes qui décèdent sont susceptibles de relever d'une prise en charge incluant des SP, soit plus de 340 000 personnes chaque année (CépiDc-Inserm, 2014¹).

Depuis l'émergence des services de SP en France dans la fin des années 1980, on a assisté à un réel essor de ceux-ci, avec la création et le développement de multiples structures, multipliant l'offre de soins sur le territoire :

Tableau 1 : Evolution du nombre de structures de SP entre 1987 et 2017

| | 1987 | 1997 | 2004 | 2017⁽¹⁾ |
|----------------------------|-------------|-------------|-------------|---------------------------|
| USP¹ | 6 | 51 | 78 | 152 ⁽²⁾ |
| EMSP² | 0 | 55 | 317 | 426 |
| RESEAUX³ | 0 | 0 | 84 | 107 |
| TOTAL | 6 | 106 | 479 | 685 |

(1) : Dernières données disponibles

(2) : Valeur en 2019

Source : Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs – Annuaire des structures de SP et des associations bénévoles d'accompagnement de le SFAP (www.sfap.org) – Octobre 2019 et Aout 2017

Ceci a permis d'améliorer considérablement la qualité des soins apportés aux patients en fin de vie.

Cependant, près de la moitié des patients susceptibles de bénéficier de cette prise en charge (notamment en milieu hospitalier) n'y ont pas accès².

¹ USP = Unité (d'hospitalisation) de soins palliatifs

² EMSP = Equipe mobile de soins palliatifs

³ Réseaux thématiques de soins palliatifs à domicile

L'étude « *Quality of Death Index* », commissionnée par la *Lien Foundation* de Singapour (2015)³ a mesuré la qualité des SP dans 80 pays, à l'aide de 20 indicateurs qualitatifs et quantitatifs regroupés en 5 catégories, comprenant « l'environnement des soins palliatifs et des soins de santé » (*Palliative and Healthcare environment*), les ressources humaines, l'accessibilité économique des soins, la qualité des soins, et le niveau d'engagement communautaire.

La France était alors classée dixième sur 80 pays. Le niveau général des pratiques françaises concernant la qualité des soins apportés aux patients en fin de vie est relativement bon, mais il est intéressant de s'inspirer de pays voisins mieux classés tels que les Pays-Bas (8^{ème}), l'Allemagne (7^{ème}), la Belgique (5^{ème}) ; l'Irlande (4^{ème}), ou encore le Royaume-Uni (1^{er}).

Les médecins généralistes sont profondément ancrés dans la communauté qu'ils desservent et en tant que tels sont un maillon central pour la communauté, les équipes multidisciplinaires et les prestataires spécialisés. Ils connaissent les besoins de santé de leur population locale et sont dans une position privilégiée pour s'engager dans des programmes de santé publique dans les SP et soins de fin de vie. Si l'on veut s'inspirer des pratiques anglaises, la majorité des services relatifs aux SP et de fin de vie au Royaume-Uni sont fournis par des généralistes.⁴

Il y a donc un réel besoin d'amélioration de nos pratiques médicales en France.

II. IMPORTANCE DE L'IDENTIFICATION

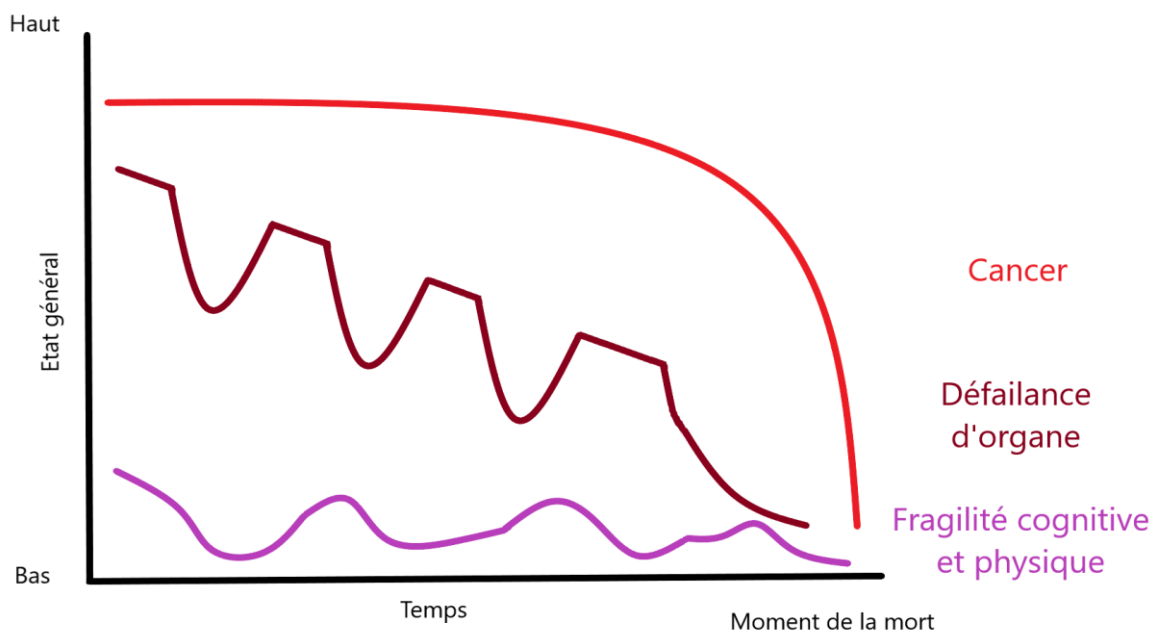
Rappelons alors la définition des SP ; d'après l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) les SP étaient définis en 2002 comme suivant : Ils « cherchent à améliorer la qualité de vie des patients et de leur famille, face aux conséquences d'une maladie potentiellement mortelle, par la prévention et le soulagement de la souffrance, 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. »

Selon cette définition de l'OMS, les SP sont donc mis en œuvre précocement au cours de la maladie, en conjonction avec d'autres thérapies visant à prolonger la vie⁵.

Bien que ces recommandations aient été acceptées dans le monde entier, la plupart des patients atteints de maladies évolutives avancées, en particulier ceux avec une maladie non maligne, ne sont pas formellement identifiés pour une prise en charge palliative avant leur décès, ce qui constitue un obstacle majeur au niveau international.⁶ Ceux qui le sont sont plus susceptibles de bénéficier de soins coordonnés ainsi que de décéder à domicile.⁷

Plusieurs modèles de trajectoires de fin de vie ont déjà été décrits dans la littérature concernant les personnes atteintes de maladies chroniques évolutives^{8,9} :

Figure 1 : Trajectoires de fin de vie



D'après Murray, S. A., et al.⁹

Le bon moment pour initier les SP n'a été défini pour aucune de ces trajectoires ; particulièrement concernant les patients atteints de maladies non malignes (insuffisance cardiaque, insuffisance respiratoire, maladies neurodégénératives, ...), reconnaître ou définir le moment où les SP doivent être pris en considération semble difficile^{10,11}.

Être formé à l'identification précoce a pour objectif de développer les compétences biomédicales des professionnels de santé concernant l'identification précoce des patients se rapprochant de la fin de leur vie, c'est-à-dire susceptibles de décéder dans les 12 prochains mois (GMC, 2010)¹².

Ceci est donc un enjeu de santé publique majeur concernant l'amélioration de la qualité et de la mise en place des soins qui leur sont proposés.

III. FORMATION ET COMPETENCES

Afin d'optimiser l'identification des patients en fin de vie, il est nécessaire que les professionnels de santé soient mieux formés.

En France, en effet, le rapport de l'Observatoire National de la Fin de Vie (ONFV 2011)¹³ fait état de l'inadéquation de la formation des acteurs de santé, tant sur le plan de la formation initiale que de la formation continue (2% des médecins généralistes ont été formés à la question de la fin de vie ; 10 à 15% des infirmières depuis 2005), et conclut qu'il existe un retard considérable en matière de recherche sur la fin de vie.

Ceci est illustré plus récemment encore, dans la déclaration d'Astana, qui identifie les SP comme l'une des composantes essentielles des soins primaires.¹⁴ Pouvoir proposer des formations ciblées, avec des objectifs d'apprentissage clairs, et des méthodes pédagogiques adaptées, repose sur un travail préalable d'identification des compétences fondamentales.

Les compétences peuvent être définies comme étant les capacités du médecin généraliste à accomplir avec succès une série de tâches observables, indépendamment du travail habituel.¹⁵ « Fondamentales » signifie essentielles à la discipline, indépendamment du système de santé dans lequel ces compétences sont appliquées (et qui se doit d'être donc applicable à l'international). Cela implique aussi l'existence d'éléments non-essentiels, qui sont, la plupart du temps, liés aux différences existantes entre les systèmes de santé et l'environnement sociétal dans lequel le médecin généraliste exerce sa médecine.

Les compétences fondamentales relatives à la pratique de la médecine générale sont au nombre de six. La première concerne la gestion des soins de santé primaire.¹⁶

Les soins primaires, par définition, « englobent les notions de premier recours, d'accessibilité, de coordination, de continuité et de permanence des soins. Ils constituent la porte d'entrée dans le système qui fournit des soins de proximité, intégrés, continus, accessibles à toute la population, et qui coordonne et intègre des services nécessaires à d'autres niveaux de soins ».¹⁷

La pratique de la médecine générale, lorsqu'elle est exercée dans le cadre des soins primaires, est donc le premier contact habituel avec le système de soins, permettant un accès ouvert et non

limité aux usagers, prenant en compte tous les problèmes de santé, indépendamment de l'âge, du sexe, ou de toutes autres caractéristiques de la personne concernée.

Les recommandations européennes pour la formation et l'enseignement des SP (EAPC, 2009)¹⁸ identifient trois types de dimensions sur lesquelles repose le développement des compétences fondamentales (« *core competencies* ») concernant le secteur des SP : 1/ cognitive (savoir ou connaissances déclaratives, « *knowledge* »), 2/ psychomotrice (connaissances procédurales, « *skills* ») et 3/ affective (attitudes et représentations, « *attitude* »). Un curriculum intégrant les compétences fondamentales de soins palliatifs à développer dans la discipline de médecine générale doit prendre en compte ces dimensions.

IV. IDENTIFICATION DE LA PROBLEMATIQUE

L'ensemble de ce travail s'inscrit dans un contexte d'autant plus particulier aujourd'hui. En effet, la pandémie à Covid-19 fragilise le monde entier actuellement, et nous sommes, médecins généralistes, confrontés au quotidien à voir des patients, fragilisés ou non, à risque plus élevé de complications de cette maladie, ou non, se dégrader, nécessiter davantage de soins, voire de bénéficier de soins réanimatoires à court terme. La problématique liée à cette « nouvelle » maladie concerne ici les patients les plus fragiles, les plus anciens, ceux qui ne bénéficieront pas de ces soins de réanimation. Comment, dans ce contexte, sommes-nous armés pour identifier, traiter, et accompagner à domicile ceux qui devront nécessiter une prise en charge palliative ?

Les organisations nationales et régionales tentent de nous aider, à l'image des Agences Régionales de Santé (ARS) inspirées par les recommandations du Collège de la Médecine Générale (site web « [Coronacliv](#) »), de la Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs ([SFAP](#)) en France, ou, à l'étranger, du *Royal College of General Practitioners* (RCGP) par exemple, en créant des fiches, des guides de prise en charge actualisés au fil de la crise avec l'évolution des connaissances de cette maladie ^{19, 20, 21}.

Cependant, si les médecins généralistes n'ont pas été familiarisés, formés à ce type de prise en charge, d'identification, de conversation, il est alors bien plus difficile de les mettre en route alors que le confinement est au plus haut, et que les mesures de distanciations sociales se doivent d'être appliquées.

Au vu des tendances démographiques actuelles (vieillesse de la population, augmentation de la proportion de personnes vivant avec une ou plusieurs maladies chroniques), et de la possible persistance dans le temps, voire de la récurrence de cette crise sanitaire, il semble

alors urgent de former les médecins généralistes afin d'améliorer leur sensibilisation vis-à-vis des SP, dans l'optique d'une intégration étendue des SP dans l'ensemble du système de santé, et en premier lieu, au sein des soins primaires.

V. QUESTION DE RECHERCHE

C'est dans ce cadre que ce travail de recherche est développé, s'intéressant à définir quelles compétences fondamentales du *curriculum* de médecine générale ont été identifiées pour la mise en œuvre de SP par les MG exerçant dans le contexte des soins primaires.

MATERIEL ET METHODE

I. OBJECTIFS

L'objectif principal de cette revue était donc d'établir un état des lieux des compétences fondamentales existantes en médecine générale, et permettant de développer le déclenchement et la mise en œuvre des SP en médecine générale dans le contexte des soins primaires.

II. RECHERCHE LITTERAIRE : PROTOCOLE

Il s'agissait donc de réaliser une revue intégrative de la littérature, concernant :

- La littérature scientifique publiée et disponible via les bases de données électroniques (Medline, Cochrane, Scopus, EMBASE, PsycInfo, NHS Evidence, Wiley online library, CINHALL)
- La littérature grise :
 - Rapports d'organisations nationales et internationales impliquées dans l'enseignement de la médecine générale
 - National Library of Medicine, USA ;
 - Joint Royal Colleges of Physicians Training Board, UK ;
 - General Medical Council of United Kingdoms, UK (GMC) ;
 - Royal College of General Practitioners (RCGP), UK ;
 - College of Family Physicians of Canada (CFPC), Canada ;

Système Universitaire de Documentation (SUDOC), France ;

- National Institutes of Health (NIH), USA ;
- Organisation Mondiale de la Santé (WHO) ;
- Agence Française de Sécurité Sanitaire et des Produits de Santé (AFSSAPS), France ;
- World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians (WONCA) ;
- European Academy of Teachers in General Practice (EURACT) ;
- Programmes d'enseignements de la spécialité de médecine générale (*curricula* de médecine générale, *postgraduate education*) : analyse des *curricula* existant en langue anglaise et française dans les pays OCDE.

III. REVUE INTEGRATIVE

Une revue intégrative de la littérature, est, par définition, « un type de revue qui résume la littérature empirique ou théorique passée pour fournir une compréhension plus complète d'un phénomène particulier ou d'un problème de santé (Broome 1993).²² Les revues intégratives ont donc pour but de développer la recherche scientifique. »

Cette revue intégrative était basée sur le modèle de Whittemore and Knafl (2005)²³, qui permet l'inclusion de littérature scientifique et littérature grise. Inclure une telle variété de source documentaire permettait d'explorer pleinement le sujet.

Nous avons tout d'abord développé des algorithmes structurés de recherche documentaire (détaillés ci-dessous) afin d'extraire les articles et documents potentiellement pertinents des bases de données scientifiques et généralistes. Nous avons contacté les organisations responsables de la formation des médecins généralistes dans les principaux pays de l'OCDE afin de récupérer les *curricula* de médecine générale (en langue française et anglaise), lorsqu'ils existaient. Nous avons appliqué les critères d'éligibilité permettant de conserver les études pertinentes pour notre question de recherche.

L'inclusion de diverses sources de données dans une revue intégrative, comprenant à la fois des études empiriques (qualitatives, quantitatives et mixtes) et théoriques, rendait le processus

d'évaluation des données plus complexe et pouvait perdre de sa valeur, donc il n'avait pas été jugé nécessaire de réaliser d'évaluation qualitative de la littérature.

Nous avons ensuite procédé à une synthèse narrative des résultats provenant des articles et documents inclus.

IV. CRITERES D'ELIGIBILITE

Nous avons recherché et étudié tous les articles scientifiques, les rapports et *curricula* de médecine générale retrouvés dont nous avons accès au résumé et/ou à l'article dans son intégralité, écrits en langue française ou anglaise, de 1980 jusqu'à la date de début de recherche (16/01/2020).

Les critères de sélection des différentes sources sont indiqués ci-après :

- Critères d'inclusion :

- Période : jusqu'à la date de début de l'étude (16/01/2020)
- Adultes (≥ 18 ans)
- Articles scientifiques en anglais et français
- Rapports et *curricula* en anglais et français

- Critères d'exclusion :

- Pour les articles : résumé non disponible
- Pas de mention de compétences fondamentales liées aux SP
- Contexte de pratique n'incluant pas la médecine générale dans le cadre des soins primaires
- Les SP en milieu pédiatrique

A. La littérature scientifique

Les algorithmes de recherche utilisés étaient les suivants :

1. PubMed Legacy

| | | |
|---------------------------------|---|---|
| Algorithme de recherche: | ((("Professional Competence"[Mesh]) OR ("Clinical Competence"[Mesh]) OR ("Competency-Based Education"[Mesh]) OR ("Professionalism"[Mesh]) OR ("Curriculum"[Mesh]) OR ("Education, Medical"[Mesh])) OR (Competence OR Core competence OR Clinical competence OR Professional competence OR Curriculum OR Professionalism OR Competency-based OR Capabilities OR Education))) AND (((("General Practice"[Mesh]) OR ("General Practitioners"[Mesh]) OR ("Physicians, Family"[Mesh]) OR ("Primary health care"[Mesh]) OR ("Physicians, Primary Care"[Mesh])) OR (General practi* OR Family physicians OR Primary care physicians OR Primary care OR Primary health care))) AND (((("Palliative Care"[Mesh]) OR ("Palliative Medicine"[Mesh]) OR ("Hospice Care"[Mesh])) OR (Palliative care OR Palliative medicine OR Hospice care))) | N=1908 Filtres: -Abstract -Humans -English -1980-2020 |
|---------------------------------|---|---|

2. Embase

| Pubmed thesaurus (Mesh) | Embase thesaurus |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • "Professional Competence"[Mesh] • "Clinical Competence"[Mesh] • "Competency-Based Education"[Mesh] • "Curriculum"[Mesh] • "Education, Medical"[Mesh] • "Professionalism"[Mesh] • "General Practice"[Mesh] • "General Practitioner"[Mesh] • "Physicians, Family"[Mesh] • "Primary health care"[Mesh] • "Physicians, Primary Care"[Mesh] • "Palliative Care"[Mesh] • "Palliative Medicine"[Mesh] • "Hospice Care"[Mesh] | <ul style="list-style-type: none"> • professional competence • clinical competence • competency-based education • integrated curriculum • medical education • professionalism • general practice • general practitioner • “ • primary health care • primary medical care • palliative therapy • “ • hospice care |

| Search No | Algorithme | Nombre de résultats |
|----------------------|---|---------------------|
| S1 | (professional competence) OR (clinical competence) OR (competency-based education) OR (professionalism) OR (integrated curriculum) OR (medical education) | N= 126623 |
| S2 | Competence OR Core competence OR Clinical competence OR Professional competence OR Curriculum OR Professionalism OR Competency-based OR Capabilities OR Education | N= 722688 |
| S3 | (general practice) OR (general practitioner) OR (primary health care) OR (primary medical care) | N= 180060 |
| S4 | General practi* OR Family physicians OR Primary care physicians OR Primary care OR Primary health care | N= 214078 |
| S5 | (palliative therapy) OR (hospice care) | N= 74539 |
| S6 | Palliative care OR Palliative medicine OR Hospice care | N= 41481 |
| A=(S1 or S2) | | N= 722688 |
| B=(S3 or S4) | | N= 219590 |
| C=(S5 or S6) | | N= 79712 |
| A and B and C | | N= 771 |

3. Wiley online library

| | | |
|---------------------|---|-------------------------------|
| Algorithme : | "palliative care" anywhere and "general practice" anywhere and "clinical competence" anywhere | N=25 Filtres: -Open access |
|---------------------|---|-------------------------------|

4. Cochrane Library

| | | |
|---------------------|--|-------------------|
| Algorithme : | « Professional Competence » OR « Clinical Competence » OR « Competency-Based Education » OR « Professionalism » OR « Curriculum » OR « Education », Medical in Title Abstract Keyword AND « General Practice » OR « General Practitioners » OR « Physicians, Family » OR « Physicians, Primary Care » in Title Abstract Keyword AND « Palliative Care » OR « Palliative Medicine » OR « Hospice Care » | N=147 Filtres: |
|---------------------|--|-------------------|

5. NHS Evidence

| | | |
|---------------------|--|-------------------|
| Algorithme : | « Professional Competence » OR « Clinical Competence » OR « Competency-Based Education » OR « Professionalism » OR « Curriculum » OR « Education », Medical in Title Abstract Keyword AND « General Practice » OR « General Practitioners » OR « Physicians, Family » OR « Physicians, Primary Care » in Title Abstract Keyword AND « Palliative Care » OR « Palliative Medicine » OR « Hospice Care » | N=147 Filtres: |
|---------------------|--|-------------------|

6. Scopus

| Search No | Algorithme | Nombre de résultats |
|----------------------|---|---------------------|
| S1 | (professional competence) OR (clinical competence) OR (competency-based education) OR (professionalism) OR (integrated curriculum) OR (medical education) | N= 530392 |
| S2 | Competence OR Core competence OR Clinical competence OR Professional competence OR Curriculum OR Professionalism OR Competency-based OR Capabilities OR Education | N= 246786 |
| S3 | (general practice) OR (general practitioner) OR (primary health care) OR (primary medical care) | N= 536463 |
| S4 | General practi* OR Family physicians OR Primary care physicians OR Primary care OR Primary health care | N= 64399 |
| S5 | (palliative therapy) OR (hospice care) | N= 90098 |
| S6 | Palliative care OR Palliative medicine OR Hospice care | N= 17164 |
| A=(S1 or S2) | | N= 622589 |
| B=(S3 or S4) | | N= 537457 |
| C=(S5 or S6) | | N= 91152 |
| A and B and C | | N= 1264 |

7. PsycInfo

| Search No | Algorithme | Nombre de résultats |
|----------------------|---|---------------------|
| S1 | (professional competence) OR (clinical competence) OR (competency-based education) OR (professionalism) OR (integrated curriculum) OR (medical education) | N= 33671 |
| S2 | Competence OR Core competence OR Clinical competence OR Professional competence OR Curriculum OR Professionalism OR Competency-based OR Capabilities OR Education | N= 449712 |
| S3 | (general practice) OR (general practitioner) OR (primary health care) OR (primary medical care) | N= 27280 |
| S4 | General practi* OR Family physicians OR Primary care physicians OR Primary care OR Primary health care | N= 45716 |
| S5 | (palliative therapy) OR (hospice care) | N= 2231 |
| S6 | Palliative care OR Palliative medicine OR Hospice care | N= 14884 |
| A=(S1 or S2) | | N= 449725 |
| B=(S3 or S4) | | N= 45799 |
| C=(S5 or S6) | | N= 14895 |
| A and B and C | | N= 163 |

8. CINHAL

| Search No | Algorithme | Nombre de résultats |
|----------------------|---|---------------------|
| S1 | (professional competence) OR (clinical competence) OR (competency-based education) OR (professionalism) OR (integrated curriculum) OR (medical education) | |
| S2 | Competence OR Core competence OR Clinical competence OR Professional competence OR Curriculum OR Professionalism OR Competency-based OR Capabilities OR Education | |
| S3 | (general practice) OR (general practitioner) OR (primary health care) OR (primary medical care) | |
| S4 | General practi* OR Family physicians OR Primary care physicians OR Primary care OR Primary health care | |
| S5 | (palliative therapy) OR (hospice care) | |
| S6 | Palliative care OR Palliative medicine OR Hospice care | |
| A=(S1 or S2) | | |
| B=(S3 or S4) | | |
| C=(S5 or S6) | | |
| A and B and C | | N= 16 |

B. La littérature grise

- i. Rapports d'organisations nationales et internationales impliquées dans l'enseignement de la médecine générale

1. National Library of Medicine, USA;

| | | |
|---------------------|---|--|
| Algorithme : | Palliative care curriculum AND Competence | N=17 Filtres: -Health information |
|---------------------|---|--|

2. Joint Royal Colleges of Physicians Training Board, UK;

| | | |
|---------------------|--|---------------------------|
| Algorithme : | Palliative Care AND Physicians, Primary Care application | N=39 Filtres: 0 |
|---------------------|--|---------------------------|

3. General Medical Council of United Kingdoms, UK;

| | | |
|-------------------|--------------------------------|------------------------|
| Algorithme | Palliative medicine curriculum | N=10 Filtres: 0 |
|-------------------|--------------------------------|------------------------|

4. Royal College of General Practitioners, UK;

| | | |
|-------------------|-----------------|------------------------|
| Algorithme | Palliative care | N=52 Filtres: 0 |
|-------------------|-----------------|------------------------|

5. College of Family Physicians of Canada, Canada;

| | | |
|-------------------|---|-----------------------------|
| Algorithme | SP et soins primaires Palliative care and primary care | N=5+28 Filtres: 0 |
|-------------------|---|-----------------------------|

6. Système Universitaire de DOCUMENTATION SUDOC, France;

| | | |
|-------------------|--|----------------------------|
| Algorithme | "Palliative Care" OR "Hospice Care" OR "Palliative Medicine" AND "Physicians, Primary Care education" OR "Curriculum" OR "Family Practice education" | N=322 Filtres: 0 |
|-------------------|--|----------------------------|

7. National Institutes of Health (NIH), USA;

| | | |
|-------------------|--|---|
| Algorithme | Palliative care and general practice and education | N=1000 Filtres: Clinical trials |
|-------------------|--|---|

8. Organisation Mondiale de la Santé (WHO);

| | | |
|-------------------|---|-------------------------|
| Algorithme | "general practice" and "palliative care" and "competence" | N=49 Filtres: |
|-------------------|---|-------------------------|

9. Agence Française de Sécurité Sanitaire et des Produits de Santé AFSSAPS, France;

| | | |
|-------------------|--|------------------------|
| Algorithme | "SP" et "compétences" et "soins primaires" | N=17 Filtres: 0 |
|-------------------|--|------------------------|

10. World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians WONCA online;

| | | |
|-------------------|----------------------------------|------------------------|
| Algorithme | Palliative care and primary care | N=49 Filtres: 0 |
|-------------------|----------------------------------|------------------------|

11. European Academy of Teachers in General Practice (EURACT).

| | | |
|-------------------|-----------------|-----------------------|
| Algorithme | Palliative care | N=5 Filtres: 0 |
|-------------------|-----------------|-----------------------|

ii. Programmes d'enseignements de la spécialité de médecine générale (*curricula* de médecine générale, *postgraduate education*) : analyse des *curricula* existant en langue anglaise française dans les pays OCDE

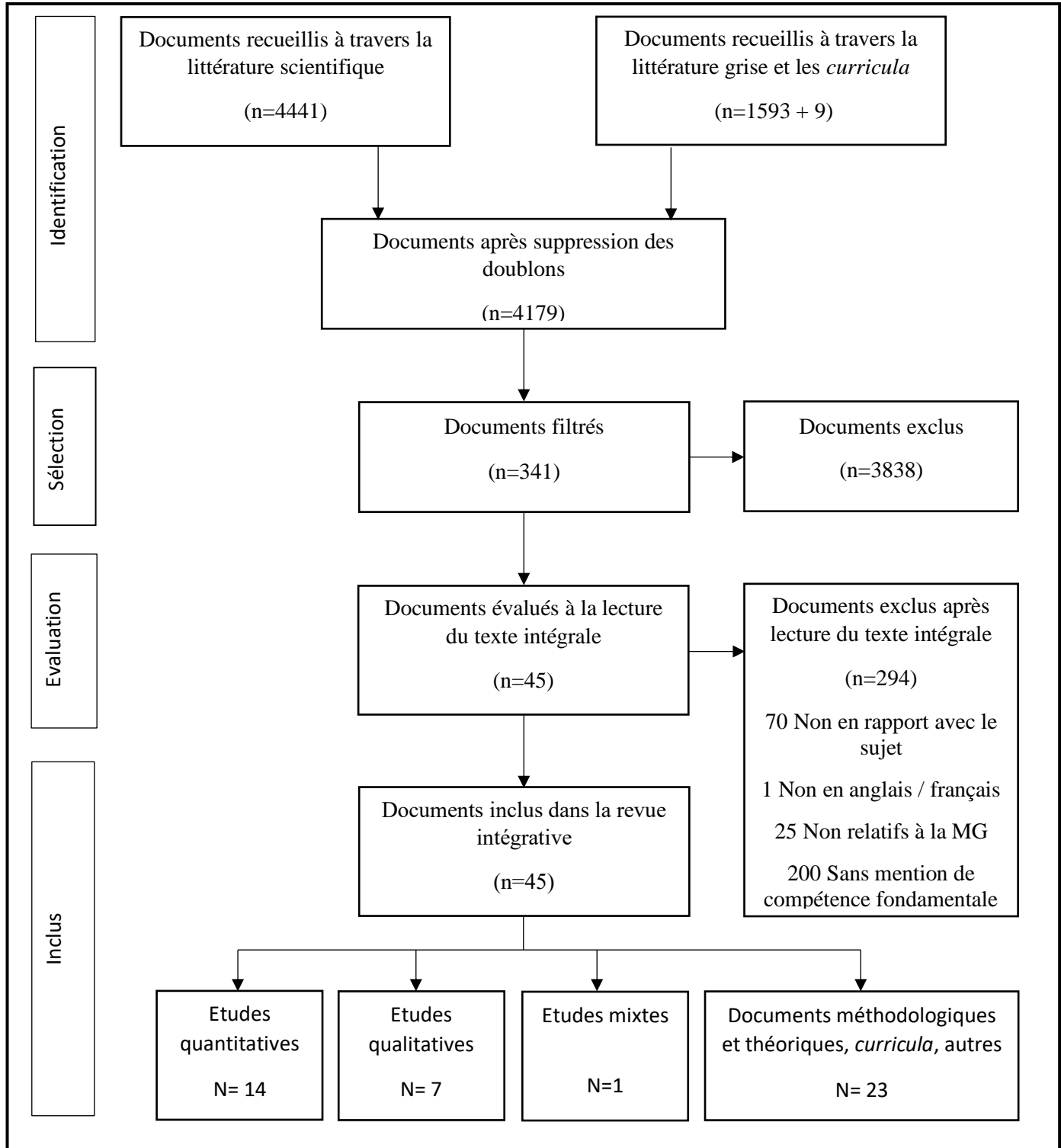
Les représentants EURACT des différents pays membres de l'OCDE ont été contactés par mail afin de récupérer les *curricula* de leurs pays respectifs, avec un rappel à 3 mois en cas d'absence de réponse. Ont été récupérés les *curricula* d'Australie, du Canada, des Etats-Unis d'Amérique, d'Irlande, de Malte, de Nouvelle-Zélande et du Royaume-Uni. Seize autres pays n'avaient pas de *curriculum* national de médecine générale, de documents liés à la formation des SP dans le contexte des soins primaires ; ou ceux-ci n'étaient pas en langue anglaise ni française. Les demandes adressées à vingt autres représentants sont restées sans réponse.

L'ensemble des données est résumé dans le diagramme de flux en Figure 2.

RESULTATS

I. EVALUATION ET ANALYSE DES DONNEES

Figure 2 : Diagramme de flux (Processus de sélection des études)



Concernant la littérature scientifique, un total de 4441 sources ont été trouvées. 1602 documents étaient issus de la littérature grise et des *curricula*. La répartition dans les différentes bases de données électroniques est détaillée précédemment. Après suppression des doublons (n=1865) et des données manifestement non pertinentes (n=3837), 341 articles ont été évalués pour éligibilité future. Sur ces 341 articles, 70 étaient non pertinents avec le sujet ; 1 n'était pas en langue anglaise ni française ; 200 ne faisaient pas mention des compétences fondamentales recherchées ; et 25 n'étaient pas en rapport avec la médecine générale. Ainsi, 45 documents rencontraient tous les critères d'inclusion, et ont été utilisés pour la synthèse des données.

Les figures 3 à 5 schématisent certaines caractéristiques des documents analysés, selon le pays de publication, le type de document, et l'année de sa parution.

Figure 3 : Répartition des documents selon le pays de publication

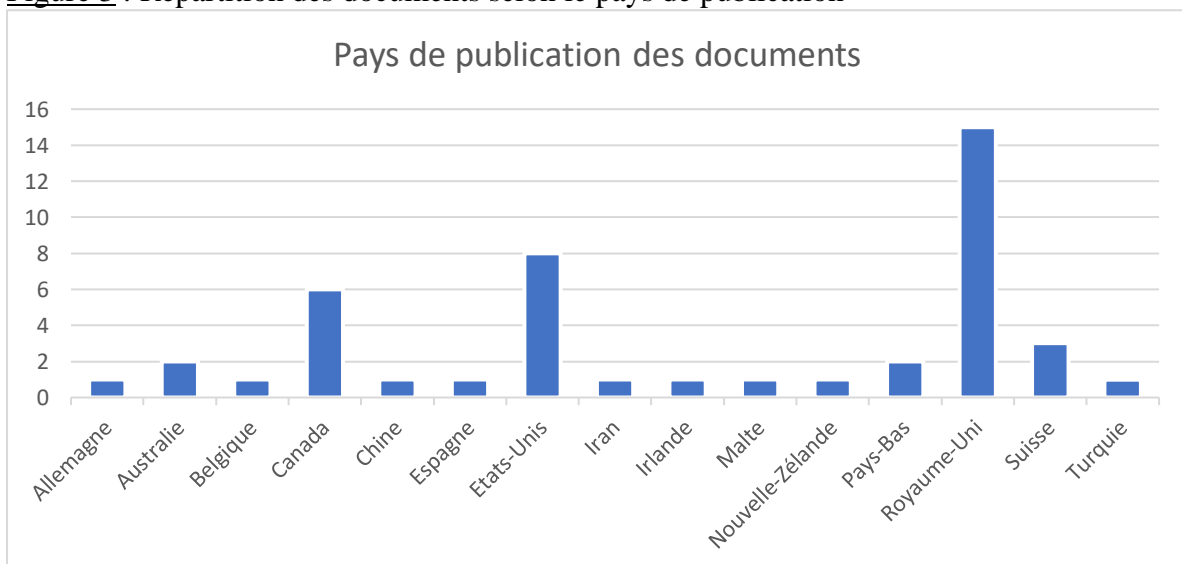


Figure 4 : Répartition des documents selon leur type

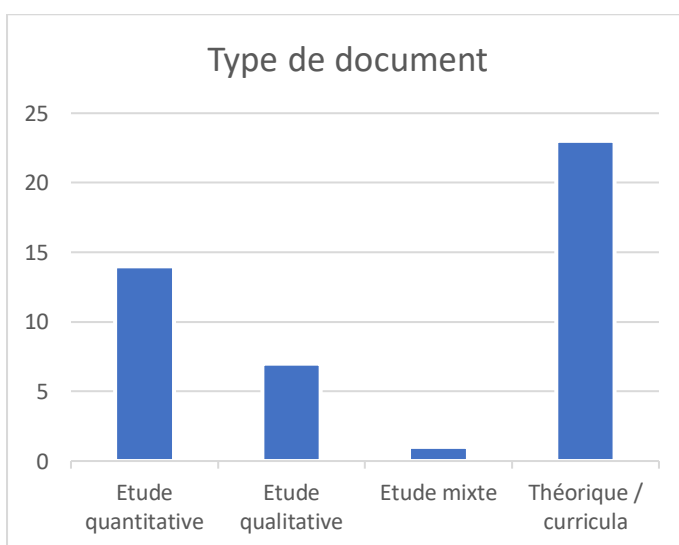
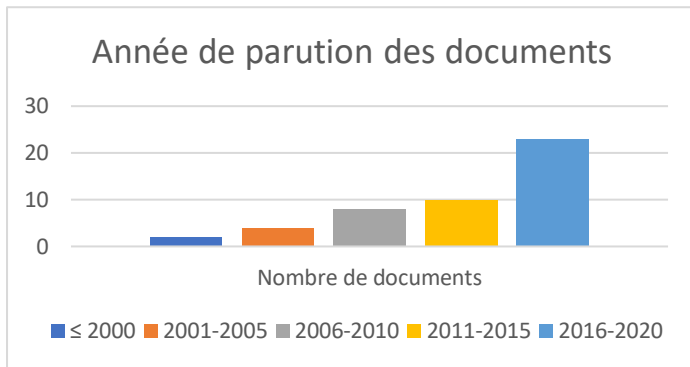


Figure 5 : Répartition des documents selon l'année de publication



Les compétences fondamentales reposent sur différentes dimensions de la connaissance (cognitive, psychomotrice et affective). A des fins de synthèse, nous avons choisi de classer les compétences issues de la recherche documentaire en trois principales catégories (cf. tableau 5) :

1/ compétences où prédomine la dimension cognitive (savoir, « *knowledge* »),

2/ compétences où prédomine la dimension psychomotrice (connaissances procédurales, « *skills* »)

3/ compétences où prédomine la dimension affective (attitudes et représentations, « *attitude* »).

Cette catégorisation est arbitraire et discutable. Les représentations d'un MG vis-à-vis des effets secondaires de la morphine auront bien sûr un impact sur le type de traitement antalgique qu'il choisira, et ce, indépendamment de ses connaissances en matière de bonnes pratiques de prescription des opioïdes. De même, si les compétences communicationnelles reposent sur des composantes psychomotrices, les dimensions théoriques et affectives jouent également un rôle dans leur développement. Malgré ces limites, il nous semble que cette catégorisation peut contribuer à une réflexion sur le contexte de pratique où ces compétences sont déployées.

A. Compétences où prédomine la dimension cognitive

Dans les dispositions appropriées, le médecin généraliste exerçant dans le cadre des soins primaires doit tout d'abord maintenir un niveau d'éducation / d'apprentissage constant et correct, dans le but de pouvoir démontrer sa capacité à appliquer ses connaissances sur :

- L'identification et la gestion des symptômes, qu'ils soient douloureux, ou non. Les personnes recevant des soins palliatifs peuvent ressentir de nombreux symptômes associés à l'approche de la mort, à leur maladie ou leur état, ou encore au(x) traitement(s) reçu(s). Ces symptômes sont variés et nombreux, et comprennent, le plus souvent : la douleur (dont la gestion est quasi systématiquement mentionnée dans cette revue, indépendamment des autres

symptômes tant sa place est importante dans le contexte des SP), les troubles digestifs (Nausées / vomissements, constipation, syndrome obstructif), la dyspnée, les troubles anxieux et dépressifs, les syndromes confusionnels, l'anorexie. Être conscient des différents types de symptômes pouvant apparaître au cours de la maladie peut aider l'entourage à comprendre le processus de la mort et pourra leur permettre d'être impliqués dans la prestation des soins.

- Les soins particuliers adressés aux personnes en fin de vie, ainsi que les soins liés au deuil et soins *post-mortem* concernant l'entourage. Le GMC¹² définit les patients en fin de vie ou plutôt « approchant de la fin de leur vie » comme ceux qui décèderont probablement dans les 12 prochains mois. Cette définition inclut ceux dont la mort est imminente (supposément quelques heures ou jours), et ceux avec une maladie avancée, progressive et incurable ; ceux avec une fragilité générale et des comorbidités qui signifient qu'ils devraient mourir dans les 12 mois ; ceux à risque de développer et de décéder d'une affection aiguë et/ou d'une décompensation. Buchman rappelle que les MG reconnaissent que la qualité de vie de ces patients est importante, mais rares sont ceux se sentant à l'aise pour l'évaluer en pratique²⁹.

- Les lieux de soins et les données locales relatives aux soins de fin de vie (hôpitaux, services et réseaux de SP, ...), et aux soins à domicile : Soigner à domicile les personnes le nécessitant, tout au long du continuum des soins jusqu'à la fin de vie, est une tâche professionnelle fondamentale des médecins de famille. Malheureusement, l'enseignement des soins dans le contexte du domicile se fait rare en formation médicale des étudiants²⁹.

Le travail de Schwill et al. rappelle qu'en Europe moins de la moitié des patients décèdent à domicile alors qu'ils préféreraient finir leur vie chez eux. Il est souligné aussi le rôle fondamental des soins de fin de vie ambulatoire pour évaluer et organiser le cadre personnel afin d'organiser cette fin de vie à domicile⁴⁵.

Les *curricula* néo-zélandais, américains et canadiens^{61,64,66} soulignent l'importance d'adapter la prise en charge en fonction du lieu de vie du patient (Domicile, maison de retraite, hôpital, ...), ainsi que des besoins particuliers des patients vivant en milieu rural. Lors de la planification des soins de fin de vie d'un patient à domicile, il est aussi important de savoir anticiper que des soins en établissement (unité de soins palliatifs, hôpital) peuvent être nécessaires, afin d'assurer une transition en douceur et de minimiser l'inconfort du patient et/ou de la famille.

- Les soins qui se doivent d'être continus, planifiés et coordonnés : Les Daffodil Standards par exemple, exprimés par le RCGP^{50,51,52,53,54}, caractérisent l'importance de la planification personnalisée des soins. Pour le patient nécessitant des soins palliatifs, établir avec lui les objectifs de soins est important pour développer sa propre compréhension de sa maladie,

pour examiner les avantages et les inconvénients des options thérapeutiques qui lui sont proposées, qui pourraient devenir disponibles ou que lui-même souhaite explorer ; pour l'aider à fixer ou à modifier ses priorités et à les traduire en décisions pratiques concernant le traitement et les autres soins. Lorsqu'il y a des transitions, des modifications dans l'évolution palliative du patient (changement du lieu de soin, de traitement, des souhaits du patient), le MG doit savoir examiner et revoir activement ces objectifs de soin avec le patient et, si besoin, son entourage.

- Les trajectoires de la maladie ; le diagnostic, le pronostic : Le MG doit avoir développé des connaissances pour poser un diagnostic et pouvoir discuter des trajectoires de maladie pour estimer et discuter du pronostic avec le patient et son entourage. Thoosen, dans un essai contrôlé randomisé⁴⁶, étudie l'effet d'une formation à l'identification précoce et à la planification des soins, avec un focus sur les trajectoires de la maladie. Il y est conclu que débiter les SP au moment opportun et l'implication du patient dans l'anticipation d'une trajectoire de la maladie restent des tâches difficiles, particulièrement chez les patients non oncologiques.

- La nutrition et l'hydratation des patients : Ces sujets restent assez peu abordés, si ce n'est dans les *curricula*, ou sont souvent inclus dans la gestion globale des symptômes. Pourtant ils méritent leur statut de compétence fondamentale. L'étude de Giezendanner et al.³⁸ montre que les MG sont très peu confiants quant à leur prise en charge de ces problèmes. Il est important de pouvoir évaluer précocement la présence d'anorexie ou de cachexie ainsi que leurs possible facteurs contributifs. Le MG doit avoir conscience que la nutrition et l'hydratation sont fournies de manière à répondre aux besoins des patients et que, si nécessaire, ceux-ci puissent recevoir une aide adéquate pour leur permettre de manger et de boire. Cette aide peut être humaine, ou artificielle, par le biais d'apports sous-cutanés, intraveineux, ou par celui de sondes nasogastriques ou de gastrostomie. La nutrition et l'hydratation apportées ainsi sont considérées comme des traitements, et doivent être gérées de la même manière que les autres traitements.

- Les questions juridiques ; Les médecins généralistes doivent être conscients de la législation entourant les soins palliatifs et de fin de vie dans leur pays, en particulier en ce qui concerne la manière dont les soins sont dispensés ou comment les décisions sont prises lorsqu'un individu perd sa capacité de prendre des décisions éclairées pour lui-même. Toutes les décisions prises et les actions réalisées se doivent de l'être dans les meilleurs intérêts du patient. Encore une fois, la partie légale des soins palliatifs n'est définie comme compétence fondamentale pour les MG que dans quelques *curricula* et autres documents de formation. Le *curriculum* réalisé par le GMC au Royaume-Uni⁴⁸ est le plus complet à ce sujet, et décrit la

nécessité de connaître les aspects juridiques liés au décès des patients (certificat de décès, procédures *post-mortem*, ...); de décrire les aspects juridiques liés à la thérapeutique (prescriptions contrôlées, refus de soin, ...); de discuter de la législation relative à la relation médecin / malade (consentement, volonté, ...); de connaître celle relative aux organisations (organismes de bienfaisance, soins infirmiers communautaires, droit du travail, ...).

- L'amélioration de la qualité des soins de fin de vie grâce à des politiques de santé, des preuves et des pratiques réflexives. Pour ce faire, le MG doit savoir et pouvoir utiliser un large éventail de publications scientifiques et politiques relatives à la prestation de services de santé.

Le développement et l'amélioration des soins de fin de vie nécessitent une recherche et un développement continus de pratiques fondées sur des données probantes. Être en mesure de participer à des revues, des travaux de recherche, des enquêtes, spécifiques à un exercice en médecine générale fait aussi parti de ce type de compétence.

- Les soins d'urgence, adaptés à la fin de vie. Lors de la prise en charge, il est nécessaire de pouvoir reconnaître et anticiper la survenue d'urgences probables, et de prioriser les soins en fonction de celles-ci. Chez les patients nécessitant des SP, les urgences sont variées, et peuvent comprendre : des syndromes hémorragiques, des troubles ioniques, des événements thromboemboliques veineux, des cytopénies, des syndromes occlusifs, ...

Lorsqu'une urgence a été identifiée, il faut pouvoir savoir gérer la situation avec efficacité et compassion, en tenant compte du caractère réversible ou irréversible de la / des cause(s) sous-jacente(s) ainsi que des objectifs de soins du patient.

- Enfin, un unique document, le *curriculum* irlandais,⁶⁵ cite directement la gestion des soins primaires (*Primary Care Management*) comme faisant partie des compétences fondamentales. La gestion des soins primaires est définie comme la manière de gérer les rapports avec les patients, en traitant avec compétence tous les problèmes qu'ils peuvent présenter. Il est regroupé sous cette dénomination différentes compétences liées à la pratique de la MG dans le contexte des soins primaires, ce qui peut être redondant avec d'autres compétences déjà citées. Cela regroupe, selon les Irlandais, la compréhension des principes des SP et des soins de fin de vie et comment ceux-ci s'appliquent au cancer et autres maladies non oncologiques ; la compréhension de l'histoire naturelle et du rôle des traitements spécifiques à une maladie limitant l'espérance de vie ; la compréhension des problèmes liés à la confidentialité, à la transmission d'informations ; la capacité de communiquer des stratégies

médicales complexes aux patients et aux familles ; les soins centrés sur le patient ; et le maintien d'une approche sensible envers la famille / l'aidant en reconnaissant leurs préoccupations.

B. Compétences où prédomine la dimension psychomotrice

Dans les dispositions appropriées, le médecin généraliste exerçant dans le cadre des soins primaires doit utiliser ses compétences et connaissances professionnelles afin de pouvoir exprimer sa capacité à exécuter de manière indépendante ou à référer de manière appropriée les compétences suivantes :

- La Communication : que ce soit pour faciliter un entretien familial en utilisant les questions et formulations adaptées, et comprendre l'impact du processus de la maladie sur le patient et son entourage, ou que ce soit en termes de relations interprofessionnelles, la communication est la compétence fondamentale la plus citée dans cette revue, présente dans l'ensemble des documents. Cette compétence comprend des éléments concernant la capacité du médecin à écouter, à poser des questions, à parler honnêtement et avec sensibilité avec les patients et leur entourage, et à parler de la fin de vie et de la mort.

Être capable d'écouter le patient nous parler de l'impact de la maladie sur sa vie, d'explorer en profondeur l'espoir, l'impuissance et la peur, de discuter de la perte et du deuil, des considérations spirituelles, doit être un élément primordial de la formation de tout médecin s'occupant de personnes nécessitant des SP, et donc tout particulièrement des MG, acteurs de soins primaires.

- Fonctionner en tant que membre d'une équipe multidisciplinaire. Une approche interdisciplinaire des soins améliore la qualité de vie des patients nécessitant des SP. Il s'agit de la gestion de soins plus complexes. Le MG doit comprendre précisément les rôles des différents membres de l'équipe de soins primaires ainsi que des spécialistes afin de pouvoir orienter ses patients vers celui qui peut prodiguer les meilleurs soins. Le MG peut alors utiliser l'expertise de toute l'équipe multidisciplinaire, en s'assurant lors de la délégation de responsabilités qu'une supervision appropriée est maintenue.

Cependant, comme le rappellent Lloyd-Williams and Carter,⁴⁰ bien que la médecine palliative soit reconnue comme étant une spécialité où les soins ne peuvent être dispensés efficacement

que dans un environnement multidisciplinaire, l'enseignement en lui-même est malheureusement rarement réalisé par une équipe multidisciplinaire.

- Savoir manier et connaître les réglementations relatives aux substances contrôlées utilisées chez les patients en fin de vie :

Après avoir identifié les symptômes douloureux, le MG doit être capable de les traiter, ainsi que de répondre aux préoccupations des patients concernant les opioïdes⁴².

Schaefer et al.,⁴⁴ dans ce but, rappelle l'importance de l'évaluation systématique de la douleur afin de la traiter efficacement avec des opioïdes, des analgésiques non opioïdes et/ou des interventions non pharmacologiques. Définir et appliquer les principes de la prescription d'opioïdes (y compris celui de l'équianalgésie) et leurs effets secondaires courants, et démontrer une compréhension que l'utilisation appropriée des opioïdes conduit rarement à une dépression respiratoire ou à une dépendance lors du traitement de la douleur liée au cancer, fait partie de cette compétence fondamentale.

- Orienter le patient et sa famille vers les services sociaux, avoir une approche communautaire : l'offre de soins et de soutien en fin de vie peut, et doit, s'étendre au-delà des professionnels de la santé et des soins, et même au-delà des rôles centraux joués par les soignants, les amis et la famille. Cela doit incorporer le support et les compétences disponibles au sein de la communauté.

L'OMS définit la communauté d'une façon assez académique, comme étant « un groupe d'individus qui vivent ensemble dans des conditions spécifiques d'organisation et de cohésion sociale. »

Le médecin de famille, soignant de proximité aux côtés des autres intervenants de soins primaires, est naturellement un des participants des actions communautaires. Son action est d'élaborer ou d'aider à l'élaboration de programmes, de projets et d'actions de prévention et d'éducation au sein de la communauté. Il peut aussi référer le patient à des groupes de soutien communautaires, comme par exemple des groupes de patients et/ou de soignants endeuillés, d'autres personnes vivant avec des maladies potentiellement mortelles ou des personnes très âgées, pour se rencontrer afin de se soutenir mutuellement, ou encore pour lutter contre des problèmes tels que l'isolement et la solitude.

- Soutenir et accompagner l'entourage et les aidants, les aider à s'occuper d'eux-mêmes et à chercher du soutien lorsque nécessaire ; les conseiller efficacement tout au long du

processus de deuil. Les personnes importantes pour le patient qui approche de la fin de sa vie doivent être au centre de son soutien ; participer aux discussions et à la prestation des soins. Non seulement ces personnes auront besoin de soutien pour ce faire, mais elles connaîtront également de nombreux sentiments, y compris la perte et le chagrin, et auront besoin d'aide pour gérer et explorer ceux-ci.

Ces aidants ont besoin des compétences du MG pour les aider à fournir des soins d'une manière qui ne dégrade pas également leur santé, leur bien-être. Cela passe d'abord par une identification précoce des besoins de ces personnes, et peut comprendre un meilleur accès à un soutien à domicile en temps opportun, la possibilité de recourir à des services de répit planifiés dans des délais rapides.

- Planifier les soins, déterminer les préférences du patient concernant ses directives anticipées et la réanimation cardio pulmonaire, et documenter le dossier médical de celui-ci. L'évaluation et la planification des soins est un processus continu pendant les soins de fin de vie d'un individu et placent l'individu au centre de ceux-ci. La planification des soins permet aux patients de prendre des décisions et d'orienter les soins qu'ils reçoivent s'ils perdent cette capacité décisionnelle éclairée à un stade ultérieur de la maladie. En incorporant ses valeurs, ses croyances et ses préférences, il lui est permis de garder le contrôle de ses soins et de rester au centre de toutes les décisions.

- Développer une approche appropriée et efficace de l'examen clinique et des compétences procédurales, pour réaliser une évaluation physique précise du patient. Cette compétence comprend simplement la capacité qu'a le MG d'effectuer un examen clinique ciblé, pertinent et précis chez des patients avec des problèmes de plus en plus complexes et dans des circonstances de plus en plus difficiles, de relier les nouveaux symptômes aux antécédents afin d'établir un/des diagnostic(s) et débiter une prise en charge ; mais aussi celle de savoir reconnaître la possibilité de préjudice délibéré (à la fois d'automutilation et de préjudice causé par autrui) chez les patients vulnérables et en faire rapport au responsable, d'effectuer des examens complémentaires pertinents⁵⁹.

- Collecter et interpréter des données relatives au patient, son entourage, son mode de vie. Cette compétence est en rapport avec l'interprétation du récit, du dossier clinique et de l'histoire personnelle du patient⁵⁹. Notre rôle est de pouvoir utiliser les compétences de gestion de l'information rapportée par le patient pour gérer ces données de manière efficace et éthique,

tout en maintenant la confidentialité de celles-ci. La désignation et l'accompagnement par une personne de confiance rentre aussi dans cette catégorie.

- La prise en charge de patients gravement malades sans le recours à la haute technologie n'est mentionnée que par Buchman and Howe, dans le cadre de la prise en charge de la fin de vie à domicile. Dans ce contexte, « les médecins doivent revenir aux bases ; leurs compétences en anamnèse et en examen physique sont essentielles pour en arriver aux diagnostics différentiels et aux plans thérapeutiques. Les analyses sanguines et l'imagerie ne sont pas faciles à domicile et le transfert à l'hôpital pourrait ne pas concorder avec les souhaits du patient. Le jugement clinique est rehaussé par l'absence d'exams automatiques. »²⁹

C. Compétences où prédomine la dimension affective

Le médecin généraliste exerçant dans le cadre des soins primaires, lors de sa prise de décisions doit démontrer des attitudes, des comportements, qui englobent :

- Le professionnalisme, leur aptitude à pratiquer. Les médecins généralistes s'engagent à développer et à maintenir des comportements et des relations personnels et professionnels qui soutiennent et améliorent les soins de médecine générale.

Ils doivent savoir aborder l'entretien avec courtoisie, empathie, compassion et professionnalisme, en particulier par un langage corporel approprié et en s'efforçant de garantir un environnement physique approprié ; agir en égal et non en supérieur.

- La compréhension des problèmes spirituels, culturels et religieux affectant le patient en fin de vie et son entourage ; l'Egalité, la diversité et l'inclusion. De nombreux aspects peuvent être importants pour les personnes bénéficiant de soins de fin de vie et peuvent affecter l'expérience d'une personne et le soutien dont elle a besoin. Il s'agit notamment des croyances, de la culture, du handicap, de l'appartenance ethnique, des conditions / circonstances de vie, de la religion, de la spiritualité, de l'identité sexuelle et de la sexualité. La compréhension des besoins du patient dans sa globalité, de manière holistique, les soins centrés sur le patient est donc primordiale.

- Une approche compréhensive, pour apporter un support émotionnel ainsi que des réponses psychologiques au patient et son entourage face à la mort : le MG doit savoir identifier la détresse psychologique comme une source de problèmes supplémentaires pour le patient et

la famille et comme faisant potentiellement obstacle aux objectifs de soins, et donc fournir un soutien et une orientation appropriée. Pour cela il doit être capable de gérer des émotions telles que la colère, l'anxiété, le déni, le transfert. Le soutien émotionnel en réponse aux besoins du patient comprend des attitudes telles que : faire preuve de compassion, maintenir l'espoir et une attitude positive, apporter du réconfort par le toucher, comme tenir la main du patient, ...

- Des prises de décision éthiques et légales. Toute personne travaillant dans le domaine des soins de fin de vie doit être au courant de la législation entourant ce domaine spécifique, en particulier en ce qui concerne la manière dont les soins sont dispensés ou les décisions sont prises, lorsqu'une personne perd sa capacité de prendre des décisions éclairées pour elle-même. Soutenir un patient de manière holistique pour prendre ces décisions (par exemple : ne pas démarrer / arrêter un traitement, le rapport à l'euthanasie, les dilemmes sur le traitement de la douleur, ...³³) peut parfois soulever des préoccupations éthiques, en particulier lorsque la décision est susceptible d'avoir une conséquence négative sur la santé ou le bien-être de ce patient. Il est donc important que les MG impliqués dans les soins de fin de vie comprennent les droits de l'individu en ce qui concerne la prise de ces décisions, son propre rôle dans le soutien de ces décisions et la manière dont ils sont influencés par la législation et la politique. Le milieu des soins primaires est idéal pour apprendre et pratiquer des comportements éthiques qui peuvent prévenir les dilemmes cliniques et éthiques à un stade ultérieur de la maladie du patient. La discussion sur les valeurs et les préférences des patients en matière de soins, la communication sur les informations pronostiques difficiles et les options de traitement, et l'exploration des sources de souffrance et des approches de leur amélioration offrent au généraliste exerçant en soins primaires l'occasion de s'exercer et de s'améliorer dans la prévention des dilemmes éthiques liés à la fin de vie²⁸.

- L'identification des patients. Le manque d'identification en temps opportun des personnes qui pourraient en bénéficier est le plus grand obstacle aux soins palliatifs précoces. De la même manière que nous dépistons les facteurs de risque cardiovasculaire ou le diabète, nous devons systématiquement déterminer si nos patients pourraient bénéficier de soins palliatifs précoces. Pour améliorer l'évaluation holistique et la planification des soins, la première étape des soins palliatifs doit être donc de savoir identifier le patient qui approche de la fin de sa vie, et dont les besoins ne sont pas satisfaits. Le moyen le plus simple et le plus pratique d'identifier un patient nécessitant une prise en charge palliative consiste à déterminer si le décès du patient dans les 6 à 12 mois ne serait pas médicalement surprenant²⁷. Cela peut également aider à éviter des interventions lourdes à faible bénéfice.

- La personnalisation, être capable de démontrer une attitude de conscience de soi, être capable de gérer et de prendre soin de sa propre santé. Fournir des soins à une personne en fin de vie peut être épuisant physiquement, émotionnellement et psychologiquement. Pour les familles et les proches, comme pour le médecin, la vie peut être « suspendue » pendant cette période. Reconnaître la nécessité de prendre soin de soi-même, ainsi que du patient, pourrait faire toute la différence dans la façon dont nous sommes capables de faire face et de gérer nos propres sentiments.

Le médecin doit avoir la capacité de réfléchir à sa propre performance dans des situations difficiles ou émouvantes ; et de reconnaître ses propres sentiments, normes et valeurs par rapport aux questions existentielles sur la vie, la mort, la maladie et la santé³³.

Être formé à ce sujet permettrait de mieux comprendre comment ses propres expériences, opinions et croyances relatives à la mort, à la perte et au deuil peuvent affecter les soins fournis aux patients ; comprendre l'impact potentiel d'une exposition fréquente à la mort et au deuil.

Malheureusement, les données concernant l'impact personnel sur les médecins des soins aux personnes en fin de vie sont presque absentes de la littérature²⁸.

- La capacité de transmettre des mauvaises nouvelles avec compassion et empathie.

La transmission des mauvaises nouvelles est une étape toujours redoutée dans l'exercice du MG, qui interviendra obligatoirement dans la prise en charge du patient nécessitant des SP.

Von gunten et al.⁴⁷ mentionnent la communication des mauvaises nouvelles dans son étude, ainsi que le principe du protocole en 6 étapes, comprenant : 1. préparer l'entretien, 2. savoir ce que sait déjà le patient, 3. essayer de savoir ce que veut connaître le patient, 4. donner l'information, 5. répondre de façon empathique aux émotions du patient, 6. résumer l'entretien et proposer un plan pour l'avenir

- La compréhension des problèmes psychosociaux et de la dynamique familiale affectant le patient en fin de vie.

Tous les patients nécessitant des SP doivent pouvoir avoir accès en soins primaires à des interventions psychosociales adaptées à leurs besoins à toutes les phases de la trajectoire de la maladie dispensées par des personnels formés à cet effet, par exemple des professionnels de

la psycho-oncologie. Ce sont des professionnels qui travaillent principalement dans les centres de cancérologie pour s'assurer que la détresse psychosociale et les autres troubles psychologiques et les besoins psychosociaux sont identifiés tout au long du continuum de la maladie ; promouvoir une communication efficace entre les patients, les membres de la famille et les professionnels de la santé; et aider les patients et les membres de leur famille à faire face aux multiples effets de la maladie. Les interventions psychosociales sont efficaces pour améliorer la qualité de vie, sont également rentables et deviendront de plus en plus importantes en fonction de la population croissante de patients nécessitant des soins palliatifs. L'accès à ces interventions sera nécessaire, que ce soit dans le cadre des soins primaires ou via les services de consultation externe des hôpitaux²⁶.

Concernant l'entourage et les soignants, les interventions psychosociales ciblant spécifiquement les capacités d'adaptation des émotions des soignants, le fonctionnement au sein de la famille, et les soins centrés sur soi sont indispensables pour la préservation de la santé et du bien-être de cette population vulnérable.

- La compréhension du processus de deuil pour le patient et sa famille dans le continuum de la maladie et après la mort.

Le MG doit savoir faire preuve de respect et répondre avec sensibilité aux souhaits et aux besoins des personnes endeuillées, en tenant compte de ce qu'il sait des souhaits du patient sur ce qui devrait se passer après son décès, y compris ses opinions sur le partage d'informations. Il doit être prêt à offrir un soutien et une assistance aux personnes endeuillées, par exemple, en leur expliquant où elles peuvent obtenir des informations sur les modalités administratives après un décès et les aider à les résoudre ; ou en faisant participer d'autres membres de l'équipe, comme les IDE, l'aumônerie, les services sociaux, ...⁴⁸

Nombreuses sont les consultations demandées par des patients endeuillés, ou présentant des troubles liés au deuil (troubles du sommeil, dépression, toxicomanie, anxiété). Le MG doit pouvoir reconnaître, évaluer, prévenir et soulager ces deuils parfois compliqués²⁸.

- La compréhension des problèmes économiques du patient.

Bien que la plupart des décisions cliniques reposent sur des critères cliniques traditionnels, elles sont également influencées par un large éventail de facteurs non cliniques. La situation socio-économique du patient en fait partie, et est assez peu considérée par les MG. En effet, ceux-ci rapportent qu'ils répondent aux besoins économiques de leurs patients en fin

de vie d'une manière peu satisfaisante, ce qui peut avoir un impact sur l'état psychologique des patients³⁶.

Il faut noter aussi que les patients dans des situations socio-économiques moins aisées ont un risque plus élevé de présenter certaines comorbidités et ou de développer certaines pathologies, comme les cancers de la sphère ORL par exemple.

Enfin, il faut prendre en compte que les systèmes de santé varient énormément d'un pays à l'autre, et que les patients ne peuvent pas toujours financer leurs soins. Le coût des soins et la capacité de payer du patient vont influencer la prise en charge du médecin selon le système de santé du pays dans lequel ils vivent.

- Le suicide assisté, Aide médicale à mourir ou *Medical assistance in dying* (MAID), est très peu abordé dans cette revue, car encore controversé dans beaucoup de pays. Seulement certains pays (Belgique, Canada, Colombie, Luxembourg, Pays-Bas, Suisse et certains états des USA et d'Australie) ont adopté légalement cette pratique, sous certaines circonstances. La notion de « MAID » et/ou suicide n'est mentionné que par Duong PH and Zulian GB, ainsi que dans le CFPC, comme faisant parti de compétences fondamentales^{34, 61}.

Lorsqu'un patient ou un membre de sa famille se questionne sur et / ou demande une assistance médicale à mourir (AMM), le MG doit savoir explorer les raisons possibles de la demande et aider à trouver un terrain d'entente en : clarifiant tous les éléments de la souffrance du demandeur (patient et/ou famille) ; évaluant la dépression ; accordant la priorité aux souhaits du patient tout en reconnaissant les préoccupations de la famille. Pour cela il est conseillé que le MG ait un entretien approfondi avec le patient et/ou sa famille ou, selon ses convictions personnelles, qu'il oriente le patient vers un collègue / autre personnel de santé pour cette discussion.

Tableau 2 : Compétences fondamentales en SP pour les MG exerçant en soins primaires : articles de revue

| Auteurs | Année | Pays | Objectif de l'étude | Méthode | Participants / contexte | Résultats | Caractéristiques - description |
|---|-------|-------|--|---|---|---|--|
| Alvarez MP, Agra Y. ²⁴ | 2006 | Spain | A literature review of educational interventions in PC for primary care physicians, to evaluate its impact in changing professional practice. | Systematic review, Descriptive analysis | Eighteen articles were included with 1653 physicians. | The outcome variables were: | Objective measures of treatment for symptom control Measures of change in the learning culture of physicians (attitude towards inter-professional, self-directed and life-long learning), Communication with patients/carers and primary care team Communication with PC specialists Knowledge Attitude Professional satisfaction. Symptom control and patient's quality of life Carer satisfaction Emotional and spiritual support / Bereavement care |
| Asadi-Lari M, Madjd Z, et al. ²⁵ | 2009 | Iran | A cross-sectional questionnaire survey was conducted on GPs participated in a formal Continuous Medical Education programme, using three scales. | A cross-sectional questionnaire survey | 216 GPs returned the completed questionnaires | Table 3: Statistical features of the questionnaires : | PC knowledge & skills in medical education (PC knowledge / Patient management skills) Self Efficacy in PC Scale (Communication / Management / Teamworking) Thanatophobia (Physician's stress) |
| Banks I, Weller D, et al. ²⁶ | 2019 | UK | ECCO Essential Requirements for Quality Cancer Care (ERQCC) are checklists and explanations of organisation and actions that are necessary to give high-quality care to cancer patients. | Focus group | ERQCC are written by European experts representing all disciplines involved in cancer care. | "Essential requirements: primary care physicians / GPs" : | <ol style="list-style-type: none"> 1. National cancer plans and guidelines for care pathways must be designed with contributions from family doctors/GPs 2. GPs must have access to guidelines and risk assessment tools for detecting and preventing cancer. 3. GPs must have access to timely referral pathways to specialist cancer services (...), and must be engaged in diagnosis and treatment decisions. 4. Good communications among the healthcare tiers 5. A coordinated survivorship care plan with a holistic approach including individualised psychosocial care 6. GPs and their teams must have access to training 7. Patient wishes to have their survivorship and follow-up care where they feel most comfortable must be respected 8. High quality research must be carried out into effective models of primary care integration with specialist providers 9. National palliative and primary care frameworks must be integrated to ensure that more people with cancer are identified in a timely manner (...) |

| | | | | | | | |
|--|------|--------|--|-------------------------------|--|--|---|
| Bilaçeroğlu S. ²⁷ | 2016 | Turkey | A revised primary care-integrating PC to curative/restorative care and judiciously referring to specialist PC is essential for sustainable improvement in PC delivery. | Theoretical article, guidance | All clinicians caring for critical illnesses should be trained to be capable of providing recommended basic competencies in PC. | The core components of PC in the elderly are the same as those in younger adults : | <p>Identification of the patient with need for PC</p> <p>Assessing physical and psychological symptoms</p> <p>Management of physical symptoms</p> <p>Management of psychological and spiritual distress and suffering</p> <p>Expert, effective communication to establish goals of care</p> <p>Assisting with complex decision making</p> <p>Delivery and coordination of care</p> |
| Block SD, Bernier GM, et al. ²⁸ | 1998 | USA | To improve the general medical education of physicians for providing appropriate care to patients at the end of life and to their families. | Focus group | 94 academic leaders, representing a broad array of academic health centers and professional organizations participated in the meeting and the production of consensus documents. | Specific learning opportunities arise in the following areas : | <ol style="list-style-type: none"> 1. understanding and addressing the experience of physical, psychological, and spiritual suffering; 2. communicating effectively and humanely with the patient and family about diagnosis, prognosis, treatment options, and goals of care; 3. skillfully managing pain and other common, distressing symptoms commonly occurring in end-stage disease; 4. providing accessible, high-quality home and hospice care, as well as other alternatives to acute hospital care; 5. working with an interdisciplinary team to provide comprehensive, coordinated care to optimize quality of life using a range of both aggressive and PC options; 6. understanding ethical issues in end-of-life care and respecting patients' personal values; 7. recognizing and responding to cultural, linguistic, and spiritual diversity and to varied personal styles; 8. recognizing and managing psychosocial and existential or spiritual distress and knowing when to refer patients for counseling related to these issues; 9. educating patients and families about the processes of dying and bereavement; 10. developing an awareness of one's own attitudes, feelings, and expectations regarding death and loss; 11. acknowledging and responding to the personal stresses of professionals working with dying persons. |

| | | | | | | | |
|---|------|------------------|---|---|---|--|---|
| Buchman S, Howe M. ²⁹ | 2012 | Canada | Enseigner les soins en fin de vie à domicile | Theoretical source : Analyse | Avis d'expert | Que pouvons-nous enseigner le mieux au cours des visites à domicile? | <p>Une plus grande insistance sur la qualité de vie. L'emphase sur les soins centrés sur le patient. Une appréciation plus approfondie des expériences de la maladie vécues par le patient et la famille. La prise en charge de patients gravement malades sans le recours à la haute technologie. Le rôle au sein d'un milieu interdisciplinaire et de soins en collaboration : La communication est essentielle Le soutien psychologique et spirituel en fin de vie. Les compétences dans la prise en charge autonome de la douleur et des symptômes.</p> |
| Burge F., McIntyre P., et al. ³⁰ | 2000 | Canada | To assess family medicine residents' knowledge of and attitudes toward care of the dying. | Questionnaire send to students. | 31 of the 33 entering PGY1s (94%) and 26 of the 30 exiting PGY2s (86%) completed the surveys. | Curriculum objectives are outlined with respect to end-of-life care. These include : | <p>Pain and Symptom management Psychosocial care Understanding family dynamics in the context of terminal illness Communication and counselling issues Bereavement care Ethical issues and decision making Health service resources</p> |
| Charlton R, Currie A. ³¹ | 2008 | UK | To improve knowledge, skills, and confidence in PC. | Theoretical article, guidance | A 3-day course has been running in the West Midlands, UK, since 1997 | The objectives are as follows: | <ul style="list-style-type: none"> • Gain confidence with a dying patient / family <ul style="list-style-type: none"> • Enhance communication skills in PC • Gain further knowledge in symptom control • Understand the impact of bereavement • Be able to write a prescription for a controlled drug accurately <ul style="list-style-type: none"> • Learn about appropriate social services allowances <ul style="list-style-type: none"> • Recognize the many ethical issues • Learn what to do when a patient dies |
| Curtis JR, Wenrich MD, et al. ³² | 2001 | USA (Washington) | To develop a comprehensive understanding of the factors contributing to the quality of physicians' care for dying patients. | Qualitative study using focus groups and content analysis based on grounded theory. | 20 focus groups formed on unifying features. | We identified 12 domains of physicians' skills at providing end-of-life care: | <p>Accessibility and continuity Interdisciplinary working Communication Patient education Inclusion and recognition of the family Competence Pain and Symptom management Emotional support Personalization Attention to patient values Respect and humility Support of patient decision making.</p> |

| | | | | | | | |
|--|------|-------------|--|--|--|---|--|
| De Bruin J, Verhoef MJ, et al. ³³ | 2018 | Netherlands | To provide an overview of the Dutch medical curricula regarding ELC. | Qualitative study | 1. study of the Dutch national blueprint on medical education. 2. study of the curricula of the eight medical faculties using a questionnaire based on the checklist | The five domains and 22 subdomains of essential ELC education composed of criteria formulated by Barnard et al. and Emanuel et al.: | <p>Domain 1: Psychological, sociological, cultural and spiritual aspects (Suffering, Loss, Mourning, Rituals and meaning at the end of life)</p> <p>Domain 2: Communication and conversational techniques (Listening to the impact of disease on the patient's life, Explore hope, helplessness and fear in depth, Discuss loss and mourning, Discuss spiritual considerations, Discuss advanced care planning)</p> <p>Domain 3: Pathophysiology and treatment of symptoms (Pain, Dyspnoea, Dehydration, Depression, Delirium, Fear)</p> <p>Domain 4: Juridical and ethical aspects (Not-starting/stopping treatment and euthanasia, Dilemmas on the treatment of pain, Non-abandonment of the patient)</p> <p>Domain 5: Self-reflection on personal and professional experiences with death and loss (Personal experience with death, View on the hereafter, Goals of medicine, Role of the doctor and other health workers in ELC)</p> |
| Duong PH, Zulian GB. ³⁴ | 2006 | Switzerland | To determine whether PC educational gaps could be filled and to identify areas of improvement. | An anonymous postal questionnaire survey | A questionnaire sent to fifty junior residents after completion of a six-month training period. 33 (66%) completed questionnaires were returned. | Table 1 Design of the questionnaire : | <p><u>I. Medical competencies and knowledge :</u> PC concepts ; Ethic principles ; Pain symptom control ; Gastro intestinal symptoms ; Respiratory symptoms ; Neurological symptoms ; Psychological and psychiatric symptoms</p> <p><u>II. Communication skills and team work :</u> Communication with patients; Communication with family circle; Inter-and multi-disciplinary work</p> <p><u>III. Attitudes and behaviour :</u> Emotional and psychological responses towards death; Response facing euthanasia or physician-assisted-suicide requests; Limitations and possibilities facing terminal illness and the dying</p> |
| El-Sourady M, Chen H, et al. ³⁵ | 2019 | USA | To improve teaching skills, and learner self-evaluation. | Experimental pre-post test design | Medical Students and Internal Medicine residents rotated with the PC team between 2012 and 2017. | Table 2. Primary Palliative Care Curriculum : | <p>Module 1 Introduction to opioids</p> <p>Module 2 Dyspnea, constipation, and nausea</p> <p>Module 3 Hospice</p> <p>Module 4 Opioid conversions</p> <p>Module 5 Communication basics</p> <p>Module 6 Advance care planning</p> |

| | | | | | | | |
|--|------|-------------|--|---|---|--|--|
| Farber N, Urban S, et al. ³⁶ | 2004 | USA | To ascertain how frequently PCP are involved in each of the different components in end-of-life care and their perceived competence in each of these areas. | A cross-sectional mail survey of randomly selected practicing family practitioners and internists in the US | Of the 972 physicians who were eligible and received surveys, 462 (48%) returned questionnaires . | The aspects of palliative care were based on the American Medical Association Education for Physicians on End-of-Life Care Program, and included : | <p>Discussion of advance directives with patients. Addressing physical symptom. Addressing the social relationships of patients. Providing hope. Managing pain. Giving bad news to patients and their families. Addressing psychological and cognitive symptoms. Addressing the economic problems of a terminal illness. Addressing spiritual needs. Addressing differences in culture in patients with terminal illnesses.</p> |
| Frey R, Gott M, Banfield R. ³⁷ | 2011 | Australia | To present the best available evidence related to indicators of competence in PC provision. | A systematic review of both qualitative and quantitative literature | 19 of the 1361 articles met the inclusion criteria. | The reviewed articles suggest a number of indicators of palliative care competence including : (Cf. "Domains", p. 116, 120) | <p>Symptom management Self-efficacy Communication Patient management Multiprofessional team work. Preparation for death Relieving suffering Cultural factor Pain management Breaking bad news, empathy, discussing prognosis Anxiety about ability in caring Ethical issues of EoL care Confidence in practice Meeting patients' needs Meeting self needs Education Knowledge of PC.</p> |
| Giezendanner S, Jung C, et al. ³⁸ | 2017 | Switzerland | To determine which competencies in end-of-life care are considered important by GPs, to assess GPs' confidence in these competencies in a European context and their reasons to refer terminally ill patients to a specialist. | Cross-sectional postal survey. | From the total of 1893 eligible GPs, 579 sent back a questionnaire (31%) | EOLC quality criteria are : | <p>Treatment of pain, anxiety/depression, agitation/delirium, ... Communication Decisions at EoL Assistance of relatives Coordination of health care networks Handling loss/grief Handling wishes to die Handling own emotional burden Anticipation of crisis Handling assisted suicide Advance directives Handling spiritual needs EoLC in different cultures Nutrition counselling</p> |

| | | | | | | | |
|--|------|-------|---|--|---|--|---|
| Lio J, Ning X, et al. ³⁹ | 2018 | China | To explore potential palliative medicine competencies for medical student and resident education in China | Letter to the editor : A cross-sectional survey of medical practitioners | Out of 58 physicians identified from the NHSP, 40 filled out the survey (69%), covering 22 out of 26 provinces (85%) encompassed by NHSP. | The results of this study suggest competencies to be integrated into the training of medical students : | <ul style="list-style-type: none"> Patient-centered communication Symptom management Diagnoses anxiety, depression, and delirium Provides basic PC Recognizes emotion in patients and families Pain management Applies knowledge of disease trajectories Collaborates with members of an interdisciplinary care team Identifies and manages common signs and symptoms at the end of life Advance directives Identifies psychosocial distress Identifies spiritual suffering |
| Lloyd-Williams M, Carter YH. ⁴⁰ | 2003 | UK | To evaluate the content, amount and nature of generic palliative care teaching during vocational training in the UK | A postal questionnaire survey of all course organizers | 377 questionnaires were distributed and 240 (64%) were returned completed. | cf Table 2 Content of palliative care teaching during vocational training : | <ul style="list-style-type: none"> Attitudes towards palliative and end of life care Communication with dying patients / with relatives Bereavement Psychological aspects of PC Spiritual aspects of care of the dying Financial issues e.g., DS1500 Symptom control of pain Symptom control of nausea and vomiting Symptom control of breathlessness Symptom control of terminal agitation PC for HIV/non cancer Ethics euthanasia / advanced directives/living wills |
| Montagnini M, Varkey B, Duthie Jr E. ⁴¹ | 2004 | USA | To improve resident physicians' knowledge and skills in palliative care | A pre- post evaluation : rotation in the PC and the geriatrics evaluation and management units | Twenty-eight residents completed the evaluation forms over a 14 consecutive month period. | Cf Table 1. Curricular objectives of the palliative care portion of the MCW-ZVAMC monthly combined rotation in palliative care and geriatrics | <ul style="list-style-type: none"> Prognostication Pain Delirium Depression Anxiety Dyspnea/cough Anorexia Nausea and vomiting End-of-life communication Psychosocial care Spiritual support Bereavement care |

| | | | | | | | |
|---|------|---------|--|---|--|--|--|
| Pereira J, Palacios M, et al. ⁴² | 2008 | Canada | To describe the impact of a course on residents' attitudes, self-perceived comfort levels (self-efficacy) and knowledge and skills. | A standardized pre- and post-test : two face-to-face workshops four months apart. | 16 and 20 residents participated in the 2004 and 2005 classes | Sample of Objective Structured Clinical Examination stations score sheet (OSCE 1, principal items) : | <p>Psycho-spiritual issues : (Screens appropriately for depression; Offers appropriate management plan)</p> <p>Social issues : (Explores needs & resources)</p> <p>Biomedical problems : (Adequate pain history; Suggests appropriate investigations; Addresses patient opioid concerns; Provides appropriate analgesic regimen; Provides appropriate plan to prevent constipation & nausea; Suggests palliative radiotherapy)</p> <p>Communication : (Appropriate introduction)</p> <p>Demonstrates empathy : (Uses periods of silence; Appropriate use of non-verbal communication; Ensures patient understands information; Reviews plans)</p> <p>Patient-centred care : (Explores feelings & fears; Explores what problems mean to the patient; Explores how the illness impacts patient's life; Explores patient's expectations)</p> <p>Advanced planning : (Established follow-up plans)</p> |
| Pype P, Stes A, et al. ⁴³ | 2012 | Belgium | To describe the offer of continuing medical education in palliative care in Flanders, Belgium and to explore the way providers of CME address the preferences of general practitioners (GP's) towards CME. | Questionnaire-survey among official providers of formal CME. | The overall response was 43% (102 out of 234). All responders answered the questions concerning the course-items and 51 of them answered to the final question concerning the preferences of GP's. | cf Table 2 : Content of the palliative care CME activities for GP's during 2007 in Flanders. | <p>Introduction in PC</p> <p>Pain management</p> <p>Symptom management</p> <p>Psychosocial/spiritual</p> <p>Ethics and law</p> <p>Communication</p> <p>Teamwork</p> |

| | | | | | | | |
|--|------|---------|--|--|--|--|--|
| Schaefer KG, Chittenden EH, et al. ⁴⁴ | 2014 | USA | To define essential competencies for medical students and internal medicine and family medicine residents through a national survey of palliative care experts. | A web-based, national cross-sectional survey of palliative care educational experts. | Over 95% of survey respondents judged the competencies as comprehensive and developmentally appropriate (survey response rate=72%, 71/98). | Experts identified 7 medical student and 13 IM/FM resident competencies as essential. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Explores patient and family understanding of illness, concerns, goals, and values, and identifies treatment plans 2. Demonstrates effective patient-centered communication when giving bad news or prognostic information, ... 3. Assesses pain systematically and treats pain effectively 4. Defines and applies principles of opioid prescription, including equianalgesic dosing and common side effects (...) 5. Defines and explains the philosophy and roles of PC and hospice, and appropriately refers patients. 6. Describes and performs communication tasks effectively at the time of death, including pronouncement, family notification ... 7. Describes and applies ethical and legal principles that inform decision-making in serious illness, (...) 8. Identifies and manages common signs and symptoms at the EoL 9. Evaluates psychological distress in patients and families... 10. Reflects on his or her own emotional reactions, models self-reflection, and acknowledges team distress ... 11. Assesses and diagnoses anxiety, depression, and delirium 12. Demonstrates effective approaches to exploring and handling strong emotions in patients and families facing serious illness. 13. Identifies patients' and families' values, cultural beliefs 14. Assesses and manages non-pain symptoms and conditions. 15. Applies the evidence base and knowledge of disease trajectories to estimate prognosis in individual patients. 16. Identifies spiritual and existential distress 17. Describes the roles of and collaborates with members of an interdisciplinary care team. 18. Differentiates normal grief from prolonged grief disorder |
| Schwill S, Reith D, et al. ⁴⁵ | 2020 | Germany | To evaluate self-assessed competencies of GP trainees in treating symptoms as part of EoLC and their attitudes towards palliative care as well as to evaluate the changes after an educational intervention. | A before-after comparison in post-graduate trainees in general practice. | 294 GP trainees (I: n = 219; C: n =75) participated in the study. 75% declared they have extended their competencies in EoLC after the intervention. | Cf Table 4 Qualitative analysis of the most important contents of the intervention. | <p style="text-align: center;">Control of symptoms Adjuvant therapies</p> <p>Communication (Involvement of relatives, To ensure openness with the patient, To permit ethical discussions, To respect patients' fears, To address spiritual needs, Collaboration of GP and hospital) Legal framework conditions (Advances care) Organisation of care (Death at home, interdisciplinary teamwork) Change of focus (Psychosocial care, EoL care) Others (The use of practical case studies, Reduced fear with end of life care issues, To experience that palliative medicine is an interesting working field of medicine, The personal experience of adjuvant therapies, To realise that level of knowledge needs to be extended., The practical long-time experience of the lecturers, The lecturers' attitude served as a role model).</p> |

| | | | | | | | |
|---|------|-------------|--|--|--|--|---|
| Thoonsen B, Vissers KK, Verhagen SS, et al. ⁴⁶ | 2015 | Netherlands | Testing a training for GPs in a cluster randomised controlled trial (RCT). | Clustered, two-armed randomised controlled trial (RCT). | 134 GPs participated (intervention: N=57; control: N= 77)) | Modules of the training for GPs : | <ul style="list-style-type: none"> • "early identification of those patients in their practice that can be considered as being palliative patients" • patient – GP communication regarding the initiation of a PC trajectory. • identify the change from a curative to a palliative trajectory |
| Von Gunten CF, Mullan PB, et al. ⁴⁷ | 2017 | USA | To examine the feasibility and impact of a palliative care residency curriculum, including a clinical rotation with a hospice program, | A pre-post evaluation of a curriculum and rotation (cohorts) | 448 residents completed the curriculum over 5 years. 285 (63%) residents (100 family medicine and 185 internal medicine) who had paired samples. | Table 2. Required EPEC Modules on Internet With Learning Objectives. | <p><u>Communicating bad news</u> Know why communication of “bad” news is important; Understand the 6-step protocol for delivering “bad” news; Know what to do at each step</p> <p><u>Pain management</u> Compare and contrast nociceptive and neuropathic pain; Demonstrate steps of analgesic management; Demonstrate use of adjuvant analgesic agents; Demonstrate use of nonpharmacological approaches; Know adverse effects of analgesics and demonstrate their management</p> <p><u>Goals of care</u> Name at least 5 potential goals of care that patients may have; Identify clinical junctures at which priorities should be clarified; Discuss how priorities should be determined; Know how to assist the patient to identify reasonable goals</p> <p><u>Common physical symptoms</u> Describe general guidelines for managing nonpain symptoms; Explain the impact of symptom control; Assess and treat each nonpain symptom; Explain how the principle of double effect applies to symptom management</p> |

Tableau 3 : Compétences fondamentales en SP pour les MG exerçant en soins primaires : Rapports et autres documents

| Auteurs | Année | Pays | Type de document | Chapitre / section | Résultats | Caractéristiques - description |
|--|-------|------|------------------|--------------------------------|--|---|
| General Medical Council. <i>Treatment and care towards the end of life.</i> London: GMC, 2010. ¹² | 2010 | UK | Guidance | "Content" p. 2-5 | | Palliative and EoL care principles Ethical and legal decision making Carer support Interdisciplinary teamwork Emotional support Pain and symptom management Advance care planning Identify patients Psychosocial and spiritual care Care after death Nutrition and hydration needs |
| GMC <i>2010-palliative-medicine-curriculum--amendments-2014--141015_pdf-63150821.pdf</i> [Internet]. ⁴⁸ | 2014 | UK | Guidance | Table of content, p.2 | Core training provides physicians with: | 1. Introduction to PC 2. Physical Care (Pain and symptom management) 3. Communication 4. Psychosocial Care (Grief and bereavement) 5. Attitudes and Responses of Doctors and Other Professionals 6. Culture, Language, Religion and Spirituality 7. Ethics 8. Legal Frameworks 9. Teamwork 10. Learning and Teaching. 11. Research 12. Management 13. Clinical Governance |
| NHS England <i>End of life care core skills education and training framework. Skills for Health; Health Education England</i> [Internet]. 28 févr 2017; ⁴⁹ | 2017 | UK | Guidance | Contents of the framework, p.3 | The framework aims to describe core knowledge and skills i.e. that which is common and transferable across different types of service provision. | 1. Person-centred end of life care 2. Communication in end of life care 3. Equality, diversity and inclusion in end of life care 4. Community skills development in end of life care 5. Practical and emotional support for the individual approaching the EoL 6. Assessment and care planning in end of life care 7. Symptom management in end of life care 8. Working in partnership with health and care professionals and others 9. Support for carers 10. Maintain own health and wellbeing when caring for someone at the EoL 11. Care after death 12. Law, ethics and safeguarding 13. Leading end of life care services and organisations 14. Improving quality in end of life care through policy, evidence and reflective practice |

| | | | | | | |
|--|------|----|------------------|--|---|--|
| Royal College of General Practitioners <i>Daffodils set the standard for end of life care [Internet].</i> ⁵⁰ | 2019 | UK | Edito | | Daffodil Standards : a set of eight quality improvement statements designed to support primary care teams in delivering care to patients living with an advanced, serious illness or at the end of their lives, and their loved ones. | <u>The eight Daffodil Standards are:</u> -Professional and competent staff -Early identification of patients and carers -Carer support - before and after death -Seamless, planned, co-ordinated care -Assessment of unique needs of the patient -Quality care during the last days of life -Care after death -General practices being hubs within compassionate communities |
| RCGP <i>New Daffodil Standards and QOF: Supporting quality improvements in palliative and end of life care</i> ⁵¹ | 2019 | UK | Guidance | | The Standards provide evidence-based guidance, tools and resources to help practices test what they are doing well and spot where they can make improvements. | Daffodil Standards |
| RCGP <i>Palliative and end of life care toolkit. Royal College of General Practitioners 1 déc 2015</i> ⁵² | 2015 | UK | Internet toolkit | | 1. Clinical resources and guidance for practices: 2. Daffodil Standards | 1. Current policy best practice Clinical treatment guidance Communicating with patients and those close to them Current knowledge sources 2. Daffodil Standards |
| RCGP <i>The Daffodil Standards [Internet].</i> ⁵³ | 2019 | UK | Guidance | Appendix D - Example Management Self Assessment Evidence Collection Template | Below you will find the 8 Daffodil Standards with the self-assessment evidence required and guidance : | Daffodil Standards |
| RCGP <i>End of Life Care Spotlight Project [Internet].</i> ⁵⁴ | 2019 | UK | Edito | | The Daffodil Standards are a set of voluntary standards for GPs, to help them assess and improve the end of life care they provide. Developed over two years in consultation with GPs, the Standards are self-assessed, and each standard includes support resources. | Daffodil Standards |

| | | | | | | |
|--|-------------|-----------|-----------------|------------------------|---|--|
| <p>RCGP <i>Position Statement on Palliative and End of Life Care</i> ⁴</p> | <p>2016</p> | <p>UK</p> | <p>Guidance</p> | <p>p. 6, 8, 10, 13</p> | <p>I. England : the Five Priorities for Care = IDENTIFY : The possibility that a person may die within the next few days or hours,... COMMUNICATE : takes place between staff and the dying person, and those important to them. INVOLVE : The dying person, and those important to them, are involved in decisions about treatment and care (...) SUPPORT : The needs of families are actively explored, respected and met as far as possible. PLAN & DO : An individual plan of care, which includes food and drink, symptom control and psychological, social and spiritual support, ...</p> | <p>Identify patients Communication Carers support Nutrition Symptom control Psychosocial care Spiritual care</p> |
| | | | | | <p>II. Northern Ireland : RCGP NI will continue to advocate improved communication between secondary and primary care to include: Clear identification of those with PC needs ; Information on important conversations and care decisions ; Information on patient and carer understanding of diagnosis and prognosis ; Information on current and anticipated problems and suggested management plans ; Individual risks.</p> | <p>Identify patients Communication Prognostication Advance directives Individual risks</p> |
| | | | | | <p>III. Scotland : Four principles = 1.Informative, timely and sensitive communication 2.Significant decisions about a person's care are made on the basis of multidisciplinary discussion 3.Each individual person's physical, psychological, social and spiritual needs 4.The wellbeing of relatives or carers attending the person.</p> | <p>Communication Interdisciplinary teamwork Physical, spiritual and psychosocial care Carers support</p> |
| | | | | | <p>IV. Wales : The aim of the new national policy is to improve the consistency and communication of DNACPR decisions. In particular, the policy introduces the concept of “Natural Anticipated and Accepted Death”.</p> | <p>Communication Post-death care</p> |

| | | | | | | |
|---|------|--------|----------|--|--|--|
| <p>Skills for Care, Skills for Health & National End of Life Care Programme (2012): <i>Developing end of life care practice: A guide to workforce development to support social care and health workers to apply the common core principles and competences for end of life care</i>⁵⁵</p> | 2012 | UK | Guidance | Core competences for effective delivery of end of life care p. 5 | Core competences for effective delivery of end of life care : The 15 key points are summarised below : | <ol style="list-style-type: none"> 1. A diagnosis that is arrived at as quickly as possible, with information about prognosis, ... 2. Information that is provided as and when it is needed, in a format that is appropriate to their needs and abilities. 3. Regular assessment and care planning that includes discussion about current and future care, is person-centred, and takes account of practical, physical, psychological, spiritual, social and religious needs and preferences. 4. Support for carers and family members, recognising the impact of bereavement upon them. 5. Care and support delivered seamlessly, by multidisciplinary teams 6. Care and support that is delivered by practitioners who understand the person's current medical condition, care plan and preferences. 7. Care and support that is delivered by workers who are competent, have the appropriate knowledge and have the right skills and attitudes (...) 8. Care and support available when it is needed, and at home if possible. 9. Care and support that meets practical, physical, psychological, spiritual, social (...) 10. In the event of an unexpected crisis, prompt, safe and effective urgent care, ... 11. Safe and timely transfers if they need to be moved, ... 12. Specialist PC when it is needed, and that takes account of needs and preferences. 13. Timely identification of the last days of life, and care delivered at that time that is individualised to their needs and preferences and ensures access to, and administration of, prescribed medication. 14. Sensitive communication with carers and families who are newly bereaved, with timely verification and certification of death, ... 15. Emotional and bereavement support appropriate to their needs and preferences, for people closely affected by a death. |
| <p>The College of Family Physicians of Canada <i>Priority Topics and Key Features for the Assessment of Competence in Palliative Care</i>⁵⁶</p> | 2017 | Canada | Guidance | Priority topics, p.5 | PC Priority Topics for the Assessment of Competence: Enhanced Skills, Key Features: | <ol style="list-style-type: none"> 1. Pain 2. Families 3. Advance planning and goals of care 4. Working as a team 5. Nausea/vomiting/bowel obstruction; Despair and suffering; Breathlessness; Delirium; Anxiety and depression; Anorexia/cachexia /nutrition/fatigue 6. Imminent death 7. Community resources 8. Palliative sedation therapy 9. Maintaining the clinician's well-being 10. Emergencies 11. Medical assistance in dying (MAID) 12. Non-malignant terminal illness |

| | | | | | | |
|---|------|--------|---------------|--|---|---|
| The Gold Standards Framework <i>The GSF Primary Care Training Programme</i> ⁵⁷ | 2019 | UK | Site internet | | Building on your use of GSF at Bronze or foundation level, GSF can now support you in your practice to achieve: 1- Earlier identification of more patients and their families for more proactive care 2- More offered advance care planning discussions for more person-centred care 3- Improved coordination of care to reduce hospital admissions and deaths | 1. Identify patients Carer support 2. Advance directives Person-centred care 3. Coordination of care Dying at home |
| WHO <i>(World Health Organization. Integrating palliative care and symptom relief into primary health care: a WHO guide for planners, implementers and managers. Geneva: WHO, 2018)</i> ⁵⁸ | 2018 | Suisse | Guidance | Chapter 5: Implementing palliative care in primary care Public ("Training"), p. 34 | Core PC competencies for PHC providers: | <ul style="list-style-type: none"> • identifying early any suffering due to serious or life-threatening illness or injury • assessing palliative needs • preventing and relieving of the most common and distressing symptoms associated with serious or life-threatening illness or injury, which have been identified as (...) • knowing when to refer a patient to a higher level of care • providing emotional support and future care planning for patients and families that is sensitive to each patient's and family's culture, values and prior experiences with death. |

Tableau 4 : Compétences fondamentales en SP pour les MG exerçant en soins primaires : *Postgraduate Curricula*

| Auteurs | Année | Pays | Type de document | Chapitre / section | Résultats | Caractéristiques - description |
|-------------------------------|-------|------|--------------------------------|---------------------------|--|---|
| RCGP curriculum ⁵⁹ | 2019 | UK | Curriculum of General Practice | People at the End-of-Life | Core competence : | As a GP you should : |
| | | | | | Fitness to practice | Read the GMC's document on end-of-life care with case examples |
| | | | | | | Recognise that personal life events, such as deaths in the family, can make full clinical engagement a test of your professionalism |
| | | | | | Maintaining an ethical approach | Be aware of your cultural values and/or religious beliefs which might make it difficult for you to be non-judgemental about your patients' decisions at the end of their life |
| | | | | | Communication and consultation | Communicate effectively with the patient, their family and carer(s) regarding difficult information about disease progression and prognosis. |
| | | | | | Data gathering and interpretation | Describe palliative care emergencies and their appropriate management : (...) |
| | | | | | Clinical Examination and Procedural Skills | Develop an appropriate and proficient approach to clinical examination and procedural skills. |
| | | | | | Making decisions | Apply best practice principles for end-of-life care in community settings, such as those described in the Gold Standards Framework |
| | | | | | | Counsel and explain for patients, families and their carers : (...) |
| | | | | | Clinical management | Co-develop with the patient, carers and family an effective plan to manage the full range of their physical, psychological, socioeconomic, cultural and spiritual needs |
| | | | | | | Manage distressing symptoms, e.g. nausea, pain, shortness of breath and confusion. |
| | | | | | | Use appropriate drug/nutrition delivery systems, e.g. a syringe driver |
| | | | | | | Prescribe effective drugs and suitable combinations of drugs, pre-empting likely side-effects |
| | | | | | | Describe the conversion of drugs from oral dosage to other appropriate delivery systems |
| | | | | | Managing medical complexity | Summarise the principles of palliative care and end-of-life care and how these apply to cancer and non-cancer illnesses such as cardiovascular, neurological, respiratory and infectious diseases |
| | | | | | Working with colleagues and in teams | Function as both leader and member of end-of-life teams, as required |
| | | | | | | Work effectively with the community nursing and end-of-life care teams and teams from social care and voluntary sector organisations |

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|---|
| | | | | | | Maintaining performance, learning and teaching | Understand the evidence base for care at the end of life, while also acknowledging that it is less rigorous because there are very few trials available. |
| | | | | | | | Understand the difficulty of running double-blinded randomised controlled trials in patients who are dying |
| | | | | | | Organisational management and leadership | Review the key national guidelines and policies that influence healthcare provision for end-of-life and palliative care, applying these compassionately to the personalised needs and wishes of patients, their families and carers |
| | | | | | | Practising holistically and promoting health | Identify and respond to the spiritual, socioeconomic and cultural needs of the patient, family and carers, in addition to their 'biomedical' physical and psychological needs |
| | | | | | | | Acknowledge the appropriate use of alternative therapies which individual patients may find provide comfort, while bearing in mind the evidence for their use |
| | | | | | | | Recognise normal and abnormal grieving, and its impact upon symptomatology, and provide support appropriately |
| | | | | | | Community orientation | Summarise the social benefits and services available to patients and carer(s) |
| | | | | | | | Describe the current population trends in the prevalence of terminal illness in the community |
| | | | | | | | Explain the importance of the social and psychological impact of terminal illness and dying on the patient's community, such as their wider family, friends, dependents, employers and work colleagues |
| | | | | | | Malta curriculum ⁶⁰ | 2008-2010 |
| | | | | | | Clinical management | Describe the profound effects of cancer and terminal illness on the physical, psychological and social well-being of the individual. |
| | | | | | | | Demonstrate a consistent, evidence-based approach to drug prescribing for patients with cancer or terminal illness. |
| | | | | | | | List the commonly used analgesics, anti-emetics and laxatives, and their presentations, relative efficacy, and dosage regimens. |
| | | | | | | Carer support | Recognise the impact of cancer and terminal illness on the family, friends, dependants and employers of the patient. |
| | | | | | | Practising holistically and promoting health | Explore the patient's ideas, plans, concerns and expectations, and how they fit in the social and clinical context. Respect these views, and try to address identified needs. |

| | | | | | | |
|--|------|--------|---|---|--|--|
| | | | | | | Develop skills to manage the concurrent health problems experienced by a dying patient through identification, exploration, negotiation, acceptance and prioritization. |
| | | | | | Communication and consultation | Adapt communication to the patient's needs, and dedicate appropriate time to counsel the patient and his/her carers, repeating as necessary and arranging follow-up. |
| | | | | | | Discuss with the patient, family, and senior staff when to issue advanced directives, and write them down clearly in the patient's notes. |
| | | | | | Working with colleagues and in teams | Coordinate care with other professionals to deliver the best palliative care possible. |
| | | | | | Maintaining an ethical approach | Give examples of moral, ethical and emotional issues at the end of life as well as after death. |
| College of Family Physicians of Canada (CFPC) curriculum ⁶¹ | 2013 | Canada | Specific Standards for Family Medicine Residency Programs | Palliative medicine : Specific standards of accreditation for a one-year program of added competence in palliative medicine | Principle #1 – The Doctor-Patient Relationship | The resident will be able to : |
| | | | | | Attitudes towards death | Describe medical and societal attitudes towards death and dying. |
| | | | | | | Demonstrate awareness of his or her personal issues and concerns in the area of death and dying. |
| | | | | | Clinical management | Describe the physical, psychological, social, and spiritual issues of dying patients and their families. |
| | | | | | Maintaining an ethical approach | Discuss the ethical issues confronting dying patients, their families and their physicians, including EoL decision making, advance directives, ... |
| | | | | | Principle #2 – Effective Clinician | The resident will be able to : |
| | | | | | Clinical management | Demonstrate effective knowledge, skills, and attitudes in dealing with the complex interplay of the physical, psychological, social, and spiritual needs of dying patients and their families. |
| | | | | | Working with colleagues and in teams | Collaborate as an effective member of an interdisciplinary team. |
| | | | | | Principle #3 – Community Based | The resident will be able to : |

| | | | | | | | |
|--|------|-----------|--|-----------------------|---|---|--|
| | | | | | | Community orientation | Demonstrate requisite knowledge and skills in managing patients across different care systems. |
| | | | | | | Care at home | Demonstrate skills in managing patients in their homes. |
| | | | | | | Principle #4 – Resource to a Defined Patient Population | The resident will be able to : |
| | | | | | | Fitness to practice | Demonstrate the ability to incorporate accepted standards of palliative care into their practices. |
| | | | | | | | Incorporate evidence-based decision making in caring for dying patients and their families. |
| CFPC ⁶² | 2010 | Canada | Defining competence for the purposes of certification by the CFPC : The evaluation objectives in family medicine | Palliative care | Key features : | | |
| | | | | | | Clinical management | Use the principles of palliative care to address symptoms |
| | | | | | | Working with colleagues and in teams | Provide support through self, other related disciplines, or community agencies, depending on patient needs |
| | | | | | | | In patients with pain, manage it proactively through frequent reassessments and monitoring of drug side effects |
| | | | | | | Practising holistically and promoting health | Identify the individual issues important to the patient, including physical issues, emotional issues, social issues, and spiritual issues. |
| | | | | | | | Attempt to address the issues identified as important to the patient. |
| | | | | | | EoL care | Identify and repeatedly clarify wishes about end-of-life issues |
| Royal Australian College of GP ⁶³ | 2016 | Australia | Curriculum for Australian General Practice | CS 16 Core skill unit | Communication and the patient–doctor relationship | | Communicate effectively and appropriately to provide quality care |
| | | | | | | | GPs use effective health education to promote health and wellbeing to empower patients |

| | | | | | | |
|--|------|-------------|---------------------------------|------------------|---|---|
| | | | | | Applied professional knowledge and skills | GPs provide the primary contact for holistic and patientcentred care |
| | | | | | | GPs diagnose and manage the full range of health conditions in a diverse range of patients across the lifespan through a therapeutic relationship |
| | | | | | | GPs are informed and innovative |
| | | | | | | GPs collaborate and coordinate care |
| | | | | | Population health and the context of general practice | GPs make rational decisions based on the current and future health needs of the community and the Australian healthcare system |
| | | | | | | GPs effectively lead to address the unique health needs of the community |
| | | | | | Professional and ethical role | GPs are ethical and professional |
| | | | | | | GPs are self-aware |
| | | | | | | GPs mentor, teach and research to improve quality care |
| | | | | | Organisational and legal dimensions | GPs use quality and effective practice management processes and systems to optimise safety |
| | | | | | | GPs work within statutory and regulatory requirements and guidelines |
| The Royal New Zealand College of General Practitioners ⁶⁴ | 2014 | New-Zealand | Curriculum for General Practice | End of life care | Core competence: | |
| | | | | | 1. Communication | Communicate with a patient and their family and with the multidisciplinary team of health professionals |
| | | | | | Bereavement care | Maintain a caring and supportive involvement with family during the bereavement process (...) |
| | | | | | Clinical management | Use of complementary and alternative therapies ; Physical, cultural, psychological, social and spiritual care, |
| | | | | | EoL care | Discussions about end-of-life issues, including grief, breaking bad news and loss |
| | | | | | 2. Clinical Expertise | Symptom management, psychosocial and spiritual issues related to EoL care Provide medical care that is structured around the patients' needs Diagnose dying and activate appropriate care plans Gain IV access as needed, as well as perform SC and IM injection techniques Make appropriate clinical decisions and manage 24-h continuity of care through various clinical systems |
| | | | | | Care at home | Manage patient care that is specific to their location (home, hospital,...) |
| | | | | | Practising holistically | Understand the various components of the experience of disease from the feelings of the patient |
| | | | | | 3. Professionalism | Provide the highest quality care with integrity, honesty and compassion Manage time and resources effectively (self-care) Demonstrate an ability to fulfil medical, legal and professional obligations Recognise, respect and preserve patient autonomy |

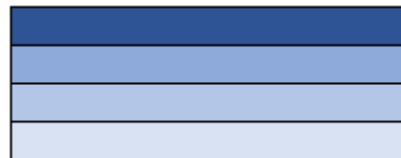
| | | | | | | | |
|--|------|---------|----------------------------|------------------|------------------------------------|---|---|
| | | | | | | Manage the personal challenges of maintaining professional boundaries and personally dealing daily with death and grief Consider cultural differences that may influence management of EoL care. | |
| | | | | | 4. Scholarship | Document clear management plans to support continuity of care among a multidisciplinary team Contribute to educating patients, students... Develop and maintain an ongoing commitment to the development of clinical knowledge, skills and experience Support developing new knowledge through research. | |
| | | | | | | 5. Context of General Practice | Maintain the proactive and coordinating role for GP Work with other health workers Advocate for the best level of care for patients in all settings |
| | | | | | | Working with colleagues and in teams | Consult effectively with other health professionals Recognise that in rural communities the GP may need to lead the PC team |
| | | | | | | 6. Management | Be an effective member of a PC team Adopt a critical and evidence-based approach to practice Contribute to staff development and training Demonstrate a commitment to professional and psychological supervision of other members of the PC team Understand key national guidelines that influence health care provision in the locality and region in which they work Put in place mechanisms to ensure self-care |
| Irish College of General Practitioners ⁶⁵ | 2016 | Ireland | Curriculum for GP training | End of life care | Core competence: | This area of competence is about : | |
| | | | | | 1. Primary Care Management | 1. how you manage your contact with patients, dealing competently with any and all problems. | |
| | | | | | 2. Person-Centred Care | 2. understanding and relating to the context of your patients as individuals, ... | |
| | | | | | 3. Specific Problem Solving Skills | 3. the context-specific aspects of general practice, dealing with early and undifferentiated illness (...) | |
| | | | | | 4. Comprehensive Approach | 4. how you as a general practitioner must be able to manage co-morbidity, co-ordinating care of acute illness, chronic illness,... | |
| | | | | | 5. Community Orientation | 5. the physical environment of your practice population, and the need to understand the interrelationship between health and social care... | |
| | | | | | 6. Holistic approach | 6. the ability to understand and respect the values, culture, family structure and beliefs of your patients,... | |
| | | | | | 7. Context | 7. understanding your own context as a doctor and how it may influence the quality of your care. | |

| | | | | | |
|--|------|-----|---|--|---|
| | | | | 8. Attitudes | 8. your professional capabilities, values, feelings and ethics and the impact these may have on your patient care. |
| | | | | 9. Scientific | 9. the need to adopt a critical and evidence-based approach to your work, ... |
| American Academy for Family Physicians ⁶⁶ | 2015 | USA | Recommended Curriculum Guidelines for Family Medicine Residents | Competencies | A family medicine resident should be able to : |
| | | | | Communication and consultation | Identify and manage a plan of care for a terminally ill patient that is based upon a comprehensive interdisciplinary assessment of the patient and family's expressed values, goals, and needs, and be able to effectively communicate the plan to them |
| | | | | Patient-centered care | Recognize that quality of life is defined by the patient and not by the physician |
| | | | | Maintaining an ethical approach | Identify the primary decision maker when the patient is unable to communicate and/or make medical decisions, and be aware of the ethical and legal issues... |
| | | | | Clinical management | Facilitate patient autonomy, access to information, and choice, and be able to provide palliative care throughout the continuum of illness while addressing physical, emotional, social, and spiritual needs |
| | | | | | Recognize the signs and symptoms of the imminently dying patient, and anticipate the patient's needs |
| | | | | | Demonstrate systematic recognition, assessment, and management of pain syndromes utilizing evidence-based medicine. |
| | | | | Attitudes | The resident should demonstrate attitudes that encompass : |
| | | | | Communication and consultation | The ability to compassionately and empathetically deliver bad news |
| | | | | Practising holistically and promoting health | Understanding of the psychosocial issues and family dynamics affecting the terminally ill patient |
| | | | | | Understanding of the spiritual and religious issues affecting the terminally ill patient and the family members |
| | | | | | Respect for the cultural beliefs and customs of the patient and the family members in the context of death and dying |
| | | | | | Understanding of the dying patient's need for PC, pain relief, control, and dignity |
| | | | | | Understanding of the special issues associated with children |
| | | | | | Understanding of the bereavement process for the dying patient and family members |
| | | | | Working with colleagues and in teams | The ability to function as a member of the interdisciplinary team while respecting the individual goals and beliefs of each team member |
| | | | | Knowledge | The resident should demonstrate the ability to apply knowledge of : |

| | | |
|--|---|--|
| | Palliative and EoL care | Improve quality of life, Alleviate suffering, Autonomy of the patient,... |
| | Hospice team roles | Identification of appropriate patients for hospice care,... |
| | Prognostication | Accuracy of prognosis, Karnofsky Index,... |
| | Pain control | Opiates, Conversion of opiates,... |
| | Causes and treatment of non-pain symptoms | Nausea, Shortness of breath,... |
| | Nutrition and hydration in the terminally ill | Artificial feeding, Intravenous fluids,... |
| | Care locations | Inpatient setting, Outpatient setting,... |
| | Data related to end-of-life care in the US | Aging population, Most common chronic illnesses,... |
| | The bereavement process | Normal grief reaction,... |
| | Legal issues | Patient competency, Advance directives,... |
| | Skills | the resident should demonstrate the ability to : |
| | Practising holistically and promoting health | Perform an accurate physical assessment with attention to common findings of the terminally ill patient |
| | | Determine patient preferences regarding cardiopulmonary resuscitation and appropriately document “code status” in medical record and physician orders. |
| | Communication and consultation | Facilitate a family meeting using appropriate wording and questioning, and understand the impact of this process on the patient and family |
| | Clinical management | Be in compliance with regulations pertaining to use of controlled substances for the terminally ill patient in and outside hospice care |
| | | Develop an initial and ongoing analgesic regimen to include the use of morphineequivalent dosages ... |
| | | Use alternative routes of analgesia effectively |
| | Community orientation | Refer both patient and family to available social services |
| | Bereavement care | Counsel family and others effectively throughout the bereavement process |
| | | Assist families in providing self-care and seeking support when a patient dies |
| | Working with colleagues and in teams | Function as a contributing team member of the interdisciplinary team |

Tableau 5 : 39 compétences fondamentales en soins palliatifs pour la formation des médecins généralistes exerçant dans le contexte des soins primaires (et leur nombre d'occurrence dans la littérature) :

| Cognitives / Knowledge | N | Psychomotrices / Skills | N | Affectives / Attitude | N |
|---|----|--|----|--|----|
| Gestion des symptômes non douloureux | 33 | Communication | 45 | Compréhension des besoins du patient en termes de SP, de gestion de la douleur, de dignité : Pratiquer de manière holistique | 32 |
| Gestion de la douleur | 23 | Fonctionner en tant que membre d'une équipe multidisciplinaire | 27 | Approche compréhensive, support émotionnel et psychologique | 24 |
| Soins liés au deuil et soins post mortem | 22 | Savoir manier et connaître les réglementations relatives aux substances contrôlées chez les patients en fin de vie | 24 | Compréhension des problèmes spirituels et religieux | 20 |
| Soins aux personnes en fin de vie | 15 | Utiliser ses compétences et connaissances professionnelles | 22 | Prise de décision éthique et légale | 18 |
| Maintien d'un niveau d'éducation et d'apprentissage | 13 | Orienter le patient et sa famille vers les services sociaux / orientation communautaire | 19 | Identification des patients | 14 |
| Lieux de soins et données locales relatives aux soins de fin de vie / Soins à domicile | 10 | Soutenir et accompagner l'entourage | 17 | Personnalisation, connaissance de soi | 14 |
| Soins continus, planifiés et coordonnés | 8 | Conseiller efficacement les accompagnants tout au long du processus de deuil | 13 | Capacité de transmettre des mauvaises nouvelles avec compassion et empathie | 6 |
| Diagnostic et Pronostic | 6 | Directives anticipées / Planification des soins | 11 | Compréhension des problèmes psychosociaux et de la dynamique familiale | 5 |
| Nutrition et hydratation des patients | 5 | Examen clinique et compétences procédurales | 3 | Attitudes envers la mort | 5 |
| Questions / Dimensions juridiques | 5 | Collecte et interprétation des données | 2 | Comportement, Prise de décisions | 5 |
| Connaissances concernant les trajectoires de la maladie | 4 | Prise en charge de patients gravement malades sans le recours à la haute technologie | 1 | Aptitude à pratiquer / Professionnalisme | 4 |
| Amélioration de la qualité des soins de fin de vie grâce à des politiques et des pratiques réflexives | 4 | | | Aborder les problèmes économiques du patient en fin de vie | 2 |
| Situations d'urgence | 2 | | | « Medical assistance in dying », aide médicale à mourir / suicide assisté | 2 |
| Gestion des soins primaires | 1 | | | Egalité, diversité et inclusion dans les soins de fin de vie | 1 |



≥ 30
 20 - 29
 10-19
 1-9

DISCUSSION

Comme nous l'avons vu auparavant, la demande globale en termes d'accès aux ressources de soins palliatifs ne fait qu'augmenter au fil du temps (du fait, entre autres, du vieillissement de la population et de la progression de l'espérance de vie). Ceci entraîne une augmentation des besoins de ces ressources et des professionnels de santé qui y sont liés. C'est pourquoi, on a vu se développer lors des dix dernières années une vague d'activités en termes de formation médicales, de modifications ou créations de nouvelles références, de projets de révision de *curricula*, de modifications dans les cursus d'écoles de médecine...

Quill et Abernethy⁶⁷ en 2013 décrivent un modèle de soins qui prend en compte 1. Les soins palliatifs primaires (« *Primary palliative care* ») développés et étudiés afin d'apporter des compétences à l'ensemble du corps médical et plus particulièrement aux MG, premiers acteurs des soins primaires, et 2. Les soins palliatifs spécialisés (« *Specialist palliative care* ») qui reposent sur les compétences nécessaires pour gérer les cas les plus complexes ; afin qu'ils coexistent et se complètent, se renforcent. Le but de leur modèle de soin est donc de former des MG pour travailler en équipes, formant un ensemble « *Generalist-plus-specialist palliative care* », coordonnées par les MG de soins primaires.

Un bon exemple de ce type de modèle de soins est illustré par l'article publié par Bilaçeroğlu S. en Turquie²⁷. Il insiste ici sur le fait que la définition de « *primary palliative care* » peut s'appliquer aussi bien aux MG pratiquant dans les soins primaires, qu'aux autres spécialités médicales, non spécialisées en SP, mais amenées à être en contact avec des patients avec de potentiels besoins en SP (dans cet article, tous médecins s'occupant de maladies respiratoires chroniques et/ou avancées).

Gamondi et al.⁶⁸, quant à eux, décrivent des recommandations européennes basées sur 3 « niveaux de compétence » concernant la formation en termes de soins palliatifs. Ceux-ci sont décrits comme suivant : Le premier niveau concerne l'approche palliative (« *Palliative care approach* »), définie comme l'intégration des méthodes et procédures palliatives dans le cadre général des soins. Ceci devrait être intégré dans la formation initiale de tous médecins, généralistes ou spécialistes, ainsi qu'aux personnels infirmiers et de maison de retraite. Le second niveau décrit les soins palliatifs généralistes (« *General palliative care* »), destinés aux professionnels fréquemment impliqués auprès des patients nécessitant des SP mais pour qui les SP ne sont pas la principale activité (par exemple les MG, oncologues, gériatres, ...), qui doivent donc avoir de bonnes connaissances de base sur le sujet. Cet enseignement, selon les disciplines ciblées, peut être réalisé lors de la formation initiale, commune (équivalent d'externat), ou à un niveau plus élevé (internat, formation continue, *residence*). Le troisième niveau de compétence se réfère aux soins palliatifs spécialisés (« *Specialist palliative care* »), destiné aux professionnels travaillant uniquement dans le domaine des SP, et dont l'activité principale est consacrée au traitement de problèmes complexes nécessitant ces compétences spécialisées. Cet enseignement est plus tardif, réalisé lors d'une préparation à la spécialisation et/ou de formations continues.

Ainsi, le classement des compétences identifiées dans notre revue en trois catégories est bien sûr discutable, mais il permet de signaler que les connaissances d'un MG vis-à-vis d'une urgence palliative peuvent demeurer théoriques (contrairement à celles d'un spécialiste en soins palliatifs qui devra agir vite, et en première ligne dans une telle situation). Néanmoins, afin de se préparer à de telles éventualités, le MG devra démontrer des compétences procédurales avancées en matière de communication, de travail avec d'autres équipes, et de coordination des soins, pour planifier les soins en vue de possibles complications.

Les pays européens possèdent des systèmes de santé différents ainsi que diverses situations professionnelles dans lesquelles les médecins travaillent. Il existe des différences fondamentales au niveau culturel (y compris religieux) et politique entre les sociétés et les populations au sein desquelles les médecins généralistes évoluent. Ceci peut amener une variation dans la description de la pratique, de la formation, de l'enseignement. Malgré tout, en général, il existe souvent un manque d'unification entre les secteurs de soins primaires et secondaires, ainsi même que parmi les différents acteurs de soins primaires²⁶.

Au niveau international, plusieurs pays se sont inspirés de ces niveaux de compétence et les ont adaptés à leur situation locale. Dans certains cas, les niveaux ont été subdivisés pour mieux s'adapter en matière de prestation de services, comme par exemple en Suisse. D'autre part, l'absence de directives nationales pour les soins de fin de vie et les SP a pu conduire à la mise en œuvre légale de la formation en médecine palliative (Allemagne, Suisse) et de programmes nationaux sur les soins palliatifs (Australie, Canada)³³.

Nous essaierons ici de discuter des types de formations existant dans différents pays représentés dans cette revue, au sein de leur modèle de santé propre.

En **France** tout d'abord, l'enseignement des SP dans le cadre des études médicales est réalisé principalement lors de l'externat (UE 5 : Handicap - Vieillesse - Dépendance - Douleur - Soins palliatifs – Accompagnement Item 136 à 141), et UE9 : Cancérologie - Onco-hématologie (Item 292). Les compétences fondamentales concernant la Médecine Générale sont regroupées en 6 parties : la gestion des soins primaires, la démarche centrée sur la personne, les capacités spécifiques pour la résolution de problèmes, l'approche globale, l'orientation communautaire, et le modèle holistique.

Concernant la formation médicale française en termes de soins palliatifs et de fin de vie, les recommandations nationales de la HAS⁶⁹ sont les suivantes : « L'étudiant doit acquérir les compétences nécessaires en SP pour faire face aux situations les plus fréquemment rencontrées lors des phases palliatives ou terminales des maladies graves, chroniques ou létales. L'étudiant doit être capable de construire une délibération, individuelle et collective, et de prendre une décision relative à des investigations, des orientations de parcours et de traitements, un projet social et un projet de vie. Il doit acquérir les compétences nécessaires en SP pour faire face aux situations les plus fréquemment rencontrées lors des phases palliatives ou terminales des maladies graves, chroniques ou létales. Il doit être capable de mettre en place et de coordonner les SP à domicile ou à l'hôpital chez un malade en phase palliative ou terminale d'une maladie grave, chronique ou létale. »

La France est malheureusement absente de cette revue puisqu'il n'existe pas de description de compétences fondamentales de soins palliatifs dans les *curricula* destinées à la formation des médecins généralistes. Chaque faculté de médecine est libre d'accorder son apprentissage comme elle le souhaite.

Cependant, Compagnon et al.⁷⁰ proposent un modèle d'apprentissage à 3 niveaux : novice, intermédiaire et compétent. Pour chacune des six compétences fondamentales de la médecine générale, les trois niveaux ont été déclinés en descripteurs, eux-mêmes explicités par plusieurs indicateurs.

Le Royaume-Uni est le chef de file dans le domaine des SP grâce à une importante intégration de ces soins dans le *National Health Service*, leur système de santé, et à un fort mouvement de soins palliatifs.

Des organes comme le *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE) qui établit des lignes directrices à l'intention des médecins sur la manière de prendre en charge diverses affections sont très investis dans le domaine des SP. Ces lignes directrices sont établies par des groupes d'experts médicaux spécialisés dans le domaine à l'étude.

Il existe par ailleurs, divers et nombreux événements d'apprentissage structurés, en particulier dans les hôpitaux et hospices locaux et des cours organisés par les principales organisations caritatives. Il existe de plus en plus de formations en ligne pour aider à consolider et à développer les connaissances acquises sur le lieu de travail.

Il n'est donc pas étonnant, au vu de l'importance accordée à ce secteur de soins dans ce pays, et par leur système de santé, que la grande majorité des documents de cette revue de littérature soit issue de travaux originaires du Royaume-Uni.

Concernant leur *curriculum*, les résultats d'apprentissage attendus sont organisés en cinq grands domaines de capacités (*Areas of Capability*) basés sur le cadre générique des capacités professionnelles du GMC et sont classés dans les capacités spécifiques décrites dans le document : 1. Connaissance de soi et relation avec les autres, 2. Application des connaissances et des compétences cliniques, 3. Gestion des soins complexes et de longue durée, 4. Bien travailler dans les organisations et les systèmes de soins, 5. Soigner dans sa globalité le patient, et la communauté. Le curriculum de médecine générale du RCGP possède un module clinique spécialement dédié aux soins palliatifs et à la fin de vie (« *People at the End-of-Life* »)⁵⁹.

Le Royaume-Uni, ainsi que l'Irlande sont des pays avec des systèmes de santé particulièrement impliqués dans les travaux de recherche en lien avec l'identification précoce des patients nécessitant des SP, qui est, rappelons-le, un enjeu majeur dans cette problématique^{4,12,50,51,52,53,54,57}.

Lors des débuts de l'épidémie de Covid-19, un grand nombre de ressources documentaires sur les soins palliatifs développées par les généralistes pour les généralistes ont été mises à jour et publiées sur la plateforme d'e-learning du RCGP^{58bis}

En Suisse, pays frontalier du notre, classé 15^{ème} pays sur la qualité de la mort, la mise à disposition des structures de SP relève de la compétence des cantons (surtout dans le domaine hospitalier) et des communes. Il en résulte de grandes disparités dans les régions concernant l'offre en soins palliatifs.

En plus des bases légales, il existe dans les cantons de nombreuses autres bases (juridiques) concernant les SP, qui pour la plupart ne sont que difficilement et seulement partiellement accessibles sur les sites web officiels des cantons.

Les fournisseurs de prestations de soins palliatifs de base (en première ligne dans le traitement) sont les hôpitaux de soins aigus, les établissements médico-sociaux, les médecins libéraux, les services d'aide et de soins à domicile et les services ambulatoires. Il est estimé que plus de 75% des personnes ayant besoin de SP peuvent être traitées dans de telles structures, à la condition toutefois que des offres complémentaires (Equipe mobiles de SP, bénévoles) apportent aux fournisseurs de soins de base un soutien dans le domaine des soins palliatifs.

Les 20 à 25% de personnes restantes ayant besoin de soins palliatifs doivent bénéficier de traitements complexes et donc d'une prise en charge plus lourde relevant d'offres spécialisées. Ces soins spécialisés sont proposés par les unités de soins palliatifs des hôpitaux de soins aigus, les maisons de soins palliatifs, les centres de jour ou de nuit et les services ambulatoires de soins palliatifs⁷¹.

Concernant l'enseignement, peu de programmes offrent une formation clinique postdoctorale spécifique à temps plein.

Dans la plupart de ces programmes, la formation est de courte durée. Cela comprend généralement des conférences, séminaires, cas cliniques standardisés, discussions de cas, vidéos, mais ne tient pas compte des aspects bénéfiques d'une immersion totale dans les soins quotidiens³⁴.

La récente étude de Giezendanner et al.³⁸ démontre que les MG se sentent moins confiants pour gérer les aspects éthiques, légaux, spirituels et culturels du patient en fin de vie. Des MG plus âgés, un nombre de visites à domicile plus élevé ainsi que la réalisation de formation en SP étaient alors associés à une meilleure confiance des MG pour prodiguer ces SP, ce qui laisse supposer qu'à l'heure actuelle en Suisse, les jeunes médecins non formés aux SP ne parviennent donc pas à satisfaire à l'ensemble des soins du patient en fin de vie.

Aux Pays bas, le système de santé est assez similaire au notre, avec un médecin généraliste déclaré, dans le cadre d'un système d'assurance maladie.

Josefien de Bruin, dans son analyse du *curriculum* néerlandais³³ rapporte que les principaux domaines se rapportant à l'éducation en soins palliatifs n'étaient pas enseignés dans toutes leurs facultés de médecine.

Cela signifie que l'éducation en termes de SP n'est pas encore bien développée dans les programmes de médecine obligatoire aux Pays-Bas. Il est à noter qu'il est fait le lien entre ces carences, et le fait que de nombreux médecins en exercice n'ont jamais été formellement formés à ces pratiques eux-mêmes, il est donc difficile de transmettre ces connaissances aux générations futures.

Cependant, grâce au fort investissement de son système de santé, de sa communauté, le pays était classé 8^{ème} mondial en 2015.

Au Canada, le cadre pédagogique du CFPC est basé sur les « Quatre principes de la médecine familiale » (*Four Principles of Family Medicine*) : 1. La relation médecin-patient est au cœur de la médecine familiale ; 2. Le médecin de famille est un clinicien qualifié ; 3. La médecine familiale est Communautaire ; 4. Le médecin de famille est une ressource pour une population définie de patients⁶¹.

Au Canada, les MG doivent terminer un programme de résidence en médecine familiale dans un programme universitaire de troisième cycle agréé. Cela se produit après l'obtention du diplôme de médecine. La résidence dure 2 ans et est basée sur le « *Triple C curriculum* » en médecine familiale. Les trois composantes de ce programme sont: l'éducation et les soins Complets aux patients, la Continuité de l'éducation et des soins aux patients, Centrés sur la médecine familiale.

Le CFPC a défini des directives / aides pour aider les programmes de résidence à identifier les possibilités de formation appropriées pour leurs résidents. Ceux-ci suivent et documentent l'acquisition de ces compétences tout au long de leur résidence. Pour acquérir ces compétences, les résidents fréquenteront les hôpitaux et les pratiques communautaires, en mettant l'accent sur la possibilité de passer l'examen de certification du Collège des Médecins de Famille du Canada.

C'est dans ce cadre que sont créés les *curricula* et autres recommandations présents dans cette revue^{56,61,62}.

Il est à noter aussi que l'aide médicale à mourir fait également l'objet de discussions, alors que les patients font connaître leurs souhaits, depuis que la récente législation a légalisé l'euthanasie dans toutes les provinces canadiennes⁵⁶.

En Australie, lors de la formation des MG, les compétences fondamentales de MG sont au nombre de 5, synthétisées par "l'étoile de la MG" : 1. Communication et relation médecin-patient, 2. Connaissances et

compétences professionnelles appliquées, 3. La santé de la population et le contexte de la pratique générale, 4. Rôle professionnel et éthique et 5. Dimensions organisationnelles et juridiques.

Le *curriculum* de MG australien est aussi, depuis peu, articulé autour de 3 niveaux d'apprentissage, qui sont la «pratique pré-générale» (*Pre-general practice*), qui s'adresse aux étudiants en médecine et médecins qui n'ont pas suivi de parcours de MG ; la «Médecine générale sous supervision» (*General practice under supervision*) pour les généralistes pré-fellow inscrits dans un parcours de formation ; et la «Médecine générale - apprentissage tout au long de la vie» (*General practice – lifelong learning*)⁶³.

Leur système de soins peut être décrit comme un réseau complexe de services publics et comprenant : les soins de santé primaires, qui sont fournis, entre autres, par les MG, les IDE, les services de santé communautaires et aborigènes ; les soins secondaires, fournis par des spécialistes ou des établissements après avis d'un médecin généraliste ; et les soins tertiaires qui sont les structures hospitalières publiques et privées.

Encore récemment, en Australie, le pourcentage de généralistes refusant de fournir des soins palliatifs atteignait 25 %. Les raisons les plus fréquemment comprenaient le fait que les MG ne font pas de visites à domicile, qu'ils estiment qu'il y a un soutien inadéquat, qu'ils ont des engagements familiaux ou personnels ou qu'ils manquent de connaissances⁷².

Aux États-Unis la prestation des soins de santé est influencée par une structure complexe de paiement public-privé. Alors que le remboursement des soins de santé dans de nombreux pays est un mélange d'assureurs publics et privés, les États-Unis sont singulièrement uniques dans la mesure où le secteur de remboursement privé domine le public. En 2011, 55% des Américains de moins de 65 ans bénéficiaient d'une assurance privée parrainée par l'employeur, 10% souscrivaient une assurance sur le marché privé, 12% recevaient une assurance via Medicaid - un programme d'État et fédéral pour les plus démunis, et 16% n'étaient pas assurés.

Les personnes de plus de 65 ans sont presque universellement couvertes par le programme Medicare du gouvernement fédéral. Même sous Medicare, cependant, les assureurs privés gardent un rôle influent en terme administratif⁷³.

En 2014 encore, il était avéré que le contenu des *curricula* existants et les méthodes d'enseignement des soins palliatifs en résidence aux USA étaient en contradiction à travers les centres universitaires, et que cela nécessitait la mise en place de normes nationales⁴⁴.

Le *curriculum* de MG aux USA enseigne désormais les SP dans une combinaison d'expériences d'apprentissage longitudinal et par blocs au cours des trois années de formation en résidence. Les dernières recommandations exposent que le contenu du programme devrait être intégré dans le programme de base des études médicales et devrait inclure une exposition aux soins palliatifs, des visites à domicile et des formations sur le deuil tant que possible⁶⁶.

En Chine, classée 71ème en 2015 au niveau de la qualité de ses soins palliatifs, le système de santé est très inégal, voyant l'émergence ces dernières années d'une barrière économique avec l'impossibilité pour les plus pauvres d'accéder aux soins, des difficultés liées à la lenteur des systèmes de l'adoption des SP, tandis que la population vieillit rapidement.

D'ailleurs, encore très récemment, à la suite de la crise sanitaire liée au Covid-19, le gouvernement chinois a reconnu qu'il existe encore des lacunes dans ses systèmes et mécanismes de prévention et de contrôle des grandes épidémies et dans son système de santé publique.

Selon Jonathan Lio et al.,³⁹ il est important de réaliser des programmes d'enseignement structurés de communication axés sur le patient lors du premier cycle, ainsi que des expériences guidées en situation réelle. Il note de plus qu'il est nécessaire de faire intervenir des spécialistes des SP pour étoffer les programmes des résidents, car les lignes directrices nationales actuelles ne traitent pas de ces compétences.

I. FORCES ET LIMITES

D'un point de vue méthodologique, un seul thésard, aidé par son directeur de thèse pour accéder à certains articles, a sélectionné les articles et en a extrait les données. Une seconde voire troisième lecture indépendante aurait peut-être permis d'inclure davantage de documents. Par ailleurs, par manque de temps, les données bibliographiques de chaque document inclus n'ont pas été étudiées afin de récupérer d'autres articles.

De plus, n'ayant inclus que des documents en langue anglaise ou française, il est probable que nous avons manqué des publications potentiellement intéressantes de pays qui publient souvent dans leur propre langue.

Enfin, il existe chez les auteurs des différences tant culturelles que dans les systèmes de soins. Certains éléments ont alors pu être intégrés qui ne sont pas nécessairement généralisables en dehors des caractéristiques locorégionales de l'auteur en question. Le meilleur exemple ici est celui de la notion de « suicide assisté » comme étant une compétence fondamentale dans certains pays, mais qui reste interdit par la loi dans beaucoup d'autres.

Ainsi, même si le choix de réaliser une revue intégrative reste le meilleur pour traiter ce sujet, la synthèse d'un panel aussi large d'études et de documents peut être source de biais.

Notons aussi, malheureusement, le faible nombre de *curricula* internationaux et en particulier des pays membres de l'OCDE, que nous avons pu étudier. Avec plus de temps, et dans un autre contexte (épidémie de Covid-19 débutant en même temps que l'inclusion des documents), sans doute aurions-nous récupéré davantage de réponses des représentants de ces pays.

II. VALIDITE EXTERNE ET IMPLICATIONS FUTURES

Les données recueillies donnent une vue d'ensemble des compétences fondamentales en soins palliatifs pour la formation des médecins généralistes exerçant dans le contexte des soins primaires. Elles mettent en évidence en particulier l'importance d'une formation plus vaste des MG, d'une mise en œuvre dès le niveau des soins primaires, afin d'obtenir une prise en charge globale et précoce de ces patients nécessitant des SP.

Les limites de ce travail peuvent aider à débiter une réflexion plus aboutie sur le sujet. En effet il serait intéressant de compléter cette revue intégrative avec les éléments manquants mentionnés précédemment.

De plus, il sera important d'incorporer prochainement de nouveaux éléments dans la formation des MG et la prise en charge des patients nécessitant des SP en rapport avec l'épidémie à Covid-19 ainsi que lors de crises sanitaires en général.

Il pourrait aussi être intéressant d'étudier ce qui se fait dans d'autres corps de métiers tels que les infirmiers par exemple, aussi acteurs des soins primaires dans le cadre des soins palliatifs afin de peut-être approfondir le champ des compétences médicales avec les leurs.

A une époque où la société vieillit, où les soins palliatifs se développent de plus en plus, où les différents systèmes de soins se réorganisent autour de ces axes, modifient leurs apprentissages, cette revue peut être un bon point de départ pour s'atteler à cette tâche, et réaliser de plus amples recherches.

CONCLUSION

Cette revue intégrative de la littérature a permis de mettre en évidence 39 compétences fondamentales en soins palliatifs pour la formation des médecins généralistes exerçant dans le contexte des soins primaires.

Celles-ci peuvent être regroupées en 3 grandes familles,

- les compétences Cognitives comprenant la gestion des symptômes non douloureux, de la douleur, les soins liés au deuil et post-mortem, les soins aux personnes en fin de vie, la capacité à maintenir un niveau d'éducation et d'apprentissage, les différents lieux de soins, la coordination de soins continus, planifiés, le diagnostic et le pronostic, l'état nutritionnel des patients, l'aspect juridique des SP, les trajectoires de la maladie, l'amélioration de la qualité des soins de fin de vie grâce à des politiques et des pratiques réflexives, la gestion des situations d'urgence, et celles des soins primaires ;

- les compétences Psychomotrices comprenant la communication, l'interdisciplinarité, la connaissance des réglementations relatives au maniement des substances contrôlées chez les patients en fin de vie, l'utilisation des compétences et connaissances professionnelles, l'orientation communautaire, les soins de l'entourage, leur accompagnement au long du processus de deuil, la planification des soins, l'examen clinique et les compétences procédurales, la collecte et l'interprétation des données, la prise en charge de patients gravement malades sans le recours à la haute technologie ;

- les compétences Affectives en rapport avec la prise en charge holistique du patient, l'approche globale avec un soutien émotionnel et psychologique, la compréhension des problèmes spirituels et religieux, la prise de décision éthique et légale, l'identification précoce des patients, la personnalisation ou connaissance de soi, la capacité de transmettre des mauvaises nouvelles avec compassion et empathie, la compréhension des problèmes psychosociaux et de la dynamique familiale, l'attitude envers la mort, la prise de décisions, l'aptitude à pratiquer avec professionnalisme, les problèmes économiques du patient en fin de vie, l'aide médicale à mourir ou suicide assisté, et l'égalité, la diversité et l'inclusion dans les soins de fin de vie.

Cette revue est non exhaustive, perfectible par l'inclusion de davantage de curricula de médecine Générale ainsi que par un travail à plus grande ampleur réalisé par plusieurs chercheurs.

Pour conclure ce travail, à l'heure où les groupes les plus âgés de la population vivent plus longtemps avec un fardeau de symptômes et de complexité lié entre autres au phénomène de multimorbidité, on peut noter que les médecins généralistes (qui sont peut-être les vrais spécialistes de la multimorbidité au sein des systèmes de santé) ont un vrai rôle à jouer de par leur approche globale des personnes malades au plus proche de leur environnement de vie.

BIBLIOGRAPHIE

- (1) - Ravanello A., Porte-billets L. Atlas des SP et de la fin de vie en France : Première édition - 2018. Paris : Centre national des SP et de la fin de vie, 2018, 70 p.40
- (2) - Bendiane MK, Janah A, Leufeuve D, et al. Access to palliative care before death in French cancer patients during the first two years after diagnosis: The national cancer cohort [1518P]. *Annals of Oncology* (2018) 29 (suppl_8): viii548-viii556. 10.1093/annonc/mdy295
- (3) - The Economist Intelligence Unit. The 2015 Quality of Death Index: Ranking Palliative Care Across the World. [Last accessed on 2017 Nov 05]. Available from: <https://eiperspectives.economist.com/sites/default/files/images/2015%20Quality%20of%20Death%20Index%20Infographic.pdf>
- (4) - RCGP Position Statement on Palliative and End of Life Care (Disponible sur : https://www.rcgp.org.uk/-/media/Files/CIRC/End-of-Life-Care/RCGP-EOLC-Position-Statement_FINAL.ashx?la=en)
- (5) - World Health Organisation [WHO]. (2014). Strengthening of palliative care as a component of comprehensive care throughout the life course. Resolution adopted by the 67th World Health Assembly. Geneva: WHO.
- (6) - Murray, S. A., Firth, A., et al. (2015). Promoting palliative care in the community: Production of the primary palliative care toolkit by the European Association of Palliative Care Taskforce in primary palliative care. *Palliative Medicine*, 29(2), 101–111. <https://doi.org/10.1177/0269216314545006>
- (7) - Harrison N, Cavers D, Campbell C, Murray SA. Are UK primary care teams formally identifying patients for palliative care before they die? *Br J Gen Pract*. 2012 May;62(598):e344-52.
- (8) - Lunney JR, Lynn J, Hogan C: Profiles of older medicare decedents. *J Am Geriatr Soc*. 2002, 50: 1108-1112. 10.1046/j.1532-5415.2002.50268.x.
- (9) - Murray SA, Kendall M, Boyd K, Sheikh A: Illness trajectories and palliative care. *BMJ*. 2005, 330: 1007-1011. 10.1136/bmj.330.7498.1007.
- (10) - McKinley RK, Stokes T, Exley C, Field D: Care of people dying with malignant and cardiorespiratory disease in general practice. *Br J Gen Pract*. 2004, 54: 909-913.
- (11) - Fitzsimons D, Mullan D, Wilson JS, Conway B, Corcoran B, Dempster M, et al: The challenge of patients' unmet palliative care needs in the final stages of chronic illness. *Palliat Med*. 2007, 21: 313-322. 10.1177/0269216307077711.
- (12) - General Medical Council. Treatment and care towards the end of life. London: GMC, 2010.
- (13) - Observatoire National de la Fin de Vie [ONFV]. (2012). Rapport 2011. Fin de Vie : Un premier état des lieux. Paris : ONFV.

- (14) - World Health Organization [WHO] and United Nations International Children's Fund [UNICEF]. Declaration of Astana. Global Conference on Primary Health Care. Astana, Kazakhstan, October 25–26, 2018. Geneva and New York: WHO and UNICEF, 2018.
- (15) - La définition européenne de la médecine générale –médecine de famille. Wonca europe, 2002
- (16) - Compagnon L., Bail P., Huez Jf, Stalnikiewicz B., Ghasarossian C., et al.. Définitions et descriptions des compétences en médecine générale. Exercer, 2013, pp.148 - 155.
- (17) - Ministre des Affaires Sociales et de la Santé. INSTRUCTION N° DGOS/PF4/2016/382 du 9 décembre 2016 relative aux programmes de recherche sur les soins et l'offre de soins pour l'année 2017. [Internet]. déc 9, 2016. Disponible sur : <http://circulaires.legifrance.gouv.fr/index.php?action=afficherCirculaire&hit=1&retourAccueil=1&r=41600>
- (18) - EAPC Taskforce on Medical Education. (2009). For the development of postgraduate curricula leading to certification in palliative medicine. Recommendations of the European Association for Palliative Care [EAPC]. Milan
- (19) - COVID19 et SP : les recommandations de l'ARS. Mars 2020. - [Internet] Disponible sur : <https://www.paca.ars.sante.fr/covid19-et-soins-palliatifs-les-recommandations-de-lars>
- (20) - FICHE PRATIQUE ÉPIDÉMIE DE COVID 19. Mars 2020. - [Internet] Disponible sur : http://www.sfap.org/system/files/fiches_hopitaux_covid19-v7.pdf
- (21) - COVID EOLC COMMUNITY CHARTER. Mars 2020. - [Internet] Disponible sur : https://elearning.rcgp.org.uk/pluginfile.php/149457/mod_page/content/34/COVID%20EOLC%20Community%20Charter_Final.pdf
- (22) - Broome M.E. (1993) Integrative literature reviews for the development of concepts. In Concept Development in Nursing, 2nd edn (Rodgers B.L. & Knafl K.A., eds), W.B. Saunders Co., Philadelphia, PA, pp. 231–250.
- (23) - Whittmore et al (2005) Whittmore R, Knafl K. The integrative review: updated methodology. Journal of Advanced Nursing. 2005; 52(5).
- (24) - Alvarez MP, Agra Y. Systematic review of educational interventions in palliative care for primary care physicians. Palliative Medicine. 2006;20(7):673–683.
- (25) - Asadi-Lari M, Madjd Z, et al. The concept of palliative care practice among Iranian general practitioners. Iranian Journal of Cancer Prevention. 2009;2(3):111–116.
- (26) - Banks I, Weller D, et al. ECCO Essential Requirements for Quality Cancer Care: Primary care. Critical Reviews in Oncology/Hematology. oct 2019;142:187–199.

- (27) - Bilaçeroğlu S. Role of Palliative Care in Improving the Quality of Life in Elderly with Advanced Lung Disease. *Current Geriatrics Reports*. 2016;5(2):103–109.
- (28) - Block SD, Bernier GM, et al. Incorporating palliative care into primary care education. *Journal of General Internal Medicine*. 1998;13(11):768–773.
- (29) - Buchman S, Howe M. Enseigner les soins en fin de vie à domicile. *Canadian Family Physician*. 2012;58(1).
- (30) - Burge F., McIntyre P., et al. Family Medicine residents' knowledge and attitudes about end-of-life care. *J Palliat Care*. 2000;16(3):5–12.
- (31) - Charlton R, Currie A. A UK perspective on worldwide inadequacies in palliative care training: A short postgraduate course is proposed. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*. 2008;25(1):63–71.
- (32) - Curtis JR, Wenrich MD, et al. Understanding physicians' skills at providing end-of-life care perspectives of patients, families, and health care workers. *J Gen Intern Med*. janv 2001;16(1):41–49.
- (33) - De Bruin J, Verhoef MJ, et al. End-of-life care in the Dutch medical curricula. *Perspectives on Medical Education*. oct 2018;7(5):325–331.
- (34) - Duong PH, Zulian GB. Impact of a postgraduate six-month rotation in palliative care on knowledge and attitudes of junior residents. *Palliative Medicine*. juill 2006;20(5):551–6.
- (35) - El-Sourady M, Chen H, et al. Effects of a Primary Palliative Care Educational System for Teaching Learners at Different Levels of Training. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*. août 2019;36(8):675–681.
- (36) - Farber N, Urban S, et al. Frequency and perceived competence in providing palliative care to terminally ill patients: a survey of primary care physicians. *Journal of pain and symptom management*. 2004;28(4):364–372.
- (37) - Frey R, Gott M. What indicators are measured by tools designed to address palliative care competence among «generalist» palliative care providers? a critical literature review. *Progress in Palliative Care*. 2011;19(3):114–124.
- (38) - Giezendanner S, Jung C, et al. General practitioners' attitudes towards essential competencies in end-of-life care: A cross-sectional survey. *PLoS ONE*. 2017;12(2):e0170168.
- (39) - Lio J, Ning X, et al. Exploring palliative care competency standards for medical education in China: A survey of national hospice service program providers. *Journal of Palliative Medicine*. janv 2018;21(1):6–8.
- (40) - Lloyd-Williams M, Carter YH. General practice vocational training in the UK: What teaching is given in palliative care? *Palliative Medicine*. 2003;17(7):616–620.

- (41) - Montagnini M, Varkey B, Duthie Jr E. Palliative care education integrated into a geriatrics rotation for resident physicians. *J Palliat Med.* oct 2004;7(5):652–659.
- (42) - Pereira J, Palacios M, et al. The impact of a hybrid online and classroom-based course on palliative care competencies of family medicine residents. *Palliative Medicine.* 2008;22(8):929–937.
- (43) - Pype P, Stes A, et al. The landscape of postgraduate education in palliative care for general practitioners: Results of a nationwide survey in Flanders, Belgium. *Patient Education and Counseling.* févr 2012;86(2):220–225.
- (44) - Schaefer KG, Chittenden EH, et al. Raising the bar for the care of seriously ill patients: Results of a national survey to define essential palliative care competencies for medical students and residents. *Academic Medicine.* juill 2014;89(7):1024–1031.
- (45) - Schwill S, Reith D, et al. How to ensure basic competencies in end of life care – a mixed methods study with post-graduate trainees in primary care in Germany. *BMC Palliat Care* 2020; 19: 36.
- (46) - Thoonsen B, Vissers KK, Verhagen SS, et al. Training general practitioners in early identification and anticipatory palliative care planning: A randomized controlled trial Clinical presentation, diagnosis, and management. *BMC Fam Pract* 2015; 16: 126.
- (47) - Von Gunten CF, Mullan PB, et al. Primary Care Residents Improve Knowledge, Skills, Attitudes, and Practice After a Clinical Curriculum With a Hospice. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine.* 2017;34(8):713-720.
- (48) - General Medical Council. 2010-palliative-medicine-curriculum--amendments-2014--141015_pdf-63150821.pdf [Internet]. Disponible sur: https://www.gmc-uk.org/-/media/documents/2010-palliative-medicine-curriculum--amendments-2014--141015_pdf-63150821.pdf
- (49) - NHS England End of life care core skills education and training framework. Skills for Health ; Health Education England [Internet]. 28 févr 2017; Disponible sur: <https://www.skillsforhealth.org.uk/images/services/cstf/EoLC%20-%20Core%20Skills%20Training%20Framework.pdf>
- (50) - Royal College of General Practitioners Daffodils set the standard for end of life care [Internet]. Disponible sur: <https://www.rcgp.org.uk/about-us/news/2019/february/daffodils-set-the-standard-for-end-of-life-care.aspx>
- (51) - Royal College of General Practitioners. New Daffodil Standards and QOF: Supporting quality improvements in palliative and end of life care [Internet]. Disponible sur: <https://www.rcgp.org.uk/clinical-and-research/about/clinical-news/2019/may/new-daffodil-standards-and-qof-supporting-quality-improvements-in-palliative-and-end-of-life-care.aspx>

- (52) - RCGP Palliative and end of life care toolkit. Royal College of General Practitioners (RCGP) [Internet]. 1 déc 2015; Disponible sur: <http://www.rcgp.org.uk/clinical-and-research/resources/toolkits/palliative-and-end-of-life-care-toolkit.aspx>
- (53) - RCGP The Daffodil Standards [Internet]. Disponible sur: <https://www.rcgp.org.uk/clinical-and-research/resources/a-to-z-clinical-resources/daffodil-standards/the-daffodil-standards.aspx>
- (54) - End of Life Care Spotlight Project [Internet]. Disponible sur: <https://www.rcgp.org.uk/clinical-and-research/our-programmes/clinical-priorities/spotlight-projects-2019-to-2020/end-of-life-care-spotlight-project.aspx>
- (55) - Skills for Care, Skills for Health & National End of Life Care Programme (2012): Developing end of life care practice: A guide to workforce development to support social care and health workers to apply the common core principles and competences for end of life care. Disponible sur: <https://www.skillsforcare.org.uk/Documents/Topics/End-of-life-care/A-guide-to-workforce-development-for-end-of-life-care.pdf>
- (56) - The College of Family Physicians of Canada. Priority Topics and Key Features for the Assessment of Competence in Palliative Care. Disponible sur: https://portal.cfpc.ca/resourcesdocs/uploadedFiles/Education/PC_KF_Final_ENG.pdf
- (57) - The Gold Standards Framework The GSF Primary Care Training Programme Disponible sur : <https://www.goldstandardsframework.org.uk/primary-care-training-programme>
- (58) - World Health Organization. (2018). Integrating palliative care and symptom relief into primary health care: a WHO guide for planners, implementers and managers. World Health Organization. [Internet] Disponible sur <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274559/9789241514477-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- (58bis) - <https://elearning.rcgp.org.uk/mod/page/view.php?id=10537#RCGP>
- (59) - Royal College of General Practitioners. (2019) The RCGP Curriculum The Curriculum Topic Guides - [Internet] Disponible sur : <https://www.rcgp.org.uk/-/media/Files/GP-training-and-exams/Curriculum-2019/Curriculum-Topic-Guides-300819.ashx?la=en>
- (60) - Malta College of Family Doctors Curriculum Board (2008-2010). A Curriculum for Specialist Training in Family Medicine for Malta – [Internet] Disponible sur : <https://deputyprimeminister.gov.mt/en/phc/stpfm/Documents/curriculum.pdf>
- (61) - College of Family Physicians of Canada. (2013) Specific Standards for Family Medicine Residency Programs The Red Book. Mississauga, ON: College of Family Physicians of Canada; 2013.

- (62) - Defining Competence for the purposes of certification by the College of Family Physicians of Canada : The Evaluation Objectives in Family Medicine. Working Group on the Certification Process. (2010) [Internet] Disponible sur : https://portal.cfpc.ca/resourcesdocs/uploadedFiles/Education/Certification_in_Family_Medicine_Examination/Definition%20of%20Competence%20Complete%20Document%20with%20skills%20and%20phases.pdf
- (63) - The Royal Australian College of General Practitioners. Curriculum for Australian General Practice (2016) – CS16 Core skills unit. East Melbourne, Vic: RACGP, 2016.
- (64) - The Royal New Zealand College of General Practitioners. Curriculum for General Practice (2014) - [Internet] Disponible sur : https://www.rnzcgp.org.nz/gpdocs/New-website/Become_a_GP/2014-Curriculum-For-General-Practice.pdf
- (65) - Irish College of General Practitioners. ICGP Curriculum for GP training in Ireland (2016) [Internet] Disponible sur : https://www.icgp.ie/speck/properties/asset/asset.cfm?type=Document&id=DECCF187-5ACA-45BB-B17178D6954FF400&property=document&filename=2019_V4_0.pdf&revision=tip&mimetype=application%2Fpdf&app=icgp&disposition=inline
- (66) - American Academy of Family Physicians. (2019). Recommended curriculum guidelines for family medicine residents: Palliative and end-of-life care [internet]. Disponible sur : https://www.aafp.org/dam/AAFP/documents/medical_education_residency/program_directors/Reprint269_Palliative.pdf
- (67) - Quill TE, Abernethy AP. Generalist plus specialist palliative care - Creating a more sustainable model. N Engl J Med 2013; 368: 1173–1175.
- (68) - Gamondi C, Larkin P, Payne S. Core competencies in palliative care: An EAPC white paper on palliative care education - Part 1. Eur J Palliat Care 2013; 20: 140–145.
- (69) - Haute autorité de santé. UE 5 : Handicap - Vieillesse - Dépendance - Douleur - Soins palliatifs – Accompagnement [Internet] Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_2608453/fr/ue-5-handicap-vieillesse-dependance-douleur-soins-palliatifs-accompagnement
- (70) - Compagnon et al. Définitions et descriptions des compétences en médecine générale Exercer 2013;108:148-55.
- (71) - Office fédéral de la santé publique. Stratégie nationale en matière de soins palliatifs 2010–2012 , OFSP – [Internet] Disponible sur https://www.hug.ch/sites/interhug/files/structures/soins_palliatifs_professionnels/documents/ofs2.pdf
- (72) - Mitchell GK Primary palliative care - facing twin challenges. AustFamPhysician. 2011Jul;40(7):517-8
- (73) - Morrison RS. Models of palliative care delivery in the United States. Curr Opin Support Palliat Care. 2013;7(2):201-206. doi:10.1097/SPC.0b013e32836103e5

Etat des lieux des compétences fondamentales en soins palliatifs pour la formation des médecins généralistes exerçant dans le contexte des soins primaires : revue intégrative de la littérature

Introduction : Au vu des tendances démographiques actuelles il semble urgent de former les médecins généralistes afin de les sensibiliser vis-à-vis des soins palliatifs. C'est dans ce cadre que nous nous sommes intéressés à définir quelles compétences fondamentales du *curriculum* de médecine générale sont identifiées pour la mise en œuvre de soins palliatifs par les médecins généralistes exerçant dans le contexte des soins primaires.

Matériels et méthodes : Il s'agissait d'une revue intégrative de la littérature, concernant la littérature scientifique publiée et disponible via les bases de données électroniques et la littérature grise. Etaient recherchés et étudiés tous les articles scientifiques, les rapports et *curricula* retrouvés dont nous avons accès au résumé et/ou à l'article en son entier, écrits en langue française ou anglaise, de 1980 jusqu'à la date de début de recherche (16/01/2020).

Résultats : Quarante-neuf études et documents ont été inclus. L'analyse de l'ensemble de ceux-ci a permis d'identifier 39 compétences fondamentales pour la mise en œuvre des soins palliatifs par les médecins généralistes, classées en 3 grands groupes : Cognitives, psychomotrices et affectives.

Discussion : La synthèse de l'ensemble de ces documents a permis de mettre en évidence l'importance d'une formation plus vaste des médecins généralistes, d'une idée centrale des soins primaires, afin d'obtenir une prise en charge globale et précoce de ces patients nécessitant des soins palliatifs.

Conclusion : Cette revue a contribué au développement de l'enseignement futur des médecins généralistes en ce qui concerne leur formation aux besoins de soins palliatifs dans le cadre des soins primaires.

Mots clés : Médecine générale, Compétence fondamentale, Soins palliatifs, Soins primaires, Programme d'études

State of play of basic skills in palliative care for the training of general practitioners practicing in the context of primary care : an integrative review of the literature

Introduction : Given the current demographic trends, it seems urgent to train general practitioners to improve their awareness of palliative care. It is within this framework that we are interested in defining which core competencies of the general medicine curriculum are identified for the implementation of palliative care by general practitioners practicing in the primary care context.

Materials and methods : This study was an integrative review of the literature, concerning the published scientific and available literature via electronic databases and grey literature. All the scientific articles, reports and curricula retrieved from which we had access to the abstract and/or the entire article, written in French or English, from 1980 until the start date we started research (16/01/2020).

Results : 49 studies and documents were included. The analysis of all these has identified 39 core competencies for the implementation of palliative care by general practitioners, classified into 3 major groups : Knowledge, Skills and Attitude.

Discussion : The synthesis of all these documents made it possible to highlight the importance of a wider training of general practitioners, of a central idea of primary care, in order to obtain comprehensive and early management of these patients in need of palliative care.

Conclusion : This review contributed to the development of the future education of general practitioners with regard to their training in palliative care needs in the context of primary care.

Key words : General practice, Core competence, Palliative care, Primary care, Curriculum