



Université de Poitiers

UFR Santé

ANNEE 2024

THESE

**POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE
(décret du 25 novembre 2016)**

Présentée et soutenue publiquement
le 05 décembre 2024 à Poitiers
par **Monsieur Geoffroy DE GAALON**

Intérêt d'utilisation d'un score pronostique de survie dans l'orientation des patients en situation palliative par les médecins généralistes depuis le domicile : analyse du score PPI à l'admission dans la population des patients hospitalisés en USP au château de Marlonges

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur Nicolas ISAMBERT

Membres : Monsieur le Maître de conférence associé Christophe BONNET

Madame la Docteur Amandine BOURY

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Julien BEGUEC



Université de Poitiers UFR Santé

ANNEE 2024

THESE **POUR LE DIPLOME D'ETAT** **DE DOCTEUR EN MEDECINE** **(décret du 25 novembre 2016)**

présentée et soutenue publiquement
le 05 décembre 2024 à Poitiers
par **Monsieur Geoffroy DE GAALON**

Intérêt d'utilisation d'un score pronostique de survie dans l'orientation des patients en situation palliative par les médecins généralistes depuis le domicile : analyse du score PPI à l'admission dans la population des patients hospitalisés en USP au château de Marlonges

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur Nicolas ISAMBERT

Membres : Monsieur le Maître de conférence associé Christophe BONNET

Madame la Docteur Amandine BOURY

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Julien BEGUEC

LISTE DES ENSEIGNANTS

Année universitaire 2023 – 2024

SECTION MEDECINE
Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY Marion, santé publique – **Référente égalité-diversité**
- BINET Aurélien, chirurgie infantile
- BOISSON Matthieu, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- BOULETI Claire, cardiologie
- BOURMEYSTER Nicolas, biochimie et biologie moléculaire
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie-virologie
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- COUDROY Rémi, médecine intensive-réanimation – **Assesneur 2nd cycle**
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- DONATINI Gianluca, chirurgie viscérale et digestive
- DROUOT Xavier, physiologie – **Assesneur recherche**
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie – **Assesneur 2nd cycle, stages hospitaliers**
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GARCIA Rodrigue, cardiologie
- GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- ISAMBERT Nicolas, cancérologie
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (en disponibilité)
- LECLERE Franck, chirurgie plastique, reconstructrice
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie – **Assesneur 1^{er} cycle**
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- MACCHI Laurent, hématologie
- MCHEIK Jiad, chirurgie infantile
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, médecine d'urgence
- NASR Nathalie, neurologie
- NEAU Jean-Philippe, neurologie – **Assesneur pédagogique médecine**
- ORIOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie – **Doyen, Directeur de la section médecine**
- PELLERIN Luc, biologie cellulaire
- PERAULT-POCHAT Marie-Christine, pharmacologie clinique

- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire – **Assesneur L.AS et 1^{er} cycle**
- PERRAUD CATEAU Estelle, parasitologie et mycologie
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- PUYADE Mathieu, médecine interne
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- SAULNIER Pierre-Jean, thérapeutique
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- SILVAIN Christine, gastro-entérologie, hépatologie – **Assesneur 3^e cycle**
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie – **Assesneur 1^{er} cycle**
- THILLE Arnaud, médecine intensive-réanimation – **assesneur 1^{er} cycle stages hospitaliers**
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie
- XAVIER Jean, pédopsychiatrie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALLAIN Géraldine, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (en mission 1 an à/c 01/11/2022)
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail (en détachement)
- BILAN Frédéric, génétique
- BRUNET Kevin, parasitologie et mycologie
- CAYSSIALS Emilie, hématologie
- CREMNITER Julie, bactériologie-virologie
- DIAZ Véronique, physiologie – **Référente relations internationales**
- EGLOFF Matthieu, histologie, embryologie et cytogénétique
- EVRARD Camille, cancérologie
- GACHON Bertrand, gynécologie-obstétrique (en dispo 2 ans à/c du 31/07/2022)
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie (absente jusqu'au 29/12/2023)
- GUENEZAN Jérémy, médecine d'urgence
- HARIKA-GERMANEAU Ghina, psychiatrie d'adultes
- JAVAUGUE Vincent, néphrologie
- JUTANT Etienne-Marie, pneumologie
- KERFORNE Thomas, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire (en mission 1 an à/c 01/11/2022)
- LAFAY-CHEBASSIER Claire, pharmacologie clinique
- LIUU Evelyne, gériatrie – **assesneur 1^{er} cycle stages hospitaliers**
- MARTIN Mickaël, médecine interne – **Assesneur 2nd cycle**
- MASSON REGNAULT Marie, dermato-vénérologie
- PALAZZO Paola, neurologie (en dispo 5 ans à/c du 01/07/2020)
- PICHON Maxime, bactériologie-virologie
- PIZZOFERRATO Anne-Cécile, gynécologie-obstétrique

- RANDRIAN Violaine, gastro-entérologie, hépatologie
- SAPANET Michel, médecine légale
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire
- VALLEE Maxime, urologie

Maitre de Conférences des universités de médecine générale

- MIGNOT Stéphanie

Professeur associé des universités des disciplines médicales

- FRAT Jean-Pierre, médecine intensive-réanimation

Professeur associé des universités des disciplines odontologiques

- FLORENTIN Franck, réhabilitation orale

Professeurs associés de médecine générale

- ARCHAMBAULT Pierrick
- AUDIER Pascal
- BIRAULT François
- BRABANT Yann
- FRECHE Bernard

Maitres de Conférences associés de médecine générale

- AUDIER Régis
- BONNET Christophe
- DU BREUILLAC Jean
- FORGEOT Raphaële
- JEDAT Vincent

Professeurs émérites

- BINDER Philippe, médecine générale (08/2028)
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie (08/2028)
- GIL Roger, neurologie (08/2026)
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (08/2026)
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale (08/2025)
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire (08/2028)
- MARECHAUD Richard, médecine interne (08/2026)
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2024)
- ROBERT René, médecine intensive-réanimation (30/11/2024)
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2026)

Professeurs et Maitres de Conférences honoraires

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ALLAL Joseph, thérapeutique (ex-émérite)
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOT Catherine, hématologie – transfusion
- BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CARRETIER Michel, chirurgie viscérale et digestive (ex-émérite)
- CASTEL Olivier, bactériologie-virologie ; hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, oncologie radiothérapie (ex-émérite)

- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- DORE Bertrand, urologie (ex-émérite)
- EUGENE Michel, physiologie (ex-émérite)
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GILBERT-DUSSARDIER Brigitte, génétique
- GOMES DA CUNHA José, médecine générale (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- HERPIN Daniel, cardiologie (ex-émérite)
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- KRAMPIS Jean-Louis, chirurgie viscérale et digestive
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (ex-émérite)
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (ex-émérite)
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (ex-émérite)
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- POURRAT Olivier, médecine interne (ex-émérite)
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (ex-émérite)
- TOURANI Jean-Marc, oncologie
- VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale

Bât. D1 - 6 rue de la Milétrie – TSA 51115 - 86073 POITIERS CEDEX 9 - France

☎ 05.49.45.43.43 - 📠 05.49.45.43.05

SECTION PHARMACIE

Professeurs des universités-praticiens hospitaliers

- DUPUIS Antoine, pharmacie clinique – **Assesseur pédagogique pharmacie**
- FOUCHER Yohann, biostatistiques
- GREGOIRE Nicolas, pharmacologie et pharmacométrie
- MARCHAND Sandrine, pharmacologie, pharmacocinétique
- RAGOT Stéphanie, santé publique

Professeurs des universités

- BODET Charles, microbiologie
- CARATO Pascal, chimie thérapeutique
- FAUCONNEAU Bernard, toxicologie
- FAVOT-LAFORGE Laure, biologie cellulaire et moléculaire
- GUILLARD Jérôme, pharmacochimie
- IMBERT Christine, parasitologie et mycologie médicale
- OLIVIER Jean-Christophe, pharmacie galénique, biopharmacie et pharmacie industrielle – **réfèrent relations internationales**
- PAGE Guylène, biologie cellulaire, biothérapeutiques
- PAIN Stéphanie, toxicologie
- SARROUILHE Denis, physiologie humaine – **Directeur de la section pharmacie**

Maîtres de conférences des universités-praticiens hospitaliers

- BARRA Anne, immuno-hématologie
- BINSON Guillaume, pharmacie clinique – **encadrement stages hospitaliers**
- THEVENOT Sarah, hygiène, hydrologie et environnement – **encadrement stages hospitaliers**

Maîtres de conférences

- BARRIER Laurence, biochimie générale et clinique
- BON Delphine, biophysique
- BRILLAULT Julien, pharmacocinétique, biopharmacie
- BUYCK Julien, microbiologie (HDR)
- CHAUZY Alexia, pharmacologie fondamentale et thérapeutique
- DEBORDE-DELAGE Marie, chimie analytique
- DELAGE Jacques, biomathématiques, biophysique
- GIRARDOT Marion, biologie végétale et pharmacognosie
- INGRAND Sabrina, toxicologie
- MARIVINGT-MOUNIR Cécile, pharmacochimie (HDR)
- PINET Caroline, physiologie, anatomie humaine
- RIOUX-BILAN Agnès, biochimie – **Référente CNAES – Responsable du dispositif COME'in – référente égalité-diversité**
- TEWES Frédéric, chimie et pharmacotechnie (HDR)
- THOREAU Vincent, biologie cellulaire et moléculaire
- WAHL Anne, phytothérapie, herborisation, aromathérapie

Maîtres de conférences associés - officine

- DELOFFRE Clément, pharmacien
- ELIOT Guillaume, pharmacien
- HOUNKANLIN Lydwin, pharmacien

A.T.E.R. (attaché temporaire d'enseignement et de recherche)

- ARANZANA-CLIMENT Vincent, pharmacologie
- KAOUAH Zahyra, bactériologie
- MOLINA PENA Rodolfo, pharmacie galénique

Professeur émérite

- COUET William, pharmacie clinique (08/2028)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

- BARTHES Danièle, chimie analytique (directrice honoraire)
- BAUDRY Michel, physiologie (directeur honoraire)
- BOURIANNES Joëlle, physiologie
- BRISSON Anne-Marie, chimie thérapeutique-pharmacocinétique
- COURTOIS Philippe, pharmacie clinique-pharmacodynamie (directeur honoraire)
- DE SCHEEMAERKER Henri, botanique et cryptogamie
- FORTILLAN Jean-Bernard, pharmacologie et pharmacocinétique
- GIRAUD Jean-Jacques, chimie analytique
- GUERIN René, biophysique
- HERISSE Jacques, biologie moléculaire
- HUSSAIN Didja, pharmacie galénique
- JANVIER Blandine, bactériologie, virologie et parasitologie
- JOUANNETAUD Marie-Paule, chimie thérapeutique (directrice honoraire)
- LEVESQUE Joël, pharmacognosie
- MAISSIAT Renée, biologie cellulaire et moléculaire
- METTEY Yvette, chimie organique
- PARIAT Claudine, pharmacodynamie
- RABOUAN Sylvie, chimie physique, chimie analytique
- SEGUIN François, biophysique, biomathématiques (directeur honoraire)
- VANTELON Nadine, biochimie
- VIOSSAT Bernard, chimie générale et minérale

CENTRE DE FORMATION UNIVERSITAIRE EN ORTHOPHONIE (C.F.U.O.)

- GICQUEL Ludovic, PU-PH, **directeur du C.F.U.O.**
- VERON-DELOR Lauriane, maître de conférences en psychologie

ENSEIGNEMENT DE L'ANGLAIS

- DEBAIL Didier, professeur certifié

CORRESPONDANTS HANDICAP

- Pr PERDRISOT Rémy, section médecine
- Dr RIOUX-BILAN Agnès, section pharmacie

Remerciements

Je commencerai par remercier chaleureusement Julien Beguec, sans qui cette thèse n'aurait pas vu le jour. Son accompagnement dans un cadre souple et néanmoins contenant, sa manière d'être et de faire, m'ont énormément apporté. Merci d'avoir accepté de diriger cette thèse et de m'avoir accueilli en stage chaque jour avec humour. Ton aide bienveillante et ta disponibilité m'ont été très précieuses.

Merci à Monsieur le Professeur Nicolas Isambert de m'avoir fait l'honneur d'être le président de mon jury de thèse. Je vous remercie de votre investissement universitaire et de l'intérêt que vous portez à ce travail. Veuillez trouver ici l'expression de ma profonde gratitude.

Merci aux Docteurs Christophe Bonnet et Amandine Boury de siéger à ce jury de thèse et de m'accorder votre confiance pour les années à venir. Recevez ici toute ma reconnaissance.

Merci aux docteurs Emmanuelle JABOUILLE et Denis DEL NISTA, médecins de l'unité de soins palliatifs du château de Marlonges, qui ont accepté de participer à ma thèse. Merci Denis d'avoir guidé l'exploitation des résultats et de ta relecture attentive.

J'exprime toute ma gratitude à mes maitres de stages libéraux, les docteurs Celia BORNERT, Yves LAROZE et Patrick FONTANAUD, qui m'ont transmis le goût de la réflexion et de la rigueur intellectuelle.

À toutes celles et ceux qui, de près ou de loin, ont fait de moi la personne que je suis aujourd'hui. À celles et ceux qui ont participé à ma formation : tous les médecins, infirmiers, aides-soignants, secrétaires, que j'ai pu croiser dans mon parcours.

À Apolline, ma compagne

À Aurèle, mon fils

À Danielle et Loïc, mes parents

À Lucie, ma sœur et Alex, mon beau-frère

À Lullaby et Leonor, mes nièces

À mes amis, en particulier la Team Confolens, Amandine et Linh

À Vincent, Brice, Antoine, Bastien, Arnaud, Basil, Chloé et Cécilia

À Romain

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS.....	6
ABRÉVIATIONS	10
INTRODUCTION	11
CONTEXTE	13
1. SOINS PALLIATIFS.....	13
1.1. Définitions des soins palliatifs.....	13
1.2. Évolution du cadre législatif.....	14
1.3. Les différents plans nationaux.....	16
1.4. Les missions du Médecin Généraliste.....	17
1.5. Les lieux de décès.....	18
1.6. L'organisation actuelle des soins palliatifs en France.....	18
1.7. Un constat du besoin.....	20
1.8. La stratégie décennale 2024-2034.....	21
2. DÉMOGRAPHIE ET OFFRE SANITAIRE.....	22
2.1. Les enjeux concernant la fin de vie.....	22
2.1.1. Vers une poursuite de la croissance ?.....	23
2.1.2. Vieillesse démographique et espérance de vie.....	24
2.1.3. Les cancers, première cause de décès devant les maladies cardiovasculaires.....	24
2.2. Offre sanitaire générale.....	25
2.2.1. Les lits de soins palliatifs.....	25
2.2.2. Les équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP).....	26
2.3. Offre sanitaire en Charente Maritime.....	27
3. SCORES DE SURVIE.....	27
3.1. La Palliative Performance Scale (PPS).....	27
3.2. Le Palliative prognostic Score (PaP score).....	28
3.3. Le Palliative Prognostic Index (PPI).....	29
3.4. Le score de Barbot ou score Pronopall.....	31
4. LE QUESTIONNAIRE PALLIA 10.....	31
MATERIEL ET METHODE.....	33
1. OBJECTIF, TYPE D'ÉTUDE.....	33
2. MÉTHODOLOGIE.....	33
2.1. Population étudiée.....	33
2.2. Critères d'inclusion.....	34
2.3. Critères d'exclusion.....	34
2.4. Protocole.....	34
2.5. Critères de jugement.....	34
3. TRAITEMENT DES DONNÉES.....	35
RESULTATS	36
1. POPULATION GÉNÉRALE.....	36
1.1. Description.....	36
1.1.1. Exclusions.....	36
1.1.2. Inclusions.....	36
1.2. Comparaison des filières hospitalières et ambulatoires.....	37

1.3. Comparaison des filières oncologiques et non-oncologiques	38
1.4. Comparaison des filières oncologiques hospitalières et ambulatoires	40
2. POPULATION ONCOLOGIQUE	41
2.1. Score Pallia 10	41
2.2. Score PPI	41
2.3. Corrélation des scores PPI et Pallia 10	41
2.4. PPI stratifié et durée de survie	42
2.4.1. PPI < 5.....	42
2.4.2. PPI 5 à 6.....	42
2.4.3. PPI > 6	43
DISCUSSION.....	44
1. FORCES ET LIMITES DE L'ÉTUDE.....	44
2. PRINCIPAUX RÉSULTATS.....	44
2.1. Concernant le critère de jugement principal.....	44
2.2. Concernant les critères de jugement secondaires.....	45
2.3. Considérations générales	46
3. PERSPECTIVES	46
CONCLUSION	48
BIBLIOGRAPHIE	49
ANNEXES	53
SERMENT	55
RÉSUMÉ ET MOTS CLÉS.....	56

Abréviations

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation de la Santé

CH : Centre Hospitalier

EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

EMSP : Équipe Mobile de Soins Palliatifs

HAD : Hospitalisation à Domicile

HAS : Haute Autorité de Santé

INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

LISP : Lits Identifiés en Soins Palliatifs

LUSP : Lits d'Unité de Soins Palliatifs

MCO : Médecine Chirurgie Obstétrique

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PaP score : Palliative Prognostic score

PPI : Palliative Prognostic Index

PPS : Palliative Performance Scale

SFAP : Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

USLD : Unité de Soins de Longue Durée

USP : Unité de Soins Palliatifs

Introduction

Il existe des difficultés variables rencontrées par les médecins généralistes pour hospitaliser directement les patients dans les services des hôpitaux de recours ou de proximité, entraînant parfois des passages péjoratifs par les urgences, ce qui est d'autant plus dommageable pour les patients fragiles de la filière palliative.

En Charente Maritime, l'admission en Unité de Soins Palliatifs (USP) se fait sur dossier, et passe, pour la filière intra-hospitalière et établissement de santé, par une plateforme d'échange et de demande (www.via-trajectoire.fr), à laquelle les médecins généralistes n'ont pas accès ou ne l'utilisent pas. Les demandes hors de cette filière se font par voie téléphonique ou nécessitent l'intervention de l'équipe mobile de soins palliatifs comme tiers évaluateur, afin que les données validant l'admission en USP puissent être recueillies, ce qui peut ajouter un délai notable.

Les hospitalisations en Unité de Soins Palliatifs sont généralement en lien avec un état aigu de décompensation, de souffrance, des problématiques bio-psycho-sociales, ce qui s'accorde mal avec un long délai de traitement.

L'identification précise des ressources accessibles à un patient en situation palliative en fonction de la phase de la maladie est primordiale pour lui permettre un accès aux soins les plus adaptés.

Les médecins généralistes de Charente-Maritime estiment pour une bonne part ne pas avoir d'accès satisfaisant aux soins palliatifs et expriment un besoin d'aide d'une structure de recours. Dans un travail de mémoire de soins palliatifs [1], aucun médecin généraliste interrogé n'avait connaissance du score Pallia 10 qui est un des pivots de l'organisation et de la gradation de l'offre en soins palliatifs.

L'ouverture de l'Unité de Soins Palliatifs du GHT Littoral Atlantique 17 de La Rochelle en septembre 2021 repose, pour l'admission des patients, sur l'utilisation du score Pallia 10 et d'un score local de complexité palliative. Deux grilles d'évaluation globales, concaténant des éléments médicaux, sociaux, psychologiques, de soins. Ces outils ne semblent pas toujours adaptés à la pratique des médecins généralistes.

Le score PPI (Palliative Prognostic Index) est un score de survie, basé sur des données uniquement cliniques, et pourrait être un outil simple de première évaluation d'une situation palliative. Il pourrait permettre de définir si le patient correspond a priori aux critères d'admission en USP. Ainsi, l'espérance de vie, au travers du score PPI pourrait-elle être un critère pertinent préalable à une admission à l'USP ?

Nous allons en étudier la distribution au sein de la population des patients hospitalisés au sein de l'USP du château de Marlonges, et le confronter au score Pallia
10.

Contexte

1. Soins Palliatifs

1.1. Définitions des soins palliatifs

Plusieurs définitions officielles existent concernant les soins palliatifs, celles notamment de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), de l'ordre des médecins, de l'ANAES et de l'HAS.

Nous retiendrons celle de l'OMS et celle de la Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs (SFAP).

Selon la dernière définition de l'OMS de 2002, “les soins palliatifs cherchent à améliorer la qualité de vie des patients et de leur famille, face aux conséquences d'une maladie potentiellement mortelle, par la prévention et le soulagement de la souffrance, 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. Les soins palliatifs procurent le soulagement de la douleur et des autres symptômes gênants, soutiennent la vie et considèrent la mort comme un processus normal, n'entendent ni accélérer ni repousser la mort, intègrent les aspects psychologiques et spirituels des soins aux patients, proposent un système de soutien pour aider les patients à vivre aussi activement que possible jusqu'à la mort, offrent un système de soutien qui aide la famille à tenir pendant la maladie du patient et leur propre deuil. Ils utilisent une approche d'équipe pour répondre aux besoins des patients et de leurs familles en y incluant si nécessaire une assistance au deuil. Les soins palliatifs peuvent améliorer la qualité de vie et influencer peut-être aussi de manière positive l'évolution de la maladie. Ils sont applicables tôt dans le décours de la maladie, en association avec d'autres traitements pouvant prolonger la vie, comme la chimiothérapie et la radiothérapie, et incluent les investigations qui sont requises afin de mieux comprendre les complications cliniques gênantes et de manière à pouvoir les prendre en charge.”

Selon la SFAP, “les soins palliatifs sont des soins actifs délivrés dans une approche globale de la personne atteinte d'une maladie grave, évolutive ou terminale. L'objectif des soins palliatifs est de soulager les douleurs physiques et les autres symptômes, mais aussi de prendre en compte la souffrance psychique, sociale et spirituelle.

Les soins palliatifs et l'accompagnement sont interdisciplinaires. Ils s'adressent au malade en tant que personne, à sa famille et à ses proches, à domicile ou en institution. La formation et le soutien des soignants et des bénévoles font partie de cette démarche.”

1.2. Évolution du cadre législatif

En France, le premier texte officiel régissant les soins palliatifs est la « circulaire Laroque » du 26 août 1986 [2]. Ce premier texte précise ce que sont les soins palliatifs et leur organisation et s'intègre dans un ensemble de circulaires rappelant le rôle d'accueil et de soin global à la personne au sein de l'activité hospitalière.

En 1999, Bernard Kouchner, secrétaire d'Etat à la santé, lance le premier plan triennal de développement des soins palliatifs. La loi du 9 juin 1999 [3], est votée à l'unanimité par les deux assemblées parlementaires et reconnaît à *“toute personne malade dont l'état le requiert a le droit d'accéder à des soins palliatifs et un accompagnement. Les soins palliatifs sont des soins actifs et continus pratiqués par une équipe interdisciplinaire en institution ou à domicile. Ils visent à soulager la douleur, à apaiser la souffrance psychique, à sauvegarder la dignité de la personne malade et à soutenir son entourage”*. Cette loi introduit aussi le refus d'investigation ou thérapeutique, la possibilité de soins au domicile ainsi que le rôle et la formation des bénévoles.

Le 22 février 2002, Bernard Kouchner reconduit le programme national de développement des soins palliatifs sur trois ans. La “loi Kouchner” du 4 mars 2002 [4], garantit les droits des usagers en leur donnant accès à leur dossier médical, à la réparation des accidents thérapeutiques et introduit les notions de consentement libre et éclairé et de personne de confiance.

La loi du 22 avril 2005, dite “loi Léonetti” [5] renforce et clarifie les dispositions précédentes, notamment concernant l'obstination déraisonnable et l'obligation de dispenser des soins palliatifs, l'arrêt ou la limitation de traitement du malade en fin

de vie, la collégialité de la décision de l'arrêt de traitement d'un malade inconscient, le respect par le médecin de la volonté du malade en fin de vie, la personne de confiance. Cette loi introduit également les directives anticipées et la notion de double effet.

En 2008 le programme de développement des soins palliatifs **[6]** met l'accent sur l'offre extrahospitalière, en s'appuyant notamment sur une circulaire **[7]** qui décrit de façon claire les trois niveaux de gradation des prises en charge palliatives, chacun avec leur référentiel.

En 2013 parait la première d'une série d'études concernant la mise en œuvre précoce des soins palliatifs dans le domaine oncologique **[8]**. Cette étude met en évidence que les soins palliatifs commencés tôt amélioreraient la qualité de vie, le contrôle des symptômes et la compréhension du pronostic.

La loi du 2 février 2016, dite loi "Claeys-Leonetti" **[9]**, modifie un certain nombre d'articles de la partie législative du Code de la santé publique **[10]**. Ces modifications renforcent des dispositions qui existaient précédemment. Elle encadre la sédation profonde et continue, rend les directives anticipées opposables et définit désormais la nutrition et l'hydratation artificielle comme des traitements médicaux.

En décembre 2016, la Haute Autorité de Santé (HAS) **[11]** a édité un document intitulé "l'essentiel de la démarche palliative". Elle y définit la démarche palliative comme "une façon d'aborder les situations de fin de vie de façon anticipée : accorder une place aux questions éthiques, à l'accompagnement psychologique, aux soins de confort, repérer précocement les besoins en termes de soins palliatifs des personnes approchant leur fin de vie". Dans ses points clés, elle rappelle que les soins palliatifs sont de la responsabilité et des compétences de tous les professionnels de santé et du secteur médico-social et qu'ils ne sont pas réservés à des unités ni à des équipes dédiées et peuvent être mis en œuvre dans différents lieux de soins et lieux de vie des patients : domicile, établissement médico-social, hôpital.

1.3. Les différents plans nationaux

Depuis la fin des années 1990, cinq plans nationaux se sont succédés :

Le plan 1999-2001 : Le premier plan triennal de développement des soins palliatifs est élaboré en vue de mieux répartir l'offre de soins. Le choix a été de privilégier le développement des EMSP (84 EMSP en 1998 ; 265 en 2001) au sein des établissements. Les équipes mobiles ont pour objectif de faciliter l'intégration et la pratique des soins palliatifs.

Le plan 2002-2005 : Des moyens ont été alloués afin d'augmenter le moyen en personnel. Chaque région devait être dotée de 10 lits d'USP. Les objectifs sont :

- Développer les soins palliatifs et l'accompagnement à domicile ou dans le lieu de vie habituel.
- Poursuivre le développement des soins palliatifs et de l'accompagnement dans les établissements de santé.
- Sensibiliser et informer l'ensemble du corps médical

Le plan 2008-2012 est l'une des trois priorités présidentielles en matière de santé. Les objectifs sont :

- La poursuite du développement de l'offre hospitalière et l'essor des dispositifs extrahospitaliers.
- L'élaboration d'une politique de formation et de recherche.
- L'accompagnement offert aux proches.

Le plan 2015-2018 a permis une progression de l'offre de soins palliatifs avec une augmentation du nombre de lits en USP et LISP ainsi que des EMSP. Le maillage territorial reste cependant inégal. Les objectifs sont :

- Informer le patient, lui permettre d'être au cœur des décisions qui le concernent.
- Former les professionnels, soutenir la recherche et diffuser les connaissances sur les soins palliatifs.
- Développer les prises en charge en proximité.
- Garantir l'accès aux soins palliatifs pour tous.

Le plan 2021-2024 [12] : Poursuivre la dynamique et garantir à tous l'accès aux soins palliatifs et à l'accompagnement de la fin de vie, dans l'ensemble de nos territoires et dans tous les lieux de vie.

Ce dernier plan déploie ses actions autour de trois principaux axes :

- Définir des parcours de soins gradués et de proximité en développant l'offre de soins palliatifs, en renforçant la coordination avec la médecine et en garantissant l'accès à l'expertise.
- Favoriser l'appropriation des droits en faveur des personnes malades et des personnes en fin de vie.
- Conforter l'expertise en soins palliatifs en développant la formation et en soutenant la recherche.

1.4. Les missions du Médecin Généraliste

Le médecin généraliste occupe une place centrale lors de la prise en charge palliative d'un patient. Il est souvent le premier contact avec le système de soins et l'un des premiers recours du patient au cours d'une pathologie chronique.

Sur le plan national, l'article L.4130-1 du CSP définit les missions du médecin généraliste :

- Contribuer à l'offre de soins ambulatoires, en assurant pour ses patients la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des maladies ainsi que l'éducation pour la santé. Cette mission peut s'exercer dans les établissements de santé ou médico-sociaux.
- Orienter ses patients, selon leurs besoins, dans le système de soins et le secteur médico-social.
- S'assurer de la coordination des soins nécessaire à ses patients.
- Veiller à l'application individualisée des protocoles et recommandations pour les affections nécessitant des soins prolongés et contribuer au suivi des maladies chroniques, en coopération avec les autres professionnels qui participent à la prise en charge du patient.
- S'assurer de la synthèse des informations transmises par les différents professionnels de santé.
- Contribuer aux actions de prévention et de dépistage.

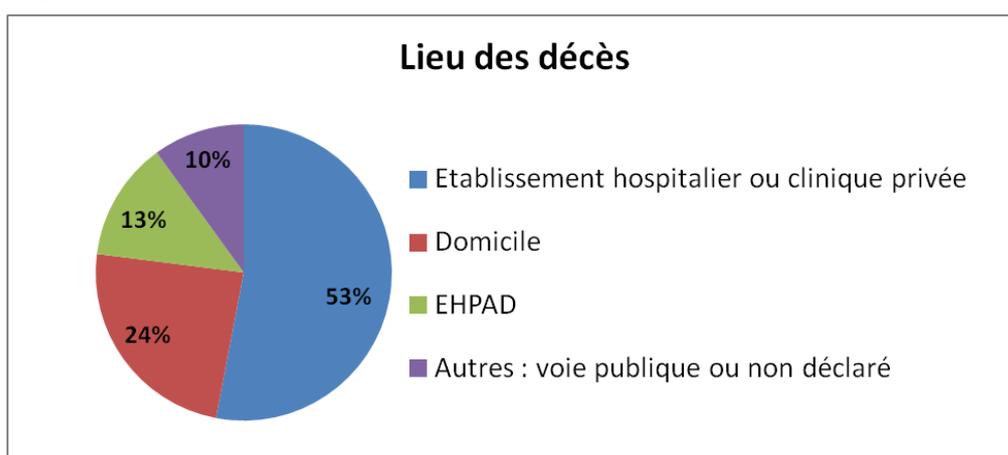
- Participer à la mission de service public de permanence des soins dans les conditions fixées à l'article L.6314-1.
- Contribuer à l'accueil et à la formation des stagiaires de deuxième et troisième cycles d'études médicales.

Ces compétences correspondent aux caractéristiques du médecin généraliste définies par l'OMS [13], qui relèvent d'une approche à la fois générale, continue, globale, coordonnée, collaborative.

1.5. Les lieux de décès

En 2018, plus de la moitié des français meurent dans un établissement de soins, notamment à l'hôpital (53%). Pour un peu plus d'1/3 des décès, le certificat est rédigé par un médecin généraliste libéral ou médecin coordonnateur en EHPAD.

Lieu de signature des certificats de décès :



Ces chiffres sont en constante augmentation au cours de ces dernières années. C'est ainsi que la mort médicalisée inverse la répartition des lieux de décès : de moins en moins au domicile et de plus en plus en milieu intra-hospitalier. [14]

1.6. L'organisation actuelle des soins palliatifs en France [15]

La loi n° 99-477 du 9 juin 1999 garantit l'accès aux soins palliatifs à « toute personne malade dont l'état le requiert [...] le droit d'accéder à des soins palliatifs et à un accompagnement ».

Cette prise en charge des patients en soins palliatifs nécessite une prise en charge à la fois hospitalière et à domicile. En dehors des structures hospitalières de soins palliatifs, cet accompagnement est rendu possible par le médecin traitant, les équipes mobiles de soins palliatifs, les réseaux de soins palliatifs, ou grâce à une hospitalisation à domicile. Les services de soins infirmiers à domicile et d'aides à domicile peuvent également prendre part à cette prise en charge. Depuis les années 2000, cette offre de soins palliatifs ne cesse de se développer en France.

Le référentiel national d'organisation des soins palliatifs de 2008 reconnaît deux principes structurants : la gradation de l'offre en fonction de la complexité des situations et l'objectif de diffusion de la démarche palliative au sein des services hospitaliers comme aux domiciles.

Ainsi, la prise en charge des patients en situation palliative peut se décliner de cette façon :

- Premier niveau : les services hospitaliers non dédiés aux soins palliatifs mais qui restent confrontés à la plus grande partie des décès survenant en établissement de santé. Les situations ne présentant pas de difficultés cliniques, sociales ou éthiques particulières sont donc prises en charge dans ces services dits "classiques".

- Deuxième niveau : Les Lits Identifiés de Soins Palliatifs (LISP) mis en place dans des services de soins confrontés à des situations de fin de vie fréquentes et parfois complexes (oncologie, pneumologie, hématologie...). Ces lits identifiés garantissent le développement, le renforcement et la diffusion de compétences spécifiques à l'accompagnement de fin de vie au sein d'un établissement. Un service comprenant des LISP doit désigner au moins un référent médical et un référent soignant, tous deux inscrits dans une démarche de formation approfondie en soins palliatifs (DU/DIU ou DESC).

- Troisième niveau : Les Unités de Soins Palliatifs (USP). Ces unités sont entièrement consacrées à la prise en charge des situations les plus complexes. Elles ont une triple mission de soin, de formation, d'enseignement universitaire et de recherche. Elles constituent un élément essentiel du maillage de l'offre régionale de soins palliatifs et ont vocation à participer à son organisation.

Viennent s'ajouter les Equipes Mobiles de Soins Palliatifs (EMSP). Elles exercent une activité transversale au sein de l'établissement de santé. Elles facilitent la mise en place de la démarche palliative dans les services d'hospitalisation en apportant un soutien technique et éthique aux équipes de soins impliquées dans la prise en charge d'un patient en soins palliatifs. Leurs missions importantes restent : participer à la continuité des soins palliatifs au sein de l'établissement, contribuer à la formation théorique et pratique des équipes, diffuser des informations et des documents méthodologiques relatifs aux bonnes pratiques des soins palliatifs. Le principe de non substitution aux équipes de soins des services concernés y est central : les EMSP n'ont pas pour mission de réaliser des soins.

Ces quatre composantes de l'offre de prise en charge en soins palliatifs ne représentent toutefois que la filière hospitalière. En parallèle, la filière de ville s'appuie sur les médecins généralistes, l'hospitalisation à domicile (HAD), ainsi que les EMSP qui ont comme mission, depuis 2018, de développer une activité d'expertise et d'accompagnement à domicile.

L'hospitalisation à domicile peut être prescrite lorsque le patient nécessite des soins complexes ou d'une technicité spécifique. Elle se justifie lorsque la charge en soins est importante. En tant qu'établissements de santé, les structures d'HAD sont soumises à l'obligation d'assurer les soins palliatifs. À ce titre, l'HAD respecte les principes de la démarche palliative qui répondent à des impératifs de collégialité et d'interdisciplinarité. Ces structures peuvent intervenir également dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées (article R. 6121-4 du code de la santé publique).

1.7. Un constat du besoin

De 2006 à 2019, en France, le nombre de lits de soins palliatifs est passé de 3300 à plus de 6000 lits et de 288 équipes mobiles de soins palliatifs à plus de 420 équipes [16]. On constate le développement de différentes structures de soins au sein des soins palliatifs tels que l'unité, la création de lits identifiés dans les services hospitaliers, les services de consultations, l'équipe mobile, les structures de soins de proximité en ville (des équipes mobiles de soins palliatifs à domicile, des structures d'hospitalisation de proximité et des réseaux de soins palliatifs), pour répondre aux différents niveaux de soins.

L'offre de soins palliatifs est modulable et adaptable en fonction des besoins à l'hôpital comme à domicile, pour permettre un accès à tous.

On constate cependant une disparité inter-régionale et intra-régionale quant au nombre de structures palliatives [17]. Un accès rapide pour une prise en charge précoce semble contribuer à l'amélioration de la qualité de vie de ces patients en fin de vie. [18]

1.8. La stratégie décennale 2024-2034 [19]

Le 10 avril 2024, le gouvernement a présenté la stratégie décennale 2024-2034 visant à renforcer les soins palliatifs ainsi que le projet de loi sur l'accompagnement de la fin de vie.

La stratégie décennale propose quatre objectifs :

- La première évolution vise à favoriser une prise en charge adaptée et anticipée. Elle consiste à faire valoir les droits des patients en renforçant la connaissance des dispositifs actuels et de mettre en place un plan personnalisé d'accompagnement pour chaque personne. Un renforcement de l'offre de soins par filière et par territoire est prévu, afin de répondre aux besoins croissants de prise en charge.
- La deuxième évolution est le renforcement de l'accompagnement des patients par la société. Elle a pour but de mobiliser les aidants et bénévoles, mobiliser et organiser les territoires. Il s'agira aussi de mieux accompagner le deuil et les familles.
- La troisième évolution est le soutien à l'émergence d'une filière de formation universitaire en médecine palliative, ainsi que de développer et soutenir la recherche.
- Ces évolutions nécessiteront un pilotage rapproché et fondé sur une évaluation de la mise en place des mesures et de leur efficacité.

Le projet de loi, quant à lui, répondait à une demande sociétale et faisait suite à l'avis favorable du comité consultatif national d'éthique en 2022 à une aide active à mourir strictement encadrée, à condition que soient renforcés les soins palliatifs. Il devait faire l'objet de débats au Parlement avant d'être transmis au Sénat. Cependant, suite

à la dissolution de l'Assemblée nationale le 9 juin 2024, les députés n'ont pas pu achever l'examen du projet de loi en première lecture.

Le projet de loi « rénovait » l'approche de la prise en charge de la douleur et de la fin de vie, en intégrant la notion de soins palliatifs définie par le code de la santé publique, dans celle plus englobant appelée « soins d'accompagnement ». Ces soins couvriraient d'autres soins que les soins palliatifs et plus globalement toutes les mesures mises en œuvre pour répondre aux besoins des malades et de leurs proches aidants.

Une nouvelle catégorie d'établissement médico-social, appelée « maison d'accompagnement » serait créée. Ces structures serviraient d'intermédiaires entre le domicile et l'hôpital, offrant un lieu d'accueil pour les patients en fin de vie et leurs proches. Elles seraient accessibles lorsque le retour au domicile après une hospitalisation est impossible, ou lorsque la prise en charge à domicile ne s'avère pas adaptée.

Le second volet du projet de loi concernait l'aide à mourir. Elle consisterait à autoriser et accompagner la mise à disposition à une personne qui le demande, d'une substance létale. Les personnes qui pourraient demander cette aide devront être majeures, aptes à manifester leur volonté de façon libre et éclairée, atteintes d'une maladie grave et incurable avec un pronostic vital engagé à court terme ou moyen terme, victimes de souffrances réfractaires ou insupportables.

2. Démographie et offre sanitaire

2.1. Les enjeux concernant la fin de vie

L'évolution démographique est principalement marquée par le vieillissement de la population française. Il s'accompagne d'une augmentation du nombre de décès, des maladies chroniques, des cancers et de la polymorbidité, ce qui impacte la façon d'accompagner et de prendre en charge la fin de vie.

2.1.1. Vers une poursuite de la croissance ? [20]

La population de la France vieillit, mais aucun « déclin démographique » n'est à redouter. Les projections de l'INSEE pour 2070 concluent plutôt à une augmentation substantielle de la population française. Elles annoncent la croissance lente comme le scénario le plus probable d'ici 50 ans.

Dans ces dernières projections de population [21-23] la France compterait 76 millions d'habitants au 1er janvier 2070, contre 66 millions au 1er janvier 2013, soit 10 millions de plus.

Entre 2013 et 2070, l'augmentation de la population se fait uniquement après 70 ans. La population fait plus que doubler à ces âges. En revanche, en dessous de 70 ans, les effectifs restent à peu près stables.

L'évolution du nombre d'habitants dépend également des hypothèses de fécondité et de migrations.

Figure 1 - Pyramide des âges en 2013 et 2070

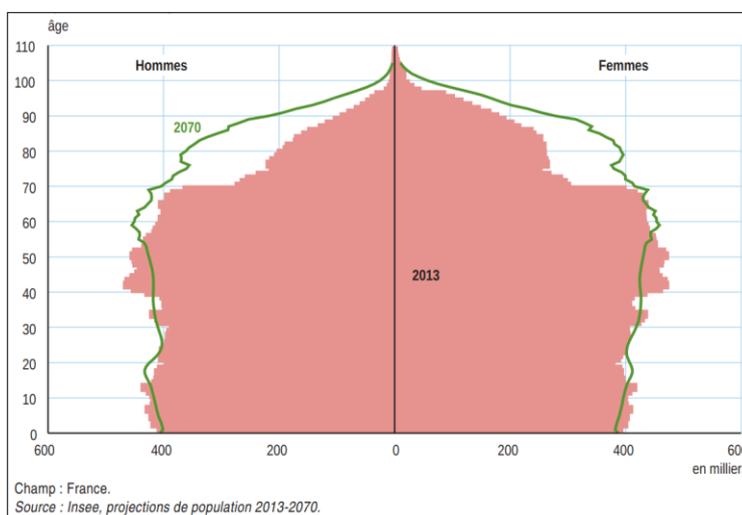


Figure 2 - Scénarios des projections de population française de l'INSEE

	Situation au 1 ^{er} janvier 2013 (dernier recensement)	Hypothèse centrale	Variante basse	Variante haute
Indice conjoncturel de fécondité	1,99 enfant par femme	1,95 enfant par femme	1,8 à partir de 2020	2,1 à partir de 2020
Âge moyen à la maternité	30,2 ans	32,0 ans à partir de 2040	32,0 ans à partir de 2040	32,0 ans à partir de 2040
Espérance de vie à la naissance des femmes	85,0 ans	93,0 ans en 2070	90,0 ans en 2070	96,0 ans en 2070
Espérance de vie à la naissance des hommes	78,7 ans	90,1 ans en 2070	87,1 ans en 2070	93,1 ans en 2070
Valeur du solde migratoire	+ 72 000 personnes entre 2012 et 2013	+ 70 000 personnes par an	+ 20 000 personnes par an à partir de 2020	+ 120 000 personnes par an à partir de 2020

Source : Insee, projections de population 2013-2070.

2.1.2. Vieillesse démographique et espérance de vie

Le vieillissement démographique est un phénomène mondial. Il est lié à la transition démographique, et s'impose de manière inéluctable. Touchant tous les continents, il sera l'un des phénomènes sociaux les plus marquants de ce siècle. En France, pays pionnier de la transition démographique, le processus de vieillissement démographique a débuté très tôt, il y a deux siècles.

En France, le vieillissement démographique se poursuit de nos jours en raison principalement de l'allongement de la vie. La pyramide des âges gagne en hauteur (vieillesse par le haut). La fécondité joue peu en France aujourd'hui en raison de sa stabilité depuis près de 50 ans.

L'espérance de vie à la naissance a progressé en moyenne de 3 mois par an en France depuis le milieu du XXe siècle, passant de 66 ans tous sexes confondus en 1950 à 83 ans en 2019.

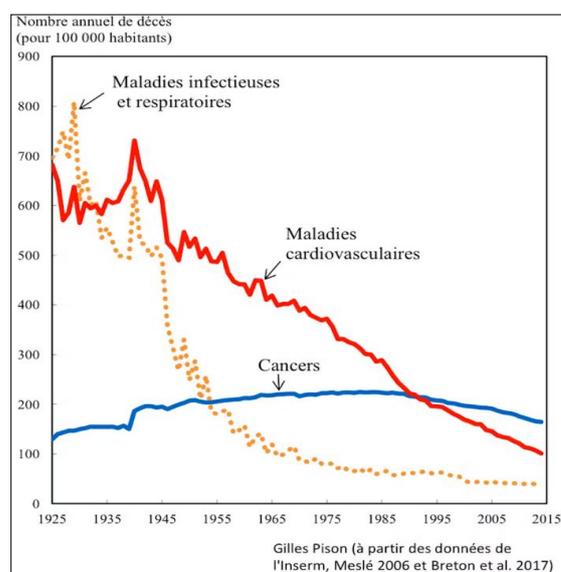
L'arrivée d'un grand nombre de personnes issues du baby-boom à des âges de forte mortalité entraîne une augmentation du nombre de décès depuis le début des années 2010.

2.1.3. Les cancers, première cause de décès devant les maladies cardiovasculaires

Au milieu du XXe siècle, les maladies infectieuses représentaient une part significative des décès chez les adultes et les personnes âgées. Leur recul a entraîné une augmentation sensible de l'espérance de vie des adultes. Les maladies cardiovasculaires et les cancers sont désormais les principales causes de décès. Ce sont les succès rencontrés dans la lutte contre ces maladies qui ont permis à l'espérance de vie de continuer à augmenter au cours des dernières décennies.

Par conséquent, les parcours de fin de vie des patients se transforment, nécessitant un accompagnement global et le recours à des soins palliatifs adaptés.

Figure 3 - Évolution de la mortalité par causes de décès en France de 1925 à 2015



La mortalité attribuable aux maladies du cœur et des vaisseaux a considérablement diminué depuis un demi-siècle grâce à la « révolution cardiovasculaire » résultant des avancées en matière de prévention et des traitements dans ce domaine [24,25]. En ce qui concerne la mortalité liée aux cancers, bien qu'elle ait connu une augmentation, elle régresse actuellement grâce à des diagnostics plus précoces, à l'amélioration des traitements, et à la réduction des comportements à risque comme le tabagisme [25].

2.2. Offre sanitaire générale

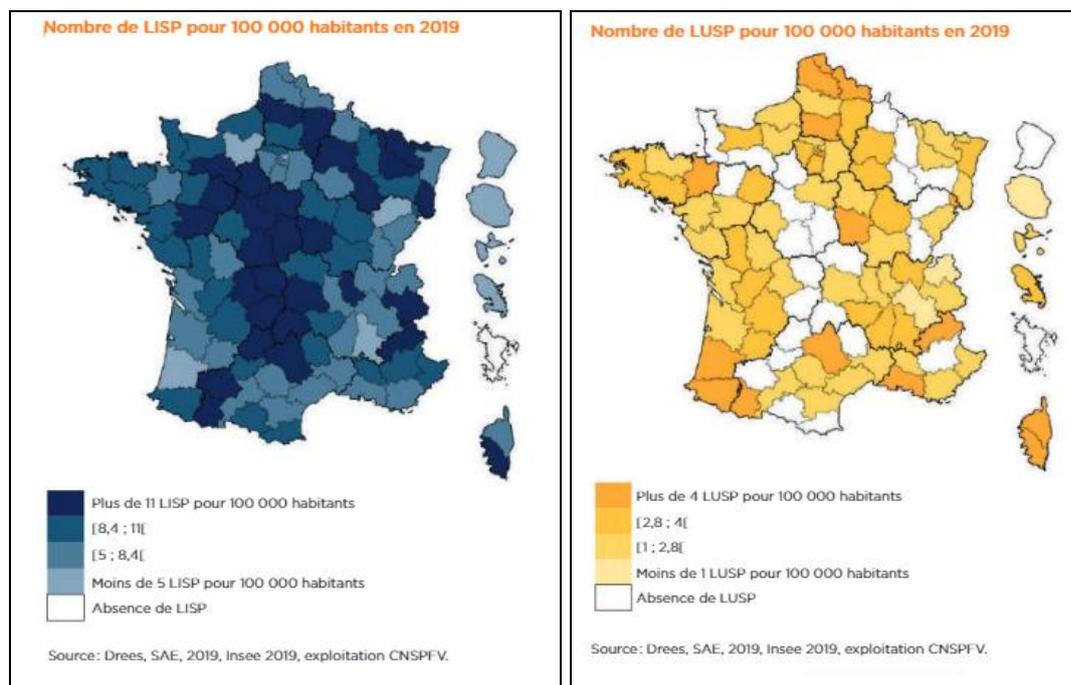
2.2.1. Les lits de soins palliatifs [26]

En 2019, la France compte près de 7500 lits hospitaliers dédiés aux soins palliatifs, représentant ainsi 2% de l'ensemble des lits hospitaliers (MCO, SSR et USLD). On différencie les lits d'unité de soins palliatifs (LUSP) des Lits identifiés de soins palliatifs (LISP).

Les unités de soins palliatifs (USP) sont constituées de lits dédiés à la pratique des soins palliatifs et à l'accompagnement de fin de vie. Elles se consacrent aux situations les plus complexes.

Les lits identifiés de soins palliatifs (LISP) permettent à tous les services hospitaliers confrontés à des décès fréquents de poursuivre la prise en charge des patients jusqu'à leur fin de vie.

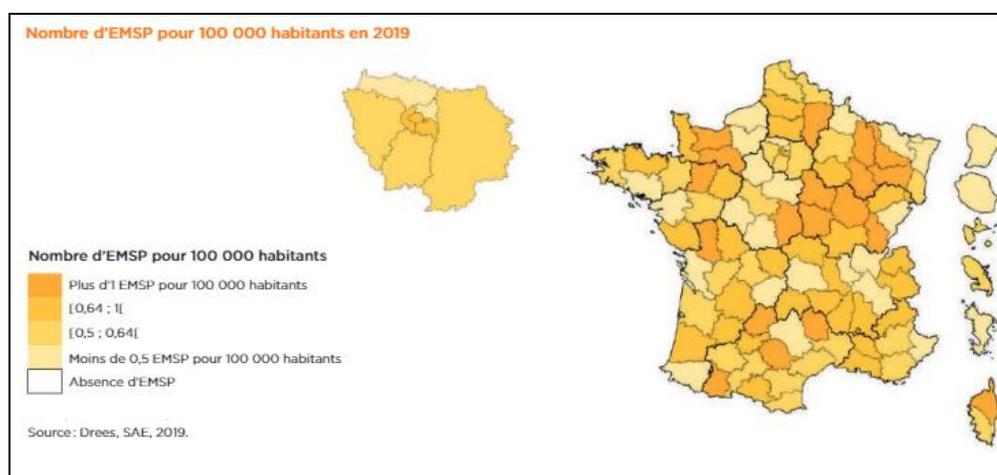
La France est dotée de 2,8 lits d'USP pour 100 000 habitants et 8,4 LISP pour 100 000 habitants. en 2019. D'importantes disparités géographiques persistent sur le territoire.



2.2.2. Les équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP) [26]

La France compte 428 EMSP, soit 0.64 EMSP pour 100 000 habitants en 2019.

Les équipes mobiles de soins palliatifs ont pour mission d'apporter une aide, un soutien ainsi que des conseils aux soignants qui prennent en charge des patients en fin de vie au sein des services hospitaliers, des établissements médico-sociaux et à domicile. Les EMSP ont également une mission de sensibilisation et de formation des professionnels de santé à l'accompagnement de fin de vie.



2.3. Offre sanitaire en Charente Maritime [27]

En 2017, le département est divisé en 2 secteurs de santé :

- Un secteur sud, comprenant les territoires de Saintonge Romane, Vals de Saintonge, haute Saintonge et Pays Royannais, comptant 16 LISP, 1 EMSP Sud (Saintes) et 1 USP à Saintes.
- Un secteur Nord, comprenant les îles d'Oléron, Ré, et Aix, l'Aunis et le littoral avec La Rochelle, Rochefort et Marennes, comptant 24 LISP et 1 EMSP (La Rochelle et Rochefort), 1 USP créée en 2021 au château de Marlonges à Chambon, rattachée au GHT Littoral Atlantique 17 Rochefort-La Rochelle.

3. Scores de survie

La temporalité joue un rôle important dans la prise de décision en matière de fin de vie. Une prédiction précise de la survie serait pertinente pour les soins palliatifs, malheureusement il existe peu de méthodes cliniques permettant de déterminer combien de temps un patient est susceptible de vivre.

Les déterminants pronostiques des patients vivant avec un cancer en phase terminale ont fait l'objet de nombreuses recherches. Certains symptômes cliniques, tels que les troubles nutritionnels (anorexie, perte de poids, œdème de dénutrition, dysphagie), la dyspnée (en particulier au repos), ou le délirium, sont des indicateurs pronostiques utiles. Les échelles de performances (par exemple, l'échelle de Karnofsky ou bien l'échelle de performance palliative PPS), semblent aussi avoir leur place dans cet exercice pronostique. **[28-35]**.

Une manière d'envisager l'application de ces facteurs pronostiques à la décision médicale est de les concaténer dans des systèmes de notation normalisés, facilitant leur utilisation. Il existe à ce jour trois « scores » qui ont bénéficié d'études suffisantes pour être d'intérêt en soins palliatifs.

3.1. La Palliative Performance Scale (PPS)

La première version de cette échelle remonte à 1996 et a été élaborée par l'équipe canadienne dirigée par Anderson et al. **[36]**.

L'objectif était de concevoir un nouvel outil pour évaluer l'état physique des patients en soins palliatifs, se présentant comme une variante de l'index de Karnofsky, sous la forme d'une échelle d'indice fonctionnel.

Cette échelle se base exclusivement sur des critères subjectifs tels que le degré de mobilité, l'activité et l'intensité de la maladie, l'autonomie pour les soins personnels, les apports hydriques et alimentaires, le niveau de conscience.

Figure 4 - Palliative Performance Scale

Niveau performance	Mobilité	Activité et intensité de la maladie	Autonomie pour les soins personnels	Alimentation	Niveau de conscience
100 %	Complète	Activité et travail: normaux <i>Aucune manifestation de maladie</i>	Autonome	Normale	Normal
90 %	Complète	Activité et travail: normaux <i>Certains signes de maladie</i>	Autonome	Normale	Normal
80 %	Complète	Activité normale avec effort <i>Certains signes de maladie</i>	Autonome	Normale ou diminuée	Normal
70 %	Réduite	Incapable de travailler normalement <i>Maladie évidente</i>	Autonome	Normale ou diminuée	Normal
60 %	Réduite	Incapable d'accomplir passe-temps/tâches ménagères <i>Maladie évidente</i>	Aide nécessaire occasionnellement	Normale ou diminuée	Normal ou confusion
50 %	Surtout assis/couché	Incapable de faire tout travail <i>Maladie avancée</i>	Beaucoup d'aide nécessaire	Normale ou diminuée	Normal ou confusion
40 %	Surtout alité	<i>Incapable d'accomplir la majeure partie de ses activités</i> <i>Maladie avancée</i>	Assistance requise la plupart du temps	Normale ou diminuée	Normal ou somnolence +/- confusion
30 %	Toujours au lit	N'accomplit aucune activité <i>Maladie avancée</i>	Soins complets	Normale ou diminuée	Normal ou somnolence +/- confusion
20 %	Toujours au lit	N'accomplit aucune activité <i>Maladie avancée</i>	Soins complets	Réduite à des gorgées	Normal ou somnolence +/- confusion
10 %	Toujours au lit	N'accomplit aucune activité <i>Maladie avancée</i>	Soins complets	Soins de la bouche seulement	Somnolence ou coma +/- confusion
0 %	Mort	-	-	-	-

Suite à cette étude, le PPS initialement conçu pour évaluer l'état physique des patients a été utilisé comme échelle pronostique dans d'autres travaux. Cependant, une critique a émergé concernant la présence exclusive de critères subjectifs, ce qui a conduit à établir un score complémentaire : le PPI.

3.2. Le Palliative prognostic Score (PaP score)

En 1999, l'équipe italienne de Pivorino et al. [37] a élaboré un système de notation, à savoir le score pronostique palliatif (score PaP). Ce score intègre à la fois les résultats cliniques et biochimiques : la prédiction clinique de la survie par les médecins,

l'échelle de performance de Karnofsky, l'anorexie, la dyspnée, la numération des globules blancs et le pourcentage de lymphocytes dans les globules blancs totaux.

Dans la suite de cette première étude, l'équipe italienne dirigée par Maltoni et al. **[38]** a publié une deuxième étude de validité en 1999, menant une étude multicentrique sur 451 patients. Les résultats de cette étude ont confirmé les conclusions de la première.

La validation internationale de ce score, sur des populations différentes, d'âge, de sexe, et de cancers variés, démontre une bonne validité externe et reproductibilité de ce score.

3.3. Le Palliative Prognostic Index (PPI)

Ce score a vu le jour à la même période que le PaP score, en 1999, par l'équipe Japonaise de Morita et al. **[39]**. L'objectif était de sélectionner les facteurs pronostiques les plus pertinents, de leur attribuer un score partiel, et de créer les courbes de survie correspondantes afin de prédire la survie à 3 et 6 semaines.

À la suite de cette étude, l'équipe a comparé les données de ces facteurs avec celles des cliniciens afin de prédire la survie des patients. Un système de notation avec des seuils pratiques a été validé dans deux séries indépendantes de patients vivant avec un cancer en phase terminale : The Palliative Prognostic Index (PPI).

Le PPI associe le score PPS et quatre autres symptômes cliniques : apport oral, œdème, dyspnée au repos et délirium. L'existence de maladies concomitantes n'a pas été prise en compte dans le PPI, ce qui est aussi le cas de la majorité des scores pronostiques de survie.

Ce travail a permis de rassembler les patients en trois groupes de patients : A, B et C selon le score PPI :

- Les patients du groupe B ($2 < \text{PPI} < 4$) ont vécu plus longtemps que les patients du groupe C ($\text{PPI} > 4$).
- Les patients du groupe A ($\text{PPI} \leq 2$) ont survécu significativement plus longtemps que les groupes B et C.

Une autre conclusion importante est le fait qu'un patient donné vive plus de 3 ou 6 semaines peut être prédit de manière satisfaisante par le PPI en utilisant les seuils proposés. La sensibilité et la spécificité de cette prédiction étaient acceptables : la sensibilité était de 80 % et la spécificité était de 85 % pour la prédiction à 3 semaines, et pour la prédiction à 6 semaines, la sensibilité était de 80 % et la spécificité de 77 %. Un score PPI > 6 prédit une survie inférieure à 3 semaines, alors qu'un score PPI <5 prédit une survie supérieure à 6 semaines. Un score PPI > 4 prédit une survie inférieure à 6 semaines.

Sans toutes les détailler et les citer, les études de validité de ce score sont nombreuses à l'échelle internationale, et sur diverses sous-populations. **[40-44]**

Il n'y a pas d'étude de validité sur la population française, mais la grande validité externe de ce score nous amène à considérer ce score comme valide sur la population française.

La méthode de notation utilisée pour le PPI est à la fois simple et objective, ce qui la rend reproductible. De plus, le PPI ne nécessite aucun examen invasif tel qu'un prélèvement sanguin ou l'assistance de médecins expérimentés.

Figure 5 - Palliative Prognostic Index

Performance status/Symptoms	Partial score
Palliative Performance Scale	
10–20	4
30–50	2.5
>60	0
Oral Intake	
Mouthfuls or less	2.5
Reduced but more than mouthfuls	1
Normal	0
Edema	
Present	1
Absent	0
Dyspnea at rest	
Present	3.5
Absent	0
Delirium	
Present	4
Absent	0

3.4. Le score de Barbot ou score Pronopall

En 2008, la première étude évaluant les quatre paramètres du score de Barbot a été publiée par une équipe française [45]. A travers une analyse univariée, 10 critères ont été retenus comme affectant la survie à 2 mois. Une analyse multivariée a ensuite mis en évidence 4 critères pronostiques indépendants : L'index de Karnofsky, le nombre de sites métastatiques, le taux d'albumine et le taux de LDH. La combinaison de ces quatre critères a permis une prédiction plus précise de la survie par rapport à l'utilisation de l'index de Karnofsky seul.

Dans les suites de cette recherche, l'étude PRONOPALL a été lancée. Les résultats retrouvaient une significativité sur la prédiction de la survie de l'association du score performance status, du taux de LDH et du taux d'albumine.

Ce score plus récent, dédié aux patients vivant avec un cancer, n'a été diffusé qu'en France. Il n'a pas été repris par les revues de la littérature internationale. C'est la seule étude française et donc validée sur la population française.

4. Le questionnaire Pallia 10

En 2010, la Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs (SFAP) a élaboré un outil d'aide à la prise de décision sous forme de questionnaire, destiné à assister tout personnel soignant à repérer le moment où le recours à une équipe spécialisée de soins palliatifs devient nécessaire. **[Annexe 1]**

Il est à appliquer chez des patients atteints de maladie qui ne guérira pas en l'état actuel des connaissances. Il se compose de dix questions fermées explorant les différents axes qui peuvent être problématiques et rendent la situation complexe. Si le questionnaire recueille plus de trois réponses positives, incluant la première question portant sur la nature incurable de la pathologie en l'état actuel des connaissances, le recours à une équipe de soins palliatifs doit être envisagé.

Cependant, son utilisation par les médecins généralistes reste peu répandue. En effet, une enquête menée dans le cadre d'une thèse soutenue en 2022 sur la formation des médecins généralistes aux prises en charge palliatives à domicile [46], a révélé que

parmi les 35 personnes interrogées en Nouvelle Aquitaine, seulement 7 médecins étaient familiers de la grille PALLIA 10 et seuls 3 l'utilisaient.

Une grille de repérage Pallia 10 a été spécifiquement adaptée pour répondre aux besoins des personnes âgées de plus de 75 ans atteintes de maladies ou de polyopathologies évolutives pour lesquelles il n'existe pas de traitement curatif connu à ce jour. Il s'agit du Pallia 10 Géroto. Il aide à évaluer le besoin en soins palliatifs dans un contexte gériatrique, en prenant en compte les polyopathologies fréquentes chez les personnes âgées. **[Annexe 2]**

Matériel et méthode

1. Objectif, type d'étude

La prise en charge des patients en phase palliative est un enjeu de santé publique depuis plusieurs décennies. Il s'agit d'une activité récurrente pour tous les généralistes, dans un contexte d'avancées médicales et des soins de supports spécialisés qui permettent aux patients de vivre plus longtemps avec des maladies graves, ainsi qu'avec le vieillissement croissant de la population.

Le score PPI est un score de survie, basé sur des données uniquement cliniques, et pourrait être un outil simple de première évaluation d'une situation palliative, par les médecins généralistes, même au-delà de son cadre de validation oncologique.

L'objectif principal est de décrire la distribution du score PPI à l'admission dans la population des patients hospitalisés à l'Unité de Soins Palliatifs du GHT Littoral Atlantique 17.

Les objectifs secondaires sont :

- De décrire un profil type des patients admis à l'USP en fonction du score PPI.
- De mettre en évidence une corrélation entre les scores PPI et Pallia 10.

Pour cela, nous avons mené une étude quantitative, descriptive, transversale.

2. Méthodologie

2.1. Population étudiée

Chaque patient hospitalisé et admis à l'Unité de Soins Palliatifs du GHT Littoral Atlantique 17 a été inclus, sur une période de 6 mois, du 1^{er} janvier 2022 au 30 juin 2022.

2.2. Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion sont :

- Le patient doit être majeur.
- Le patient doit avoir une réponse positive à la première question du questionnaire Pallia 10 : « le patient est atteint d'une maladie qui ne guérira pas, en l'état des connaissances actuelles ».

2.3. Critères d'exclusion

Aucun critère d'exclusion n'a été défini lors de la réalisation de l'étude.

2.4. Protocole

Avant de débiter l'étude, le projet a été présenté aux médecins exerçant dans l'Unité de Soins Palliatifs. Une fiche d'information écrite a été laissée à disposition des médecins pendant toute la durée de l'étude afin de rappeler les procédures.

Leur rôle était, au moment de rédiger l'examen médical initial réalisé pour chaque entrée d'un nouveau patient dans le service, sous réserve de leur accord ou de celui de leur personne de confiance, de calculer et de retranscrire le Score PPI dans leur observation, en plus du score Pallia 10 déjà calculé.

Au terme des six mois de recueil, une extraction des données a été réalisée : date de naissance, âge, sexe, pathologie principale, présence de métastases, provenance du patient, date d'entrée à l'USP, score PPI à l'admission, score Pallia 10 à l'admission, date de sortie de l'USP, durée du séjour hospitalier, devenir du patient.

2.5. Critères de jugement

Le critère principal de jugement : nombre de patients et durée de survie pour les scores PPI <5, 5 à 6 et >6.

Les critères secondaires de jugement sont :

- La corrélation du score PPI au score Pallia 10
- La comparaison des groupes et des scores PPI et Pallia 10 :
 - Entre les patients en venant du domicile ou d'un service d'hospitalisation.
 - Entre les patients de la filière oncologique ou non-oncologique.

3. Traitement des données

Les données ont été recueillies après information des patients et/ou des personnes de confiance lors de leur admission.

L'ensemble des données a été anonymisé selon le règlement général sur la protection des données (RGPD) puis retranscrit sur le logiciel Excel afin de comparer les données, réaliser les représentations graphiques et interpréter les résultats.

Les données ont été saisies, stockées et travaillées sur une clef USB sécurisée et cryptée, à l'aide des ordinateurs du service, au sein d'un environnement de travail sécurisé. Elles seront effacées après la soutenance de ce travail.

Les données ont été analysées à l'aide du site EasyMedStat (version 3.30 ; www.easymedstat.com).

Résultats

1. Population générale

1.1. Description

86 dossiers patients hospitalisés à l'USP entre les 1^{er} janvier 2022 et le 30 juin 2022 ont été analysés, ce qui correspond à 100% des patients hospitalisés dans le service sur cette période.

1.1.1. Exclusions

Pour 14 dossiers, le score PPI n'a pas été réalisé à l'admission, ils sont donc exclus de l'étude.

La différence principale entre ces deux groupes est la proportion de pathologies cancéreuses : 64% pour la population exclue, 82% pour la population ayant bénéficié du calcul du PPI à l'admission. L'âge et le sexe ne sont pas significativement différents dans les deux groupes.

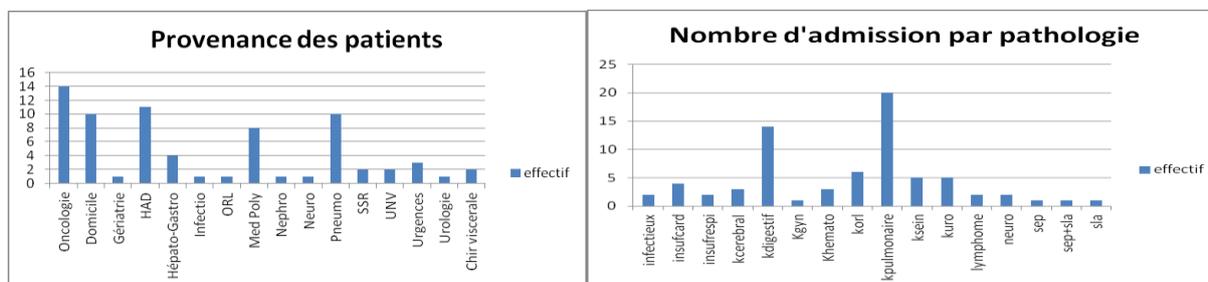
Les non-inclusions sont étalées sur l'ensemble de la période de recueil, sans période particulière de congé qui pourrait expliquer la non réalisation du score à l'admission. Il s'agit très probablement d'impossibilité de recueillir le consentement du patient ou de sa personne de confiance, néanmoins cela n'était pas précisé dans les dossiers.

1.1.2. Inclusions

Pour 72 dossiers, le score PPI a été réalisé à l'admission.

La population étudiée possède une proportion homme-femme de 51.4% (n=37) - 48.6% (n=35). L'âge moyen est de 70,1 ans.

Les patients de l'étude proviennent principalement de 3 services hospitaliers : oncologie, pneumologie et médecine polyvalente. 30% sont adressés directement du domicile, avec ou sans HAD, en proportion égale.



81,9%(n=59) des patients sont porteurs d'une pathologie cancéreuse, dont 64,4%(n=38) au stade métastatique.

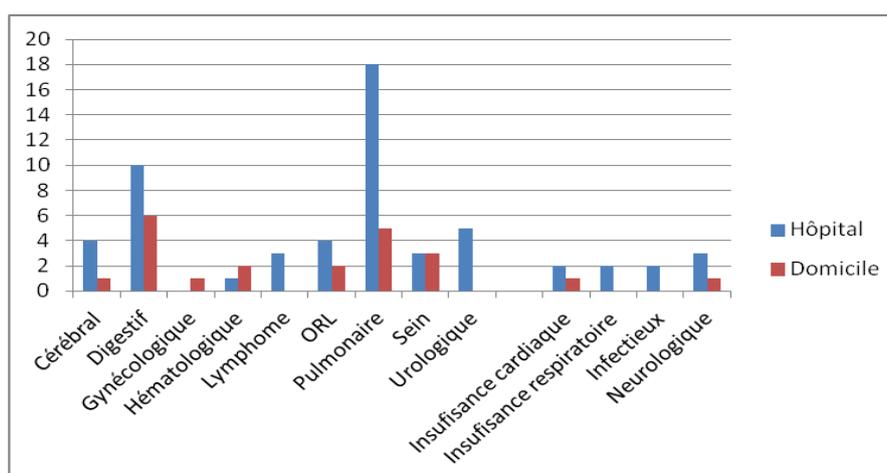
La durée moyenne de séjour est de 14 jours, avec une durée minimale d'une journée et maximale de 64 jours. La grande majorité des patients sont décédés à l'USP (88,9% n=64). Les sorties sont réparties entre le domicile 2,8%, l'HAD 2,8% ou le SSR 4,2%.

1.2. Comparaison des filières hospitalières et ambulatoires

Deux sous populations ont été définies : les patients admis en provenance d'un service d'hospitalisation et les patients admis depuis leur lieu de vie, (domicile ou EHPAD), qu'ils bénéficient ou non d'une hospitalisation à domicile.

Les deux populations sont comparables en terme de sexe ($p=0.871^1$), d'âge ($p=0.949^2$), ou de pathologies ($p=0.375^3$).

Graphique des pathologies selon la provenance des patients



¹ L'association entre domicile et sexe a été testée avec le test du Chi². Le risque alpha a été fixé à 5 % ($\alpha = 0,05$).

² La différence entre l'âge à l'inclusion (années) selon les modalités de domicile a été évaluée avec le test de student non apparié. Le risque alpha a été fixé à 5 % ($\alpha = 0,05$).

³ L'association entre domicile et pathologie a été testée avec le test exact de Fisher. Le risque alpha a été fixé à 0,05.

La proportion de patients vivant avec un cancer, qu'il soit métastatique ou non est comparable dans les deux populations ($p=0.769^4$, $p>0.999^5$).

Il existe une différence significative⁶ au niveau des durées moyennes de prise en charge qui est de 8.7 jours pour les patients en provenance du domicile et de 18.2 (jours pour les patients en provenance de services hospitaliers. Les devenir des patients de ces deux populations sont comparables ($p=0.61$), avec une prédominance de décès (87.1% hospitalisation et 91.6 % domicile).

Les scores PPI et Pallia 10 ne sont pas sensiblement différents dans les deux populations⁷⁸.

Tableau 1: Scores selon la provenance des patients

Caractéristique	Score [IC] (effectifs)
PPI	
Hospitalière	6.3 [5.6 ; 7.01] (N=51)
Domicile	6.36 [4.77 ; 7.94] (N=21)
Pallia 10	
Hospitalière	7.54 [6.8 ; 8.3] (N=41)
Domicile	7.29 [6.8 ; 7.8] (N=14)

1.3. Comparaison des filières oncologiques et non-oncologiques

Deux sous populations ont été définies : les patients vivant avec un cancer et les patients ne vivant pas avec un cancer.

Les deux populations sont comparables en terme de sexe ($p=0.795^9$) et d'âge ($p=0.431^{10}$).

Il existe naturellement une différence significative concernant les pathologies¹¹ ($p<0.001$) ainsi que la provenance des patients ($p=0.048^{12}$) principalement liée à la

⁴ L'association entre domicile et cancer a été testée avec le test exact de Fisher. Le risque alpha a été fixé à 0,05.

⁵ L'association entre domicile et métastase a été testée avec le test exact de Fisher. Le risque alpha a été fixé à 0,05.

⁶ La différence entre durée selon les modalités de domicile a été évaluée avec le Mann-Whitney. Le risque alpha a été fixé à 5 % ($\alpha = 0,05$).

⁷ L'association entre domicile et ppi a été testée avec le test exact de Fisher. Le risque alpha a été fixé à 0,05.

⁸ La différence entre pallia 10 selon les modalités de domicile a été évaluée avec le Mann-Whitney. Le risque alpha a été fixé à 5 % ($\alpha = 0,05$).

⁹ L'association entre le cancer et le sexe a été testée avec le test exact de Fisher. Le risque alpha a été fixé à 0,05.

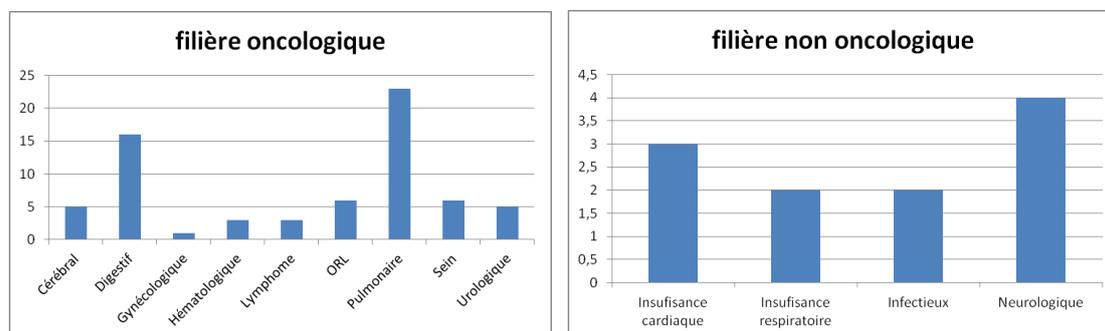
¹⁰ La différence entre l'âge à l'inclusion (années) selon les modalités du cancer a été évaluée avec le test t de Wlech. Le risqué alpha a été fixé à 5 % ($\alpha = 0,05$).

¹¹ L'association entre cancer et pathologie a été testée avec le test exact de Fisher. Le risque alpha a été fixé à 0,05.

¹² L'association entre cancer et provenance a été testée avec le test exact de Fisher. Le risque alpha a été fixé à 0,05.

sur-représentation des patients en provenance du service d'oncologie pour la filière oncologique (23%).

Les différentes pathologies selon la filière oncologique ou non oncologique



La durée de prise en charge n'est pas significativement différente ($p=0.169^{13}$) entre les deux populations avec une durée de 14.8 jours pour les patients vivant avec un cancer et une durée de 19.1 jours pour les autres.

Il n'existe pas de différence significative dans le devenir des patients de ces deux populations ($p=0.071^{14}$), la modalité principale étant le décès pour 91.2 % des patients vivant avec un cancer lors de leur admission, et de 77.8% pour les patients atteints d'une autre pathologie.

Les scores PPI et Pallia 10 ne sont pas sensiblement différents dans les deux populations¹⁵¹⁶. Le score PPI n'est pas validé pour la population ne vivant pas avec un cancer.

Tableau 2: Scores selon la filière oncologique

Caractéristique	Score [IC] (effectifs)
PPI	
Oncologique	6.1 [5.4 ; 6.9] (N=59)
Non oncologique	7.15 [5.7 ; 8.6] (N=13)
Pallia 10	
Oncologique	7.4 [6.8 ; 8.1] (N=44)
Non oncologique	7.7 [6.8 ; 8.6] (N=11)

¹³ La différence entre la durée selon les modalités du cancer a été évaluée avec l'échelle de Mann-Whitney. Le risque alpha a été fixé à 5 % ($\alpha = 0,05$).

¹⁴ L'association entre cancer et devenir a été testée avec le test exact de Fisher. Le risque alpha a été fixé à 0,05.

¹⁵ L'association entre domicile et ppi a été testée avec le test exact de Fisher. Le risque alpha a été fixé à 0,05.

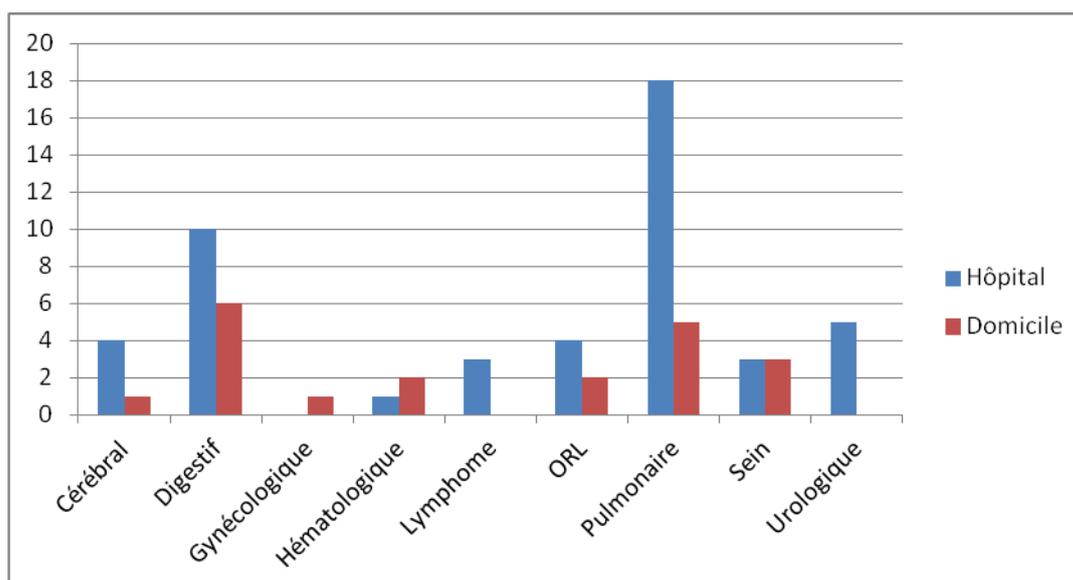
¹⁶ La différence entre pallia 10 selon les modalités de domicile a été évaluée avec l'échelle de Mann-Whitney. Le risque alpha a été fixé à 5 % ($\alpha = 0,05$)

1.4. Comparaison des filières oncologiques hospitalière et ambulatoires

Pour respecter le cadre de validité du PPI, les patients non porteurs d'une pathologie cancéreuse ont été exclus des deux populations hospitalières et ambulatoires.

Les deux populations sont comparables en terme de sexe ($p=0.79^{17}$), d'âge ($p=0.773^{18}$), ou de pathologies ($p=0.248^{19}$).

Patients porteurs d'une pathologie cancéreuse selon leur provenance



La proportion de patients vivant avec un cancer métastatique est comparable dans les deux populations ($p>0.999^{20}$), elle est de presque 2/3.

Il existe une différence significative ($p=0.036^{21}$) au niveau des durées moyennes de prise en charge qui est de 8.2 jours pour les patients en provenance du domicile et de 17.5 jours pour les patients en provenance de services hospitaliers. Les devenir des patients de ces deux populations sont comparables ($p>0.999$), avec une prédominance de décès (89.6% hospitalisation et 95 % domicile).

¹⁷ L'association entre domicile et sexe a été testée avec le test du Chi². Le risque alpha a été fixé à 5 % ($\alpha = 0,05$).

¹⁸ La différence entre l'âge à l'inclusion (années) selon les modalités de domicile a été évaluée avec le test de student non apparié. Le risque alpha a été fixé à 5 % ($\alpha = 0,05$).

¹⁹ L'association entre domicile et pathologie a été testée avec le test exact de Fisher. Le risque alpha a été fixé à 0,05

²⁰ L'association entre domicile et cancer a été testée avec le test exact de Fisher. Le risque alpha a été fixé à 0,05.

²¹ La différence entre durée selon les modalités de domicile a été évaluée avec l'échelle de Mann-Whitney. Le risque alpha a été fixé à 5 % ($\alpha = 0,05$).

Les scores PPI et Pallia 10 ne sont pas sensiblement différents dans les deux populations²²²³.

Tableau 3 : Scores selon la provenance des patients

Caractéristique	Score [IC] (effectifs)
PPI	
Hospitalière	6.2 [5.4 ; 7] (N=41)
Domicile	6 [4.3 ; 7.7] (N=18)
Pallia 10	
Hospitalière	7.44 [6.7 ; 8.2] (N=32)
Domicile	7.33 [6.8 ; 7.8] (N=12)

2. Population oncologique

2.1. Score Pallia 10

Le score Pallia 10 a été réalisé à l'admission pour 44 patients vivant avec un cancer. Sa moyenne est à 7.4 et il est faiblement corrélé positivement à l'espérance de vie des 41 patients décédés à l'USP et qui en ont bénéficié ($\rho=0.12$; $r^2=0.002$; $p=0.466^{24}$).

2.2. Score PPI

Le score PPI a été réalisé à l'admission pour 59 patients vivant avec un cancer. Sa moyenne est à 6.1 et il est faiblement corrélé négativement à l'espérance de vie des 54 patients décédés à l'USP ($\rho=-0.36$; $r^2=0.144$; $p=0.007^{25}$).

2.3. Corrélation des scores PPI et Pallia 10

41 Patients ont bénéficié de la réalisation d'un score PPI, d'un score Pallia 10 et sont décédés dans le service.

Dans cette population, il existe une faible corrélation positive entre les deux scores ($\rho=-0.05$; $r^2<0.001$; $p=0.756^{26}$).

²² L'association entre domicile et ppi a été testée avec le test exact de Fisher. Le risque alpha a été fixé à 0,05.

²³ La différence entre pallia 10 selon les modalités de domicile a été évaluée avec l'échelle de Mann-Whitney. Le risque alpha a été fixé à 5 % ($\alpha = 0,05$)

²⁴ Le coefficient de Spearman a été utilisé pour évaluer la corrélation entre pallia 10 et duree. La corrélation a été jugée très forte de 1 à 0,9, forte de 0,9 à 0,7, modérée de 0,7 à 0,5, faible de 0,5 à 0,3 et faible de 0,3 à 0. Le risque alpha a été fixé à 0,05.

²⁵ Le coefficient de Spearman a été utilisé pour évaluer la corrélation entre ppi et duree. La corrélation a été jugée très forte de 1 à 0,9, forte de 0,9 à 0,7, modérée de 0,7 à 0,5, faible de 0,5 à 0,3 et faible de 0,3 à 0. Le risque alpha a été fixé à 0,05.

2.4. PPI stratifié et durée de survie

Le score PPI est un score pronostique de l'espérance de vie qui classe les patients en trois groupes : <5, 5 à 6 et >6.

2.4.1. PPI < 5

16 patients ont été admis à l'USP avec un score PPI strictement inférieur à 5 (moyenne 2.75 [2.3 ; 3.23]), avec une espérance de vie théoriquement supérieure à 6 semaines. 6 étaient adressés du domicile, 10 venaient de services d'hospitalisation de court séjour. 14 sont décédés dans le service, 1 patient a été transféré en HAD, un autre en SSR.

La durée de survie moyenne des 14 patients décédés dans le service était de 19.2 jours, avec un intervalle de confiance à 95% entre 6.7 et 31.7 jours.

Seuls 2 patients ont survécu plus de 42 jours, ils étaient porteurs d'une néoplasie cérébrale et d'un lymphome, orientés par des services hospitaliers.

2.4.2. PPI 5 à 6

10 patients ont été admis à l'USP avec un score PPI à 5 ou 6 (moyenne 5.22 [4.88 ; 5.56]), avec une espérance de vie théoriquement inférieure à 6 semaines. 4 provenaient du domicile, les autres de services hospitaliers de court séjour.

9 patients sont décédés dans le service. Leur durée de survie moyenne était de 23.2 jours, avec un intervalle de confiance à 95% entre 12 et 34.4 jours.

Un patient, porteur d'une néoplasie pulmonaire métastatique a survécu 49 jours avant de décéder dans le service. Un autre patient, porteur d'une néoplasie ORL métastatique, en provenance du service d'oncologie est sorti en HAD après 14 jours d'hospitalisation en USP.

²⁶ Le coefficient de Spearman a été utilisé pour évaluer la corrélation entre pallia 10 et score_ppi. La corrélation a été jugée très forte de 1 à 0,9, forte de 0,9 à 0,7, modérée de 0,7 à 0,5, faible de 0,5 à 0,3 et faible de 0,3 à 0. Le risque alpha a été fixé à 0,05.

2.4.3. PPI > 6

31 patients ont été admis à l'USP avec un score PPI supérieur à 6 (moyenne 8.39 [7.7 ; 9]), avec une espérance de vie théoriquement inférieure à 3 semaines. 9 provenaient du domicile, les autres principalement des services d'oncologie et de pneumologie.

29 patients (93.5%) sont décédés dans le service. Leur durée de survie moyenne était de 8.2 jours, avec un intervalle de confiance à 95% entre 4.8 et 11.5 jours.

Un patient porteur d'une néoplasie pulmonaire est rentré chez lui après un séjour de 14 jours. Un autre patient, porteur aussi d'une néoplasie pulmonaire, admis directement des urgences, est sorti au SSR après 42 jours d'hospitalisation. Un second patient, porteur d'une maladie hématologie et adressé par l'HAD a survécu plus de 21 jours dans le service.

Discussion

1. Forces et limites de l'étude

Ce travail est original. D'après mes recherches, il n'existe actuellement aucune étude qui analyse la corrélation entre un score pronostique de survie et le Score Pallia 10, ce qui constitue une nouveauté et pourrait ouvrir de nouvelles perspectives de recherche dans la prise en charge de patients en situation palliative par les médecins généralistes.

Notre étude comporte plusieurs limites.

Premièrement, il s'agit d'une étude observationnelle monocentrique menée à l'Unité de Soins Palliatifs du GHT Littoral Atlantique 17 sur le site du château de Marlonges, couvrant uniquement la zone nord de la Charente Maritime. Par conséquent, le nombre de patients inclus est restreint, d'autant plus que la période de recueil des données de 6 mois a été déterminée de manière arbitraire, et a permis d'inclure seulement 86 dossiers de patients hospitalisés.

Deuxièmement, cette étude se cantonne à une population déjà orientée dans une filière de soin et identifiée comme de gravité maximale.

2. Principaux résultats

Concernant la population générale, l'âge moyen des patients inclus est de 70,1 ans avec une répartition équilibrée entre les hommes et les femmes. L'étude met en évidence la prévalence élevée des pathologies cancéreuses (81,94%) parmi les patients hospitalisés.

2.1. Concernant le critère de jugement principal.

Une part importante de patients (46%) a été admis avec une espérance de vie assez longue (PPI jusqu'à 6).

Pour les patients admis avec un score PPI allant jusqu'à 4, et donc une espérance de vie théorique de plus de 42 jours, la grande majorité sont décédés avant 6 semaines. Pour les patients possédant un score PPI supérieur à 6, l'espérance de vie moyenne

était cohérente avec le score. Les proportions de patients admis en direct du domicile semblent équivalentes entre les 3 strates de score PPI²⁷.

La distribution du score PPI semble au final assez hétérogène. L'USP est un service de court séjour, il était attendu que la majorité des patients possède un score PPI supérieur à 6. Or, cela n'est vérifié que dans 54% des cas.

Les patients avec un score inférieur ou égal à 4 ont en grande majorité contredit la prédiction du score PPI. Ces patients sont décédés plus rapidement que la prédiction de l'espérance de vie du score.

La distribution est équivalente entre les patients du domicile et ceux en provenance des services, ce qui plaide en faveur d'une validité équivalente du PPI, quel que soit la provenance du patient.

2.2. Concernant les critères de jugement secondaires

Il n'existe pas de différence significative de profil ou de score entre les patients vivant avec un cancer et les autres patients.

Il existe une différence significative des moyennes d'espérance de vie entre les patients admis directement de leur domicile, et ceux en provenance des services (8.2 jours contre 17.5 jours respectivement). Cette différence ne se retrouve pas au niveau du score PPI qui est équivalent dans ces deux sous-populations. Il en va de même pour le score Pallia 10 qui n'est pas significativement différent.

Notre travail ne montre donc pas de corrélation entre la gravité de la situation palliative d'un patient vivant avec un cancer évaluée par le score Pallia 10 et son espérance vie évaluée par le PPI.

Le profil des patients admis à l'USP semble homogène entre les groupes oncologiques et non-oncologiques, ainsi qu'entre les groupes ambulatoires et non-ambulatoires. La complexité de leur situation ainsi que leur estimation de temps de vie sont aussi comparables au travers des scores Pallia 10 et PPI. Ce dernier ne possède pas une granularité assez fine pour permettre de retrouver la seule différence mise en

²⁷ Domicile : 6(32%)-4(21%)/9(47%) (N=19), Non domicile : 10(26%)/6(16%)/22(58%) (n=38)

évidence dans notre étude : l'espérance de vie inférieure des patients venant du domicile comparativement à ceux venant des services d'hospitalisation.

La moyenne du score Pallia 10 des patients vivant avec un cancer à leur admission est plutôt haute et cohérente avec les missions de l'USP de prendre en charge les patients de grade 3 de complexité palliative.

2.3. Considérations générales

Concernant la population oncologique pour laquelle le score PPI est validé, les résultats montrent une faible corrélation entre les deux scores PPI et Pallia 10, ce qui pourrait indiquer qu'ils mesurent des aspects différents de l'état des patients. Le score Pallia 10, bien qu'utilisé pour l'évaluation de la complexité bio-psycho-sociale des patients en fin de vie, ne semble pas montrer d'intérêt en tant que prédicteur de la durée de survie dans notre étude.

Par ailleurs, nous pouvons remarquer que la majorité des patients inclus et vivant avec un cancer possédait un score PPI reflétant un état général précaire et était donc dans un état avancé de la maladie. Néanmoins nous observons une corrélation faible entre le score PPI et la durée de survie chez ces patients. Cela s'explique probablement par la validation du Score PPI par palier, avec donc une distribution finale stratifiée non continue.

Cette faible corrélation suggèrerait que le score PPI réalisé à l'admission ne serait pas un indicateur fiable de la durée de vie dans les unités de soins palliatifs. Cette limite souligne la complexité de la gestion des soins palliatifs, où de nombreux facteurs influencent l'évolution des maladies palliatives dans leur stade terminal.

L'utilisation du score PPI à l'admission permettrait néanmoins d'aider à identifier rapidement les besoins en soins palliatifs en terme de temporalité et d'aider à prioriser les ressources et les interventions des équipes soignantes.

3. Perspectives

Le Palliative Prognostic Index (PPI) est l'un des scores couramment utilisé pour prédire l'espérance de vie des patients en phase terminale à l'échelle mondiale. Dans notre étude, la réalisation de ce score dès l'admission en USP n'a de valeur que pour les situations les plus défavorables et si l'accompagnement de fin de vie est l'un des

objectifs du séjour. Dans les autres cas, la très grande variabilité des trajectoires évolutives des maladies tend à invalider la prédiction réalisée.

Une étude récente a cherché à combiner le score PPI initial avec des réévaluations ponctuelles et hebdomadaires de celui-ci. Il en est ressorti que cette combinaison se révélait plus utile que le PPI initial seul pour identifier les patients ayant de mauvais résultats dans le groupe à bon pronostic, ainsi que les patients ayant de meilleurs résultats dans le groupe à mauvais pronostic. [47]

Ainsi, la répétition périodique du score PPI par un médecin généraliste semblerait plus appropriée pour orienter les patients vers la filière des soins palliatifs.

L'orientation d'un patient vers une unité de soins palliatifs nécessite une situation de complexité palliative maximale, ce à quoi répond le score Pallia 10 lorsque l'on considère un score de 7/10 ou plus comme seuil de complexité de niveau 3.

Les études de validité des échelles pronostiques fournissent des preuves formelles de leur efficacité et de leur capacité à aider le clinicien dans ses prises de décisions. À mon avis, ces échelles ont leur place dans la réflexion sur le parcours de soins des patients atteints d'un cancer en phase palliative avancée. Elles devraient être envisagées comme des outils de réflexion, permettant d'engager des discussions sur le projet de soins.

Prendre conscience de la fragilité objective d'un patient peut permettre d'initier des discussions importantes avec le patient et ses proches, et ainsi favoriser une prise en charge globale. La réalisation du score PPI peut, à ce titre, être pertinente pour identifier les patients nécessitant des soins palliatifs : sa réalisation implique un processus de réflexion et de décision qui amène au questionnement.

Toutefois il est essentiel d'évaluer le contexte global de chaque patient, y compris leur état psychologique, leur réseau de soutien et leurs souhaits personnels. Les médecins généralistes pourraient utiliser le score PPI pour identifier rapidement les patients qui pourraient bénéficier d'une approche palliative, facilitant la planification des soins. Encourager une collaboration interprofessionnelle entre médecins généralistes, équipes de soins palliatifs et autres professionnels de la santé permet d'optimiser le suivi des patients à domicile.

Conclusion

L'orientation des personnes en USP n'est pas dépendante d'un score qui évalue la survie. L'imminence de la fin de la vie prédite par un score n'est pas révélatrice du niveau de complexité palliative nécessitant une admission en USP.

La fin de vie constitue un sujet universel, et les soins palliatifs font partie intégrante de la pratique de la médecine générale. C'est un domaine vaste et complexe à appréhender car chaque fin de vie est unique, singulière, influencée par les particularités de chaque patient et de chaque médecin.

Avec le vieillissement de la population et les progrès de la médecine oncologique, les médecins généralistes sont de plus en plus fréquemment amenés à accompagner la fin de vie de leurs patients à domicile. De ce fait, ils ont pour rôle d'aider le patient à choisir le lieu où il va vivre avec une maladie palliative, en étant entouré de ses proches, mais aussi parfois à solliciter des structures d'accueil spécialisées.

Bien que l'estimation pronostique de survie à l'aide de scores validés ne soit pas couramment utilisée en médecine générale, elle offre une perspective pour les patients et leur équipe de soin. Elle permet d'aider à la prise de décisions éclairées quant aux traitements, aux soins ou aux ressources d'accompagnements de fin de vie. Elle offre également la possibilité d'ouvrir la discussion avec le patient et ses proches, et donc de préparer le plus harmonieusement possible la fin de vie. Se poser la question du pronostic, c'est aussi se poser la question de « ce que sait » le patient.

L'étude que nous avons menée visait à confronter le Palliative Prognostic Index (PPI) au score Pallia 10 et d'en étudier la distribution au sein des patients hospitalisés en Unité de Soins Palliatifs (USP), en vue d'une éventuelle utilisation d'un score de survie par les médecins généralistes libéraux. Les résultats indiquent que le score PPI n'est pas un outil d'orientation efficace, sauf si l'objectif est un séjour d'accompagnement de fin de vie. Il reste cependant un outil de questionnement et pourrait être intéressante sur une remise en question de nos prises en charge.

Bibliographie

- [1] Jabouille E, Perié S. Etat des lieux et besoin de formations en soins palliatifs des médecins généralistes et des médecins coordonateurs d'EHPAD dans le territoire Nord Charente-Maritime, [Mémoire pour le DIU de Soins Palliatifs et d'accompagnement] Nantes : Université de Nantes ; 25 juin 2021.
- [2] Circulaire du 26 août 1986 relative à l'organisation des soins et à l'accompagnement en phase terminale.
- [3] Loi n° 99-477 du 9 juin 1999 visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs.
- [4] Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
- [5] Loi n°2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie.
- [6] Société française d'accompagnement et de soins palliatifs, Programme de développement des soins palliatifs 2008-2012 [En ligne]. [Consulté le 30 septembre 2023]. Disponible : <https://sfap.org/system/files/plan-dev-sp-2008-2012.pdf>
- [7] Circulaire N°DHOS/02/2008/99 du 25 mars 2008 relative à l'organisation des soins palliatifs.
- [8] Parikh RB, Kirch RA, Smith TJ, Temel JS. Early specialty palliative care-translating data in oncology into practice. N Engl J Med. 2013 Dec 12;369(24):2347-51. doi: 10.1056/NEJMs1305469.
- [9] Loi n°2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie.
- [10] Article L1110-1 à l'article L1115, relatifs aux droits des personnes malades et usagés du système de santé.
- [11] HAS, 19 décembre 2016. L'essentiel de la démarche palliative [En ligne]. [Consulté le 30 septembre 2023]. Disponible: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2730546/fr/l-essentiel-de-la-demarche-palliative#:~:text=Soins%20palliatifs%20et%20fin%20de%20vie.%20La%20HAS%20omet%20%C3%A0
- [12] Ministère de la santé et de l'accès aux soins, 18 octobre 2021. Une avancée du plan national soins palliatifs et accompagnement de la fin de vie 2021-2024 [En ligne]. [Consulté le 15 juin 2024]. Disponible: <https://sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/les-soins-palliatifs-et-la-fin-de-vie/article/le-plan-national-developpement-des-soins-palliatifs-et-accompagnement-de-la-fin>
- [13] WONCA EUROPE. La définition européenne de la médecine générale - médecine de famille. Les définitions européennes des caractéristiques de la discipline de médecine générale, du rôle du médecin généraliste et une description des compétences fondamentales du médecin. Médecin de famille - 2002 [En ligne].

[Consulté le 30 septembre 2023]. Disponible : [https://dumgrouen.fr/storage/5914/WONCA%20definition%20French%20version\(1\).pdf](https://dumgrouen.fr/storage/5914/WONCA%20definition%20French%20version(1).pdf)

[14] Niel X, Beaumel C. Le nombre de décès augmente, l'espérance de vie aussi. INSEE Première. 2010 oct;(1318):4p.

[15] CIRCULAIRE N°DHOS/O2/2008/99 du 25 mars 2008 relative à l'organisation des soins palliatifs.

[16] Cousin F., Gonçalves T. Atlas des soins palliatifs et de la fin de vie en France : Deuxième édition - 2020 - Paris : Centre national des soins palliatifs et de la fin de vie, 2020, 104 pages.

[17] Aubry, R. État des lieux du développement des soins palliatifs en France en 2010 (Rapport du comité national de suivi du développement des soins palliatifs à M. le Président de la république et à M. le Premier ministre) [En ligne]. [Consulté le 30 septembre 2023]. Disponible : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Etat_des_lieux_du_developpement_des_soins_palliatifs_en_France_en_2010.pdf

[18] Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, et al. Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. N Engl J Med. 2010 Aug 19;363(8):733-42. doi: 10.1056/NEJMoa1000678.

[19] Projet de loi n°2462 relatif à l'accompagnement des malades et de la fin de vie.

[20] Pison G et Dauphin S, 2020. Institut national d'études démographiques. Enjeux et perspectives démographiques en France 2020-2050, Un état des connaissances [En ligne]. [Consulté le 30 septembre 2023]. Disponible : https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/30829/dt.259.2020.projections.demographiques.france2.fr.pdf

[21] Blanpain N et Buisson G, 2016. Projections de population à l'horizon 2070. Deux fois plus de personnes de 75 ans ou plus qu'en 2013. Insee Première, n° 1619 [En ligne]. [Consulté le 22 avril 2023]. Disponible : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2496228>

[22] Blanpain N et Buisson G, 2016. Projections de population 2013-2070 pour la France, Insee Résultats n° 187 Société [En ligne]. [Consulté le 22 avril 2023]. Disponible : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2496793>

[23] Blanpain N et Buisson G, 2016. Projections de population 2013-2070 pour la France. Documents de travail, n° F1606, Insee [En ligne]. [Consulté le 22 avril 2023]. Disponible: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2400057>

[24] Pison G, 2018. Espérance de vie : peut-on gagner six heures par jour indéfiniment ?. The Conversation [En ligne]. [Consulté le 22 avril 2023]. Disponible: <https://theconversation.com/esperance-de-vie-peut-on-gagner-six-heures-par-jour-indefinement-98188>

[25] Vallin J et Meslé F, 2010. Espérance de vie : peut-on gagner 3 mois par an indéfiniment ? Population et Sociétés, n°473 [En ligne]. [Consulté le 22 avril 2023]. Disponible: https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/19141/pes473.fr.pdf

[26] Cousin F., Gonçalves T. Atlas des soins palliatifs et de la fin de vie en France : Deuxième édition - 2020 - Paris : Centre national des soins palliatifs et de la fin de vie, 2020, 104 pages.

[27] Vivier-Darrigol M, 2017. Les lits de soins palliatifs (LISP) en Nouvelle-Aquitaine. Direction de l'Offre de Soins et de l'Autonomie - Agence Régionale de Santé Nouvelle-Aquitaine Journée soins palliatifs - LISP en 2017.

[28] Bruera E, Miller MJ, Kuehn N, MacEachern T, Hanson J. Estimate of survival of patients admitted to a palliative care unit: a prospective study. *J Pain Symptom Manage.* 1992 Feb;7(2):82-6. doi: 10.1016/0885-3924(92)90118-2.

[29] Forster LE, Lynn J. The use of physiologic measures and demographic variables to predict longevity among inpatient hospice applicants. *Am J Hosp Care.* 1989 Mar-Apr;6(2):31-4. doi: 10.1177/104990918900600208.

[30] Hardy JR, Turner R, Saunders M, A'Hern R (1994). Prediction of survival in a hospital-based continuing care unit. *Eur J Cancer [A]* 30:284-288. doi: 10.1016/0959-8049(94)90242-9.

[31] Maltoni M, Pirovano M, Scarpi E, et al (1995). Prediction of survival of patients terminally ill with cancer. Results of an Italian prospective multicentric study. *Cancer* 75:2613-2622.

[32] Morita T, Tsunoda J, Inoue S, et al (1998). Prediction of survival of terminally ill cancer patients – a prospective study (in Japanese with English abstract). *Jpn J Cancer Chemother* 25: 1203-1211.

[33] Reuben DB, Mor V, Hiris J. Clinical symptoms and length of survival in patients with terminal cancer. *Arch Intern Med.* 1988 Jul;148(7):1586-91.

[34] Rosenthal MA, Gebiski VJ, Kefford R, Stuart-Harris RC (1993). Prediction of life-expectancy in hospice patients: identification of novel prognostic factors. *Palliat Med* 7:199-204. PMID: 3382303.

[35] Schonwetter RS, Teasdale TA, Storey P, Luchi RJ. Estimation of survival time in terminal cancer patients: an impedance to hospice admissions? *Hosp J.* 1990;6(4):65-79. doi: 10.1080/0742-969x.1990.11882684.

[36] Anderson F, Downing GM, Hill J, Casorso L, Lerch N. Palliative performance scale (PPS): a new tool. *J Palliat Care.* 1996 Spring;12(1):5-11. PMID: 8857241.

[37] Pirovano M, Maltoni M, Nanni O, et al. A new palliative prognostic score: a first step for the staging of terminally ill cancer patients. Italian Multicenter and Study Group on Palliative Care. *J Pain Symptom Manage.* 1999 Apr;17(4):231-9. doi: 10.1016/s0885-3924(98)00145-6.

[38] Maltoni M, Nanni O, Pirovano M, et al. Successful validation of the palliative prognostic score in terminally ill cancer patients. Italian Multicenter Study Group on Palliative Care. *J Pain Symptom Manage.* 1999 Apr;17(4):240-7. doi: 10.1016/s0885-3924(98)00146-8.

- [39]** Morita T., Tsunoda J., Inoue S.C.S. The Palliative Prognostic Index: A scoring system for survival prediction of terminally ill cancer patients. *Support Care Cancer*. 1999;7:128–133. doi: 10.1007/s005200050242.
- [40]** Yoong J, Atkin N, Le B. Use of the Palliative Prognostic Index in a Palliative Care Consultation Service in Melbourne, Australia. *Journal of Pain and Symptom Management*. 1 janv 2010;39(1):e2-4. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2009.08.001.
- [41]** Cheng W-H, Kao C-Y, Hung Y-S, Su P-J, Hsieh C-H, Chen J-S, et al. Validation of a palliative prognostic index to predict life expectancy for terminally ill cancer patients in a hospice consultation setting in Taiwan. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2012;13(6):2861-6. doi: 10.7314/apjcp.2012.13.6.2861.
- [42]** Alshemmari S, Ezzat H, Samir Z, Refaat S, Alsirafy SA. The palliative prognostic index for the prediction of survival and in-hospital mortality of patients with advanced cancer in Kuwait. *J Palliat Med*. 2012 Feb;15(2):200-4. doi: 10.1089/jpm.2011.0253.
- [43]** Kao C-Y, Hung Y-S, Wang H-M, Chen J-S, Chin T-L, Lu C-Y, et al. Combination of Initial Palliative Prognostic Index and Score Change Provides a Better Prognostic Value for Terminally Ill Cancer Patients: A Six-Year Observational Cohort Study. *J Pain Symptom Manage*. 2014 Nov;48(5):804-14. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2013.12.246.
- [44]** Arai Y, Okajima Y, Kotani K, Tamba K. Prognostication based on the change in the palliative prognostic index for patients with terminal cancer. *J Pain Symptom Manage*. 2014 Apr;47(4):742-7. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2013.05.011.
- [45]** Barbot AC, Mussault P, Ingrand P, Tourani JM. Assessing 2-month clinical prognosis in hospitalized patients with advanced solid tumors. *J Clin Oncol*. 2008 May 20;26(15):2538-43. doi: 10.1200/JCO.2007.14.9518.
- [46]** Maillochon C. La formation des médecins généralistes aux prises en charge palliatives à domicile [Thèse]. Poitiers : Université de Poitiers ; 15 septembre 2022.
- [47]** Kao CY, Hung YS, Wang HM, Chen JS, Chin TL, Lu CY, Chi CC, Yeh YC, Yang JM, Yen JH, Chou WC. Combination of initial palliative prognostic index and score change provides a better prognostic value for terminally ill cancer patients: a six-year observational cohort study. *J Pain Symptom Manage*. 2014 Nov;48(5):804-14. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2013.12.246.

Annexes

Annexe 1 – Pallia 10 : Outil d'aide à la décision

	QUESTIONS	COMPLEMENT	OUI/ NON
1	Le patient est atteint d'une maladie qui ne guérira pas, en l'état actuel des connaissances	Une réponse positive à cette question est une condition nécessaire pour utiliser Pallia 10 et passer aux questions suivantes	
2	Il existe des facteurs pronostiques péjoratifs	Validés en oncologie : hypo albuminémie, syndrome inflammatoire, lymphopénie, Performans Status >3 ou Index de Karnofsky	
3	La maladie est rapidement évolutive		
4	Le patient ou son entourage sont demandeurs d'une prise en charge palliative et d'un accompagnement	Loi n° 99-477 du 9 juin 1999 visant à garantir le droit d'accès aux soins palliatifs	
5	Il persiste des symptômes non soulagés malgré la mise en place des traitements de première intention	Douleur spontanée ou provoquée lors des soins, dyspnée, vomissements, syndrome occlusif, confusion, agitation ...	
6	Vous identifiez des facteurs de vulnérabilité d'ordre psychique pour le patient et/ou son entourage	Tristesse, angoisse, repli, agressivité ou troubles du comportement, troubles de la communication, conflits familiaux, psycho- pathologie préexistante chez le patient et son entourage	
7	Vous identifiez des facteurs de vulnérabilité d'ordre social chez le patient et/ou l'entourage	Isolement, précarité, dépendance physique, charge en soins, difficultés financières, existence dans l'entourage d'une personne dépendante, enfants en bas âge	
8	Le patient ou l'entourage ont des difficultés d'intégration de l'information sur la maladie et/ou sur le pronostic	Face à l'angoisse générée par la maladie qui s'aggrave, les patients, l'entourage peuvent mettre en place des mécanismes de défense psychologique qui rendent la communication difficile et compliquent la mise en place d'un projet de soin de type palliatif	
9	Vous constatez des questionnements et/ou des divergences au sein de l'équipe concernant la cohérence du projet de soin	Ces questionnements peuvent concerner : <ul style="list-style-type: none"> • prescriptions anticipées • indication : hydratation, alimentation, antibiothérapie, pose de sonde, transfusion, surveillance du patient (HGT, monitoring ...) • indication et mise en place d'une sédation • lieu de prise en charge le plus adapté • statut réanimatoire 	
10	Vous vous posez des questions sur l'attitude adaptée concernant par exemple : <ul style="list-style-type: none"> • un refus de traitement • une limitation ou un arrêt de traitement • une demande d'euthanasie • la présence d'un conflit de valeurs 	La loi Léonetti relative au droit des malades et à la fin de vie traite des questions de refus de traitement et des modalités de prise de décisions d'arrêt et de limitation de traitement autant chez les patients compétents que chez les patients en situation de ne pouvoir exprimer leur volonté	

Annexe 2 – Pallia 10 Géronto : Outil d'aide à la décision des personnes âgées

	QUESTIONS	COMPLEMENT	Cocher si item présent
1	La personne âgée de plus de 75 ans est atteinte d'une maladie grave évolutive ou de polyopathologies qui ne guériront pas, en l'état actuel des connaissances	Une réponse positive à cette question est une condition nécessaire pour utiliser la grille PALLIA GERONTO et passer aux questions suivantes.	
2	Il existe un ou plusieurs facteurs de vulnérabilité somatique péjoratifs	<ul style="list-style-type: none"> • GIR 1 et 2 • MMS inférieur 10 • Albuminémie inférieure à 25g/l • Difficulté persistante d'hydratation/alimentation par voie orale • Escarre stade supérieur ou égal à 3 • Chutes à répétition 	
3	La maladie prédominante et/ou l'ensemble des pathologies sont rapidement évolutifs	Cette évolutivité est souvent caractérisée par la répétition des épisodes aigus	
4	La personne âgée ou son entourage sont demandeurs d'une prise en charge palliative et d'un accompagnement	Loi n°99-477 du 9 juin 1999 visant à garantir le droit d'accès aux soins palliatifs	
5	Il existe des symptômes non soulagés malgré la mise en place des traitements de première intention	Douleur spontanée ou provoquée lors des soins, dyspnée, vomissements, syndrome occlusif, confusion, agitation...	
6	Vous identifiez des facteurs de vulnérabilité d'ordre psychique pour la personne âgée et/ou son entourage	Tristesse, angoisse, repli, agressivité ou troubles du comportement, troubles de la communication, conflits familiaux, psycho-pathologie préexistante chez la personne âgée et son entourage.	
7	Vous identifiez des facteurs de vulnérabilité d'ordre social chez la personne âgée et/ou son entourage	Isolement, précarité, difficultés financières, existence dans l'entourage d'une personne dépendante ou handicapée, enfant à charge, épuisement de l'aidant naturel	
8	La personne âgée ou son entourage ont des difficultés d'intégration de l'information sur la maladie et/ou sur le pronostic	Face à l'angoisse générée par la maladie qui s'aggrave, la personne âgée, l'entourage peuvent mettre en place des mécanismes de défense psychologique qui rendent la communication difficile et compliquent la mise en place d'un projet de soins palliatifs.	
9	Vous constatez des questionnements et/ou des divergences parmi les professionnels concernant la cohérence du projet de soins	Ces questionnements peuvent concerner: <ul style="list-style-type: none"> • Les prescriptions anticipées • L'hydratation, l'alimentation, une antibiothérapie, une pose de sonde, une transfusion, une surveillance particulière (HGT, monitoring ..) • L'indication et la mise en place d'une sédation • Le lieu de prise en charge le plus adapté • Le statut réanimatoire éventuel 	
10	Vous vous posez des questions sur l'attitude adaptée concernant par exemple: <ul style="list-style-type: none"> • Refus de soins et/ou de traitement • Limitation ou arrêt d'un traitement • Demande d'euthanasie • Présence d'un conflit de valeurs 	Conformément aux lois en vigueur, il convient de prendre en compte les directives anticipées et/ou de recueillir l'avis de la personne de confiance.	



UFR Santé

SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !



Résumé et mots clés

Introduction :

Il existe des difficultés variables rencontrées par les médecins généralistes pour hospitaliser directement les patients dans les services des hôpitaux de recours ou de proximité, entraînant parfois des passages péjoratifs par les urgences, ce qui est d'autant plus dommageable pour les patients fragiles de la filière palliative. Les hospitalisations en Unité de Soins Palliatifs sont généralement en lien avec un état aigu de décompensation, de souffrance, des problématiques bio-psycho-sociales, ce qui s'accorde mal avec un long délai de traitement. L'ouverture de l'Unité de Soins Palliatifs du GHT Littoral Atlantique 17 de La Rochelle en septembre 2021 repose, pour l'admission des patients, sur l'utilisation du score Pallia 10 et d'un score local de complexité palliative. Ces outils ne semblent pas toujours adaptés à la pratique des médecins généralistes. Le score PPI est un score de survie, basé sur des données uniquement cliniques, et pourrait être un outil simple de première évaluation d'une situation palliative, par les médecins généralistes, même au-delà de son cadre de validation oncologique.

Matériel et Méthode :

Nous avons réalisé une étude quantitative, descriptive, transversale. Chaque patient hospitalisé et admis à l'Unité de Soins Palliatifs du GHT Littoral Atlantique 17 a été inclus, sur une période de 6 mois, du 1^{er} janvier 2022 au 30 juin 2022. L'ensemble des données a été anonymisé selon le règlement général sur la protection des données (RGPD) puis retranscrit sur le logiciel Excel afin de comparer les données, réaliser les représentations graphiques et interpréter les résultats. Les données ont été analysées à l'aide du site EasyMedStat.

Résultats :

La distribution du score PPI semble au final assez hétérogène. L'USP est un service de court séjour, il était attendu que la majorité des patients possèdent un score PPI supérieur à 6. Or, cela n'est vérifié que dans 54% des cas. Notre travail ne montre pas de corrélation entre la gravité de la situation palliative d'un patient vivant avec un cancer et son espérance vie évaluée par le PPI. Concernant la population oncologique pour laquelle le score PPI est validé, les résultats montrent une faible corrélation entre les deux scores PPI et Pallia 10. Nous observons une corrélation faible entre le score PPI et la durée de survie chez ces patient. Cela s'explique probablement par la validation du Score PPI par palier, avec donc une distribution finale stratifiée non continue. Cette faible corrélation suggérerait que le score PPI réalisé à l'admission ne serait pas un indicateur fiable de la durée de vie dans les unités de soins palliatifs. Cette limite souligne la complexité de la gestion des soins palliatifs, où de nombreux facteurs influencent l'évolution des maladies palliatives dans leur stade terminal.

Conclusion :

Bien que l'estimation pronostique de survie à l'aide de scores validés ne soit pas couramment utilisée en médecine générale, elle offre une perspective pour les patients et leur équipe de soin. Elle permet d'aider à la prise de décisions éclairées quant aux traitements, aux soins ou aux ressources d'accompagnement de fin de vie. Elle offre également la possibilité d'ouvrir la discussion avec le patient et ses proches, et donc de préparer le plus harmonieusement possible la fin de vie. Les résultats indiquent que le score PPI n'est pas un outil d'orientation efficace. Il reste cependant un outil de questionnement. L'orientation des personnes en USP n'est pas dépendante d'un score qui évalue la survie. L'imminence de la fin de la vie prédite par un score n'est pas révélatrice du niveau de complexité palliative nécessitant une admission en USP.

Mots clefs : Soins palliatifs ; Médecine générale ; Unité de soins palliatifs ; Analyse de survie ; Pronostic ; Tumeurs