Université de Poitiers
Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2024

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT

DE DOCTEUR EN MEDECINE

(décret du 25 novembre 2016)

présentée et soutenue publiquement
le 19 juin 2024 à Poitiers
par Alice VERACRUZ-MAGNÉ

État des lieux des pratiques de soins palliatifs en services d'hospitalisation de gériatrie au CHU de Poitiers en 2022

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur Marc PACCALIN, *Professeur des Universités-Praticien Hospitalier*

Membres :
- Madame le Professeur Nathalie NASR, *Professeur des Universités-Praticien Hospitalier*
- Madame le Docteur Catherine CORNILLON, *Praticien Hospitalier*
- Monsieur le Docteur Laurent MONTAZ, *Praticien Hospitalier*

Directeur de thèse : Madame le Docteur Evelyne LIUU, *Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier*

Université de Poitiers
Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2024

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT

DE DOCTEUR EN MEDECINE

(décret du 25 novembre 2016)

présentée et soutenue publiquement
le 19 juin 2024 à Poitiers
par Alice VERACRUZ-MAGNÉ

État des lieux des pratiques de soins palliatifs en services d'hospitalisation de gériatrie au CHU de Poitiers en 2022

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur Marc PACCALIN, *Professeur des Universités-Praticien Hospitalier*

Membres :
- Madame le Professeur Nathalie NASR, *Professeur des Universités-Praticien Hospitalier*
- Madame le Docteur Catherine CORNILLON, *Praticien Hospitalier*
- Monsieur le Docteur Laurent MONTAZ, *Praticien Hospitalier*

Directeur de thèse : Madame le Docteur Evelyne LIUU, *Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier*

JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes

médecine d'urgence

(absente jusqu'au

GUENEZAN Jérémy, médecine d'urgence

GERMANEAU Ghina, psychiatrie d'adultes

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

Maître 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

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

- AUDIER Régis
- BONNET Christophe
- DU BREUILLAC Jean
- FORGEOT Raphaèle
- 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 Maîtres 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
- BOINOTCatherine, 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, cancérologie 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
- KRAIMPS 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, cancérologie
- VANDERMARCQ Guy, radiologie et imagerie médicale

REMERCIEMENTS

A Madame le Docteur Evelyne LIUU,
Merci d'avoir accepté de diriger ce travail avec réactivité, écoute et indulgence. Merci pour ton dévouement envers nous, étudiants, et pour la transmission de ton savoir de gériatre et de chercheur. Reçois ma profonde gratitude pour toutes ces années.

A Monsieur le Professeur Marc PACCALIN,
Vous me faites l'honneur de présider ce jury et de juger mon travail, je vous en remercie sincèrement. Je souhaite vous exprimer ma plus grande reconnaissance pour votre soutien tout au long de ma formation, ainsi que pour tous vos enseignements.

A Madame le Professeur Nathalie NASR,
Vous avez accepté de juger mon travail et ainsi de m'apporter votre éclairage, j'en suis extrêmement honorée. Soyez remerciée du temps que vous m'accordez.

A Madame le Docteur Catherine CORNILLON,
Je vous remercie d'avoir accepté de prendre part à ce jury afin de juger mon travail en tant que spécialiste de la question des soins palliatifs gériatriques. J'en suis sincèrement reconnaissante.

A Monsieur le Docteur Laurent MONTAZ,
Vous me faites l'honneur de juger mon travail et de partager votre expertise, soyez-en remercié. Je suis infiniment reconnaissante d'avoir été initiée et formée par vos soins à la médecine palliative. Je vous remercie de votre disponibilité et de votre bienveillance à mon égard tout au long de mon internat.

Aux docteurs Fabienne BELLARBRE, Thomas BRUNET, Anne-Sophie DELELIS-FANIEN, Amélie JAMET, Isabelle MERLET, Isabelle MIGEON-DUBALLET, Yvan MORENO, Thomas OLIVIER, Stéphanie PAPIN, Mathieu PRINER, Karine SALAUN, Florent SEITE et Simon VALERO,
Merci pour tout ce que vous m'avez transmis depuis mon externat, je suis honorée d'avoir pu me former à la gériatrie auprès de vous.

Aux docteurs Marie ABALLEA, Anne-Lise DAHU, Loïc BURGUIERE, Camille DESFORGES, Matthieu FORIN, Mathilde NICOLAS-RAYNAUD, Laure PERCHERON-VENDEUVRE,
Merci de m'avoir fait découvrir les soins palliatifs, merci de votre bienveillance et de votre accueil, soyez remerciés de tout ce que vous avez partagé avec moi.

Au docteur Pauline AUXIRE,
Un immense merci pour ta confiance et pour tout ce que tu m'as appris pendant ces quelques mois. Merci pour ton soutien et ton exemple.

Aux docteurs Marie-Pierre ROSIER, Irina BALABOI, Vanessa CHEVILLON, Soline LAPEYRIE et Hélène MOUMY,
Merci de m'avoir fait découvrir la neurologie et d'avoir guidé mes premiers pas d'interne. Merci pour tous les moments partagés.

Aux médecins gériatres du Centre Hospitalier d'Angoulême, et aux géronto-psychiatres du Centre Hospitalier Henri Laborit,

A tous mes co-internes du DES de gériatrie de Poitiers,
Merci aux premières générations pour votre investissement et votre compagnonnage. J'ai eu la chance de traverser plusieurs promotions et ce fut un plaisir d'apprendre à vos côtés. Merci pour votre amitié et votre camaraderie.

A mes co-internes de stage,

A toutes les équipes du service de soins palliatifs et du pôle de gériatrie du CHU de Poitiers,

Aux patients et leurs familles qui m'accordent leur confiance.

A mes grands-parents,
A mon grand-père le docteur Jean-Claude BOISSARD, premier gériatre de la famille dont je suis fière de suivre les traces.

A mes parents, mes sœurs, mes filleuls, mes neveux et nièces et ma belle-famille.

A mes oncles et tantes, cousins et cousines, et à la nouvelle génération.

A mes amis,

A mon mari, Jérôme,

A nos enfants, Edouard et Castille.

PLAN DE LA THESE

I. INTRODUCTION 12
1.Épidémiologie 12
2.Gériatrie et soins palliatifs 12
3.Soins palliatifs gériatriques 14
4.Objectifs de l'étude 14

II. MATERIELS ET METHODES 15
1.Objectifs de l'étude 15
2.Schéma de l'étude 15
3.Population étudiée 15
4.Préalable au recueil des données 16
5.Variables étudiées et données manquantes 17
6.Analyses statistiques 18
7.Éthique et réglementation 18

III. RESULTATS 19
1.Population étudiée 19
2.Caractéristiques de la population étudiée 19
3.Statistiques comparatives 21
4.Description des demandes d'intervention de l'équipe mobile de soins palliatifs 28
5.Description des interventions de l'équipe mobile de soins palliatifs 30

IV. DISCUSSION 33
1.Analyse critique des principaux résultats 33
2.Analyse critique de la méthode : biais, limites et forces 38
3.Perspectives 40

V. CONCLUSION 41

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. Critères d'inclusion et de non-inclusion 15
Tableau 2. Critères pour le codage CIM-10 Z51.5.....16
Tableau 3. Caractéristiques de la population (n = 120).....20
Tableau 4. Comparaison des caractéristiques de la population et des données d'hospitalisation 21
Tableau 5. Symptomatologie au cours de l'hospitalisation.....24
Tableau 6. Prise en charge thérapeutique au cours de l'hospitalisation.....26
Tableau 7. Droits des patients et interdisciplinarité 27
Tableau 8. Motifs de demande d'intervention de l'EMSP (n = 61).....29
Tableau 9. Activités réalisées par l'EMSP lors des interventions (n = 61).....31

LISTE DES FIGURES

Figure 1. Diagramme de flux 19
Figure 2. Durées d'hospitalisation de la population totale (n = 120).....23
Figure 3. Durées d'hospitalisation du groupe intervention EMSP (n = 61).....23
Figure 4. Durées d'hospitalisation du groupe sans intervention (n = 59).....23
Figure 5. Sujets concernés par des difficultés psychologiques (n = 61).....30
Figure 6. Répartition des intervenants de l'EMSP (n = 61) 30
Figure 7. Soutien relationnel lors des interventions de l'EMSP (n = 61).....32

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1. Formulaire de demande d'intervention de l'équipe mobile de soins palliatifs intra-hospitalière du CHU de Poitiers.....42
Annexe 2. Formulaire Télémaque® de cotation des interventions de l'équipe mobile de soins palliatifs intra-hospitalière du CHU de Poitiers.....43
Annexe 3. Échelle d'évaluation d'autonomie ADL selon Katz.....44
Annexe 4. Échelle d'évaluation d'autonomie IADL selon Lawton.....45
Annexe 5. Index de comorbidité de Charlson révisé selon Quan.....46
Annexe 6. Tableau détaillé de la symptomatologie observée et des sujets présentant des difficultés.....47
Annexe 7. Tableau détaillé des symptômes réfractaires mentionnés lors des demandes d'intervention de l'EMSP (n = 61).....49
Annexe 8. Outil d'indicateurs de soins palliatifs et de support (SPICT-FR).....50

LISTE DES ABREVIATIONS

ADL : *Activities of Daily Living* (Activités de la vie quotidienne)

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

CCNE : Comité Consultatif National d'Éthique

CESE : Conseil Économique Social et Environnemental

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies, 10ème révision

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CPP : Comité de Protection des Personnes

EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

EIQ : Espace Inter-Quartile

EMSP : Équipe Mobile de Soins Palliatifs

GDS : *Geriatric Depression Scale* (Echelle de dépression gériatrique)

GPE : Gastrostomie Percutanée Endoscopique

GPR : Gastrostomie Percutanée Radiologique

HAS : Haute Autorité de Santé

HDH : *Health Data Hub* (Plateforme des Données de Santé)

IADL : *Instrumental Activities of Daily Living (*Activités instrumentales de la vie quotidienne)

IDE : Infirmier Diplômé d'État

INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

LATA : Limitations et Arrêt des Thérapeutiques Actives

LISP : Lits Identifiés Soins Palliatifs

MMSE : *Mini-Mental State Examination* (Evaluation des fonctions cognitives et mnésiques)

MNA : *Mini-Nutritional Assessment* (Evaluation nutritionnelle)

MR : Méthodologie de Référence

NCA : *Nurse Controlled Analgesia* (Analgésie contrôlée par l'infirmier)

ONFV : Observatoire National de la Fin de Vie

PCA : *Patient Controlled Analgesia* (Analgésie autocontrôlée par le patient)

PDS : Plateforme des Données de Santé

PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information

RGPD : Règlement Général sur la Protection des Données

SFAP : Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs

SFGG : Société Française de Gériatrie et Gérontologie

SMR : Soins Médicaux et de Réadaptation

SNG : Sonde Naso-Gastrique

I. INTRODUCTION

1. Épidémiologie

Au 1er janvier 2024, la France comptait plus de 7 millions de personnes âgées de plus de 75 ans ce qui représentait plus de 10% de la population totale (1). La population mondiale, en particulier française et européenne, continue de vieillir grâce aux progrès scientifiques et ainsi, à l'augmentation de l'espérance de vie. Selon les projections publiées par l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE) en 2016 (2), la quasi-totalité de l'accroissement de la population attendu dans les prochaines années concernerait les sujets âgés, et principalement les personnes âgées de 75 ans ou plus.
Dans ce contexte de vieillissement de la population, de nouveaux enjeux apparaissent afin d'optimiser le parcours de soin des personnes âgées, *a fortiori* lorsqu'elles sont atteintes de maladies graves, chroniques et/ou multiples.
En effet, avec l'augmentation de l'espérance de vie, les personnes âgées sont plus à risque de développer des cancers, des maladies neurodégénératives, des insuffisances d'organe et présentent fréquemment une polypathologie, associée à une polymédication pouvant entrainer des interactions médicamenteuses et de nombreux effets indésirables (3)(4). De ce fait, leurs prises en charge sont complexes et les parcours de soins singuliers lorsque coexistent des pathologies chroniques ou évolutives, et des problématiques psychosociales en lien notamment avec une perte d'autonomie fonctionnelle ou cognitive. Le recours aux soins et à l'hospitalisation sont majorés chez ces patients sujets à une fragilité, une vulnérabilité et chez qui les décompensations et évènements intercurrents entrainent des conséquences médico-psycho-sociales en cascade (4)(5).

2. Gériatrie et soins palliatifs

La gériatrie est une discipline qui vise à considérer la personne âgée dans sa globalité, en s'adaptant aux contextes de vie et à des trajectoires médicales variées, afin de répondre aux problématiques énoncées ci-dessus. L'expertise gériatrique permet de diagnostiquer des pathologies diverses dont la prise en charge devient spécifique en raison du vieillissement et de la morbidité. Elle permet de détecter les syndromes gériatriques tels que les syndromes confusionnel, de fragilité, de chute, de dénutrition. Ainsi, cette spécialité médicale, par la détection précoce et précise de problématiques de santé, et par une évaluation standardisée, tend à traiter les maladies, prévient les complications, limite la iatrogénie, coordonne les soins et optimise la qualité de vie des sujets âgés polypathologiques.
Les enjeux de cette approche holistique d'intégration du sujet sont aussi économiques puisque la polypathologie entraine une augmentation du recours au système de soins avec un surcoût lié au nombre de consultations et d'hospitalisations, à la prescription voire la surconsommation de médicaments inappropriés, aux implications iatrogènes avec un retentissement fonctionnel, psychologique et social (4)(5).

A l'instar de la médecine gériatrique, la médecine palliative offre un modèle de soins complet, intégrant le patient dans sa globalité, et propose une gestion rigoureuse des symptômes dans des situations complexes de maladies graves, évolutives et/ou terminales, en cherchant à préserver la qualité de vie.

Selon la définition de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation de la Santé (ANAES) (6), « *les soins palliatifs sont des soins actifs, continus, évolutifs, coordonnés et pratiqués par une équipe pluriprofessionnelle. Ils ont pour objectif, dans une approche globale et individualisée : de prévenir ou de soulager les symptômes physiques, dont la douleur, mais aussi les autres symptômes ; d'anticiper les risques de complications ; de prendre en compte les besoins psychologiques, sociaux et spirituels, dans le respect de la dignité de la personne soignée.* ».
Dans son rapport de 2011 (7), l'Observatoire National de la Fin de Vie (ONFV), créé en 2010 (8), estimait que 64% des personnes décédées d'une maladie en France en 2008 étaient susceptibles d'avoir nécessité des soins palliatifs. Parmi cette population, 48% des décès faisaient suite à une maladie à évolution progressive comportant une phase terminale identifiable telle que les cancers, 40% des décès faisaient suite à une maladie marquée par un déclin graduel ponctué d'épisodes de décompensation ou détérioration avec possible récupération et décès parfois soudain ou inattendu, et 12% des décès faisaient suite à une maladie définie par un déclin graduel et prolongé, typique des personnes âgées et fragiles. Par ailleurs, les deux tiers des personnes susceptibles de relever d'une prise en charge en soins palliatifs décédaient à l'hôpital.

Historiquement, la loi dite « *Claeys-Leonetti* » du 2 février 2016 (9) a précisé les possibilités d'accès aux soins palliatifs, instaurés en 1999 (10) dans la législation française, en créant alors de nouveaux droits en faveur des personnes malades et des personnes en fin de vie, relatifs aux directives anticipées, à la désignation de la personne de confiance, au refus de l'obstination déraisonnable, à la sédation profonde et continue jusqu'au décès, à la procédure collégiale et aux décisions médicales.
Ces droits font miroir aux devoirs envers les patients énoncés dans le code de déontologie médicale du code de la santé publique (11), notamment concernant le soulagement des souffrances, la limitation ou l'arrêt de traitements, l'accompagnement du patient et de son entourage, ainsi que les soins aux mourants.
Parallèlement, en France, depuis 1999, après la promulgation de la loi visant à garantir l'accès aux soins palliatifs, et jusqu'en 2024, cinq plans nationaux se sont succédé pour le développement des soins palliatifs et l'accompagnement de la fin de vie. L'un des axes du plan 2021-2024 (12) était d'« *inciter à planifier plus tôt dans les parcours de soins les traitements pour soulager la personne malade, développer la formation des différents professionnels intervenant dans la prise en charge et l'accompagnement.*»
Nous pouvons également citer des enjeux du programme « *Qualité et fin de vie* » de 2008-2012 (13) qui étaient « *l'amélioration des pratiques professionnelles dans les services non spécialisés en soins palliatifs ; la mise en place de politiques d'établissement et de services favorisant l'évolution des pratiques cliniques et garantissant le respect des droits des patients en fin de vie.*» .
À la suite des rapports de la Convention citoyenne sur la fin de vie du Conseil Économique Social et Environnemental (CESE) de 2022-2023 (14) et à l'avis 139 du Comité Consultatif National d'Éthique (CCNE) (15), une nouvelle loi sur la fin de vie, les soins palliatifs et l'aide active à mourir est examinée par les députés français et au cœur des débats parlementaires.
Ainsi, le développement des soins palliatifs reste d'actualité dans le pays depuis 25 ans avec actuellement l'élaboration d'une stratégie décennale 2024-2034 (16) « *Soins palliatifs, prise en charge de la douleur et accompagnement de la fin de vie*».

Sur le plan économique, une étude américaine de 2013 (17) a montré que les dépenses de santé des patients pris en charge en soins palliatifs étaient inférieures à celles des autres patients en fin de vie, et que les économies réalisées étaient d'autant plus importantes que les soins palliatifs étaient précoces.

L'intérêt pour des soins palliatifs intégrés dans le système de soin est donc sociétal et mondialement reconnu par les institutions gouvernementales, politiques, économiques, sanitaires et sociales.

3. Soins palliatifs gériatriques

Depuis 1998, le docteur R. Sebag-Lanoë, spécialiste en gériatrie et soins palliatifs, décrit les enjeux liés aux soins palliatifs gériatriques, tout en décrivant leurs spécificités comme les difficultés d'identification et d'évaluation de la douleur, les problèmes de communications, les modifications pharmacocinétiques et pharmacodynamiques des médicaments liées au vieillissement, l'hétérogénéité de la population gériatrique avec une grande diversité de problématiques prises en charge (18).
Les soins palliatifs gériatriques ne se résument pas à l'accompagnement en fin de vie, bien que cela soit fréquent, et leur indication ne doit pas être abusive à titre compassionnel pour légitimer le manque de prise en charge médicale des sujets âgés, notamment lorsque les diagnostics sont complexes (18).
En 2018, Voumard et *al.* (19) décrivaient les soins palliatifs gériatriques non comme une sous-spécialité mais comme une approche collaborative inter-spécialités à l'intersection de la médecine palliative et de la gériatrie, avec la nécessité de promouvoir la recherche afin d'optimiser la synergie de ses deux disciplines. En effet, malgré l'essor du domaine des soins palliatifs gériatriques depuis de nombreuses années, il existe peu de données issues de la littérature pour valider une *evidence-based medicine* (médecine fondée sur les faits) (20).
Un autre constat réalisé est qu'il existe très peu d'études actuelles spécifiques aux patients âgés hospitalisés requérant des soins palliatifs. Quand ces études existent, elles sont souvent centrées sur une pathologie particulière comme le cancer ou les troubles neurocognitifs majeurs (20).
En France, la filière palliative gériatrique n'est que peu développée avec un faible nombre de services d'hospitalisation dédiés aux soins palliatifs gériatriques et seulement quelques équipes exercent dans ce domaine spécialisé, en hôpital de jour ou en équipe mobile dans les Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD). Dans le reste du territoire, lorsque les hôpitaux disposent de ces services, les soins palliatifs sont dispensés en gériatrie par les médecins gériatres et par les équipes mobiles intra-hospitalières de soins palliatifs, et en unités classiques d'hospitalisation de soins palliatifs.
C'est le cas du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Poitiers qui dispose notamment de plusieurs services d'hospitalisation de médecine gériatrique, d'une unité d'hospitalisation de soins palliatifs et d'une équipe mobile intra-hospitalière de soins palliatifs.

4. Objectifs de l'étude

Dans cette étude, nous avons examiné les prises en charge palliatives des patients hospitalisés en gériatrie afin de décrire leurs profils, leurs besoins et les difficultés rencontrées lors de leur prise en charge. Nous avons également étudié les caractéristiques des interventions de l'équipe mobile de soins palliatifs pour ces patients afin d'identifier les besoins des médecins gériatres et les situations pour lesquelles ils ont recours à l'avis d'un professionnel tiers.
L'objectif était de recueillir des données précises afin d'établir des hypothèses et éventuellement d'élaborer des perspectives d'optimisation des pratiques de soins palliatifs gériatriques.

II. MATERIELS ET METHODES

1. Objectifs de l'étude

L'objectif de cette étude était de réaliser un état des lieux des prises en charge palliatives au sein d'unités d'hospitalisation complète de gériatrie.
L'objectif principal était de comparer les caractéristiques des patients ayant reçu des soins palliatifs sans intervention d'une équipe spécialisée en médecine palliative avec ceux pour lesquels l'équipe mobile de soins palliatifs intra-hospitalière avait été sollicitée.
L'objectif secondaire était d'étudier les demandes formulées par les médecins gériatres envers l'Équipe Mobile de Soins Palliatifs (EMSP) et les interventions en résultant.

2. Schéma de l'étude

Nous avons réalisé une étude rétrospective, observationnelle, descriptive et monocentrique. Il s'agissait d'un état des lieux des pratiques de soins palliatifs en services gériatriques d'hospitalisation aigüe (86 lits) et de Soins Médicaux et de Réadaptation (SMR) (110 lits) au CHU de Poitiers, France, en 2022.

3. Population étudiée

La population cible de l'étude était composée de patients âgés de 75 ans et plus, hospitalisés en service de médecine gériatrique et relevant de soins palliatifs. Le tableau 1 décrit les critères d'inclusion et de non-inclusion dans l'étude.

Tableau 1. Critères d'inclusion et de non-inclusion

Critères d'inclusion :		
A. Âge supérieur ou égal à 75 ans		
B. Hospitalisation en service de gériatrie (aigüe et SMR) au CHU de Poitiers au cours de l'année 2022		
C1. Soins palliatifs réalisés et codés dans le dossier à la fin du séjour	**C2.** Demande d'intervention de l'EMSP réalisée au cours de l'hospitalisation	**C3.** Suivi antérieur par l'EMSP poursuivi au cours de l'hospitalisation
Critères de non-inclusion		
- Hébergement pour le service de gériatrie dans un autre service du CHU de Poitiers sans intervention de l'équipe médicale gériatrique		
- Absence de soins palliatifs dispensés ou d'accompagnement en fin de vie au cours de l'hospitalisation		

***Légende** : Pour les critères d'inclusion : critères A et B nécessaires ainsi qu'au moins l'un des critères C.*
***Abréviations** : CHU : Centre Hospitalier Universitaire ; EMSP : Équipe Mobile de Soins Palliatifs ; SMR : Soins Médicaux et Réadaptation.*

4. Préalable au recueil des données

Afin d'affiner la problématique, et d'établir la liste de variables d'intérêt, nous avons mené au préalable une revue de la littérature existant sur le sujet et consulté les recommandations de bonnes pratiques établies par les autorités scientifiques ainsi que la législation relative aux droits des patients concernant les soins palliatifs. Cette étude de la littérature a été réalisée via les moteurs de recherche PubMed®, Google Scholar®, ScienceDirect® et Cairn®.
Nous avons utilisé le code Z51.5 de la classification internationale des maladies, 10ème révision (CIM-10) (Tableau 2) pour identifier les patients ayant reçus des soins palliatifs lors de leur hospitalisation en gériatrie, avec un codage du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI) en rapport.

Tableau 2. Critères pour le codage CIM-10 Z51.5

Critères pour le codage CIM-10 Z51.5
A. Maladie chronique à un stade avancé, ou grave et évolutive, mettant en jeu le pronostic vital
B. Prise en charge multidisciplinaire au cours du séjour avec, outre le personnel médical et infirmier, au moins l'un des intervenants suivants : psychologue, psychiatre, diététicien, assistant social, kinésithérapeute, ergothérapeute, EMSP
C. Au moins trois types de soins de support parmi : - Prise en charge de la douleur, - Prise en charge psychologique, - Soins de nursing (hygiène, mobilisation, soins de bouche, prévention d'escarre…), - Traitement des divers symptômes vecteurs d'inconfort (troubles digestifs, troubles respiratoires, troubles neuropsychologiques…), - Prise en charge nutritionnelle, - Soins de masso-kinésithérapie et rééducation physique, - Prise en charge sociale, accompagnement de la famille, accompagnement spirituel
D. Soins palliatifs ayant mobilisé l'essentiel des efforts de soins

***Légende** : Diagnostic principal : critères A, B, C et D remplis. Diagnostic associé : si absence de l'un des critères.*
***Abréviations** : CIM-10 : Classification Internationale des Maladies, 10ème révision ; EMSP : Équipe mobile de soins palliatifs.*

La liste des patients concernés par un codage CIM-10 Z51.5 en diagnostic principal ou associé, au cours de l'année 2022, a été obtenue à partir de données du PMSI, à partir du logiciel Web100T®. La liste des patients concernés par une intervention de l'équipe mobile de soins palliatifs a été obtenue à partir d'extraction de données du logiciel Télémaque®. Les unités fonctionnelles correspondant aux services de médecine gériatrique aigüe et SMR gériatriques ont été ciblées.
Le recueil de données anonymisées a été réalisé au CHU de Poitiers et informatisé via le logiciel tableur Microsoft Excel® dont l'accès était sécurisé par un mot de passe. Les données ont été collectées après consultation des dossiers médicaux via les logiciels Télémaque® et Hopital Manager®. Le statut vital des patients, initialement recueilli sur le logiciel Télémaque®, a ensuite été actualisé à la date du 31 décembre

2023 via le moteur de recherche MatchID® (21), basé sur la source des fichiers de décès en France de l'INSEE.
Les formulaires de demande d'intervention de l'équipe mobile de soins palliatifs ainsi que les descriptions et cotations de l'activité en résultant (Annexes 1 et 2) ont été recueillis via le logiciel Télémaque®.

5. Variables étudiées et données manquantes

Les variables étudiées ont été déterminées afin de décrire précisément le profil des patients et les interventions de soins.

Concernant l'autonomie fonctionnelle, nous avons recherché si les patients nécessitaient une aide humaine aux activités de la vie quotidienne selon l'évaluation ADL (*Activities of Daily Living*) de Katz (Annexe 3) La perte d'autonomie était définie par une dépendance selon l'échelle ADL de Katz et/ou selon l'évaluation IADL (*Instrumental Activities of Daily Living)* de Lawton (Annexe 4), et qualifiée de récente si elle était inférieure à un mois, ancienne si supérieure à un mois, mixte si aggravation récente chez un patient auparavant en situation de dépendance. On considérait que la capacité décisionnelle était conservée pour les patients pour lesquels il n'était pas décrit de trouble persistant de la conscience, de la communication, de syndrome confusionnel, de trouble neurocognitif et/ou psychiatrique sévères impactant la capacité de jugement ou d'expression de leur volonté.
L'index de comorbidité de Charlson (Annexe 5) a été utilisé afin d'évaluer le poids des comorbidités, et la polymédication était définie par la prise régulière d'au moins 5 médicaments par jour. Nous avons précisé la présence d'une néoplasie active ou hémopathie maligne ainsi que le diagnostic de trouble neurocognitif quelle que soit sa sévérité.

Nous avons étudié des données relatives à l'hospitalisation dans le service de gériatrie notamment la durée d'hospitalisation, le motif d'hospitalisation principal, l'annonce de diagnostic grave au cours de l'hospitalisation modifiant le pronostic vital. Nous avons relevé la fréquence d'hospitalisations avec un motif principal en lien avec l'indication à la prise en charge palliative ainsi que l'évolution de la pathologie justifiant la prise en charge palliative (rapide : inférieure à un mois ; chronique : supérieure à un mois ; mixte : chronique avec aggravation récente). Le statut palliatif antérieur était considéré comme établi lorsque l'information figurait dans le dossier du patient et que le cas échéant, le patient en avait été informé.

Le caractère non contrôlé ou réfractaire d'un symptôme était défini par une persistance au cours de l'hospitalisation avec mention de ce caractère par les médecins dans le dossier ou nécessitant secondairement l'administration continue de thérapeutiques par voie injectable pour l'amender avec un possible effet sédatif non recherché en premier lieu.
Concernant la prise en charge thérapeutique, nous avons notamment étudié la prescription de traitement neuroleptique quelle que soit l'indication. Nous avons prêté attention à la présence ou non d'une hydratation artificielle et d'une antibiothérapie à la phase terminale, c'est-à-dire toujours administrées au moment du décès.
Nous avons estimé qu'une concertation collégiale avait été menée lorsque le nom d'au moins un médecin sénior, ne prenant pas directement en charge le patient au cours de l'hospitalisation, était mentionné par écrit lors d'une délibération, en dehors du médecin gériatre référent du patient et des médecins de soins palliatifs. De la même manière, les spécialistes contactés ne devaient pas être des médecins gériatres de

l'unité prenant en charge le patient ni des médecins de soins palliatifs. La prise en charge était considérée comme multidisciplinaire lorsqu'elle remplissait les critères de multidisciplinarité du codage Z51.5, en excluant l'intervention de l'EMSP (Tableau 2).

A propos des directives anticipées, celles-ci étaient considérées comme existantes lorsqu'on en retrouvait la trace écrite dans le dossier ou qu'elles étaient mentionnées. Pour que le statut d'une personne de confiance soit pris en compte, il devait figurer un formulaire la désignant par écrit dans le dossier du patient.

Lorsque le patient était décédé au cours de l'hospitalisation ou que le pronostic était défavorable à court terme (décès dans un délai inférieur à une semaine), nous avons recherché si la phase terminale avait été identifiée par l'équipe soignante.
Nous avons étudié la fréquence des limitations et arrêts des thérapeutiques actives actés ou survenus au cours de l'hospitalisation, sans comptabiliser ceux qui avaient pu être décidés antérieurement. Nous avons recensé les cas d'obstination déraisonnable lorsque ces termes étaient spécifiquement mentionnés dans le dossier du patient concerné.

Lorsqu'un élément n'était pas indiqué dans le dossier du patient, nous avons établi qu'*a priori,* celui-ci n'était pas présent, et non que la donnée était manquante.

6. Analyses statistiques

Nous avons réalisé les analyses descriptives puis comparatives des données recueillies, à l'aide du logiciel StatView® (SAS Institute, version 5.0).
Pour les variables quantitatives dont la distribution est normale, les résultats sont exprimés en moyenne et écart-type ; les valeurs minimales et maximales sont précisées. Pour les variables quantitatives dont la distribution est asymétrique, les résultats sont exprimés en médiane et espace interquartile. Les variables qualitatives sont décrites en effectif et pourcentage. La comparaison des données a été réalisée en analyse univariée. Une analyse de variance *Anova* a été effectuée pour les variables quantitatives continues discrètes ou ordinales. Le test du X^2 a été utilisé pour analyser les variables qualitatives nominales ou binaires. Le seuil de significativité est défini par une p-valeur strictement inférieure à 5%.

7. Éthique et réglementation

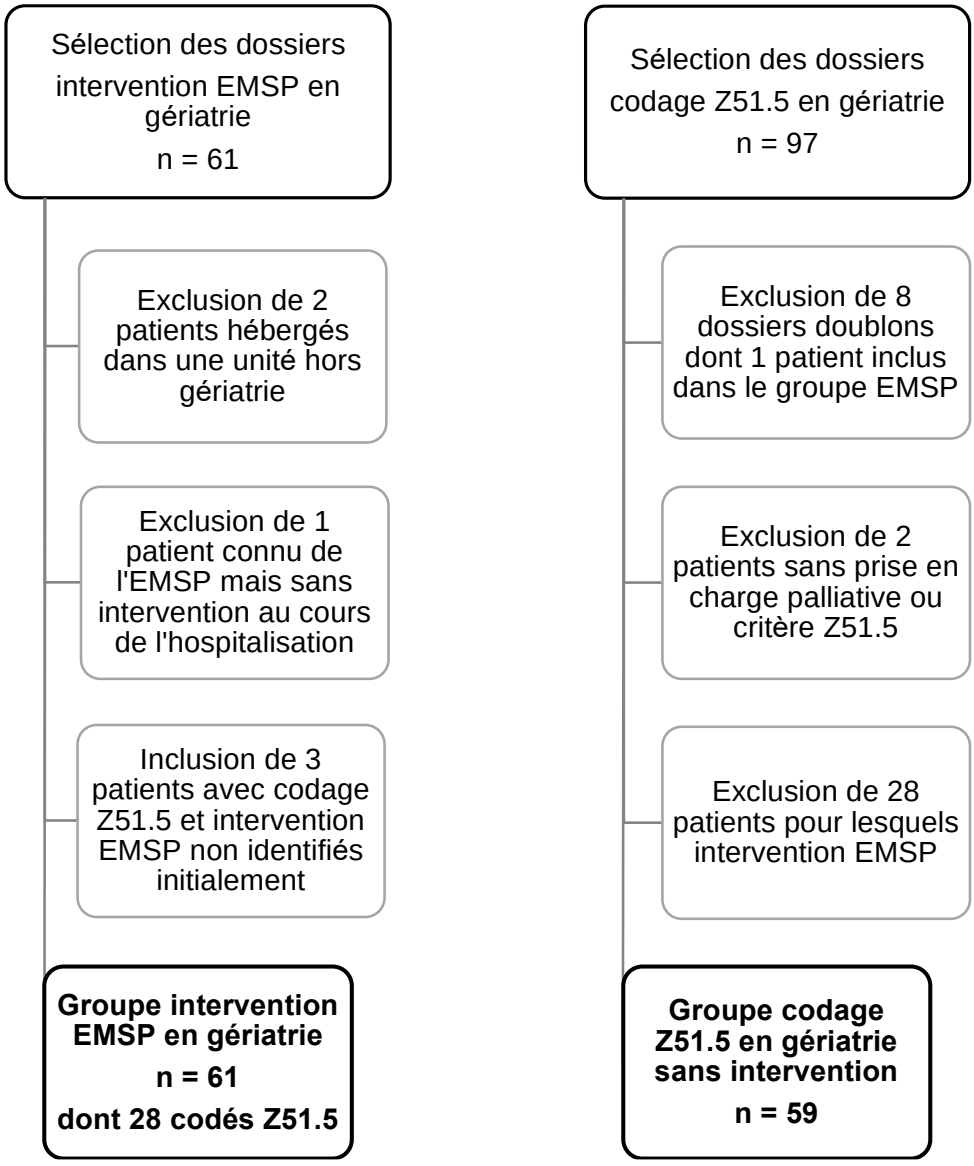
Notre étude a été réalisée grâce au recueil de données rétrospectives existantes, médico-administratives ou issues de la production de soins courants. Ainsi, elle ne requérait pas d'avis du Comité de Protection des Personnes (CPP) puisqu'elle n'entrait pas dans le cadre de la recherche sur la personne humaine telle que définie par la loi n°2012-300 du 5 mars 2012, dite « loi Jardé ». Aucune donnée soumise au Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) n'a été collectée.
Chaque fois que possible, les patients ont été informés individuellement du recueil des données via un courrier d'information envoyé par voie postale ou par messagerie électronique. La méthodologie de référence MR-004 du traitement des données à caractère personnel à des fins de recherche dans le domaine de la santé, a été respectée via l'enregistrement dans le registre de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) du délégué à la protection des données du CHU de Poitiers. L'étude a également été déclarée dans le répertoire public de la Plateforme des Données de Santé (PDS) (ou *Health Data Hub* (HDH)).

III. RESULTATS

1. Population étudiée

L'examen de 158 dossiers a permis d'inclure 59 patients dans le groupe avec codage Z51.5 sans intervention de l'EMSP au cours d'une hospitalisation en gériatrie et 61 patients dans le groupe pour lequel l'EMSP a été sollicitée. Le diagramme de flux est présenté dans la figure 1.

Figure 1. Diagramme de flux



Abréviation : EMSP : Équipe Mobile de Soins Palliatifs.

2. Caractéristiques de la population étudiée

Les caractéristiques de la population étudiée, ayant reçu des soins palliatifs en service d'hospitalisation de gériatrie en 2022, sont répertoriées dans le tableau 3.
Cette population de 120 patients était âgée d'environ 87 ans (87,2 ans ± 5,1) et résidait en grande majorité à domicile (85%) mais présentait néanmoins une perte d'autonomie et une polymédication (88%) (Tableau 3). Plus de la moitié des patients étaient atteints d'un cancer actif ou d'une hémopathie maligne (56%), avec un statut palliatif établi

dans 41% des cas, mais n'étaient connus ni des services de gériatrie ni du service de soins palliatifs (Tableau 3). Les motifs d'hospitalisation étaient variés et souvent multiples chez ces patients polypathologiques.

Tableau 3. Caractéristiques de la population (n = 120)

Données sociodémographiques, n (%)	
Sexe :	
- Homme	62 (52%)
Âge moyen (en années ± écart-type) (minimum-maximum)	87,2 ± 5,1 (76-101)
Lieu de vie :	
- Domicile	102 (85%)
- EHPAD	18 (15%)
Autonomie, n (%)	
Aide ADL[A]	86 (72%)
Perte d'autonomie selon échelle ADL[A] ou IADL[B] :	
- Récente	29 (24%)
- Ancienne	35 (29%)
- Mixte	56 (47%)
Capacité décisionnelle conservée	83 (69%)
Comorbidités et médication, n (%)	
Index de comorbidité de Charlson révisé[C] médian (score ± EIQ) (minimum-maximum)	3 ± 4 (0-9)
Polymédication	106 (88%)
Néoplasie active ou hémopathie maligne	67 (56%)
Trouble neurocognitif	36 (30%)
Admission en service de gériatrie et statut palliatif, n (%)	
Première hospitalisation	69 (57,5%)
Motif d'hospitalisation principal :	
- Altération de l'état général	26 (22%)
- Pathologie infectieuse	24 (20%)
- Pathologie cardiaque	17 (14%)
- Pathologie neurologique	16 (13%)
- Chute	13 (11%)
- Pathologie digestive	7 (6%)
- Pathologie respiratoire	6 (5%)
- Anémie ou déglobulisation	6 (5%)
- Douleur	5 (4%)
Statut palliatif antérieur à l'hospitalisation	50 (41%)
Suivi antérieur par l'EMSP	4 (3%)
Motif d'hospitalisation en lien avec la prise en charge palliative	97 (81%)

***Légende** : [A]Annexe 3 ; [B]Annexe 4 ; [C]Annexe 5.*
***Abréviations** : ADL : Activities of Daily Living ; EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes ; EIQ : Espace Inter-Quartile ; EMSP : Équipe Mobile de Soins Palliatifs ; IADL : Instrumental Activities of Daily Living.*

3. Statistiques comparatives

Les patients pour lesquels les médecins gériatres ont réalisé des soins palliatifs sans intervention étaient significativement plus âgés (88,4 ans ± 5,6 contre 86,1 ± 4,4 ; p = 0,0163) avec un taux de décès plus élevé au cours de l'hospitalisation (73% contre 49% pour le groupe avec intervention de l'EMSP ; p = 0,0078) (Tableau 4).

La durée d'hospitalisation était significativement plus courte dans le groupe pris en charge par les médecins gériatres seuls (16 jours ± 20 contre 28 ± 25,5 ; p <0,0001) (Tableau 4). Les durées d'hospitalisation sont représentées par les histogrammes en figures 2, 3 et 4.

L'évolution défavorable de la pathologie justifiant la prise en charge palliative était rapide, en quelques jours à quelques semaines, pour la grande majorité des patients pour lesquels l'équipe de soins palliatifs n'avait pas été sollicitée (Tableau 4).

Le motif d'hospitalisation variait en fonction des groupes (p = 0,0458) (Tableau 4). Les médecins gériatres sollicitaient plus fréquemment l'EMSP en cas d'hospitalisation pour chute (16,5% contre 5%), pathologies neurologique (16,5% contre 10%) ou infectieuse (25% contre 15%) (Tableau 4). Les médecins gériatres sollicitaient peu l'EMSP pour les patients hospitalisés dans un contexte de pathologie cardiaque (22% contre 6%) ou d'anémie/déglobulisation (9% contre 2%) (Tableau 4).

Les patients pour lesquels les médecins gériatres avaient réalisé la prise en charge palliative seuls n'étaient pas connus des services de soins palliatifs. Il n'y avait pas de suivi palliatif spécifique mis en place à la sortie de ces patients le cas échéant (<1%) contrairement au groupe pour lequel l'EMSP était intervenue (35% ; p = 0,0294) (Tableau 4).

Tableau 4. Comparaison des caractéristiques de la population et des données d'hospitalisation

	Total n = 120	**Groupe avec intervention EMSP n = 61**	**Groupe sans intervention n = 59**	**p-valeur**
Données sociodémographiques, n (%)				
Sexe : - Homme	62 (52%)	34 (56%)	28 (47%)	0,3642
Âge moyen (en années ± écart-type) (minimum - maximum)	87,2 ± 5,1 (76-101)	86,1 ± 4,4 (76-98)	88,4 ± 5,6 (76-101)	**0,0163**
Lieu de vie : - Domicile - EHPAD	102 (85%) 18 (15%)	52 (85%) 9 (15%)	50 (85%) 9 (15%)	0,9389
Statut vital à la date des dernières nouvelles : - Mort	116 (97%)	58 (95%)	58 (98%)	0,3254
Décès pendant l'hospitalisation	73 (61%)	30 (49%)	43 (73%)	**0,0078**

Autonomie, n (%)				
Aide ADL[A]	86 (72%)	42 (69%)	44 (75%)	0,4867
Perte d'autonomie selon échelle ADL[A] et/ou IADL[B] :				0,0574
- Récente	29 (24%)	17 (28%)	12 (20%)	
- Ancienne	35 (29%)	22 (36%)	13 (22%)	
- Mixte	56 (47%)	22 (36%)	34 (58%)	
Capacité décisionnelle conservée	83 (69%)	44 (72%)	39 (66%)	0,4746
Comorbidités et médication, n (%)				
Index de comorbidité de Charlson révisé[C] médian (score ± EIQ) (min-max)	3 ± 4 (0-9)	3 ± 5 (0-9)	3 ± 4 (0-9)	0,9960
Polymédication	106 (88%)	55 (90%)	51 (86%)	0,5253
Néoplasie active ou hémopathie maligne	67 (56%)	37 (60%)	30 (51%)	0,2794
Trouble neurocognitif	36 (30%)	19 (31%)	17 (29%)	0,7803
Hospitalisation en service de gériatrie et statut palliatif, n (%)				
Première hospitalisation en gériatrie	69 (57%)	36 (59%)	33 (56%)	0,7326
Durée d'hospitalisation (en jours) (durée médiane ± EIQ) (min-max)	21 ± 24 (1 – 133)	28 ± 25,5 (5 – 133)	16 ± 20 (1 – 70)	**<0,0001**
Motif d'hospitalisation principal :				**0,0458**
- Altération de l'état général	26 (22%)	11 (18%)	15 (25%)	
- Pathologie infectieuse	24 (20%)	15 (25%)	9 (15%)	
- Pathologie cardiaque	17 (14%)	4 (6%)	13 (22%)	
- Pathologie neurologique	16 (13%)	10 (16,5%)	6 (10%)	
- Chute	13 (11%)	10 (16,5%)	3 (5%)	
- Pathologie digestive	7 (6%)	5 (8%)	2 (3%)	
- Pathologie respiratoire	6 (5%)	3 (5%)	3 (5%)	
- Anémie ou déglobulisation	6 (5%)	1 (2%)	5 (9%)	
- Douleur	5 (4%)	2 (3%)	3 (5%)	
Annonce de diagnostic grave	58 (48%)	28 (46%)	30 (51%)	0,5878
Motif d'hospitalisation en lien avec l'indication à la prise en charge palliative	97 (81%)	51 (84%)	46 (78%)	0,4326
Évolution de la pathologie justifiant la prise en charge palliative :				0,0510
- Rapide	39 (32%)	16 (26%)	23 (39%)	
- Chronique	50 (42%)	32 (52%)	18 (30,5%)	
- Mixte	31 (26%)	13 (21%)	18 (30,5%)	
Statut palliatif antérieur	50 (42%)	28 (46%)	22 (37%)	0,3387
Suivi antérieur par EMSP	4 (3%)	4 (6%)	0 (0%)	**0,0454**
Suivi palliatif après la sortie d'hospitalisation	12 (25%) n = 47	11 (35%) n = 31	1 (<1%) n = 16	**0,0294**

***Légende** : [A]Annexe 3 ; [B]Annexe 4 ; [C]Annexe 5.*
***Abréviations** : ADL : Activities of Daily Living ; EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes ; EIQ : Espace Inter-Quartile ; EMSP : Équipe Mobile de Soins Palliatifs ; IADL : Instrumental Activities of Daily Living.*

Figure 2. Durées d'hospitalisation de la population totale (n = 120)

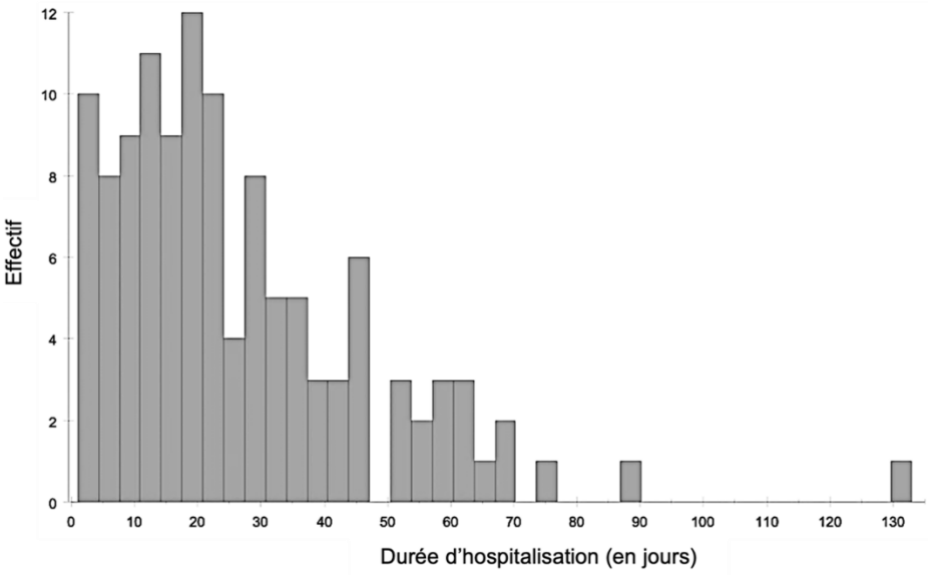


Figure 3. Durées d'hospitalisation du groupe intervention EMSP (n = 61)

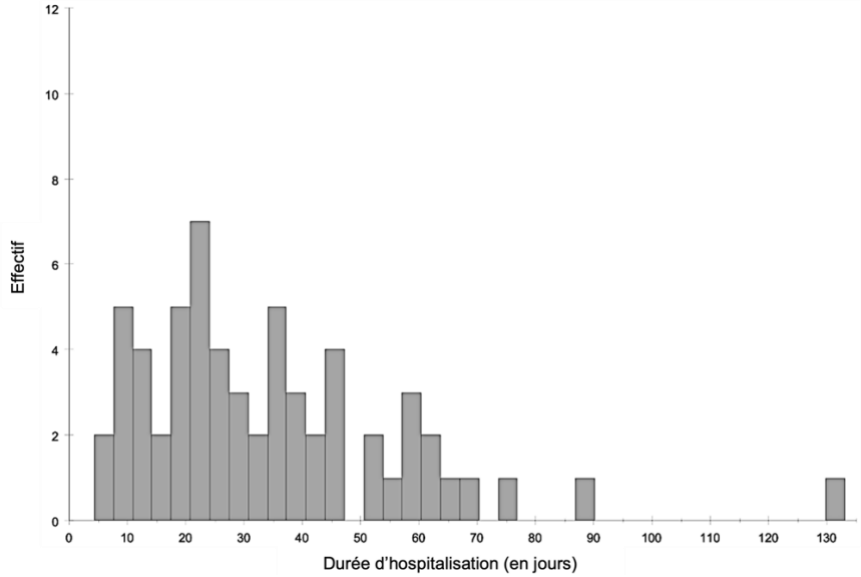
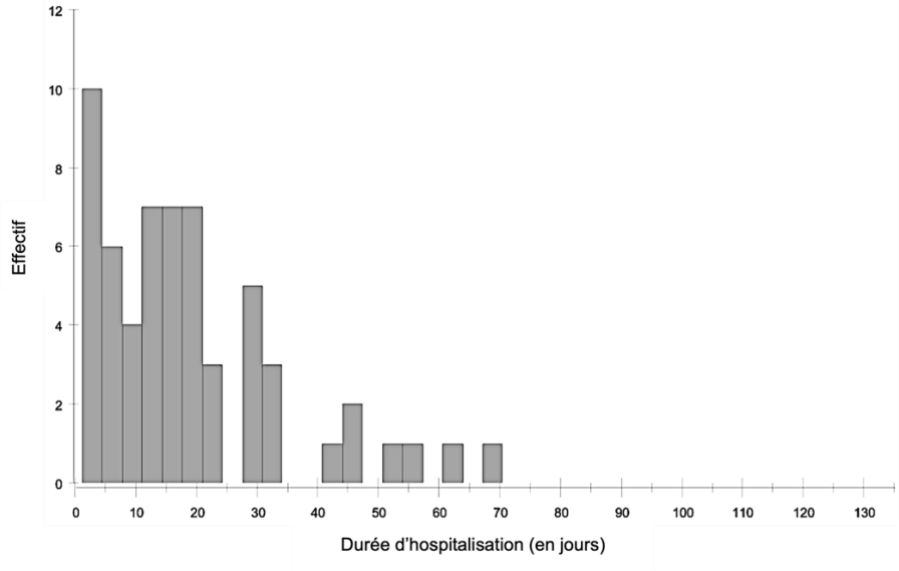


Figure 4. Durées d'hospitalisation du groupe sans intervention (n = 59)



Concernant la symptomatologie, les médecins gériatres faisaient peu appel à l'EMSP en cas de symptômes respiratoires réfractaires (24% contre 5%) (Tableau 5).

Les patients pour lesquels l'EMSP était demandée, présentaient plus de symptômes réfractaires notamment psycho-comportementaux, psychiatriques, neurologiques ou mixtes (p = 0,0017) (Tableau 5). Ces patients avaient également présenté une confusion dans 20% des cas contre 7% dans l'autre groupe (Tableau 5).
En revanche, les patients sans intervention de l'EMSP étaient plus sujets à d'autres symptômes neurologiques décrits comme contrôlés (dysarthrie, déficits moteurs, convulsions, etc.) (p = 0,0405) à l'exception des troubles de la déglutition plus fréquents dans le groupe avec intervention de l'EMSP (23% contre 8%) (Tableau 5).
On retrouvait une xérostomie chez trois fois plus de patients du groupe EMSP (10% contre 3%) (Annexe 6).

Tableau 5. Symptomatologie au cours de l'hospitalisation

	Total n = 120	**Groupe avec intervention EMSP n = 61**	**Groupe sans intervention n = 59**	**p-valeur**
Symptomatologie, n (%)				
Asthénie	98 (82%)	49 (80%)	49 (83%)	0,6999
Douleur non contrôlée/réfractaire	22 (18%)	9 (15%)	13 (22%)	0,3029
Symptôme non contrôlé/réfractaire (hors douleur) :				**0,0017**
- Psychologique/psychiatrique/ psycho-comportemental	31 (26%)	20 (33%)	11 (18%)	
- Respiratoire	17 (14%)	3 (5%)	14 (24%)	
- Mixte	17 (14%)	10 (16%)	7 (12%)	
- Neurologique	4 (3%)	4 (6,5%)	0 (0%)	
- Digestif	4 (3%)	4 (6,5%)	0 (0%)	
- Aucun	47 (39%)	20 (33%)	27 (46%)	
Symptomatologie douloureuse :				0,1080
- Nociceptive	79 (66%)	34 (56%)	45 (76%)	
- Neuropathique	4 (3%)	2 (3%)	2 (3%)	
- Mixte	15 (13%)	10 (16%)	5 (8%)	
- Non concerné	22 (18%)	15 (25%)	7 (12%)	
Symptomatologie psychologique et/ou psychiatrique[A]	96 (80%)	51 (84%)	45 (76%)	0,1624
Symptomatologie neurologique				**0,0405**
- Trouble de la conscience	6 (5%)	1 (2%)	5 (8%)	
- Confusion	16 (13%)	12 (20%)	4 (7%)	
- Convulsion	1 (<1%)	0 (0%)	1 (2%)	
- Mixte ou autre	58 (48%)	25 (41%)	33 (56%)	
- Aucune	39 (33%)	23 (38%)	16 (27%)	
Symptomatologie respiratoire[A] :	84 (70%)	41 (67%)	43 (73%)	0,2014
- Dyspnée	10 (8%)	7 (11%)	3 (5%)	
- Encombrement	13 (11%)	9 (15%)	4 (7%)	
- Mixte	52 (43%)	21 (34%)	31 (53%)	

	Total n = 120	Groupe avec intervention EMSP n = 61	Groupe sans intervention n = 59	p-valeur
Symptomatologie, n (%) (suite)				
Sensation de : - Faim - Soif - Faim et soif	 0 (0%) 9 (7%) 2 (2%)	 0 (0%) 6 (10%) 2 (3%)	 0 (0%) 3 (5%) 0 (0%)	0,2176
Symptomatologie digestive haute[A] : - Dysphagie ou trouble de déglutition, - Vomissement, - Mixte, - Aucune	 19 (16%) 5 (4%) 47 (39%) 24 (20%)	 14 (23%) 3 (5%) 23 (37%) 10 (16%)	 5 (8%) 2 (3%) 14 (41%) 14 (24%)	0,1497
Symptomatologie digestive basse[A] : - Constipation - Mixte - Aucune	 48 (40%) 11 (9%) 47 (39%)	 28 (46%) 7 (11%) 18 (30%)	 20 (34%) 4 (7%) 29 (49%)	0,0968
Symptomatologie urinaire[A]	70 (58%)	34 (56%)	36 (61%)	0,8583
Altération cutanée ou muqueuse[A]	92 (77%)	48 (79%)	44 (75%)	0,7536
Saignement[A]	35 (29%)	23 (38%)	12 (20%)	0,2222
Dysthermie	70 (58%)	37 (61%)	33 (56%)	0,5998

***Légende** : [A]Annexe 6 : tableau détaillé.*
***Abréviations** : EMSP : Équipe Mobile de Soins Palliatifs.*

Les patients s'alimentaient majoritairement par voie orale (83%) avec plus de patient en arrêt d'alimentation dans le groupe sans intervention (13% contre 5%) (Tableau 6). L'hydratation était principalement mixte (83%) par voie orale et sous-cutanée ou intra-veineuse, et il était rare que les patients ne reçoivent aucune hydratation au cours de l'hospitalisation (<1%) (Tableau 6).

Dans certaines situations, on notait le recours à la transfusion de produits sanguins labiles, à une chimio- ou immunothérapie, à des séances de radiothérapie, à une intervention chirurgicale ou un acte interventionnel, sans différence toutefois entre les deux groupes (Tableau 6).
L'antalgie était assurée par des pallier I ou III dans les deux groupes.
Un traitement antidépresseur était plus fréquemment prescrit dans le groupe avec intervention de l'EMSP (52% contre 28% ; p = 0,0084).
On observait une plus forte proportion d'antibiothérapie (37% contre 10%, p = 0,0084) et d'hydratation artificielle (10% contre 2% ; p = 0,0462) à la phase terminale dans le groupe des patients pris en charge par les médecins gériatres seuls, de façon significative.

Les patients qui exprimaient un refus de soins étaient deux fois plus nombreux dans le groupe pour lequel l'EMSP était sollicitée (31% contre 15% ; p = 0,0396) (Tableau 6).

Nous n'avons identifié qu'une seule situation au cours de l'étude pour laquelle une obstination déraisonnable a été ressentie par la famille d'un patient et exprimée à l'équipe médicale.
Le décès imminent, ou phase terminale, n'était pas toujours identifié par les équipes, sans différence néanmoins entre les deux groupes (84%, p = 0,6572) (Tableau 6).
Enfin, aucune sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès n'a été réalisée au sein de la population étudiée au cours de l'année 2022.

Tableau 6. Prise en charge thérapeutique au cours de l'hospitalisation

	Total n = 120	**Groupe avec intervention EMSP n = 61**	**Groupe sans intervention n = 59**	**p-valeur**
Prise en charge thérapeutique, n (%)				
Mode d'alimentation : - Per os exclusif - Mixte - SNG exclusive - GPE/R exclusive - Parentéral exclusif - Aucun	 99 (83%) 5 (4%) 4 (3%) 1 (<1%) 0 (0%) 11 (9%)	 49 (80%) 4 (7%) 4 (6%) 1 (2%) 0 (0%) 3 (5%)	 50 (85%) 1 (2%) 0 (0%) 0 (0%) 0 (0%) 8 (13%)	0,0598
Mode d'hydratation : - Per os exclusif - Mixte - Sous-cutané exclusif - SNG exclusive - GPE/R exclusif - Intra-veineux exclusif - Aucun	 13 (11%) 99 (83%) 1 (<1%) 0 (0%) 1 (<1%) 5 (4%) 1 (<1%)	 9 (15%) 50 (82%) 0 (0%) 0 (0%) 1 (1,5%) 1 (1,5%) 0 (0%)	 4 (6,5%) 49 (83%) 1 (2%) 0 (0%) 0 (0%) 4 (6,5%) 1 (2%)	0,2438
Chirurgie ou acte interventionnel	11 (9%)	6 (10%)	5 (8%)	0,7961
Chimiothérapie ou immunothérapie	4 (3%)	1 (2%)	3 (5%)	0,2932
Radiothérapie	4 (3%)	3 (5%)	1 (2%)	0,3254
Transfusion de produit sanguin labile	18 (15%)	9 (15%)	9 (15%)	0,9389
Antalgie : - Pallier I seul, - Pallier II, - Pallier III, - Aucune	 41 (34%) 0 (0%) 72 (60%) 7 (6%)	 23 (38%) 0 (0%) 36 (59%) 2 (3%)	 18 (31%) 0 (0%) 36 (61%) 5 (8%)	0,3940
Benzodiazépines	108 (90%)	54 (89%)	54 (92%)	0,5838
Antidépresseur	49 (41%)	32 (52%)	17 (28%)	**0,0084**
Neuroleptiques	14 (12%)	10 (16%)	4 (7%)	0,1010
Antibiothérapie à la phase terminale	19 (26%) n = 73	3 (10%) n = 30	16 (37%) n = 43	**0,0091**
Corticothérapie systémique	39 (32%)	18 (29%)	21 (36%)	0,4768
Aromathérapie	8 (7%)	2 (3%)	6 (10%)	0,1303

	Total n = 120	Groupe avec intervention EMSP n = 61	Groupe sans intervention n = 59	p-valeur
Prise en charge thérapeutique, n (%) (suite)				
Arrêt de traitement habituel	96 (80%)	47 (77%)	49 (83%)	0,4112
Hydratation artificielle à la phase terminale	7 (6%)	1 (2%)	6 (10%)	**0,0462**
Prescriptions anticipées ou consignes spécifiques en cas de dégradation	59 (49%)	28 (46%)	31 (52%)	0,4669
Sédation proportionnée réversible	40 (33%)	18 (29%)	22 (37%)	0,3661
Sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	
Limitations et arrêts des thérapeutiques actives	98 (82%)	46 (75%)	52 (88%)	0,0717
Fin de vie/Phase terminale identifiée	65 (84%) n = 77	28 (82%) n = 34	37 (86%) n = 43	0,6572
Autre, n (%)				
Refus de soins	28 (23%)	19 (31%)	9 (15%)	**0,0396**
Obstination déraisonnable ressentie	1 (1%)	1 (2%)	0 (0%)	0,3234

***Abréviations** : EMSP : Équipe Mobile de Soins Palliatifs ; GPE/R : Gastrostomie Percutanée Endoscopique/Radiologique ; SNG : Sonde Naso-Gastrique.*

Dans la population étudiée, une personne de confiance était désignée dans 31% des cas, sans différence significative entre les groupes, et des directives anticipées étaient recueillies ou disponibles dans 8% des cas pour le groupe avec intervention de l'EMSP, contre 3% dans l'autre groupe (p = 0,2714) (Tableau 7).

Lorsque les médecins gériatres sollicitaient l'intervention de l'EMSP, ils procédaient également plus souvent à une concertation collégiale (88% contre 59%, p = 0,0003), contactaient plus fréquemment un spécialiste (87% contre 63%, p = 0,0022) ou le médecin traitant du patient (23% contre 5%, p = 0,0050) et on relevait plus de prises en charge multidisciplinaires paramédicales (95% contre 68%, p = 0,0001) (Tableau 7).

Tableau 7. Droits des patients et interdisciplinarité

	Total n = 120	Groupe avec intervention EMSP n = 61	Groupe sans intervention n = 59	p-valeur
Droit des patients, n (%)				
Personne de confiance désignée Directives anticipées	37 (31%) 7 (6%)	17 (28%) 5 (8%)	20 (34%) 2 (3%)	0,4746 0,2714

	Total n = 120	Groupe avec intervention EMSP n = 61	Groupe sans intervention n = 59	p-valeur
Avis, collégialité, pluridisciplinarité, n (%)				
Concertation collégiale	89 (74%)	54 (88%)	35 (59%)	**0,0003**
Contact d'un spécialiste	90 (75%)	53 (87%)	37 (63%)	**0,0022**
Contact du médecin traitant	17 (14%)	14 (23%)	3 (5%)	**0,0050**
Prise en charge multidisciplinaire	98 (82%)	58 (95%)	40 (68%)	**0,0001**
Contact des proches	115 (96%)	57 (93%)	58 (98%)	0,1827

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

Les analyses ont montré qu'il y avait significativement plus de difficultés au cours de l'hospitalisation dans le groupe avec demande d'intervention de l'EMSP. Dans ce groupe, les difficultés présentées par le patient concernaient 32 cas (52%) contre 10 (17%) dans l'autre groupe ($p < 0,0001$) (Annexe 6).
Nous avons également noté 21 situations (34%) vécues difficilement par les proches dans le groupe avec intervention de l'EMSP, contre 7 (12%) dans le deuxième groupe ($p = 0,0003$) (Annexe 6).
En ce qui concerne les soignants, 12 prises en soins comportaient des difficultés particulières dans le groupe avec intervention de l'EMSP contrairement à l'autre groupe (aucun cas relevé) ($p = 0,0003$) (Annexe 6).

4. Description des demandes d'intervention de l'équipe mobile de soins palliatifs

Dans notre étude, les demande d'intervention de l'EMSP étaient formulées dans 60% des cas par l'interne du secteur, dans 28% des cas par un médecin sénior de l'unité, et pour 8% des patients, le suivi par l'EMSP était préexistant à l'hospitalisation ou la demande émanait d'un médecin d'un autre service.

Une intervention dans un délai de moins de 72h était souhaitée pour 17 patients (28%) et dans la semaine suivant la demande pour 41 patients (67%).
Les patients étaient informés de la demande d'intervention de l'EMSP dans 75% des cas et leurs proches dans 44% des situations.

Les motifs de demande d'intervention de l'équipe mobile de soins palliatifs dans le groupe concerné, pouvaient être multiples (Tableau 8).

Le plus fréquemment, les médecins gériatres nécessitaient une aide à la réflexion ou décision éthique (34%), avaient besoin d'un conseil thérapeutique (31%), souhaitait que l'équipe mobile de soins palliatifs rencontre et évalue le patient (25%), ou coordonne les soins et le suivi (25%) (Tableau 8).

La question des directives anticipées était abordée dans le formulaire de demande d'intervention pour 3 patients (5%) et les sollicitations pour cause de demande d'euthanasie/d'aide à mourir ou l'expression d'un souhait de mourir concernaient 4 patients (7%).

Tableau 8. Motifs de demande d'intervention de l'EMSP (n = 61)

Motifs de demande d'intervention de l'EMSP, n (%)	
Suivi d'un patient connu de l'EMSP	4 (6%)
Conseils thérapeutiques Conseils e de prescriptions anticipées Conseils sur la proportionnalité des soins	19 (31%) 2 (3%) 3 (5%)
Rencontre et évaluation du patient	15 (25%)
Aide à la réflexion ou décision éthique - Alimentation - Hydratation - Transfusion - Limitations et arrêt des thérapeutiques actives - Refus de soins	21 (34%) 7 (11%) 1 (2%) 1 (2%) 8 (13%) 4 (7%)
Directives anticipées [A]	3 (5%)
Coordination des soins et du suivi	15 (25%)
Difficultés psychologiques du patient / Besoin de soutien Difficultés des proches / Besoin de soutien Difficultés des soignants / Besoin de soutien	8 (13%) 4 (6%) 3 (5%)
Demande euthanasie ou d'aide à mourir Expression d'un souhait de mourir	3 (5%) 1 (2%)

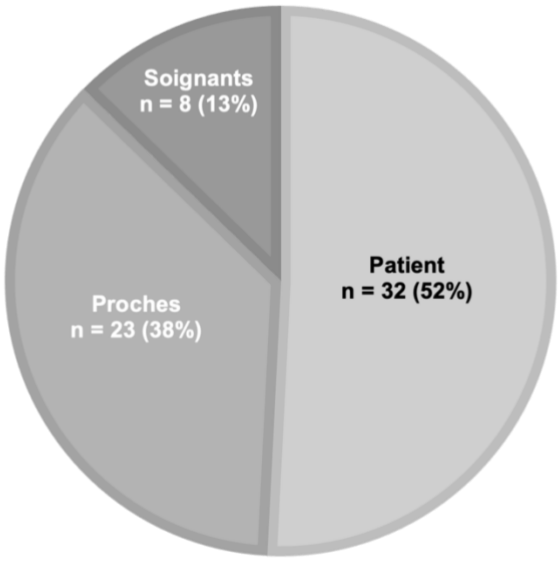
***Légende** : [A] Discussion autour des directives anticipées ou aide à la rédaction.*
***Abréviations :** EMSP : Équipe Mobile de Soins Palliatifs.*

Une problématique éthique était constatée pour 32 patients (52%), sans que cela soit nécessairement un motif premier de demande d'intervention.

Au sein des formulaires, 36 patients (59%) étaient décrits comme douloureux dont 14 (39%) avec une douleur non équilibrée. D'autres symptômes réfractaires étaient déclarés pour 39 patients soit 64% des cas. Ces symptômes étaient principalement psychologiques ou psychiatriques (28%), respiratoires (18%), concernaient des troubles de la déglutition (18%) ou des nausées et vomissements (15%) (Annexe 7).

Le formulaire permettait la mention de difficultés psychologiques observées au cours de la prise en charge, que ce soit par le patient, ses proches ou les soignants (Figure 5). On notait 20 demandes (33%) pour lesquelles les médecins gériatres ne faisaient pas mention de difficultés psychologiques particulières. Il était mentionné que, parmi les patients qui présentaient des difficultés psychologiques, 51% avaient rencontré un psychologue. Dans la majorité des cas, le médecin formulant la demande cochait la case « patient vu par un psychologue » lorsque celui-ci avait rencontré une infirmière de psychiatrie lors du séjour.

Figure 5. Sujets concernés par des difficultés psychologiques (n = 61)

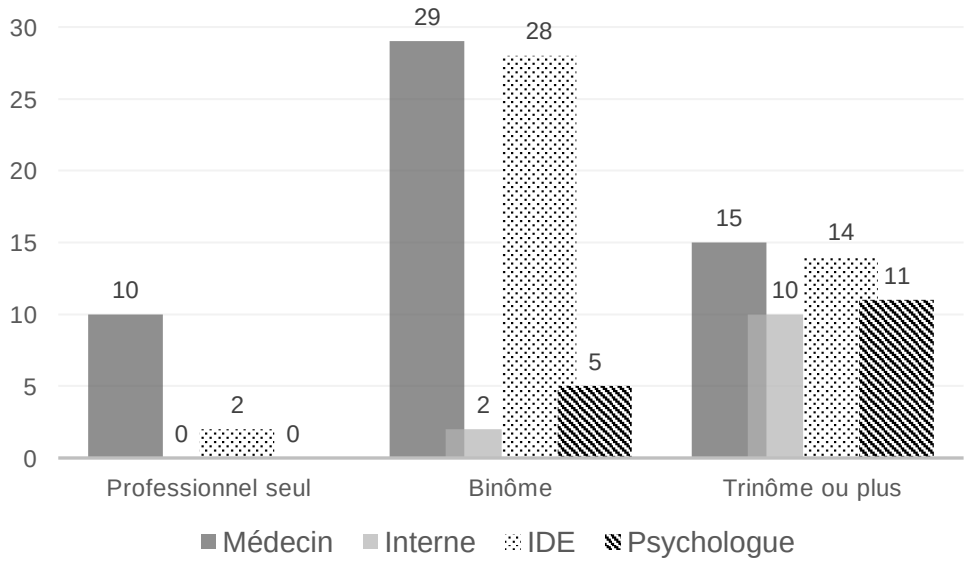


***Abréviations** : EMSP : Équipe Mobile de Soins Palliatifs ; IDE : Infirmier Diplômé d'État.*

5. Description des interventions de l'équipe mobile de soins palliatifs

Parmi les 61 demandes d'intervention de l'EMSP, il a été relevé deux situations pour lesquelles une demande a été formulée sans intervention ultérieure : l'une à la suite du refus des proches de rencontrer le médecin et la psychologue de l'EMSP (intervention demandée pour soutien à la famille) et l'autre sans précision.
Les professionnels de l'EMSP ont rencontré 50 patients (82%) et 16 familles (26%). Le nombre médian d'interactions concernant un patient et sa situation était de 2 avec un espace interquartile de 1, pour un nombre d'intervention allant de 0 à 8 pour un même patient.
La figure 6 décrit la répartition des professionnels de l'EMSP lors des interventions de l'étude. Dans 79% des cas, les professionnels sont intervenus *a minima* en binôme.

Figure 6. Répartition des professionnels intervenants de l'EMSP (n = 61)



***Abréviations** : EMSP : Équipe Mobile de Soins Palliatifs ; IDE : Infirmier Diplômé d'État.*

La cotation des interventions de l'équipe mobile de soins palliatifs concernant notre étude, mentionnait comme pathologie justifiant la prise en charge palliative 54% de cancers, 25% d'insuffisances d'organe, 13% de maladies neurodégénératives et 8% classés comme autre, sans d'avantage de précision.

Les activités réalisées par l'équipe mobile de soins palliatifs lors des interventions sont détaillées dans le tableau 9. Pour la plupart des patients, une évaluation globale ou réévaluation était cotée (92%) avec proposition/conseil dans 87% des situations avec transmissions directes aux équipes (Tableau 9).
Les conseils thérapeutiques quant à l'antalgie étaient variés, allant du choix de la molécule et de la posologie (18%), au conseil de rotation d'opioïdes (8%), de prémédication lors de douleur associée aux soins (1%) ou de proposition de mise en place de pompe intrathécale (1%) (Tableau 9). L'équipe a proposé un changement de voie d'administration des thérapeutiques pour 7 patients (11%) et la mise en place d'une pompe permettant une analgésie autocontrôlée par le patient ou par le personnel médical (PCA : Patient Controlled Analgesia ; NCA : Nurse Controlled Analgesia) dans 8% des cas (Tableau 9).
La participation à une délibération ou à une réflexion éthique concernait 38% des interventions avec principalement des conseils ou réflexions sur la question de la nutrition, de l'alimentation et/ou de l'hydratation (15%) (Tableau 9). Certaines situations plus particulières nécessitaient une aide à la décision pour des patients avec des troubles cognitifs, avec un questionnement sur la contention physique, le principe du double effet, le projet de vie, ou un besoin d'information sur le cadre légal de la sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès.
Dans deux des situations sur les quatre avec demande d'euthanasie/aide à mourir/verbalisation du souhait de mourir par le patient, ces demandes n'étaient plus d'actualité lors de l'intervention de l'équipe de soins palliatifs, notamment après amélioration des symptômes pour l'un des patients.
Un seul patient a été transféré en unité de soins palliatifs après évaluation par l'EMSP en gériatrie.

Tableau 9. Activités réalisées par l'EMSP lors des interventions (n = 61)

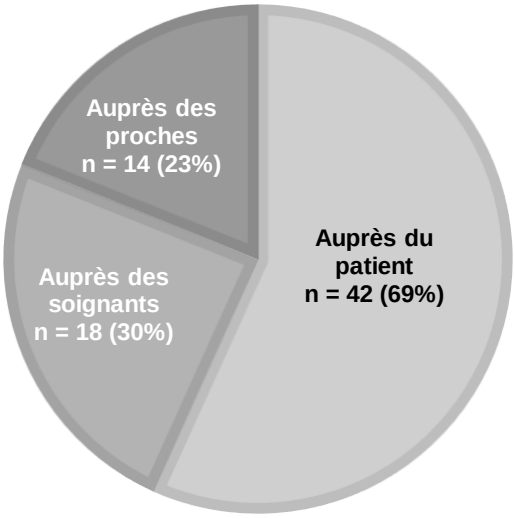
Activités réalisées par l'EMSP lors des interventions, n (%)	
Évaluation globale	56 (92%)
Proposition/Conseil	53 (87%)
Transmission auprès des équipes	53 (87%)
Conseils thérapeutiques - Antalgie - Anxiolyse - Prise en charge de symptôme(s) (hors douleur et anxiété) - Prescriptions anticipées en cas de détresse vitale - Conseils pour les soins (soins de bouche, stomies, surveillances) Soins infirmiers directs	 23 (38%) 12 (20%) 19 (31%) 2 (3%) 21 (34%) 5 (8%)
Aide à la décision/réflexion éthique - Alimentation / Hydratation - Proportionnalité des soins ou LATA	23 (38%) 9 (15%) 5 (8%)

Activité réalisée par l'EMSP lors des interventions, n (%) (suite)	
Coordination du parcours de soin	20 (33%)
Suivi ou réévaluation en présentiel	10 (16%)
Suivi téléphonique	10 (16%)

***Abréviations** : EMSP : Équipe Mobile de Soins Palliatifs ; LATA : Limitations et Arrêt des Thérapeutiques Actives.*

La figure 7 présente la répartition du soutien relationnel apporté par les professionnels de l'équipe mobile de soins palliatifs au cours des interventions.

Figure 7. Soutien relationnel lors des interventions de l'EMSP (n = 61)



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

IV. DISCUSSION

1. Analyse critique des principaux résultats

• Caractéristiques de la population étudiée

Les caractéristiques principales des patients inclus dans notre étude étaient similaires avec celles de la population gériatrique hospitalisée avec des motifs d'hospitalisation souvent pluriels, la présence de syndromes gériatriques, une altération de l'état général, des comorbidités, une polymédication et une dépendance fonctionnelle et/ou cognitive. L'âge excepté, il n'existait pas de différence significative entre les deux groupes en termes de caractéristiques socio-démographiques et d'autonomie, les deux groupes étaient donc comparables. Seulement 15% de la population résidait en EHPAD, nous ne pouvons donc pas tirer de conclusion de notre étude concernant cette population.

Plus d'un patient sur deux présentait un cancer actif ou une hémopathie maligne, sans compter les patients pour lesquels il existait une suspicion de néoplasie sous-jacente sans exploration ni diagnostic. Cela est cohérent avec les chiffres connus concernant les patients atteints de cancers qui représentent la moitié de la population susceptible de bénéficier de soins palliatifs (7). Historiquement, le développement des soins palliatifs est lié à l'évolution de l'oncologie. Ceux-ci sont intégrés précocement dans la prise en charge des patients atteints de cancer (22), dont la trajectoire est connue et de plus en plus longue, avec des parcours de soin organisés permettant des relais anticipés et une collaboration avec différentes spécialités, comme la gériatrie avec le développement de filières onco-gériatriques. La mise en place de soins palliatifs est moins protocolisée et fréquente pour les insuffisances d'organe et les maladies neurodégénératives dont les trajectoires sont différentes, mais dont les besoins sont clairement identifiés (23), comme le montrent de récentes revues américaines des pratiques cliniques concernant l'intégration des soins palliatifs dans le parcours des patients atteints d'insuffisance rénale chronique (24) et d'insuffisance cardiaque (25).

• Statut palliatif

Initialement dans notre étude, le statut palliatif n'était pas établi pour environ 60% des patients car possiblement non identifié comme tel, ce qui est fréquent, notamment dans chez les sujets âgés atteints de maladies graves non cancéreuses (26). Pour cette population, il n'existe pas de consensus spécifique sur des critères de référence permettant une orientation précoce vers des soins palliatifs au moment opportun (27). Néanmoins, plusieurs outils d'indicateurs de soins palliatifs et de soins de support, tels que le SPICT-FR™ (*Supportive and Palliative Care Indicators Tool*) (Annexe 8) ont été développés et validés, afin d'aider les équipes de soins primaires ou hospitalières à les identifier. La Haute Autorité de Santé (HAS) a émis des recommandations concernant le fait d'amorcer tôt les soins palliatifs et de les gérer en collégialité (28).

Il convient d'être vigilant quant à une possible inertie concernant les soins palliatifs gériatriques, qui peut correspondre à un arrêt des thérapeutiques curatives sans discussion anticipée avec le patient, ni prévention des complications. Or, la passivité et l'absence d'anticipation ne diminuent pas le risque de d'évènement aigu et d'hospitalisation, et entrainent souvent une surmédicalisation de la fin de vie qui n'était ni souhaitée par le patient ni nécessaire d'un point de vue médical (29).

Dans 80% des cas, le motif d'hospitalisation était en rapport avec l'indication à la prise en charge palliative, et une fois sur deux, un diagnostic grave modifiant le pronostic vital était posé au cours l'hospitalisation (découverte de cancer, évènement cardiovasculaire grave tel qu'un syndrome coronarien aigu ou un accident vasculaire cérébral massif, etc.). Dans ces situations, le statut palliatif était donc déterminé au cours de l'hospitalisation en fonction de la gravité, du pronostic de la maladie, ou après échec de prise en charge curative, ce qui est fréquemment rencontré en pratique clinique et rapporté dans la littérature (30).

- **Sollicitations de l'EMSP**

Le motif d'hospitalisation principal variait entre les deux groupes même si tous les motifs étaient fréquents en gériatrie. Les médecins gériatres faisaient vraisemblablement appel à l'EMSP pour des patients avec des motifs d'hospitalisation tels que la chute, les pathologies neurologiques, les pathologies infectieuses ou digestives qui peuvent être des complications liées à l'évolution d'un cancer notamment, et qui entrainent des hospitalisations longues avec complications en cascade, un retentissement multiviscéral, fonctionnel et social, et des questionnements éthiques.
A l'inverse, la population pour laquelle les médecins gériatres n'avaient pas fait appel à l'EMSP, était significativement plus âgée, avec une durée d'hospitalisation deux fois plus courte, une plus grande proportion de décès au cours de l'hospitalisation et une évolution défavorable rapide même en cas de pathologie chronique. Lorsque le décès survenait rapidement après le début de l'hospitalisation, si la situation n'était pas complexe, les médecins gériatres n'éprouvaient pas nécessairement le besoin de solliciter l'EMSP avec des soins palliatifs en lien principalement avec l'accompagnement en fin de vie. Le cas échéant, les médecins gériatres pouvaient également ne pas avoir le temps de solliciter l'EMSP lors d'un décès rapide ou inattendu.
Dans notre étude, 60% des demandes d'intervention étaient formulées par l'interne prenant en charge le patient. Cela met en évidence que les internes, bien qu'accompagnés par le médecin responsable de l'unité, sont confrontés, en première ligne, à ces situations, et souvent sans expérience professionnelle ni formation spécifique.

- **Symptomatologie, besoins, prise en charge du patient âgé relevant de soins palliatifs et continuité des soins**

Même si les patients décédaient plus vite ou avaient des hospitalisations plus courtes lorsque l'EMSP n'était pas sollicitée, des symptômes d'inconfort et des difficultés ont été relevés dans cette population. Néanmoins, l'EMSP était plus souvent sollicitée lorsque ces symptômes étaient considérés comme réfractaires ou incontrôlés, complexifiant la prise en charge. Il existait peu de patients, au sein de notre étude, ne présentant aucun signe d'inconfort et les symptômes définis comme réfractaires ou non contrôlés au cours de l'hospitalisation concernaient 60% des patients.

Les symptômes psychologiques, psychiatriques et/ou psycho-comportementaux étaient les symptômes les plus souvent définis comme réfractaires. L'EMSP intervenait plus souvent auprès de la population chez qui on observait ce type de symptômes. Les patients présentant une maladie grave relevant de soins palliatifs, associée à un syndrome anxio-dépressif, sont plus complexes à prendre en charge (31), bien que

cela soit fréquent dans cette population où le trouble adaptatif est majoré et où les troubles anxieux perturbent les soins et exacerbent les symptômes somatiques.
Ces résultats sont concordants avec ceux d'une récente étude européenne d'importante envergure menée sur la base de données de la cohorte SHARE (*Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe),* qui a montré que les sujets âgés présentant une dépression avaient 1,3 fois plus de risque de nécessiter des soins palliatifs en fin de vie (32).

La douleur constituait rarement un motif d'hospitalisation dans notre étude, mais cela reste un motif fréquemment de demande d'intervention des EMSP notamment dans les EHPAD (33). Cependant, une symptomatologie douloureuse existait dans la majorité des cas mais était souvent contrôlée sans intervention de l'EMSP ou après avis thérapeutique.
Dans notre étude, une composante neuropathique était retrouvée dans 16% des cas (20% dans le groupe avec intervention de l'EMSP, 12% dans le groupe sans intervention). Si la prévalence de douleur neuropathique est estimée à environ 7% dans la population générale (34), peu de données sont disponibles concernant la population gériatrique. Même si la différence n'était pas significative entre les deux groupes, possiblement à cause du faible effectif, on peut énoncer comme hypothèse qu'il existe un biais de diagnostic de ce type de douleur lié à la fréquence d'utilisation des opioïdes efficaces à la fois sur les douleurs nociceptives et neuropathiques, et à un dépistage plus important par l'EMSP spécialisée et sensibilisée à sa détection. Ces hypothèses sont soutenues par les données de la littérature concernant les douleurs neuropathiques des sujets âgés (35).

Certains symptômes étaient plus fréquents dans le groupe avec intervention, car plus souvent recherchés par l'EMSP, dont l'approche est principalement clinique. L'exemple le plus parlant dans notre étude est celui de la xérostomie, plus rapportée dans le groupe avec intervention de l'EMSP, bien qu'elle ne soit probablement pas plus fréquente dans une population que dans l'autre. Si cela peut paraître anecdotique d'un point de vue médical, la prise en charge de ces symptômes peut améliorer la prise en charge et le ressenti du patient. Cela va de pair avec la sensation de soif. Plusieurs travaux ont été menés, conjointement par la Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs (SFAP) et la Société Française de Gériatrie et Gérontologie (SFGG) (36), pour démontrer que les patients souffraient peu de faim et de soif en fin de vie, et le sujet âgé à plus forte raison. Ce message est ainsi souvent transmis aux proches. Pour autant, cela ne doit pas empêcher de rechercher ces symptômes et de sensibiliser les équipes puisqu'il existe des moyens thérapeutiques simples et non médicamenteux pouvant les soulager et ainsi dénouer des situations complexes éthiques, en cas de trouble de la déglutition et de questionnement lié à l'alimentation par exemple. Des chercheurs coréens estiment que l'état de santé bucco-dentaire pourrait être associé à la survie chez les patients en phase terminale d'un cancer (37).

Il existait une différence significative de prescription d'antibiotique à la phase terminale, entre les deux groupes. Nous pouvons émettre l'hypothèse que cette antibiothérapie était parfois prescrite à visée curative et non à visée de confort, dans le groupe sans intervention de l'EMSP. De la même manière, dans le groupe sans demande d'intervention de l'EMSP, on retrouvait également plus fréquemment une hydratation artificielle à la phase terminale. Ainsi, dans ces situations, la phase terminale avant le décès n'était peut-être pas identifiée ou les médecins gériatres avaient moins d'habitude de dé-prescription en fin de vie que les équipes de soins palliatifs.

Concernant le pronostic et la reconnaissance des jours ou heures précédant la mort, il n'existait pas de différence significative entre les deux groupes.
Face à l'incertitude en fin de vie, il est primordial de rester cohérent et rigoureux, et de remettre de la science dans la prise en charge de la fin de vie pour permettre des progrès des équipes à visée pronostique et grâce à une formation à la physiopathologie et aux présentations cliniques en situations de pré-agonie et d'agonie. Des chercheurs proposent des modèles de prédiction de décès (38) utilisant des signes physiques et symptômes de mort imminente afin d'adapter les soins, néanmoins ces modèles restent à évaluer en pratique clinique et ne sont pas spécifiques au sujet âgé.

Généralement, le taux de patients suivis après la sortie d'hospitalisation en gériatrie est relativement faible. Les patients pour lesquels une intervention de l'EMSP avait eu lieu étaient significativement plus suivis que l'autre groupe, ce qui s'explique notamment par l'existence d'une équipe mobile de soins palliatifs territoriale permettant d'assurer un suivi des patients au domicile ou en EHPAD.
Le transfert en unité de soins palliatifs était rare pour les patients qui étaient hospitalisés en gériatrie puisqu'il existe des Lits Identifiés Soins Palliatifs (LISP) et une EMSP intervenant fréquemment en cas de besoin, avec des soins pouvant être réalisés dans les services de gériatrie dont le coût de l'hospitalisation est moins élevé et la capacité d'accueil plus importante.

- **Difficultés rencontrées au cours de la prise en charge et apports de l'EMSP en tant que tiers**

Les symptômes non contrôlés et réfractaires sont au cœur de la prise en charge palliative, et sont la source des difficultés rencontrées par le patient, son entourage et les équipes soignantes. Ils font obstacle aux souhaits des patients de ne pas souffrir et constituent un échec pour les soignants, ce qui rend crucial la formation continue, le recours à des équipes spécialisées, la recherche et l'actualisation des pratiques selon les dernières données de la science. Les symptômes réfractaires nécessitent une compétence clinique, une traçabilité et une surveillance, un suivi et des réévaluations de la part de l'ensemble de l'équipe soignante. Le caractère réfractaire est difficile à objectiver, et peut varier en fonction du point de vue du patient et des soignants, et inter-individuellement.

Dans notre étude, les difficultés psychologiques et psychiatriques rencontrées au cours de la prise en charge hospitalière d'un sujet âgé relevant de soins palliatifs, concernaient 80% de la population, que ces symptômes soient en lien ou non avec la prise en charge palliative. Les difficultés rencontrées au cours de la prise en charge, tous sujets concernés confondus, représentaient un quart des motifs de demandes d'intervention de l'EMSP et le soutien relationnel réalisé auprès du patient (70%) et des équipes (30%) était plus important que la part de difficultés identifiées pour ces deux catégories. Cela laisse entendre que le besoin de soutien des équipes n'est parfois pas identifié comme tel, notamment par le médecin formulant la demande d'intervention, ou non perçu comme limitant la prise en charge du patient.
Il n'est pas surprenant que les équipes soient en difficulté face à la souffrance globale, l'échec des prises en charge thérapeutiques et parfois le refus de soins, qui questionne la puissance de la médecine et les compétences des soignants dans certaines situations. Les travaux du Dr C. BOLLY (39) ont montré que la mise en œuvre de démarches éthiques permettait d'influer favorablement sur la souffrance des soignants, en les aidant à ajuster leur positionnement pour améliorer la qualité des

soins et leur ressenti. Par ailleurs, l'EMSP apportait un soutien relationnel au patient, même en l'absence de psychologue, inscrivant les soins dans une prise en charge globale du patient.

Aucune demande de sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès n'a été demandée ni réalisée au cours de cette étude. Si la bonne connaissance du cadre législatif des médecins gériatres mettant peu en œuvre en pratique courante de sédations profondes et continues jusqu'au décès est questionnable, ce n'est pas le cas pour les médecins de l'EMSP qui en ont l'habitude. Les demandes d'euthanasie et de mort formulées étaient rares et souvent non persistantes après une prise en charge globale et des symptômes comme cela est montré dans les études (40). Une étude multicentrique en unité de soins palliatifs (41) a montré que les demandes d'euthanasie malgré la connaissance de l'illégalité pouvaient émaner d'une volonté de sortir d'une impasse existentielle marquée par la souffrance, et que ces demandes créaient un espace d'échange sur les pratiques de soins et renforçait l'autonomie du patient, avec une évolution de la demande après que la prise en charge ait été optimisée.

Dans ces situations, l'EMSP a été sollicitée pour que la prise en soins bénéficie de l'expertise technique et thérapeutique de la médecine palliative, mais également comme tiers pouvant soutenir l'équipe médicale dans le partage du poids des responsabilités et dans la confirmation du projet de soins, ou comme médiateur dans les situations de tensions. L'organisation en équipe mobile intervenant à visée consultative permet de ne pas se substituer aux équipes de soins des services mais bien de prendre du recul sur une situation. Une des forces de l'équipe mobile de soins palliatifs est son fonctionnement en équipe pluridisciplinaire, optimisant l'évaluation du patient, en offrant plusieurs points de vue d'une problématique, et permettant une expertise par complémentarité.

Si la mise en place de soins palliatifs ne nécessite pas toujours le recours à une équipe spécialisée en médecine palliative, il en va de même pour les cas où des questions d'ordre éthique se posent. Dans le même sens, si la collégialité permet une délibération collective s'affranchissant de l'insuffisance de chacun, la délibération doit aussi être réflexive et individuelle dans un premier temps de la part des soignants prenant en charge le patient et ne repose pas que sur des intervenants extérieurs. Dans les situations étudiées ici, c'est bien la complexité globale qui entrainait le plus souvent la sollicitation de l'EMSP et non seulement la nécessité de réflexion éthique.

- **Droits de patients**

Cette étude n'a pas été conçue pour évaluer la qualité de la prise en charge ni le niveau de satisfaction des patients, de leurs proches ou des soignants. On peut néanmoins imaginer qu'avec plus d'anticipation, les situations d'accompagnement en fin de vie ne nécessitaient pas toutes une prise en charge hospitalière, surtout en cas de diagnostic clinique et d'absence de prise en charge spécifique. De plus, le souhait du lieu de fin de vie n'était probablement pas l'hôpital et aurait pu être respecté pour certains patients, en évitant des dépenses inutiles. En effet, les attente de la population et de la société sont loin de la réalité actuelle. 60% des français préfèreraient finir leurs jours à domicile contre 8% à l'hôpital et 3% en EHPAD, selon l'étude menée par l'ONFV (42). Certains sociologues questionnent même la surmédicalisation et l'institutionnalisation de la mort sous prétexte de bonne prise en charge palliative (43).

En ce sens, les discussions et directives anticipées paraissent pertinentes pour la population âgée en particulier afin de faciliter les prises en charge hospitalière et de respecter le souhait des patients. Or, on voit dans notre étude que les directives anticipées étaient encore moins rédigées que dans la population générale (18% en 2022) (42). La loi prévoit que tout doit être mis en œuvre pour les rechercher mais en réalité cela est chronophage, ce qui est problématique en unité de médecine aigue, et souvent les directives anticipées n'existent pas. La généralisation du dossier médical partagé informatisé devrait permettre de plus facilement consigner et accéder à ce type d'informations. Et si les directives anticipées sont censées faciliter la prise en charge notamment palliative et renforcer l'autonomie du patient, les formes et contenus sont variables et parfois non pertinents pour la pratique clinique.
Dans notre étude, 70% des patients avaient une capacité décisionnelle conservée, avec possibilité d'exprimer un avis éclairé, donc la majorité des prises en charge cliniques quotidiennes n'a pas nécessairement besoin de directives anticipées. Ces directives anticipées ont plus de sens quand elles recueillent les valeurs des patients, qu'elles permettent à la suite d'une discussion d'établir des objectifs de prise en charge selon ses préférences. Ces discussions ont souvent lieu de façon informelles au cours de l'hospitalisation mais il n'existe pas forcément de traçabilité dans le dossier des patients, permettant de quantifier le recueil de ces informations.
En revanche, si ces personnes étaient pour la plupart en capacité d'exprimer un avis et de participer à la prise de décision les concernant, cela signifie que si on leur avait proposé, elles auraient pu désigner une personne de confiance, ce qui n'était le cas que pour une minorité de patients.

2. Analyse critique de la méthode : biais, limites et forces

L'étude étant rétrospective, observationnelle, et portant sur des données déclarées au sein des dossiers médicaux, des informations peuvent ne pas avoir été tracées ou recherchées au cours de l'hospitalisation, en fonction des professionnels de santé et du contexte d'hospitalisation. Ces absences d'information, concernant la symptomatologie par exemple, n'ont pas été considérées comme des données manquantes, et peuvent constituer un biais d'information.
Il existe un biais de recueil, et potentiellement d'évaluation, dû au fait qu'une seule personne ait collecté les données avec de potentielles erreurs commises lors de leur retranscription.

Notre étude étant monocentrique, les usages et habitudes de service peuvent influer sur les résultats même si le pôle de gériatrie du CHU de Poitiers est composé de cinq grandes unités d'hospitalisation de gériatrie aigue et SMR avec de nombreux praticiens et internes y exerçant. L'équipe mobile de soins palliatifs est également constituée de plusieurs professionnels différents.

L'effectif de population inclus dans l'étude (n = 120) peut paraître peu important au vu du nombre de patients hospitalisés dans un pôle de médecine gériatrique avec de nombreux lits d'hospitalisation en unités de de gériatrie aigue et SMR, étant donné la proportion de mortalité et d'indication à des soins palliatifs chez cette population (7).
Néanmoins, la taille de notre échantillon a permis une analyse statistique des résultats.

Nous avons choisi d'utiliser les données issues du PMSI afin d'identifier les patients en gériatrie ayant reçu des soins palliatifs. Un biais de sélection apparait puisque le codage Z51.5 n'est pas toujours utilisé même lorsque les critères sont remplis, notamment lorsqu'il s'agit d'un diagnostic secondaire. Dans notre, étude, le séjour de

33 patients pour lesquels l'équipe mobile de soins palliatifs avait été sollicité ne comportait pas de codage Z51.5. On peut ainsi imaginer que d'autres patients ayant reçus des soins palliatifs sans intervention spécialisée lors d'une hospitalisation en 2022 n'ont pas vu leur séjour codé Z51.5, notamment les patients n'ayant pas été accompagnés en fin de vie lors de leur hospitalisation, ce qui impacterait particulièrement la différence du taux de décès entre les deux groupes.

Notre travail s'est concentré sur des sujets hospitalisés, les résultats ne sont donc pas extrapolables à la population générale des sujets âgés polypathologiques de plus de 75 ans relevant de soins palliatifs.

Nous n'avons pas mis en évidence de différence de score entre les deux groupes à la mesure de l'index de Charlson révisé par Quan (annexe 5), qui est un outil qui permet de quantifier le risque de mortalité à un an sur l'analyse du poids des comorbidités. Cet index, fréquemment calculé dans les études de la littérature, ne prend pas en compte la multimorbidité du sujet âgé, ni un certain nombre de maladies indiquant à une prise en charge palliative en phase avancée, comme la maladie de Parkinson dont la trajectoire peut modifier l'évolution de l'état de santé des patients, notamment en fin de vie. Peu de scores fréquemment utilisés en gériatrie et dans la littérature comme les scores ADL, IADL, Mini Nutritional Assessment (MNA), Mini-Mental State Examination (MMSE), Geriatric Depression Scale (GDS), etc. ont été utilisés dans notre étude en raison du faible taux de mesure lors des soins courants et du nombre de données manquantes que cela aurait entrainé sans permettre d'analyse statistique significative.

Dans ce type d'étude, l'analyse de survie permet habituellement une véritable comparaison des groupes et des pratiques. Or, dans le domaine des soins palliatifs, la survie n'est pas un critère de qualité de prise en charge et n'est donc pas toujours recherchée, la qualité de vie étant privilégiée. De plus, le statut palliatif ou le début de la prise en charge palliative ne sont pas toujours identifiés lors du parcours de soins des patients et souvent assimilés à la phase terminale de la maladie incurable. La prise en charge palliative des patients s'inscrit donc dans une temporalité différente en fonction du type de maladie incurable (cancer, maladie neurodégénérative, insuffisance d'organe, etc.) et des pathologies associées, et, a fortiori chez le sujet âgé de plus de 75 ans polypathologique, pouvant ainsi varier de plusieurs années à quelques semaines. Ainsi, nous n'avons pas pu comparer la durée de la prise en charge palliative par manque de données disponibles au sein des dossiers des patients étudiés, mais seulement la durée des hospitalisations, ce qui limite l'interprétation des résultats.

L'une des forces de cette étude est son originalité puisque ce travail a été mené au sein d'une population gériatrique générale dans sa diversité, et non en ciblant une pathologie particulière, ce qui permet un état des lieux réels des pratiques de soins palliatifs gériatriques en unités d'hospitalisation. Nous avons pu également distinguer les pratiques de soins palliatifs en fonction des spécialistes intervenant auprès du patient, afin de distinguer les pratiques courantes des recours aux spécialistes de médecine palliative. La principale force de cette étude est la grande précision du descriptif des symptômes et des prises en charge thérapeutiques des patients relevant de soins palliatifs en unités d'hospitalisation de gériatrie.

3. Perspectives

À la suite de cette étude, plusieurs perspectives restent à explorer pour pallier les limites de ce travail.

Il serait intéressant de réaliser une étude prospective multicentrique qui permettrait d'inclure l'ensemble des patients relevant de soins palliatifs hospitalisés en gériatrie en sensibilisant les médecins responsables des unités à leur détection, en ajoutant une mesure de la qualité des soins ressentie par les soignants et les patients, et le cas échéant les proches. Le caractère multicentrique permettrait de s'affranchir des habitudes de fonctionnement propre à un centre.

Il serait également intéressant, afin de parfaire l'étude des profils de patients, de préciser plus spécifiquement les diagnostics en termes de maladie chronique, cardiovasculaire, de maladie neurodégénérative et d'insuffisance d'organe. Davantage d'études restent à mener dans le domaine de la santé mentale des patients âgés relevant de soins palliatifs du fait de l'intrication avec les problématiques médicales, grevant le pronostic et la qualité de la fin de la vie.

Il conviendrait d'explorer les raisons expliquant la faible proportion de patients vivants en EHPAD inclus dans notre étude puisque l'accès aux soins palliatifs est encore restreint en EHPAD, et que cette population est régulièrement hospitalisée.

L'un des enjeux réside notamment dans la bonne compréhension des termes, notamment en ne réduisant pas les soins palliatifs aux soins d'accompagnement en fin de vie.

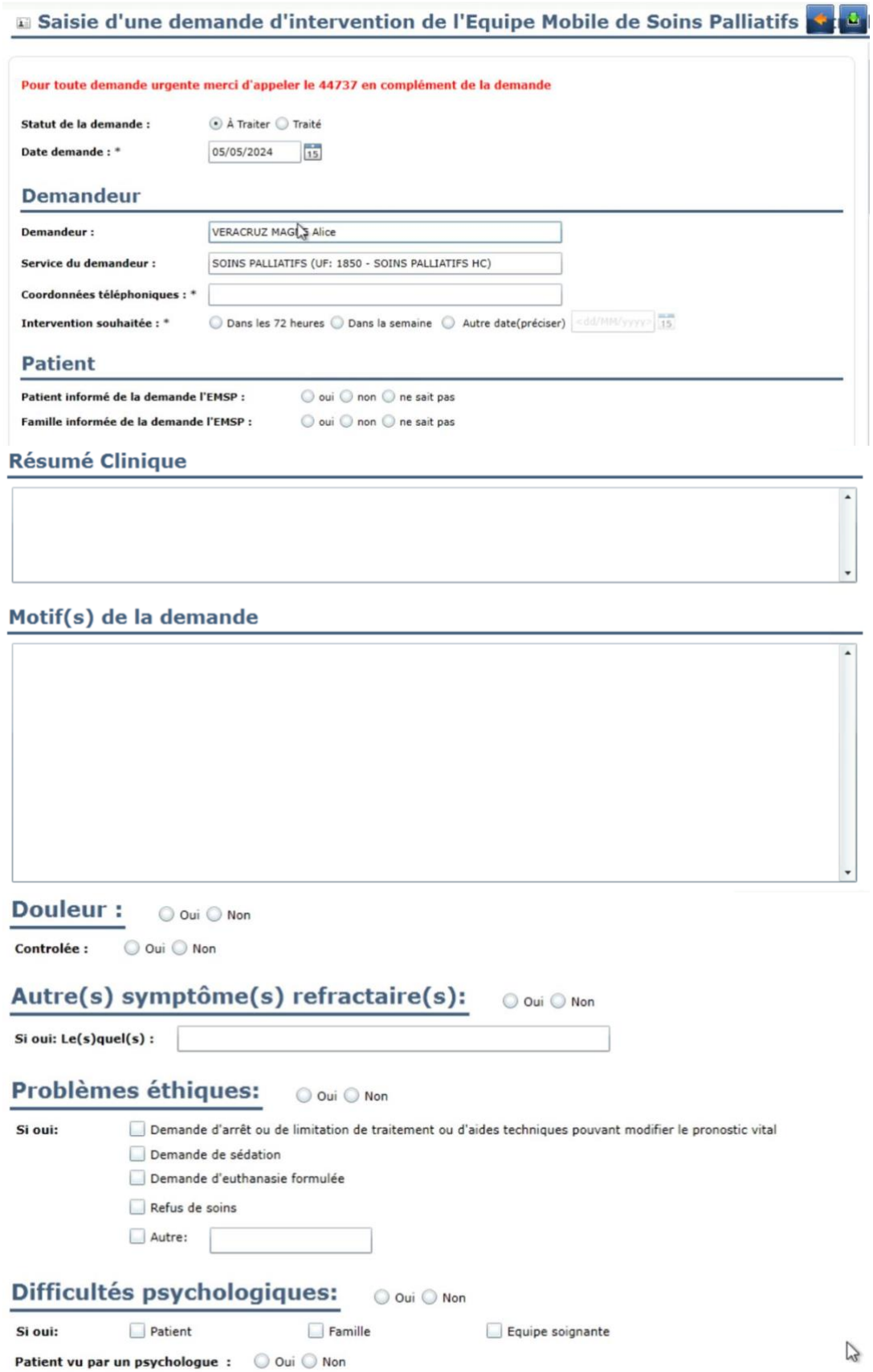
Une étude de 2010 (44) a référencé les services de soins palliatifs en Europe en fonction des modes d'exercice et lieux d'accès aux soins palliatifs existants pouvant permettre aux institutions françaises de s'inspirer des modèles de pays voisins pour améliorer leurs pratiques. Plusieurs travaux ont étudié l'impact d'équipes interprofessionnelles pluridisciplinaires de gériatrie et de soins palliatifs (45). Elles montrent notamment qu'une collaboration peut réduire la durée de séjour des patients hospitalisés (46),et possiblement la charge en soins en optimisant la prise en charge des patients âgés relevant de soins palliatifs.

V. CONCLUSION

Notre étude a permis d'établir les caractéristiques des patients hospitalisés en gériatrie et relevant de soins palliatifs ainsi que d'identifier les besoins des médecins gériatres au cours de la prise en charge de ces patients. L'expertise en médecine palliative d'une équipe mobile permet d'optimiser la prise en charge des patients complexes.
Le bénéfice d'identifier plus rapidement les besoins du patient et d'améliorer son parcours de soin, permettrait un gain de temps aux équipes hospitalières qui pourraient réinvestir ce temps pour mettre en œuvre des soins adaptés et personnalisés, dans de meilleures conditions.
Cela nécessite que le projet de soins des sujets âgés atteints de maladies chroniques et/ou graves soit régulièrement réévalué et actualisé en fonction des possibilités thérapeutiques et des souhaits du patient.
Si certaines problématiques sont inéluctables à l'approche de la mort et que le facteur temps est difficilement maitrisable, le parcours de soins de ces patients peut potentiellement être optimisé afin de faciliter le travail des équipes soignantes et de respect des souhaits des personnes concernant leur fin de vie.

ANNEXES

Annexe 1. Formulaire de demande d'intervention de l'équipe mobile de soins palliatifs intra-hospitalière du CHU de Poitiers



Saisie d'une demande d'intervention de l'Equipe Mobile de Soins Palliatifs

Pour toute demande urgente merci d'appeler le 44737 en complément de la demande

Statut de la demande : À Traiter Traité

Date demande : * 05/05/2024

Demandeur

Demandeur : VERACRUZ MAGNE Alice

Service du demandeur : SOINS PALLIATIFS (UF: 1850 - SOINS PALLIATIFS HC)

Coordonnées téléphoniques : *

Intervention souhaitée : * Dans les 72 heures Dans la semaine Autre date(préciser) <dd/MM/yyyy>

Patient

Patient informé de la demande l'EMSP : oui non ne sait pas

Famille informée de la demande l'EMSP : oui non ne sait pas

Résumé Clinique

Motif(s) de la demande

Douleur : Oui Non

Controlée : Oui Non

Autre(s) symptôme(s) refractaire(s): Oui Non

Si oui: Le(s)quel(s) :

Problèmes éthiques: Oui Non

Si oui:
- Demande d'arrêt ou de limitation de traitement ou d'aides techniques pouvant modifier le pronostic vital
- Demande de sédation
- Demande d'euthanasie formulée
- Refus de soins
- Autre:

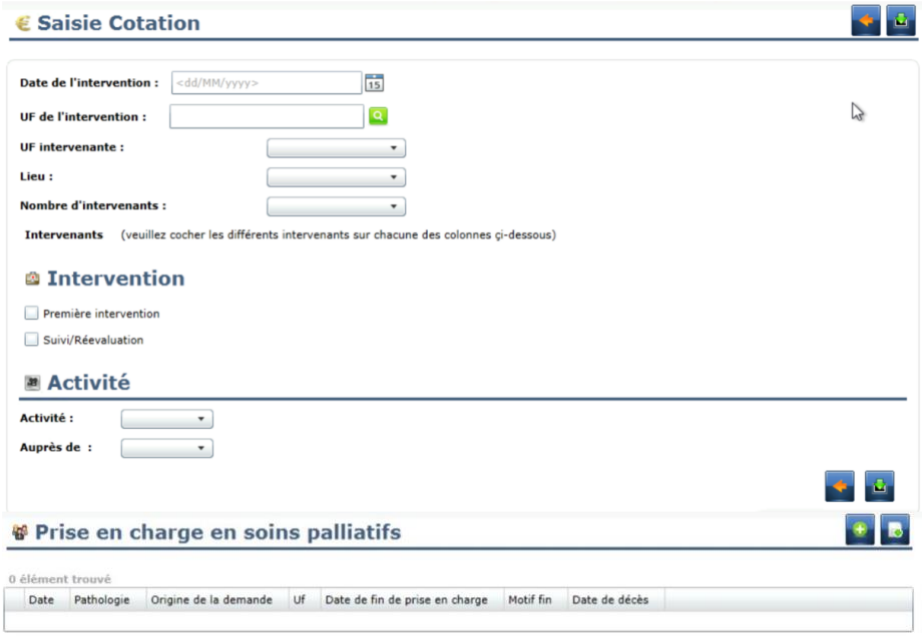
Difficultés psychologiques: Oui Non

Si oui: Patient Famille Equipe soignante

Patient vu par un psychologue : Oui Non

Source : Logiciel Télémaque®

Annexe 2. Formulaire Télémaque® de cotation des interventions de l'équipe mobile de soins palliatifs intra-hospitalière du CHU de Poitiers



Source : Logiciel Télémaque®

Annexe 3. Échelle d'évaluation d'autonomie ADL selon Katz

Echelle d'autonomie (ADL)

ECHELLE A.D.L		Nom ..... Prénom ..... Date ..... Score .....
Hygiène Corporelle	Autonome Aide partielle Dépendant	1 ½ 0
Habillage	Autonomie pour le choix des vêtements et l'habillage Autonomie pour le choix des vêtements et l'habillage mais besoin d'aide pour se chausser. Dépendant	1 ½ 0
Aller aux toilettes	Autonomie pour aller aux toilettes, se déshabiller et se rhabiller ensuite. Doit être accompagné ou a besoin d'aide pour se déshabiller ou se rhabiller. Ne peut aller aux toilettes seul	1 ½ 0
Locomotion	Autonomie A besoin d'aide (canne, déambulateur, accompagnant) Grabataire	1 ½ 0
Continence	Continent Incontinence occasionnelle Incontinent	1 ½ 0
Repas	Se sert et mange seul Aide pour se servir, couper le viande ou peler un fruit Dépendant	1 ½ 0
		Total = /6

***Abréviations** : ADL : Activities of Daily Living.*

***Référence** :* Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. **Studies of Illness in the Aged. The Index of ADL: A Standardized Measure of Biological and Psychosocial Function.** JAMA. 1963 Sep 21;185:914-9. doi: 10.1001/jama.1963.03060120024016.

Disponible sur : https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/system/files/2019-07/AAC_SSIAD_ES_MND_2019_NA_Annexe_6_1_Echelle_ADL.pdf [Internet] [cité 1 juin 2024]

Annexe 4. Échelle d'évaluation d'autonomie IADL selon Lawton

ECHELLE DES ACTIVITES INSTRUMENTALES DE LA VIE COURANTE (IADL-Lawton)

Cochez la réponse qui correspond le mieux aux capacités du sujet.

A) Capacité à utiliser le téléphone :

1 /_/ **Je me sers du téléphone de ma propre initiative, cherche et compose les numéros etc...**
2 /_/ **Je compose un petit nombre de numéros bien connus.**
3 /_/ **Je réponds au téléphone mais n'appelle pas.**
4 /_/ **Je suis incapable d'utiliser le téléphone.**

B) Moyen de transport :

1 /_/ **Je peux voyager seul (e) et de façon indépendante (par les transports en commun, ou avec ma propre voiture).**
2 /_/ **Je peux me déplacer seul (e) en taxi, pas en autobus.**
3 /_/ **Je peux prendre les transports en commun si je suis accompagné (e).**
4 /_/ **Transport limité au taxi ou à la voiture, en étant accompagné(e).**
5 /_/ **Je ne me déplace pas du tout.**

C) Responsabilité pour la prise des médicaments :

1 /_/ **Je m'occupe moi-même de la prise : dosage et horaire.**
2 /_/ **Je peux les prendre de moi-même, s'ils sont préparés et dosés à l'avance.**
3 /_/ **Je suis incapable de les prendre de moi-même.**

D) Capacité à gérer son budget :

1 /_/ **Je suis totalement autonome (gérer le budget, faire des chèques, payer des factures...).**
2 /_/ **Je me débrouille pour les dépenses au jour le jour, mais j'ai besoin d'aide pour gérer mon budget à long terme (pour planifier les grosses dépenses).**
3 /_/ **Je suis incapable de gérer l'argent nécessaire à payer mes dépenses au jour le jour.**

SCORE BNA (sur 15) = /_ _/

E) Faire les courses :

1 /_/ Je fais toutes mes courses de façon indépendante.
2 /_/ Je fais seulement les petits achats tout (e) seul (e).
3 /_/ J'ai besoin d'être accompagné (e), quelle que soit la course.
4 /_/ Je suis totalement incapable de faire les courses.

F) Préparation des repas :

1 /_/ Je prévois, prépare et sers des repas de façon indépendante.
2 /_/ Je les prépare si on me fournit les ingrédients.
3 /_/ Je suis capable de réchauffer des plats déjà préparés.
4 /_/ J'ai besoin qu'on me prépare et serve les repas.

G) Entretien de la maison :

1 /_/ J'entretiens la maison seul(e) ou avec une aide occasionnelle, par exemple pour les gros travaux.
2 /_/ Je ne fais que les petits travaux d'entretien quotidiens (vaisselle, lit, petit bricolage ...)
3 /_/ Je fais les petits travaux, mais sans parvenir à garder un niveau de propreté suffisant.
4 /_/ J'ai besoin d'aide pour toutes les tâches d'entretien de la maison.
5 /_/ Je ne peux pas participer du tout à l'entretien de la maison.

H) Lessive :

1 /_/ Je fais toute ma lessive personnelle ou la porte moi-même au pressing.
2 /_/ Je lave les petites affaires.
3 /_/ Toute la lessive doit être faite par d'autres.

SCORE TOTAL : /_ _/ (les items BNA compris)

***Abréviations** : IADL : Instrumental Activities of Daily Living.*

***Référence** :* Lawton MP, Brody EM. **Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living.** Gerontologist. 1969 Autumn;9(3):179-86. *Disponible sur : https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/media/39271/download* [Internet] [cité 1 juin 2024]

Annexe 5. Index de comorbidité de Charlson révisé selon Quan

Variable	Hazard Ratio	Updated Weight	Charlson Weight
Male sex	1.28		
Age ≥65 years	4.40		
Charlson comorbidity[a]			
Myocardial infarction	0.99*	0	1
Congestive heart failure	1.91	2	1
Peripheral vascular disease	1.10*	0	1
Cerebrovascular disease	1.10*	0	1
Dementia	2.39	2	1
Chronic pulmonary disease	1.28	1	1
Rheumatologic disease	1.30	1	1
Peptic ulcer disease	1.08*	0	1
Mild liver disease	1.94	2	1
Diabetes without chronic complications	1.12*	0	1
Diabetes with chronic complications	1.22	1	2
Hemiplegia or paraplegia	2.26	2	2
Renal disease	1.43	1	2
Any malignancy, including leukemia and lymphoma	2.28	2	2
Moderate or severe liver disease	3.83	4	3
Metastatic solid tumor	6.01	6	6
AIDS/HIV	3.69	4	6
Maximum comorbidity score		24	29

Abbreviations: AIDS, acquired immunodeficiency syndrome; HIV, human immunodeficiency virus.

* $P > 0.05$.

[a] The following comorbid conditions were mutually exclusive: diabetes with chronic complications and diabetes without chronic complications; mild liver disease and moderate or severe liver disease; and any malignancy and metastatic solid tumor.

Référence / Source *:* Quan H et al. **Updating and validating the Charlson comorbidity index and score for risk adjustment in hospital discharge abstracts using data from 6 countries.** Am J Epidemiol. 2011 Mar 15;173(6):676-82.

Annexe 6. Tableau détaillé de la symptomatologie observée et des sujets présentant des difficultés

	Total n = 120	Groupe avec intervention EMSP n = 61	Groupe sans intervention n = 59	p-valeur
Symptomatologie, n (%)				
Asthénie	98 (82%)	49 (80%)	49 (83%)	0,6999
Douleur non contrôlée/réfractaire	22 (18%)	9 (15%)	13 (22%)	0,3029
Symptôme non contrôlé/réfractaire (hors douleur) :				**0,0017**
- Psychologique/psychiatrique/ psycho-comportemental	31 (26%)	20 (33%)	11 (18%)	
- Respiratoire	17 (14%)	3 (5%)	14 (24%)	
- Mixte	17 (14%)	10 (16%)	7 (12%)	
- Neurologique	4 (3%)	4 (6,5%)	0 (0%)	
- Digestif	4 (3%)	4 (6,5%)	0 (0%)	
- Aucun	47 (39%)	20 (33%)	27 (46%)	
Symptomatologie douloureuse :				0,1080
- Nociceptive	79 (66%)	34 (56%)	45 (76%)	
- Neuropathique	4 (3%)	2 (3%)	2 (3%)	
- Mixte	15 (13%)	10 (16%)	5 (8%)	
- Non concerné	22 (18%)	15 (25%)	7 (12%)	
Symptomatologie psychologique et/ou psychiatrique :	96 (80%)	51 (84%)	45 (76%)	0,1624
- Angoisse/anxiété	10 (8%)	3 (5%)	7 (12%)	
- Dépression	4 (3%)	3 (5%)	1 (2%)	
- Agitation	11 (9%)	3 (5%)	8 (14%)	
- Trouble du sommeil	5 (4%)	3 (5%)	2 (3%)	
- Mixte	66 (55%)	39 (64%)	27 (46%)	
- Aucune	24 (20%)	10 (16%)	14 (24%)	
Symptomatologie neurologique :	81 (67%)	38 (62%)	43 (73%)	**0,0405**
- Trouble de la conscience	6 (5%)	1 (2%)	5 (8%)	
- Confusion	16 (13%)	12 (20%)	4 (7%)	
- Convulsion	1 (<1%)	0 (0%)	1 (2%)	
- Mixte ou autre	58 (48%)	25 (41%)	33 (56%)	
- Aucune	39 (33%)	23 (38%)	16 (27%)	
Symptomatologie respiratoire :	84 (70%)	41 (67%)	43 (73%)	0,2014
- Dyspnée	10 (8%)	7 (11%)	3 (5%)	
- Encombrement	13 (11%)	9 (15%)	4 (7%)	
- Oxygénothérapie	9 (8%)	4 (7%)	5 (8%)	
- Toux	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	
- Mixte	52 (43%)	21 (34%)	31 (53%)	
- Aucune	36 (30%)	20 (33%)	16 (27%)	
Sensation de :				0,2176
- Faim	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	
- Soif	9 (7%)	6 (10%)	3 (5%)	
- Faim et soif	2 (2%)	2 (3%)	0 (0%)	

Symptomatologie digestive haute : - Anorexie - Dysphagie ou trouble de déglutition - Nausée - Vomissement - Hoquet - Mixte - Aucune	96 (80%) 22 (18%) 19 (16%) 3 (3%) 5 (4%) 0 (0%) 47 (39%) 24 (20%)	51 (84%) 11 (18%) 14 (23%) 0 (0%) 3 (5%) 0 (0%) 23 (37%) 10 (16%)	45 (76%) 11 (19%) 5 (8%) 3 (5%) 2 (3%) 0 (0%) 14 (41%) 14 (24%)	0,1497
Symptomatologie digestive basse : - Constipation - Diarrhée - Sub-/occlusion - Mixte - Aucune	73 (61%) 48 (40%) 8 (7%) 6 (5%) 11 (9%) 47 (39%)	43 (70%) 28 (46%) 3 (5%) 5 (8%) 7 (11%) 18 (30%)	30 (51%) 20 (34%) 5 (8%) 1 (2%) 4 (7%) 29 (49%)	0,0968
Symptomatologie urinaire : - Rétention d'urine et/ou sonde - Dysurie - Mixte - Aucune	70 (58%) 60 (50%) 5 (6%) 3 (2%) 50 (42%)	34 (56%) 30 (49%) 3 (5%) 1 (2%) 27 (44%)	36 (61%) 30 (51%) 4 (7%) 2 (3%) 23 (39%)	0,8583
Altération cutanée ou muqueuse : - Xérostomie - Escarre - Plaie - Prurit - Mixte - Aucune	92 (77%) 8 (7%) 29 (24%) 20 (17%) 2 (2%) 33 (28%) 28 (23%)	48 (79%) 6 (10%) 13 (21%) 11 (18%) 1 (2%) 17 (28%) 13 (21%)	44 (75%) 2 (3%) 16 (27%) 9 (15%) 1 (2%) 16 (27%) 15 (25%)	0,7536
Saignement : - Léger - Modéré - Sévère - Non concerné	35 (29%) 17 (14%) 12 (10%) 6 (5%) 85 (71%)	23 (38%) 11 (18%) 8 (13%) 4 (7%) 38 (62%)	12 (20%) 6 (10%) 4 (7%) 2 (3%) 47 (80%)	0,2222
Dysthermie	70 (58%)	37 (61%)	33 (56%)	0,5998
Difficultés rencontrées, n (%)				
Par le patient	42 (35%)	32 (52%)	10 (17%)	**<0,0001**
Par la famille	28 (23%)	21 (34%)	7 (12%)	**0,0035**
Par les soignants	12 (10%)	12 (20%)	0 (0%)	**0,0003**

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

Annexe 7. Tableau détaillé des symptômes réfractaires mentionnés lors des demandes d'intervention de l'EMSP (n = 61)

Symptômes réfractaires, n (%)	
Xérostomie	1 (2%)
Soif	1 (2%)
Hypersalivation	1 (2%)
Troubles de la déglutition	7 (11%)
Nausée / Vomissement	6 (10%)
Occlusion	2 (3%)
Constipation	1 (2%)
Fuites sur iléostomie	1 (2%)
Dyspnée / Encombrement / Toux	7 (11%)
Comitialité	1 (2%)
Spasticité	1 (2%)
Angoisse de mort	1 (2%)
Anxiété / Angoisse	7 (11%)
Agitation	1 (2%)
Confusion	3 (5%)
Idées suicidaires	1 (2%)
Dépression	2 (3%)
Aucun	22 (36%)

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

Annexe 8. Outil d'indicateurs de soins palliatifs et de support (SPICT-FR)

THE UNIVERSITY of EDINBURGH

Outil d'indicateurs de soins palliatifs et de support (SPICT-FR™)

Le SPICT-FR™ est utilisé pour identifier les personnes dont la santé est en voie de détérioration. Evaluez leurs besoins en termes de soins palliatifs et de support. Planifiez leurs soins.

Cherchez des indicateurs généraux de santé précaire ou en voie de détérioration.

- Hospitalisation(s) non programmée(s)
- Echelle de performance médiocre ou en voie de détérioration, avec réversibilité limitée (ex. la personne reste au lit ou au fauteuil plus de la moitié du temps de veille).
- Dépend d'autrui pour les soins en raison de problèmes de santé physique et/ ou mentale qui se majorent. Davantage d'aide et de soutien sont nécessaires pour le proche aidant.
- Perte de poids progressive ; insuffisance pondérale persistante ; faible masse.
- Symptômes persistants malgré le traitement optimal des maladies sous-jacentes.
- La personne (ou sa famille) demande des soins palliatifs ; elle choisit de réduire, d'arrêter ou de ne pas commencer un traitement ; ou elle souhaite prioriser la qualité de vie.

Cherchez des indicateurs cliniques d'une ou plusieurs maladies limitant l'espérance de vie.

Cancer

L'état fonctionnel se détériore du fait d'un cancer progressif.

Trop fragile pour le traitement spécifique du cancer ; l'objectif du traitement est le contrôle des symptômes.

Démence / fragilité

Incapacité à s'habiller, marcher ou manger sans aide.

La personne mange moins et boit moins ; difficultés à avaler.

Incontinence urinaire et fécale.

N'est plus capable de communiquer en parlant ; peu d'interactions sociales.

Chutes fréquentes ; fracture du fémur.

Épisodes fébriles récurrents ou infections ; pneumopathie d'inhalation.

Maladie neurologique

Détérioration progressive des fonctions physiques et/ ou cognitives malgré une thérapie optimale.

Problèmes d'élocution avec difficulté progressive pour communiquer et/ ou avaler.

Pneumopathie d'inhalation récurrente ; essoufflement ou insuffisance respiratoire.

Paralysie persistant après un accident vasculaire cérébral, avec perte fonctionnelle importante et handicap permanent.

Maladie cardiaque / vasculaire

Insuffisance cardiaque ou maladie coronarienne étendue et non traitable, avec essoufflement ou douleur thoracique survenant au repos, ou pour un effort minime.

Maladie vasculaire périphérique grave et inopérable.

Maladie respiratoire

Insuffisance respiratoire chronique grave, avec essoufflement au repos ou pour un effort minime entre des décompensations aiguës.

Hypoxie persistante, nécessitant une oxygénothérapie au long cours.

A eu besoin de ventilation pour une insuffisance respiratoire, ou la ventilation est contre-indiquée.

Maladie rénale

Insuffisance rénale chronique au stade 4 ou 5 (DFG < 30 ml/min) avec détérioration de la santé.

Insuffisance rénale compliquant d'autres pathologies limitant l'espérance de vie, ou compliquant certains traitements.

Arrêt ou non mise en œuvre de la dialyse.

Maladie du foie

Cirrhose avec au moins une complication au cours de l'année passée :

- ascite résistante aux diurétiques
- encéphalopathie hépatique
- syndrome hépatorénal
- péritonite bactérienne
- hémorragies récurrentes de varices oesophagiennes

Transplantation hépatique impossible.

Autres maladies

Personnes dont l'état de santé se détériore, ou risquant de décéder, avec d'autres maladies ou complications qui ne sont pas réversibles ; les traitements disponibles auront des résultats médiocres.

Ré-évaluez la prise en charge actuelle, et discutez de la planification des soins.

- Passez en revue les traitements actuels pour que la personne reçoive des soins optimaux ; réduisez la polymédication.
- Envisagez une consultation spécialisée si les symptômes ou les besoins sont complexes et difficiles à gérer.
- Mettez-vous d'accord sur la planification des soins actuels et futurs avec la personne et sa famille. Soutenez les proches-aidants.
- Planifiez à l'avance et précocement si la perte de capacité décisionnelle est probable.
- Consignez, communiquez et coordonnez le plan de soin.

Inscrivez-vous sur le site web de SPICT (www.spict.org.uk) pour accéder à plus d'informations et de mises à jour

SPICT-FR™, mai 2019

Disponible sur : https://www.spict.org.uk/the-spict/spict-fr/ [Internet] [cité 1 juin 2024]

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Population par sexe et groupe d'âges | Insee [Internet]. [cité 1 juin 2024]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381474#figure1_radio1`

2. Population par âge − Tableaux de l'économie française | Insee [Internet]. [cité 1 juin 2024]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/4277619?sommaire=4318291

3. Castaing - 2022 - L'état de santé de la population en France.pdf [Internet]. [cité 2 juin 2024]. Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-09/DD102EMB.pdf

4. Prendre en charge une personne âgée polypathologique en soins primaires [Internet]. [cité 1 juin 2024]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-04/note_methodologique_polypathologie_de_la_personne_agee.pdf

5. Synthèse Analyse de l'activité hospitalière 2018 [Internet]. [cité 1 juin 2024]. Disponible sur: https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/3675/synthese_aah_2018_v2.pdf

6. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES). Acta Endosc. avr 1998;28(2):151-5.

7. Observatoire National de la Fin de Vie RAPPORT 2011 « Fin de vie : un premier état des lieux [Internet]. [cité 1 juin 2024]. Disponible sur: https://www.vie-publique.fr/files/rapport/pdf/124000093.pdf

8. Décret n° 2010-158 du 19 février 2010 portant création de l'Observatoire national de la fin de vie. 2010-158 févr 19, 2010.

9. LOI n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie (1). 2016-87 févr 2, 2016.

10. LOI no 99-477 du 9 juin 1999 visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs (1). 99-477 juin 9, 1999.

11. Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. [cité 1 juin 2024]. Le code de déontologie. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/code-deontologie/devoirs-patients-art-32-55

12. Développement des soins palliatifs et accompagnement de la fin de vie. Le plan national 2021-2024 [Internet]. [cité 1 juin 2024]. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/min_plan_national_et_soins_palliatifs_fin_de_vie_2022-v10.pdf

13. Parcours de soins d'une personne ayant une maladie chronique en phase palliative [Internet]. [cité 1 juin 2024]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-09/note_de_cadrage_soins_palliatifs_web.pdf

14. Le Conseil économique social et environnemental [Internet]. [cité 1 juin 2024]. Convention citoyenne sur la fin de vie. Disponible sur: http://www.lecese.fr/convention-citoyenne-sur-la-fin-de-vie

15. Avis 139 Questions éthiques relatives aux situations de fin de vie : autonomie et solidarité | Comité Consultatif National d'Ethique [Internet]. [cité 1 juin 2024]. Disponible sur: https://www.ccne-ethique.fr/fr/publications/avis-139-questions-ethiques-relatives-aux-situations-de-fin-de-vie-autonomie-et

16. Stratégie décennale des soins d'accompagnement [Internet]. [cité 1 juin 2024]. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_decennale_soins_d_accompagnement.pdf

17. Kelley AS, Deb P, Du Q, Aldridge Carlson MD, Morrison RS. Hospice enrollment saves money for Medicare and improves care quality across a number of different lengths-of-stay. Health Aff Proj Hope. mars 2013;32(3):552-61.

18. Sebag-Lanoë R. Soins palliatifs et gériatrie, un défi. Gérontologie Société. 2004;27 / 108(1):117-27.

19. Voumard R, Rubli Truchard E, Benaroyo L, Borasio GD, Büla C, Jox RJ. Geriatric palliative

care: a view of its concept, challenges and strategies. BMC Geriatr. déc 2018;18(1):220.

20. Santivasi WL, Partain DK, Whitford KJ. The role of geriatric palliative care in hospitalized older adults. Hosp Pract. 31 mars 2020;48(sup1):37-47.

21. matchID - Moteur de recherche des personnes décédées [Internet]. [cité 2 juin 2024]. Disponible sur: https://deces.matchid.io/search

22. Sánchez-Dávila JN, Verástegui EL, Peña-Nieves A, Allende-Pérez SR. Integration of the geriatric palliative care in oncological care of elderly patient with cancer. Palliat Support Care. 15 avr 2024;1-9.

23. Quinn KL, Wegier P, Stukel TA, Huang A, Bell CM, Tanuseputro P. Comparison of Palliative Care Delivery in the Last Year of Life Between Adults With Terminal Noncancer Illness or Cancer. JAMA Netw Open. 4 mars 2021;4(3):e210677.

24. Kurniawan HI, Sciacca KR, Wachterman MW, Gelfand SL. Clinical practice review: outpatient palliative care for the geriatric chronic kidney disease population. Ann Palliat Med. janv 2023;0(0):0-0.
25. Kavalieratos D, Gelfman LP, Tycon LE, Riegel B, Bekelman DB, Ikejiani DZ, et al. Palliative Care in Heart Failure. J Am Coll Cardiol. oct 2017;70(15):1919-30.

26. Lüthi FT, Borasio GD, Bernard M. Identification des patients palliatifs : enjeux et outils de dépistage. Rev Médicale Suisse. 2017;13(548):307-9.

27. Kawashima A, Evans CJ. Needs-based triggers for timely referral to palliative care for older adults severely affected by noncancer conditions: a systematic review and narrative synthesis. BMC Palliat Care. 9 mars 2023;22(1):20.

28. Soins palliatifs – À amorcer tôt et à gérer en collégialité [Internet]. [cité 2 juin 2024]. Soins palliatifs – À amorcer tôt et à gérer en collégialité. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/pprd_2974201/fr/soins-palliatifs-a-amorcer-tot-et-a-gerer-en-collegialite

29. Sallnow L, Smith R, Ahmedzai SH, Bhadelia A, Chamberlain C, Cong Y, et al. Report of the Lancet Commission on the Value of Death: bringing death back into life. The Lancet. févr 2022;399(10327):837-84.

30. Manckoundia P, Mischis-Troussard C, Ramanantsoa M, Blettery B, François-Pursell I, Martin-Pfitzenmeyer I, et al. Les soins palliatifs en gériatrie : étude rétrospective de 40 cas. Rev Médecine Interne. nov 2005;26(11):851-7.

31. Lee W, Chang S, DiGiacomo M, Draper B, Agar MR, Currow DC. Caring for depression in the dying is complex and challenging – survey of palliative physicians. BMC Palliat Care. déc 2022;21(1):11.

32. Cerullo G, Figueiredo T, Coelho C, Campos CS, Videira-Silva A, Carrilho J, et al. Palliative Care in the Ageing European Population: A Cross-Country Comparison. Int J Environ Res Public Health. 19 janv 2024;21(1):113.

33. Trolong-Bailly C, Bayet-Papin B, Bransiet L, Crétinon M. 2. Les soins palliatifs gériatriques ont-ils une spécificité ?: Rev Int Soins Palliatifs. 12 mai 2021;Vol. 35(2):87-8.

34. van Hecke O, Austin SK, Khan RA, Smith BH, Torrance N. Neuropathic pain in the general population: a systematic review of epidemiological studies. Pain. avr 2014;155(4):654-62.

35. Giovannini S, Coraci D, Brau F, Galluzzo V, Loreti C, Caliandro P, et al. Neuropathic Pain in the Elderly. Diagn Basel Switz. 30 mars 2021;11(4):613.

36. « Il va mourir de faim, il va mourir de soif » : Que répondre ? [Internet]. [cité 2 juin 2024]. Disponible sur: https://www.sfap.org/system/files/il-va-mourir-faim-rev2012.pdf

37. Lee YJ, Hwang IC, Choi YS, Ahn HY, Lee EJ, Kim DE. Association between oral health status and survival time in terminally ill cancer patients [Internet]. 2023 [cité 2 juin 2024]. Disponible sur: https://www.researchsquare.com/article/rs-2950422/v1

38. Hosoi T, Ozone S, Hamano J, Maruo K, Maeno T. Prediction Models for Impending Death Using Physical Signs and Vital Signs in Noncancer Patients: A Prospective Longitudinal Observational Study. Palliat Med Rep. 2021;2(1):287-95.

39. Bolly C. La mise en œuvre d'une démarche éthique peut-elle influencer la souffrance des soignants ? Psycho-Oncol. juin 2011;5(2):98-108.

40. Guirimand F, Dubois E, Laporte L, Richard JF, Leboul D. Death wishes and explicit requests for euthanasia in a palliative care hospital: an analysis of patients files. BMC Palliat Care. déc 2014;13(1):53.

41. Leboul D, Bousquet A, Chassagne A, Mathieu-Nicot F, Ridley A, Cretin E, et al. Understanding why patients request euthanasia when it is illegal: a qualitative study in palliative care units on the personal and practical impact of euthanasia requests. Palliat Care Soc Pract. janv 2022;16:263235242110669.

42. Les Français et la fin de vie : état des connaissances et attentes des citoyens [Internet]. Parlons Fin de Vie. [cité 2 juin 2024]. Disponible sur: https://www.parlons-fin-de-vie.fr/je-minteresse-a-la-fin-de-vie/les-francais-et-la-fin-de-vie/

43. Moulin P. Les soins palliatifs en France: Un mouvement paradoxal de médicalisation du mourir contemporain. Cah Int Sociol. 1 janv 2000;108:125-59.

44. Piers R, Pautex S, Curale V, Pfisterer M, Van Nes MC, Rexach L, et al. Palliative care for the geriatric patient in Europe: Survey describing the services, policies, legislation, and associations. Z Für Gerontol Geriatr. déc 2010;43(6):381-5.

45. Cabrera Aguilar A, Segura J, De Carvalho G, Espolio Desbaillet Y. Équipe mobile mixte gériatrie et soins palliatifs intrahospitalière. L'expérience neuchâteloise. Rev Médicale Suisse. 2021;17(757):1890-3.

46. Min L, Saul D, Firn J, Chang R, Wiggins J, Khateeb R. Interprofessional geriatric and palliative care intervention associated with fewer hospital days. J Am Geriatr Soc. févr 2022;70(2):398-407.

RÉSUMÉ ET MOTS-CLÉS

État des lieux des pratiques de soins palliatifs en services d'hospitalisation de gériatrie au CHU de Poitiers en 2022

INTRODUCTION
Le vieillissement de la population génère des enjeux de prise en charge des sujets âgés atteints de pathologies chroniques, graves et/ou évolutives. La médecine gériatrique et les soins palliatifs visent à optimiser les soins et à améliorer la qualité de vie de ces patients grâce à une approche globale et intégrée médico-psycho-sociale. Cependant, la filière palliative gériatrique est encore peu développée malgré l'essor au cours des dernières années de ces deux disciplines qui collaborent étroitement, et les études traitant des soins palliatifs gériatriques en milieu hospitalier sont rares.
L'objectif de notre étude était de comparer les caractéristiques des patients hospitalisés en service de gériatrie et ayant reçu des soins palliatifs sans intervention d'une équipe spécialisée en médecine palliative, avec ceux pour lesquels l'équipe mobile de soins palliatifs intra-hospitalière avait été sollicitée.

MATERIELS ET METHODES
Cette étude était rétrospective, observationnelle, descriptive et monocentrique, faisant état des lieux des pratiques de soins palliatifs en services d'hospitalisation de gériatrie au CHU de Poitiers (France) en 2022. Les caractéristiques des patients, les motifs d'hospitalisation, leur symptomatologie et leur prise en charge ont été comparés, et le cas échéant, les interventions de l'équipe mobile de soins palliatifs intra-hospitalière ont été décrites.

RESULTATS
Dans notre étude, 120 patients ont été inclus, 61 dans le groupe de patients hospitalisés en gériatrie avec intervention de l'équipe mobile de soins palliatifs et 59 dans le groupe sans intervention. Dans 60% des cas, le statut palliatif n'était pas identifié avant l'hospitalisation. Les médecins gériatres sollicitaient l'équipe mobile de soins palliatifs pour des situations plus complexes avec des questionnements éthiques nécessitant de la collégialité, des hospitalisations significativement plus longues et plus de symptômes réfractaires, notamment psychologiques, psychiatriques et/ou psycho-comportementaux. Les décès étaient plus fréquents et plus rapides dans l'autre groupe. Les patients ayant rédigé des directives anticipées étaient rares dans les deux groupes.

CONCLUSION
L'identification des profils de patients hospitalisés en gériatrie et relevant de soins doit permettre d'optimiser leurs parcours de soins et la qualité de la fin de vie grâce à la détection précoce des besoins, l'intervention d'équipes pluridisciplinaires et la diffusion de la culture palliative notamment concernant la gestion des symptômes.

MOTS-CLES
Gériatrie, soins palliatifs, soins intégrés, hospitalisation, équipe pluridisciplinaire, gestion des symptômes, éthique, fin de vie.

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

État des lieux des pratiques de soins palliatifs en services d'hospitalisation de gériatrie au CHU de Poitiers en 2022

INTRODUCTION
Le vieillissement de la population génère des enjeux de prise en charge des sujets âgés atteints de pathologies chroniques, graves et/ou évolutives. La médecine gériatrique et les soins palliatifs visent à optimiser les soins et à améliorer la qualité de vie de ces patients grâce à une approche globale et intégrée médico-psycho-sociale. Cependant, la filière palliative gériatrique est encore peu développée malgré l'essor au cours des dernières années de ces deux disciplines qui collaborent étroitement, et les études traitant des soins palliatifs gériatriques en milieu hospitalier sont rares.
L'objectif de notre étude était de comparer les caractéristiques des patients hospitalisés en service de gériatrie et ayant reçu des soins palliatifs sans intervention d'une équipe spécialisée en médecine palliative, avec ceux pour lesquels l'équipe mobile de soins palliatifs intra-hospitalière avait été sollicitée.

MATERIELS ET METHODES
Cette étude était rétrospective, observationnelle, descriptive et monocentrique, faisant état des lieux des pratiques de soins palliatifs en services d'hospitalisation de gériatrie au CHU de Poitiers (France) en 2022. Les caractéristiques des patients, les motifs d'hospitalisation, leur symptomatologie et leur prise en charge ont été comparés, et le cas échéant, les interventions de l'équipe mobile de soins palliatifs intra-hospitalière ont été décrites.

RESULTATS
Dans notre étude, 120 patients ont été inclus, 61 dans le groupe de patients hospitalisés en gériatrie avec intervention de l'équipe mobile de soins palliatifs et 59 dans le groupe sans intervention. Dans 60% des cas, le statut palliatif n'était pas identifié avant l'hospitalisation. Les médecins gériatres sollicitaient l'équipe mobile de soins palliatifs pour des situations plus complexes avec des questionnements éthiques nécessitant de la collégialité, des hospitalisations significativement plus longues et plus de symptômes réfractaires, notamment psychologiques, psychiatriques et/ou psycho-comportementaux. Les décès étaient plus fréquents et plus rapides dans l'autre groupe. Les patients ayant rédigé des directives anticipées étaient rares dans les deux groupes.

CONCLUSION
L'identification des profils de patients hospitalisés en gériatrie et relevant de soins doit permettre d'optimiser leurs parcours de soins et la qualité de la fin de vie grâce à la détection précoce des besoins, l'intervention d'équipes pluridisciplinaires et la diffusion de la culture palliative notamment concernant la gestion des symptômes.

MOTS-CLES
Gériatrie, soins palliatifs, soins intégrés, hospitalisation, équipe pluridisciplinaire, gestion des symptômes, éthique, fin de vie.