

UNIVERSITÉ DE LILLE  
**FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG**

Année : 2021

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT  
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Taux de décès avec ou sans prise en charge palliative en médecine  
aiguë gériatrique et comparaison des caractéristiques des patients  
décédés avec ou sans cet accompagnement**

Présentée et soutenue publiquement le 1<sup>er</sup> Juin 2021 à 18 heures  
au Pôle Formation  
par **Zsófia BUKOR**

---

**JURY**

**Président :**

**Monsieur le Professeur François PUISIEUX**

**Assesseurs :**

**Monsieur le Professeur Jean-Baptiste BEUSCART**

**Monsieur le Docteur Matthieu CALAFIORE**

**Monsieur le Docteur Guillaume DESCHASSE**

**Directeur de thèse :**

**Monsieur le Professeur Jean-Baptiste BEUSCART**

---

## **AVERTISSEMENT**

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

## Liste des abréviations

ADL : *Activities of Daily Living* – activités de base de la vie quotidienne  
ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé  
ATIH : Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation  
CGD : Charlotte Gérard Dransart  
CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés  
CPP : Comité de Protection des Personnes  
EAPC : *European Association for Palliative Care*  
EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes  
FV : Fabien Visade  
GD : Guillaume Deschasse  
GHICL : Groupement des Hôpitaux de l'Institut Catholique de Lille  
GSF PIG : *Gold Standards Framework Prognostic Indicator Guidance*  
IAHPC : *International Association for Hospice and Palliative Care*  
IMC : Index de Masse Corporelle  
INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques  
JBB : Jean-Baptiste Beuscart  
LAC : Louis-Antoine Couvreur  
MAG : Médecine Aiguë Gériatrique  
MCO : médecine conventionnelle  
MMS : *Mini Mental State* – test d'évaluation des fonctions cognitives  
NECPAL : *NECesidades PALiativas*  
OMS : Organisation Mondiale de la Santé  
ONU : Organisation des Nations Unies  
PD : Perrine Devulder  
PHRC : Protocole Hospitalier de Recherche Clinique  
SFAP : Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs  
SQ : *Surprise Question*  
SSR : Service de Soins de suite et de Réadaptation  
WHPCA : *Worldwide Hospice Palliative Care Alliance*  
ZB : Zsofia Bukor

## Table des matières

<b>I. RESUME .....</b>	<b>5</b>
<b>II. INTRODUCTION .....</b>	<b>6</b>
<b>III. MATERIEL ET METHODE.....</b>	<b>9</b>
A. TYPE D'ETUDE.....	9
B. ÉTHIQUE.....	9
C. POPULATION DE L'ETUDE.....	10
D. DONNEES RECUEILLIES .....	11
E. ANALYSE STATISTIQUE .....	13
<b>IV. RESULTATS .....</b>	<b>14</b>
A. DIAGRAMME DE FLUX .....	14
B. POPULATION DE L'ETUDE.....	15
C. TAUX DE DECES.....	15
D. COMPARAISON DES CARACTERISTIQUES DES PATIENTS DECEDES AVEC OU SANS ACCOMPAGNEMENT PALLIATIF .....	16
E. INSTAURATION DE SOINS PALLIATIFS.....	19
F. PATIENTS TRANSFERES.....	20
<b>V. DISCUSSION .....</b>	<b>21</b>
A. RAPPEL DES RESULTATS PRINCIPAUX.....	21
B. COMPARAISON AVEC LES DONNEES DE LA LITTERATURE .....	22
C. OUTILS D'AIDE A LA DECISION .....	23
D. FORCES ET FAIBLESSES DE NOTRE ETUDE .....	25
E. PERSPECTIVES.....	26
<b>VI. CONCLUSION.....</b>	<b>28</b>
<b>VII. BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>29</b>
<b>VIII. ANNEXES .....</b>	<b>34</b>

## I. RESUME

**Contexte** : Le taux de décès en service de médecine aiguë gériatrique (MAG) est non négligeable. Au vu du grand âge et de la fragilité des patients en MAG, la question de l'instauration de soins palliatifs est fréquente dans ces services. Les caractéristiques associées à l'instauration de soins palliatifs en MAG ont été peu étudiées. L'objectif de cette étude était de déterminer le taux de décès avec ou sans prise en charge palliative en MAG et de comparer les caractéristiques des patients décédés avec ou sans soins palliatifs.

**Méthode** : Étude de cohorte multicentrique ambispective basée sur l'étude DAMAGE, qui a inclus 3509 patients âgés de 75 ans ou plus admis en MAG sur une période de 16 mois, avec un recueil prospectif des caractéristiques cliniques et gériatriques. Les dossiers des patients décédés ont été relus de manière rétrospective afin de s'assurer de l'exactitude des données concernant la mise en place d'un accompagnement palliatif avant le décès.

**Résultats** : Au total, 177 (5.7%) patients sont décédés durant leur hospitalisation en MAG dont 123 (69.5%) ont bénéficié d'un accompagnement palliatif avant leur décès. La comparaison des caractéristiques des patients décédés avec ou sans soins palliatifs n'a pas mis en évidence de différence significative, mis-à-part le taux de créatinine à l'entrée dans le service.

**Conclusion** : Le recours aux soins palliatifs avant décès en MAG est important et concerne plus de deux tiers des patients. Il n'y a pas de différence significative entre les caractéristiques des patients ayant eu ou n'ayant pas eu de soins palliatifs, suggérant que la décision de l'instauration de tels soins reposerait davantage sur une approche globale et individuelle du patient que sur des critères cliniques spécifiques.

## II. INTRODUCTION

Le vieillissement de la population est un défi à l'échelle mondiale. Selon un rapport de l'Organisation des Nations Unies (ONU) publié en 2019, le pourcentage de la population âgée de 65 ans ou plus a augmenté de 6 à 9% entre 1990 et 2019 et devrait encore croître jusqu'à 16% d'ici 2050 (1). Cette augmentation est liée aux phénomènes de baisse de fécondité et d'allongement de l'espérance de vie. L'Europe a été le premier continent à connaître cette transition démographique et c'est pourquoi sa population est aujourd'hui la plus âgée dans le monde : 18% des personnes sont âgées de 65 ans ou plus et ce pourcentage pourrait atteindre 26% en 2050 (2). En France, ce pourcentage a déjà atteint 20% en 2019, soit une personne sur cinq est âgée de 65 ans ou plus (3).

Selon les données de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), 90% des décès en Europe surviennent chez les personnes âgées d'au moins 65 ans et les morts inattendues ont diminué au profit de fins de vie longues et plus prévisibles – telles les pathologies cardiovasculaires, le diabète, les affections respiratoires chroniques mais aussi les pathologies neurodégénératives comme la démence qui est devenu la 5<sup>ème</sup> cause de mortalité dans le monde en 2016 (14<sup>ème</sup> en 2000) (4).

L'allongement important de l'espérance de vie va donc de pair avec l'augmentation de la prévalence des comorbidités et de la perte d'autonomie. Les maladies et les problèmes de santé ont tendance à se cumuler avec l'âge, à diminuer les capacités de récupération et à fragiliser l'organisme, engendrant des altérations des fonctions motrices, sensorielles et cognitives et conduisant à différents niveaux d'incapacité (5).

En effet, les patients atteints de maladie chronique font face à une période plus ou moins longue de déclin physique et psychologique progressif, entrecoupée d'épisodes d'exacerbations aiguës qui nécessitent des hospitalisations répétées (6).

Selon le relevé national de l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH), 1,6 million de personnes âgées de 80 ans ou plus ont été hospitalisées en 2019 en France, et la part des patients hospitalisés âgés de 65 ans ou plus avait atteint 39.4% en 2018 (7). De plus, d'après les relevés démographiques de l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE), 59% des décès en France ont lieu dans un établissement de santé (hôpital ou clinique) et ce nombre augmente jusqu'à près de 70% pour la catégorie des personnes âgées de 65 à 79 ans (8), alors qu'il n'était que de 25% dans les années 1950 (9).

Ainsi, il paraît indispensable d'assurer un meilleur accès aux soins pour les séniors et leur offrir une prise en charge adaptée, qui doit passer par l'amélioration de la qualité de vie avec ou sans dépendance, le maintien d'une continuité des programmes de soins entre les différents acteurs de la prise en charge et l'accompagnement de fin de vie (10).

Depuis les années 1990, les soins palliatifs s'élargissent à la population des personnes âgées polypathologiques et dépendantes, dont l'accompagnement devient le défi quotidien des médecins (11).

Les soins palliatifs sont des « soins actifs, continus, évolutifs ... qui ont pour objectif, dans une approche globale et individualisée, de prévenir ou de soulager les symptômes..., d'anticiper les risques de complications et de prendre en compte les besoins psychologiques, sociaux et spirituels, dans le respect de la dignité de la

personne soignée » (définition de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES)) (12). Ils étaient initialement destinés à l'accompagnement des patients souffrants de cancer évolué pour lequel il n'existait plus de thérapeutique curative, puis ont été étendus aux patients atteints par le virus de l'immunodéficience humaine, avant de s'étendre à la population des personnes âgées fragiles, en France essentiellement grâce aux travaux du Dr Renée Sebag Lanoë (13–15).

Cependant, encore aujourd'hui, le choix de l'instauration d'un accompagnement palliatif chez les personnes âgées reste complexe, et les médecins se trouvent régulièrement en difficulté quant à la reconnaissance non seulement du moment opportun pour son initiation mais aussi des patients qui devraient en bénéficier (16–18).

L'étude DAMAGE est une large étude de cohorte prospective qui a été réalisée sur 6 centres hospitaliers en France et qui incluait les patients hospitalisés en médecine aiguë gériatrique (MAG) de plus de 75 ans sur une durée totale de 16 mois. Elle a permis de recueillir différentes caractéristiques socio-démographiques, cliniques et biologiques de ces patients ainsi que des données d'évolution au cours de l'hospitalisation, telles l'instauration de soins palliatifs dans le service ou la survenue d'un décès.

Ainsi, cette étude ancillaire a pu être réalisée dans l'objectif de déterminer le taux de décès avec ou sans prise en charge palliative en MAG et de comparer les caractéristiques des patients décédés avec ou sans soins palliatifs.



### **III. MATERIEL ET METHODE**

#### **A. Type d'étude**

Il s'agit d'une étude de cohorte ambispective, associant une part prospective et une part rétrospective, basée sur l'étude DAMAGE.

L'étude DAMAGE est une étude de cohorte prospective multicentrique réalisée sur 6 centres d'inclusion : CHU de Lille Hôpital Salengro, CHU de Lille Institut Cœur-Poumon, Hôpital Saint Philibert du Groupement des Hôpitaux de l'Institut Catholique de Lille (GHICL), CHU Amiens-Picardie, CHU de Caen et CH de Saint Quentin. Elle concerne les patients âgés de 75 ans ou plus pendant et après une hospitalisation en MAG dans les régions Hauts-de-France et Normandie en France. Il s'agit d'un Protocole Hospitalier de Recherche Clinique inter-régional (PHRC) n° 13-097, NCT02949635.

L'objectif principal de cette étude est de déterminer le taux de décès avec ou sans prise en charge palliative en MAG et de comparer les caractéristiques des patients décédés avec ou sans soins palliatifs. Les objectifs secondaires sont de réévaluer le taux de décès des patients admis en MAG en y intégrant les patients décédés après un transfert vers un autre service et de déterminer le taux d'initiation de soins palliatifs au cours de l'hospitalisation en MAG.

#### **B. Éthique**

L'étude DAMAGE a été élaborée en accord avec la Déclaration d'Helsinki, l'autorisation pour la réalisation de l'étude a été délivrée par le Comité de Protection des Personnes (CPP) Nord-Ouest IV le 13 février 2015 et un amendement a été accepté le 21 janvier 2016 (IDRCB 2014 A01670. CNIL bx A15352514).

Une information détaillée, orale et écrite, a été délivrée aux patients et à leur famille proche ou à leur représentant légal, afin de s'assurer de la bonne compréhension de l'étude, des risques potentiels et des bénéfices attendus. En accord avec la législation française (loi Jardé), cette étude qui était purement observationnelle et n'impliquait aucune intervention spécifique, n'a pas nécessité de consentement écrit de la part du patient ou de sa famille. Les patients étaient informés qu'ils pouvaient s'opposer à la participation à l'étude DAMAGE sans aucune conséquence sur leur prise en charge en MAG. En cas d'incapacité à s'y opposer, notamment en cas de troubles neurocognitifs sévères, le plus proche parent ou le représentant légal pouvait le faire. Les patients, leur proche parent ou leur représentant légal, pouvaient se rétracter de l'étude à n'importe quel moment, et ce sans aucune conséquence.

### **C. Population de l'étude**

Pour l'étude DAMAGE, tous les patients âgés de 75 ans ou plus, assurés sociaux et admis en MAG étaient éligibles à l'étude. Les patients hospitalisés 48 heures ou moins n'ont pas été inclus, car une durée d'hospitalisation trop courte n'aurait pas permis une évaluation gériatrique représentative. La participation n'était pas non plus proposée aux patients admis directement pour des soins palliatifs. Enfin, les patients qui refusaient de participer à l'étude (refus exprimé par le patient, son proche parent ou son représentant légal) n'étaient pas inclus. La présence de troubles cognitifs n'était pas un critère d'exclusion en soi, l'accord pour la participation à l'étude était alors laissé à un parent proche ou au représentant légal. Les inclusions ont eu lieu entre le 14/09/2016 et le 29/01/2018.

Pour cette étude ancillaire ambispective, les critères d'inclusion étaient :

- décédé au cours de l'hospitalisation en MAG
- transféré vers un autre service suite à l'hospitalisation en MAG
- mis en soins palliatifs pendant l'hospitalisation en MAG

Les patients sortis vivants sans soins palliatifs, vers leur domicile ou leur Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) ou vers un Service de Soins de suite et de Rééducation (SSR) n'étaient pas inclus.

#### **D. Données recueillies**

##### Données prospectives

Au cours de l'étude DAMAGE, les données suivantes ont été recueillies de manière prospective en trois temps durant l'hospitalisation en MAG :

- Évaluation des syndromes gériatriques et des comorbidités durant les 72 premières heures : les données sociales, médicales et les syndromes gériatriques recueillis durant les 72 premières heures d'hospitalisation sont détaillés en **Annexe 1**. Elles comprennent l'âge, le sexe, le lieu de vie, le nombre de médicaments pris à domicile, le nombre d'hospitalisation antérieurs, le score de comorbidités de Charlson, la dépendance selon l'échelle *Activities of Daily Living* (ADL) de Katz, la dénutrition (perte de poids récente, Index de Masse Corporelle (IMC)), les troubles cognitifs et des paramètres biologiques usuels.
- Évaluation de l'état clinique au jour le jour durant l'hospitalisation : l'évaluation de l'état clinique chaque jour permettait de classer le patient dans l'un des cinq états prédéfinis de l'étude – attente de sortie, instabilité clinique hors infection, infection communautaire, infection nosocomiale et soins palliatifs. Ces états étaient exclusifs (un seul état possible par jour) et étaient affectés par le médecin en charge du patient

selon les recommandations détaillées en **Annexe 2**. L'état « soins palliatifs » était considéré comme un état sans transition ou retour possible vers les autres états.

- Orientation le jour de la sortie : l'orientation à la sortie était classée en six groupes – décès, sortie à domicile, retour en EHPAD, transfert en service de médecine ou de chirurgie, transfert en SSR et soins palliatifs.

### Données rétrospectives

Tous les dossiers des patients décédés en MAG ont été relus afin de s'assurer de la mise en place ou non de soins palliatifs avant le décès, ainsi que tous les dossiers des patients mis en soins palliatifs afin de vérifier l'exactitude de cette donnée et celle de l'orientation le jour de la sortie.

Pour tous les patients transférés vers un autre service après leur hospitalisation en MAG, la survenue d'un décès par la suite a été recueillie. Les services dans lesquels les patients ont été transférés ont été classés en réanimation-soins intensifs, chirurgie ou médecine.

### Homogénéisation des recueils

Un relecteur expert a été affecté pour chaque centre (LAC au CHU de Lille Hôpital Salengro, ZB au CHU de Lille Institut Cœur-Poumon, PD à l'Hôpital Saint Philibert du GHICL et CGD au CHU Amiens-Picardie). Deux séances de relecture de 10 dossiers patient en double indépendant ont été réalisées afin d'homogénéiser le recueil entre les différents relecteurs. Les divergences ont été résolues par consensus avec recours à un troisième expert (JBB ou GD) si besoin. Cette procédure a permis aux relecteurs d'appliquer tous les mêmes critères de classification concernant la mise en place de soins palliatifs. En cas de doute lors du recueil, les relecteurs pouvaient solliciter un

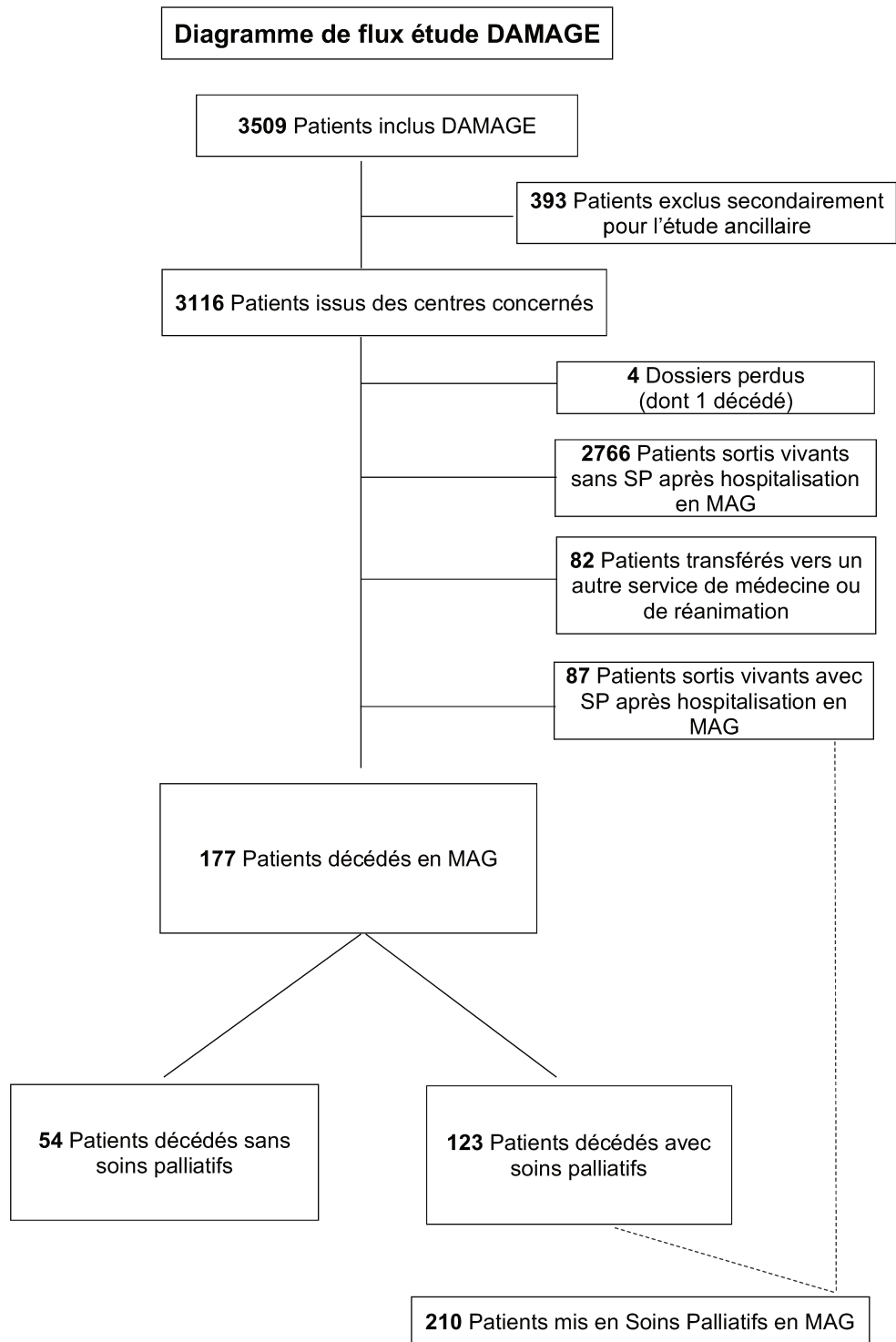
expert (JBB, GD ou FV). Le classement en soins palliatifs dépendait de la relecture du dossier médical du patient et prédominait sur les données d'orientation à la sortie de l'étude DAMAGE.

### **E. Analyse statistique**

Les variables catégorielles ont été présentées en termes de fréquence et de pourcentage. Les variables continues ont été présentées en termes de moyenne et d'écart-type. Les caractéristiques à l'entrée en MAG ont été comparées entre les patients décédés avec accompagnement palliatif et les patients décédés sans cet accompagnement. Les variables catégorielles ont été comparées à l'aide du test de Khi 2 et les variables continues numériques à l'aide du test de Student. Le seuil de significativité a été fixé à  $p < 0,05$ .

## IV. RESULTATS

### A. Diagramme de flux



## **B. Population de l'étude**

Au cours de l'étude DAMAGE :

- 3166 patients ont été inclus dans les centres concernés par cette étude ancillaire.
- 4 dossiers médicaux n'ont pas été retrouvés et donc exclus devant l'impossibilité de relecture pour l'analyse de classement en soins palliatifs, dont 3 dossiers dans la catégorie des patients sortis vivants avec soins palliatifs et 1 dossier de patient décédé avec soins palliatifs.
- 2766 patients sont sortis vivants sans soins palliatifs du service de MAG.
- 87 patients sont sortis vivants du service de MAG après mise en place de soins palliatifs.

## **C. Taux de décès**

Notre étude met en évidence un taux de décès en MAG de 5.7%, dans une population de patients qui a exclu les patients admis pour sédation, pour soins palliatifs actifs dès l'entrée ou décédés durant les premières 48 heures d'hospitalisation (critères d'inclusion et d'exclusion DAMAGE).

Sur les patients décédés, 69.5% ont pu bénéficier d'un accompagnement de fin de vie, c'est-à-dire que le taux de décès sans prise en charge palliative reste de 30.5% dans les services de MAG.

Si on inclut les décès après transfert vers un autre service, le taux de décès après une admission initiale en MAG passe à 6.2%.

**D. Comparaison des caractéristiques des patients décédés avec ou sans accompagnement palliatif**

<b>Tableau 1 – Caractéristiques des patients décédés avec ou sans soins palliatifs</b>					
		<b>SP +</b>		<b>SP -</b>	
	<b>N</b>	<b>Value</b>	<b>N</b>	<b>Value</b>	<b>p</b>
Âge – moyenne ± écart type	123	87.6 ± 5.8	54	87.5 ± 6.1	0.946
Sexe (F) – n (%)	123	81 (65.9)	54	28 (51.9)	0.111
Vit à domicile – n (%)	122	48 (39.3)	54	20 (37.0)	0.903
Vit seul – n (%)	122	36 (29.6)	51	15 (29.4)	1.000
Isolement social – n (%)	121	3 (2.5)	53	2 (3.8)	0.641
Hospitalisé dans les 6 mois précédents – n (%)	120	48 (40.0)	49	26 (53.1)	0.167
Mode d'entrée – n (%)	123		54		0.324
* Hôpital MCO		24 (19.5)		7 (13.0)	
* Transfert établissement d'hébergement		3 (2.4)		4 (7.4)	
* Domicile		3 (2.4)		2 (3.7)	
* Urgences		93 (75.6)		41 (75.9)	
Délai entre l'entrée à l'hôpital et l'entrée dans service de gériatrie ≥ 2 jours – n (%)	117	22 (18.8)	51	8 (15.7)	0.790
Le patient marche-t-il ? – n (%)	122		53		0.958
* Non, confiné au lit et/ou fauteuil		53 (43.4)		23 (43.4)	
* Marche avec aide		41 (33.6)		16 (30.2)	
* Marche sans aide		28 (23.0)		14 (26.4)	
ADL domicile – moyenne ± écart type	117	2.7 ± 2.3	48	2.9 ± 2.0	0.657
ADL entrée – moyenne ± écart type	123	1.1 ± 1.7	52	1.5 ± 1.8	0.128
Nombre de médicaments à domicile – moyenne ± écart type	122	7.4 ± 3.6	53	7.8 ± 4.1	0.519
Prise de psychotropes – n (%)	119	61 (51.3)	53	21 (39.6)	0.213
Antécédent dépression – n (%)	120	16 (13.3)	53	3 (5.7)	0.221
Trouble cognitif – n (%)	123	59 (48.0)	54	18 (33.3)	0.100
MMS – moyenne ± écart type	23	15.5 ± 6.4	13	16.2 ± 6.5	NA
Syndrome confusionnel initial – n (%)	123	47 (38.2)	54	18 (33.3)	0.652
Dénutrition – n (%)	118	35 (29.7)	53	22 (41.5)	0.179
Poids d'entrée, kg – moyenne ± écart type	99	62.4 ± 14.5	47	65.0 ± 18.0	0.385
IMC – moyenne ± écart type	83	23.6 ± 5.7	39	23.2 ± 5.6	0.452
Trouble de la déglutition – n (%)	116	51 (44.0)	50	16 (32.0)	0.204
Albumine, g/l – moyenne ± écart type	104	29.4 ± 6.0	50	28.4 ± 6.4	0.366
Créatinine, µmol/ml – moyenne ± écart type	122	117 ± 86.7	54	90.6 ± 43.8	0.008



	N	SP +	N	SP -	p
		Value		Value	
CKD EPI, ml/min – n (%)	122		54		0.1784
* ≥ 60		46 (37.7)		30 (55.6)	
* [45-60[		26 (21.3)		9 (16.7)	
* [30-45[		27 (22.1)		9 (16.7)	
* [15-30[		18 (4.8)		6 (11.1)	
* < 15		5 (4.1)		0 (0)	
Hémoglobine, g/l – moyenne ± écart type	122	12.3 ± 8.7	54	11.6 ± 2.2	0.446
Vitamine D, ng/ml – moyenne ± écart type	97	24.9 ± 15.3	46	27.9 ± 15.0	0.275
Score de Charlson – moyenne ± écart type	120	2.8 ± 2	53	2.7 ± 2.1	0.690
Insuffisance cardiaque – n (%)	123		54		0.164
* non		75 (61.0)		34 (63.0)	
* légère		13 (10.6)		5 (9.3)	
* modérée à sévère		35 (28.5)		15 (27.8)	
Cancer – n (%)	123	28 (22.8)	52	11 (21.2)	0.972
* au stade métastatique	“	7 (5.7)	“	2 (3.8)	0.724
Durée séjour, jours – moyenne ± écart type	123	11.8 ± 8.2	54	10.0 ± 7.5	0.152
Durée avant SP, jours – moyenne ± écart type	107	6.8 ± 7.7	–	–	–
Infection communautaire – n (%)	123	34 (27.6)	54	20 (37.0)	0.283
Infection nosocomiale – n (%)	123	15 (12.2)	54	10 (18.6)	0.380

Cette comparaison ne met en évidence aucune différence significative dans les caractéristiques des patients décédés avec ou sans soins palliatifs, mis à part le taux de créatinine moyen à l'entrée qui était supérieur chez ceux décédés avec un accompagnement palliatif (117.1  $\mu\text{mol/ml}$  contre 90.6  $\mu\text{mol/ml}$ ,  $p < 0.01$ ). Cette différence significative représentant la fonction rénale n'était plus retrouvée quand elle était comparée par le débit de filtration glomérulaire selon le CKD EPI, où nous avons pu mettre en évidence uniquement une tendance (CKD EPI  $< 60\text{ml/min}$  pour 62.3% contre 44.4%,  $p = 0.18$ ).

Il ne se dessine donc pas de profil gériatrique typique associé aux patients décédés avec une prise en charge palliative, au vu de la comparaison des caractéristiques les concernant.

La moyenne d'âge des patients décédés était quasiment identique dans les 2 groupes, 87.6 ans et 87.5 ans. Les femmes étaient plus représentées dans les 2 catégories, avec une tendance plus nette dans la catégorie des patients décédés avec accompagnement palliatif (65.9% et 51.9%,  $p = 0.111$ ).

L'isolement social, l'institutionnalisation, la capacité à se déplacer seul, la dépendance selon l'échelle ADL ou encore l'antécédent d'hospitalisation récente (moins de 6 mois) ne paraissaient pas avoir joué un rôle dans la décision d'instauration de soins palliatifs. Le nombre de médicaments pris à domicile était également similaire pour les 2 catégories (7.4 contre 7.8,  $p = 0.52$ ).

La prise de psychotrope, l'antécédent de dépression et la présence de troubles cognitifs paraissaient plus fréquents chez les patients décédés avec prise en charge palliative mais les différences retrouvées n'étaient pas statistiquement significatives

(51.3% contre 39.6%,  $p = 0.23$ , 13.3% contre 5.7%,  $p = 0.22$  et 43% contre 33.3%,  $p = 0.1003$ ).

Par ailleurs, notre étude suggère que même les patients cancéreux ne bénéficiaient pas plus facilement d'un accès à une prise en charge palliative (22.8% contre 21.2%,  $p = 0.97$ ), et ce même pas si ce cancer était au stade métastatique (5.7% contre 3.8%,  $p = 0.72$ ). De même, la polyopathie ne semble pas avoir joué de rôle dans la décision d'accompagnement palliatif, on retrouve un score de comorbidité de Charlson presque identique dans les 2 groupes de patients (2.8 contre 2.7,  $p = 0.69$ ).

Quant aux données d'évolutivité pendant l'hospitalisation, la présence d'une infection, qu'elle soit communautaire ou nosocomiale, ne paraissait pas participer au choix d'instauration de soins palliatifs, et la durée de l'hospitalisation non plus. Par ailleurs, la durée d'hospitalisation n'était pas significativement allongée pour les patients en accompagnement de fin de vie (11.8 jours et 10.0 jours,  $p = 0.1524$ ).

### **E. Instauration de soins palliatifs**

Au total, une décision d'instauration de soins palliatifs a été prise pour 210 (6.7%) des patients admis en MAG, sur lesquels 87 (41.5%) sont sortis vivants du service.

Ce résultat montre que les services de MAG sont des lieux d'instauration de soins palliatifs, soins qui ne doivent plus uniquement être associés à une prise en charge terminale, à un accompagnement des derniers moments de la vie.

Concernant le délai d'instauration des soins palliatifs par rapport au début de l'hospitalisation en MAG, sur les 123 patients décédés avec une prise en charge palliative, nous avons pu le relever chez 107 de ces patients. En moyenne ce délai était de 6.8 jours.

## F. Patients transférés

Après leur admission initiale en MAG, 82 patients ont été transférés vers un autre service de l'hôpital et 17 d'entre eux sont décédés au cours de ce même séjour hospitalier – soit 20.7%.

<b>Tableau 2 – Répartition des patients transférés et taux de décès en fonction du service destinataire</b>			
	<b>Médecine</b>	<b>Chirurgie</b>	<b>Réanimation</b>
Transférés – n (%)	50 (61)	16 (19.5)	16 (19.5)
Dont décédés – n (%)	6 (12)	1 (6.2)	10 (62)
Taux de décès en fonction du service destinataire – (%)	6 (7.3)	1 (1.2)	10 (12.2)

Notre étude montre donc que près de 4 patients sur 5 survivent après leur transfert vers un service plus adaptée à la prise en charge de leur pathologie. Ce résultat suggère qu'il existe des critères de robustesse motivant judicieusement le choix du médecin de transférer un patient plutôt qu'un autre.

Sur les 17 (20.7%) patients décédés après un transfert, 10 (12.2%) sont morts en service de réanimation-soins intensifs, 6 (7.3%) en service de médecine conventionnelle et 1 (1,2%) en service de chirurgie.

## V. DISCUSSION

### A. Rappel des résultats principaux

Notre étude met en évidence le faible taux de mortalité en MAG, y compris après transfert vers un service de médecine conventionnelle (MCO), et le recours relativement important aux soins palliatifs dans ce service. Néanmoins, nous constatons aussi que près d'un tiers des patients (30.5%) qui décèdent en MAG ne bénéficient pas d'accompagnement de fin de vie dans le cadre de soins palliatifs, et ce malgré la volonté, tant nationale qu'internationale, d'améliorer la qualité de prise en charge de nos séniors dans les derniers mois, voire années, de leur vie.

En France, la loi Léonetti de 2005, puis sa révision en loi Léonetti-Claeys en 2016 (19–21) témoignent de la volonté nationale à soutenir et à encadrer l'accompagnement des personnes en fin de vie, en mettant l'accent sur la dignité de la personne et sur la qualité de vie jusqu'à la mort. 4 plans nationaux successifs (1999-2001, 2002-2005, 2008-2012 et 2015-2018) ont également été élaborés dans ce but, insistant non seulement sur les droits des patients et le soutien à leur famille mais aussi sur la nécessité d'assurer une meilleure formation des professionnels de santé et l'amélioration de l'accès aux soins palliatifs en réduisant les inégalités territoriales (22–25).

Au niveau international, la *European Association for Palliative Care* (EAPC) œuvre depuis 1988 pour sensibiliser les pays européens à l'accompagnement de fin de vie, les soutenir dans les démarches de développement des soins palliatifs au niveau national et pour coordonner les recherches et la formation dans le domaine (26). Plusieurs études internationales témoignent de cette étroite collaboration, comme par exemple sur les soins palliatifs et la démence par Van der Steen et al., les soins

palliatifs et l'insuffisance cardiaque ou respiratoire par Siouta et al., ou encore les soins palliatifs et les maladies chroniques avancées par Gomez-Batiste et al. (27–30).

D'autres associations mondiales soutiennent également cette démarche, telles l'ONU, l'*International Association for Hospice and Palliative Care* (IAHPC) et le *Worldwide Hospice Palliative Care Alliance* (WHPCA) (31–34).

## **B. Comparaison avec les données de la littérature**

Cependant, les publications sur les soins palliatifs témoignent de chiffres qui illustrent le manque et le retard encore important à l'instauration de soins palliatifs.

Poulalhon et al., ont étudié les décès en France en 2013 (35), et seulement 29% des patients ont bénéficié d'un accompagnement palliatif à l'hôpital, contre 69.5% dans notre étude. Cette différence s'explique probablement par l'analyse des décès toutes tranches d'âge confondues. Par ailleurs, 52% des patients en soins palliatifs étaient atteints d'un cancer contre seulement 23% dans notre étude.

Tanuseputro et al., au Canada (36), ont analysé les décès survenus à Ontario sur une période de 2 ans. 51.9% des personnes décédées ont bénéficié de soins palliatifs, dont 84.9% dans un service de soins aigus à l'hôpital (soit 44%). La moitié des soins palliatifs a été initiée dans les 2 derniers mois de vie du patient. Ce pourcentage est également inférieur à celui qui ressort de notre étude, mais là aussi les décès analysés concernaient la population globale et tous lieux confondus.

Selon le *Lancet Oncology Commission*, par Kaasa et al. (37), qui reprend une étude observationnelle de 4466 décès dans quatre pays européens, des soins palliatifs ont été délivrés à 50% des patients décédés en Belgique, 55% en Italie, 62% aux Pays-Bas et 65% en Espagne – des chiffres plus proches du résultat de notre étude. Cependant là encore, les patients qui souffraient d'un cancer avaient 2 fois plus de chance de bénéficier de soins palliatifs par rapport aux patients qui souffraient d'autres

maladies chroniques incurables. Ils ont également constaté que l'accompagnement palliatif était initié peu avant le décès et que sa durée variait en fonction des pathologies.

D'après l'atlas des soins palliatifs par Connor et al., élaboré en association par l'ONU et le WHPCA (38), selon une estimation par les causes de décès à travers le monde en 2011, 37.4% des décès devraient bénéficier d'un accompagnement palliatif. Ce pourcentage peut atteindre 60% dans les pays développés, dont 69% dans la catégorie des personnes âgées de plus de 60 ans.

### **C. Outils d'aide à la décision**

Devant ce constat, la littérature s'est beaucoup intéressée au développement d'outils d'aide à la décision pour épauler les médecins dans leur choix et uniformiser les décisions de soins palliatifs, comme par exemple le Surprise Question (SQ), le Gold Standards Framework Prognostic Indicator Guidance (GSF PIG) ou encore le NECesidades PALiativas (NECPAL) tool (39–41). La plupart de ces outils utilisent des indicateurs généraux de détérioration physique et de risque accru de mortalité (hospitalisations répétées, perte de poids, déclin fonctionnel), en accord avec les caractéristiques relevées dans notre étude comparative. Le NECPAL tool y associe des indicateurs de détérioration psychologique et cognitive, ainsi que des indicateurs cliniques pathologie-spécifiques (42). Bien que la sensibilité de ces outils soit bonne, ils ne sont pas suffisamment spécifiques à l'heure actuelle.

En France, sur le site de la SFAP nous retrouvons également plusieurs fiches d'aide à la décision face à des situations gériatriques sensibles, tel le refus de traitement ou le refus alimentaire par le patient, le refus d'obstination déraisonnable par les soignants (43).

Néanmoins, ces outils sont peu connus par le personnel soignant et comme évoqué au-dessus, ils ne sont pas assez spécifiques. Les résultats de notre étude montrent que l'identification des patients nécessitant des soins palliatifs n'est pas encore optimale, une personne sur trois y échappe. Il semblerait, au regard de nos données comparatives, que les caractéristiques des patients hospitalisés en MAG ne suffisent pas seules à identifier ceux dont le pronostic est réservé et qui devraient bénéficier d'un accompagnement de fin de vie. Notre comparaison n'a pas mis en évidence de profil type de patient dans la catégorie de ceux décédés avec soins palliatifs, des caractéristiques telles que la dépendance, les troubles cognitifs, la dénutrition ou la polyopathie ne semblent pas jouer de rôle dans la décision d'instauration d'un accompagnement de fin de vie.

Dans une autre étude sur les critères d'instauration de soins palliatifs en gériatrie (MAG et SSR) réalisée dans un hôpital de Dijon en France par Manckoundia et al. (44), certaines caractéristiques des patients mis en soins palliatifs en MAG et en SSR ont été relevées pour 40 patients. Les résultats suggèrent également l'absence de différence concernant l'âge, le sexe ou les antécédents entre les patients avec accompagnement palliatif et ceux sans. La seule différence qui semble avoir participé à la décision d'instauration de soins palliatifs dans leur étude est la dépendance mais aucune comparaison par test statistique n'a été réalisée. De plus, cette étude relève un délai d'hospitalisation avant l'instauration de soins palliatifs de 28.3 jours en moyenne. Ce résultat largement supérieur à celui de notre étude (6.8 jours) peut s'expliquer par l'inclusion de patients gériatriques du service de SSR.

Dans l'étude de Tanuseputro et al. (36), par contre, tous les décès d'Ontario au Canada ont été recueillis sur une période de 2 ans, et des différences significatives ressortent quant à la comparaison des caractéristiques de la population d'étude. Les



patients bénéficiant de soins palliatifs étaient plus souvent âgés de 55 à 85 ans, vivaient en zones urbaines et souffraient plus souvent d'une pathologie cancéreuse. Après analyse multivariée, il en ressort même que les hommes avaient moins de chance de bénéficier d'un accompagnement palliatif, tout comme les patients présentant une insuffisance cardiaque ou une démence. De surcroît, plus un patient avait de comorbidités, moins il était probable qu'il reçoive des soins palliatifs – dans notre étude, le score de comorbidités de Charlson était presque identique dans les 2 groupes. Les différences significatives qui ont été soulignées s'expliquent probablement par la population d'étude bien plus large que dans notre analyse. Certains résultats restent tout de même à l'opposé des tendances que nous avons pu observer, comme par exemple l'accès aux soins palliatifs dans la pathologie cancéreuse ou dans la démence, ce qui conforte l'idée d'étudier également les décès et les soins palliatifs en fonction des lieux de survenue ou d'instauration et de la tranche d'âge.

#### **D. Forces et faiblesses de notre étude**

Nos résultats sont basés sur l'analyse d'une étude de cohorte ambispective multicentrique sur 4 centres dans deux régions de France.

Les caractéristiques des patients, l'évolution de leur état clinique au jour le jour et leur orientation à la sortie ont été recueillies de façon prospective et consensuelle, à l'aide d'une feuille de recueil standardisée préalablement établie par des experts. Les données à relever ont été élaborées en accord avec des critères validés d'évaluation gériatrique.

La relecture rétrospective des dossiers concernés par un décès ou par l'instauration de soins palliatifs pendant l'hospitalisation a permis de limiter les biais de classement.

De plus, deux séances de relecture de 10 dossiers en double indépendant ont été réalisées afin d'homogénéiser le recueil entre les différents relecteurs.

Les patients dont le dossier médical n'a pas été retrouvé ont été exclus de l'analyse afin de s'affranchir des biais de sélection.

Cependant, notre étude n'a pu mettre en évidence qu'une seule différence significative entre les caractéristiques des patients décédés en MAG avec un accompagnement palliatif et ceux décédés sans.

L'exclusion des patients hospitalisés moins de 48 heures et de ceux admis directement pour des soins palliatifs a probablement participé à sous-estimer le taux de décès en MAG, mais les caractéristiques à analyser n'auraient pu être relevées.

## **E. Perspectives**

La littérature, en accord avec les résultats de notre étude, suggère que la décision d'instauration de soins palliatifs ne doit donc pas reposer simplement sur la présence de critères binaires de fragilité, mais sur une approche individuelle et globale du patient avec identification de sa trajectoire de fin de vie. Looman et al. (45), soulèvent le problème de l'importante hétérogénéité de la population âgée et définissent 6 profils de fragilité pour lesquels les besoins de prise en charge diffèrent et dont les problèmes de santé variés nécessitent une approche adaptée. Lunney et al. (6), Amblàs-Novellas et al. (46), Murray et al. (47), entre autres, appréhendent la fin de vie selon des types de trajectoire, tels le 'décès inattendu suite à une pathologie aiguë', le 'décès lié à un cancer', le 'décès par décompensations répétées d'insuffisance d'organe' et le 'décès par fragilité'. Leur identification précoce chez nos patients hospitalisés devrait faciliter la reconnaissance des situations nécessitant une prise en charge palliative,

d'améliorer le délai d'instauration de celle-ci et ainsi assurer des soins adaptés et une qualité de fin de vie digne à nos séniors.

En suivant cette démarche, nous devrions donc pouvoir envisager l'instauration des soins palliatifs à un moment plus précoce dans la vie des personnes âgées et ainsi éviter des soins ou des hospitalisations inappropriés. Nos résultats suggèrent que l'accompagnement de fin de vie n'est plus uniquement instauré pour soulager la phase agonique des maladies chroniques, 41.5% des patients mis en soins palliatifs pendant l'hospitalisation sortent vivants du service de MAG. Au niveau international, les études témoignent du souhait des patients de mourir à domicile (48,49) et il serait intéressant d'étudier la répartition des soins palliatifs dispensés en France (hôpital, soins de suite, HAD, EHPAD) et l'implication des médecins généralistes dans l'élaboration d'objectifs de soins adaptés et coordonnés pour leur patient, comme ça a été fait dans d'autres pays, tels les Pays-Bas, le Royaume-Uni ou le Japon (39,50).

L'augmentation constante du recours aux soins palliatifs soulève la question de son encadrement légal et du respect des directives nationales. Les soins palliatifs sont des soins qui ne peuvent être dissociés d'une réflexion éthique approfondie, car les décisions qui en découlent peuvent aboutir à la mort et la frontière avec l'euthanasie est mince. La loi Léonetti de 2005 (20) a été élaborée dans cet objectif. Une étude monocentrique de 2014 du CHU de Saint-Etienne par Bonin et al. (51), s'est interrogée sur son application dans les services de court et moyen séjours gériatriques et il en ressort qu'elle n'a pu être respectée dans toutes ses dimensions. Il serait intéressant d'étudier la révision de cette loi en loi Léonetti-Claeys en 2016 (21), sa connaissance par les médecins ainsi que sa mise en pratique actuelle dans les services de MAG par une étude plus large.

## VI. CONCLUSION

Le taux de décès en MAG est de 5.7%, dans une population de patients qui a exclu les patients admis pour sédation, pour soins palliatifs actifs dès l'entrée ou ceux décédés durant les premières 48 heures d'hospitalisation (critères d'inclusion et d'exclusion DAMAGE).

Le recours aux soins palliatifs avant décès est important en MAG et concerne 69.5% des patients décédés, mais près d'un patient sur trois échappe encore à une prise en charge palliative.

Notre étude n'a pas mis en évidence de différence significative entre les caractéristiques socio-démographiques, clinico-biologiques ou les données d'évolutivité au cours de l'hospitalisation des patients décédés avec ou sans accompagnement palliatif, hormis le taux de créatinine à l'entrée dans le service. La décision d'instauration de soins palliatifs reste un choix complexe pour les médecins et semble donc d'avantage reposer sur une approche globale et individuelle du patient avec identification de sa trajectoire de fin de vie que sur des critères cliniques spécifiques.

Le délai d'instauration d'un accompagnement palliatif chez les patients décédés en MAG est de 6.8 jours en moyenne, inférieur à ceux retrouvés dans la littérature, ce qui témoigne de la volonté croissante des gériatres à définir rapidement les objectifs de soins de leurs patients et de leur assurer ainsi une prise en charge optimale et adaptée à leurs besoins.

## VII. BIBLIOGRAPHIE

1. World Population Ageing 2019.pdf [Internet-cité22juill2020]. Disponible sur: [https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/documents/2020/Jan/un\\_2019\\_worldpopulationageing\\_report.pdf](https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/documents/2020/Jan/un_2019_worldpopulationageing_report.pdf)
2. United Nations et al. - 2019 - World population prospects Highlights, 2019 revisi.pdf [Internet-cité22juill2020]. Disponible sur: [https://population.un.org/wpp/Publications/Files/WPP2019\\_Highlights.pdf](https://population.un.org/wpp/Publications/Files/WPP2019_Highlights.pdf)
3. Quarante ans d'évolution de la démographie française : le vieillissement de la population s'accélère avec l'avancée en âge des baby-boomers | Insee [Internet-cité30juill2020]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4238437>
4. Les 10 principales causes de mortalité [Internet-cité30juill2020]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>
5. Carcaillon-Bentata L, Beltzer N. Vieillissement et fragilité : approches de santé publique / Aging and frailty: Public health approaches. :53.
6. Lunney JR, Lynn J, Foley DJ, Lipson S, Guralnik JM. Patterns of Functional Decline at the End of Life. JAMA. 14 mai 2003;289(18):2387-92.
7. Chiffres clés de l'hospitalisation | Publication ATIH [Internet-cité22août2020]. Disponible sur: <https://www.atih.sante.fr/chiffres-cles-de-l-hospitalisation>
8. 594 000 personnes décédées en France en 2016, pour un quart d'entre elles à leur domicile - Insee Focus - 95 [Internet-cité12mai2020]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3134763>
9. Nizard A. La mortalité en France au cours des cinquante dernières années. Etudes Sur Mort. 2002;no 121(1):9-25.
10. Morrison RS. Research Priorities in Geriatric Palliative Care: An Introduction to a New Series. J Palliat Med. juill 2013;16(7):726-9.
11. 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.
12. Autres définitions des soins palliatifs. autres-def-sp.pdf [Internet-cité23août2020]. Disponible sur: <http://www.sfap.org/system/files/autres-def-sp.pdf>
13. Sebag-Lanoë R. Soins palliatifs et gériatrie, un défi. Gerontol Soc. 2004;27 / n° 108(1):117-27.
14. Sebag-Lanoë R, Lefebvre-Chapiro S, Gomas J-M. Soins palliatifs et accompagnement en gériatrie. EMC - Médecine. févr 2005;2(1):1-8.

15. Soins palliatifs.pdf [Internet-cité23août2020]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-07/note\\_methodologique\\_soins-palliatifs\\_web.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-07/note_methodologique_soins-palliatifs_web.pdf)
16. Pautex S, Curiale V, Van Nes M-C, Frühwald T, Rexach L, Van Den Noortgate N. Palliative care in acute geriatric care units across Europe: Some reflections about the experience of geriatricians. Eur Geriatr Med. sept 2013;4(4):288-92.
17. Saracino RM, Bai M, Blatt L, Solomon L, McCorkle R. Geriatric palliative care: Meeting the needs of a growing population. Geriatr Nur (Lond). mars 2018;39(2):225-9.
18. Dalkin SM, Lhussier M, Philipson P, Jones D, Cunningham W. Reducing inequalities in care for patients with non-malignant diseases: Insights from a realist evaluation of an integrated palliative care pathway. Palliat Med. juill 2016;30(7):690-7.
19. Comment mieux accompagner les patients en fin de vie ? presse\_dp\_reco\_fin\_de\_vie.pdf [Internet-cité18sept2020]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/presse\\_dp\\_reco\\_fin\\_de\\_vie.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/presse_dp_reco_fin_de_vie.pdf)
20. LOI n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie (1) - Légifrance [Internet-cité19sept2020]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000446240/>
21. LOI n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie (1) - Légifrance [Internet-cité19sept2020]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000031970253/>
22. Programme\_de\_developpement\_des\_soins\_palliatifs\_2008\_2012.pdf [Internet-cité17sept2020]. Disponible sur: [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Programme\\_de\\_developpement\\_des\\_soins\\_palliatifs\\_2008\\_2012.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Programme_de_developpement_des_soins_palliatifs_2008_2012.pdf)
23. Santé M des S et de la, Santé M des S et de la. Le plan national « Soins Palliatifs 2015-2018 » [Internet-cité17sept2020]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2020. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/findevie/ameliorer-la-fin-de-vie-en-france/article/le-plan-national-soins-palliatifs-2015-2018>
24. Présentation du plan national 2015-2018. 15\_12\_03\_intfaef.pdf [Internet-cité17sept2020]. Disponible sur: [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/15\\_12\\_03\\_intfaef.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/15_12_03_intfaef.pdf)
25. Les documents et les textes officiels | SFAP - site internet [Internet-cité19sept2020]. Disponible sur: <http://www.sfap.org/rubrique/les-documents-et-les-textes-officiels>

26. European Association for Palliative Care, EAPC > About Us > What We Do [Internet-cité19sept2020]. Disponible sur: <https://www.eapcnet.eu/about-us/what-we-do>
27. van der Steen JT, Radbruch L, Hertogh CM, de Boer ME, Hughes JC, Larkin P, et al. White paper defining optimal palliative care in older people with dementia: A Delphi study and recommendations from the European Association for Palliative Care. *Palliat Med.* 1 mars 2014;28(3):197-209.
28. Siouta N, van Beek K, Preston N, Hasselaar J, Hughes S, Payne S, et al. Towards integration of palliative care in patients with chronic heart failure and chronic obstructive pulmonary disease: a systematic literature review of European guidelines and pathways. *BMC Palliat Care.* 13 févr 2016;15(1):18.
29. Gómez-Batiste X, Murray SA, Thomas K, Blay C, Boyd K, Moine S, et al. Comprehensive and Integrated Palliative Care for People With Advanced Chronic Conditions: An Update From Several European Initiatives and Recommendations for Policy. *J Pain Symptom Manage.* mars 2017;53(3):509-17.
30. IntegratedPalliativeCare2016.pdf [Internet-cité18sept2020]. Disponible sur: <https://www.insup-c.eu/wp-content/uploads/2020/07/IntegratedPalliativeCare2016.pdf?189db0&189db0>
31. Radbruch L, Lima LD, Knaut F, Wenk R, Ali Z, Bhatnagar S, et al. Redefining Palliative Care—A New Consensus-Based Definition. *J Pain Symptom Manage.* 1 oct 2020;60(4):754-64.
32. Palliative care [Internet-cité19sept2020]. Disponible sur: <https://www.who.int/westernpacific/health-topics/palliative-care>
33. Our Work [Internet-cité19sept2020]. The Worldwide Hospice Palliative Care Alliance. 2014. Disponible sur: <http://www.thewhpc.org/our-work>
34. Davies E, Weltgesundheitsorganisation, éditeurs. Better palliative care for older people. Copenhagen; 2004. 40 p. (Healthy cities 21st century).
35. Poulalhon C, Rotelli-Bihet L, Raso C, Aubry R, Fagot-Campagna A, Tuppin P. Personnes décédées en 2013 : caractéristiques, hospitalisations, recours aux soins palliatifs et lieu de décès. *Rev D'Épidémiologie Santé Publique.* mars 2017;65:S19.
36. Tanuseputro P, Budhwani S, Bai YQ, Wodchis WP. Palliative care delivery across health sectors: A population-level observational study. *Palliat Med.* 1 mars 2017;31(3):247-57.
37. Kaasa S. Integration of oncology and palliative care: a Lancet Oncology Commission. 2018;19:66.

38. Connor SR, Sepulveda Bermedo MC, World Health Organization, World Palliative Care Alliance. Global atlas of palliative care at the end of life [Internet]. London: Worldwide Palliative Care Alliance; 2014. Disponible sur: [http://www.who.int/nmh/Global\\_Atlas\\_of\\_Palliative\\_Care.pdf](http://www.who.int/nmh/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf)
39. Maas EAT, Murray SA, Engels Y, Campbell C. What tools are available to identify patients with palliative care needs in primary care: a systematic literature review and survey of European practice. *BMJ Support Palliat Care*. déc 2013;3(4):444-51.
40. Murray SA, Firth A, Schneider N, Van den Eynden B, Gomez-Batiste X, Brogaard T, et al. Promoting palliative care in the community: Production of the primary palliative care toolkit by the European Association of Palliative Care Taskforce in primary palliative care. *Palliat Med*. 1 févr 2015;29(2):101-11.
41. ElMokhallalati Y, Bradley SH, Chapman E, Ziegler L, Murtagh FE, Johnson MJ, et al. Identification of patients with potential palliative care needs: A systematic review of screening tools in primary care. *Palliat Med*. 1 sept 2020;34(8):989-1005.
42. Gómez-Batiste X, Martínez-Muñoz M, Blay C, Amblàs J, Vila L, Costa X, et al. Utility of the NECPAL CCOMS-ICO© tool and the Surprise Question as screening tools for early palliative care and to predict mortality in patients with advanced chronic conditions: A cohort study. *Palliat Med*. 1 sept 2017;31(8):754-63.
43. Travaux groupe SFAP/SFGG | SFAP - site internet [Internet-cité19sept2020]. Disponible sur: <http://www.sfap.org/rubrique/travaux-groupe-sfapsfgg>
44. 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*. 1 nov 2005;26(11):851-7.
45. on behalf of the TOPICS-MDS Research Consortium, Looman WM, Fabbricotti IN, Blom JW, Jansen APD, Lutomski JE, et al. The frail older person does not exist: development of frailty profiles with latent class analysis. *BMC Geriatr* [Internet-cité17mai2018]. déc 2018;18(1). Disponible sur: <https://bmcgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12877-018-0776-5>
46. Amblàs-Novellas J, Murray SA, Espauella J, Martori JC, Oller R, Martinez-Muñoz M, et al. Identifying patients with advanced chronic conditions for a progressive palliative care approach: a cross-sectional study of prognostic indicators related to end-of-life trajectories. *BMJ Open*. sept 2016;6(9):e012340.
47. Murray SA, Kendall M, Boyd K, Sheikh A. Illness trajectories and palliative care. *BMJ*. 28 avr 2005;330(7498):1007-11.
48. Gomes B, Calanzani N, Gysels M, Hall S, Higginson IJ. Heterogeneity and changes in preferences for dying at home: a systematic review. *BMC Palliat Care*. 15 févr 2013;12(1):7.



49. Billingham MJ, Billingham S-J. Congruence between preferred and actual place of death according to the presence of malignant or non-malignant disease: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Support Palliat Care*. juin 2013;3(2):144-54.
50. Hamano J, Oishi A, Kizawa Y. Prevalence and Characteristics of Patients Being at Risk of Deteriorating and Dying in Primary Care. *J Pain Symptom Manage*. févr 2019;57(2):266-272.e1.
51. Bonin M, Liebart S, Chanelière-Sauvant A-F, Vassal P, Célarier T, Gonthier R. Analyse du contexte décisionnel d'arrêt des traitements curatifs en milieu gériatrique : place de la loi relative aux droits des malades en fin de vie. *Médecine Palliat Soins Support - Accompagnement - Éthique*. mars 2015;14(1):40-8.

## VIII. ANNEXES

### Annexe 1 – Évaluation des syndromes gériatriques et des comorbidités à l'entrée

Nom : ..... Prénom : ..... Étiquette

MAG-SAL-.....

#### Profil général

Age : ..... ans  
 Sexe :  1 - Homme  2 - Femme  
 Score de Charlson : .....  
 Nombre de médicaments à domicile : .....  
 (dont psychotropes (BZD, IRS, AD, NL, etc.) : .....

Lieu de vie :  1 - Domicile  2 - EHPAD  3 - USLD  
 Mode d'entrée :  1 - Transfert interne ou autre hôpital (MCO)  
 2 - Transfert établissement d'hébergement  
 3 - Domicile  4 - Urgences  
 Délai entre entrée établissement - entrée gériatrie : ..... jours

**Devenir**

Domicile  1  
 SSR  2  
 Retour Institution  3  
 Transfert MCO  4  
 Soins Palliatifs  5  
 Décès  6

#### Nutrition

Poids : Entrée ..... Kgs  
 Sortie ..... Kgs  
 Référence (année précédente) ..... Kgs  
 Amaigrissement :  
 0 Non  1 donnée non disponible  
 2 >5% en 1 mois ou >10% en 6 mois  
 3 >10% en 1 mois ou >15% en 6 mois

Taille estimée ..... m  
 IMC ..... Kg/m<sup>2</sup>  
 Troubles de déglutition (domicile) :  0 - non  1 - Oui  
 Albumine (J0) ..... g/L  
 Pré-Albumine (J0) ..... g/L  
 Vitamine D ..... ng/mL

#### Autonomie

ADL : Entrée ..... / 6  
 Sortie ..... / 6  
 Domicile 1 et 3 mois avant hospi (1M) : ..... / 6 (3M) : ..... / 6

#### Cognitif

Démence connue  0 - non  1 - Oui MMS en base :  
 Plainte mnésique :  0 - non  1 - Patient  2 - Famille ou soignants  
 MMS (période stable) : .....  x - non réalisable  
 détail des points : Orientation ..... / 10 Rappel ..... / 3  
 Apprentissage ..... / 3 Langage/Praxies ..... / 9  
 Calcul ..... / 5

#### Chutes & ostéoporose

Le patient marche-t-il (avant l'hospitalisation, en état stable) ?  1 - Oui  2 - Lié-Fauteuil  3 - Confiné au lit  
 4 - Oui avec aide (quelle qu'elle soit)

Si le patient marche (avec ou sans aide) :  
 Nombre de chutes sur l'année précédente : .....  0 - non, aucune  
 Antécédents fracture ostéoporotique  1 - Oui  0 - non  
 Traitement de l'ostéoporose :  0 - non  1 - calcium  
 2 - vitamine D  3 - Bisphosphonates

## Score de Comorbidités de Charlson

Pondération	Maladie présente	Cotation
1	Infarctus du myocarde Insuffisance cardiaque congestive Antéophtalmie obstruante des Mb inférieurs Accident vasculaire cérébral Démence Maladie pulmonaire chronique Connectivite Maladie ulcéreuse peptique gastro-duodénale Cirrhose sans hypertension portale Diabète non compliqué	..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... .....
2	Hémipégie (vasculaire et autres) Insuffisance rénale (DFG < 30 mL/min) Diabète compliqué Tumeur solide Leucémie Lymphome	..... ..... ..... ..... ..... ..... .....
3	Cirrhose hépatique avec hypertension portale	.....
6	Tumeur solide métastatique VIH avec ou sans SIDA	..... .....
<b>Total</b>		.....

## Echelle ADL

	Entrée	Sortie	Dom. M1	Dom. M3
<b>Hygiène corporelle</b>				
autonome	1	1	1	1
aide partielle	1/2	1/2	1/2	1/2
dépendant	0	0	0	0
<b>Habillage</b>				
autonome pour le choix des vêtements et l'habillage	1	1	1	1
autonomie pour le choix des vêtements et l'habillage, mais a besoin d'aide pour se chauffer	1/2	1/2	1/2	1/2
dépendant	0	0	0	0
<b>Aller aux toilettes</b>				
autonome pour aller aux toilettes, se déshabiller et se rhabiller ensuite	1	1	1	1
doit être accompagné ou a besoin d'aide pour se déshabiller et se rhabiller	1/2	1/2	1/2	1/2
ne peut aller aux toilettes seul	0	0	0	0
<b>Locomotion</b>				
autonome	1	1	1	1
a besoin d'aide gratuite	1/2	1/2	1/2	1/2
gratuite	0	0	0	0
<b>Continence</b>				
continert	1	1	1	1
incontinence occasionnelle	1/2	1/2	1/2	1/2
incontinert	0	0	0	0
<b>Repas</b>				
Mange seul	1	1	1	1
aide pour couper la viande ou peler les fruits	1/2	1/2	1/2	1/2
dépendant	0	0	0	0

## Annexe 2 – Évaluation de l'état clinique au jour le jour durant l'hospitalisation

Date correspondant à J1 :

	J1	J2	J3	J4	J5	J6	J7	J8	J9	J10	J11	J12	J13	J14	J15
Attente de sortie (SSR ou domicile)															
Obstacle <u>MÉDICAL</u> à la sortie															
Infection communautaire															
Infection Nosocomiale															
Soins Palliatifs															
Confusion (CAM)															
Matériel étranger															
KT périph.															
KT central															
KT sous-out															
Sonde vés.															
<b>Confusion = définition selon la CAM = 1 + 2 + [ 3 OU 4 ]</b>															
Item 1 : Début soudain et fluctuation des symptômes	Réponse positive aux questions suivantes : - Y a-t-il évidence d'un changement soudain de l'état mental du patient de son état habituel? - Est-ce que ce comportement (anormal) a fluctué durant la journée, c'est-à-dire qu'il a eu tendance à être présent ou à augmenter et à diminuer en intensité ?		Réponse positive à la question suivante : - Est-ce que le patient avait de la difficulté à focaliser son attention, par exemple être facilement distrait ou avoir de la difficulté à retenir ce qu'il a été dit ?		Réponse positive à la question suivante : - Est-ce que la pensée du patient était désorganisée ou incohérente, telle qu'une conversation décousue ou non pertinente, ou une suite vague ou illogique des idées, ou passer d'un sujet à un autre de façon imprévisible ?		Réponse positive à la question suivante : - En général, comment évalueriez-vous le niveau de conscience de votre patient : (normal), vigilant (hyperléthargique), léthargique (sédation), stupor (difficile à réveiller), coma ?								
										<b>*Site de l'infection :</b> Infection communautaire : <input type="checkbox"/> 1 - Urinaire <input type="checkbox"/> 2 - Pulmonaire <input type="checkbox"/> 3 - Bactériémie <input type="checkbox"/> 4 - Clostridium difficile <input type="checkbox"/> 5 - Digestif (cholecystite ou diverticulite) <input type="checkbox"/> 6 - Cellulite  1ère Infection : 2ème Infection : 3ème Infection : Nosocomiale : Nosocomiale : Nosocomiale : <input type="checkbox"/> 1 - Urinaire <input type="checkbox"/> 1 - Urinaire <input type="checkbox"/> 1 - Urinaire <input type="checkbox"/> 2 - Pulmonaire <input type="checkbox"/> 2 - Pulmonaire <input type="checkbox"/> 2 - Pulmonaire <input type="checkbox"/> 3 - Bactériémie <input type="checkbox"/> 3 - Bactériémie <input type="checkbox"/> 3 - Bactériémie <input type="checkbox"/> 4 - Clostridium <input type="checkbox"/> 4 - Clostridium <input type="checkbox"/> 4 - Clostridium					

Nom : .....

Prénom : .....

Etiquette

<b>Infection urinaire = A + B</b>	
<b>Pas de sonde vésicale</b> <b>A) Tableau clinique (1 ou 2) :</b> 1 - Dynamie aigüe ou douleurs aigües au niveau des testicules, épiphyse, prostate 2 - Fièvre ou hyperleucocytose ET au moins 1 signe fonctionnel urinaire : - douleur/tension aigüe d'un angle costo-ventral, - douleur sus-pubienne, - hématurie microscopique, - ischémies, - impériabilité mictionnelle, pollakiurie <b>BJEGBU positif</b> 1 - Sans sondage aller-retour : Leucocytes > 10 <sup>7</sup> /ml, et uréculture > 10 <sup>5</sup> cfu/ml 2 - Avec sondage aller-retour : Leucocytes > 10 <sup>7</sup> /ml, et uréculture > 10 <sup>5</sup> cfu/ml	<b>Sonde vésicale à demeure</b> <b>A) Tableau clinique (un des suivants) :</b> 1 - Fièvre, frisson, hypotension aigüe sans autre point d'appel infectieux 2 - Hyperleucocytose ET (confusion (CAM) ou déclin fonctionnel aigü) 3 - Douleur/tension aigüe d'un angle costo-ventral, douleur sus-pubienne aigüe 4 - Écoulement purulent autour de la sonde vésicale ou ou douleurs aigües au niveau des testicules / épiphyse / prostate <b>BJEGBU positif</b> Leucocytes > 10 <sup>7</sup> /ml, • uréculture > 10 <sup>5</sup> cfu/ml
<b>Infection urinaire = A + B + C</b> <b>A) Au moins 1 des signes suivants :</b> - Hyperthermie - Hyperleucocytose (PNI > 14000/mm <sup>3</sup> ) - Confusion (CAM) - Déclin fonctionnel aigü (> 1 pt ADL) <b>B) Au moins 1 signe clinique respiratoire :</b> - Toux (nouvelle ou aggravée), - Expectoration (nouvelle ou aggravée), - SaO <sub>2</sub> ≤ 94 % ou ↓ > 3 % vs SaO <sub>2</sub> de base, - modification de l'examen clinique pulmonaire, - douleur pulmonaire pléurale, - fréquence respiratoire ≥ 25 cycles/min <b>C) Radiographie pulmonaire :</b> - Pneumopathie (PNP) : arguments pour une PNP - Bronchite aigüe : pas d'argument pour une PNP ou RP non réalisée	<b>Bactériémie</b> <b>Cas n° 1 :</b> 1 Hémoculture positive à un germe pathogène <b>Cas n° 2 = a + b :</b> a) Au moins 1 des signes généraux : - Hyperthermie - Hyperleucocytose - Confusion - Déclin fonctionnel aigü b) 2 hémocultures positives à une germe commensal de la peau (Acinetobacter sp, bacillus sp, Corynebacterium sp, Micrococcus sp, Staphylococcus coagulase -)
<b>Cellulite = A et/ou B</b> A) Présence de pus en regard d'une lésion cutanée ou de tissus mous B) Apparition d'au moins 4 des critères suivants : - Chaleur - rougeur, - œdème, - hyperesthésie ou douleur localisée, - suite à l'absence de la lésion, - au moins des signes généraux (C, hyperthermie, hyperleucocytose, confusion, déclin fonctionnel aigü)	<b>Infection digestive = (A ou B) et C</b> <b>C) Imagerie :</b> - Echographie : arguments pour une cholecystite - Scanner abdominal : argument pour une diverticulite <b>A) au moins 1 des signes suivants :</b> - Hyperthermie - Hyperleucocytose (PNI > 14000/mm <sup>3</sup> ) - Confusion (CAM) - Déclin fonctionnel aigü (> 1 pt ADL) <b>B) ou 1 signe clinique digestif :</b> - Nausées ou vomissements - douleur abdominale - défense ou contracture - modification de l'examen clinique abdominal - modification du transit
<b>Clostridium difficile</b> <b>Diarthée aigüe :</b> - avec ou sans signes généraux <b>ET coproculture positive :</b> - Mise en évidence de la toxine B : PCR, ELISA - ou mise en évidence d'une souche toxinoigène	<b>Infection pulmonaire = A + B + C</b> <b>A) Au moins 1 des signes suivants :</b> - Hyperthermie - Hyperleucocytose (PNI > 14000/mm <sup>3</sup> ) - Confusion (CAM) - Déclin fonctionnel aigü (> 1 pt ADL) <b>B) Au moins 1 signe clinique respiratoire :</b> - Toux (nouvelle ou aggravée), - Expectoration (nouvelle ou aggravée), - SaO <sub>2</sub> ≤ 94 % ou ↓ > 3 % vs SaO <sub>2</sub> de base, - modification de l'examen clinique pulmonaire, - douleur pulmonaire pléurale, - fréquence respiratoire ≥ 25 cycles/min <b>C) Radiographie pulmonaire :</b> - Pneumopathie (PNP) : arguments pour une PNP - Bronchite aigüe : pas d'argument pour une PNP ou RP non réalisée

**AUTEUR : Nom : BUKOR**

**Prénom : Zsófia**

**Date de soutenance : 1<sup>er</sup> Juin 2021**

**Titre de la thèse :** Taux de décès avec ou sans prise en charge palliative en médecine aiguë gériatrique et comparaison des caractéristiques des patients décédés avec ou sans cet accompagnement.

**Thèse - Médecine - Lille 2021**

**Cadre de classement :** Médecine

**DES :** de Médecine Générale

**Mots-clés :** gériatrie, médecine aiguë gériatrique, taux de décès, soins palliatifs, fin de vie, comparaison caractéristiques personnes âgées

**Résumé :**

**Contexte :** Le taux de décès en service de médecine aiguë gériatrique (MAG) est non négligeable. Au vu du grand âge et de la fragilité des patients en MAG, la question de l'instauration de soins palliatifs est fréquente dans ces services. Les caractéristiques associées à l'instauration de soins palliatifs en MAG ont été peu étudiées. L'objectif de cette étude était de déterminer le taux de décès avec ou sans prise en charge palliative en MAG et de comparer les caractéristiques des patients décédés avec ou sans soins palliatifs.

**Méthode :** Étude de cohorte multicentrique ambispective basée sur l'étude DAMAGE, qui a inclus 3509 patients âgés de 75 ans ou plus admis en MAG sur une période de 16 mois, avec un recueil prospectif des caractéristiques cliniques et gériatriques. Les dossiers des patients décédés ont été relus de manière rétrospective afin de s'assurer de l'exactitude des données concernant la mise en place d'un accompagnement palliatif avant le décès.

**Résultats :** Au total, 177 (5,7%) patients sont décédés durant leur hospitalisation en MAG dont 123 (69.5%) ont bénéficié d'un accompagnement palliatif avant leur décès. La comparaison des caractéristiques des patients décédés avec ou sans soins palliatifs n'a pas mis en évidence de différence significative, mis-à-part le taux de créatinine à l'entrée dans le service.

**Conclusion :** Le recours aux soins palliatifs avant décès en MAG est important et concerne plus de deux tiers des patients. Il n'y a pas de différence significative entre les caractéristiques des patients ayant eu ou n'ayant pas eu de soins palliatifs, suggérant que la décision de l'instauration de tels soins reposerait davantage sur une approche globale et individuelle du patient que sur des critères cliniques spécifiques.

**Composition du Jury :**

**Président : Monsieur le Professeur François PUISIEUX**

**Assesseurs : Monsieur le Professeur Jean-Baptiste BEUSCART, Monsieur le Docteur Matthieu CALAFIORE, Monsieur le Docteur Guillaume DESCHASSE**

**Directeur de thèse : Monsieur le Professeur Jean-Baptiste BEUSCART**