



UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2021

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Description des trajectoires de fin de vie en médecine aigue
gériatrique**

Présentée et soutenue publiquement le 01 juin 2021 à 18 heures
au Pôle Formation
par **Charlotte GERARD - DRANSART**

JURY

Président :

Monsieur le Professeur François PUISIEUX

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Jean-Baptiste BEUSCART

Monsieur le Docteur Matthieu CALAFIORE

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Guillaume DESCHASSE

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

AVC : Accident vasculaire cérébral

CG : Charlotte GERARD

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

FV : Dr Fabien VISADE

GD : Dr Guillaume DESCHASSE

GHICL : Groupement Hospitalier de l'Institut Catholique de Lille

ICP : Institut Cœur Poumon

INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

JBB : Pr Jean Baptiste BEUSCART

LAC : Louis Antoine COUVREUR

MAG : Médecine Aiguë gériatrique

MCO : médecine-chirurgie-obstétrique

PD : Perrine DEVULDER

SIDA : Syndrome d'Immunodéficience Acquise

SP : Soins palliatifs

ZB : Zsofia BUKOR

Table des matières

1. Résumé	5
2. Introduction	7
3. Matériel et méthode	10
3.1. Type d'étude	10
3.2. Ethique	10
3.3. Population de l'étude	11
3.4. Données recueillies	12
3.4.1. Recueil prospectif : données DAMAGE	12
3.4.2. Recueil rétrospectif : les trajectoires de fin de vie	12
3.4.3. Homogénéisation des recueils	13
3.5. Analyse statistique	14
4. Résultats	15
4.1. Population	15
4.2. Description des trajectoires de fin de vie	16
4.2.1. Répartition des trajectoires de fin de vie	16
4.2.2. Caractéristiques des patients répartis selon les 4 trajectoires	17
4.3. Soins palliatifs : absence de recours entre les différentes trajectoires	18
5. Discussion	19
5.1. La prédominance de décès par fragilité : une caractéristique gériatrique	19
5.2. La comparaison des différentes caractéristiques selon les trajectoires	20
5.3. Améliorer le recours aux soins palliatifs : une nécessité	21
5.4. Forces et limites de l'étude	23
5.4.1. Points forts de l'étude	23
5.4.2. Limites de l'étude	24
6. Conclusion	25
7. Bibliographie	26
8. Annexes	29

1. Résumé

Contexte : La répartition inhomogène de la morbi-mortalité vers le grand âge impose une modification des structures de soins. La grande majorité des fins de vie ont lieu après 75ans et le taux de décès lors d'une hospitalisation en médecine aiguë gériatrique (MAG) est de 8 à 10% en France. Les soins palliatifs permettent de réaliser des soins proportionnés. 4 trajectoires de fin de vie ont été décrits : la trajectoire 1 par pathologie aiguë non prévisible, la trajectoire 2 par cancer, la trajectoire 3 par insuffisance d'organe, et la trajectoire 4 par fragilité. L'objectif de cette étude était d'identifier les trajectoires de fin de vie des patients âgés hospitalisés et décédés en MAG et leur recours aux soins palliatifs.

Méthode : Etude de cohorte ambispective issue de l'étude DAMAGE multicentrique, qui a inclus 3509 patients âgés de 75 ans ou plus admis en MAG sur une période de 16 mois, où les caractéristiques cliniques et gériatriques ont été recueillis en prospectif. Les dossiers des 177 patients décédés ont été relus de manière rétrospective afin d'établir les trajectoires de fin de vie sur relecture des dossiers médicaux avec une phase de standardisation en double indépendant, de même que la mise en place d'un accompagnement palliatif avant le décès

Résultats : Au total la majorité des décès est représentée par la trajectoire 4 à 69% (n=122), puis la trajectoire 2 (n=22), la trajectoire 1 (n=18) et enfin la trajectoire 3 (n=15). 54 patients décédés (30%) n'ont pas bénéficié d'une prise en charge palliative en MAG. La comparaison des caractéristiques des patients décédés avec ou sans soins palliatifs en fonction des trajectoires met en évidence des différences

significatives cohérentes avec la définition de ces trajectoires. Nous observons un risque d'absence de recours aux soins palliatifs moindre de manière significative pour les trajectoires 2 (OR=0,22 [0,05 ; 0,08]) et 3 (OR=0,15 [0,02 ; 0,77]). Concernant la trajectoire 4, il s'agit d'une tendance (OR=0,47 [0,17 ; 1,29]). Il existe une meilleure instauration des soins palliatifs pour les patients décédés de monopathologie (trajectoire 2+3) que par fragilité (trajectoire 4) ou pathologie aigue non prévisible (trajectoire 1).

Conclusion : Notre étude met en évidence la prédominance des décès par fragilité (trajectoire 4) pour les patients en MAG, mais aussi un large recours aux soins palliatifs : il est nécessaire d'appréhender la cascade gériatrique et de débiter plus précocement les soins palliatifs afin d'améliorer la qualité de fin de vie des patients.

2. Introduction

Depuis les années 2010 et avant la pandémie de COVID, une forte augmentation des taux de décès annuels est constatée, avec en 2018 en France, 610000 décès selon l'INSEE. Ceci est expliqué par l'arrivée des générations du baby-boom (nées entre 1946 et 1974) à des âges de forte mortalité (1). En 2018, 70% des décès survenaient chez des sujets de 75ans et plus, et plus de 25% chez des sujets de 90ans ou plus. La moitié de ces décès survenaient en structure hospitalière (hors maison de retraite). Par ailleurs, 1,6 millions de personnes de 80ans et plus ont été hospitalisées en 2018, soit 404 pour 1000 patients de cette classe d'âge(2). Devant cette affluence de patients âgés, dont une partie non négligeable présente des caractéristiques gériatriques, les soignants hospitaliers sont inéluctablement confrontés à la fin de vie. Notamment, le taux de décès intra-hospitalier en service de médecine aiguë gériatrique (MAG) est de 8 à 10%(3). Ces situations nécessitent un accompagnement particulier afin d'assurer une prise en charge éthique et humaine. Cette préoccupation est au cœur de nombreuses décisions dans la planification préalable des soins(4,5).

Les soins palliatifs sont des soins actifs délivrés dans une approche globale de la personne atteinte d'une maladie grave, évolutive ou terminale. L'objectif des soins palliatifs est de soulager la souffrance physique, psychique, sociale et spirituelle. Ils constituent un rempart contre l'obstination déraisonnable et l'euthanasie. (6,7)

Historiquement les soins palliatifs ont été mis en place dans le cadre du cancer puis pour les patients atteints du SIDA et de maladies neurodégénératives telle que la sclérose latérale amyotrophique. Leur adaptation en gériatrie y est récente en France, grâce notamment au travail du Docteur Renée Sébag-Lanoë et de son

équipe soignante dans les années 1980.(8,9) Cependant, il n'est pas toujours aisé de déterminer le moment où un patient relève de soins palliatifs, avec le risque d'être dans l'obstination déraisonnable. Cette difficulté d'identification de la fin de vie engendre un retard d'instauration des soins palliatifs (8,10–12).

Des auteurs ont proposé de catégoriser la fin de vie en quatre grandes trajectoires (13,14). (Annexe 1)

- la trajectoire 1 concerne les décès des suites d'une pathologie aiguë non prévisible.
- la trajectoire 2 concerne les décès par cancer (correspondant à un déclin prévisible, où initialement il existe une phase assez longue où l'état général et fonctionnel sont préservés, suivi d'un déclin rapide jusqu'à la mort).
- la trajectoire 3 concerne les décès des suites de décompensations itératives de pathologies chroniques terminales (comme l'insuffisance cardiaque, l'insuffisance rénale ou respiratoire), marquée par des déclinés suivis de récupération partielle.
- la trajectoire 4 concerne les décès sur un déclin progressif et dépend d'un concept gériatrique dont la définition est difficilement consensuelle : la fragilité. La fragilité représente un syndrome susceptible d'affecter la résilience d'un individu après une maladie, une décompensation. Il s'agit d'un syndrome multidimensionnel gériatrique associé à un risque d'invalidité, d'hospitalisation et de décès chez les adultes âgés(15).

L'identification d'une trajectoire évocatrice d'un risque de décès important pourrait être une aide pour initier des discussions sur la place potentielle de soins palliatifs dans la prise en charge et dans le parcours du patient. Cependant, la prévalence des trajectoires de fin de vie et leurs liens avec un recours aux soins palliatifs n'ont pas été étudiés chez les patients hospitalisés en MAG. La cohorte DAMAGE comporte les données de plus de 3500 sujets âgés hospitalisés en MAG dont certains sont décédés durant leur séjour avec ou sans recours aux soins palliatifs. Les caractéristiques relevées incluent l'évaluation des comorbidités et de plusieurs syndromes gériatriques. La cohorte DAMAGE offre donc un terrain idéal pour réaliser une première étude sur les trajectoires de fin de vie chez les patients hospitalisés en MAG.

L'objectif principal de ce travail était de décrire les trajectoires de fin de vie en MAG de la cohorte DAMAGE selon la catégorisation en quatre trajectoires. L'objectif secondaire était de déterminer pour chacune de ces trajectoires le risque d'absence de recours aux soins palliatifs.

3. Matériel et méthode

3.1. *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 (6 centres d'inclusion : Centre Hospitalier Universitaire CHU de Lille avec l'hôpital Salengro et l'Institut Cœur Poumon (ICP), l'hôpital St Philibert du Groupement Hospitalier de l'Institut Catholique de Lille (GHICL), CHU d'Amiens-Picardie, CHU de Caen, Centre Hospitalier St Quentin). Elle concerne les patients âgés de 75 ans ou plus 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).

3.2. *Ethique*

L'étude DAMAGE a été menée conformément à la déclaration d'Helsinki, i.e. l'autorisation pour la réalisation de l'étude a été délivrée par le Comité de Protection des Personnes Nord-Ouest IV le 13 février 2015 et un amendement a été accepté le 21 janvier 2016. (IDRCB 2014 A01670 47. CNIL. bxA15352514).

Des informations détaillées, orales et écrites, ont été données aux patients et à leurs aidants principaux familiaux, ou représentants légaux afin de s'assurer que le patient comprenne bien les risques et avantages potentiels de l'étude. Conformément à la loi française (loi Jardé), cette étude observationnelle, basée sur des soins de routine et sans aucune intervention, n'a pas nécessité de consentement écrit. Les patients étaient informés qu'ils pouvaient s'opposer à la participation à l'étude sans aucune conséquence sur leur prise en charge en MAG. En cas d'incapacité à s'opposer à la

participation à l'étude DAMAGE (notamment en cas de troubles neurocognitifs sévères), le plus proche parent ou le représentant légal pouvait s'y opposer. Tous les participants ont pu se retirer de l'étude à tout moment sans aucune conséquence négative.

3.3. *Population de l'étude*

Tous les patients âgés de 75ans et plus hospitalisés en MAG et couverts par une assurance maladie ont été éligibles pour l'étude. Les patients hospitalisés de moins de 48 heures n'ont pas été inclus car une durée trop courte n'aurait pas permis une évaluation gériatrique complète. Les patients admis pour des soins palliatifs immédiats (par exemple, la sédation), n'ont pas été proposés pour participer à l'étude. Enfin, les patients ayant refusé de participer à l'étude, comme l'ont exprimé le patient ou ses aidants principaux ou représentant légal, n'ont pas été inclus, mais la déficience cognitive n'a pas été un critère d'exclusion. Les inclusions se sont déroulées du 14/09/2016 au 29/01/2018.

Parmi tous les patients inclus dans l'étude DAMAGE, nous avons identifié les patients décédés au cours de leur hospitalisation en MAG.

Les patients transférés dans un autre service durant leur hospitalisation en MAG, les patients dont le dossier médical n'ayant pas été retrouvé, les patients sortis vivants de MAG ont été exclus de cette étude. Les patients hospitalisés au CHU de Caen et de Saint-Quentin n'étaient pas éligibles pour des raisons pratiques.

3.4. Données recueillies

3.4.1. Recueil prospectif : données DAMAGE

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

1. 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 sont détaillés en Annexe 2. Ces données comprennent l'âge, le sexe, le lieu de vie, le nombre de médicaments, le nombre d'hospitalisations antérieures, le score de comorbidités de Charlson, la dépendance (ADL de Katz), la dénutrition (perte de poids, indice de masse corporel), les troubles cognitifs, des paramètres biologiques usuels.

2. 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 pré-définis : attente de sortie, instabilité clinique hors infection, infection communautaire, infection nosocomiale, soins palliatifs. Ces états étaient exclusifs (i.e. un seul état possible par jour et par patient) et étaient affectés par le médecin en charge du patient selon les recommandations détaillées en Annexe 3.

3.4.2. Recueil rétrospectif : les trajectoires de fin de vie

Pour l'ensemble des patients décédés inclus dans cette étude, les dossiers médicaux ont été analysés afin de déterminer les trajectoires de fin de vie. Nous avons classé les patients en 4 trajectoires de fin de vie définies selon les trajectoires utilisées antérieurement (13,16–19):

La trajectoire 1 est définie comme une mort subite, inattendue d'après les données recueillies dans le dossier médical. Les patients présentant un cancer évolutif, une démence avancée, une défaillance d'organe évolutive (maladie cardiaque, maladie pulmonaire, maladie rénale, maladie hépatique, diabète), une fragilité (décrite en trajectoire 4) ne pouvaient pas être classés dans cette trajectoire.

La trajectoire 2 correspond à un déclin rapide dans le cadre du cancer. Les patients dont la pathologie principale est la pathologie cancéreuse, ou si le cancer est identifié comme cause immédiate ou sous-jacente du décès, noté dans le dossier médical sont considérés comme appartenant à ce groupe.

La trajectoire 3 correspond à un déclin erratique par insuffisance d'organe. Les patients décédés dans le cadre de l'évolution d'une insuffisance cardiaque congestive, une maladie pulmonaire chronique, une insuffisance rénale chronique ou une cirrhose étaient classés dans cette trajectoire.

La trajectoire 4 décrit une détérioration fonctionnelle lentement progressive chez des sujets fragiles et/ou atteints de troubles neurocognitifs sévères selon les termes « démence sévère », « troubles neurocognitifs évolués » ou présence d'un score MMS ≤ 10 . Les patients présentant une association de plusieurs syndromes gériatriques tels que décrits dans le dossier médical (multimorbidité, dénutrition, dépendance selon l'ADL, présence de trouble cognitif, syndrome dépressif, institutionnalisation, isolement social, chutes et fractures, maladie neurodégénérative) étaient classés dans la trajectoire 4 (15,20–22).

3.4.3. Homogénéisation des recueils

Un relecteur était affecté pour chaque centre (LAC CHU de Lille Hôpital Salengro, ZB CHU Lille Institut Cœur Poumon, PD GHICL St Philibert, CG CHU Amiens Picardie).

Certains patients pouvaient présenter des caractéristiques évolutives avant leur décès compatibles avec les trajectoires 2, ou 3, ou 4. Le choix de classer dans une trajectoire donnée était réalisé par le relecteur expert (LAC CHU de Lille Hôpital Salengro, ZB CHU Lille Institut Cœur Poumon, PD GHICL St Philibert, CG CHU Amiens Picardie). Deux séances de relecture de 10 dossiers 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 des trajectoires. En cas de doute lors du recueil, les relecteurs pouvaient solliciter un expert (JBB, GD ou FV)

3.5. 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 variables catégorielles ont été comparées à l'aide du test de Khi 2 ou de Fisher et les variables continues par une ANOVA ou Kruskal-Wallis le cas échéant. Le seuil de significativité a été fixé à $p < 0,05$.

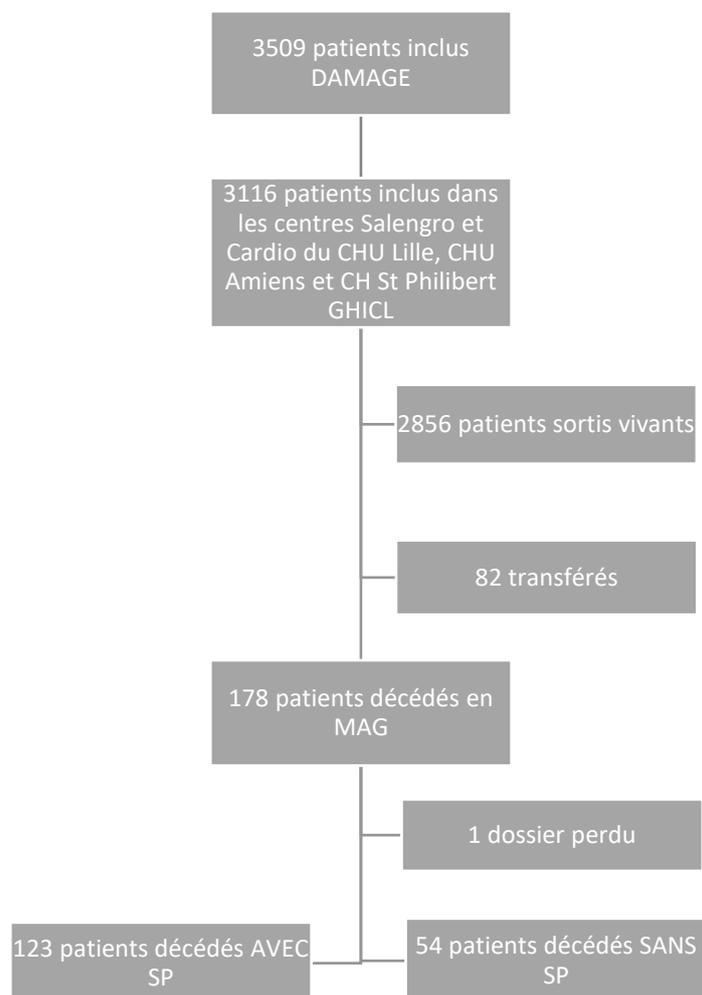
La prise en charge palliative (variable à expliquer) a été analysée selon un modèle de régression logistique univarié en fonction des trajectoires de fin de vie (variables explicatives). Les Odds ratio ont été calculés le cas échéant.

4. Résultats

4.1. Population

L'étude DAMAGE a inclus 3509 patients où l'on a dénombré 177 patients décédés dans les 4 services de MAG du CHU Lille Salengro et Cardio, CHU Amiens et CH Saint Philibert GHICL.

Figure 1 Diagramme de flux



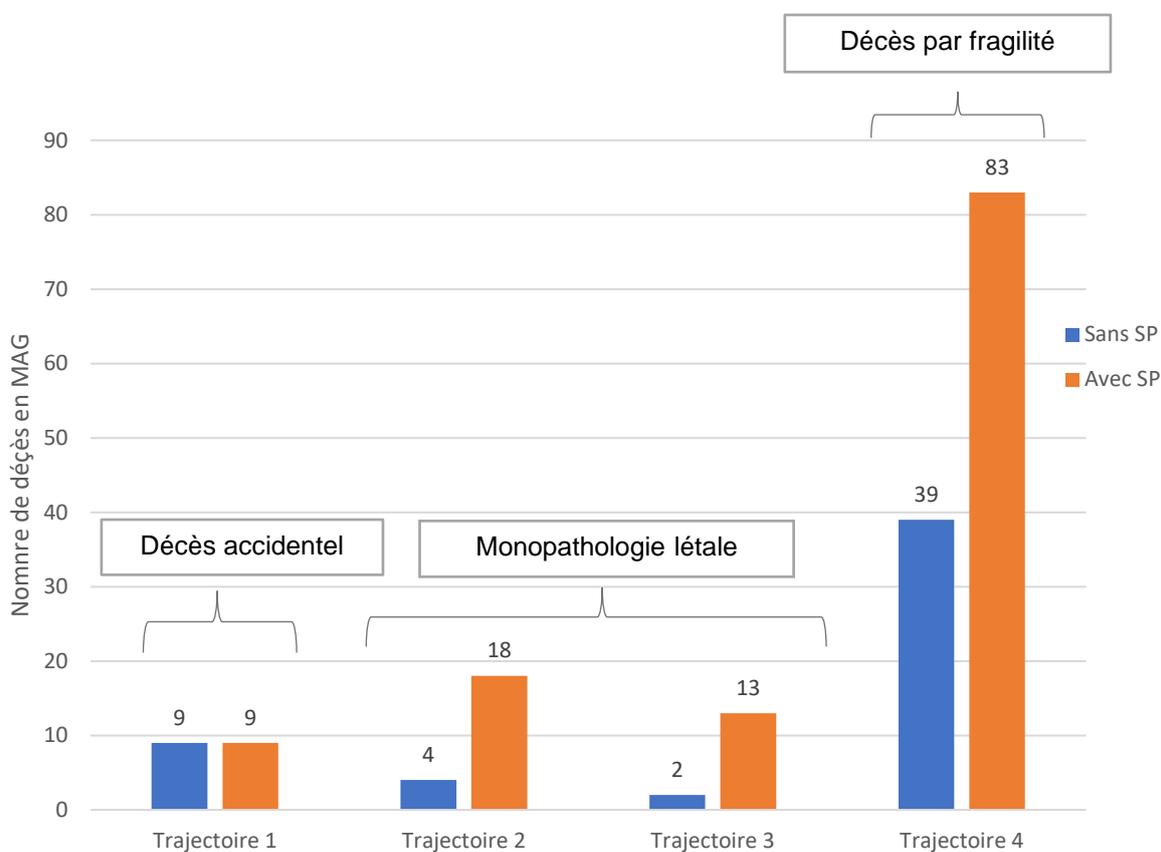
L'âge médian au moment de leur décès était de 87,6 ans ($\pm 5,9$ ans), et 61,6% (n=109) d'entre eux étaient des femmes.

4.2. Description des trajectoires de fin de vie

4.2.1. Répartition des trajectoires de fin de vie

Sur les 177 décès, nous avons comptabilisé une majorité à 122 décès (69%) via la trajectoire 4. La trajectoire 2 représente 12,4% des décès (n=22), ainsi le cancer est la 2eme cause de fin de vie en MAG. Puis en 3eme place sont retrouvés les décès par une pathologie aigue non prévisible, la trajectoire 1, à 10,1% (n=18). En dernier lieu, la trajectoire 3 qui représente 8,5% des décès (n=15), dont les pathologies chroniques d'organe qui prédominaient étaient l'insuffisance cardiaque terminale (n=7) et l'insuffisance respiratoire terminale (n=7).

Figure 2 Répartition des trajectoires de fin de vie et de recours aux soins palliatifs



4.2.2. Caractéristiques des patients répartis selon les 4 trajectoires

Le tableau 1 rassemble les caractéristiques des patients décédés.

Tableau 1 Caractéristiques des patients décédés selon les 4 trajectoires

N= 177	Trajectoire 1	Trajectoire 2	Trajectoire 3	Trajectoire 4	
Âge – moyenne ± écart type	90,1 ± 6,6	85.3 ± 5.6	89.3 ± 5.4	87.4 ± 5.7	0.044**
Sexe (F) – n (%)	15 (83,3)	9 (40.9)	10 (66.7)	75 (61.5)	0.051*
Vit à domicile – n (%)	16 (88,9)	20 (90.9)	11 (73.3)	61 (50.4)	<0.001**
Vit seul – n (%)	10 (58,8)	11 (50.0)	5 (33.3)	25 (21.0)	0.001**
Isolement social – n (%)	0 (0)	0 (0)	1 (6.7)	4 (3.4)	0.566
Hospitalisé dans les 6 mois précédents – n (%)	6 (35,3)	11 (52.4)	2 (13.3)	55 (47.4)	0.060*
Mode d'entrée					0.6978
- Hôpital MCO	3 (16.7)	4 (18.2)	5 (33.3)	19 (15.6)	
- Transfert établissement d'hébergement	1 (5.6)	0 (0)	0 (0)	6 (4.9)	
- Domicile	1 (5.6)	1 (4.5)	0 (0)	3 (2.5)	
- Urgences	13 (72.2)	17 (77.3)	10 (66.7)	94 (77.0)	
Délai entre l'entrée à l'hôpital et l'entrée dans service de gériatrie ≥ 2 jours – n (%)	4 (22,2)	2 (9.5)	5 (35.7)	19 (16.5)	0.940
Le patient marche-t-il ? – n(%)					<0.001**
- Non, confiné au lit et/ou fauteuil	1 (5.6)	7 (31.8)	3 (20.0)	65 (54.2)	
- Marche avec aide	7 (38.9)	5 (22.7)	9 (60.0)	30 (30.0)	
- Marche sans aide	10 (55.6)	10 (45.5)	3 (20.0)	19 (15.8)	
ADL domicile – moyenne ± écart type	4.5 ± 2.1	4.1 ± 2.0	3.9 ± 1.8	2.2 ± 2.0	<0.001**
ADL entrée – moyenne ± écart type	1.9 ± 2.3	2.7 ± 2.4	1.8 ± 1.8	0.7 ± 1.2	<0.001**
Score de Charlson – moyenne ± écart type	2.1 ± 2.3	4.3 ± 2.3	2.7 ± 1.5	2.6 ± 1.9	0.001**
Nombre de médicaments à domicile – moyenne ± écart type	5.9 ± 4.5	5.5 ± 3.2	8.1 ± 2.4	8.1 ± 8.7	0.006**
Prise de psychotropes – n (%)	5 (27.8)	5 (23.8)	7 (46.7)	66 (49.9)	0.007**
Antécédent dépression – n (%)	1 (5,6)	0 (0)	2 (13.3)	16 (13.2)	0.313
Démence – n (%)	1 (5,6)	5 (22,7)	1 (6,7)	70 (57,4)	<0.001**
Troubles cognitifs probables –n (%)	3 (16,7)	7 (31,8)	6 (40,0)	91 (74,6)	<0.001**
Syndrome confusionnel initial – n (%)	8 (44.4)	7 (31.8)	5 (33.3)	45 (36.9)	0.861
Infection nosocomiale – n (%)	3 (16,7)	1 (4.5)	0 (0)	21 (17.2)	0.160

4.3. Soins palliatifs : absence de recours entre les différentes trajectoires

Concernant les soins palliatifs, nous rapportons sur les 177 décès, que 54 (30%) n'ont pas bénéficié du statut de prise en charge palliative.

Tableau 2: Analyse de la mise en place des soins palliatifs selon les trajectoires

	Trajectoire 1	Trajectoire 2	Trajectoire 3	Trajectoire 4
Patients décédés SANS SP				
N (%)	9 (50)	4 (18)	2 (13)	39 (32)
OR [IC95%]	ref	0,22 [0,05 ; 0,88]	0,15 [0,02 ; 0,77]	0,47 [0,17 ; 1,29]
Patients décédés AVEC SP				
Durée avant soins palliatifs, jours – moyenne ± écart type	5.9 ± 5.5	10.4 ± 8.8	8.9 ± 8.2	8.0 ± 7.6
Durée séjour jours – moyenne ± écart type	8.7 ± 4.9	15.1 ± 9.3	11.9 ± 8.9	10.9 ± 7.9
Durée des soins palliatifs, jours – moyenne ± écart type	2,8	4,7	3	2,9

Après comparaison par rapport à la trajectoire 1, nous avons constaté qu'il existe plus de recours aux soins palliatifs manière significative pour les trajectoires 2 et 3. En revanche, nous ne mettons pas en évidence de différence significative avec la trajectoire 4 par rapport à la trajectoire 1.

Ainsi, il est mis en évidence une meilleure instauration des soins palliatifs pour des patients décédés de monopathologie (trajectoire 2+3), contrairement à des patients décédés de fragilité (trajectoire 4) ou par une pathologie aigue non prévisible (trajectoire 1).

5. Discussion

5.1. *La prédominance de décès par fragilité : une caractéristique gériatrique*

Notre étude met bien en évidence toutes les caractéristiques gériatriques de la fin de vie chez nos patients âgés hospitalisés en service de MAG. Celle-ci, en effet, est complexe et multifactorielle : la trajectoire 4, le décès par fragilité, est ainsi la plus représentée.

Ce résultat apparaît innovant par rapport aux données retrouvées dans d'autres études. Au Canada, les taux entre les trajectoires 2, 3 et 4 sont assez similaires aux alentours de 30% pour une population globale, et cette répartition diffère en fonction de l'âge. Il est ainsi constaté que la trajectoire 4 est représentée à 41% pour les plus de 85ans (23). De même Lunney, aux Etats Unis, remarque déjà la tendance dominante de la fragilité avec un taux de 47% (22).

Cette fluctuation s'explique par le lieu de décès étudié. Les études dans la littérature ne ciblent pas le service de MAG, mais englobent tous les lieux de soins : unité de soins palliatifs, unité de médecine aigue et domicile en incluant les EHPAD. Ainsi, dans notre étude, nous nous sommes concentrés sur les fins de vie en MAG. Ces résultats sont cohérents avec les objectifs de soins au sein des services de gériatrie : ce sont les personnes atteintes de syndromes gériatriques avec fragilité qui représentent la majorité des trajectoires de fin de vie. Les autres trajectoires étant probablement hospitalisées de préférence dans des unités spécialisées d'oncologie, d'insuffisance d'organe (cardiologie, pneumologie). Les décès par insuffisance d'organe terminale sont rares en gériatrie pour deux raisons. D'une part, tout au long de leur vie, ces patients sont dépourvus de critères d'hospitalisation en gériatrie et sont donc pris en

charge dans les services spécialisés d'organe. D'autre part, à l'aboutissement, parce que la pathologie principale d'organe est source d'une plus grande fragilité par épuisement plus rapide des réserves fonctionnelles, elle laisse apparaître des syndromes gériatriques, et donc des critères appartenant à la trajectoire 4 (24). A ce stade, ce n'est pas tant la énième décompensation cardiaque qui cause le décès, mais plutôt l'accumulation des syndromes gériatriques qui en découle (par exemple la dénutrition, alitement, chute, refus de soins, trouble de déglutition, le syndrome confusionnel).

Face à ce constat, il est nécessaire d'appréhender la cascade gériatrique(25). Cette notion illustre la trajectoire 4 avec la précipitation des décompensations de syndromes gériatriques épuisant les réserves fonctionnelles, aboutissant au décès.

Par ailleurs, il faut également prendre en compte la variabilité de la temporalité. Cette cascade peut évoluer plus ou moins vite. Cette donnée supplémentaire rend d'autant plus complexe l'identification de fin de vie.

5.2. La comparaison des différentes caractéristiques selon les trajectoires

Lorsque l'on compare les caractéristiques des patients en fonction de leur trajectoire, il existe des différences significatives cohérentes avec la définition de nos trajectoires de fin de vie.

Un seul résultat n'est cependant pas concordant bien qu'il soit non significatif : il s'agit des hospitalisations dans les 6 derniers mois. Alors que l'on s'attend à avoir un nombre

élevé d'hospitalisations rapprochées vers la fin de vie pour les patients porteurs d'une mono-insuffisance d'organe (trajectoire 3), celui-ci est au contraire le plus faible : 2 patients sur les 15 décédés, soit 13,3% avec $p=0.060$. Plusieurs pistes peuvent expliquer ce paradoxe :

- Nous pouvons émettre l'hypothèse qu'une partie importante des patients « trajectoire 3 » décèdent soit dans un service de spécialité, soit au domicile. Ainsi, en MAG, nous n'avons peut-être pas pu analyser ces patients aux décompensations itératives hospitalisées en dehors des MAG.
- L'absence d'hospitalisation antérieure ne veut pas dire absence de décompensation itérative : il est possible qu'un patient ait pu être géré au domicile, mais ne venant alors à l'hôpital qu'à un stade encore plus évolué de la maladie.

Par ailleurs, nous constatons qu'il s'agit de la trajectoire où il y a le plus d'entrée via les services de MCO et non les urgences ou le domicile : les patients sont initialement orientés vers le service de spécialité concerné, puis ils sont orientés en gériatrie devant l'apparition d'autres problématiques ou dans l'optique d'une prise en charge palliative.

D'autres critères analysés ne faisaient pas partie de ces définitions, et certains relevaient une différence significative. Ainsi, l'âge des patients ($p=0.044$) était le plus élevé pour la trajectoire 1 (90,1 ans \pm 6,6) et 3 (89.3 ans \pm 5.4), tandis que le nombre de médicaments ($p=0.006$) dont les psychotropes ($p=0.007$) étaient tous les 2 plus nombreux dans les trajectoires 4 et 3.

5.3. Améliorer le recours aux soins palliatifs : une nécessité

Bien que près de 2 patients sur 3 bénéficient de soins palliatifs, il existe une difficulté

à initier les soins palliatifs en gériatrie, et cette reconnaissance tardive peut entraîner des soins inappropriés compromettant la qualité de vie (26).

Nous pourrions faire une remarque quant à la présence de soins palliatifs dans la trajectoire 1, qui est pourtant le décès le plus inattendu. En effet, nous avons classé en trajectoire 1 des patients robustes mais qui ont eu une pathologie soudaine, e.g. « AVC hémorragique avec effet de masse » ou « hématome sous dural à la suite d'un traumatisme crânien », au-delà de toutes ressources thérapeutiques, justifiant les soins palliatifs dans les dernières heures de leur vie. Il nous paraît donc cohérent d'avoir un taux faible mais non nul de prise en charge palliative dans cette trajectoire.

Notre étude met en évidence que la véritable difficulté est d'avoir recours aux soins palliatifs pour les décès par fragilité (trajectoire 4). L'identification de la fin de vie y est complexe. Cependant, les soins palliatifs ne devraient pas être limités à la phase agonique(27–29). Nombreuses sont les publications qui mettent en avant cette inégalité entre les pathologies néoplasiques et les insuffisances d'organe, peu en revanche concernent la fragilité (30,31).

L'accès aux soins palliatifs en France, en gériatrie, est donc inégal selon la trajectoire. Cette constatation s'observe également à un niveau international (32).

La trajectoire 4 ne bénéficie pas systématiquement d'une prise en charge palliative en fin de vie même dans des unités spécialisées dans la prise en charge de personnes âgées fragiles en situation aigue. Les causes de ce manque de prise en charge palliative devraient être étudiées. Il est possible que ce soit lié à une difficulté spécifique à reconnaître la fin de vie ou un pronostic sombre à court terme. La polypathologie, en effet, rend la prise en charge diagnostique et pronostique complexe.

Il est aussi possible que les cliniciens et/ou leurs patients et entourage soient moins sensibilisés à l'intérêt d'une prise en charge palliative dans un contexte de fragilité que lors de l'évolution d'un cancer ou d'une insuffisance cardiaque ou respiratoire.

Une identification de la trajectoire permettrait d'aider à la planification préalable de soins, soit d'envisager de manière plus précoce les soins palliatifs, ce qui garantirait une qualité de fin de vie assurée pour les patients fragiles.

5.4. Forces et limites de l'étude

5.4.1. Points forts de l'étude

L'étude DAMAGE étant multicentrique, nous avons pu éviter le biais de recrutement lié aux centres.

Nous avons établi un protocole basé sur la relecture du dossier médical afin de détailler les trajectoires de fin de vie, et il n'était pas limitatif à contrario de l'utilisation de la CIM 10 par exemple. Nous avons ainsi pu étudier le déclin fonctionnel, ce qui était difficile à retrouver dans la littérature(23). Cette analyse principale a été réalisée par quatre lecteurs indépendants avec vérification lors de divergence par un médecin expert par centre. L'identification des trajectoires de fin de vie par un lecteur du dossier médical plutôt que par un algorithme médico-administratif (lieu de vie, diagnostic de cancer, diagnostic de démence...) nous paraît plus adéquat et plus précis car il permet de comprendre la problématique et l'évolution de la santé de chaque patient de manière personnalisée. L'homogénéisation du recueil de données a permis de limiter les biais d'interprétation.

5.4.2. Limites de l'étude

L'exclusion des patients dont l'hospitalisation était inférieure à 48h a pu entraîner un biais de recueil sous-estimant la trajectoire 1. L'étude rétrospective des dossiers médicaux laisse la possibilité d'un biais de mesure. La taille de la population étudiée (n=177) est assez faible par rapport au nombre de décès de personnes très âgées en milieu hospitalier.

6. Conclusion

Les résultats de cette étude montrent que les patients âgés de plus de 75ans admis en MAG décèdent pour la plupart après un déclin lent par fragilité (trajectoire 4), plutôt que par insuffisance d'organe, cancer ou par une pathologie aigue non prévisible. C'est cette même trajectoire où l'absence de recours aux soins palliatifs semble être le plus important alors que ces patients sont hospitalisés dans des unités spécialisées dans le grand âge et la fragilité. Le moindre recours aux soins palliatifs n'est pas expliqué et devrait faire l'objet d'autres études notamment qualitatives.

Un repérage plus rapide de la cascade gériatrique associé à une instauration plus précoce des soins palliatifs permettraient d'améliorer la qualité de fin de vie de nos patients et un meilleur accompagnement de leurs proches.

7. Bibliographie

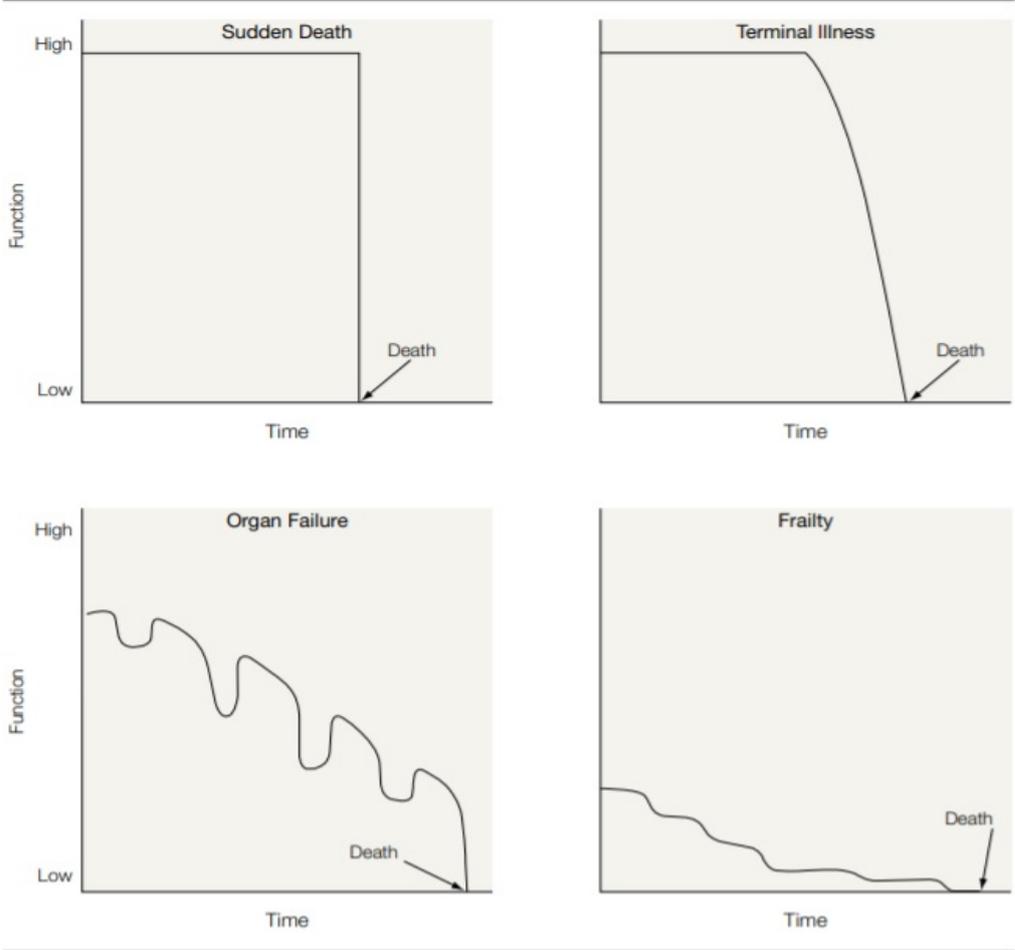
1. Les décès en 2018 en France – Les décès en 2018 | Insee [Internet]. [cité 31 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4204060?sommaire=4204068>
2. : Chiffres clés 2018 de l'hospitalisation | ATIH [Internet]. [cité 4 févr 2021]. Disponible sur: <https://www.atih.sante.fr/actualites/chiffres-cles-2018-de-l-hospitalisation>
3. Baztán JJ, Suárez-García FM, López-Arrieta J, Rodríguez-Mañas L, Rodríguez-Artalejo F. Effectiveness of acute geriatric units on functional decline, living at home, and case fatality among older patients admitted to hospital for acute medical disorders: meta-analysis. *BMJ*. 22 janv 2009;338:b50.
4. Evans CJ, Ison L, Ellis-Smith C, Nicholson C, Costa A, Oluyase AO, et al. Service Delivery Models to Maximize Quality of Life for Older People at the End of Life: A Rapid Review. *Milbank Q*. mars 2019;97(1):113-75.
5. Leong LJP, Crawford GB. Residential aged care residents and components of end of life care in an Australian hospital. *BMC Palliat Care*. 9 juin 2018;17(1):84.
6. Une nouvelle définition des soins palliatifs [*] | Cairn.info [Internet]. [cité 31 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-infokara1-2003-1-page-1.htm>
7. Masson E. 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 [Internet]. *EM-Consulte*. [cité 31 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/966700/analyse-du-contexte-decisionnel-d-arret-des-traite>
8. Sebag-Lanoë R. Soins palliatifs et gériatrie, un défi. *Gerontol Soc*. 2004;27 / n° 108(1):117-27.
9. Evers MM, Meier DE, Morrison RS. Assessing differences in care needs and service utilization in geriatric palliative care patients. *J Pain Symptom Manage*. mai 2002;23(5):424-32.
10. Kennedy C, Brooks-Young P, Brunton Gray C, Larkin P, Connolly M, Wilde-Larsson B, et al. Diagnosing dying: an integrative literature review. *BMJ Support Palliat Care*. sept 2014;4(3):263-70.
11. Coventry PA, Grande GE, Richards DA, Todd CJ. Prediction of appropriate timing of palliative care for older adults with non-malignant life-threatening disease: a systematic review. *Age Ageing*. mai 2005;34(3):218-27.
12. Amblàs-Novellas J, Murray SA, Espauella J, Martori JC, Oller R, Martínez-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*. 19 sept 2016;6(9):e012340.

13. Murray SA, Kendall M, Boyd K, Sheikh A. Illness trajectories and palliative care. *BMJ*. 30 avr 2005;330(7498):1007-11.
14. 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.
15. Hope AA, Gong MN, Guerra C, Wunsch H. Frailty Before Critical Illness and Mortality for Elderly Medicare Beneficiaries. *J Am Geriatr Soc*. juin 2015;63(6):1121-8.
16. Gill TM, Gahbauer EA, Han L, Allore HG. Trajectories of disability in the last year of life. *N Engl J Med*. 1 avr 2010;362(13):1173-80.
17. Jr L, Sm A, R B, D I, S S, Ab N, et al. Mobility Trajectories at the End of Life: Comparing Clinical Condition and Latent Class Approaches. *J Am Geriatr Soc*. 18 janv 2018;66(3):503-8.
18. Gold Standard Framework - PIG - Proactive Identification Guidance Registration Form [Internet]. [cité 31 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.goldstandardsframework.org.uk/PIG>
19. Chen J-H, Chan D-CD, Kiely DK, Morris JN, Mitchell SL. Terminal trajectories of functional decline in the long-term care setting. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. mai 2007;62(5):531-6.
20. Haan MN, Selby JV, Quesenberry CP, Schmittdiel JA, Fireman BH, Rice DP. The impact of aging and chronic disease on use of hospital and outpatient services in a large HMO: 1971-1991. *J Am Geriatr Soc*. juin 1997;45(6):667-74.
21. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. mars 2001;56(3):M146-156.
22. Lunney JR, Lynn J, Hogan C. Profiles of older medicare decedents. *J Am Geriatr Soc*. juin 2002;50(6):1108-12.
23. Qureshi D, Tanuseputro P, Perez R, Seow H. Place of Care Trajectories in the Last Two Weeks of Life: A Population-Based Cohort Study of Ontario Decedents. *J Palliat Med*. 1 nov 2018;21(11):1588-95.
24. Davison SN, Jassal SV. Supportive Care: Integration of Patient-Centered Kidney Care to Manage Symptoms and Geriatric Syndromes. *Clin J Am Soc Nephrol*. 7 oct 2016;11(10):1882-91.
25. Olde Rikkert MGM, Melis RJF. Rerouting Geriatric Medicine by Complementing Static Frailty Measures With Dynamic Resilience Indicators of Recovery Potential. *Front Physiol*. 2019;10:723.
26. Cardona-Morrell M, Kim J, Turner R, Anstey M, Mitchell I, Hillman K. Non-beneficial treatments in hospital at the end of life: a systematic review on extent of the problem. *Int J Qual Health Care*. 1 sept 2016;28(4):456-69.

27. Boyd M, Frey R, Balmer D, Robinson J, McLeod H, Foster S, et al. End of life care for long-term care residents with dementia, chronic illness and cancer: prospective staff survey. *BMC Geriatr.* 22 mai 2019;19(1):137.
28. Lopez-Tourres F, Lefebvre-Chapiro S, Fétéanu D, Trivalle C. Soins palliatifs et maladie d'Alzheimer. *Rev Médecine Interne.* juin 2009;30(6):501-7.
29. Kendall M, Carduff E, Lloyd A, Kimbell B, Cavers D, Buckingham S, et al. Different Experiences and Goals in Different Advanced Diseases: Comparing Serial Interviews With Patients With Cancer, Organ Failure, or Frailty and Their Family and Professional Carers. *J Pain Symptom Manage.* août 2015;50(2):216-24.
30. Cohen J, Beernaert K, Van den Block L, Morin L, Hunt K, Miccinesi G, et al. Differences in place of death between lung cancer and COPD patients: a 14-country study using death certificate data. *NPJ Prim Care Respir Med.* 3 mars 2017;27(1):14.
31. Lloyd A, Kendall M, Starr JM, Murray SA. Physical, social, psychological and existential trajectories of loss and adaptation towards the end of life for older people living with frailty: a serial interview study. *BMC Geriatr.* 20 oct 2016;16(1):176.
32. Seow H, O'Leary E, Perez R, Tanuseputro P. Access to palliative care by disease trajectory: a population-based cohort of Ontario decedents. *BMJ Open.* 5 avr 2018;8(4):e021147.

8. Annexes

Annexe 1 : Modélisation des 4 trajectoires de fin de vie selon Lunney



Annexe 2 : Evaluation des syndromes gériatriques et des comorbidités durant les 72 premières heures

Nom : Prénom : Etiquette

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

MAG-SAL-.....

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 donnée non disponible
 1 >5% en 1 mois ou >10% en 6 mois
 2 >10% en 1 mois ou >15% en 6 mois
 Taille estimée m
 IMC Kg/m²
 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 4 - Oui avec aide (quelle qu'elle soit) 2 - Lit-Fauteuil 3 - Confiné au lit

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

Score de Comorbidités de Charlson		
Pondération	Maladie présente	Cotation
1	Infarctus du myocarde	.....
	Insuffisance cardiaque congestive	.....
	Artériopathie oblitérante des Mb inférieurs	.....
	Accident vasculaire cérébral	.....
	Démence	.....
	Maladie pulmonaire chronique	.....
	Connectivite	.....
	Maladie ulcéreuse peptique gastro-duodénale	.....
2	Cirrhose sans hypertension portale	.....
	Diabète non compliqué	.....
	Hémiplégie (vasculaire et autres)	.....
	Insuffisance rénale (DFG<30 mL/min)	.....
3	Diabète compliqué	.....
	Tumeur solide	.....
	Leucémie	.....
6	Lymphome	.....
	Cirrhose hépatique avec hypertension portale	.....
Total		.....

Echelle ADL				
	Entrée	Sortie	Dom. M1	Dom. M3
Hygiène corporelle				
autonome	1	1	1	1
aide partielle	1/2	1/2	1/2	1/2
dépendant	0	0	0	0
Habillage				
autonome pour le choix des vêtements et l'habillage	1	1	1	1
autonome pour le choix des vêtements et l'habillage, mais a besoin d'aide pour se chausser	1/2	1/2	1/2	1/2
dépendant	0	0	0	0
Aller aux toilettes				
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
Locomotion				
autonome	1	1	1	1
a besoin d'aide	1/2	1/2	1/2	1/2
grabataire	0	0	0	0
Continence				
continent	1	1	1	1
incontinence occasionnelle	1/2	1/2	1/2	1/2
incontinent	0	0	0	0
Repas				
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 3 : Evaluation de l'état clinique quotidien

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 MÉDICAL à la sortie															
Infection communautaire															
Infection Nosocomiale															
Inscrivez ici au 1er jour le site* pour toute nouvelle infection															
Soins Palliatifs															
Confusion (CAM) <i>coter Q1 tous les Jours</i>															
Matériel étranger	KT périph./central														
	KT sous-out														
	Sonde vés.														

Confusion = définition selon la CAM = 1 + 2 + [3 ou 4]

Item 1 : Début soudain et fluctuation des symptômes	Item 2 : Troubles de l'attention	Item 3 : Désorganisation de la pensée	Item 4 : Altération du niveau de conscience
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, cad 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 qui 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 autre que "alerte" à la question suivante : En général, comment évalueriez-vous le niveau de conscience de votre patient : alerte (normal), vigilant (hyperalertes), léthargique (sommolent, se réveille facilement), stupor (difficile à réveiller), coma ?

*Site de l'infection :

1ère Infection Nosocomiale :	2ème Infection Nosocomiale :	3ème Infection Nosocomiale :
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	<input type="checkbox"/> 1 - Urinaire <input type="checkbox"/> 2 - Pulmonaire <input type="checkbox"/> 3 - Bactériémie <input type="checkbox"/> 4 - Clostridium	<input type="checkbox"/> 1 - Urinaire <input type="checkbox"/> 2 - Pulmonaire <input type="checkbox"/> 3 - Bactériémie <input type="checkbox"/> 4 - Clostridium

Nom :

Prénom :

Etiquette

Infection urinaire = A + B	
Pas de sonde vésicale A) Tableau clinique (1 ou 2) : 1 - Dysurie aiguë ou douleurs aiguës au niveau des testicules, épидидyme, prostate 2 - Fièvre ou hyperleucocytose ET au moins 1 signe fonctionnel urinaire : - douleur/tension aiguë d'un angle costo-vertébral, - douleur sus-pubienne, - hématurie macroscopique, - incontinence, - impériosité mictionnelle, pollakiurie B) ECBU positif 1 - Sans sondage aller-retour : Leucocyturie > 10 ⁵ /mL et uroculture > 10 ⁵ cfu/mL 2 - Avec sondage aller-retour : Leucocyturie > 10 ⁷ /mL et uroculture > 10 ⁵ cfu/mL	Sonde vésicale à demeure A) Tableau clinique (un des suivants) : 1 - Fièvre, frisson, hypotension aiguë sans autre point d'appel infectieux 2 - Hyperleucocytose ET (confusion (CAM) ou déclin fonctionnel aigu) 3 - Douleur/tension aiguë d'un angle costo-vertébral, douleur sus-pubienne aiguë 4 - Écoulement purulent autour de la sonde vésicale ou douleurs/aiguës au niveau des testicules / épидидyme / prostate B) ECBU positif Leucocyturie > 10 ⁵ /mL + uroculture > 10 ⁵ cfu/mL

Infection pulmonaire = A + B + C
A) Au moins 1 des signes généraux : - Hyperthermie - Hyperleucocytose (PNN > 14000/mm ³) - Confusion (CAM) - Déclin fonctionnel aigu (> 1 pt ADL) B) Au moins 1 signe clinique respiratoire : - Toux (nouvelle ou augmentée), - Expectoration (nouvelle ou augmentée), - SaO ₂ ≤ 94 % ou ↓ > 3 % vs SaO ₂ de base, - modification de l'examen clinique pulmonaire, - douleur pulmonaire pleurale, - fréquence respiratoire ≥ 25 cycles/min C) Radiographie pulmonaire : - Pneumopathie (PNP) : arguments pour une PNP - Bronchite aiguë : pas d'argument pour une PNP ou RP non réalisée

Bactériémie
Cas n°1 : 1 Hémoculture positive à un germe pathogène Cas n° 2 = a + b a) Au moins 1 des signes généraux : - Hyperthermie - Hyperleucocytose - Confusion - Déclin fonctionnel aigu b) 2 hémocultures positives à une germe commensal de la peau (<i>Acinetobacter sp, bacillus sp, Corynebacterium sp, Micrococcus sp, Staphylococcus coagulase -</i>)

Cellulite = A et/ou 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, - sautement en regard de la lésion, - au moins des signes généraux (CF, hyperthermie, hyperleucocytose, confusion, déclin fonctionnel aigu)

Clostridium difficile
Diarrhée aiguë : - avec ou sans signes généraux ET coproculture positive : - Mise en évidence de la toxine B : PCR, ELISA - ou mise en évidence d'une souche toxigène

Infection digestive = (A ou B) et C
A) au moins 1 des signes généraux : - Hyperthermie - Hyperleucocytose (PNN > 14000/mm ³) - Confusion (CAM) - Déclin fonctionnel aigu (> 1 pt ADL) B) ou 1 signe clinique digestif : - Nausées ou vomissements - douleur abdominale - défense ou contracture - modification de l'examen clinique abdominal - modification du transit C) Imagerie : - Echographie : arguments pour une cholecystite - Scanner abdominal : argument pour une diverticulite

AUTEUR : Nom : GERARD-DRANSART

Prénom : Charlotte

Date de soutenance : 01 juin 2021

Titre de la thèse : Description des trajectoires de fin de vie en Médecine Aiguë Gériatrique.

Thèse - Médecine - Lille 2021

Cadre de classement : médecine

DES + spécialité : médecine générale

Mots-clés : gériatrie, médecine aigue gériatrique, décès, trajectoire, fin de vie, soins palliatifs, fragilité

Contexte : La répartition inhomogène de la morbi-mortalité vers le grand âge impose une modification des structures de soins. La grande majorité des fins de vie ont lieu après 75ans et le taux de décès lors d'une hospitalisation en médecine aiguë gériatrique (MAG) est de 8 à 10% en France. Les soins palliatifs permettent de réaliser des soins proportionnés. 4 trajectoires de fin de vie ont été décrits : la trajectoire 1 par pathologie aigue non prévisible, la trajectoire 2 par cancer, la trajectoire 3 par insuffisance d'organe, et la trajectoire 4 par fragilité. L'objectif de cette étude était d'identifier les trajectoires de fin de vie des patients âgés hospitalisés et décédés en MAG et leur recours aux soins palliatifs.

Méthode : Etude de cohorte ambispective issue de l'étude DAMAGE multicentrique, qui a inclus 3509 patients âgés de 75 ans ou plus admis en MAG sur une période de 16 mois, où les caractéristiques cliniques et gériatriques ont été recueillis en prospectif. Les dossiers des 177 patients décédés ont été relus de manière rétrospective afin d'établir les trajectoires de fin de vie sur relecture des dossiers médicaux avec une phase de standardisation en double indépendant, de même que la mise en place d'un accompagnement palliatif avant le décès

Résultats : Au total la majorité des décès est représentée par la trajectoire 4 à 69% (n=122), puis la trajectoire 2 (n=22), la trajectoire 1 (n=18) et enfin la trajectoire 3 (n=15). 54 patients décédés (30%) n'ont pas bénéficié d'une prise en charge palliative en MAG. La comparaison des caractéristiques des patients décédés avec ou sans soins palliatifs en fonction des trajectoires met en évidence des différences significatives cohérentes avec la définition de ces trajectoires. Nous observons un risque d'absence de recours aux soins palliatifs moindre de manière significative pour les trajectoires 2 (OR=0,22 [0,05 ; 0,08]) et 3 (OR=0,15 [0,02 ; 0,77]). Concernant la trajectoire 4, il s'agit d'une tendance (OR=0,47 [0,17 ; 1,29]). Il existe une meilleure instauration des soins palliatifs pour les patients décédés de monopathologie (trajectoire 2+3) que par fragilité (trajectoire 4) ou pathologie aigue non prévisible (trajectoire 1).

Conclusion : Notre étude met en évidence la prédominance des décès par fragilité (trajectoire 4) pour les patients en MAG, mais aussi un large recours aux soins palliatifs : il est nécessaire d'appréhender la cascade gériatrique et de débiter plus précocement les soins palliatifs afin d'améliorer la qualité de fin de vie des patients.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur François PUISIEUX

Asseseurs :

Monsieur le Professeur Jean-Baptiste BEUSCART,
Monsieur le Docteur Matthieu CALAFIORE

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Guillaume DESCHASSE