



UNIVERSITÉ DE LILLE

UFR3S-MÉDECINE

Année : 2025

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Faisabilité des plans de soins anticipés en médecine aiguë
gériatrique chez les patients âgés à haut risque de décès : le point
de vue des gériatres.**

Présentée et soutenue publiquement le 17 octobre 2025 à 16 heures
au Pôle Formation
par Marc BOURJOT

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Jean-Baptiste BEUSCART

Assesseurs :

Madame le Docteur Yaohua CHEN

Madame le Docteur Flore HOMEY-DUSAUTOIS

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Fabien VISADE

Avertissement

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

Sigles

INSEE	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
PSA	Plan de Soin Anticipé
MAG	Médecine Aiguë Gériatrique
PH	Praticien Hospitalier
GHICL	Groupement des Hôpitaux de l'Institut Catholique de Lille
CHU	Centre Hospitalier Universitaire

Sommaire

Avertissement.....	4
Sigles.....	5
Sommaire	7
Introduction.....	9
1 Le vieillissement de la population et l'enjeu de la gériatrie	9
2 Les plans de soins anticipés : personnaliser le parcours de soin	11
3 La médecine aiguë gériatrique	13
Matériel et méthodes	14
1 Design de l'étude et éthique	14
2 Les participants	14
3 Identification des patients âgés à haut risque de décès	15
4 Les entretiens semi-directifs.....	15
5 Collecte et analyse des données.....	15
Résultats.....	17
1 Caractéristiques des participants	17
2 Calcul du score DAMAGE et propositions de plans de soins anticipés	17
3 Analyse thématique	18
3.1 Thème 1 : le service de MAG, un lieu adapté à la rédaction de PSA ?	20
3.1.1 Le manque de temps	20
3.1.2 Épisode trop aiguë, confusion et troubles neurocognitifs.....	20
3.1.3 Contexte de l'hospitalisation et cadre inadapté à la réflexion.....	21
3.1.4 Le cadre adapté pourrait être hors hospitalisation	22
3.2 Thème 2 : le manque de connaissance des soignants, des patients et des familles autour des PSA.....	22
3.2.1 Nécessité d'un accompagnement des patients et de leur famille.....	22
3.2.2 Nécessité de formation des gériatres et du personnel soignant à l'approche des PSA	23
3.2.3 Manque de connaissance des PSA des patients et de leur famille.....	24
3.3 Thème 3 : le manque de lien entre hospitalisation et ville	25
3.3.1 Proportionnalité de soins valable uniquement durant l'hospitalisation ..	25
3.3.2 Doute sur la place du médecin traitant dans la rédaction des PSA.....	25
Discussion	27
1 Résumé des résultats.....	27

2	Comparaison à la littérature scientifique.....	27
2.1	Thème 1	27
2.2	Thème 2	29
2.3	Thème 3	30
3	Forces et limites	33
	Conclusion.....	34
	Références bibliographiques	35
	Annexe 1	38

Introduction

1 Le vieillissement de la population et l'enjeu de la gériatrie

Le vieillissement démographique constitue un enjeu majeur de santé publique en France et dans le monde. Il s'explique par la progression de l'espérance de vie (85,7 ans pour les femmes et 80,0 ans pour les hommes en 2023) [1] mais aussi par le vieillissement des « baby-boomers » dont les premières générations sont aujourd'hui octogénaires et celles nées au cœur du baby-boom atteignent l'âge de la retraite.

En 2025 près de 21% de la population française a plus de 65 ans, et les projections de l'INSEE de 2023 estiment que ce chiffre atteindra 26% à l'horizon de 2040 [2].

L'augmentation toujours plus importante de la proportion et de l'âge des personnes âgées dans la population française soulève de nombreuses problématiques de santé publique.

En effet le gain d'espérance de vie et l'avancée en âge de nos aînés s'accompagne d'une augmentation de la prévalence des maladies chroniques, des maladies neurocognitives, de la fragilité et de la perte d'indépendance fonctionnelle.

Plus de 50% des personnes âgées de plus de 75 ans en France vivent avec au moins deux maladies chroniques.

Dans ce contexte d'accroissement constant de la proportion des syndromes gériatriques dans la population âgée (dont les principaux : troubles neurocognitifs, chutes, dénutrition, polypathologies, perte d'indépendance fonctionnelle), il est nécessaire d'anticiper de manière structurelle les défis qu'un tel vieillissement de population sous-tend.

L'augmentation majeure de la part des seniors en perte d'autonomie, estimée à 4 millions de seniors d'ici 2050 par l'INSEE (soit 16,4% des plus de 60 ans, contre 2,5 millions en 2015 soit 15,3% des plus de 60 ans) [3] implique une majoration du nombre de places en institution et un développement de l'aide à domicile en ville.

Pour maintenir constant le pourcentage de personnes en établissement par département, sexe, tranche d'âge et degré de perte d'autonomie, il faudrait que le

nombre de places en hébergement permanent en établissements pour personnes âgées augmente de 20 % d'ici à 2030 et de plus de 50 % à l'horizon 2050 d'après l'INSEE [3].

Ce vieillissement s'accompagne également d'une explosion des dépenses de santé puisque les personnes âgées dépendantes et polypathologiques nécessitent évidemment plus de soins. Selon Le Point et la caisse nationale d'assurance maladie en 2022, les dépenses de santé annuelles remboursables d'un assuré de plus de 84 ans s'élèvent en moyenne à 8 363€, soit deux fois plus que celles d'un assuré âgé de 60 à 74 ans (4 195€) et près de dix fois plus que celles d'un assuré âgé de 2 à 16 ans (870€).[4]

De récents travaux ont mis en évidence l'hétérogénéité clinique de la population âgée. Une partie non négligeable, représentée par les patients les plus fragiles, est la plus consommatrice en soins avec, notamment, des hospitalisations répétées.

Le risque de nouvelle hospitalisation est ainsi décrit comme un processus dynamique qui augmente au fur et à mesure des hospitalisations, et aboutit, le plus souvent, au décès du patient [5]. L'environnement hospitalier non adapté aux prises en soin des personnes âgées a souvent été pointé du doigt [6]. Cependant, les patients présentant des hospitalisations répétées sont aussi retrouvés, de façon tout à fait marquante, dans les services hospitaliers spécialisés dans la prise en soins des personnes âgées [5].

Au-delà de mettre en lumière l'importance de dépister les patients à risque d'hospitalisations répétées et de décès, la question de l'intérêt réel de toutes ces hospitalisations se pose. Ces hospitalisations répétées sont-elles toutes nécessaires ? Sont-elles réellement le reflet de problématiques médicales non stabilisées ? S'agit-il d'une problématique sociale sous-jacente non identifiée, d'un parcours de soins non organisé, ou encore d'une situation de fin de vie à moyen terme non anticipée ? Enfin, toutes ces hospitalisations sont-elles le souhait du patient et de ses proches ? Un changement de paradigme est aujourd'hui essentiel pour ces patients.

D'autres travaux nous indiquent que les choix des patients, dont la fin de vie est proche, s'orientent plus vers des soins à domicile, entourés de leur famille [7]. L'anticipation est aussi une de leur priorité afin de recentrer leurs soins sur ce qu'ils souhaitent réellement [8]. Bien que cette anticipation reste un défi au regard du profil des patients

dont il est question, elle est néanmoins possible à travers les plans de soins anticipés (PSA).

2 Les plans de soins anticipés : personnaliser le parcours de soin

Face à ces enjeux, la planification des soins de la fin de vie devient une composante essentielle de prise en charge de la population gériatrique. Cette planification vise à garantir un projet de soins individualisé et le plus conforme possible aux valeurs, aux souhaits et aux priorités du patient. [9] Elle facilite les prises de décision dans les situations d'urgence et dans celles où le patient ne serait plus en état d'exprimer ses volontés. Les éléments finaux du PSA concernent le plus souvent les hospitalisations, la réanimation, l'alimentation artificielle, ou encore le lieu de décès.

Ces PSA doivent par essence être nourri d'une réflexion partagée entre le patient (avec appui sur ses éventuelles directives anticipées en cas de perte de capacité de jugement), ses proches et les équipes soignantes.

Les PSA permettent donc de dépasser la simple question de la réanimation ou de l'arrêt de traitements, en intégrant une vision globale et une proportionnalité de soins personnalisée garantissant la qualité de vie (souhait du lieu de vie et de fin de vie, balance entre gain d'espérance de vie et perte de qualité de vie pour une intervention, ...).

Des preuves solides issues de revues systématiques montrent que la PSA augmente le nombre de directives anticipées et de discussions sur les soins de santé futurs dans la pratique clinique et améliore la cohérence des soins avec les objectifs des patients dans diverses populations [10]. Le PSA peut améliorer la qualité de la communication entre le patient et le clinicien, réduire les admissions non souhaitées à l'hôpital, augmenter l'utilisation des soins palliatifs et accroître la satisfaction et la qualité de vie des patients [11].

Malgré la pertinence des PSA dans le paysage gériatrique français, leur mise en œuvre reste très largement limitée : moins de 10% des patients âgés hospitalisés disposent d'un PSA formalisé, selon les données françaises et européennes récentes, alors même que plus de 50% d'entre eux sont exposés à des décisions médicales

majeures durant leur séjour hospitalier. [12,13]

La population âgée est bien sûr éligible à ce type de pratique. La littérature nous montre qu'il semble plus facile de mettre en œuvre le PSA lorsque le patient âgé présente une maladie bien identifiée et évoluée à un stade terminal [14]. Ceci est moins évident lorsqu'il s'agit de patients fragiles de par leurs comorbidités multiples, et hospitalisés à répétition. Les barrières à la mise en place d'un PSA dans la population âgée sont multiples comme le manque de compétences ressenti pour réaliser le PSA, les difficultés à définir le bon moment, l'attitude selon laquelle c'est le patient qui doit initier le PSA, et la peur de priver les patients d'espoir. Cependant, des facilitateurs existent et ont déjà prouvé leur efficacité comme l'implication des proches, la formation des professionnels qui initient et réalisent le PSA, la présence de supports explicatifs donnés aux patients, et la communication entre professionnels hospitaliers et du domicile, et l'interdisciplinarité.

L'implication du patient est essentielle lors de la construction d'un PSA. L'un des principaux défis lorsqu'il est question de PSA chez les patients âgés est de parvenir à impliquer les patients dont la capacité de décision est diminuée. Ils risquent par conséquent de recevoir des soins lourds et non désirés en fin de vie. La plupart des essais sur les PSA ont exclu les personnes souffrant de troubles neurocognitifs. Un consensus international a permis d'obtenir un cadre spécifique de définition du PSA en cas de troubles neurocognitifs, et soutien l'inclusion des patients déments mais aussi de leur famille, avec de préférence une documentation adaptée et des discussions qui se poursuivent jusqu'à un stade sévère de la maladie [15]. L'emploi d'outils facilitant l'engagement des discussions et la compréhension des patients atteints de démence, ainsi que leurs proches, s'est déjà révélé intéressant. Cependant, les chances de succès lors de la réalisation du PSA chez les patients déments seront toujours optimisées si le PSA est anticipé et réalisé avant que la maladie n'évolue.

Face à ce constat, l'initiation d'une démarche de PSA chez les patients âgés hospitalisés représente un véritable enjeu. En France, les services de médecine aiguë gériatrique (MAG), qui accueillent majoritairement des patients présentant des syndromes gériatriques, un risque élevé de décès ou de réhospitalisations répétées, constituent un contexte particulièrement pertinent pour l'évaluation et la mise en œuvre de ces démarches.

3 La médecine aiguë gériatrique

La médecine aiguë gériatrique est située à l'interface entre les urgences et la filière gériatrique. Elle accueille des patients âgés, polypathologiques, souvent fragile ou dépendants et confrontés à des situations cliniques instables. Au-delà de traiter l'urgence, la MAG permet de faire une évaluation gériatrique de la situation, en identifiant les syndromes gériatriques du patient et ses fragilités.

Cette première évaluation, ou réactualisation en cas de patient déjà connu de la filière, permet régulièrement une entrée dans cette filière gériatrique (que ce soit en consultation, en hôpital de jour, en hospitalisation en service médico-réadaptatif ou en institutionnalisation). Mais pour un bon nombre de patient la sortie du service de médecine aiguë gériatrique se fait vers le domicile du patient.

Dans ce contexte de plaque tournante de la filière gériatrique, à l'interface entre les urgences, le domicile et la filière gériatrique, il apparaît pertinent d'y entamer la discussion autour des PSA. La place de la MAG dans le parcours de soin semble privilégiée pour toucher le plus grand nombre de patients gériatriques et fragiles et en tous cas identifier les patients les plus à risque, qui sont également les patients à qui bénéficieraient le plus les PSA.

Malgré cette place privilégiée, on relève de nombreux freins à la rédaction des PSA dans les services de MAG du fait de l'organisation et de l'essence même d'un service de soins aiguë.

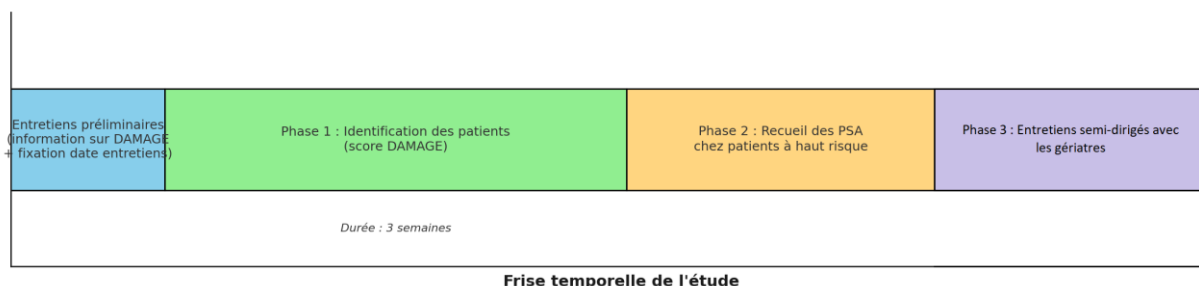
L'objectif de notre étude était d'analyser la perception des gériatres quant à la faisabilité des PSA au sein d'un service de MAG.

Matériel et méthodes

1 Design de l'étude et éthique

Il s'agit d'une étude qualitative transversale multicentrique menée au sein des services de MAG des hôpitaux de la région des Hauts de France (centre hospitalier universitaire de Lille, centre hospitalier universitaire d'Amiens). L'étude s'est déroulée en trois phases successives : i) identification des patients à haut risque de décès hospitalisés dans les services de médecine aiguë gériatrique (MAG) ; ii) recueil des plans de soins anticipés (PSA) élaborés auprès des patients identifiés comme à haut risque lors de la première phase ; iii) réalisation d'entretiens semi-dirigés auprès des praticiens de MAG afin d'analyser leur perception de la mise en œuvre des PSA dans le service. Le schéma de l'étude est disponible en figure 1. L'étude a respecté les critères consolidés pour la publication de recherches qualitatives (COREQ). [16] L'étude a été approuvée par le comité d'éthique du groupement des hôpitaux de l'Institut Catholique de Lille (n°RNIPH-2023-14).

Figure 1



2 Les participants

Les praticiens hospitaliers (PH) de MAG, acceptant de participer à l'étude, étaient chargés d'identifier les patients à haut risque de décès dans leur service. Pour ce faire, l'équipe de recherche avait convenu d'un premier rendez-vous pour les informer des modalités d'identification des patients âgés à haut risque de décès. Par la suite, un second rendez-vous était pris avec chaque PH participant à l'étude afin de fixer une date pour un entretien semi-directif pour discuter des PSA. Les PH étaient en ce sens

désignés comme expert du sujet de par leur fonction de soignants auprès des patients âgés.

3 Identification des patients âgés à haut risque de décès

L'identification des patients âgés à haut risque de décès s'est déroulée sur une période de trois semaines dans chacun des centres participants. À cette fin, les PH devaient calculer le score DAMAGE pour l'ensemble de leurs patients hospitalisés au cours de cette période [17]. Les patients étaient considérés comme à haut risque si leur score DAMAGE était supérieur ou égal à 50 % [17]. Le score DAMAGE repose sur des données cliniques recueillies au sein du service de MAG, incluant notamment le score de comorbidité de Charlson, le nombre de traitements médicamenteux pris à domicile, le poids du patient, ainsi que la présence d'une dénutrition ou d'une infection (<https://damage-score.com/en/>).

4 Les entretiens semi-directifs

Des entretiens semi-directifs ont été conduits auprès des PH à l'issue de la période de trois semaines consacrée à l'identification des patients âgés à haut risque de décès. L'objectif de ces entretiens était d'explorer la perception et l'expérience des PH concernant la mise en œuvre des PSA, en s'appuyant sur une question d'ouverture suivie de questions de relance, afin de favoriser une expression libre et nuancée. Les thématiques abordées au cours des entretiens incluaient : i) les obstacles rencontrés lors de la réalisation des PSA ; ii) l'autoévaluation des compétences et des ressources nécessaires à leur mise en œuvre ; iii) les stratégies ou leviers perçus comme facilitant leur réalisation en MAG (cf. annexe 1). Les entretiens ont été menés par un étudiant en thèse d'exercice en médecine. Chacun d'eux a été enregistré à l'aide d'un dictaphone, après obtention du consentement oral des participants.

5 Collecte et analyse des données

Les caractéristiques personnelles des PH, telles que le genre et l'âge, ont été recueillies avec leur consentement. Par ailleurs, le nombre de PSA effectivement

réalisés pour chaque patient identifié à haut risque de décès a été demandé aux PH immédiatement avant la conduite de l'entretien semi-directif.

L'analyse des entretiens semi-directifs a été réalisée selon une approche qualitative, en s'appuyant sur la méthodologie de la théorie ancrée telle que décrite par Burnard (2006). [18] Cette approche vise à faire émerger une théorie explicative — une logique d'action, de pensée ou de perception — directement fondée sur les données recueillies. La théorie ancrée repose sur une élaboration inductive à partir des discours d'experts, en l'occurrence les PH, recueillis lors des entretiens (Héas, 2015). [19]

Le processus d'analyse s'est déroulé en plusieurs étapes :

1. Retranscription intégrale des enregistrements par un membre de l'équipe de recherche ;
2. Analyse des verbatim en vue de dégager des idées par l'équipe de recherche ;
3. Regroupement de ces idées en thèmes, au cours d'un processus itératif impliquant des discussions collectives entre l'équipe de recherche, des allers-retours entre les données et les interprétations, ainsi qu'une réflexion critique continue.

Résultats

1 Caractéristiques des participants

La population de l'étude est composée de six PH dont deux au CHU de Lille et quatre au CHU d'Amiens. La majorité était des femmes N=4 (66%) d'âge médian de 40 ans (IQR=11 ans). La durée moyenne des entretiens était de 8,5 minutes (tableau 1).

Tableau 1

Entretien	Individu	Sexe	Age (ans)	Lieu d'exercice	Durée d'entretien (minutes)
1	Dr C.	Femme	41	CSG CHU	12
2	Dr D.	Homme	44	CSG CHU	5
3	Dr M.	Femme	33	CSG CHU	11
4	Dr R.	Homme	30	CSG CHU	13
5	Dr P.	Femme	44	CSG CHU	5
6	Dr W.	Femme	39	CSG CHU	5

2 Calcul du score DAMAGE et propositions de plans de soins anticipés

Sur les six gériatres, cinq ont utilisé l'outil DAMAGE. Un PH n'a pas calculé le score DAMAGE par manque de temps (sous-effectif dans le service durant le temps de l'étude). Au total, 49 patients à risque étaient dépistés par le score DAMAGE dans les centres participants. Parmi eux, aucun n'a bénéficié d'un PSA en sortie d'hospitalisation par les PH (tableau 2)

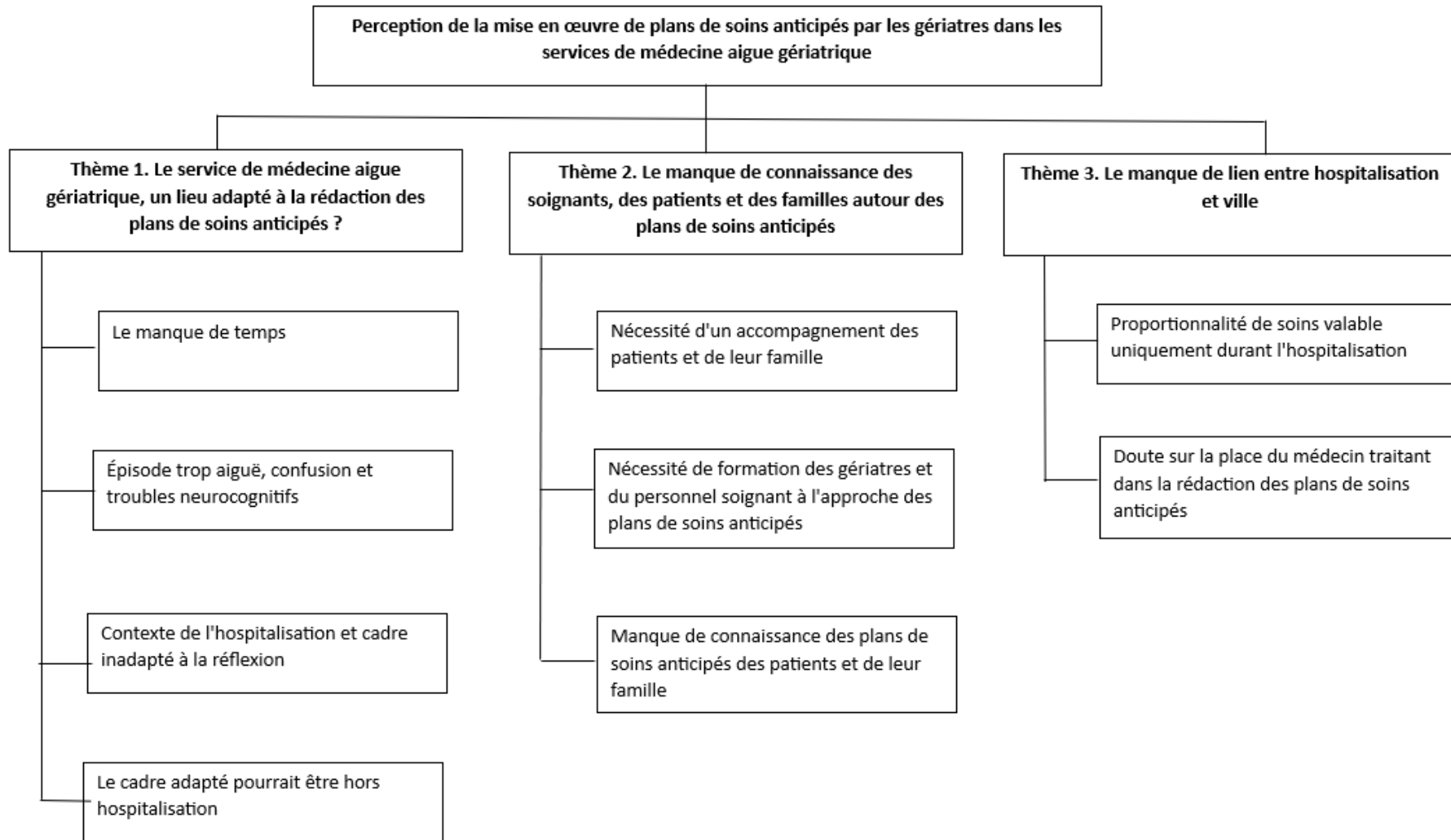
Tableau 2

Individu	Nombre de score DAMAGE réalisé	Nombre de score DAMAGE à haut risque de décès	Nombre de PSA réalisé
Dr C.	20	14	0
Dr W.	17	12	0
Dr D.	20	7	0
Dr M.	0	0	0
Dr R.	15	7	0
Dr P.	16	9	0
TOTAL	88	49	0

3 Analyse thématique

Dans l'analyse de la perception de la mise en œuvre de PSA par les PH dans les services de MAG, trois thèmes clés ont été identifiés, à savoir (i) le service de MAG : un enjeu pour la rédaction des PSA ; (ii) le manque de connaissance des PSA ; et (iii) le manque de liens entre l'hôpital et la ville. Chacun de ces thèmes et sous-thèmes est présenté dans la figure 2 et sera décrit plus en détail ci-dessous.

Figure 2



3.1 Thème 1 : le service de MAG, un lieu adapté à la rédaction de PSA ?

3.1.1 Le manque de temps

Les gériatres interrogés ont tous identifié un manque de temps en MAG pour la rédaction des PSA. La rédaction de PSA demandant un accompagnement, une délivrance d'information, et une réflexion.

Dr C. (entretien n°1) :

- *« Mais ça prend du temps parce que c'est.. enfin les gens ils savent pas les rédiger tout seuls. C'est sûr qu'il faut un accompagnement. »*
- *« Je pense que si jamais on met des directives en aiguë, il faut les faire revalider. Parce que de toute façon, c'est quelque chose que tu mûris, c'est quelque chose que tu prends du temps à discuter et que souvent ils nous demandent d'en discuter avec leur famille, après les familles viennent nous demander des explications. Je sais qu'il y avait des consultations, j'avais un interne qui avait parlé.. il se posait la question de faire ça en médecine de ville mais vraiment des consultations dédiées mais c'est du temps, c'est vraiment du temps »*

Dr M. (entretien n°3) :

- *« Je pense que ce n'est pas un problème de formation. Je pense que c'est un problème de moyens en service. Nous, on peine à mettre en place une RCP pour bien statuer les patients. »*

3.1.2 Épisode trop aiguë, confusion et troubles neurocognitifs

La plupart des gériatres ont développé l'idée que les patients admis en MAG ne sont pas en mesure de rédiger des PSA dans de bonnes conditions, notamment du fait des troubles neurocognitifs, de confusion éventuelle, ou encore d'une situation aiguë altérant le jugement.

Dr C. (entretien n°1) :

- *« Parce que s'ils ont un score pronostic pas bon en court séjour, c'est qu'ils ont un épisode aigu, souvent de la confusion ou des troubles neurocognitifs qui font qu'ils*

ne sont pas en mesure de les rédiger. Donc c'est là où nous on est coincés. »

Dr W. (entretien n°6) :

- *« Ce qui va limiter, je pense, ça peut être le patient en lui-même, avec les troubles neurocognitifs, faut aussi qu'il soit en état de communiquer. »*

Un des gériatres émet également des doutes sur la fiabilité des informations transmises par la famille dans ces situations où le patient n'est pas en mesure de rédiger ses PSA.

Dr W. (entretien n°6) :

- *« Parce que les prendre que aux familles (les directives), bah.. des fois en sent que les familles sont un peu indicées. Y'en a qui veulent pas lâcher leurs proches et qui vont dire si, si, il veut absolument. Y'en a d'autres qui ne comprennent pas trop et qui disent oui, c'est bon. Et d'un autre côté, ce n'est pas une décision de la famille, c'est une décision médicale. »*

3.1.3 Contexte de l'hospitalisation et cadre inadapté à la réflexion

Tous les gériatres interrogés exposent la même idée, que le service de MAG n'est ni le lieu, ni le moment pour rédiger des PSA. Principalement du fait d'une situation de stress aiguë, avec peur de la mort ressentie proche, dans un milieu hospitalier, avec peu de temps disponible pour échanger.

Dr R. (entretien n°4) :

- *« C'est vrai que nous, quand ils viennent, ils sont pas forcément très bien. Et à la sortie, pour les directives anticipées, c'est... Peut-être le moment est difficile. Et puis, est-ce que c'est le meilleur moment de les réaliser ? Dans une salle d'hospit' ? En chambre ? »*
- *« Arriver en trois minutes de parler des directives anticipées, ça rejoint un peu le manque de temps, mais je dirais que c'est plus pas le lieu approprié, peut-être. »*

Dr C. (entretien n°1) :

- *« Mais je trouve que c'est compliqué en médecine aiguë, où le propre de nos patients, c'est qu'ils ont une défaillance qui font... C'est compliqué de tenir compte de*

leur volonté à ce moment-là. Ils ne sont pas forcément en mesure, ils sont en situation de fragilité, de stress, de prendre la bonne décision. »

- *« Ce n'est pas le moment le plus facile à demander quand tu sais que le patient lui-même, il ressent qu'il va potentiellement mourir. »*

3.1.4 Le cadre adapté pourrait être hors hospitalisation

Les gériatres sont unanimes sur le fait que la MAG n'est pas le lieu adéquat pour la rédaction de PSA. La plupart pense que leur rédaction serait plus adaptée en ville, en dehors de l'hôpital, plus proche des conditions de vie des patients.

Dr M. (entretien n°3) :

- *« je pense que le plus gros du travail doit se faire en temps calme, à la maison, avec la famille, autour de documents dédiés, etc. Pour que le recueil soit le plus objectif possible. En dehors d'une phase aiguë. »*

Dr R. (entretien n°4) :

- *« il nous manque peut-être un rayon de la chaîne, une personne à contacter pour le faire en ambulatoire, ou recontacter le patient quelques jours après, laisser le temps de souffler après l'hospit. Donc peut-être avec l'IPA en consult, ou qui viendrait à domicile, peut-être que les DAC ont leur rôle à jouer là-dedans.*

3.2 Thème 2 : le manque de connaissance des soignants, des patients et des familles autour des PSA

3.2.1 Nécessité d'un accompagnement des patients et de leur famille

Plusieurs gériatres ont souligné le fait qu'il y a une nécessité d'accompagner les patients dans la rédaction de leur PSA mais qu'il n'y a qu'une faible demande générale (des patients, de leur famille, de l'institution) sur leur rédaction.

Dr C. (entretien n°1) :

- *« Mais ça prend du temps parce que c'est.. enfin les gens ils savent pas les rédiger tout seuls. C'est sûr qu'il faut un accompagnement. »*

Dr D. (entretien n°2) :

- *« Souvent, on part au plus pressé et on fait ce qu'on nous demande et il n'y a pas vraiment de demande de la part des patients, des familles ou des médecins traitants ou même de l'institution de faire des directives anticipées. »*

Plusieurs gériatres pensent qu'un support de type brochure ou vidéo d'information pourrait être vu comme malvenu lors d'un séjour en MAG. Certains émettent l'idée que ce type de support ne serait pas utilisé par les patients ou leur famille, et qu'en tous cas il ne faut pas qu'il soit donné seul sans explication via un soignant, un médecin et nécessite donc un accompagnement.

Dr M. (entretien n°3) :

- *« Dans notre service, ils ont une brochure sur les directives anticipées, mais je n'ai pas l'impression que ça ait un impact sur l'hospitalisation, par exemple. C'est dans leur petit kit d'entrée, ils ont la brochure, mais ça n'a pas d'impact. Après, c'est juste donné parmi un autre tas de papiers. Ce n'est pas donné du médecin au patient »*

Dr R. (entretien n°4) :

- *« Je me demande s'il ne faut pas se focaliser sur le soignant. »*
- *« Je ne me vois pas trop faire sortir mon patient avec un flyer sur les directives anticipées. En discuter s'il faut, mais avec un flyer, le message me paraît un peu sombre. »*

Dr W. (entretien n°6) :

- *« c'est quand même particulier les directives anticipées. Je pense que ça devrait être plus personnalisé que juste en vidéo ou brochure. Je pense que c'est bien d'en discuter avec un médecin »*

3.2.2 Nécessité de formation des gériatres et du personnel soignant à l'approche des PSA

Les gériatres sont plus partagés, certains pensent que la formation est suffisante pour aborder le sujet, pour d'autres insuffisante. Un des gériatres souligne qu'il faut également être formé à la discussion des PSA, car la manière dont on aborde le sujet influence le patient.

Dr W. (entretien n°6) :

- *« Après, j'en ai jamais rempli, c'est vrai que moi, j'en ai jamais rempli, on ne m'a jamais montré comment on en remplit. »*

Dr C. (entretien n°1) :

- *« on peut être démuni, à expliquer, je trouve, aux patients les tenants et aboutissants de, dans toutes les directives anticipées, de la transfusion, la chirurgie, on sait ce que c'est, mais l'intubation, la dialyse, c'est hyper détaillé. Je pense qu'on n'est pas forcément tous formés. »*
- *« il faut qu'il y ait un médecin. Sinon, on a des directives anticipées, c'est "je ne veux pas d'acharnement". »*
- *« mine de rien on oriente le patient dans la façon dont on présente la réanimation ou on ne la présente pas, les termes qu'on utilise influencent : vous voulez être nourri artificiellement ? le ton, la façon dont tu le dis : si jamais un jour vous n'êtes pas en mesure de manger est-ce que vous voulez qu'on vous mette une nutrition artificielle ? »*

Dr M. (entretien n°3) :

- *« Je pense que ce n'est pas un problème de formation »*

3.2.3 Manque de connaissance des PSA des patients et de leur famille

Certains gériatres mettent en avant le manque de culture autour des PSA dans la population générale, comme étant un frein à leur mise en place.

Dr M. (entretien n°3) :

- *« il n'y a pas encore assez d'informations auprès des familles ou auprès des patients pour que le sujet soit assez facilement abordé. Il y a encore des familles qui nous disent qu'ils n'y ont jamais réfléchi, alors qu'en fait, ça paraissait évident qu'ils y aient déjà réfléchi. »*

Dr D. (entretien n°2) :

- *« Donc effectivement, c'est pas un message qui est facile à faire passer. On*

peut aussi avoir quelques réticences. Mais aussi, c'est pas dans la culture, c'est pas une demande. »

◦ *Souvent, on part au plus pressé et on fait ce qu'on nous demande et il n'y a pas vraiment de demande de la part des patients, des familles ou des médecins traitants ou même de l'institution de faire des directives anticipées.*

3.3 Thème 3 : le manque de lien entre hospitalisation et ville

3.3.1 Proportionnalité de soins valable uniquement durant l'hospitalisation

Plusieurs gériatres ont décrit mettre en place des proportions de soins lors du séjour en MAG, posées par des médecins lors, idéalement, d'une discussion collégiale, qui ne valent que pour l'hospitalisation en cours.

Dr C. (entretien n°1) :

◦ *« Alors nous, on ne fait pas des vraies directives anticipées, on ne les fait pas rédiger par les patients. Par contre, on essaye de recueillir leur volonté et on va faire nous des limitations. »*

Dr P. (entretien n°5) :

◦ *« c'est vrai que les limitations, si elles ont été posées pendant l'hospitalisation, on ne les repose pas en sortie, en fait. »*

3.3.2 Doute sur la place du médecin traitant dans la rédaction des PSA

Plusieurs gériatres émettent l'idée que les PSA soient fait avec le médecin traitant, avec plusieurs consultations dédiées permettant une réflexion et l'information du patient. Mais il y a un manque de temps en ville également, et pour certains aussi un manque de valorisation.

Dr D. (entretien n°2) :

◦ *« Si on voulait que ce soit fait, il faudrait l'exiger auprès des médecins traitants, c'est-à-dire valoriser l'acte auprès des médecins traitants. Ils peuvent avoir une valorisation aux objectifs. Par exemple, s'ils font autant d'hémoglobine glyquée pour leurs patients diabétiques, ça leur donne des sous, etc., il faudrait exiger 80% de*

directives anticipées pour les patients de plus de 75 ans de leur patientèle. »

◦ *« Pour moi, ça devrait être fait en ville, mais ce n'est pas fait parce qu'il n'y a pas d'intérêt, il n'y a pas de valorisation ni d'intérêt ni de culture. »*

Dr R. (entretien n°4) :

◦ *« Le médecin traitant, essayer de contacter le médecin traitant à la sortie de l'hospitalisation, en lui disant « Docteur X, j'aimerais que vous alliez voir Monsieur à domicile pour faire ses directives anticipées ». Ça me semble difficile. Je pense qu'il va vous dire « Vous n'avez qu'à les faire ».*

Discussion

1 Résumé des résultats

Cette étude vise à appréhender la place des PSA par les gériatres lors d'une hospitalisation en MAG afin de comprendre les freins et les limites à leurs réalisations.

Durant l'étude le score DAMAGE était calculé pour 88 patients, et a révélé que la moitié (N=49) était à haut risque de décès dans l'année suivant la sortie de MAG. Pour ces patients à haut risque de décès, aucun PSA n'a été initié durant l'hospitalisation.

L'analyse des verbatim tirés des différents entretiens avec les gériatres de MAG a fait ressortir plusieurs pistes expliquant les raisons de l'absence de PSA proposé chez ces patients, à savoir : le service de MAG est considéré comme un lieu non adapté à la pratique des PSA ; le manque de connaissance des soignants, des patients et des familles autour des PSA ; et le manque de lien entre hospitalisation et ville.

2 Comparaison à la littérature scientifique

2.1 Thème 1

Le premier thème concerne le service de MAG, avec un questionnement sur la pertinence de la rédaction des plans de soins anticipés en son sein.

L'absence de PSA dans notre étude n'est pas un fait isolé et uniquement local, on retrouve dans la littérature une très faible prévalence de PSA dans les services de médecine. Une étude récente réalisée dans les services de médecine aiguë de 122 hôpitaux du Royaume-Uni constate que la proportion de patient ayant des PSA après une hospitalisation récente n'augmente que faiblement comparé aux patients sans hospitalisation récente (le taux passe de 4,2% de PSA (95% CI 4,0%-4,4%) à 7,1% de PSA après une hospitalisation récente (95% CI 6,6%-7,6%). [13]

La limite principale à la rédaction des PSA mise en évidence par les réponses des gériatres dans notre étude est le manque de temps dans un service de MAG. On

retrouve ce manque de temps dans la littérature scientifique avec notamment l'étude australienne de Jeong et al. [20] qui montre que la rédaction de PSA requiert plusieurs entretiens sur plusieurs jours (en moyenne 4 h 44 réparties sur plusieurs semaines), ce qu'on peut estimer incompatible avec l'organisation et le temps disponible en service de MAG où les hospitalisations sont intenses et brèves.

Dans ce contexte de manque de temps, comme le montre l'étude américaine de Happ et al [21], les discussions autour des PSA finissent souvent par se limiter à une dichotomie entre réalisation de réanimation cardio-pulmonaire ou non, simplifiant fortement les options disponibles et les différents niveaux de soins (du fait du manque de temps mais également du manque de connaissance des patients et de formation des soignants à proposer et expliquer ces alternatives thérapeutiques).

Il en résulte une simplification des choix concernant les traitements médicaux et la gestion des symptômes de fin de vie, qui ne permet pas de rédiger des PSA de manière éclairée, limitant le temps de réflexion du patient sur ce qu'il souhaite réellement.

Concernant les patients avec des troubles neurocognitifs, fréquemment admis en MAG et cités par nos gériatres comme un frein à la rédaction de PSA, il ressort d'une étude publiée au JAGS [22] la nécessité de discuter les PSA le plus tôt possible, c'est à dire avant l'apparition de troubles neurocognitifs ou l'événement aigu amenant à une hospitalisation. On retrouve cette notion dans l'étude qualitative anglaise de Bielinska et Al. [23] avec les retours de patients récemment admis en urgence (70 ans et plus), qui soulignent l'importance d'un plan personnalisé ("bespoke"), prenant en compte l'identité et les relations du patient. L'anticipation des souhaits de fin de vie apparaît essentielle afin d'éviter que ces décisions ne soient prises de manière précipitée, dans des contextes inappropriés tels que les services d'urgence ou de médecine lors d'un événement de santé aigu, comme le soulignent les gériatres interrogés dans le cadre de notre étude.

Enfin une étude norvégienne qualitative récente [24] reposant sur l'interrogation de différents politiques de santé et responsables d'autorité de santé au niveau national et

régional identifie des barrières structurelles aux PSA : une faible priorisation à l'échelle institutionnelle, un manque de culture hospitalière, un déficit de communication entre les différents niveaux de soins, ainsi que le manque de temps, de routines et de ressources consacrées aux PSA dans les services de soins.

Ces barrières structurelles existent probablement également dans notre système Français. Plusieurs de nos gériatres y font référence notamment lorsqu'ils évoquent le manque de culture et de valorisation des actes autour des PSA. Nos gériatres évoquent aussi les barrières structurelles propres au fonctionnement du service de MAG, impliquant un manque de temps et rendant la rédaction de PSA approfondie très difficile au sein du service de MAG.

Cela pose la question de repenser l'organisation pour mieux intégrer les PSA dans notre système de santé Français.

2.2 Thème 2

Le deuxième thème traite du manque de connaissance globale autour des PSA de la part du soignant, du patient et de sa famille.

On retrouve dans la littérature plusieurs revues systématiques et méta-synthèses qui soulignent un manque de connaissance et de compréhension du processus de PSA. Ces études figurent ce manque comme parmi les principaux obstacles au déploiement des PSA, source de confusion fréquente entre PSA et simples directives anticipées. [25,26] Du côté des soignants, les études indiquent que la formation initiale et continue demeure insuffisante, entraînant une confiance limitée pour initier et conduire ces discussions [27]. Chez les patients et leurs familles, le déficit d'information se traduit par une faible sensibilisation, des idées reçues persistantes, et un recours tardif voir absent à la planification [28]. En France, lors de son congrès en 2019 la Société Française d'Accompagnement et de soins palliatifs alertait également sur le caractère encore trop peu diffusé des PSA, tant dans la pratique clinique que dans l'espace public (donnée non publiée, confère congrès SFAP 2019).

Pourtant des programmes de formation et de sensibilisation existent et ont déjà prouvé leur efficacité. En effet, Une méta-analyse de 2019 [29], incluant 10 études et couvrant plus de 1000 professionnels de santé montre qu'un programme de formation aux PSA

(sous forme de jeux de rôles, séances pédagogiques, entraînements sur les techniques de communication des PSA et sur les besoins et le vécu des patients dans un processus de rédaction de PSA) améliore les connaissances et l'attitude des soignants par rapport aux PSA, avec une meilleure assurance et confiance à entamer ce type de discussion tout en renforçant la satisfaction professionnelle.

Ce constat fait écho aux réponses des gériatres de notre étude qui estiment en majorité qu'il y a un manque de formation des soignants vis à vis des PSA en validant qu'une formation sur le sujet serait bénéfique tant aux soignants qu'aux patients.

Par ailleurs, une étude longitudinale suisse de 2014 [30] sur une population âgée de 71 à 80 ans montre que plus les patients et leurs proches sont informés tôt, plus ils développent une perception positive des PSA. Un autre point relevé est que les réticences communément émises par les patients envers les PSA semblent diminuer avec l'augmentation des connaissances sur le sujet.

Ces observations entrent en résonance avec l'idée émise par nos gériatres de l'intérêt d'un accompagnement pédagogique des patients et de leur proche autour des PSA.

Enfin, le manque de connaissance va de pair avec la problématique plus large de la sensibilisation aux PSA et de leur intégration dans le système de santé de façon institutionnelle. Le développement de politiques de santé favorisant leur diffusion et leur valorisation afin que ce temps d'échange s'ancre dans le quotidien hospitalier et ambulatoire représente un enjeu clé [24]. L'expérience d'autres pays montre qu'une stratégie d'ouverture du sujet des PSA de manière systématique peut considérablement en augmenter le recours. [20]

2.3 Thème 3

Le troisième thème aborde le manque de liens entre l'hospitalisation et la ville.

Les résultats de notre étude mettent en évidence une distinction importante entre les décisions de limitation ou d'adaptation thérapeutique, souvent prises en contexte hospitalier selon le principe de proportionnalité des soins (comme le décrit l'étude multicentrique européenne de Piers et al) [12], et les véritables PSA, qui restent peu

fréquemment réalisés, comme le montre notre propre analyse. Cette distinction, souvent floue sur le terrain, est à l'origine d'incompréhensions, en particulier entre les praticiens hospitaliers et ceux exerçant en médecine de ville, notamment en raison d'un problème sémantique.

En effet, la limitation thérapeutique, le plus souvent décidée collégialement au cours d'une hospitalisation, n'est ni directement transposable, ni toujours accessible dans la pratique en ville. Alors que les médecins hospitaliers se concentrent sur des décisions relatives à l'intensité des soins (notamment en réanimation ou concernant des gestes invasifs), les professionnels de ville s'interrogent davantage sur la pertinence d'une hospitalisation ou d'une orientation vers une structure spécifique.

À l'hôpital, du fait de la gravité de l'état clinique et de l'urgence des situations, les décisions sont fréquemment prises dans un contexte sous-optimal, marqué par le stress et le manque de temps, sans toujours permettre une réflexion approfondie ni une concertation avec l'ensemble des acteurs impliqués dans la prise en charge (patient, proches, médecin traitant, etc.). Cette observation rejoint les propos des gériatres interrogés dans notre étude, qui soulignent que l'élaboration des PSA devrait idéalement avoir lieu en amont, en dehors de tout épisode aigu, dans le cadre de vie habituel du patient. Les décisions ponctuelles de non-réanimation ou de non-recours à des soins lourds prises dans l'urgence ne peuvent en effet se substituer à un véritable projet de soins anticipés.

L'étude australienne de Jeong et al. [20] confirme cette approche en montrant que les PSA sont plus efficacement élaborés lorsqu'un temps spécifique leur est dédié, le plus souvent en médecine de ville. Les patients hospitalisés, souvent trop fragiles ou absorbés par l'épisode aigu, s'engagent peu dans ce type de démarche (taux de complétion des directives anticipées supérieur à 50 % en ville contre moins de 5 % à l'hôpital). Ce résultat corrobore les témoignages recueillis dans notre étude : la médecine de ville constitue un cadre privilégié pour initier les PSA, l'hôpital pouvant jouer un rôle d'alerte ou de déclencheur, mais non celui d'un lieu d'élaboration approfondie.

Par ailleurs, cette même étude souligne l'importance d'une approche interprofessionnelle dans la mise en place des PSA, incluant notamment les infirmiers. Les gériatres que nous avons interrogés insistent également sur la nécessité d'un relais structuré entre les secteurs de ville et d'hôpital. Le développement d'équipes de suivi pluri-professionnelles, telles que les infirmiers en pratique avancée (IPA) ou les équipes mobiles de soins palliatifs, pourrait ainsi favoriser une anticipation des soins plus précoce et mieux adaptée, à distance des épisodes aigus.

Enfin, la rédaction des PSA pourrait s'appuyer sur des outils standardisés comme des brochures ou des vidéos, qui nécessitent également un temps dédié et ne doivent pas être remises au patient sans discussion avec un professionnel formé, d'où la difficulté soulignée par les gériatres de notre étude de les remettre lors d'une hospitalisation en MAG (pourrait être perçu comme malvenu, mal perçu si le temps nécessaire à la discussion n'est pas pris).

3 Forces et limites

Cette étude présente plusieurs forces :

Elle repose tout d'abord sur un recueil multicentrique, impliquant deux hôpitaux universitaires de la région Hauts-de-France, ce qui permet de dégager une tendance dans diverses pratiques et structures organisationnelles de service.

L'utilisation du score DAMAGE pour identifier les patients à haut risque de décès est également un atout pour cibler de manière objective et reproductible la population de patients la plus susceptible de bénéficier d'une réflexion sur les PSA.

Enfin, le choix d'une méthodologie qualitative par entretiens semi-dirigés, permet de saisir la perception réelle des gériatres quant aux PSA, au plus près de leur expérience clinique.

Cependant, certaines limites doivent être soulignées :

En premier lieu, un biais d'interprétation est toujours possible et inhérent à la recherche qualitative. Les entretiens ont en ce sens été totalement retranscrits, et l'analyse s'est faite en binôme au sein de l'équipe de recherche.

En second lieu, l'étude se concentre sur la perception des gériatres hospitaliers de MAG sans intégrer ni le regard des autres acteurs du parcours de soins (médecins généralistes, infirmiers de ville, équipes de soins palliatifs) ni celui des patients et des familles alors qu'ils sont tous concernés par l'élaboration des PSA. Ceci pourrait être le cœur d'un prochain travail de recherche.

Conclusion

Notre étude, menée dans deux services de MAG des Hauts-de-France, montre que malgré l'identification par des gériatres d'un nombre important de patients à haut risque de décès, aucun PSA n'a été rédigé. Les raisons identifiées par les gériatres et expliquant ce constat concernent les contraintes organisationnelles et temporelles en contexte aigu hospitalier, le manque de formation et de connaissance des PSA, et le manque de liens entre la ville et l'hôpital. Devant les bénéfices importants des PSA, il est essentiel de repenser leur place dans les parcours de soins des patients, en ville et dans les organisations hospitalières. En ce sens, notre travail met en lumière l'importance d'une stratégie large et pluridisciplinaire autour des PSA : avec une formation des soignants, une sensibilisation des patients et de leurs familles le plus tôt possible, une valorisation des actes autour des PSA, ainsi qu'une réorganisation du parcours de soin.

Références bibliographiques

1. Bilan démographique 2023 - Insee Première - 1978 [Internet]. 2025 [cité 16 sept 2025]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/7750004?utm>
2. Population par âge – Tableaux de l'économie française | Insee [Internet]. 2025 [cité 16 sept 2025]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4277619?sommaire=4318291&utm>
3. 4 millions de seniors seraient en perte d'autonomie en 2050 - Insee Première - 1767 [Internet]. 2025 [cité 16 sept 2025]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4196949?utm>
4. Delhommais PA. Le Point. 2025 [cité 16 sept 2025]. Comment les dépenses de santé explosent avec l'âge. Disponible sur: https://www.lepoint.fr/sante/comment-les-depenses-de-sante-explosent-avec-l-age-04-06-2025-2591210_40.php
5. Visade F, Babykina G, Lamer A, Defebvre MM, Verloop D, Ficheur G et al. Importance of previous hospital stays on the risk of hospital re-admission in older adults: a real-life analysis of the PAERPA study population. *Age Ageing*. (2021) 50:141–6. doi: 10.1093/ageing/afaa139
6. Lafont C, Gérard S, Voisin T, Pahor M, Vellas B. Members of I.A.G.G./A.M.P.A Task Force. Reducing “iatrogenic disability” in the hospitalized frail elderly. *J Nutr Health Aging*. (2011) 15:645–60. doi: 10.1007/s12603-011-0335-7
7. González-González AI, Schmucker C, Nothacker J, Nury E, Dinh TS, Brueckle MS, et al. End-of-life care preferences of older patients with multimorbidity: a mixed methods systematic review. *J Clin Med*. (2020) 10:91. doi: 10.3390/jcm10010091
8. Klemmt M, Henking T, Heizmann E, Best L, van Oorschot B, Neuderth S. Wishes and needs of nursing home residents and their relatives regarding end-of-life decision-making and care planning-A qualitative study. *J Clin Nurs*. (2020) 29:2663–74. doi: 10.1111/jocn.15291
9. Sudore RL, Lum HD, You JJ, Hanson LC, Meier DE, Pantilat SZ, et al. Defining Advance Care Planning for Adults: A Consensus Definition From a Multidisciplinary Delphi Panel. *J Pain Symptom Manage*. mai 2017;53(5):821-832.e1.
10. Brinkman-Stoppelenburg A, Rietjens JA, van der Heide A. The effects of advance care planning on end-of-life care: a systematic review. *Palliat Med*. (2014) 28:1000–25. doi: 10.1177/0269216314526272
11. Rietjens JAC, Sudore RL, Connolly M, van Delden JJ, Drickamer MA, Droger M. European Association for Palliative Care. Definition and recommendations for advance care planning: an international consensus supported by the

- European Association for Palliative Care. *Lancet Oncol.* (2017) 18:e543–51. doi: 10.1016/S1470-2045(17)30582-X
12. Piers R, Pautex S, Cano LR, Leners JC, Ahmed MV, Brauwer ID, et al. Goals of care discussions and treatment limitation decisions in European acute geriatric units: a one-day cross-sectional study. *Age Ageing.* 19 févr 2025;54(2):afaf026.
 13. Knight T, Malyon A, Fritz Z, Subbe C, Cooksley T, Holland M, et al. Advance care planning in patients referred to hospital for acute medical care: Results of a national day of care survey. *EClinicalMedicine.* 18 janv 2020;19:100235.
 14. Schichtel M, Wee B, Perera R, Onakpoya I, Albury C, Barber S. Clinician-targeted interventions to improve advance care planning in heart failure: a systematic review and meta-analysis. *Heart.* (2019) 105:1316–24. doi: 10.1136/heartjnl-2019-314758
 15. van der Steen JT, Nakanishi M, Van den Block L, European Association for Palliative Care (EAPC). Consensus definition of advance care planning in dementia: a 33-country Delphi study. *Alzheimers Dement.* (2024) 20:1309–20. doi: 10.1002/alz.13526
 16. Allison Tong, Peter Sainsbury, Jonathan Craig, Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups, *International Journal for Quality in Health Care*, Volume 19, Issue 6, December 2007, Pages 349–357, <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>
 17. Deschasse G, Bloch F, Drumez E, Charpentier A, Visade F, Delecluse C, et al. Development of a Predictive Score for Mortality at 3 and 12 Months After Discharge From an Acute Geriatric Unit as a Trigger for Advanced Care Planning. *J Gerontol Ser A.* 1 août 2022;77(8):1665-72.
 18. Burnard P. Constructing Grounded Theory: A practical guide through qualitative analysis Kathy Charmaz Constructing Grounded Theory: A practical guide through qualitative analysis Sage 224 £19.99 0761973532 0761973532. *Nurse Res.* juill 2006;13(4):84-84.
 19. Héas S. Christophe Lejeune, Manuel d'analyse qualitative. Analyser sans compter ni classer. Lectures [Internet]. 10 mai 2015; Disponible sur: <http://journals.openedition.org/lectures/17952>
 20. Jeong S, Cleasby P, Ohr SO, Barrett T, Davey R, Oldmeadow C. Efficacy of Normalisation of Advance Care Planning (NACP) for people with chronic diseases in hospital and community settings: a quasi-experimental study. *BMC Health Serv Res.* 1 sept 2021;21:901.
 21. Happ MB, Capezuti E, Strumpf NE, Wagner L, Cunningham S, Evans L, et al. Advance Care Planning and End-of-Life Care for Hospitalized Nursing Home Residents. *J Am Geriatr Soc.* 2002;50(5):829-35.

22. deLima Thomas J, Sanchez-Reilly S, Bernacki R, O'Neill L, Morrison LJ, Kapo J, et al. Advance Care Planning in Cognitively Impaired Older Adults. *J Am Geriatr Soc.* 2018;66(8):1469-74.
23. Bielinska AM, Soosaipillai G, Riley J, Darzi A, Urch C, Archer S. Views of advance care planning in older hospitalized patients following an emergency admission: A qualitative study. *PloS One.* 2022;17(9):e0273894.
24. Brøderud L, Førde R, Romøren M, Klopstad Wahl A, Pedersen R. Barriers and Facilitators to the Implementation of Advance Care Planning: A Qualitative Study at National and Organizational Levels. *J Eval Clin Pract.* juin 2025;31(4):e70131.
25. Dyck LI van, Paiva A, Redding CA, Fried TR. Understanding the Role of Knowledge in Advance Care Planning Engagement. *J Pain Symptom Manage.* 13 févr 2021;62(4):778.
26. Zhu N, Yang L, Wang X, Tuo J, Chen L, Deng R, et al. Experiences and perspectives of healthcare professionals implementing advance care planning for people suffering from life-limiting illness: a systematic review and meta-synthesis of qualitative studies. *BMC Palliat Care.* 6 mai 2023;22:55.
27. Ødbehr L, Hov R, Sanaker H, Jensen ÅS, Korup A, Sandsdalen T. Physicians' understandings and experience of advance care planning in Norwegian nursing homes: a qualitative study. *BMC Palliat Care.* 24 juin 2024;23(1):158.
28. Assaf G, Jawhar S, Wahab K, Hachem RE, Kaur T, Tanielian M, et al. Awareness and attitudes towards advance care planning in primary care: role of demographic, socioeconomic and religiosity factors in a cross-sectional Lebanese study. *BMJ Open.* 1 oct 2021;11(10):e052170.
29. Chan CWH, Ng NHY, Chan HYL, Wong MMH, Chow KM. A systematic review of the effects of advance care planning facilitators training programs. *BMC Health Serv Res.* 7 juin 2019;19:362.
30. Cattagni Kleiner A, Santos-Eggimann B, Fustinoni S, Dürst AV, Haunreiter K, Rubli-Truchard E, et al. Advance care planning dispositions: the relationship between knowledge and perception. *BMC Geriatr.* 24 avr 2019;19(1):118.

Annexe 1

Rédaction de PSA en sortie d'hospitalisation chez les patients ayant un score DAMAGE élevé ?

Oui ?

Non ?

1 – SI OUI :

- Profil du patient : pourquoi ce patient là ?
 - Patient ayant un cancer ?
 - Polypathologie avancée ?
 - TNC majeurs ?
 - Autonomie altérée (ADL < 2/6) ?
- Le patient vivait-il en EHPAD ? Le fait qu'il vive en EHPAD vous a-t-il encouragé à les faire ?
- Le fait de calculer le score DAMAGE vous a-t-il encouragé à les faire si le score était élevé ?
- Comment vous y êtes-vous pris pour aborder le sujet ? Plusieurs entretiens pour aborder doucement le sujet ?
- Comment a réagi le patient (ou son entourage) ?
- Avez-vous eu des retours par la suite du patient ? De son entourage ? De son MT ou des professionnels de santé intervenants type IDEL ?

2 – SI NON :

- Est-ce par manque de temps dans un service aigu ?
- Manque de formation personnelle sur les plans de soins anticipés ?
- Si existence de support dédié pour aborder le sujet avec le patient, cela vous aurait-il aidé ? (type brochure, vidéo explicative)
- Si personnel dédié dans le service (type IPA) cela vous aurait-il encouragé à lancer la démarche ?
- Si existence d'une équipe en ville connue de l'hôpital faisant le relais pour entamer l'HAD soins palliatifs si dégradation du patient, cela vous aurait-il encouragé à les faire ?
- Est-ce à cause d'une anxiété par rapport à une mauvaise prise en charge de la fin de vie en ville à domicile ?
- Est-ce en raison d'une gêne à aborder le sujet avec le patient ?
- Y a-t-il eu une peur de transmettre un mauvais message au patient ou à ses proches (exemple : on le renvoie à domicile et on ne l'hospitalisera pas de nouveau si dégradation ?)

AUTEUR : Nom : BOURJOT

Prénom : Marc

Date de soutenance : 17 octobre 2025

Titre de la thèse : Faisabilité des plans de soins anticipés en médecine aiguë gériatrique chez les patients âgés à haut risque de décès : le point de vue des gériatres.

Thèse - Médecine - Lille 2025

Cadre de classement : Gériatrie

DES + FST/option : Gériatrie

Mots-clés :

Résumé :

Introduction : Le vieillissement démographique s'accompagne d'une hausse des hospitalisations répétées chez les personnes âgées, souvent sans réelle anticipation des soins de fin de vie. Dans ce contexte, les plans de soins anticipés (PSA) représentent un outil clé encore trop peu utilisé, notamment en médecine aiguë gériatrique (MAG).

L'objectif de notre étude était d'analyser la perception des gériatres quant à la faisabilité des PSA au sein d'un service de MAG.

Méthode : Etude qualitative transversale multicentrique, qui s'est déroulée en trois phases successives : i) identification des patients à haut risque de décès hospitalisés dans les services de MAG via le score DAMAGE ii) recueil des PSA élaborés auprès des patients identifiés comme à haut risque lors de la première phase par les gériatres du service; iii) réalisation d'entretiens semi-dirigés auprès des gériatres de MAG afin d'analyser leur perception de la mise en œuvre des PSA dans le service. Les verbatims d'entretiens ont ensuite été analysés puis classés en thèmes.

Résultats : Six gériatres ont participé à l'étude et ont identifié 49 patients présentant un haut risque de décès, pour lesquels aucun PSA n'a été formalisé à la sortie d'hospitalisation. L'analyse thématique des entretiens a fait émerger trois axes principaux expliquant cette absence de mise en œuvre : le service de MAG est considéré comme un lieu non adapté à la pratique des PSA ; le manque de connaissance des soignants, des patients et des familles autour des PSA ; et le manque de liens entre hospitalisation et ville.

Conclusion : Notre étude souligne l'absence de rédaction de PSA malgré l'identification de patients à haut risque, en raison de freins organisationnels, et appelle à une stratégie pluridisciplinaire pour intégrer les PSA dans le parcours de soins.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Jean-Baptiste BEUSCART

Assesseurs :

Madame le Docteur Yaohua CHEN

Madame le Docteur Flore HOMEY-DUSAUTOIS

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Fabien VISADE