

Faculté de Médecine

Année 2022

Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'État de docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement

le 30 septembre 2022

Par MADOUMIER Marie-Camille

Impact de la Fiche SAMU PALLIA sur le lieu de décès de la population gériatrique de Haute-Vienne en situation de fin de vie : étude de cohorte rétrospective

Thèse dirigée par M. Paul-Antoine QUESNEL

Examineurs :

M. Achille Tchalla, PUPH, Gériatrie et Biologie du vieillissement, CHU Dupuytren

M. Henri-Hani Karam, PAU, Médecine d'urgence, CHU Dupuytren

M. Stéphane Moreau, PAU, Epistémologie clinique, CHU Dupuytren

M. Paul-Antoine Quesnel, PH, Accompagnement et Soins Palliatifs, CHU Dupuytren

M. Edouard Desvaux, PH, Médecine Interne, CHU Dupuytren



Faculté de Médecine

Année 2022

Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'État de docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement

Le 30 septembre 2022

Par MADOUMIER Marie-Camille

**Impact de la Fiche SAMU PALLIA sur le lieu de décès de la
population gériatrique de Haute-Vienne en situation palliative :
étude de cohorte rétrospective**

Thèse dirigée par M. Paul-Antoine QUESNEL

Examineurs :

M. Achille Tchalla, PUPH, Gériatrie et Biologie du vieillissement, CHU Dupuytren

M. Henri-Hani Karam, PAU, Médecine d'urgence, CHU Dupuytren

M. Stéphane Moreau, PAU, Epistémologie clinique, CHU Dupuytren

M. Paul-Antoine Quesnel, PH, Accompagnement et Soins Palliatifs, CHU Dupuytren

M. Edouard Desvaux, PH, Médecine Interne, CHU Dupuytren



Doyen de la Faculté

Monsieur le Professeur **Pierre-Yves ROBERT**

Assesseurs

Madame le Professeur **Marie-Cécile PLOY**

Monsieur le Professeur **Jacques MONTEIL**

Monsieur le Professeur **Philippe BERTIN**

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

ABOYANS Victor	CARDIOLOGIE
ACHARD Jean-Michel	PHYSIOLOGIE
AJZENBERG Daniel	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE
ALAIN Sophie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
AUBARD Yves	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
AUBRY Karine	O.R.L.
BERTIN Philippe	THERAPEUTIQUE
CAIRE François	NEUROCHIRURGIE
CHARISSOUX Jean-Louis	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
CLAVERE Pierre	RADIOTHERAPIE
CLEMENT Jean-Pierre	PSYCHIATRIE D'ADULTES
CORNU Elisabeth	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE
COURATIER Philippe	NEUROLOGIE
DAVIET Jean-Christophe	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION
DESCAZEAUD Aurélien	UROLOGIE
DES GUETZ Gaëtan	CANCEROLOGIE
DRUET-CABANAC Michel	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL

DURAND-FONTANIER Sylvaine	ANATOMIE (CHIRURGIE DIGESTIVE)
FAUCHAIS Anne-Laure	MEDECINE INTERNE
FAUCHER Jean-François	MALADIES INFECTIEUSES
FAVREAU Frédéric	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
FEUILLARD Jean	HEMATOLOGIE
FOURCADE Laurent	CHIRURGIE INFANTILE
GAUTHIER Tristan	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
GUIGONIS Vincent	PEDIATRIE
HANTZ Sébastien	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
HOUETO Jean-Luc	NEUROLOGIE
JACCARD Arnaud	HEMATOLOGIE
JACQUES Jérémie	GASTRO-ENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE
JAUBERTEAU-MARCHAN M. Odile	IMMUNOLOGIE
JESUS Pierre	NUTRITION
JOUAN Jérôme	CHIRURGIE THORACIQUE ET VASCULAIRE
LABROUSSE François	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
LACROIX Philippe	MEDECINE VASCULAIRE
LAROCHE Marie-Laure	PHARMACOLOGIE CLINIQUE
LIENHARDT-ROUSSIE Anne	PEDIATRIE
LOUSTAUD-RATTI Véronique	HEPATOLOGIE
LY Kim	MEDECINE INTERNE
MABIT Christian	ANATOMIE
MAGNE Julien	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION
MAGY Laurent	NEUROLOGIE
MARCHEIX Pierre-Sylvain	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE

MARIN Benoît	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION
MARQUET Pierre	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE
MATHONNET Muriel	CHIRURGIE DIGESTIVE
MELLONI Boris	PNEUMOLOGIE
MOHTY Dania	CARDIOLOGIE
MONTEIL Jacques	BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE
MOUNAYER Charbel	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
NATHAN-DENIZOT Nathalie	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
NUBUKPO Philippe	ADDICTOLOGIE
OLLIAC Bertrand	PEDOPSYCHIATRIE
PARAF François	MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE
PLOY Marie-Cécile	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
PREUX Pierre-Marie	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION
ROBERT Pierre-Yves	OPHTALMOLOGIE
ROUCHAUD Aymeric	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
SALLE Jean-Yves	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION
STURTZ Franck	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
TCHALLA Achille	GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT
TEISSIER-CLEMENT Marie-Pierre	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES
TOURE Fatouma	NEPHROLOGIE
VALLEIX Denis	ANATOMIE
VERGNENEGRE Alain	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION
VERGNE-SALLE Pascale	THERAPEUTIQUE
VIGNON Philippe	REANIMATION

VINCENT François

PHYSIOLOGIE

YARDIN Catherine

CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE

Professeurs Associés des Universités à mi-temps des disciplines médicales

BRIE Joël

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE

KARAM Henri-Hani

MEDECINE D'URGENCE

MOREAU Stéphane

EPIDEMIOLOGIE CLINIQUE

Maitres de Conférences des Universités – Praticiens Hospitaliers

BOURTHOUMIEU Sylvie

CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE

COUVE-DEACON Elodie

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE

DELUCHE Elise

CANCEROLOGIE

DUCHESNE Mathilde

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES

DURAND Karine

BIOLOGIE CELLULAIRE

ESCLAIRE Françoise

BIOLOGIE CELLULAIRE

FAYE Pierre-Antoine

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE

FREDON Fabien

ANATOMIE/CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE

LALOZE Jérôme

CHIRURGIE PLASTIQUE

LE GUYADER Alexandre

CHIRURGIE THORACIQUE ET
CARDIOVASCULAIRE

LIA Anne-Sophie

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE

RIZZO David

HEMATOLOGIE

TERRO Faraj

BIOLOGIE CELLULAIRE

WOILLARD Jean-Baptiste

PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE

P.R.A.G.

GAUTIER Sylvie

ANGLAIS

Assistants Hospitaliers Universitaires

APPOURCHAUX Evan	ANATOMIE CHIRURGIE DIGESTIVE
BUSQUET Clémence	HEMATOLOGIE
HAZELAS Pauline	BIOCHIMIE
DUPONT Marine	HEMATOLOGIE BIOLOGIQUE
DURIEUX Marie-Fleur	PARASITOLOGIE
LABRIFFE Marc	PHARMACOLOGIE
LADES Guillaume	BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE
LEFEBVRE Cyrielle	ANESTHESIE REANIMATION
LOPEZ Stéphanie	MEDECINE NUCLEAIRE
MARTIN ép. DE VAULX Laury	ANESTHESIE REANIMATION
MEYER Sylvain	BACTERIOLOGIE VIROLOGIE HYGIENE
MONTMAGNON Noëlie	ANESTHESIE REANIMATION
PASCAL Virginie	IMMUNOLOGIE CLINIQUE
PLATEKER Olivier	ANESTHESIE REANIMATION
ROUX-DAVID Alexia	ANATOMIE CHIRURGIE DIGESTIVE

Chefs de Clinique – Assistants des Hôpitaux

ALBOUYS Jérémie	HEPATO GASTRO ENTEROLOGIE
ARGOULON Nicolas	PNEUMOLOGIE
ASLANBEKOVA Natella	MEDECINE INTERNE
AVRAM Ioan	NEUROLOGIE VASCULAIRE
BEAUJOUAN Florent	CHIRURGIE UROLOGIQUE
BERRAHAL Insaf	NEPHROLOGIE
BLANQUART Anne-Laure	PEDIATRIE (REA)
BOGEY Clément	RADIOLOGIE

BONILLA Anthony	PSYCHIATRIE
BOSCHER Julien	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
CAUDRON Sébatien	RADIOLOGIE
CAYLAR Etienne	PSYCHIATRIE ADULTE
CENRAUD Marie	NEUROLOGIE
CHAUBARD Sammara	HEMATOLOGIE
CHAUVET Romain	CHIRURGIE VASCULAIRE
CHROSCIANY Sacha	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE
COMPAGNON Roxane	CHIRURGIE INFANTILE
DARBAS Tiffany	ONCOLOGIE MEDICALE
DESCHAMPS Nathalie	NEUROLOGIE
DESCLEE de MAREDSOUS Romain	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
DOUSSET Benjamin	CARDIOLOGIE
DUPIRE Nicolas	CARDIOLOGIE
FESTOU Benjamin	MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES
FIKANI Amine	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE
FORESTIER Géraud	RADIOLOGIE
GEYL Sophie	GASTROENTEROLOGIE
GIOVARA Robin	CHIRURGIE INFANTILE
GUILLAIN Lucie	RHUMATOLOGIE
LAGOUEYTE Benoit	ORL
LAUVRAY Thomas	PEDIATRIE
LEMNOS Leslie	NEUROCHIRURGIE
MAURIANGE TURPIN Gladys	RADIOTHERAPIE
MOHAND O'AMAR ép. DARI Nadia	GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE

PEYRAMAURE Clémentine	ONCOLOGIE MEDICALE
PIRAS Rafaela	MEDECINE D'URGENCE
RATTI Nina	MEDECINE INTERNE
ROCHER	Maxime OPHTALMOLOGIE
SALLEE Camille	GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE
SANCHEZ Florence	CARDIOLOGIE
SEGUY ép. REBIERE Marion	MEDECINE GERIATRIQUE
SERY Arnaud	ORL
TARDIEU Antoine	GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE
THEVENOT Bertrand	PEDOPSYCHIATRIE
TORDJMAN Alix	GYNECOLOGIE MEDICALE
TRICARD Jérémy	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE MEDECINE VASCULAIRE
VAIDIE Julien	HEMATOLOGIE CLINIQUE
VERNAT-TABARLY Odile	OPHTALMOLOGIE

Chefs de Clinique – Médecine Générale

BOURGAIN Clément
RUDELLE Karen

Praticiens Hospitaliers Universitaires

CHRISTOU Niki	CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE
COMPAGNAT Maxence	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION
HARDY Jérémie	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE
LAFON Thomas	MEDECINE D'URGENCE
SALLE Henri	NEUROCHIRURGIE

*« Accompagner quelqu'un ce n'est pas le précéder, lui indiquer la route,
lui imposer un itinéraire, ni même connaître la direction qu'il va prendre.
C'est marcher à ses côtés en le laissant libre de choisir son chemin et le rythme de son
pas. »*

Patrick Verspieren, Face à celui qui meurt, 1984.

« Ajouter de la vie aux jours lorsqu'on ne peut plus ajouter de jours à la vie. »

Jean Bernard

Remerciements

A Monsieur le Professeur Achille Tchalla

Vous me faites un grand honneur en acceptant de présider mon jury de thèse. Soyez assuré de ma gratitude et de mon respect.

A Monsieur le Professeur Henri-Hani Karam

Merci d'avoir accepté de juger mon travail. Vous m'avez vu évoluer depuis mes débuts d'externat, puis durant mon internat. Merci pour votre disponibilité lors de mes gardes et stages d'externat aux urgences, ainsi que durant mes gardes d'interne. Puisse notre collaboration durer encore. Veuillez trouver ici l'expression de mon respect et de ma gratitude.

A Monsieur le Professeur Stéphane Moreau

Merci d'avoir accepté de juger mon travail. Merci pour votre gentillesse. Travailler avec vous au sein de l'EMSP fut un réel plaisir. Merci d'avoir partagé avec moi une partie de vos nombreuses connaissances. Votre humanité envers les patients est une qualité essentielle que j'espère avoir. Soyez assuré de mon respect et de ma gratitude.

A Monsieur le Docteur Paul-Antoine Quesnel

Merci d'avoir accepté de diriger cette thèse. Cette tâche n'a pas été évidente quand on me connaît ! Mais nous y sommes arrivés. Merci pour ton accueil au sein de l'équipe des Soins Palliatifs durant cette année. Ces 12 mois de FST ont confirmé mon intérêt marqué pour cette discipline et mon souhait de l'intégrer à ma pratique quotidienne. Merci pour ta bienveillance, ta gentillesse, ton partage de connaissances. Sois assuré de ma gratitude et de mon respect.

A Monsieur le Docteur Edouard Desvaux

Merci d'avoir été en back up et de m'avoir autant aidé dans la réalisation de cette thèse. Merci pour mon 3^e semestre à tes côtés, ainsi que mon 6^e semestre, qui comptent parmi les meilleurs souvenirs de cet internat. Merci pour ta bienveillance, ta gentillesse et ta disponibilité. Merci d'avoir été aussi patient avec moi et aussi rassurant. Merci de m'avoir accepté comme je suis ! Merci pour ton partage de connaissances. Merci pour ta bonne humeur et ton humour parfois douteux. Merci de m'avoir fait me rendre compte que je ne m'étais pas trompée en choisissant la gériatrie et de m'avoir réellement fait découvrir cette belle spécialité. Tu es une des plus belles rencontres de mon internat et une personne exceptionnelle. Quand je serai grande je veux être un gériatre comme toi (la coupe de cheveux hasardeuse en moins) ! J'espère pouvoir un jour de nouveau faire une folle course dans les couloirs du MIG, moi assise dans un fauteuil, et toi le poussant en courant, après une journée de travail ensemble ! Véro nous attendra à l'arrivée avec des limonades enrichies fraîches et un shooter de vitamine C !

A toutes les équipes de Gériatrie, merci. Merci d'être vous, merci pour la bonne humeur, merci pour le soutien dans les moments difficiles. Merci pour tout. C'est pour avoir la joie de travailler avec des personnes comme vous que j'ai choisi de travailler à l'hôpital. Merci tout particulièrement à ma Pichou chou d'amour, mon coup de foudre amical, je t'aime très fort. Merci d'être toi, merci d'être là. Merci à ma Popo chérie (et son célèbre micro), à la fois à l'écoute et véritable petit rayon de soleil, à ma Cacou, à mon Galou. Merci à tous ! Merci à la super team de secrétaires ! Merci à nos assistantes sociales de high level ! J'ai hâte de revenir travailler à vos côtés !

Merci également à tous les chefs qui m'ont accompagné.

Merci à tous mes co-internes passés et actuels, et à ceux devenus grands.

A l'équipe de Soins Palliatifs, merci. Merci pour cette année inoubliable à vos côtés. Merci pour votre accueil et mon intégration au sein de l'équipe. Restez comme vous êtes. Travailler avec vous est un pur bonheur, même dans les moments difficiles. Merci pour votre bonne humeur, pour le petit-déjeuner avant la visite, pour le café ! Merci aux filles de l'EMSP, à Nathalie. Evidemment merci à ma kiné préférée (en même temps c'est la seule) et son binôme de choc.

Merci pour tout Julie. Tu es un formidable médecin, ne change pas. Merci d'être toi, merci pour ta gentillesse et ta bienveillance. Merci pour les pauses café et bonbons !

Merci Loïc pour ta gentillesse et ta bienveillance. Je te l'ai déjà dit mais je me répète (comme souvent), je suis fan de toi ! Merci pour tout. Et vive le café !

Merci Mr Sardin pour votre bienveillance et votre pédagogie. Vous êtes une source infinie de connaissances et je ne me lasse pas de vous écouter. Malgré votre côté grognon et votre aspect sévère, votre humour et vos anecdotes vous trahissent, également la présence d'une boîte de bonbons dans les parages ! Merci pour tout.

Merci Dominique, Jean-Philippe et Anne pour les sorties avec l'EMSP et votre gentillesse.

Merci mon Nico pour tout. Tu es parti bien loin malheureusement... Les quelques mois passés à tes côtés font partie de mes meilleurs souvenirs d'internat. Travailler avec toi était un vrai bonheur et une source d'enrichissement. Merci d'avoir été là pour moi, dans les bons comme les mauvais moments, merci de m'avoir écouté et rassuré. Merci d'être toi.

Merci ma Aurore d'être comme une grande sœur pour moi. Notre binôme est terrible, dans tous les sens du terme ! J'ai trouvé en toi de l'attention, de l'écoute, du réconfort et une belle amitié. Tu es un médecin formidable et un exemple pour moi. Merci d'être toi, merci pour tout. J'ai hâte de travailler de nouveau avec toi !

Merci ma Mumu, ma petite maman d'adoption. Tu es une personne extraordinaire, ne change jamais. De mon externat (Mumu, j'adore tes bottines à paillettes) à maintenant, tu es un coup de foudre, une personne essentielle dans ma vie. Je m'arrête là car sinon tu vas encore me fâcher ! Ta grosse qui t'aime très très fort.

A 404, les copains de l'externat, les 1ers à m'avoir supporté ! Ces années d'externat n'auraient pas eu la même saveur sans vous. Vous avez été essentiels pendant ces années. Vous êtes des personnes uniques et extraordinaires. Ne changez pas. J'attends à chaque fois avec impatience nos retrouvailles. Je vous aime fort les copains !

A mon p'tit bout, ma Cocotte, merci infiniment pour ton amitié précieuse. Toi qui m'as permis d'avancer quand j'étais au plus bas et d'en arriver là aujourd'hui. Tu es mon petit ange gardien. Merci pour tout. Je t'aime très fort.

A ma Amandine chérie, merci pour ton soutien et ton amitié. Merci pour tout. Je t'aime très fort.

A ma Mio, ma 1^{ère} co-externe. Une amie fidèle à travers les années. Du Zinc à nos stages ensemble, on en a vécu des choses toutes les deux ! Puisse cela continuer encore et encore. Merci pour tout. Je t'aime très fort.

A tous les autres copains de l'externat encore présents actuellement. Merci.

A la coloc de la culotte qui m'a donné de véritables sœurs. Mon petit lama, ma Françouille, ma Plop, merci d'être vous, merci pour tout. Je vous aime fort fort fort. A notre coloc quand nous serons vieilles ! A l'extension de cette coloc, ma Clara chou, je t'aime fort. Aux nombreuses années à venir à vos côtés je l'espère.

A cette coloc qui a évolué par la suite et a continué à me donner autant de bonheur et de soutien. A Dodo, à Caxu, à Xav, à Céline. Merci d'être vous.

A ces belles personnes rencontrées pendant l'internat : Louise, Benjo, Arthur, Bubulle, Freddy, Antonin, Elodie, et tous les autres. Merci d'être vous.

A ma famille, celle qui n'a pas eu le choix de me supporter !

Merci maman pour ton soutien sans faille. Tu es un exemple pour moi. Merci papa d'être là, malgré ton caractère de cochon (les chiens ne font pas des chats). Je vous aime. J'ai de la chance de vous avoir.

Merci ma Lulu et ma Gathoune d'être des sœurs comme beaucoup souhaiteraient avoir. Je vous aime.

Merci mon Jojo d'être ce grand frère au top. Tu as de la chance d'avoir trouvé pour te supporter une petite pépite comme Amélie ! Petit Côme sera couvert d'amour. Je vous aime.

A tous les autres membres de ma famille (qui sont nombreux), je vous aime. Merci pour tout.

Droits d'auteurs

Cette création est mise à disposition selon le Contrat :

« **Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 3.0 France** »

disponible en ligne : <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/>



Liste des abréviations

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation de la Santé
ARS : Agence Régionale de Santé
CH : Centre Hospitalier
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CODAMUP-TS : Comité Départemental de l'Aide Médicale Urgente, de la Permanence des soins et des Transports Sanitaires
DA : Directives Anticipées
EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
EMSP : Equipe Mobile de Soins Palliatifs
FUP : Fiche Urgence Pallia
HAD : Hospitalisation A Domicile
IC : Intervalle de Confiance
IDE : Infirmier Diplômé d'Etat
IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales
INED : Institut National d'Etudes Démographiques
INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
JALMALV : Jusqu'A La Mort Accompagner La Vie
LISP : Lits Identifiés de Soins Palliatifs
LUSP : Lits d'Unité de Soins Palliatifs
MCO : Médecine Chirurgie Obstétrique
ONFV : Observatoire National de la Fin de vie
OR : Odds Ratio
PDSA : Permanence Des Soins Ambulatoires
PDSES : Permanence Des Soins en Etablissement de Santé
PDS : Permanence Des Soins
SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente
SAU : Service d'Accueil des Urgences
SFAP : Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs
SMUR : Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation
SP : Soins Palliatifs
SPCMD : Sédation Profonde et Continue Maintenu jusqu'au Décès
SSIAD : Services de Soins Infirmiers À Domicile

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

UNASP : Union Nationale des Associations pour le développement de Soins Palliatifs

USLD : Unité de Soins de Longue Durée

USP : Unités de Soins Palliatifs

Table des matières

Introduction	23
I. Généralités.....	24
I.1. Définitions des soins palliatifs et de la fin de vie.....	24
I.2. Organisation des soins palliatifs.....	25
I.2.1. Les Unités de Soins Palliatifs (USP).....	27
I.2.2. Les Lits Identifiés de Soins Palliatifs (LISP).....	28
I.2.3. L'Equipe Mobile de Soins Palliatifs (EMSP).....	28
I.2.4. Les réseaux de soins palliatifs.....	29
I.2.5. L'Hospitalisation A Domicile (HAD).....	29
I.2.6. Les Services de Soins Infirmiers À Domicile (SSIAD).....	30
I.2.7. Les associations de bénévoles d'accompagnement.....	30
I.3. La personne âgée.....	30
I.3.1. Définitions.....	30
I.3.2. Epidémiologie du sujet âgé.....	31
I.3.2.1. Au niveau national.....	31
I.3.2.2. Au niveau régional et départemental.....	33
I.3.3. Physiologie du vieillissement.....	35
I.3.4. Concept de fragilité.....	37
I.3.5. Perte d'autonomie et dépendance.....	39
I.3.5.1. Perte d'autonomie.....	39
I.3.5.2. Dépendance.....	39
I.4. Contexte en France.....	40
I.4.1. Données épidémiologiques.....	40
I.4.2. Causes de morbi-mortalité.....	43
I.4.3. Outils d'aide à l'amélioration de la prise en charge de la fin de vie.....	44
I.5. Permanence des soins.....	45
I.5.1. Généralités.....	45
I.5.2. Permanence des soins en Haute-Vienne.....	46
I.6. Fiche SAMU PALLIA.....	47
I.6.1. Généralités.....	47
I.6.2. Au niveau national.....	47
I.6.3. Au niveau départemental.....	48
I.7. Justification de l'étude.....	49
II. Matériel et Méthode.....	50
II.1. Type d'étude.....	50
II.2. Population étudiée.....	50
II.3. Définitions.....	50
II.4. Déroulement de l'étude.....	51
II.5. Objectifs de l'étude.....	52
II.6. Critères de jugement.....	52
II.7. Analyses statistiques.....	53
II.8. Considérations éthiques.....	53
III. Résultats.....	54
III.1. Réalisation de la cohorte.....	54

III.2. Caractéristiques de la population	55
III.3. Critère de jugement principal	58
III.4. Critères de jugement secondaires.....	59
IV. Discussion	62
IV.1. Caractéristiques de l'étude	62
IV.2. Objectif principal	62
IV.3. Objectifs secondaires	63
IV.4. Comparaison à d'autres études	64
IV.5. Ouvertures.....	65
Conclusion	67
Références bibliographiques	68
Annexes	73
Annexe 1 : Echelle de fragilité de Fried.....	73
Annexe 2 : Items de Rockwood	74
Annexe 3 : Fiche SAMU PALLIA.....	75
Annexe 4 : Fiche type SAMU PALLIA EMSP CHU de Limoges	76
Serment d'Hippocrate.....	77

Table des illustrations

Figure 1 : Continuité et globalité des soins en palliatif (13).....	25
Figure 2 : Nombre de LUSP pour 100 000 habitants en 2019 (16)	26
Figure 3 : Nombre de LISP pour 100 000 habitants en 2019 (16).....	26
Figure 4 : Pyramide des âges en 2013 et 2070 (27).....	32
Figure 5 : Evolution de l'espérance de vie à la naissance selon le sexe (INSEE) (30).....	33
Figure 6 : Part des personnes âgées de 75 ans et plus par département en 2019 (INSEE) (16).....	34
Figure 7 : Nombre de personnes âgées de 75 ans et plus par département en 2019 (INSEE) (16).....	34
Figure 8 : Modèle 1+2+3 de Bouchon (33)	36
Figure 9 : Cycle de la fragilité selon la conception phénotypique de Fried (38).....	38
Figure 10 : Projection du nombre de décès à l'horizon 2050 (52).....	40
Figure 11 : Lieux de décès en 2018 (INSEE) (16)	41
Figure 12 : Répartition des lieux de décès des personnes âgées de 75 ans et plus par tranche d'âge et par sexe en 2018 (INSEE) (16).....	42
Figure 13 : Répartition des décès par cause initiale de décès en 2016, selon le sexe (Inserm-CépiDc) (16).....	43
Figure 14 : Répartition des causes initiales de décès des personnes âgées de 75 ans et plus en 2016 (Inserm-CépiDc) (16).....	44
Figure 15 : Diagramme de flux de la cohorte	54
Figure 16 : Répartition de la population en fonction de la classe d'âge et de la présence ou non d'une fiche.....	56
Figure 17 : Répartition de la population en fonction du lieu de vie et de la présence ou non d'une fiche.....	56
Figure 18 : Répartition de la population en fonction de la pathologie de recours et de la présence ou non d'une fiche.....	57

Table des tableaux

Tableau 1 : Projection de la population par grand groupe d'âges (INSEE 2013-2070) (28) ..	32
Tableau 2 : Caractéristiques sociodémographiques et médicales de la cohorte	55
Tableau 3 : Comparaison du lieu de décès.....	58
Tableau 4 : Comparaison de la présence ou absence d'hospitalisation, du nombre de visites et de la durée de suivi	59
Tableau 5 : Comparaison du lieu de décès selon le lieu de vie et d'éventuels troubles cognitifs, en fonction de la présence ou non d'une fiche.....	61

Introduction

Depuis plusieurs années, et pour celles à venir, on observe un vieillissement de la population française (1). Ce vieillissement est lié à de multiples facteurs dont notamment l'amélioration de l'espérance de vie induite par l'évolution de la médecine. Cette évolution engendre la modification de la prise en charge de certaines maladies chroniques.

La demande de soins, en regard de ces pathologies dans la population âgée avec ses spécificités, est de plus en plus importante (2). Ceci dans un contexte de pénurie de l'offre de soins (3) et d'une grande difficulté pour les structures hospitalières à répondre à cette demande (4).

Parmi les réponses des politiques actuelles afin de pallier à ces problématiques, l'extériorisation des soins de l'hôpital vers la ville et le dépistage des situations à risque afin d'anticiper au mieux les différentes évolutions possibles sont des pistes intéressantes à développer (5) (6).

Comme tous les domaines de la médecine, la discipline des Soins Palliatifs bénéficie elle aussi d'une transformation depuis plusieurs années. Cette évolution est influencée notamment par l'introduction des notions de qualité de vie, de prise en charge globale et de droits du patient, à l'origine d'une intégration de la démarche palliative aux spécialités prodiguant des soins curatifs aux patients.

La volonté de développement d'une prise en charge globale à domicile se trouve renforcée actuellement par la difficulté pour les services d'urgences à répondre à cette demande croissante de soins (7), dont la prise en charge spécifique requise par les patients en fin de vie. La « fiche SAMU PALLIA » a été créée afin de respecter au mieux les souhaits des patients suivis par une Equipe Mobile de Soins Palliatifs et de coordonner les différents intervenants entrant en jeu dans la prise en charge de ces patients.

I. Généralités

I.1. Définitions des soins palliatifs et de la fin de vie

Selon la Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs (SFAP) (1996) (8) :

« Les soins palliatifs sont des soins actifs délivrés dans une approche globale de la personne atteinte d'une maladie grave, évolutive ou terminale. L'objectif des soins palliatifs est de soulager les douleurs physiques et les autres symptômes, mais aussi de prendre en compte la souffrance psychique, sociale et spirituelle. Les soins palliatifs et l'accompagnement sont interdisciplinaires. Ils s'adressent au malade en tant que personne, à sa famille et à ses proches, à domicile ou en institution. La formation et le soutien des soignants et des bénévoles font partie de cette démarche. Les soins palliatifs et l'accompagnement considèrent le malade comme un être vivant, et la mort comme un processus naturel. Ceux qui dispensent des soins palliatifs cherchent à éviter les investigations et les traitements déraisonnables (communément appelés acharnement thérapeutique). Ils se refusent à provoquer intentionnellement la mort. Ils s'efforcent de préserver la meilleure qualité de vie possible jusqu'au décès et proposent un soutien aux proches en deuil. Ils s'emploient par leur pratique clinique, leur enseignement et leurs travaux de recherche, à ce que ces principes puissent être appliqués. »

Selon la loi n°99-477 du 9 juin 1999 visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs (9) :

« Les soins palliatifs sont des soins actifs et continus pratiqués par une équipe interdisciplinaire, en institution ou à domicile. Ils visent à soulager la douleur, à apaiser la souffrance physique, à sauvegarder la dignité de la personne malade et à soutenir son entourage.»

Selon l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation de la Santé (ANAES) (2002) (10) :

« Les soins palliatifs s'adressent aux personnes atteintes de maladies graves évolutives ou mettant en jeu le pronostic vital ou en phase avancée ou terminale, ainsi qu'à leur famille et à leurs proches. »

Les soins palliatifs s'adressent, selon le Programme national de développement des soins palliatifs de 2002 (11) :

« Aux patients atteints de maladie grave, chronique, évolutive ou terminale mettant en jeu le pronostic vital, en phase avancée ou terminale, quel que soit l'âge du patient, ainsi qu'à leur famille et leurs proches »

La fin de vie désigne, selon le Ministère des Solidarités et de la Santé en 2019 (12) :

« Les derniers moments de vie d'une personne arrivant en phase avancée ou terminale d'une affection ou maladie grave et incurable »

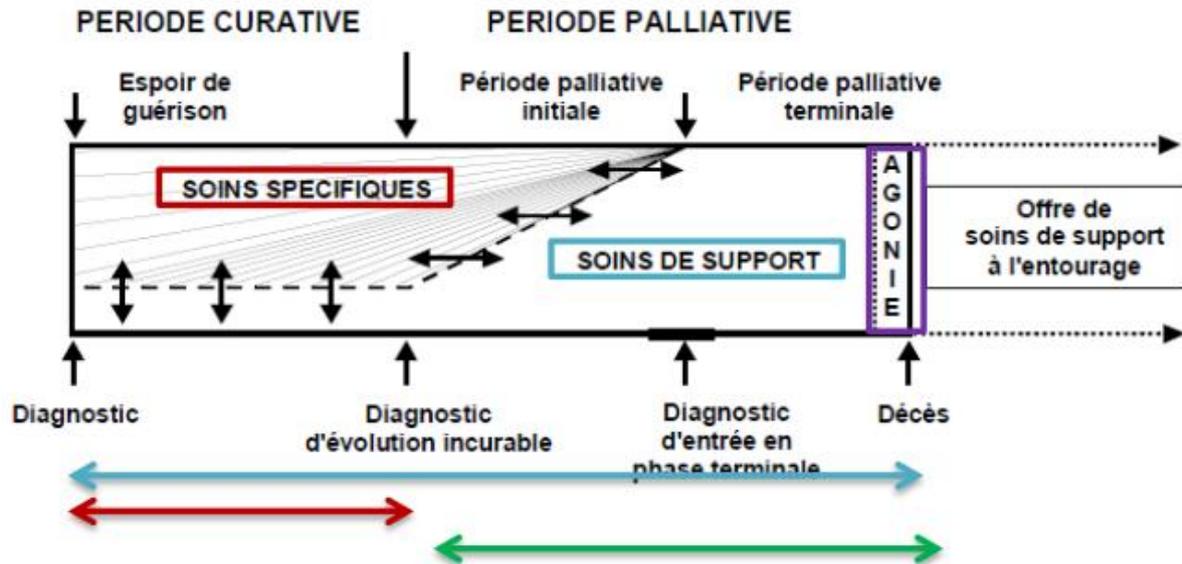


Figure 1 : Continuité et globalité des soins en palliatif (13)

I.2. Organisation des soins palliatifs

L'offre de soins palliatifs en France s'organise autour de cinq dispositifs principaux, dont les rôles sont précisés par la circulaire du 25 mars 2008 relative à l'organisation des soins palliatifs (14) : les Unité de Soins Palliatifs (USP), les Lits Identifiés de Soins Palliatifs (LISP), les Equipes Mobiles de Soins Palliatifs (EMSP), l'Hospitalisation A Domicile (HAD) et les réseaux de Soins Palliatifs (SP).

Les autres dispositifs contribuant à l'offre de soins palliatifs à domicile sont : les Services de Soins Infirmiers À Domicile (SSIAD) et les associations de bénévoles.

Pour répondre à la diversité et à la complexité des prises en charge, l'offre de soins s'organise selon 3 niveaux :

- Niveau I : prise en charge palliative au sein d'une structure non dédiée aux soins palliatifs et sans LISP. Il s'agit de la majorité des services hospitaliers conventionnels et également du domicile.
- Niveau II : prise en charge palliative au sein d'un service d'hospitalisation possédant des LISP. Les professionnels sont formés à la prise en charge palliative et peuvent faire appel à une EMSP qui permet d'apporter des conseils sur la prise en charge.
- Niveau III : prise en charge palliative en USP pour les situations les plus complexes.

Il existe en 2019 en France 164 USP (1880 lits), 5618 LISP (répartis dans 901 établissements) et 428 EMSP. Le nombre total de lits de SP représente 2% des lits hospitaliers (Médecine Chirurgie Obstétrique (MCO), Soins de Suite et de Réadaptation (SSR), Unité de Soins de Longue Durée (USLD)) ; 25% de ces lits sont dans les USP. Il est

noté un recours croissant à l'HAD avec une augmentation de 25% du nombre de patients suivis sur la période 2016-2018 (15).

Il existe d'importantes disparités géographiques sur le territoire : 26 départements n'ont pas d'USP et 3 sont insuffisamment dotés au regard de l'objectif national (Plan national 2015-2018), avec moins de 1 Lit d'Unité de Soins Palliatifs (LUSP) pour 100 000 habitants (Figures 2 et 3).

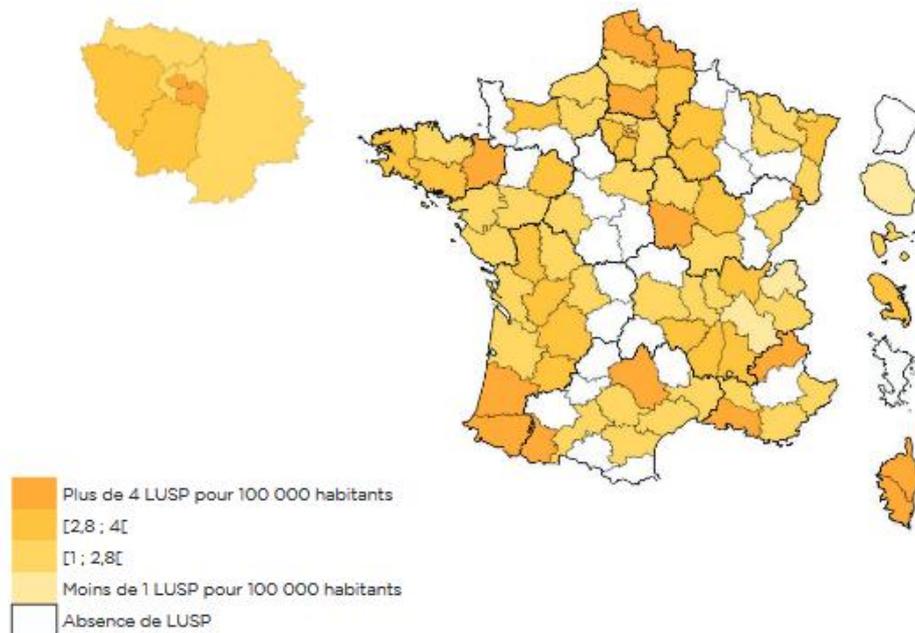


Figure 2 : Nombre de LUSP pour 100 000 habitants en 2019 (16)

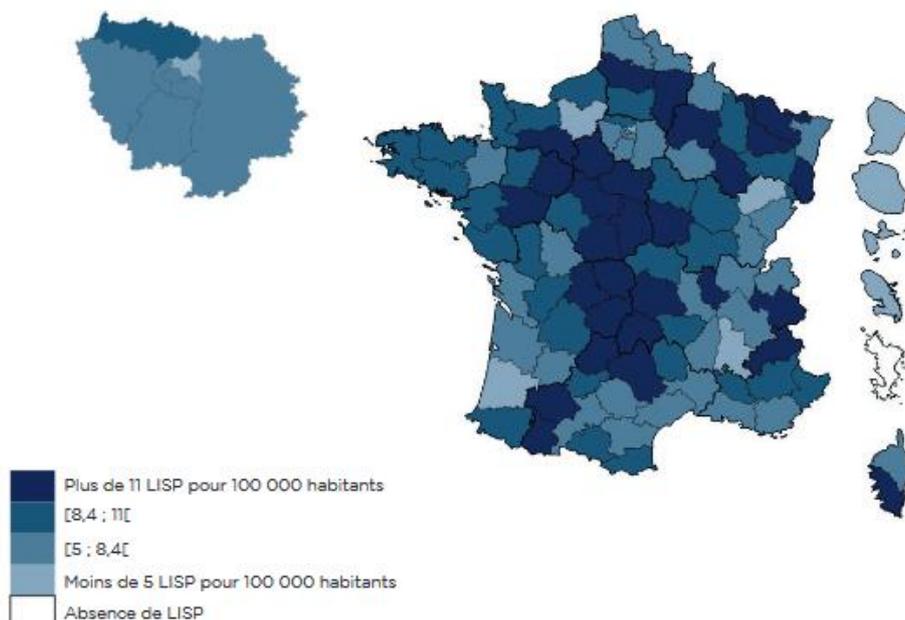


Figure 3 : Nombre de LISP pour 100 000 habitants en 2019 (16)

En 2019 en Haute-Vienne, il existe (17) :

- 1 USP (CHU de Limoges) (soit 10 lits)
- 2 EMSP (CHU de Limoges, CH Le Dorat)
- 2 HAD (CHU de Limoges, Santé Service Limousin)
- 11 établissements possédant des LISP (soit 77 lits)
- 15 SSIAD

Selon l'Atlas 2020 des soins palliatifs et de la fin de vie en France (16) :

- 19% des patients décédés en milieu hospitalier sont décédés sur un LUSP (1/3) ou sur un LISP (2/3) en 2018 ;
- 4/5 des patients pris en charge en USP et 1/3 de ceux pris en charge sur un LISP en 2018 sont décédés au cours du séjour ;
- 78% des séjours en USP et 73% des séjours sur un LISP en 2015 ont concerné des patients décédés d'un cancer ;
- l'âge moyen de décès en 2018 était de 72,2 ans en USP et de 74,3 ans sur un LISP ;
- la part d'intervention hors établissement de rattachement représentait 16% de la totalité des interventions des EMSP en 2019.

I.2.1. Les Unités de Soins Palliatifs (USP)

Les USP sont des unités spécialisées ayant une activité spécifique et exclusive en soins palliatifs. Elles prennent en charge et accompagnent des personnes présentant des situations complexes et/ou difficiles au niveau clinique et/ou éthique, et ne pouvant plus être suivies à domicile, en établissement médicosocial ou dans le service hospitalier d'origine. Ces unités ont des compétences dans la prise en charge de symptômes complexes ou réfractaires nécessitant des connaissances et des techniques spécifiques. Elles accompagnent le patient et son entourage en cas de contexte psycho-social lourd avec des souffrances morales, spirituelles et sociales complexes. Elles sont formées à la prise en charge de questionnements éthiques complexes comme l'arrêt de soins ou la demande d'aide médicale à mourir. Une autre spécificité des USP est leur mission de soutien aux aidants principaux avec possibilité en cas d'épuisement de l'entourage d'une hospitalisation du patient dite de répit.

Elles contribuent à la formation initiale et continue des référents en soins palliatifs. Elles assurent ou participent à des actions dans le cadre de la recherche en soins palliatifs. Elles contribuent également à la formation initiale et continue de nombreuses professions médicales et paramédicales.

Les USP sont les structures de référence et de recours pour les EMSP, les LISP et les équipes de coordination des réseaux de soins palliatifs.

Chaque région doit comporter au moins une USP, disposant entre 10 et au maximum de 15 lits d'hospitalisation, dans un CHU ou dans un établissement ayant une activité en cancérologie. Il est recommandé qu'une USP dispose au minimum de médecins, d'un cadre infirmier, d'infirmiers, d'aides-soignants, d'agents de service hospitalier, d'un psychologue; si possible de kinésithérapeutes, de psychomotriciens et d'assistants de service social. L'équipe soignante doit avoir reçu une formation spécifique en soins palliatifs. (14)

Il est à noter que le Plan National de développement des soins palliatifs 2021-2024 prévoit l'ouverture d'une USP par département (18).

I.2.2. Les Lits Identifiés de Soins Palliatifs (LISP)

Les LISP sont présents dans des services d'hospitalisation de médecine curative confrontés à des fins de vie ou des décès fréquents, ou à des pathologies engageant le pronostic vital à court, moyen ou long terme, mais dont l'activité n'est pas exclusivement consacrée aux soins palliatifs.

Ils sont identifiés sur décision de l'Agence Régionale de Santé (ARS) et peuvent se trouver dans des services de court, moyen ou long séjour. Ils bénéficient d'un financement supplémentaire.

Les LISP ont pour mission le soin et l'accompagnement des malades et de leurs proches. Ils peuvent accueillir des patients pour une hospitalisation de répit ou de repli lorsque le maintien à domicile est jugé inadapté. Ils permettent une évaluation médico-psychosociale globale.

La présence de deux référents en soins palliatifs dans l'équipe, un médecin et un soignant, permet d'assurer la prise en charge de patients relevant de soins palliatifs, sans se trouver pour autant dans une situation trop complexe en termes de clinique ou d'éthique. Les référents en SP doivent avoir une expérience pratique spécialisée en soins palliatifs et s'inscrire dans une démarche de formation approfondie en soins palliatifs. Cette organisation permet une poursuite des soins de proximité et une continuité dans la prise en charge globale. L'ensemble du personnel du service disposant de LISP doit bénéficier d'une formation en soins palliatifs. (14)

I.2.3. L'Equipe Mobile de Soins Palliatifs (EMSP)

L'EMSP est une équipe multidisciplinaire et pluri-professionnelle, rattachée à un établissement de santé (comportant des LISP ou une USP), qui se déplace au lit du malade et auprès des soignants à la demande de ces derniers. En principe, ces équipes ne pratiquent pas directement d'actes de soins ou de prescriptions.

Les EMSP ont pour missions le conseil, le soutien et la concertation auprès des professionnels et des équipes référents, dans les domaines du soin, de l'évaluation et de la prise en charge de la souffrance et des autres symptômes, de la prévention des situations de crise, de la communication et de la relation avec l'entourage du patient, de l'accompagnement psychologique et social du patient et de son entourage. Elles favorisent les procédures collégiales et les discussions multidisciplinaires pour les réflexions d'ordre

éthique, ainsi que la diffusion de la démarche palliative. Elles participent à la formation pratique et théorique des équipes auprès desquelles elles interviennent. Elles contribuent à la recherche en soins palliatifs.

Chaque membre de l'EMSP met à disposition ses compétences spécifiques propres à sa fonction, en respectant deux principes majeurs : celui du travail en équipe pluridisciplinaire et celui de la non-substitution. Une formation spécifique ainsi qu'une expérience professionnelle en soins palliatifs est souhaitable pour l'ensemble des membres de l'équipe. Une EMSP se compose théoriquement d'au moins un médecin, d'un cadre infirmier, de 2 infirmiers, d'une secrétaire, d'un psychologue; si possible de kinésithérapeutes et d'assistants de service social. (14)

I.2.4. Les réseaux de soins palliatifs

Les réseaux permettent l'accès aux soins de qualité à toute personne dont l'état requiert des soins palliatifs, en particulier pour soulager la douleur physique et psychique, sur le lieu de vie de son choix. Les réseaux coordonnent et mettent en lien l'ensemble des acteurs en vue d'une continuité des soins adaptée au patient. Ils assurent la promotion et le développement de la démarche palliative en apportant conseil, soutien, appui et formation aux différents intervenants à domicile, en établissement de santé ou en structures médico-sociales. (19)

I.2.5. L'Hospitalisation A Domicile (HAD)

L'HAD est une hospitalisation à part entière ne pouvant être exercée que par un établissement habilité par l'ARS. L'hospitalisation à domicile (domicile, établissements médico-sociaux ou sociaux avec hébergement) est médicalement justifiée et sa durée est limitée dans le temps. La nécessité de la prolongation du séjour est réévaluée régulièrement, en fonction de l'évolution de l'état de santé du patient. L'objectif de l'hospitalisation à domicile est d'éviter ou de raccourcir un séjour en établissement hospitalier.

Les bénéficiaires de l'HAD sont des personnes de tous âges, atteintes de pathologies dont la gravité, en l'absence de prise en charge par un établissement d'HAD, obligerait à une hospitalisation. Les pathologies peuvent être aiguës ou chroniques, évolutives ou non.

L'HAD permet d'assurer, au domicile du patient, sous la responsabilité de son médecin traitant, des soins médicaux et paramédicaux complexes, délivrés par des professionnels de diverses disciplines (association possible à un SIADD). Les soins de l'HAD se différencient de ceux habituellement dispensés à domicile, par la technicité, la fréquence et la durée des actes. (20)

En tant qu'établissements de santé, les structures d'HAD sont soumises à l'obligation d'assurer les soins palliatifs. L'HAD a pour mission de garantir la continuité des soins entre l'équipe hospitalière, le médecin traitant et les intervenants au domicile pour permettre le maintien à domicile du patient le souhaitant. L'HAD a également pour rôle d'anticiper et d'organiser un relais vers un lieu d'hospitalisation si le maintien à domicile paraît inadapté en termes de complexité de soins ou n'est plus souhaité par le patient et/ou ses proches. Elle participe aux réseaux de soins palliatifs et à la formation des intervenants à domicile. La formation de l'équipe d'HAD aux soins palliatifs et à la prise en charge de la douleur est nécessaire.

I.2.6. Les Services de Soins Infirmiers À Domicile (SSIAD)

Les SSIAD sont des services médico-sociaux intervenant sur prescription médicale auprès des personnes âgées, des personnes en situation de handicap et des personnes de moins de 60 ans atteintes de certaines pathologies chroniques pour assurer des soins infirmiers, des soins d'hygiène et de nursing. (21)

I.2.7. Les associations de bénévoles d'accompagnement

Il existe de nombreuses associations en France, dont les deux tiers sont regroupées au sein de l'UNASP (Union Nationale des Associations pour le développement de Soins Palliatifs) et de la fédération JALMALV (Jusqu'À La Mort Accompanyer La Vie).

Les associations d'accompagnement sont composées de bénévoles formés à l'accompagnement de la fin de vie. Ces bénévoles peuvent, avec l'accord de la personne malade ou de ses proches, et sans interférer avec la pratique des soins médicaux et paramédicaux, apporter leur aide à l'équipe de soins en participant à l'accompagnement du malade. (9)

I.3. La personne âgée

I.3.1. Définitions

Selon le journal officiel du 31 juillet 2013 (22) :

« La notion de personne âgée est complexe. Quel que soit le pays considéré, les politiques de l'âge apparaissent encore très ciblées sur un groupe aux contours flous, communément appelé les seniors, les retraités, les aînés ou les personnes âgées.

Outre cette difficulté de terminologie, ces personnes ont tendance à être regroupées en une seule et même catégorie de la population. Or, il ne s'agit pas d'une catégorie homogène. En effet, il est possible d'identifier trois groupes distincts au sein des personnes âgées : les adultes âgés autonomes et en bonne santé, les personnes fragiles ou vulnérables qui peuvent devenir dépendantes et les personnes dépendantes ou très dépendantes nécessitant une personne tierce pour effectuer les actes de la vie courante. De plus, aucun consensus national ou international n'existe au sujet de l'âge définissant les personnes âgées, qui est souvent associé à l'âge légal de départ à la retraite : 65 ans en Europe, et entre 60 et 62 ans en France. ».

Si l'on se base sur une catégorisation par âge, l'OMS et plusieurs instances politiques retiennent l'âge de 60 ans. Mais les recommandations officielles médicales ainsi que la littérature scientifique retiennent l'âge de 65 ans pour définir une personne comme âgée.

Cependant, l'augmentation de l'espérance de vie, secondaire entre autres aux progrès de la médecine, et l'augmentation de l'espérance de vie sans incapacité, ont élevé le seuil à l'âge de 75 ans. Ce seuil de 75 ans est également celui retenu pour une admission en service de gériatrie (23).

Des études scientifiques utilisent également le terme de populations « très âgées », pour un âge supérieur à 80 ans (24).

On peut aisément conclure au que le concept de sujet âgé ne peut être seulement basé sur un âge.

Il est licite de dire qu'une personne âgée est une personne dont l'âge est avancé, la situant ainsi dans la troisième période de vie faisant suite à l'enfance et à l'âge adulte.

Le sujet âgé présente plusieurs paramètres physiques, physiologiques et sociaux communs à cette population.

Les critères sociaux usuellement retenus sont l'âge d'entrée à la retraite, l'âge limite d'entrée en EHPAD et pour l'obtention de l'allocation personne âgées.

I.3.2. Epidémiologie du sujet âgé

I.3.2.1. Au niveau national

Au 1er janvier 2022, la proportion de personnes âgées de plus de 75 ans correspond à 9,8% de la population générale (25). La part des plus de 90 ans représentait 1,2% de la population française en 2019.

Selon les projections de la population de 2016, la hausse importante de la population française concernera essentiellement les personnes de plus de 65 ans, avec également une forte hausse des personnes de plus de 75 ans (Figure 4). Ces dernières devraient représenter 17,9% de la population totale en 2070 (Tableau 1) (26). En 2070, 13,7 millions de personnes seraient ainsi âgées de 75 ans ou plus, soit deux fois plus qu'en 2013. Le nombre de personnes de 85 ans ou plus pourrait presque quadrupler, passant de 1,8 million à 6,3 millions.



Figure 4 : Pyramide des âges en 2013 et 2070 (27)

Tableau 1 : Projection de la population par grand groupe d'âges (INSEE 2013-2070) (28)

	Population au 1 ^{er} janvier en millions	Moins de 20 ans	20 ans à 59 ans	60 ans à 64 ans	65 ans à 74 ans	75 ans ou plus
2025	69,1	23,7	48,3	6,2	11,0	10,8
2030	70,3	23,0	47,4	6,2	11,2	12,2
2035	71,4	22,4	46,5	6,2	11,4	13,5
2040	72,5	22,2	46,1	5,6	11,5	14,6
2050	74,0	22,3	44,9	5,7	10,8	16,3
2060	75,2	21,7	44,9	5,5	10,7	17,2
2070	76,4	21,3	44,2	5,8	10,8	17,9

Cette augmentation est inévitable et secondaire notamment à l'amélioration de l'espérance de vie et l'arrivée dans cette classe d'âge des générations issues du baby-boom.

Fin 2021 en France, l'espérance de vie à la naissance est de 85,4 ans pour les femmes et de 79,3 ans pour les hommes, avec une différence entre les deux sexes tendant à se réduire (Figure 5). Elle est en hausse par rapport à l'année 2020 durant laquelle est apparue

la pandémie à Covid-19 ; mais elle reste en-dessous du niveau de l'année 2019 (85,6 ans pour les femmes et 79,7 ans pour les hommes) (29).

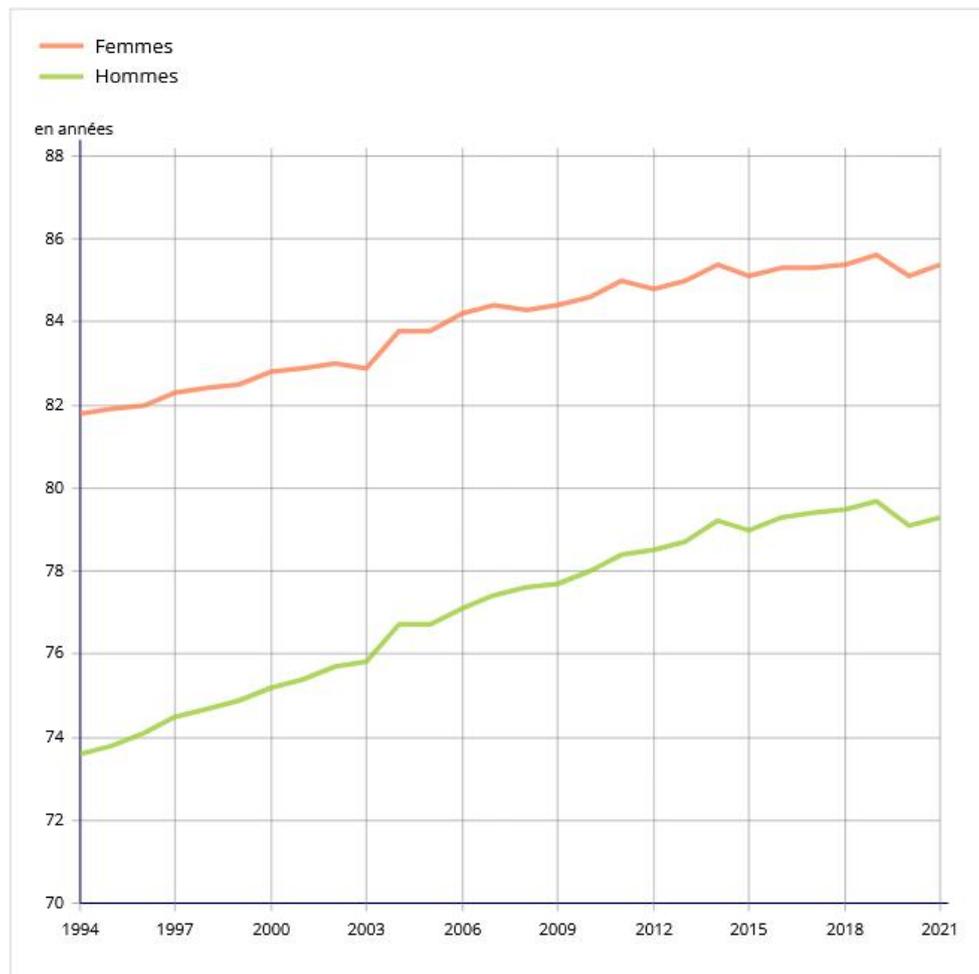


Figure 5 : Evolution de l'espérance de vie à la naissance selon le sexe (INSEE) (30)

L'espérance de vie à 65 ans en 2021 est de 23,2 ans pour les femmes et de 19,2 ans pour les hommes. Là aussi une légère baisse a été observée comparé à 2020 suite à la pandémie Covid-19 (29).

I.3.2.2. Au niveau régional et départemental

Des disparités démographiques existent à l'échelle départementale sur le territoire français. Globalement, les départements les moins densément peuplés concentrent une plus grande proportion de personnes âgées de 75 ans et plus (Figures 6 et 7).

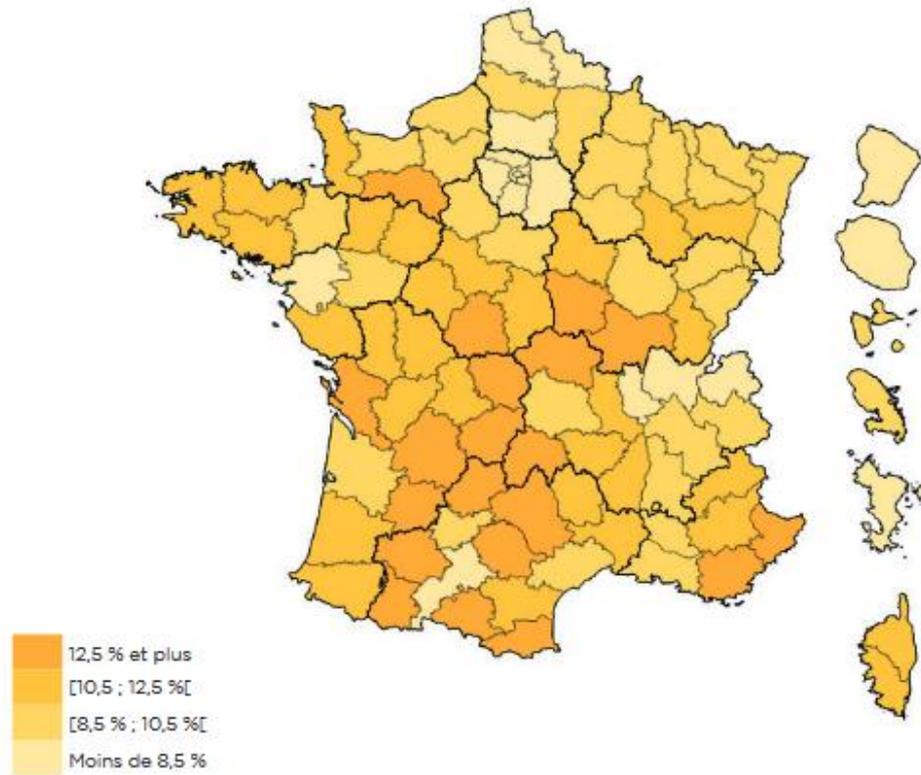


Figure 6 : Part des personnes âgées de 75 ans et plus par département en 2019 (INSEE) (16)

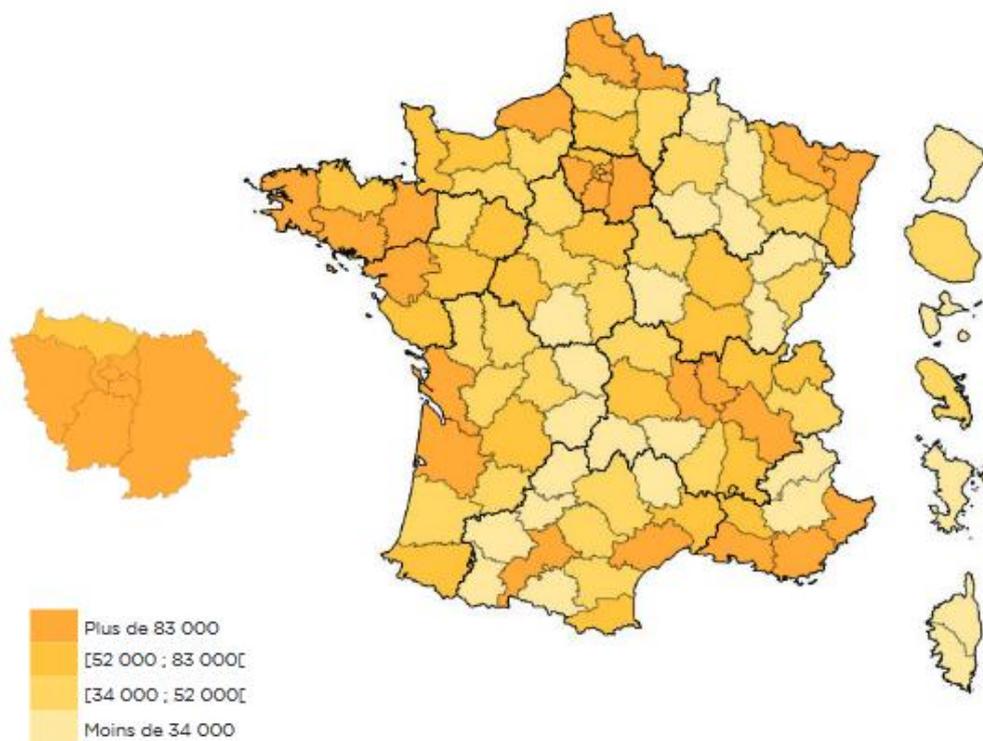


Figure 7 : Nombre de personnes âgées de 75 ans et plus par département en 2019 (INSEE) (16)

Au niveau régional, la Nouvelle-Aquitaine est l'une des régions où la part des plus de 75 ans est la plus élevée, soit 11,5% au 1er janvier 2020 (contre 10% au niveau national). L'espérance de vie pour les hommes est de 79,7 ans et de 85,5 ans pour les femmes en 2020 (16).

Selon les projections pour 2030, la population va continuer à vieillir et le nombre des personnes âgées en perte d'autonomie va continuer d'augmenter ; mais le nombre de personnes de 85 ans et plus ne serait pas plus important qu'en 2016 (13 % de l'ensemble des seniors). Ceci est dû à l'amélioration de l'espérance de vie, l'arrivée des baby-boomers dans le rang des seniors et les nombreuses installations de seniors ou de proches retraités dans la région qui figure parmi les plus attractives (31).

En 2030, 15 % des seniors seraient en perte d'autonomie, modérée ou forte, comme au niveau national. Cette proportion resterait quasi-stable par rapport à 2016 parce que la forte hausse des personnes âgées serait concentrée sur les soixantaines et septuagénaires.

Au 1^{er} janvier 2022, la part des 75 ans ou plus en Haute-Vienne est de 12,5% (32).

I.3.3. Physiologie du vieillissement

Le vieillissement est un processus physiologique, programmé, débutant dès la période in-utéro. Il est composé de plusieurs étapes successives : le développement, la maturité puis la sénescence. Il est influencé par des facteurs génétiques (vieillesse intrinsèque) et environnementaux (vieillesse extrinsèque) (33).

Il est caractérisé au niveau biologique par une accumulation progressive de lésions moléculaires et cellulaires, aboutissant à une altération des différentes fonctions de l'organisme et une vulnérabilité accrue aux agressions extérieures, ainsi qu'un risque croissant de morbidité et mortalité (34).

Cette diminution des réserves fonctionnelles de l'organisme et des capacités d'adaptation au stress est due à une production accrue de radicaux libres (stress oxydatif), une glycation non enzymatique des protéines (altération du collagène, baisse du renouvellement des cellules de la matrice extracellulaire), des altérations acquises de l'ADN et de ses systèmes de réparation (modification du cycle cellulaire, apoptose précoce).

Ce processus présente des disparités intra-individuelles et extra-individuelles expliquant la complexité à définir la population gériatrique. Une personne gériatrique correspond à une personne présentant une réduction ou limitation de ses réserves et de ses fonctions. C'est cette diminution qui entraîne une moindre capacité de réaction et d'adaptation aux sollicitations et donc favorise l'apparition de pathologies, accélérant elles-mêmes le processus de vieillissement.

Il existe un modèle, appelé modèle de Bouchon (35), modélisant différentes trajectoires d'évolution d'une fonction d'organe chez le sujet âgé (Figure 8).

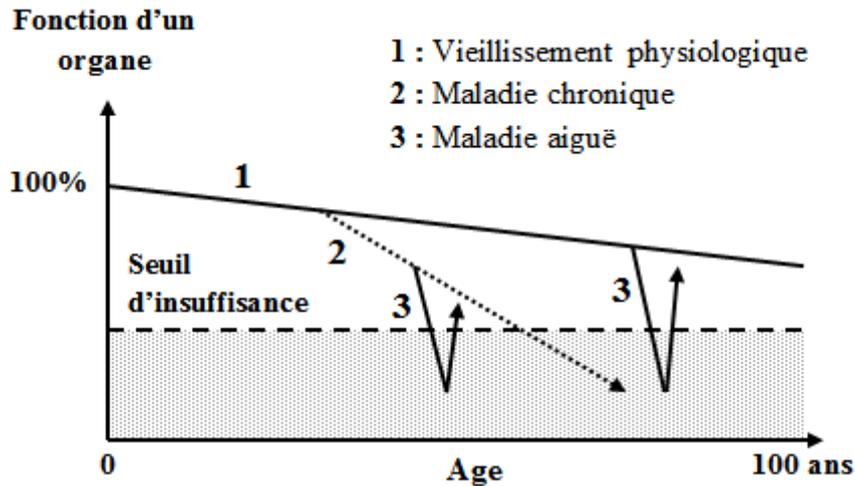


Figure 8 : Modèle 1+2+3 de Bouchon (33)

- La courbe 1 représente le déclin progressif et régulier de la capacité fonctionnelle d'un organe au cours du vieillissement physiologique. Selon cette trajectoire, on ne franchit jamais le seuil d'insuffisance d'organe, hors survenue d'un évènement aigu.
- La courbe 2 représente l'effet de la survenue d'une maladie chronique sur la fonction physiologique d'un organe. Cette maladie altère les capacités de fonctionnement et d'adaptation de l'organe et provoque donc une accélération du processus de vieillissement. Selon cette trajectoire, si une prise en charge médicale adaptée est mise en place, et tant que les réserves fonctionnelles de l'organe ne sont pas dépassées, un maintien au-dessus du seuil d'insuffisance est possible. L'évolution pour cette trajectoire aboutit inexorablement à l'insuffisance d'organe.
- Les courbes 3 représentent l'effet de la survenue d'une maladie aiguë sur un organe engendrant une rupture avec la trajectoire initiale, une accélération du vieillissement et une insuffisance d'organe par dépassement des capacités d'adaptation de l'organe. Cette insuffisance est généralement transitoire si une prise en charge médicale adéquate est mise en place, et si les réserves fonctionnelles de l'organe ne sont pas dépassées. Il n'existe généralement pas de retour à l'état fonctionnel de base antérieur.

L'état de santé du sujet âgé est donc déterminé par les effets du vieillissement physiologique associés ou non à l'apparition de maladies chroniques et à la survenue de maladies aiguës.

Ceci permet de distinguer 3 types de vieillissement :

- le vieillissement « usuel ou habituel » : présence d'une atteinte d'une ou plusieurs fonctions physiologiques liée au vieillissement physiologique mais sans pathologie induisant une insuffisance d'organe.
- le vieillissement « réussi » : absence d'atteinte des fonctions physiologiques et d'apparition de pathologie ;

- le vieillissement « pathologique » : présence d'une atteinte d'une ou plusieurs fonctions physiologiques sur des pathologies évolutives ou compliquées entraînant une insuffisance d'organe ;

D'autres outils médico-sociaux ont été créés afin de prendre en compte le type de vieillissement, notamment l'espérance de vie sans incapacité. Cette dernière correspond à la durée de vie sans dépendance à un âge donné. En 2020, une femme de 65 ans peut espérer vivre 12,1 ans sans incapacité et 18,1 ans sans incapacité sévère ; un homme de 65 ans peut espérer vivre 10,6 ans sans incapacité et 15,7 ans sans incapacité sévère (36).

I.3.4. Concept de fragilité

Le vieillissement étant un processus physiologique propre à chaque individu, le concept de fragilité a été décrit afin de mieux appréhender le sujet âgé.

Le concept de syndrome de fragilité (« frailty » chez les anglo-saxons) a été décrit pour la première fois en 1979 pour définir le risque de décès par rapport à un âge donné (37). Le concept s'est par la suite étendu au risque de survenu d'un événement autre que le décès pour des patients ayant la même exposition, mais pas nécessairement le même âge. C'est au départ un synonyme de perte d'autonomie mais rapidement il devient un stade clinique qui précède la perte d'autonomie.

En 2001, Fried définit la fragilité selon une approche fonctionnelle. La fragilité est un phénotype regroupant l'apparition d'une faiblesse voire d'une fatigue intense, la diminution des activités physiques, la diminution de la force de préhension, la diminution de la vitesse de marche et la survenue d'une perte de poids involontaire au cours de la dernière année (38) (Figure 9).

Il développe ainsi une échelle de dépistage de la fragilité (Annexe 1) basée sur 5 critères : la perte de poids, l'asthénie, l'activité physique, la vitesse de marche et la force musculaire.

Selon le nombre de critères présents au test de dépistage, 3 profils de patients sont établis :

- fragile : ≥ 3 critères ; exposition plus marquée aux chutes, aux hospitalisations et à la dépendance physique ; récupération plus lente voire incomplète suite à un stress ;
- pré-fragile : 1 ou 2 critères ; réserves physiologiques diminuées mais restant suffisantes pour permettre une réponse adaptée suite à un stress et donc une récupération complète ;
- robuste : 0 critère

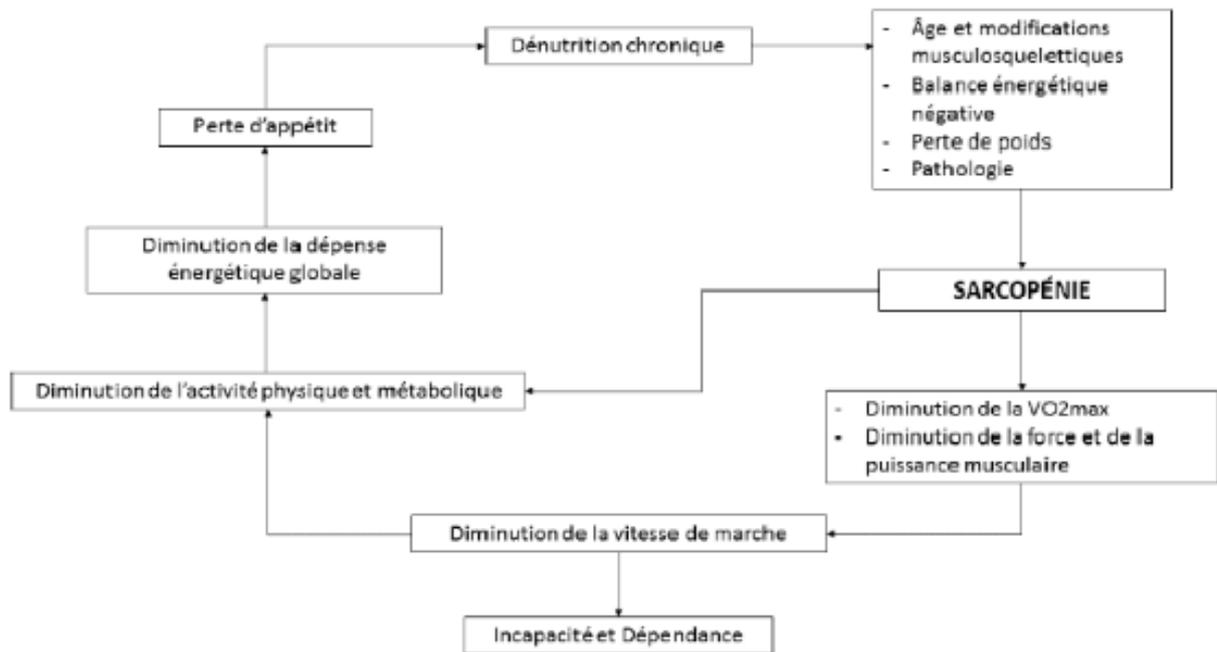


Figure 9 : Cycle de la fragilité selon la conception phénotypique de Fried (38)

A la même époque, Rockwood décrit une seconde approche associant des données fonctionnelles à une composante sociale. Il considère que le risque de mortalité, d'entrée en dépendance et d'institutionnalisation augmente en cas d'augmentation des déficits. Une personne est d'autant plus fragile, et donc à risque d'évènement, qu'elle présente de pathologies, d'anomalies biologiques ou de symptômes (39).

Son modèle prend en compte les incapacités, les comorbidités, les capacités cognitives, les facteurs de risque psychosociaux, les syndromes gériatriques. Son évaluation est basée sur 70 items (40). Le score se calcule à partir de la somme des comorbidités identifiées chez une personne rapportée aux 70 comorbidités prises en compte. L'échelle de dépistage de la fragilité va de 0 à 1 (Annexe 2) :

- de 0,0 à 0,10 : patient non fragile ;
- de 0,10 à 0,21 : patient pré-fragile ;
- de 0,21 à 0,45 : patient fragile ;
- au-delà de 0,45 : patient très fragile.

En 2011, la Société Française de Gériatrie et Gérontologie définit la fragilité comme un syndrome clinique reflétant une diminution des capacités physiologiques de réserve altérant ainsi les mécanismes d'adaptation au stress (41). La fragilité est influencée par des facteurs psychosociaux, économiques et comportementaux, mais également d'éventuelles comorbidités. L'âge est un déterminant majeur mais n'expliquant pas à lui seul la fragilité.

On parle fréquemment de syndrome de fragilité regroupant : la sarcopénie, la perte de poids, la dénutrition, la baisse de force, les troubles de l'équilibre, les difficultés cognitives, le

ralentissement idéomoteur, la diminution des activités physiques, la dépression, l'isolement social (42). Ce syndrome est un marqueur de risque de mortalité et d'évènements péjoratifs. Du fait de la multiplicité des déterminants entrant en jeu, une prise en charge adaptée, qu'elle soit primaire ou secondaire, peut réduire ou retarder les conséquences de ces déterminants. Ce processus étant évolutif (43) et potentiellement réversible (44), le dépistage est un élément clé dans la prise en charge globale d'une personne âgée (45). Une fois la fragilité dépistée, il peut être mis en place des mesures préventives ou correctives permettant sa réversibilité partielle ou totale. Une fois la fragilité installée, il apparaît la dépendance qui elle est irréversible.

Un dépistage systématique est réalisé de façon régulière dans les unités de gérontologie. Ce dépistage s'intègre dans le concept de « Comprehensive Geriatric Assessment » (46).

I.3.5. Perte d'autonomie et dépendance

I.3.5.1. Perte d'autonomie

L'autonomie correspond à la capacité à se gouverner soi-même. Elle nécessite une capacité de jugement, c'est-à-dire une capacité à prévoir et à choisir, et la liberté de pouvoir agir, accepter ou refuser en fonction de son jugement dans le respect des lois et des usages communs. Même lorsque les capacités intellectuelles d'une personne sont altérées, sa volonté prime sur celle de ses proches. La perte d'autonomie n'est pas synonyme de dépendance (47) ; mais, en cas d'inadéquation entre les désirs d'une personne et ses ressources, il peut y avoir une diminution de l'autonomie sans réelle dépendance.

Lors de l'évaluation de l'autonomie, la dépendance est recherchée dans différents domaines de la vie quotidienne ainsi que l'utilisation des fonctions cognitives nécessaires à l'utilisation d'instruments. Les outils les plus connus et validés d'évaluation sont l'Activities of Daily Living (ADL) (48), l'Instrumental Activities of Daily Living (iADL) (49) et la grille AGIRR (50) permettant de donner lieu à l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA).

Les principaux facteurs de risque de perte d'autonomie sont classés en causes médicales physiques et/ou psychologiques (essentiellement les maladies cardio-vasculaires, les affections dégénératives du système nerveux, l'arthrose, les fractures, les cancers, les troubles sensoriels), en causes environnementales (isolement social, inactivité, hospitalisation, chutes) et en causes socio-économiques.

Parallèlement à ces facteurs de risque, il existe des facteurs protecteurs comme l'activité physique et le maintien des activités sociales (51).

Chez la personne âgée, c'est l'association d'un ou plusieurs facteurs de risque et/ou l'absence de facteur protecteur qui favorise l'entrée dans la dépendance.

I.3.5.2. Dépendance

La dépendance est définie comme l'incapacité partielle ou totale pour un individu d'effectuer sans aide des activités de la vie quotidienne sur le plan physique, psychique ou social et de s'adapter à son environnement.

Chez le sujet âgé, la dépendance résulte d'un vieillissement « pathologique ».

La dépendance entraîne le recours à une aide provenant de l'entourage familial ou amical, ou de professionnels de santé.

Ceci entraîne des dépenses partiellement financées par l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) (47).

I.4. Contexte en France

I.4.1. Données épidémiologiques

En 2017, le nombre de décès en France a franchi le seuil des 600 000 par an. Ce nombre devrait dépasser le seuil des 750 000 d'ici 2050 (52) (Figure 10).

Cette augmentation du nombre de décès est expliquée entre autres par l'arrivée d'un grand nombre de personnes issues du baby-boom aux âges de forte mortalité.

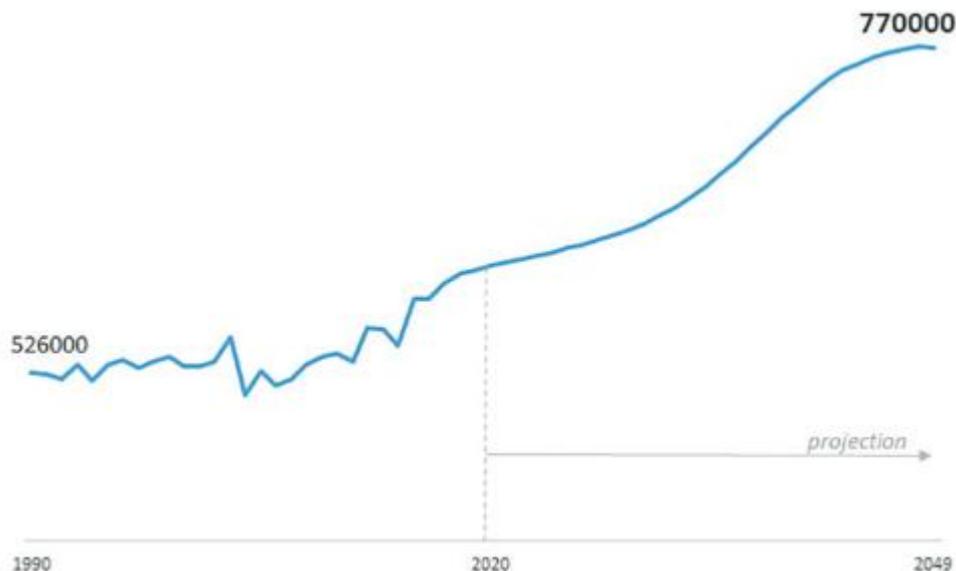


Figure 10 : Projection du nombre de décès à l'horizon 2050 (52)

Le maintien à domicile des patients en soins palliatifs (SP) est un enjeu majeur puisqu'il fait partie des axes prioritaires du Plan National de SP 2015-2018 (53). D'après l'Atlas des soins palliatifs et de la fin de vie en France, 62% des patients décédés auraient été susceptibles de relever de soins palliatifs, mais seulement 44% d'entre eux ont bénéficié d'au moins un séjour hospitalier codé « Soins Palliatifs » dans l'année (54).

80% des Français déclarent vouloir passer leur fin de vie chez eux (55), mais environ 25% d'entre eux décèdent à domicile (56). Le rapport de l'Observatoire National de la Fin de vie (ONFV) précise cependant que la volonté de décès à domicile fluctue au cours du temps chez les personnes malades (57). En 2016, 85% des français ont le sentiment que leur volonté de mourir à domicile n'est pas respectée (58).

Jusqu'au milieu des années 1970 en France, le lieu de décès principal était le domicile. Il a progressivement été remplacé par les institutions du fait d'une médicalisation des derniers jours de vie.

En 2018, plus de la moitié des décès ont eu lieu en milieu hospitalier (Figure 11).



Figure 11 : Lieux de décès en 2018 (INSEE) (16)

Parmi les personnes décédées en milieu hospitalier en 2018, près des 2/3 étaient âgées de 75 ans et plus. Parmi ces patients, 36% avaient reçu un codage « soins palliatifs » au cours de l'année précédant le décès (16).

En 2015, près de 25% des décès ont eu lieu à domicile. Parmi ces décès, 13% des patients bénéficiaient d'une prise en charge par une HAD. Parmi ces décès, 61% des patients avaient 75 ans et plus, contre 96% en EHPAD (16).

37% des personnes décédées à domicile et 44% des personnes décédées en EHPAD ont séjourné au moins une fois à l'hôpital au cours des 6 derniers mois de leur vie. En moyenne ces patients ont fait 2 séjours (24 jours) à l'hôpital au cours de ces 6 derniers mois et en sont sortis un mois et demi avant leur décès (16).

On note que plus l'âge du décès augmente, plus les personnes décèdent à domicile ou en EHPAD (Figure 12).

En 2015, l'âge moyen du décès pour les patients décédés à domicile était de 75,6 ans et de 89,2 ans pour les patients décédés en EHPAD (16).

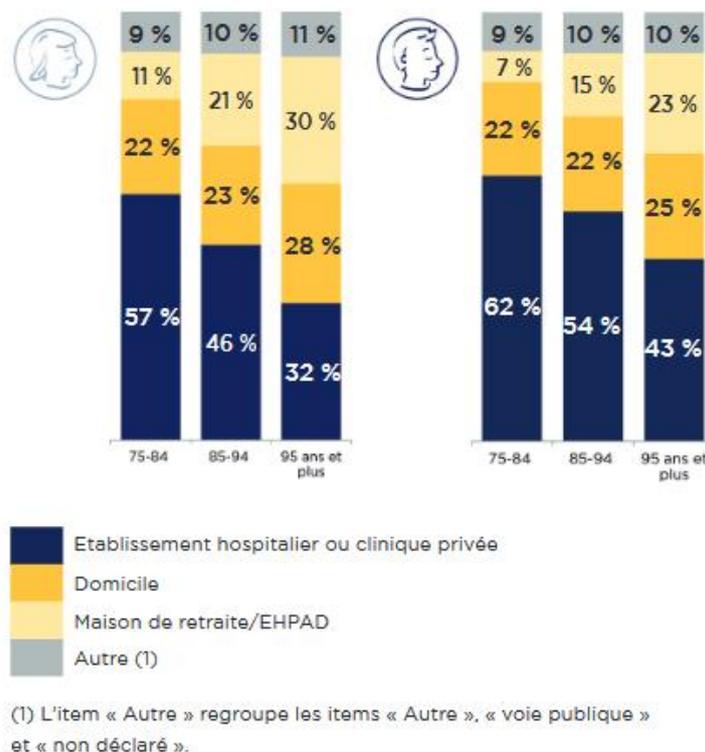


Figure 12 : Répartition des lieux de décès des personnes âgées de 75 ans et plus par tranche d'âge et par sexe en 2018 (INSEE) (16)

Lors de leur dernière année de vie, 84% des patients sont transférés au moins une fois à l'hôpital (59).

Seul un tiers des patients vivant encore à domicile le mois précédant le décès y meurt selon une enquête de l'Institut National d'Etudes Démographiques (INED) en 2010 (60).

A partir des données de l'enquête rétrospective de l'Institut national d'études démographiques (INED) s'intéressant aux décès déclarés comme prévisibles de personnes majeures, il a été montré que seuls 14 % d'entre eux avaient lieu au domicile. De plus, parmi les 45 % des personnes présentes à domicile 28 jours avant le décès, seules 18 % y décédaient finalement (55).

En cas de décès au domicile, il était relevé la présence au cours des dernières 24 heures d'au moins un symptôme physique très intense dans 30 % des cas et d'au moins un symptôme psychique très intense (dont la confusion) dans 40 % des cas. Un transfert à l'hôpital le jour de leur décès concernait 8 % des patients, dont un tiers décédait dans un service d'urgence (60).

Bien que le décès à domicile soit souhaité par une majorité des Français, le rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) relève que la qualité des soins palliatifs à domicile reste à améliorer (coordination difficile entre les différents intervenants et inégalité territoriale d'accès aux soins palliatifs pour les patients (61).

I.4.2. Causes de morbi-mortalité

L'amélioration de la qualité des soins et l'innovation dans le domaine de la santé ont induit un changement des causes de décès. Actuellement ce sont principalement les maladies chroniques de longue durée qui entraînent la mort : cancers, pathologies liées au vieillissement (maladies de l'appareil circulatoire, maladie de Parkinson, maladie d'Alzheimer, etc.), polyopathologies. Les parcours de fin de vie se trouvent ainsi modifiés nécessitant alors un accompagnement global et le recours à des soins palliatifs adaptés (62).

En 2016, les tumeurs et les maladies de l'appareil circulatoire représentaient les deux premières causes de décès. Le nombre de décès lié à ces 2 pathologies représentait plus de 50% des décès (Figure 13).

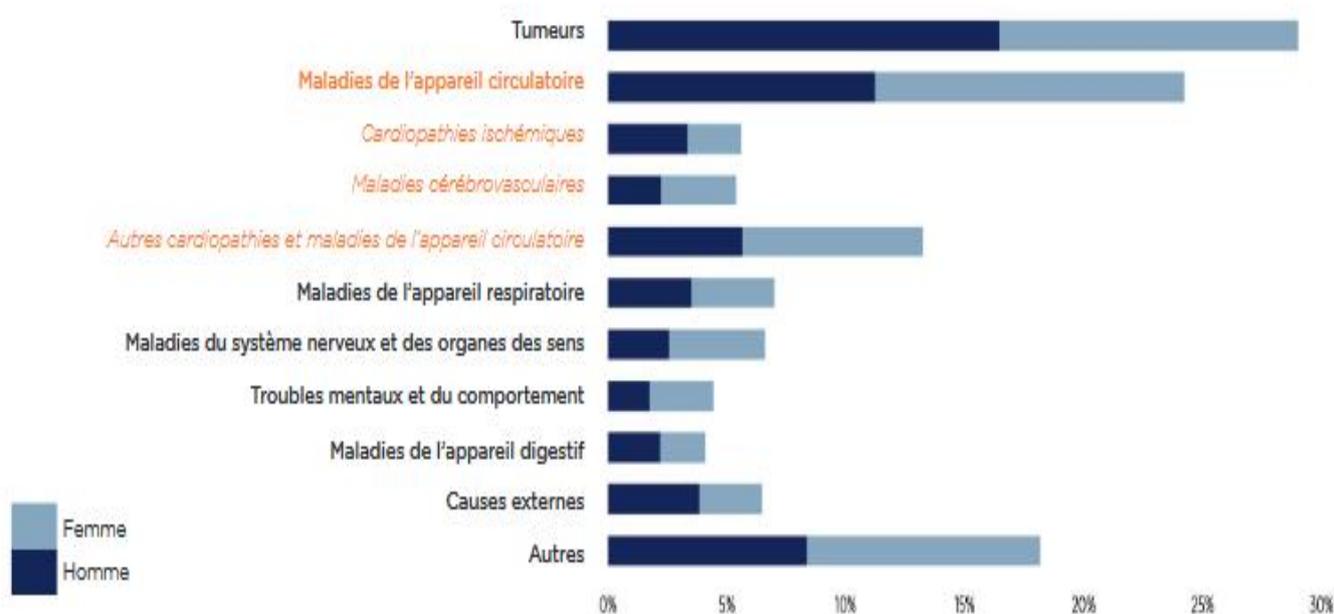


Figure 13 : Répartition des décès par cause initiale de décès en 2016, selon le sexe (Inserm-CépiDc) (16)

En 2016, plus de deux tiers des personnes décédées étaient âgées de 75 ans et plus. Après 75 ans, la part des décès par cancer diminue et celle des décès par accident vasculaire cérébral et infarctus du myocarde augmente (Figure 14).

	Pour chaque pathologie: part des décès des personnes âgées de 75 ans et plus	Pour l'ensemble des personnes âgées de 75 ans et plus: part des décès pour chaque pathologie
Tumeurs	52 %	22 %
Maladies de l'appareil circulatoire	81 %	29 %
<i>Cardiopathies ischémiques</i>	73 %	6 %
<i>Maladies cérébrovasculaires</i>	82 %	6 %
<i>Autres cardiopathies et maladies de l'appareil circulatoire</i>	84 %	16 %
Maladies de l'appareil respiratoire	82 %	8 %
Maladies du système nerveux et des organes des sens	83 %	8 %
Troubles mentaux et du comportement	83 %	5 %
Maladies de l'appareil digestif	60 %	4 %
Causes externes	53 %	5 %
Autres	73 %	19 %
Total général	69 %	100 %
<i>Effectif</i>	398 188	

Figure 14 : Répartition des causes initiales de décès des personnes âgées de 75 ans et plus en 2016 (Inserm-CépiDc) (16)

Les tumeurs représentaient 29 % des causes initiales de décès en Nouvelle-Aquitaine en 2016, et les maladies cardiovasculaires 26% (16).

I.4.3. Outils d'aide à l'amélioration de la prise en charge de la fin de vie

Un des moyens pouvant permettre d'éviter les hospitalisations en fin de vie repose sur l'anticipation des possibles complications et leur traitement. Les hospitalisations en fin de vie sont souvent causées par des symptômes difficiles à gérer à domicile comme les difficultés respiratoires et les troubles digestifs, ou encore la perte d'autonomie.

Les directives anticipées (DA) (63) sont un outil intéressant afin de tenir compte des volontés du patient, notamment en cas de souhait de décès à domicile, de limitation des traitements et de refus d'hospitalisation, lorsque le patient ne peut plus s'exprimer. Elles sont cependant rédigées par seulement 14% de la population française (64).

L'HAD est également une aide précieuse afin de permettre un maintien au domicile. Près de trois quarts des malades qui bénéficient d'une hospitalisation à domicile pour SP meurent au domicile (65).

Un autre outil intéressant, énoncé dans la loi du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie (dite « Claeys-Leonetti »), est celui permettant de bénéficier, dans certaines conditions, d'une sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès (SPCMD) à la demande du patient, à domicile ou en institution, avec l'aide d'une équipe formée aux SP et après concertation pluridisciplinaire (55 ; 58).

I.5. Permanence des soins

I.5.1. Généralités

La Permanence Des Soins (PDS) est un dispositif de prise en charge de demandes de soins non programmés survenant en dehors des heures d'ouverture habituelles des cabinets médicaux (tous les jours de 20h à 8h, le samedi à partir de 12h, ainsi que les dimanches et jours fériés de 8h à 20h), pour l'ensemble des spécialités médicales.

Durant cette période le risque d'hospitalisation est important du fait de l'absence de possibilité de joindre le médecin traitant du patient. La PDS permet un maintien de la continuité à l'accès aux soins. Elle repose essentiellement sur le renforcement de la régulation libérale des appels.

La PDS regroupe la Permanence Des Soins Ambulatoires (PDSA) et la PDSES (Permanence Des Soins en Etablissement de Santé).

La PDSA est définie dans le décret n°2010-809 du 13 juillet 2010. (67)

Le dispositif de permanence des soins est organisé sous l'autorité du directeur général de l'Agence Régionale de Santé et avec l'aide du CODAMUP-TS (Comité Départemental de l'Aide Médicale Urgente, de la Permanence des soins et des Transports Sanitaires).

L'accès au médecin de garde effecteur pendant cette période se fait suite à un entretien téléphonique avec un médecin régulateur (médecin du 15 ou médecin rattaché à une plateforme téléphonique d'une association de permanence des soins).

La régulation libérale des appels de permanence des soins est le plus souvent intégrée au centre de réception et de régulation des appels du SAMU-Centre 15. Elle peut également être autonome mais reste alors interconnectée avec le SAMU-Centre 15 de façon à pouvoir transférer les appels.

Le médecin régulateur dispense des conseils téléphoniques, envoie des moyens matériels ou humains (ambulance ou médecin mobile) sur place, transmet l'appel au médecin régulateur de l'aide médicale urgente (envoi ou non d'une équipe SMUR sur place), ou oriente vers un médecin effecteur (libéral consultant ou service d'urgence hospitalier).

Le médecin effecteur libéral peut être « consultant » (assure en soirée et le week-end des consultations sur site dédié de type Maison Médicale de Garde ou dans son cabinet) ou « mobile » (réalise au domicile ou en institution des consultations).

Une maison médicale de garde est un lieu fixe de consultations aux horaires de permanence des soins. Elle peut se trouver à proximité d'un hôpital ou non. Son accès est régulé et donc seulement possible après un appel au n°15 ou au numéro spécifique de permanence des soins et un échange avec un médecin régulateur.

La PDSES se définit comme l'accueil et la prise en charge de nouveaux patients dans une structure de soins d'un établissement de santé, en aval et/ou dans le cadre des réseaux de

médecine d'urgence. Elle concerne le seul champ de la médecine, chirurgie et obstétrique (MCO).

Dans les établissements publics de santé, la réglementation précise que la permanence des soins peut prendre la forme d'une permanence à l'hôpital (présence continue dans l'enceinte de l'hôpital), d'une astreinte opérationnelle à domicile (obligation pour le praticien de rester à la disposition de l'établissement à son domicile ou en lieu voisin), d'une astreinte de sécurité de nuit et de dimanche et/ou de jour férié dans les disciplines qui ne donnent lieu qu'à des appels peu fréquents.

S'ajoute à ce dispositif médical une garde ambulancière. Pendant la période de PDS, chaque demande de transport sanitaire en urgence est centralisée au SAMU-Centre 15. Un transport durant la PDS peut seulement être déclenché par le médecin régulateur.

S'ajoute également la garde pharmaceutique afin qu'au terme de la consultation le patient puisse se procurer la prescription réalisée par le médecin effecteur.

I.5.2. Permanence des soins en Haute-Vienne

La régulation médicale en Haute-Vienne est organisée par le SAMU 87 et accessible par le numéro 15.

Les appels sont réceptionnés par le Centre de réception et de régulation des appels (CRRA).

La régulation du CRRA-Centre 15 est assurée 24h sur 24h par des médecins régulateurs hospitaliers, et pendant la période de PDS par des médecins régulateurs libéraux.

C'est l'association Urgences Médecins 87 qui est chargée d'établir les tableaux de présence des médecins régulateurs libéraux.

La régulation peut également être assurée par les numéros des centres d'appel des associations de PDSA disposant de plateformes d'appels interconnectées avec le central du SAMU.

Différentes structures assurent la PDS pour le secteur de Limoges et son agglomération : les associations Urgence Médecin 87 et SOS Médecins, la maison médicale de garde, les services d'accueil d'urgences du Centre Hospitalier Universitaire de Limoges et de la Clinique François Chénieux.

Pour le reste du département, la PDS est assurée par des médecins effecteurs consultants ou mobiles répartis en différents secteurs et les centres hospitaliers disposant d'un service d'accueil d'urgences (68).

I.6. Fiche SAMU PALLIA

I.6.1. Généralités

La fiche URGENCE PALLIA est un document rédigé par un médecin s'occupant d'un patient en situation palliative ; qu'il s'agisse d'un médecin traitant ou hospitalier, ou faisant partie d'une EMSP ou de l'équipe d'une HAD ou d'un EHPAD.

Cette fiche est mise en place afin de transmettre des informations concernant un patient donné à un autre médecin amené à intervenir auprès de ce patient lors d'une situation d'urgence, notamment pendant les nuits et les week-ends (régulateurs et effecteurs du SAMU, médecins de garde, médecins d'un service d'accueil des urgences), ou en cas d'absence du médecin habituel.

Elle doit permettre une aide à la prise de décision, tant sur le plan médical qu'organisationnel, et contribue à garantir le respect de l'autonomie et de la volonté du patient. Ce document a également pour objectif de limiter les passages des personnes en fin de vie au SAU qui ne bénéficie généralement pas des moyens humains et organisationnels adaptés à ce type de prise en charge.

Cette fiche doit donc être synthétique afin de permettre sa consultation rapide par les médecins régulateurs ou urgentistes.

Cette fiche est généralement laissée au chevet du patient. Elle est principalement destinée aux médecins régulateurs, aux médecins effecteurs du Service d'Aide Médicale d'Urgence (SAMU), ainsi qu'aux médecins libéraux assurant la permanence des soins.

Dans certaines régions, elle est associée à un processus d'identification du patient comme « patient remarquable » au sein du logiciel de régulation du centre 15 permettant ainsi au médecin régulateur d'accéder plus rapidement à cette fiche. Le fait d'être reconnu en tant que patient remarquable peut se faire par le biais du nom du patient ou par la reconnaissance du numéro de téléphone, appelé « numéro remarquable », inscrit sur cette fiche.

L'intérêt d'un système de partage de l'information simple et efficace est soulevé par le rapport 2013 de l'Observatoire national de fin de vie (69).

Il existe plusieurs dizaines de fiches régionales, et plusieurs dénominations (« fiches patient remarquable », « fiches de liaison »). Une fiche nationale a été conçue et publiée en 2016, et est disponible sur le site de la SFAP (70).

I.6.2. Au niveau national

Le modèle de fiche (Annexe 3) disponible sur le site de la SFAP renseigne :

- l'identité du patient : nom, prénom, date de naissance, adresse, situation palliative ou palliative terminale ;
- l'identité des acteurs de soins : rédacteur de la fiche, médecin traitant, médecin hospitalier référent et service référent, lits de repli en cas d'hospitalisation, structures de suivi ((EMSP), réseau de SP, HAD), intervenants à domicile ;

- la pathologie principale et les diagnostics associés ;
- le niveau d'information du patient et de son entourage quant au diagnostic et au pronostic ;
- le projet thérapeutique ;
- les symptômes et risques possibles ;
- les prescriptions anticipées ;
- la nature collégiale de la réflexion éthique sur l'orientation des thérapeutiques ;
- la démarche prévue dont l'accord avec le patient pour la rédaction et ses souhaits quant à sa prise en charge médicale et son organisation (souhait d'hospitalisation en cas d'aggravation, soins de confort exclusifs, décès à domicile, gestes de réanimation, sédation si détresse aiguë) ;
- la rédaction de DA et la désignation de la personne de confiance.

Il existe au verso de la FUP une annexe intitulée « Précisions concernant la situation décrite dans la Fiche Urgence Pallia » que le rédacteur peut remplir librement.

I.6.3. Au niveau départemental

Une FUP pour le département de la Haute-Vienne existe depuis 2017 (Annexe 4). Toutes les fiches sont réalisées par un médecin de l'ESMP, en binôme avec une IDE de l'EMSP. Elle est réalisée en présence du patient et de son entourage. Elle est établie lors de la 1^{ère} visite à domicile ou lors d'une visite de réévaluation au cours du suivi par l'EMSP.

Un exemplaire est laissé au chevet du patient, un autre est transmis au SAMU Centre 15 via mail sécurisé, un exemplaire est laissé dans le dossier papier de suivi EMSP et un dernier exemplaire est informatisé dans le dossier patient unique du CHU de Limoges compris dans le logiciel Crossway. Le médecin traitant du patient est informé de la réalisation de la fiche.

Cette fiche n'empêche pas la survenue d'une hospitalisation ou d'une fin de vie à l'hôpital suivant l'évolution de la situation du patient.

Elle comporte :

- la date de rédaction,
- le nom (+/- nom de naissance) et prénom du patient, la date de naissance, l'adresse du lieu de vie,
- la présence ou non d'une HAD, et laquelle si présence,
- le diagnostic principal,
- un protocole de mise en place par une IDE d'une sédation proportionnée et réversible par Hypnovel ou une autre molécule, ainsi que d'autres thérapeutiques selon les symptômes constatés ; ce protocole est réalisé après appel du médecin traitant ou du Centre 15,
- la précision d'absence de réanimation et de transport vers une structure hospitalière,

- le numéro d'astreinte du médecin de soins palliatifs et celui de l'USP,
- le nom du rédacteur de la fiche.

I.7. Justification de l'étude

La FUP locale est actuellement utilisée en pratique courante par l'EMSP du CHU de Limoges afin de favoriser la prise en charge à domicile des patients souhaitant rester sur leur lieu de vie.

La FUP nationale, ou des versions locales, ont été étudiées dans d'autres départements.

Dans son étude réalisée en 2012, Marie Pechard s'est interrogée, à l'aide d'un questionnaire interrogeant les médecins généralistes libéraux du département de la Mayenne, sur l'utilité d'une fiche de transmissions médicales, intitulée « SAMU Urgences Pallia 53 », concernant les patients en soins palliatifs. L'étude montrait que les médecins déclaraient quasi unanimement cette fiche comme importante et utile (71).

En 2014, Florence Didier a elle aussi étudié l'intérêt d'une fiche de liaison entre les patients en soins palliatifs à domicile en Isère et les régulateurs du centre 15. Les réponses aux questionnaires de satisfaction confirmaient l'intérêt de la fiche malgré les contraintes liées à la rédaction (72).

On peut également citer l'étude menée en Ile-et-Vilaine en 2017 par Anne-Laure Rannou qui mettait en évidence une bonne acceptation de la FUP par les rédacteurs et les régulateurs des SAMU. Dans cette étude, la FUP avait contribué 26 fois à la prise d'une décision par le régulateur du SAMU pendant la permanence des soins (73).

Une autre étude réalisée en 2019 par Clémence Pinot comparait le parcours de soins du patient avec celui prévu dans la FUP. Son étude mettait en évidence l'utilité de la FUP dans l'anticipation du parcours de soins des patients et le respect de leurs attentes concernant leur lieu de décès et leurs souhaits concernant les hospitalisations (74).

Nous nous sommes intéressés à l'impact de la version locale de cette fiche sur le lieu de décès de patients suivis par l'EMSP. Nous voulions savoir si cette fiche avait une influence sur le lieu de décès des patients en comparaison avec un autre groupe de patients, également suivis par l'EMSP du CHU de Limoges, mais n'ayant pas réalisé de fiche.

Il nous semblait important de nous intéresser à la pertinence et à l'efficacité de cet outil afin d'optimiser les moyens de maintien à domicile des patients en fin de vie.

II. Matériel et Méthode

II.1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude de cohorte rétrospective uni centrique.

II.2. Population étudiée

Les sujets inclus dans cette étude :

- sont âgés de 75 ans ou plus,
- vivent à domicile, ou en EHPAD, ou en EMS, avec ou sans HAD,
- sont suivis par l'EMSP du CHU de Limoges,
- sont décédés au moment du recueil de données.

Les sujets exclus de cette étude :

- sont âgés de moins de 75 ans,
- sont hospitalisés et/ ou résident en USLD,
- n'ont pas de suivi par l'EMSP du CHU de Limoges,
- ne sont pas décédés au moment du recueil de données,
- n'ont pas de lieu de décès identifié.

II.3. Définitions

Concernant le lieu de vie :

- domicile : maisons ou appartements individuels n'appartenant pas à une structure, sans présence de l'HAD ;
- HAD : tous les types de lieu de vie avec intervention de l'HAD ;
- EHPAD : hors EHPAD dépendante du CHU de Limoges, sans présence de l'HAD ;
- autres : foyers logements, établissements médico-sociaux.

Concernant la pathologie de recours à l'EMSP :

- cardiologie : insuffisance cardiaque chronique ou aiguë, artériopathie oblitérante des membres inférieurs ;
- neurologie : accidents vasculaires cérébraux, maladie de Parkinson, démence de type Alzheimer, démence vasculaire, démence mixte ;

- oncologie : néoplasie mammaire, néoplasie utérine, néoplasie pulmonaire, néoplasie prostatique, néoplasie vésicale, néoplasie colique, néoplasie rectale, néoplasie pancréatique, néoplasie dermatologique ;
- hématologie : anémies non explorées, leucémies ;
- pneumologie : bronchopneumopathie chronique obstructive ;
- autres : états infectieux graves, altération de l'état général sans élément déclencheur prédominant.

II.4. Déroulement de l'étude

Nous avons analysé de manière rétrospective le dossier médical de sujets suivis par l'EMSP sur leur lieu de vie. Ces sujets sont répertoriés dans un fichier Excel conservé par l'ESMP du CHU de Limoges. Nous avons inclus des sujets ayant eu une première visite à domicile par l'EMSP entre le 1er janvier 2019 et le 31 décembre 2021. Ces sujets devaient également être âgés de 75 ans ou plus au moment de la 1^{ère} visite, et être décédés au moment de leur inclusion dans l'étude. Le dossier Excel regroupant les sujets suivis sur leur lieu de vie par l'EMSP contient la date de naissance et de décès des sujets, et éventuellement leur lieu de décès.

Le lieu de décès était identifié via les dossiers médicaux informatiques ou papier, ou par appel auprès des CH de Saint Junien et Saint Yrieix la Perche.

Toutes les fiches SAMU ont été réalisées par un médecin de l'EMSP, en binôme avec une IDE de l'EMSP.

Les données recueillies en vue de répondre à l'objectif principal et aux objectifs secondaires sont :

- l'âge,
- le sexe,
- le lieu de décès,
- le lieu souhaité de décès (pour le groupe « Avec fiche »),
- le lieu de vie,
- la pathologie principale motivant le recours à l'EMSP,
- la présence de troubles cognitifs,
- la présence d'hospitalisation dans un service du CHU de Limoges,
- le nombre de passage au SAU du CHU de Limoges,
- le nombre de visite sur le lieu de vie du sujet par l'EMSP,
- la durée de suivi du sujet par l'EMSP.

Puis, il a été effectué une comparaison de deux groupes de sujets : ceux chez qui une fiche SAMU a été réalisée et ceux chez qui il n'y a pas eu de fiche SAMU réalisée.

Le recueil des données a été fait via le Dossier Personnalisé Unique contenu dans le logiciel Crossway ou à l'aide du dossier papier EMSP du sujet.

II.5. Objectifs de l'étude

L'objectif principal de l'étude est d'évaluer l'impact de la fiche SAMU sur le lieu de décès des sujets suivis par l'EMSP.

Les objectifs secondaires sont :

- a) l'impact de la fiche SAMU sur le taux d'hospitalisation,
- b) l'impact de la fiche SAMU sur le taux de passage aux urgences,
- c) l'impact de la fiche SAMU sur le taux de visite par l'EMSP,
- d) l'impact de la fiche SAMU sur la durée de suivi par l'EMSP,
- e) l'influence du lieu de vie (EHPAD, domicile, HAD) sur les décès hospitaliers en fonction de la présence ou non d'une fiche,
- f) l'influence de la présence ou non de troubles cognitifs sur les décès hospitaliers en fonction de la présence ou non d'une fiche SAMU.

II.6. Critères de jugement

Le critère de jugement principal est la proportion de décès hospitaliers chez les sujets ayant une fiche SAMU comparée à la proportion de décès hospitaliers chez les sujets n'ayant pas de fiche SAMU.

Les critères de jugement secondaires sont:

- a) la comparaison des taux d'hospitalisation chez les sujets ayant une fiche SAMU et ceux n'en ayant pas,
- b) la comparaison des taux de passage aux urgences chez les sujets ayant une fiche SAMU et ceux n'en ayant pas,
- c) la comparaison des taux de visite par l'EMSP chez les sujets ayant une fiche SAMU et ceux n'en ayant pas,
- d) la comparaison des durées de suivi par l'EMSP chez les sujets ayant une fiche SAMU et ceux n'en ayant pas,
- e) la proportion de décès hospitaliers chez les sujets ayant une fiche SAMU comparée à ceux n'ayant pas de fiche SAMU dans les sous-groupes des sujets vivant à domicile, en EHPAD, suivis en HAD,
- f) la proportion de décès hospitaliers chez les sujets ayant une fiche SAMU comparée à ceux n'ayant pas de fiche SAMU dans les sous-groupes « présence de troubles cognitifs » et « absence de troubles cognitifs ».

II.7. Analyses statistiques

Les données ont été enregistrées dans le logiciel Excel. Les résultats ont été présentés sous forme d'effectifs et de pourcentages.

L'analyse statistique a été réalisée dans un premier temps dans chacune des deux populations étudiées.

Puis le test statistique du CHI2 a été utilisé afin de rechercher des différences entre les deux groupes concernant les données sociodémographiques. Le test exact de Fisher a été utilisé en cas de petits effectifs. Une comparaison bilatérale de pourcentages pour des échantillons non appariés a été réalisée.

Les analyses utilisées pour répondre au critère de jugement principal et aux critères de jugements secondaires sont des comparaisons de pourcentages. Le test statistique du CHI2 a été utilisé. Le test exact de Fisher a été utilisé en cas de petits effectifs. Le calcul de l'Odds Ratio (OR) a été réalisé en cas de significativité, associé à l'Intervalle de Confiance (IC). Une comparaison bilatérale de pourcentages pour des échantillons non appariés a été réalisée.

Le seuil de significativité pour toutes les analyses a été fixé à $p < 0,05$.

Tous les tests statistiques ont été réalisés en utilisant le logiciel inclus sur le site web « Biostatgv ».

II.8. Considérations éthiques

Les données recueillies ont été anonymisées au moment du recueil de données dans le logiciel Excel sous la forme d'un numéro.

Le consentement des sujets n'a pas pu être recueilli étant donné le décès des sujets comme critère d'inclusion.

III. Résultats

III.1. Réalisation de la cohorte

Entre le 1^{er} janvier 2019 et le 31 décembre 2021, 608 sujets avaient bénéficié d'une 1^{ère} visite d'évaluation sur leur lieu de vie par l'EMSP du CHU de Limoges, et étaient décédés au moment de la réalisation de notre étude. Parmi ces sujets, 76 avaient été exclus car âgés de moins de 75 ans. 532 sujets de 75 ans et plus avaient été suivis, sur leur lieu de vie, par l'EMSP du CHU de Limoges et étaient décédés à ce jour. Parmi ces 532 sujets, 28 avaient été exclus devant l'absence de données nécessaires à leur inclusion dans la cohorte. 7 sujets avaient été exclus par absence d'information sur le lieu de décès.

La cohorte comptait 497 sujets inclus, répartis en 2 groupes : « Avec fiche » (n=109) et « Sans fiche » (n=388) (Figure 15).

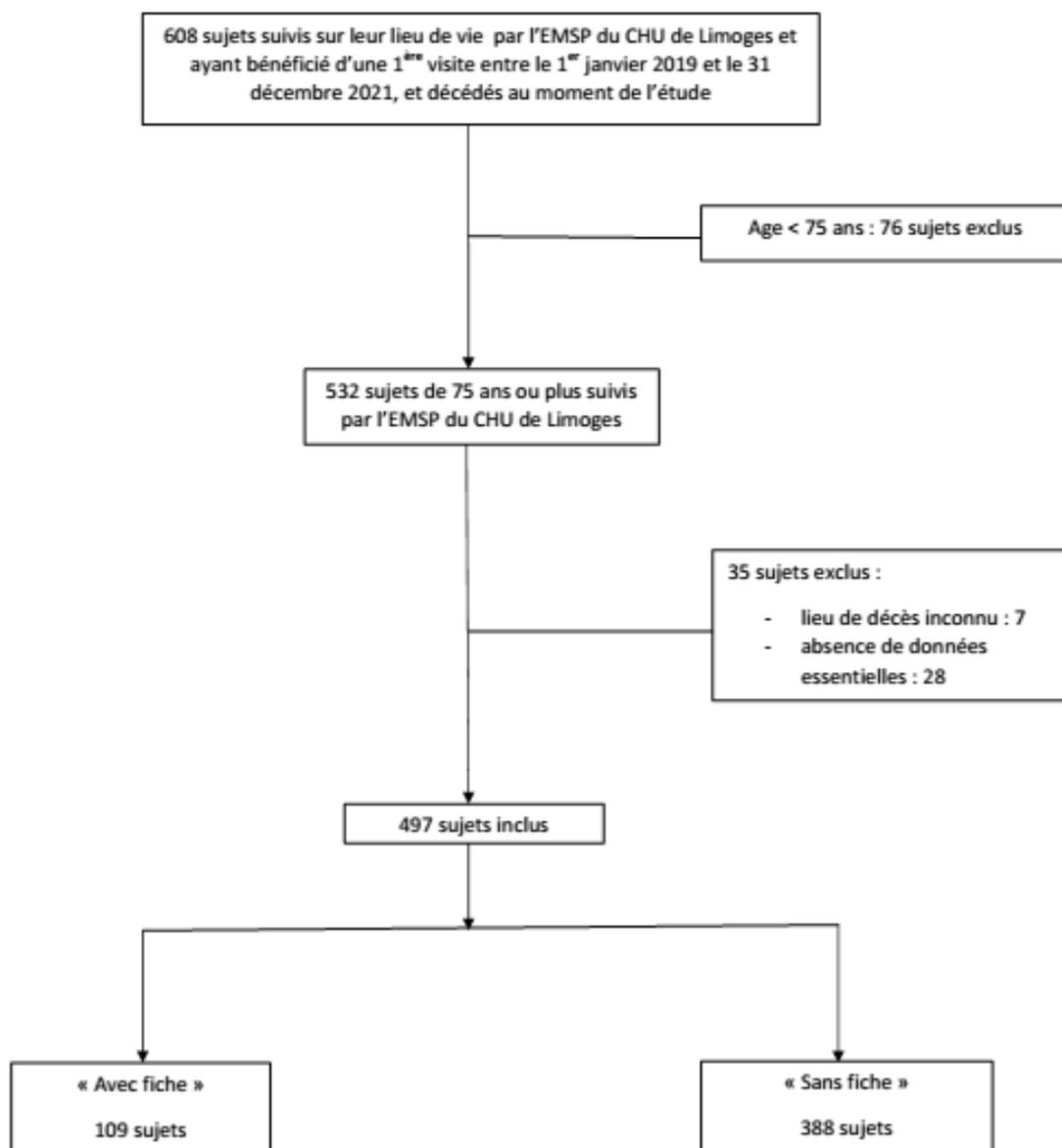


Figure 15 : Diagramme de flux de la cohorte

III.2. Caractéristiques de la population

La population de cette étude comptait au total 497 sujets. Elle était composée à 60,6% de femmes (n=301) et à 39,4% d'hommes (n=196) Les caractéristiques sociodémographiques et médicales des sujets sont présentées dans le tableau 2.

Tableau 2 : Caractéristiques sociodémographiques et médicales de la cohorte

	« Avec fiche » n=109 (21,9%)	« Sans fiche » n=388 (78,1%)	Total n=497	Valeur p
Sexe, n (%)				0,377
- Femme	70 (64,2%)	231 (59,5%)	301 (60,6%)	
- Homme	39 (35,8%)	157 (40,5%)	196 (39,4%)	
Age, n (%)				0,829
- 75-80 ans	9 (8,3%)	42 (10,8%)	51 (10,3%)	0,435
- 81-85 ans	17 (15,6%)	72 (18,6%)	89 (17,9%)	0,476
- 86-90 ans	36 (33,1%)	107 (27,6%)	143 (28,8%)	0,267
- 91-95 ans	31 (28,4%)	101 (26%)	132 (26,5%)	0,615
- 96-100 ans	14 (12,8%)	55 (14,2%)	69 (13,9%)	0,722
- > 100 ans	2 (1,8%)	11 (2,8%)	13 (2,6%)	0,563
Lieu de vie, n (%)				0,0002
- Domicile	11 (10,1%)	101 (26%)	112 (22,5%)	0,0004
- EHPAD	67 (61,5%)	214 (55,2%)	281 (56,5%)	0,24
- HAD	28 (25,6%)	54 (13,9%)	82 (16,5%)	0,003
- Autres	3 (2,8%)	19 (4,9%)	22 (4,5%)	0,336
Pathologie de recours, n (%)				0,048
- Cardiologie	23 (21,1%)	53 (13,7%)	76 (15,3%)	0,056
- Neurologie	41 (37,6%)	126 (32,4%)	167 (33,6%)	0,315
- Oncologie	24 (22%)	97 (25%)	121 (24,4%)	0,522
- Hématologie	8 (7,3%)	20 (5,2%)	28 (5,6%)	0,382
- Pneumologie	2 (1,8%)	6 (1,5%)	8 (1,6%)	0,833
- Autres	11 (10,2%)	86 (22,2%)	97 (19,5%)	0,005
Troubles cognitifs, n (%)				0,236
- Oui	72 (66,1%)	279 (71,9%)	351 (70,6%)	
- Non	37 (34%)	109 (28,1%)	146 (29,4%)	

L'âge des sujets était compris entre 75 ans et 107 ans. La moyenne d'âge de cette population était de 88,2 ans et la médiane était de 89 ans. 55% des sujets (n=275) avaient un âge compris entre 86 ans et 95 ans (Figure 16) (Tableau 2).

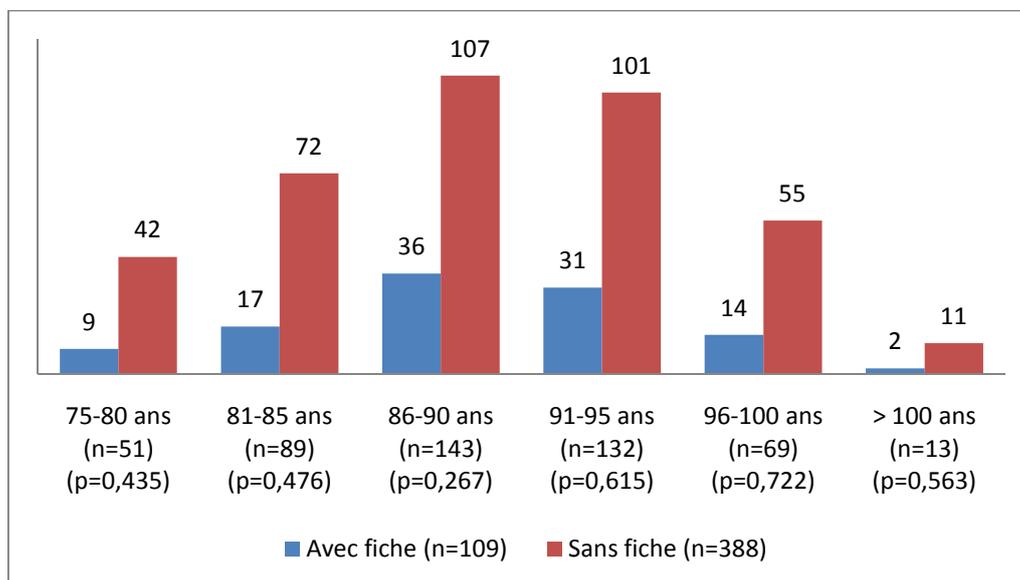


Figure 16 : Répartition de la population en fonction de la classe d'âge et de la présence ou non d'une fiche

Concernant le lieu de vie, 56,5% des sujets (n=281) résidaient en EHPAD sans présence d'une HAD (Figure 17) (Tableau 2).

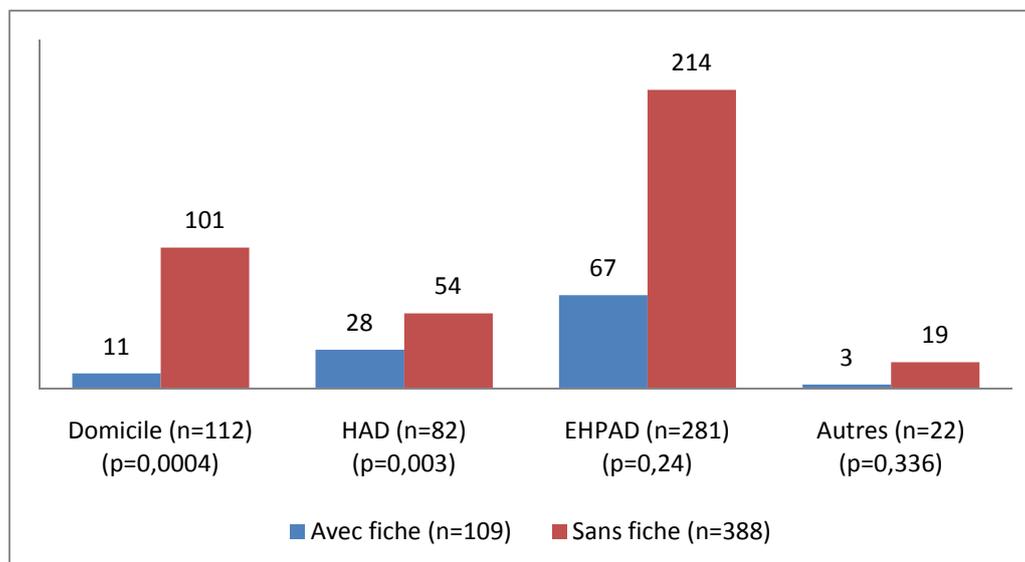


Figure 17 : Répartition de la population en fonction du lieu de vie et de la présence ou non d'une fiche

La catégorie de la pathologie de recours à l'EMSP la plus représentée, à 33,6%, était celle de la neurologie (n=167), suivie ensuite de celle de l'oncologie (n=121) qui représentait 24,4% de la population (Figure 18) (Tableau 2).

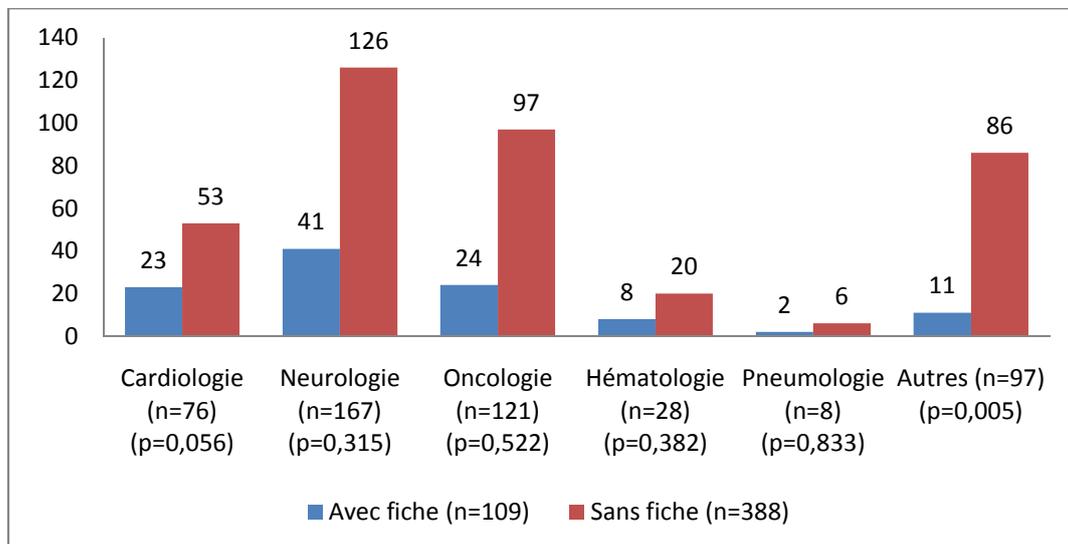


Figure 18 : Répartition de la population en fonction de la pathologie de recours et de la présence ou non d'une fiche

70,6% des sujets (n=351) présentaient des troubles cognitifs avérés (Tableau 2).

100% des sujets du groupe « Avec fiche » souhaitaient décéder à domicile.

Il n'était pas retrouvé de différence significative entre les 2 groupes sur le sexe, l'âge ou la présence de troubles cognitifs (Tableau 2).

10,1% des sujets du groupe « Avec fiche » vivaient à domicile et 26% des sujets du groupe « Sans fiche » vivaient à domicile. Cette différence était statistiquement significative (p=0,0004). 25,6% des sujets du groupe « Avec fiche » bénéficiaient de l'HAD et 13,9% des sujets du groupe « Sans fiche » bénéficiaient de l'HAD. Cette différence était statistiquement significative (p=0,003) (Tableau 2).

Il n'était pas retrouvé de différence significative pour les sous-groupes « cardiologie », « neurologie », « oncologie », « hématologie » et « pneumologie » (p=0,833). 10,2% des sujets du groupe « Avec fiche » appartenaient au sous-groupe « autres » et 22,2% du groupe « Sans fiche » appartenaient au sous-groupe « autres ». Cette différence était statistiquement significative (p=0,005) (Tableau 2).

III.3. Critère de jugement principal

Dans cette cohorte, 85,5% (n=425) des décès étaient survenus sur le lieu de vie du sujet et 14,5% (n=72) avaient eu lieu en milieu hospitalier (Tableau 3).

Tableau 3 : Comparaison du lieu de décès

	« Avec fiche » n=109 (21,9%)	« Sans fiche » n=388 (78,1%)	Total n=497	Valeur p
Lieu de décès, n (%)				0,0001
- Lieu de vie	106 (97,2%)	319 (82,2%)	425 (85,5%)	
- Hôpital	3 (2,8%)	69 (17,8%)	72 (14,5%)	

2,8% des sujets (n=3) du groupe « Avec fiche » étaient décédés à l'hôpital et 17,8% des sujets (n=69) du groupe « Sans fiche » étaient décédés à l'hôpital. Cette différence était statistiquement significative ($p=0,0001$), avec OR=0,13, IC 95% [0,04 – 0,42] (Tableau 3).

III.4. Critères de jugement secondaires

Tableau 4 : Comparaison de la présence ou absence d'hospitalisation, du nombre de visites et de la durée de suivi

	« Avec Fiche » (n=109) (21,9%)	« Sans Fiche » (n=388) (78,1%)	Total (n=497)	Valeur p
Présence d'une hospitalisation, n (%)				0,001
- Non	103 (94,5%)	318 (82%)	421 (84,7%)	
- Oui	6 (5,5%)	70 (18%)	76 (15,3%)	
Présence d'un passage au SAU, n (%)				0,382
- Non	103 (94,5%)	357 (92%)	460 (92,6%)	
- Oui	6 (5,5%)	31 (8%)	37 (7,4%)	
Nombre de visite EMSP, n (%)				0,002
- 1	95 (87,2%)	279 (71,9%)	374 (75,3%)	0,001
- 2	12 (11%)	78 (20,1%)	90 (18,1%)	0,029
- 3 ou plus	2 (1,8%)	31 (8%)	33 (6,6%)	0,023
Durée du suivi EMSP, n (%)				0,221
- 4 jours ou moins	32 (29,3%)	105 (27,1%)	137 (27,6%)	0,636
- >4j à 2 semaines	36 (33,1%)	151 (38,9%)	187 (37,6%)	0,262
- 3 à 4 semaines	12 (11%)	41 (10,6%)	53 (10,7%)	0,895
- 5 semaines à 4 mois	20 (18,3%)	78 (20,1%)	98 (19,7%)	0,684
- Plus de 4mois	9 (8,3%)	13 (3,3%)	22 (4,4%)	0,028

Le recours à une hospitalisation était de 5,5% dans le groupe « Avec fiche » et de 18% dans le groupe « Sans fiche ». Ce résultat était statistiquement significatif ($p=0,001$), avec $OR=0,26$, IC 95% [0,11 – 0,62]. (Tableau 4).

Parmi les sujets ayant nécessité une hospitalisation, 73,7% ($n=56$) avaient pu bénéficier d'une entrée directe dans un service de médecine.

Il n'était pas retrouvé de différence significative sur le passage au SAU entre les 2 groupes (Tableau 4).

Parmi les sujets ayant nécessité une consultation au SAU, 45,9% ($n=17$) avaient pu bénéficier d'un retour sur leur lieu de vie sans nécessité d'hospitalisation.

Dans le groupe « Avec fiche » 87,2% des sujets avaient nécessité d'une seule visite contre 71,9% dans le groupe « Sans fiche ». 11% des sujets du groupe « Avec fiche » avaient

nécessité 2 visites contre 20,1% dans le groupe « Sans fiche ». Dans le groupe « Avec fiche » 1,8% des sujets avaient nécessité 3 visites ou plus contre 8% dans le groupe « Sans fiche ». Ce résultat était statistiquement significatif ($p=0,002$) (Tableau 4).

Il n'existait pas de différence significative entre les 2 groupes sur la durée du suivi par l'EMSP pour les groupes « 4 jours ou moins », « >4 jours à 2 semaines », « 3 à 4 semaines » et « 5 semaines à 4 mois ». Dans le groupe « plus de 4 mois », 8,3% des sujets avec une fiche étaient encore suivis contre 3,3% des sujets sans fiche. Ce résultat était statistiquement significatif ($p=0,002$) (Tableau 4).

Chez les sujets pris en charge par une HAD, 3,6% des sujets ($n=1$) du groupe « Avec fiche » étaient décédés à l'hôpital et 22,2% des sujets ($n=12$) du groupe « Sans fiche » étaient décédés à l'hôpital. Ce résultat était statistiquement significatif ($p=0,03$), avec $OR=0.132$, IC à 95% [0.0029 ; 0.9886] (Tableau 5).

Il n'existait pas de différence significative pour les sujets vivant à leur domicile ou en EHPAD, sans HAD.

Chez les sujets atteints de troubles cognitifs, 1,4% des sujets ($n=1$) du groupe « Avec fiche » étaient décédés à l'hôpital et 12,9% des sujets ($n=36$) du groupe « Sans fiche » étaient décédés à l'hôpital. Ce résultat était statistiquement significatif ($p=0,002$), avec $OR=0.0954$, IC à 95% [0.0023 ; 0.5882] (Tableau 5).

Chez les sujets ne présentant pas de troubles cognitifs, 5,4% des sujets ($n=2$) du groupe « Avec fiche » étaient décédés à l'hôpital et 30,3% des sujets ($n=33$) « Sans fiche » étaient décédés à domicile. Ce résultat était statistiquement significatif ($p=0,002$), avec $OR=0.1329$, IC à 95% [0.0146 ; 0.5708] (Tableau 5).

Tableau 5 : Comparaison du lieu de décès selon le lieu de vie et d'éventuels troubles cognitifs, en fonction de la présence ou non d'une fiche

	Décès hospitalier (n=72) (14,5%)	Décès sur le lieu de vie (n=425) (85,5%)	Total (n=497)	Valeur p
Lieu de vie, n (%)				
Domicile			112 (22,5)	0,093
- Avec fiche	1 (9,1%)	10 (90,9%)	11 (9,8%)	
- Sans fiche	38 (37,6%)	63 (62,4%)	101 (90,2%)	
HAD			82 (16,5%)	0,030
- Avec fiche	1 (3,6%)	27 (96,4%)	28 (34,1%)	
- Sans fiche	12 (22,2%)	42 (77,8%)	54 (65,9%)	
EHPAD			281 (56,5%)	0,083
- Avec fiche	1 (1,5%)	66 (98,5%)	67 (23,8%)	
- Sans fiche	17 (7,9%)	197 (92,1%)	214 (76,2%)	
Autres			22 (4,5%)	
- Avec fiche	0 (0%)	3 (100%)	3 (13,6%)	
- Sans fiche	2 (10,5%)	17 (89,5%)	19 (86,4%)	
Troubles cognitifs, n (%)				
Présence			351 (70,6%)	0,002
- Avec fiche	1 (1,4%)	71 (98,6%)	72 (20,5%)	
- Sans fiche	36 (12,9%)	243 (87,1%)	279 (79,5%)	
Absence			146 (29,4%)	0,002
- Avec fiche	2 (5,4%)	35 (94,6%)	37 (25,3%)	
- Sans fiche	33 (30,3%)	76 (69,7%)	109 (74,7%)	

IV. Discussion

IV.1. Caractéristiques de l'étude

Cette étude est originale car elle étudie des patients suivis par l'EMSP porteurs d'une fiche SAMU mais également des patients non porteurs de cette fiche.

Deux des forces de cette étude résident dans sa population importante (497 patients inclus), et la puissance qui en résulte, ainsi que sa durée d'inclusion étalée sur 3 ans. L'inclusion tout au long de l'année, sur plusieurs années, a permis de limiter l'influence des saisons sur les décès. Cette étude n'a pas été impactée par la survenue de la crise Covid-19 à partir de 2020.

Cette étude est adaptée à une population gériatrique avec 55% des individus (n=275) ayant un âge compris entre 86 ans et 95 ans et une moyenne de 88,2 ans.

Cette étude étant rétrospective, elle comporte des biais inhérents à sa méthodologie. Il existe un biais de mémorisation des informations. De par le caractère unicentrique, l'information sur le lieu de décès ou la présence d'une hospitalisation peut être biaisée. Il existe également un biais de sélection important. Il est possible que les fiches SAMU aient pu être réalisées chez des patients ayant une forte probabilité de fin de vie à domicile. Cette hypothèse est confortée par le fait que les patients ayant une fiche étaient statistiquement moins hospitalisés, consultaient moins aux urgences, et avaient nécessité un nombre de visite EMSP moins important. Il est donc possible qu'il s'agissait de situations palliatives moins complexes.

Il serait intéressant, en complément de ces résultats, de réaliser une analyse multivariée qui permettrait d'écartier un certain nombre de biais de confusion.

IV.2. Objectif principal

Cette étude a montré un impact positif de la version locale de la FUP sur le lieu de décès de patients suivis par l'EMSP du CHU de Limoges. Dans le groupe « Avec fiche », 2,8% des sujets ont fini leur vie à l'hôpital alors qu'ils étaient 17,8% dans le groupe « Sans fiche ». Cette différence de 15% était statistiquement significative ($p=0,0001$), avec un odds ratio à 0,13 (IC 95% [0,04 – 0,42]). La présence d'une fiche SAMU semble donc réduire de 7,69 la probabilité de fin de vie hospitalière. Dans cette étude, tous les patients porteurs d'une fiche souhaitant un décès sur leur lieu de vie, on peut dire que cette fiche a un intérêt réel afin de respecter au mieux ce souhait.

Cependant il peut être discuté certains biais de confusion, la population initiale n'était pas homogène sur le lieu de vie (HAD, domicile) et la pathologie de recours. Le fait que les soins à domicile soient encadrés par une HAD pourrait faciliter la prise en charge et permettre de finir sa vie à domicile. Il pourrait être intéressant de confirmer ce résultat avec une analyse multivariée.

IV.3. Objectifs secondaires

Cette étude a également montré un impact positif de la présence de cette fiche sur la survenue d'une hospitalisation. Dans le groupe « Avec fiche », 5,5% des sujets ont eu recours à une hospitalisation alors qu'ils étaient 18% dans le groupe « Sans fiche ». Cette différence de 12,5% était statistiquement significative ($p=0,001$), avec un odds ratio à 0,26 (IC 95% [0,11 – 0,62]). La présence d'une fiche SAMU semble donc réduire de 3,85 la probabilité de survenue d'une hospitalisation. De plus, parmi les sujets ayant nécessité une hospitalisation, 73,7% avaient pu bénéficier d'une entrée directe dans un service de médecine. Les motifs d'hospitalisation n'ayant pas été recueillis, nous ne savons pas pour quelles raisons le souhait de ne pas être transféré en cas de présence d'une fiche n'a pu être respecté chez ces sujets.

La limitation de passage au SAU n'a pu être démontrée. Ceci peut être dû à un manque de puissance. Parmi les sujets ayant nécessité une consultation au SAU, 45,9% avaient pu bénéficier d'un retour sur leur lieu de vie sans nécessité d'hospitalisation. Nous n'avons également pas recueilli les informations concernant les éventuels appels au SAMU pendant la PDS et donc l'influence de la présence d'une fiche quant à la décision d'orientation vers un SAU.

Cette étude a montré un impact positif de la présence d'une fiche sur le nombre de visites sur le lieu de vie par l'EMSP. Dans le groupe « Avec fiche », 12,8% des sujets ont nécessité une réévaluation alors qu'ils étaient 28,1% dans le groupe « Sans fiche ». La catégorie de la pathologie de recours à l'EMSP n'a pas été prise en compte pour cette analyse. Les situations étaient peut-être moins complexes, et/ou les perspectives d'évolution plus lisibles, pour le groupe « Avec fiche » permettant l'établissement de cette dernière. La présence d'aide et le lieu de vie n'ayant pas été pris en compte, des facilités de maintien sur le lieu de vie, et/ou des solutions de 2^e ligne, étaient peut-être plus présentes. Les personnes non porteuses d'une fiche l'étaient possiblement en lien avec l'impossibilité d'en établir une devant une maladie à l'évolution très imprévisible ou un patient et/ou son entourage n'arrivant pas à se projeter, ou devant un plan d'aides limité.

Dans cette étude, 8,3% des sujets du groupe « Avec fiche » étaient encore suivis après 4 mois alors qu'ils étaient 3,3% dans le groupe « Sans fiche ». Cette différence de 5% était statistiquement significative ($p=0,002$). Ce résultat est à confirmer compte tenu de l'analyse en univarié. La catégorie de la pathologie de recours à l'EMSP n'a pas été prise en compte, ni le stade d'évolution de la maladie au début du suivi, ni d'éventuelles comorbidités, ni la présence d'aides au maintien sur le lieu de vie.

Chez les sujets pris en charge par une HAD, 3,6% des sujets du groupe « Avec fiche » étaient décédés à l'hôpital et 22,2% des sujets du groupe « Sans fiche » étaient décédés à l'hôpital. Ce résultat était statistiquement significatif ($p=0,03$), avec un odds ratio à 0.132 (IC

à 95% [0.0029 ; 0.9886]). La présence d'une fiche SAMU semble donc réduire de 7,57 la probabilité de décès hospitalier dans le sous-groupe des sujets pris en charge en HAD.

Il n'existait pas de différence significative pour les sujets vivant à leur domicile ou en EHPAD, sans HAD.

Chez les sujets atteints de troubles cognitifs, 1,4% des sujets du groupe « Avec fiche » étaient décédés à l'hôpital et 12,9% des sujets du groupe « Sans fiche » étaient décédés à l'hôpital. Ce résultat était statistiquement significatif ($p=0,002$), avec un odds ratio à 0.0954 (IC à 95% [0.0023 ; 0.5882]). La présence d'une fiche SAMU semble donc réduire de 10,48 la probabilité de décès hospitalier dans le sous-groupe des sujets présentant des troubles cognitifs.

Chez les sujets ne présentant pas de troubles cognitifs, 5,4% des sujets du groupe « Avec fiche » étaient décédés à l'hôpital et 30,3% des sujets « Sans fiche » étaient décédés à l'hôpital. Ce résultat était statistiquement significatif ($p=0,002$), avec un odds ratio à 0.1329 (IC à 95% [0.0146 ; 0.5708]). La présence d'une fiche SAMU semble donc réduire de 7,52 la probabilité de décès hospitalier dans le sous-groupe des sujets ne présentant pas de troubles cognitifs. Ces résultats montrent donc un effet protecteur supérieur de la fiche SAMU chez les patients porteurs de troubles cognitifs. Il est à noter qu'un biais de confusion est probable car cette population bénéficie souvent d'un plan d'aides important afin de répondre aux nombreuses problématiques induites par ces troubles. De plus, il n'a pas été pris en compte le fait que certains de ces sujets résidaient dans des EHPAD spécialisés dans la prise en charge de ces pathologies. Ces résultats restent prometteurs dans cette population complexe chez qui l'hospitalisation peut être source d'iatrogénie et de confusion.

IV.4. Comparaison à d'autres études

Clémence Pinot démontrait dans son étude réalisée en 2019 l'intérêt de la réalisation de la FUP nationale pour permettre le respect de la volonté des patients porteurs d'une FUP quant à leur lieu de décès et à leurs souhaits concernant les hospitalisations. 58% des patients de son étude étaient décédés à domicile ; 73% de décès à domicile pour les patients le souhaitant (74). Notre étude permet de renforcer l'utilité de cet outil en retrouvant une proportion de 97,2% de décès sur le lieu de vie en présence d'une fiche.

Clémence Pinot démontrait également un impact positif de la présence d'une FUP sur la survenue éventuelle d'une hospitalisation, avec 29,8% de patients hospitalisés, dont plus de 50% directement en services adaptés (74). Notre étude présente un taux d'hospitalisation, en présence d'une fiche, de 5,5%, dont 73,7% d'hospitalisations directes. L'étude de Poulalhon et al (59) retrouvait un taux d'hospitalisation de 88% au cours de la dernière année de vie chez des sujets âgés de plus de 75 ans. Cette comparaison est à nuancer car nos patients étaient majoritairement suivis moins de 2 semaines seulement. Les FUP de notre étude ont été rédigées plutôt en situation palliative terminale avec pronostic engagé à court terme.

IV.5. Ouvertures

Notre étude permet donc d'avancer sur l'accompagnement à domicile en utilisant cette fiche, mais elle induit d'autres questions pour mieux approcher ces soins multidimensionnels.

Dans notre étude, la FUP locale contient un protocole de sédation transitoire et réversible en cas de détresse vitale. Ceci permet une réaction rapide en cas d'une HAD ou de la présence d'un infirmier en EHPAD. Mais le problème de la réalisation de ce protocole se pose quand le patient réside dans une EHPAD ne disposant pas d'un infirmier la nuit, ou pour le patient résidant à domicile et ne bénéficiant pas d'une astreinte infirmière. Le maintien sur le lieu de vie d'une personne présentant une détresse vitale n'est éthiquement pas acceptable. La mobilisation d'une équipe SMUR afin de permettre la réalisation de ce protocole sur le lieu de vie, sans transfert dans une structure hospitalière par la suite, est-il possible ?

Il est décrit 3 trajectoires de SP en fonction de la pathologie dans la publication de Murray et al (75). Il était notamment mis en avant la difficulté d'anticipation de l'évolution de la pathologie en cas d'insuffisances d'organes. Or, ce type de pathologie correspond à la 1^{ère} cause de décès dans l'étude de Poulalhon et al (59), mais le recours aux SP reste très limité. Il est aisé de comprendre que la réalisation d'une FUP est plus facilement possible en cas de cancer avec une évolution partiellement prévisible. Se pose ainsi la question de la réalisation d'une FUP en présence de plusieurs pathologies évolutives rendant ainsi la trajectoire de vie encore moins lisible.

Nous avons peu abordé les patients présentant des troubles cognitifs dans notre étude, or ce type de pathologie est fréquent en population gériatrique. Ces patients sont souvent peu informés de leur prise en charge et ceci en fonction de l'intensité de leurs troubles. Mais ces patients sont également peu consultés pour leurs choix concernant leur fin de vie (76). L'étude d'une population regroupant ces patients (en fonction du degré de sévérité et du type de troubles neurocognitifs), et ceci en contexte de fin de vie, serait utile afin de respecter au mieux leurs choix.

Dans notre étude tous les patients porteurs d'une fiche souhaitaient décéder à domicile, mais ceci n'a pas toujours pu être possible. Les éléments empêchant ce maintien n'ont pas été recueillis. De plus, parmi les patients décédés à domicile, les conditions du maintien et du décès n'ont pas été recueillies. Or, dans certains cas difficiles (apparition de symptômes non envisagés, mise en difficulté de la famille et/ou des aides, difficultés de réalisation des soins et prescriptions), une hospitalisation aurait peut-être pu être souhaitable. Il serait utile de s'intéresser, dans une étude prospective, à ces conditions de maintien sur le lieu de vie.

Cette FUP locale reste assez méconnue d'une partie importante de l'équipe médicale du SAMU, de nombreux médecins généralistes et de praticiens hospitaliers. Il serait utile de réaliser une étude prospective afin de mettre en évidence les éléments à l'origine de son

manque de connaissance par les soignants ainsi que les freins à son utilisation ou à son recours.

Une étude sur son impact concernant les souhaits des patients au cours de pathologies chroniques (comme l'insuffisance cardiaque, l'insuffisance pulmonaire, l'insuffisance rénale, les maladies neurologiques dégénératives) serait intéressante afin de comprendre le peu de recours à l'EMSP et la faible utilisation de la FUP au cours des insuffisances d'organes. Une telle étude pourrait permettre de mettre en lumière d'éventuelles limites à l'utilisation de cette fiche.

Cette étude a permis une approche quantitative permettant d'analyser le fait de pouvoir peut-être répondre à l'attente de la majorité de la population qui est de mourir chez soi. Il serait également important d'analyser l'aspect qualitatif du maintien sur leur lieu de vie de ces patients. En effet, on ne peut se contenter d'une augmentation à l'aide de cette fiche du nombre de maintien sur le lieu de vie si ces maintiens se font dans des mauvaises conditions. Dans une prochaine étude, il pourrait ainsi être licite de nous intéresser aux conditions de ce maintien (vécu du patient, de sa famille, de l'équipe paramédicale, de toute autre aide).

Conclusion

Cette étude nous a permis de démontrer l'intérêt de l'utilisation de la FUP locale en Haute-Vienne chez des sujets âgés, en situation palliative et suivis par l'EMSP du CHU de Limoges, afin de permettre le respect du souhait de maintien et de fin de vie sur le lieu de vie de ces patients. Cette étude a également montré l'intérêt de la fiche sur la diminution des hospitalisations.

La FUP est un outil évolutif qui peut être modifié tout au long de la prise en charge en fonction des discussions avec le patient et son entourage. Son intérêt est également important pour le suivi de ces patients au cours de l'évolution de leur pathologie. Mais nous manquons actuellement d'études prospectives randomisées afin d'en vérifier l'efficacité.

Références bibliographiques

1. Evolution par tranches d'âges de la population française. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4277619?sommaire=4318291>.
2. HAS, Prendre en charge une personne âgée poly pathologique en soins primaires, 2015.
3. Remédier aux pénuries de médecins dans certaines zones géographiques. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-12/DD89.pdf>.
4. Rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales sur les urgences hospitalières. Disponible sur : http://www.senat.fr/rap/r16-685/r16-685_mono.html.
5. Plan 2017 en faveur du renforcement de l'accès territorial aux soins. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/acces_aux_soins_dp_vdef_131017.pdf.
6. Proposition de loi visant à assurer l'accès aux soins sur l'ensemble du territoire. Disponible sur : https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/16/textes/l16b0163_proposition-loi#.
7. Crise des urgences médicales, septembre 2022. Disponible sur : <https://www.vie-publique.fr/eclairage/272843-crise-des-urgences-medicales-un-malaise-persistant>.
8. <https://www.sfap.org/>.
9. Loi n°99-477 du 9 juin 1999 visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/jo/1999/06/10/0132>.
10. Modalités de prise en charge de l'adulte nécessitant des soins palliatifs. ANAES 2002. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_272224/fr/modalites-de-prise-en-charge-de-l-adulte-neecessitant-des-soins-palliatifs.
11. Programme national de développement des soins palliatifs 2002-2005. Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/les-soins-palliatifs-et-la-fin-de-vie/>.
12. <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/les-soins-palliatifs-et-la-fin-de-vie/>.
13. Ivan KRAKOWSKI, (2016). Démarche des soins continus en cancérologie. Dans Hirsch Emmanuel, éd., Fins de vie, éthique et société (Eres, pp 308-317). Toulouse, France : ERES.
14. Circulaire du 25 mars 2008 relative à l'organisation des soins palliatifs. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/circulaire_099_250308.pdf.
15. L'offre de soins palliatifs en 2019. Disponible sur : <http://www.senat.fr/rap/r20-866/r20-8661.html>.
16. Atlas des soins palliatifs et de la fin de vie en France. Disponible sur : https://www.parlons-fin-de-vie.fr/wp-content/uploads/2020/10/atlas_2020.pdf.
17. Annuaire national des structures de soins palliatifs et des associations de bénévoles d'accompagnement. Disponible sur : <https://sfap.org/annuaire>.
18. Plan National de développement des soins palliatifs 2021-2024. Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan-fin-de-vie-2022.pdf>.
19. Ministère de la santé. Circulaire DHOS/02/03/CNAMTS n° 2008-100 du 25 mars 2008 relative au référentiel national d'organisation des réseaux de santé en soins palliatifs. 25 mars 2008.

20. L'hospitalisation à domicile. Disponible sur: <https://www.hadfrance.fr/hospitalisation-a-domicile/>.
21. Code de l'action sociale et des familles - Article D312-1. Code de l'action sociale et des familles.
22. Extrait du journal officiel du 31 juillet 2013, faisant à la demande de la ministre déléguée chargée des personnes âgées et de l'autonomie un état des lieux des droits fondamentaux de la personne âgée.
23. Circulaire DHOS/02 no 2007-117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2007/07-04/a0040058.htm>.
24. SWILSO-O. Disponible sur : <https://archive-ouverte.unige.ch/unige:1568>.
25. Répartition de la population française au 1er janvier 2022. Disponible sur : <https://fr.statista.com/statistiques/472349/repartition-population-groupe-dage-france/>.
26. INSEE. Projections de population à l'horizon 2070. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2496228>.
27. Pyramide des âges en 2013 et 2070, INSEE. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2496228?sommaire=2496793>.
28. Projection de la population par grand groupe d'âges. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2496228>.
29. INSEE 2021-2022. Disponible sur : <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/chiffres/france/mortalite-cause-deces/esperance-vie/>.
30. Evolution de l'espérance de vie à la naissance selon le sexe. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2416631>.
31. INSEE. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4294178>.
32. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/serie/001741137>.
33. CNEG. Disponible sur : <http://campus.cerimes.fr/geriatrie/poly-geriatrie.pdf>.
34. WHO. Rapport mondiale sur le vieillissement et la santé. Geneve; 2016. Disponible sur : <https://www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/fr/>.
35. Bouchon JP. 1+2+3 ou comment tenter d'être efficace en gériatrie. Revue du praticien. 1984;34(388).
36. Espérance de vie sans incapacité en 2020. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/en-2020-lesperance-de-vie-sans-incapacite-65-ans-est-de-121-ans>.
37. Vaupel JW, Manton KG, Stallard E. The impact of heterogeneity in individual frailty on the dynamics of mortality. Demography. 1 août 1979;16(3):439-54.
38. 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. 1 mars 2001;56(3):M146-57.
39. Mitnitski AB, Mogilner AJ, Rockwood K. Accumulation of Deficits as a Proxy Measure of Aging. Sci World J. 8 août 2001;1:323-36.
40. Rockwood K, Fox RA, Stolee P, Robertson D, Beattie BL. Frailty in elderly people: an evolving concept. CMAJ Can Med Assoc J J Assoc Medicale Can. 15 févr 1994;150(4):489-95.

41. Rolland Y, Benetos A, Gentric A, Ankri J, Blanchard F. La fragilité de la personne âgée : un consensus bref de la Société française de gériatrie et gérontologie. *Gériatrie Psychol Neuropsychiatr Vieil*. 28 févr 2012;9(4):387-90.
42. Winograd CH, Gerety MB, Chung M, Goldstein MK, Dominguez F, Vallone R. Screening for Frailty: Criteria and Predictors of Outcomes. *J Am Geriatr Soc*. août 1991;39(8):778-84.
43. Lebel P. Un modèle dynamique de la fragilité. *Année Gérontologique*. 1999;13:84-94.
44. Fried LP. Conference on the physiologic basis of frailty. April 28, 1992, Baltimore, Maryland, U.S.A. Introduction. *Aging Milan Italy*. sept 1992;4(3):251-2.
45. Fried LP, Ferrucci L, Darer J, Williamson JD, Anderson G. Untangling the concepts of disability, frailty, and comorbidity: implications for improved targeting and care. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. mars 2004;59(3):255-63.
46. Devons CAJ. Comprehensive geriatric assessment: making the most of the aging years. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care*. janv 2002;5(1):19-24.
47. Autonomie et dépendance. Disponible sur : <http://campus.cerimes.fr/geriatrie/enseignement/geriatrie8/site/html/cours.pdf>.
48. Katz. Studies of illness in the aged. The Index of the ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA*. 1963;185:914-9.
49. Lawton M. Assessment of older people : self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*. 1969;(9):179-86.
50. Syndicat National de Gérontologie Clinique. AGGIR Guide pratique pour la codification des variables. Principaux profils des groupes iso-ressources. *Rev Gériatrie*. 1994;19:249-25.
51. Tak E, Kuiper R, Chorus A, Hopman-Rock M. Prevention of onset and progression of basic ADL disability by physical activity in community dwelling older adults: a meta-analysis. *Ageing Res Rev*. janv 2013;12(1):329-38.
52. Pison G., Toulemon L. Le nombre de décès va augmenter en France dans les prochaines années. *Population & Sociétés* 2016, n°531, 4 p.
53. Ministère des Solidarités et de la Santé. Plan National de Soins Palliatifs 2015-2018; <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-chargespecialisees/findevie/ameliorer-la-fin-de-vie-en-france/article/le-plan-national-soins-palliatifs-2015-2018>.
54. Ravello A, Rotelli-Bihet L. Atlas des soins palliatifs et de la fin de vie en France : Première édition. Paris: Centre national des soins palliatifs et de la fin de vie; 2018.
55. Pennec S, Gaymu J, Riou F, Morand E, Pontone S, Aubry R, et al. Mourir chez soi : un souhait majoritaire mais une situation peu fréquente: *Popul Sociétés*. 1 juill 2015;N° 524(7):1-4.
56. Pennec S, Gaymu J, Monnier A, Riou F, Aubry R, Pontone S, et al. Le dernier mois de l'existence : les lieux de fin de vie et de décès en France: *Population*. 1 mars 2014;Vol. 68(4):585-615.
57. Observatoire National de la Fin de Vie. « Vivre la fin de sa vie chez soi ». Paris; mars 2013.
58. IFOP, 22 novembre 2016. Les solutions et les pistes d'avenir relatives à l'accompagnement des personnes en fin de vie en France. Disponible sur : <https://corporate.adrea.fr/assets/documents/DOCS-FONDATION/Diaporsum-IFOP.pdf>.

59. Poulalhon C, Rotelli-Bihet L, Moine S, Fagot-Campagna A, Aubry R, Tuppin P. Use of hospital palliative care according to the place of death and disease one year before death in 2013: a French national observational study. *BMC Palliat Care*. déc 2018;17(1):75.
60. Pennec S, Riou F, Monnier A, Gaymu J, Cases C, Pontone S, et al. Fin de vie au domicile en France métropolitaine en 2010 : à partir d'une étude nationale en population générale. *Med Palliat*. 2013;12(6):286-97.
61. Duhamel G, Mejane J. Les soins palliatifs et la fin de vie à domicile. Inspection Générale des Affaires Sociales.
62. Defossez G et al. Estimations nationales de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine entre 1990 et 2018. Etude à partir des registres des cancers du réseau Francim. Résultats préliminaires. Synthèse. Saint-Maurice : Santé Publique France 2019, 20 p.
63. Loi Claves Leonetti n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie. 2016-87 févr 2, 2016.
64. Institut Français d'Opinion Publique. Les Français et les directives anticipées; sondage d'opinions. oct 2017; <https://www.ifop.com/publication/les-francais-et-les-directives-anticipees/>.
65. Sicard D. Penser solidairement la fin de vie. Rapport de la commission de réflexion sur la fin de vie en France.
66. Blanchet V, Viallard ML, Aubry R. Sédation en médecine palliative : recommandations chez l'adulte et spécificités au domicile et en gériatrie. *Médecine Palliat Soins Support - Accompagnement - Éthique*. avr 2010;9(2):59-70.
67. Décret n° 2010-809 du 13 juillet 2010 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000022484932/>.
68. Permanence des soins en Haute-Vienne. Disponible sur : https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/system/files/2017-08/CDC_PDSA_Limousin_26_09_2012.pdf.
69. Observatoire national de la fin de vie. Rapport 2013 - Fin de vie des personnes âgées : sept parcours ordinaires pour mieux comprendre les enjeux de la fin de vie en France; rapport d'étude. mars 21, 2014. Disponible sur : <https://www.vie-publique.fr/rapport/33531-observatoire-national-fin-de-vie-2013-fin-de-vie-des-personnes-agees>.
70. Fiche SAMU PALLIA. Disponible sur : <https://www.sfap.org/rubrique/fiche-urgence-pallia-samu-pallia>.
71. Pechard M, Tanguy M, Le Blanc Briot MT, Boré F, Couffon C, Commer JM, et al. Intérêts d'une fiche de liaison en situation d'urgence de patients en soins palliatifs. *Médecine Palliat Soins Support - Accompagnement - Éthique*. août 2013;12(4):168-76.
72. Didier F, Foultier A, Cordonnier D, Laval G, Danel V. Création d'une fiche de liaison samu-soins palliatifs dans le département de l'Isère. *Médecine Palliative : Soins de Support Accompagnement - Éthique*. 1 juin 2016;15(3):127 -34.
73. Rannou AL, Laloue M, Guénégo A, Morel V. Permanence de soins et fin de vie : rôle et utilisations de la fiche « Samu pallia » en Ile-et-Vilaine. *Médecine Palliat Soins Support - Accompagnement - Éthique*. avr 2017;16(2):81-7.
74. Anticipation du parcours de soins et respect des volontés des patients en soins palliatifs : intérêt de la rédaction d'une Fiche Urgence Pallia en Normandie, une analyse rétrospective multicentrique. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03167042>.

75. Murray SA, Kendall M, Boyd K, Sheikh A. Illness trajectories and palliative care. *BMJ*. 30 avr 2005;330(7498):1007-11.
76. Morin L, Johnell K, Van den Block L, Aubry R. Discussing end-of-life issues in nursing homes: a nationwide study in France. *Age Ageing*. mai 2016;45(3):395-402.

Annexes

Les cinq critères proposés	Définition et positivité des critères pour la fragilité	
Perte de poids involontaire	– Perte de façon non intentionnelle ≥ 5 kg durant les 12 derniers mois – Ou indice de masse corporelle (IMC) $< 18,5$ kg/m ²	
Sensation d'épuisement	Selon les réponses apportées à 2 des 20 questions de l'échelle de dépression CES-D: « J'ai eu l'impression que toute action me demandait un effort » « J'ai manqué d'entrain »	Cotation des réponses : 0 = jamais, très rarement 1 = occasionnellement 2 = assez souvent 3 = fréquemment, tout le temps Critère positif pour la fragilité si la personne répond 2 ou 3 à l'une ou l'autre des questions
Niveau d'activité physique	Évalué selon la version courte du <i>Minnesota Leisure Time Activity questionnaire</i> , renseignant sur le niveau d'activité de 9 domaines d'activité incluant les activités domestiques sur les 4 dernières semaines. La dépense énergétique associée mesurée en Kcal est calculée selon un algorithme standardisé	Selon le sexe, le critère est positif pour la fragilité si le niveau d'activité physique est : < 383 Kcal chez l'homme < 270 Kcal chez la femme
Réduction de la vitesse de marche	Temps nécessaire pour parcourir 4,57 mètres (15 pieds dans la version originale; 1 pied = 0,3048 m)	La positivité du critère est stratifiée pour le sexe et la taille : <i>Pour l'homme :</i> Taille ≤ 173 cm ≥ 7 secondes Taille > 173 cm ≥ 6 secondes <i>Pour la femme :</i> Taille ≤ 159 cm ≥ 7 secondes Taille > 159 cm ≥ 6 secondes
Diminution de la force de préhension	La mesure de la force de préhension en kg, en utilisant généralement un dynamomètre	La positivité du critère est stratifiée pour le sexe et l'IMC (kg/m ²) <i>Pour l'homme :</i> IMC $\leq 24 \leq 29$ kg IMC 24,1-26 ≤ 30 kg IMC 26,1-28 ≤ 30 kg IMC $> 28 \leq 32$ kg <i>Pour la femme :</i> IMC $\leq 23 \leq 17$ kg IMC 23,1-26 $\leq 17,3$ kg IMC 26,1-29 ≤ 18 kg IMC $> 29 \leq 21$ kg
Fragilité = présence d'au moins 3 critères parmi 5 Pré-fragilité = présence de 1 ou 2 critères parmi 5		

Annexe 1 : Echelle de fragilité de Fried

- Changes in everyday activities
- Head and neck problems
- Poor muscle tone in neck
- Bradykinesia, facial
- Problems getting dressed
- Problems with bathing
- Problems carrying out personal grooming
- Urinary incontinence
- Toileting problems
- Bulk difficulties
- Rectal problems
- Gastrointestinal problems
- Problems cooking
- Sucking problems
- Problems going out alone
- Impaired mobility
- Musculoskeletal problems
- Bradykinesia of the limbs
- Poor muscle tone in limbs
- Poor limb coordination
- Poor coordination, trunk
- Poor standing posture
- Irregular gait pattern
- Falls
- Mood problems
- Feeling sad, blue, depressed
- History of depressed mood
- Tiredness all the time
- Depression (clinical impression)
- Sleep changes
- Restlessness
- Memory changes
- Short-term memory impairment
- Long-term memory impairment
- Changes in general mental functioning
- Onset of cognitive symptoms
- Clouding or delirium
- Paranoid features
- History relevant to cognitive impairment or loss
- Family history relevant to cognitive impairment or loss
- Impaired vibration
- Tremor at rest
- Postural tremor
- Intention tremor
- History of Parkinson's disease
- Family history of degenerative disease
- Seizures, partial complex
- Seizures, generalized
- Syncope or blackouts
- Headache
- Cerebrovascular problems
- History of stroke
- History of diabetes mellitus
- Arterial hypertension
- Peripheral pulses
- Cardiac problems
- Myocardial infarction
- Arrhythmia
- Congestive heart failure
- Lung problems
- Respiratory problems
- History of thyroid disease
- Thyroid problems
- Skin problems
- Malignant disease
- Breast problems
- Abdominal problems
- Presence of snout reflex
- Presence of the palmomental reflex
- Other medical history

Annexe 2 : Items de Rockwood

Fiche URGENCE PALLIA

Concernant une personne en situation palliative ou palliative terminale



Fiche destinée à informer un médecin intervenant lors d'une situation d'urgence. Celui-ci reste autonome dans ses décisions.

RÉDACTEUR Nom : Statut du rédacteur :
 Téléphone : ou tampon :
 Fiche rédigée le :

PATIENT M. Mme NOM : Prénom :
 Rue : Né(e) le :
 CP : Ville : Téléphone :
 N° SS : Accord du patient pour la transmission des informations : Oui Non Impossible

Médecin traitant : Dr Joignable la nuit Oui Non NA¹ Tél :
 Médecin hospitalier référent : Dr Tél :
 Service hospitalier référent : Tél :
 Lit de repli possible² : Tél :
 Suivi par HAD : Oui Non NA Tél :
 Suivi par EMSP : Oui Non NA Tél :
 Suivi par réseau : Oui Non NA Tél :
 Autres intervenants à domicile :
 (SSIAD, IDE libérale...) avec leur(s) numéro(s) de téléphone

Pathologie principale et diagnostics associés :

Le patient connaît-il son diagnostic ? Oui Non En partie NA Son pronostic ? Oui Non En partie NA
 L'entourage connaît-il le diagnostic ? Oui Non En partie NA Le pronostic ? Oui Non En partie NA
 Réflexion éthique collégiale sur l'orientation des thérapeutiques : Oui Non En partie NA

Projet thérapeutique :

Symptômes et risques possibles : Douleur Dyspnée Vomissement
 Encombrement Anxiété majeure
 Agitation Convulsions Occlusion
 Autres (à préciser dans cette zone →)

si extrême, l'écrire en majuscules

Produits disponibles au domicile :

Prescriptions anticipées : Oui Non NA

DÉMARCHE PRÉVUE Avec accord patient le Projet d'équipe si accord patient impossible

Hospitalisation : Souhaitée si aggravation Envisageable Refusée autant que possible NA

Soins de confort exclusifs : Oui Non NA Décès à domicile : Oui Non NA

Réanimation en cas d'arrêt cardio-respiratoire : Oui Non NA Massage cardiaque : Oui Non NA

Ventilation non invasive : Oui Non NA Intubation : Oui Non NA

Usage d'amines vaso-actives : Oui Non NA Trachéotomie : Oui Non NA

Sédation en cas de détresse aiguë avec pronostic vital engagé : Oui Non NA Remplissage : Oui Non NA

Directives anticipées Oui Non NA Rédigées le Copie dans le DMP

Personne de confiance Lien : Tél :

Où trouver ces documents ?

Autre personne à prévenir Lien : Tél :

1) NA = Non Applicable ou inconnu

2) Validé au préalable avec le service concerné

Version fiche 2017-06

Annexe 3 : Fiche SAMU PALLIA



**FICHE DE LIAISON SOINS PALLIATIFS / SAMU CENTRE 15
POUR MAINTIEN A DOMICILE OU EN EHPAD**

Date :

Nom de naissance :

Prénom :

Adresse :

Nom d'usage :

Date de naissance :

HAD : OUI HAD CHU
 HAD SSL

NON

Diagnostic principal :

EN CAS DE DETRESSE /AGITATION, APPELER :

- LE MEDECIN TRAITANT AUX HEURES OUVRABLES

OU

- LE 15 AUX HEURES DE GARDE

- Pas de réanimation, pas de transport
- Après avoir éliminé une rétention d'urine (même si malade sondé), appliquer une sédation *proportionnée et réversible** par :
 - Hypnovel : ... mg par voie ... toutes les ... à ... mn jusqu'à apaisement
 - (Protocole et Hypnovel disponibles à domicile / EHPAD)
 - Autre :

* Ce protocole peut être débuté par IDE en attendant l'arrivée impérative d'un médecin.

POUR TOUT CONSEIL SUR L'APPLICATION OU LA SUITE DU TRAITEMENT : LE MEDECIN INTERVENANT PEUT TELEPHONER 24H/24 ET 7J/7 AU MEDECIN D'ASTREINTE EN SOINS PALLIATIFS AU :

06.14.40.81.11 ou 05.55.05.66.04

Médecin de l'Equipe Mobile de Soins Palliatifs : (tampon et signature)

Serment d'Hippocrate

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je dispenserai mes soins sans distinction de race, de religion, d'idéologie ou de situation sociale.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Je serai reconnaissant envers mes maîtres, et solidaire moralement de mes confrères. Conscient de mes responsabilités envers les patients, je continuerai à perfectionner mon savoir.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir de l'estime des hommes et de mes condisciples, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Attention, ne supprimez pas le saut de section suivant (page suivante non numérotée)

Impact de la Fiche SAMU PALLIA sur le lieu de décès de la population gériatrique de Haute-Vienne en situation palliative : étude de cohorte rétrospective

Introduction : Le maintien à domicile des patients en soins palliatifs, ainsi que le maintien sur son lieu de vie d'une population vieillissante, sont des enjeux majeurs de santé publique. L'objectif de notre étude était d'évaluer l'impact de la Fiche SAMU PALLIA sur le lieu de décès de sujets âgés suivis sur leur lieu de vie par une équipe mobile de soins palliatifs; ainsi que l'impact de la présence de cette fiche sur d'éventuelles hospitalisations. **Méthode :** Il s'agit d'une étude de cohorte rétrospective unicentrique du 1^{er} janvier 2019 au 31 décembre 2021 concernant les patients âgés de 75 ans ou plus, suivis sur leur lieu de vie par l'équipe mobile de Soins Palliatifs du Centre Hospitalier Universitaire de Limoges, porteurs ou non d'une fiche. **Résultats :** Nous avons inclus 497 patients, 109 porteurs d'une fiche et 388 non porteurs d'une fiche. Les patients porteurs d'une fiche (souhait de décès sur leur lieu de vie pour 100% des fiches) sont significativement moins décédés à l'hôpital que ceux non porteurs (2,8% versus 17,8%, $p=0,0001$), $OR=0,13$. Les patients porteurs d'une fiche (refus d'hospitalisation en cas d'aggravation pour la plupart des fiches) ont significativement moins été hospitalisés que ceux non porteurs (5,5% versus 18%, $p=0,001$), $OR=0,26$. **Conclusion :** Notre étude démontre l'intérêt de la FICHE SAMU PALLIA de Haute-Vienne pour le respect des souhaits de ce type de patients concernant le lieu de décès et d'éventuelles hospitalisations.

Mots-clés : soins palliatifs, fiche SAMU PALLIA, sujets âgés, fin de vie, hospitalisation

Impact of the SAMU PALLIA Form on the place of death of the geriatric population of Haute-Vienne in palliative situation: retrospective cohort study

Introduction : Keeping palliative care patients at home, as well as keeping an ageing population in its place of residence, are major public health issues. The objective of our study was to evaluate the impact of the SAMU PALLIA form on the place of death of elderly subjects followed in their place of life by a mobile palliative care team; as well as the impact of the presence of this form on possible hospitalisations. **Method :** This is a single-centre retrospective cohort study from 1 January 2019 to 31 December 2021 concerning patients aged 75 years or more, followed up in their place of life by the mobile palliative care team of the University Hospital of Limoges, whether or not they have a card. **Results :** We included 497 patients, 109 with a form and 388 without a form. Patients with a form (100% of the forms wished to die in their place of residence) died significantly less in hospital than those without a form (2.8% versus 17.8%, $p=0.0001$), $OR=0.13$. Patients with a form (refusal of hospitalisation in case of aggravation for most forms) were significantly less hospitalised than those without a form (5.5% versus 18%, $p=0.001$), $OR=0.26$. **Conclusion :** Our study shows the interest of the PALLIA UAS form of Haute-Vienne for the respect of the wishes of this type of patients concerning the place of death and possible hospitalizations.

Keywords : palliative care, SAMU PALLIA sheet, elderly, end of life, hospitalization

