



Centre hospitalier universitaire vaudois

Comment identifier les patients palliatifs?

Teike Lüthi Fabienne
ICLS & collaboratrice de recherche

Bernard Mathieu
Responsable de recherche

Service de soins palliatifs et de support

Journée soins – 24.01.2017



Micro-trottoir

Obstacles



- définition du "patient palliatif" ?
- trajectoires non oncologiques imprévisibles
- soins palliatifs VS soins terminaux
- soins palliatifs généraux VS soins palliatifs spécialisés

Micro-vignettes

1. M. J. (1965)

Cardiopathie post-radique (Hodgkin 1972)
avec dysfonction systolique VG sévère

Contre indication à une transplantation
cardiaque (aorte de porcelaine)

IRC sur syndrome cardio-rénal, ascite
modérée, OMI, dyspnée stade II.

Clinique de réadaptation

Marié, 3 enfants, travaille comme
indépendant avec sa femme

2. M. L. (1930)

Démence de type Alzheimer
diagnostiquée trois ans plus tôt.

Hospitalisé pour fracture du col du fémur
sur chute => PTH.

Troubles de la déglutition intermittents
depuis 8 mois: 2 épisode de pneumonie
avec hospitalisation

ATCD: diabète de type II, HTA, FA,
arthrose

Veuf, 2 enfants , 5 petits-enfants. Vit en
EMS depuis le décès de sa femme il y a un
an, aide pour AVQ, limité pour la
mobilisation

la une / la deux / aucune / les deux / je ne sais pas

Prévalence en hôpital aigu



- quatorze hôpitaux belges, $n = 2639$, PP = **9,4%** (51% cancer),
espérance de vie estimée < 3 mois dans 33% des cas
(Desmedt et al., 2011)
- onze hôpitaux Afrique du Sud, $n = 1443$, PP = **16,6%** (50,8% cancer),
54,8% en médecine interne
(Van Niekerk & Raubenheimer, 2014)
- hôpital de New Zealand, $n = 501$, PP = **19,8%** (47% cancer)
(Gott et al., 2013)
- unité de médecine interne Norvège, $n = 222$, PP = **35,6%**
(Sigurdardottir et al., 2008)
- deux hôpitaux UK, $n = 514$, PP = **36%**
(Gardiner et al., 2012)

**69 - 82% of all
deaths**

Bénéfice intégration précoce des SP

↑ soulagement des symptômes

(To et al., 2010; Gaernert et al., 2012; Gomez-Batiste et al., 2013; Dalgaard, et al., 2014)

↑ advance care planning

(Engelhardt et al., 2006; Temel et al., 2011; Dalgaard et al., 2014)

↑ soutien des patients & proches

(To et al., 2010)

↓ hospitalisation non programmées & durées de séjour

(To et al., 2010; Highet et al., 2013; Dalgaard, et al., 2014; Seow et al., 2014)

↓ traitements inappropriés

(Greer et al., 2010; Lindsay et al., 2014)

↑ qualité de vie

(Bakitas et al., 2009; Temel et al., 2010; Groh et al., 2013; Zimmermann et al., 2014)

↑ durée de vie...

(Temel et al., 2010)



Des outils ?



- 19 outils + question surprise
seriez-vous surpris si le patient décédait dans les 12 prochains mois ?
- 10 outils analysés
- 3 outils:
 - Pronostic Indicator Guidance of the UK Gold Standard Framework (PIG ou GSF); Thomas, 2009 **Trop longs, trop « médicaux »,**
 - Supportive and Palliative Care Indicator Tool (SPICIT); Pugh et al., 2012 **pas distinction claire SP généraux vs SP spécialisés, souvent utilisés par des spécialistes**
 - NECesidaes PALliatives (NECPAL); Gomez-Batiste et al., 2013 **ou pour la recherche**

But projet

Développer et valider un outil court et facile d'utilisation pour les professionnels non spécialisés, qui permette d'identifier des patients palliatifs **généraux** et **spécialisés**.



Méthode



- processus delphi:
 - 67 experts contactés; 39 ont répondu positivement
 - 3 tours
 - taux de réponse: 92.3%, 86.1% et 71.8%
- validité d'apparence:
 - 24 médecins & 27 infirmières contactés
 - taux de réponse: 51%
- soumission CoPil & experts académiques

Thématiques de l'outil



Soins palliatifs généraux

Question surprise

Déclin & instabilité & souffrance

Arrêt mesures de soutien vital

Demande de soins palliatifs

Soins palliatifs spécialisés

Symptôme-s persistant-s

Difficultés d'évaluation

Souffrance sévère

Sédation palliative

Projet de soins & directives anticipées

Recommandations pour la pratique



Principes	Actions
Identifier	Réaliser une évaluation des symptômes, si possible à l'aide d'un outil adapté (ex. ESAS), et soulager les symptômes identifiés
	Initier une discussion concernant la compréhension du patient et de ses proches concernant sa maladie, son évolution, les changements qui peuvent arriver et leurs choix pour le futur
	Evaluer les besoins et ressources du patient et de ses proches pour faire face à l'évolution de la maladie
Planifier	Discuter les objectifs thérapeutiques et de soins avec le patient et ses proches (<i>advance care planning</i>) Soutenir le processus de rédaction de directives anticipées
	Organiser, en collaboration avec les autres professionnels, le soutien adapté aux besoins du patient et de ses proches
	Envisager les éventuelles situations de crise et organiser les moyens pour y répondre
	Enseigner au patient et à ses proches des stratégies de gestion de la maladie évolutive
Documenter	Consigner dans le dossier de soins les choix du patient, les éventuelles directives anticipées et/ou <i>advance care planning</i> et transmettre, avec l'accord du patient, les éléments clé aux intervenants impliqués

Etapes suivantes

- validité de contenu (Content Validity Index)
- validité de critère avec un "*gold standard*"
 - 1977 patients tout venant
(unités de médecine interne au CHUV & au Tessin)
 - 692 patients nécessitant des SP généraux
 - 138 patients nécessitant des SP spécialisés
- fidélité inter-juges

