

Evaluation de l'impact d'une équipe mobile palliative intrahospitalière dans un hôpital tertiaire

GILIANE BRAUNSCHWEIG^{a*}, Pr GIAN DOMENICO BORASIO^a, Drs EMMANUEL TAMCHÈS^a, NIKE ARNSTADT^b et MATHIEU BERNARD^a

Rev Med Suisse 2017; 13: 376-81

Cette étude avait pour objectif de mesurer l'efficacité des interventions d'une équipe palliative intrahospitalière d'un hôpital tertiaire. Elle a été menée selon un design pré-post-intervention auprès de 41 patients. Elle a montré une amélioration significative de la qualité de la prise en charge palliative et une diminution significative de l'intensité ainsi que du nombre de symptômes moyens à sévères. Nos résultats démontrent la pertinence des interventions d'une équipe palliative intrahospitalière dans un hôpital tertiaire. Ces interventions semblent ainsi répondre aux besoins croissants de soins palliatifs spécifiques s'adressant principalement à des patients présentant des problématiques cliniques complexes.

Assessment of the impact of a palliative care support team in a tertiary hospital

This study aimed to measure the effectiveness of the interventions of a palliative care support team in a tertiary hospital. It used a pre-post design and included 41 patients. The results show a significant improvement of the quality of palliative care as well as a significant reduction in the intensity and in the number of moderate to severe symptoms. The importance of a palliative care support team in a tertiary hospital is confirmed by our results. Its interventions appear to respond to the growing need for specialized palliative care, particularly in patients with complex clinical problems.

INTRODUCTION

Entre 2010 et 2015, la Suisse a mis en place une stratégie nationale en matière de soins palliatifs dont l'objectif était la promotion des soins palliatifs, le financement, la sensibilisation, la formation et la recherche.^{1,2} Dans ce cadre, l'évaluation des interventions palliatives réalisées représente un enjeu majeur. Si les soins palliatifs de base peuvent aujourd'hui être appliqués par l'ensemble des médecins et des professionnels de la santé, les interventions des équipes mobiles de soins palliatifs spécialisées se situent à un second niveau et requièrent une formation et des compétences spécifiques.

Le Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV) s'est doté d'une équipe mobile en soins palliatifs intrahospitalière (EMSPI), spécialisée dès 1996. Cette dernière intervient, en

tant qu'équipe consultante, dans les services du CHUV, à la demande des professionnels et couvre plusieurs domaines (information générale, orientation du projet thérapeutique, soutien d'équipe, des patients et des proches, aide à la gestion de symptômes).

L'évaluation de l'efficacité des consultations intrahospitalières de soins palliatifs est devenue une question d'actualité et un enjeu depuis la fin des années 90. Plusieurs études, essentiellement dans le contexte anglo-saxon, ont démontré un réel bénéfice en lien avec ces interventions et ce à différents niveaux: gestion des symptômes,^{3,4} amélioration de la compréhension du diagnostic et du pronostic par le patient et les proches,⁵ répercussions économiques sur les coûts de prise en charge quotidiens^{6,7} ou encore la baisse du nombre de réadmissions à 30 jours,⁸ qui sont autant d'arguments en faveur des interventions des équipes intrahospitalières de soins palliatifs. Cependant, aucun projet de recherche de ce type n'avait encore été effectué dans le contexte suisse.

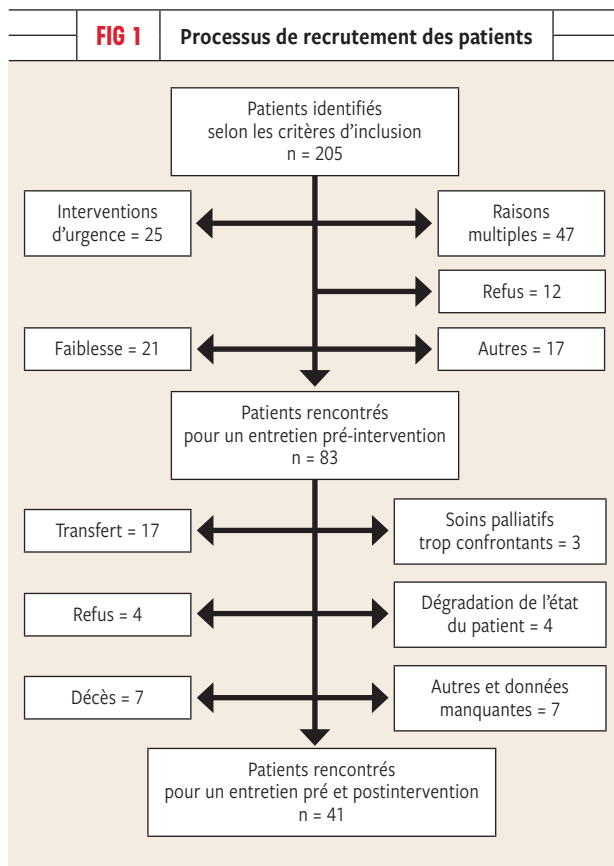
Cette étude vise à évaluer l'impact des interventions de l'EMSPI du CHUV en considérant la qualité de la prise en charge palliative et la gestion des symptômes. Pour ces derniers, le niveau d'intensité ainsi que la fréquence ont été considérés. Le projet a été validé le 8 octobre 2012 par la Commission cantonale (VD) d'éthique de la recherche sur l'être humain.

MÉTHODE

Cette recherche a été construite selon un design pré-post-intervention sans groupe contrôle. La récolte de données s'est déroulée entre janvier 2013 et janvier 2015. Les critères d'inclusion étaient: capacité de discernement et de communication, hospitalisation dans les Services de médecine interne, d'ORL ou de chirurgie viscérale du CHUV. Les patients pour lesquels la demande de consultation était liée à une urgence ou qui avaient déjà été suivis par l'équipe intrahospitalière de soins palliatifs pendant une hospitalisation antérieure étaient exclus. Une fois le consentement signé, un premier entretien (T1) en face à face entre un collaborateur de recherche et le patient était réalisé avant l'intervention de l'EMSPI. Une fois le mandat de consultance des soins palliatifs terminé, le patient était revu dans le cadre d'un nouvel entretien en face à face (T2).

Le protocole de recherche utilisé se composait de trois questionnaires:

^{a*}Psychologue chercheuse, Service de soins palliatifs, Hôpital Nestlé, CHUV, 1011 Lausanne, ^bDépartement de médecine psychosomatique et psychothérapie, Hôpital Rechts der Isar, Université Technique de Munich, 81675 Munich, Allemagne
giliane.braunschweig@chuv.ch | gian.borasio@chuv.ch
emmanuel.tamches@chuv.ch | nikearn@yahoo.com | mathieu.bernard@chuv.ch



- **Données sociodémographiques et médicales:** l'âge, le sexe, le diagnostic principal ainsi que les problèmes palliatifs identifiés par l'équipe de soins palliatifs ont été pris en compte.
- **Palliative Care Outcome Scale (POS).**⁹ Cette échelle évalue la qualité de la prise en charge palliative dans différents domaines: les symptômes physiques et psychologiques, la dimension spirituelle, l'organisation des soins, l'état émotionnel, la communication et la sphère sociale. Nous avons considéré le score total en fonction de la moyenne de tous les items (de 0 pour la meilleure prise en charge possible à 4 pour la pire prise en charge possible).
- **Minimal Documentation System for pain and symptom assessment in palliative care patients (MIDOS).**¹⁰ Il s'agit d'une version adaptée en Allemagne de l'Edmonton Symptom Assessment Scale¹¹ qui évalue l'intensité des symptômes suivants (de 0 pour une absence de symptôme à 10 pour une intensité maximale): douleur, fatigue, nausées, manque d'appétit, dépression, anxiété, dyspnée, somnolence, mal-être, vomissements, constipation/diarrhée, faiblesse et confusion.

ANALYSES STATISTIQUES

Impact des interventions de l'équipe mobile sur l'ensemble de l'échantillon

Pour le POS, le test du T de Student pour échantillons appariés a été appliqué. Pour le MIDOS, le test non paramétrique de Wilcoxon a été utilisé pour chaque symptôme. Les fréquences ont été utilisées pour identifier le pourcentage de patients rapportant une diminution de deux points pour chaque symptôme.¹² L'évolution du nombre de symptômes modérés à sé-

vères (score ≤ 4) a été calculée à l'aide du test du T de Student pour échantillons appariés.

Impact des interventions de l'équipe mobile en tenant compte du degré d'intensité des symptômes à T1 avec le MIDOS

Pour chaque symptôme, les patients ont été inclus dans le groupe «intensité faible» lorsque le score était compris entre 0 et 3 à T1, et dans le groupe «intensité modérée à sévère» lorsque les scores étaient compris entre 4 et 10. Les deux groupes ainsi obtenus ont été comparés sur la base de la différence obtenue entre les scores à T2 et T1 (« Δ ») au moyen du test du T de Student ou du test non paramétrique de Mann-Whitney selon le type de distribution.

RÉSULTATS

Caractéristiques de l'échantillon

Au total, 205 patients correspondant aux critères d'inclusion ont été identifiés. Parmi eux, 83 ont pu être interrogés lors

	Caractéristiques des patients suivis par l'équipe intrahospitalière de soins palliatifs (n = 41)	
	Patients inclus pré-post- intervention	
	n	%
Age (moyenne et écart-type)	41	66,7 \pm 12,3
Sexe		
Femme	21	52
Homme	20	48
Diagnostic primaire		
Cancer digestif	12	29,3
Cancer hématologique	3	7,3
Cancer ORL	8	19,5
Cancer pulmonaire	8	19,5
Cancer du sein	1	2,4
Cancer gynécologique	2	4,9
Cancer urologique	4	9,8
Autres	3	7,3
Type de problèmes palliatifs identifiés par l'équipe		
Symptômes multiples	32	38,6
Douleur/antalgie	24	28,9
Dyspnée	5	6,0
Transit/nausées/vomissements	6	7,2
Anxiété	2	2,4
Information	1	1,2
Orientation du projet	6	7,2
Soutien	4	4,8
Autres	2	2,4
Données manquantes	1	1,2

TABLEAU 2 Impact de l'équipe mobile intrahospitalière avant et après intervention (n = 37-41)

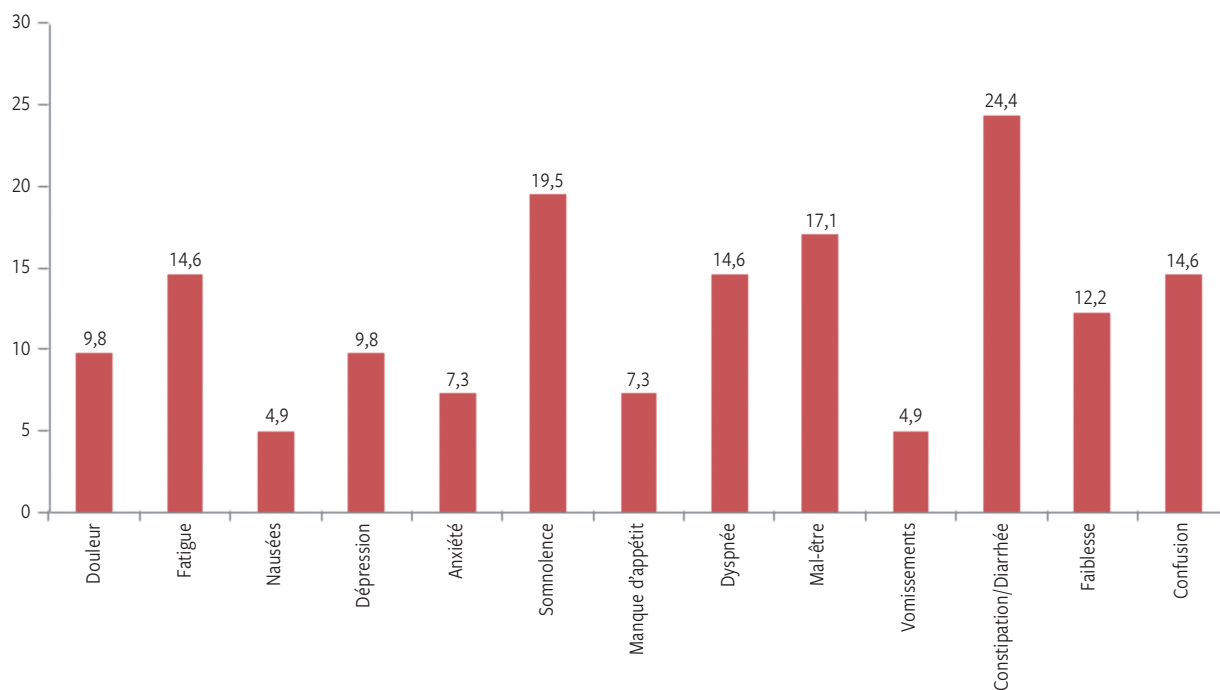
^aPour le POS: test de Student (t); pour le MIDOS: test de Wilcoxon (Z); *p≤0,05; **p≤0,01.

POS: *Palliative Care Outcome Scale* (0 = meilleure prise en charge palliative à 4 = pire prise en charge). MIDOS: *Minimal documentation system for pain and symptom assessment in palliative care patients* (0 = absence de symptôme à 10 = intensité maximale); ET: écart-type.

	Avant Moyenne ± ET	Après Moyenne ± ET	Test Statistique ^a t/Z	p-valeur
POS (0-4) n = 40	1,38 ± 0,43	1,13 ± 0,54	2,36	0,023*
	Médiane (IQR)	Médiane (IQR)		
MIDOS (0-10) n = 37-41				
Douleur	3 (2-7,5)	3 (1,5-5)	-2,01	0,044*
Fatigue	7 (4-8)	4 (2-7)	-2,58	0,010**
Nausées	0 (0-3,5)	0 (0-0)	-1,75	0,006**
Dépression	3 (0-6,8)	1 (0-4)	-2,69	0,007**
Anxiété	2 (0-5)	1 (0-4)	-2,36	0,018*
Somnolence	4 (0,25-6)	3 (0-5)	-1,70	0,088
Manque d'appétit	5 (0,75-9)	3 (0-7)	-2,54	0,004**
Dyspnée	2,5 (0-6,5)	2 (0-5)	-1,57	0,117
Mal-être	6 (3-7)	4 (2-5)	-2,37	0,018*
Vomissements	0 (0-0)	0 (0-0)	-1,08	0,280
Constipation/Diarrhée	2,5 (0-6,8)	3 (0-5)	-0,98	0,329
Faiblesse	7 (5-8)	5 (3,3-7)	-2,81	0,005**
Confusion	0 (0-2)	0 (0-1,5)	-0,31	0,755

FIG 2 Proportion (%) de patients rapportant une baisse de deux points au moins pour chaque symptôme du MIDOS entre T1 et T2 (n = 41)

MIDOS = *Minimal documentation system for pain and symptom assessment in palliative care patients*.



d'un entretien pré-intervention (T1) et 41 ont été vu également après l'intervention de l'équipe (T2) (figure 1). Les caractéristiques des patients sont listées dans le tableau 1. La durée moyenne des interventions de l'EMPSI pour les 41 patients inclus dans l'étude était de 6,6±6,3 jours.

Impact des interventions de l'équipe mobile sur l'ensemble de l'échantillon

Concernant la qualité de la prise en charge palliative, mesurée à l'aide du POS (tableau 2), les résultats parlent en faveur d'une amélioration significative entre T1 et T2. Concernant l'évolu-

tion des symptômes évalués à l'aide du MIDOS (tableau 2), les résultats indiquent une baisse significative pour plusieurs symptômes, mais les résultats sont plus marqués pour les nausées, la dépression, le manque d'appétit et la faiblesse.

La figure 2 illustre le pourcentage de patients dont les symptômes se sont améliorés de deux points au moins entre T1 et T2. Les pourcentages sont les plus élevés pour la constipation et/ou la diarrhée, les problèmes de somnolence et la sensation de mal-être.

Si l'on considère à présent l'évolution du nombre de symp-

TABLEAU 3

Impact de l'équipe mobile intrahospitalière avant et après intervention en fonction de l'intensité des symptômes lors de la première intervention (n = 41)

^ascores de 0 à 3; ^bscores de 4 à 10; ^cT: T de Student/U = Mann Whitney; ^dMd: médiane; IQR: interquartile; ^eM: moyenne; ^fMIDOS: *Minimal documentation system for pain and symptom assessment in palliative care patients* (0 = absence de symptôme à 10 = intensité maximale); *p ≤ 0,05; **p ≤ 0,01. ET: écart-type.

	Groupe «intensité faible» ^a			Groupe «intensité modérée/sévère» ^b			Test ^c (T) ou (U)	p-valeur
	Avant Md (IQR) ^d	Après Md (IQR) ^d	Δ M ± ET ^e ou Md (IQR) ^d	Avant Md (IQR) ^d	Après Md (IQR) ^d	Δ M ± ET ^e ou Md (IQR) ^d		
MIDOS^f (0 - 10)								
Douleur Groupe 1 n = 21 Groupe 2 n = 20	2 (0-2,5)	2 (0-3,5)	0,74 ± 2,7	7,3 (4,3-8)	4 (3,1-5)	-2,3 ± 2,4	3,7 (T)	0,001**
Fatigue Groupe 1 n = 10 Groupe 2 n = 30	1,5 (0-3)	1,5 (0-3,3)	0,35 ± 1,9	8 (6-8)	5 (3,4-8)	-1,8 ± 2,9	2,2 (T)	0,034*
Nausées Groupe 1 n = 30 Groupe 2 n = 10	0 (0-0)	0 (0-0)	0 (0-0)	6 (4,8-8,5)	1 (0-1,5)	-5 (-7- -4)	0 (U)	0,000**
Dépression Groupe 1 n = 22 Groupe 2 n = 18	0 (0-2)	0 (0-1)	-0,23 ± 1,5	6,8 (5-8)	4 (2-8)	-2,4 ± 3,2	2,9 (T)	0,006**
Anxiété Groupe 1 n = 24 Groupe 2 n = 16	0 (0-2)	0 (0-1,8)	0 ± 1,8	5 (5-7)	3,5 (2-6,5)	-1,9 ± 2,2	3,0 (T)	0,005*
Somnolence Groupe 1 n = 18 Groupe 2 n = 22	0 (0-3)	0 (0-4,1)	0,81 ± 2,7	6 (5-8)	4 (0-7,3)	-2,5 ± 3,7	3,2 (T)	0,003**
Manque d'appétit Groupe 1 n = 14 Groupe 2 n = 24	0 (0-2,3)	0 (0-3,5)	0,77 ± 2,4	7,5 (5,3-10)	5 (2-8)	-2,8 ± 2,9	3,7 (T)	0,001**
Dyspnée Groupe 1 n = 21 Groupe 2 n = 19	0 (0-1,5)	0 (0-2)	0 (0-1,5)	7 (5-8)	5 (2,5-6)	-2,5 (-4-0)	80,5 (U)	0,000**
Mal-être Groupe 1 n = 11 Groupe 2 n = 28	1 (0-3)	3 (2-4)	1,8 ± 1,5	6,3 (5,3-8)	4,8 (2,3-5)	-2,7 ± 2,9	4,9 (T)	0,000**
Vomissements Groupe 1 n = 35 Groupe 2 n = 4	0 (0-0)	0 (0-0)	0 (0-0)	8 (5,3-10)	2,5 (0-7,3)	-4 (-9 - -0,5)	18,5 (U)	0,013*
Constipation/ Diarrhée Groupe 1 n = 22 Groupe 2 n = 18	0 (0-0,3)	0 (0-3,3)	0 (0-2,3)	8 (5-10)	5 (0,8-7,3)	-2,5 (-6 ± -0,3)	3,8 (U)	0,000**
Faiblesse Groupe 1 n = 6 Groupe 2 n = 34	1 (0-2,3)	1,5 (0-5)	1 ± 2,8	7,3 (6-8)	5 (4-7)	-1,9 ± 2,8	2,3 (T)	0,025*
Confusion Groupe 1 n = 34 Groupe 2 n = 6	0 (0-0)	0 (0-1)	0 (0-0)	6 (5-6,4)	2,5 (0,8-7,5)	-3 (-5,6- 2,3)	65 (U)	0,171

tômes modérés à sévères (≥ 4) par patient au MIDOS, les résultats indiquent une baisse significative entre T1 et T2 (respectivement $6,1 \pm 3,1$ vs $4,8 \pm 2,8$, $p = 0,003$).

Impact des interventions de l'équipe mobile en tenant compte du degré d'intensité lors de la première intervention

Le **tableau 3** indique que la différence entre T2 et T1 est systématiquement négative pour le groupe «intensité modérée/sévère», ce qui indique une amélioration des symptômes. Celle-ci est significative pour tous les symptômes hormis la confusion. Par contre, l'évolution des symptômes est relativement stable dans le groupe «intensité faible», voire augmente pour certains d'entre eux.

DISCUSSION

Cette étude nous a permis d'évaluer l'impact des interventions de l'EMSPI à différents niveaux.

En ce qui concerne la qualité de la prise en charge palliative, la moyenne relativement basse du POS à T1 nous indique dans l'ensemble une prise en charge palliative générale adéquate par les équipes de première ligne avant l'intervention de l'EMSPI. La marge de progression possible apparaît donc comme restreinte, ce qui explique sans doute le degré de progression relativement limité, mais néanmoins significatif à T2.

Pour l'intensité des symptômes, nous constatons sur l'ensemble de notre échantillon une baisse significative de l'intensité pour huit des treize symptômes évalués (douleur, fatigue, nausées, dépression, anxiété, manque d'appétit, mal-être, faiblesse). Ces résultats vont dans la même direction qu'Ellershaw et coll.³ qui ont également montré un impact positif d'une EMSPI sur la baisse de l'intensité de la douleur, des nausées, des insomnies, de l'anorexie et de la constipation.

Cette diminution significative sur le plan statistique se confirme également sur le plan clinique en considérant les patients qui baissent de deux points ou plus, puisque, pour certains symptômes (constipation/diarrhée, somnolence et mal-être), près de 20 à 25% des patients sont concernés. Les analyses effectuées a posteriori, en fonction du degré d'intensité des symptômes, nous ont permis de montrer que les sujets qui souffraient davantage (groupe «intensité modérée à sévère») bénéficiaient plus particulièrement des interventions de l'EMSPI.

En ce qui concerne à présent l'évolution du nombre de symptômes avec une intensité modérée à sévère (de six à quatre après intervention), nos résultats montrent également un impact bénéfique des interventions d'une EMSPI. Ce résultat peut être comparé à l'étude de Kao et coll.¹³ sur des patients atteints de cancer et qui a aussi montré une baisse relative du nombre de symptômes présents après intervention d'une équipe mobile palliative spécialisée. Ces résultats parlent en faveur d'une amélioration des problématiques multiples, liées aux comorbidités. Ceci est d'autant plus marquant qu'il ne faut pas perdre de vue que ces interventions se déroulent dans un contexte palliatif, la plupart du temps en fin de vie, qui se caracté-

rise par une péjoration inexorable de l'état clinique général des patients, comme le rappellent également Higginson et coll.¹⁴

Enfin, et concernant la gestion de la douleur et de l'antalgie, il faut mentionner que ce dernier symptôme représente une des raisons principales de contact par les équipes de première ligne. Il est alors étonnant de constater le score moyen relativement faible pour ce symptôme dans notre échantillon (3/10 à T1). Ce score est également modéré dans l'étude de Kao et coll.¹³ (4,8/10). Cette donnée soulève la question de la complexité de l'évaluation de la douleur qui peut, dans certains cas, représenter une porte d'entrée pour aborder et identifier d'autres symptômes ou difficultés chez le patient. Les compétences spécifiques que possèdent les soignants de l'EMSPI, aussi bien dans le registre de l'exploration de symptômes complexes que dans la transmission de connaissances et de savoir-faire à l'attention des premières lignes, sont un argument supplémentaire en faveur de ces interventions.

Il faut mentionner un certain nombre de limites méthodologiques. Tout d'abord, l'absence de groupe contrôle ainsi que le fonctionnement de l'EMSPI en tant qu'équipe de deuxième ligne rendent difficile l'attribution des effets mesurés à la seule intervention de l'EMSPI. Il convient également de relever la perte importante de patients durant le suivi, ce qui constitue un biais de sélection des patients et influence également la puissance statistique de l'étude.

CONCLUSION

Dans l'ensemble, nos résultats montrent la pertinence des interventions d'une EMSPI dans un hôpital tertiaire. Ces interventions semblent répondre aux besoins croissants de soins palliatifs spécifiques s'adressant principalement à des patients présentant des problématiques complexes. A l'avenir, il serait intéressant d'évaluer dans quelle mesure ces interventions remplissent également un rôle formateur sur les équipes de première ligne qui sollicitent ces interventions.

Conflit d'intérêts: Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

IMPLICATIONS PRATIQUES

Faire appel à une équipe mobile de soins palliatifs intrahospitalière (EMSPI) permet de:

- réduire le nombre de symptômes modérés à sévères des patients hospitalisés
- diminuer l'intensité des symptômes difficilement contrôlés
- clarifier les enjeux du «J'ai mal» exprimé par les patients
- transmettre un savoir-faire dans l'exploration de symptômes complexes

- 1 Office fédéral de la santé publique (OFSP). Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé. Stratégie nationale en matière de soins palliatifs 2010-2012. 2009.
- 2 Office fédéral de la santé publique (OFSP). Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé. Stratégie nationale en matière de soins palliatifs 2013-2015. 2012.
- 3 Ellershaw JE, Peat SJ, Boys LC. Assessing the effectiveness of a hospital palliative care team. *Palliat Med* 1995;9:145-52.
- 4 Higginson IJ, Finlay IG, Goodwin DM, et al. Is there evidence that palliative care teams alter end-of-life experiences of patients and their caregivers? *J Pain Symptom Manage* 2003;25:150-68.
- 5 Jack B, Hillier V, Williams A, Oldham J. Hospital based palliative care teams improve the insight of cancer patients into their disease. *Palliat Med* 2004;18:46-52.
- 6 Penrod JD, Deb P, Dellenbaugh C, et al. Hospital-based palliative care consultation: Effects on hospital cost. *J Palliat Med* 2010;13:973-9.
- 7 Gade G, Venohr I, Conner D, et al. Impact of an inpatient palliative care team: A randomized control trial. *J Palliat Med* 2008;11:180-90.
- 8 O'Connor NR, Moyer ME, Behta M, Casarett DJ. The Impact of Inpatient Palliative Care Consultations on 30-Day Hospital Readmissions. *J Palliative Med* 2015; 18:956-61.
- 9 Scale PCO. <http://pos-pal.org>. Available from: <http://pos-pal.org>
- 10 Stiel S, Matthes ME, Bertram L, Ostgathe C, Elsner F, Radbruch L. Validation of the new version of the minimal documentation system (MIDOS) for patients in palliative care: The German version of the Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS). *Schmerz (Berlin, Germany)* 2010;24: 596-604.
- 11 Bruera E, Kuehn N, Miller MJ, Selmser P, Macmillan K. The Edmonton Symptom Assessment System (ESAS): A simple method for the assessment of palliative care patients. *J Palliat Care* 1991;7:6-9.
- 12 Farrar JT, Young JP, LaMoreaux L, Werth JL, Poole RM. Clinical importance of changes in chronic pain intensity measured on an 11-point numerical pain rating scale. *Pain* 2001;94:149-58.
- 13 Kao CY, Hu WY, Chiu TY, Chen CY. Effects of the hospital-based palliative care team on the care for cancer patients: An evaluation study. *Int J Nurs Stud* 2014;51:226-35.
- 14 Higginson IJ, Finlay I, Goodwin DM, Cook AM, Hood K, Edwards AG, et al. Do hospital-based palliative teams improve care for patients or families at the end of life? *J Pain Symptom Manage* 2002;23:96-106.