



Dr Charles Jousselein
Président de la SFAP

Conseil scientifique :
Pr Guillemette Laval, Présidente
CHU Grenoble (38)
GLaval@chu-grenoble.fr

Stéphane Amar, psychologue
CH Longjumeau (91)
aspsy@aol.com

Dr Alain de Broca
CHU Amiens (80)
Debroca.alain@chu-amiens.fr

Hélène Brocq, psychologue
CHU Nice (06)
brocq.h@chu-nice.fr

Dr Sylvie Chapiro
Hôpital R. Salengro – Villejuif (94)
sylvie.chapiro@pbr.aphp.fr

Tanguy Chatel, sociologue
La Celle Saint Cloud (78)
t.chatel@sfr.fr

Dr Véronique Danel-Brunaud
Hôpital P. Brousse – Lille (59)
veronique.danel@chru-lille.fr

Dr Sarah Dauchy
Institut G. Roussy – Villejuif (94)
Sarah.DAUCHY@gustaveroussy.fr

Marie-Claude Dayde, infirmière
libérale
Colomiers (31)
mc.dayde@wanadoo.fr

Dr Nathalie Denis-Delpierre
CHU Nantes (44)
Nathalie.denis@chu-nantes.fr

Damien Le Guay, philosophe
Boulogne Billancourt (92)
Damien.le-guay@laposte.net

Paula La Marne, philosophe
Amiens /Reims (80 / 51)
Paula.lamarne@gmail.com

Dr Nathalie Michenot
CH Versailles (78)
boutiniere@orange.fr

Dr Sébastien Moine
Med. Gé. Le Pré St Gervais (93)
Sebastien.moine.75@gmail.com

Christophe Pacific, cadre sup de
santé
CH Albi (81)
christophe.pacific@orange.fr

Aurélien Pourrez, infirmière
Bèze (21)
aureliepourrez@live.fr

Pr Françoise Riou
Paris (75)
F.riou@samusocial-75.fr

Dr Sylvie Rostaing
Hôpital St Antoine, Paris (75)
Sylvie.rostaing@sat.aphp.fr

Pr Sébastien Salas
Hôpital de la Timone, Marseille
(13)
Sebastien.SALAS@ap-hm.fr

AVIS 031 du 4 avril 2016
DU COMITE SCIENTIFIQUE (CS) DE LA SFAP
Concernant la proposition de modification de l'échelle Pallia-10 en Pallia-10 Géronto
Et concernant un projet de protocole de validation de l'échelle Pallia-10 Géronto

Coordination : Dr Philippe Taurand - Gériatre, CH d'Eaubonne (95)

Objet : Demande de relecture pour avis de la SFAP

Préambule :

Les insuffisances de l'outil Pallia-10 lorsque utilisé en particulier dans les EHPAD pour le repérage des situations palliatives et l'appel à une équipe mobile de soins palliatifs (EMSP) ont amené un groupe d'experts, ARS Ile de France, Corpalif et professionnels concernés, à créer un nouvel outil Pallia-10 géronto. Ces experts sollicitent la SFAP sur deux points :

- l'outil lui-même et l'intérêt des modifications apportées,
- un projet « d'étude observationnelle prospective multicentrique visant à valider cette échelle d'évaluation dimensionnelle de l'état clinique (psychique, psychologique et social), des patients âgés identifiés en soins palliatifs. »

L'avis du conseil scientifique après échanges de courriels, travail avec les rapporteurs et réunion téléphonique ce 4 avril 2016 amène des remarques à la fois de forme et de fond concernant les deux projets. Globalement :

- le CS de la SFAP souligne l'intérêt de cet outil dans la mesure où l'on ne s'éloigne pas de son objectif principal, qui est d'aider les professionnels de la santé à solliciter chaque fois que nécessaire, une EMSP. Par contre, il s'interroge sur l'intérêt de l'étude observationnelle qui semble s'éloigner de cet objectif premier pour le transformer en une grille de mesure d'indication d'un recours à l'EMSP. A cet égard, le Cs renvoie le comité d'experts vers des travaux ayant approfondis la question des indicateurs pronostiques dont les recommandations du Royal College of General Practitioners (le GSF Prognostic Indicator Guidance, Thomas.K et al, Framework, 4th edition october 2011, www.goldstandardsframework.org.uk).

Le CS propose plutôt, si cela n'a pas été déjà fait, de vérifier si l'objectif pédagogique initial est atteint en interrogeant directement aux utilisateurs de Pallia-10 Géronto sur ce que l'utilisation de cette grille leur apporte, ou non, dans leur pratique, et sur ce qu'ils pensent de la pertinence des items qui la composent.

1/ Concernant l'outil lui-même, en comparant Pallia-10 et Pallia-10 Géronto :

- **Dans le texte introductif**, il faudrait ajouter « de plus de 75 ans » dans la rubrique, quand utiliser Pallia-10 Géronto ? ; idem pour la question 1 : personne âgée de 75 ans et plus, atteinte d'une maladie évolutive etc...
- **Item 2** : attention à une possible faute de frappe puisqu'il est écrit plus de 25 g d'albuminémie alors qu'il s'agit sûrement de moins de 25 g. Le CS juge opportun les critères ajoutés car en effet l'OMS et l'indice de Karnofsky sont rarement utilisés. Toujours sur cet item, ne faudrait-il pas remplacer « difficultés majeures d'hydratation ou d'alimentation » par « troubles de la déglutition importants » ou alors préciser que l'hydratation et l'alimentation sont prises par voie orale ? Concernant la durée, ne pas



parler de 7 jours (pourquoi et sur quels travaux ce délais précis ?) et plutôt parler de « troubles persistants ». Nécessité aussi d'ajouter dans la colonne « Comment » le point suivant : liste non exhaustive car nombreuses spécificités liées à la multiplicité des pathologies présentes.

- Item 3, bien faire la part des choses en la maladie qui prédomine (insuffisance cardiaque, cancer etc..) et un ensemble de pathologies évoluées pour le patient.
- Item 7, la disparition dans la case complément, des critères de dépendance physique et de charge de soins entre l'ancienne outil Pallia-10 et l'actuel Pallia-10 Géronto (ces items ayant été basculés dans l'item 2), expose au risque de voir minimiser le score global car en effet les patients qui obtenait un point à l'item 7 avec Pallia-10 peuvent ne plus l'avoir avec Pallia-10 Géronto et être sous le score seuil d'appel d'une EMSP. En même temps, nous remarquons que la vulnérabilité d'ordre sociale est très fréquemment rencontrée chez la personne âgée et que le point obtenu à cette question pourrait majorer le score global.
- Item 9, nous discutons le mot « dysfonctionnement » qui remplace celui de « questionnement » initialement présent dans la plaquette Pallia-10. Il n'est pas certain qu'une EMSP puisse résoudre des questions de dysfonctionnements de service et il est préférable de ne pas l'utiliser dans la question 7 qui pourrait rester comme initialement « vous constatez les questionnements et/ou des divergences parmi les professionnels... »
- Item 10, nous voyons une nette différence entre un refus de traitement qui apparaissait dans la plaquette Pallia-10 et un refus de soins qui le remplace dans l'outil actuel. Pourquoi le supprimer ? Ne pourrait-on pas écrire refus de soins et/ou de traitements ?
- Enfin, nous nous interrogeons sur la question du score :
 - l'utilisation du mot « échelle » insiste sur la notion de mesure chiffrée, et renvoie au calcul d'un score, censé mesurer la complexité de la situation, complexité elle-même supposée correspondre au besoin d'une aide spécialisée en SP.
 - Une telle approche paraît plus adaptée pour juger de l'indication de transfert d'un patient en USP, que de celle de l'appel à une aide d'une EMSP, qui ne soigne/accompagne pas directement le patient mais intervient en support des professionnels qui le font.
 - Un appel à l'aide d'une telle équipe semblerait en effet utile pour le patient en présence de difficultés dans une seule des dimensions explorées, par exemple de symptômes incontrôlables, même en l'absence de besoins dans d'autres dimensions.
 - De ce fait nous proposons dans l'encadré en bas à gauche, en regard des questions, de remplacer la phrase « au-delà de 3 réponses positives, le recours à une équipe spécialisée en soins palliatifs doit être envisagé » par la phrase « une seule réponse positive peut suffire à envisager le recours à une équipe spécialisée en soins palliatifs et d'autant plus si plusieurs réponses positives ».

2/ Concernant le projet de protocole de validation, les remarques sont les suivantes :

- Concernant la définition de l'objectif de l'étude : la validation envisagée semble concerner exclusivement la grille de questions, conçue comme étant une « échelle d'évaluation dimensionnelle de l'état clinique (physique, psychologique et social) des patients âgés identifiés en soins palliatifs ». La validation devrait concerner l'outil dans son ensemble (grille de questions et messages associés). La grille de Pallia 10 est décrite plus loin comme « se composant de 10 items abordant les thèmes cliniques, psychologiques, familiaux et sociaux ». Or son contenu est plus large: il comprend plus de dimensions et ne concerne pas seulement l'état d'un patient, mais aussi les difficultés rencontrées par les professionnels.
- Concernant la méthodologie, « une étude préliminaire, dite de faisabilité, est envisagée auprès de 10 à 20 professionnels de santé (médecin, IDE) pour juger du niveau de compréhension des items, de l'acceptabilité de la grille et du temps nécessaire à sa



passation » : une telle étude est indispensable mais elle vise plus à analyser la pertinence de l'outil du point de vue de ses utilisateurs que de tester la faisabilité du protocole de validation décrit.

- Toujours concernant la méthodologie, le protocole liste les critères envisagés pour s'assurer de la validité interne et externe de la grille, plusieurs paraissent inadaptés au contexte :
 - La fiabilité inter juges est difficile à concevoir pour un outil dont la modalité d'utilisation conseillée est collégiale, et dont une partie des items se rapporte aux difficultés rencontrées par l'équipe
 - La consistance interne et la structure dimensionnelle ont du sens face à un outil de mesure comportant un nombre important de questions, dont on souhaite savoir si elles peuvent correspondre à des dimensions, et si les questions se rapportant à une même dimension ne sont pas redondantes, or dans le cas présent il semble qu'à chaque dimension correspond une seule question.
- Concernant l'efficacité de l'intervention des EMSP et le ressenti des professionnels : ces critères ne permettent pas d'évaluer la seule pertinence du recours à l'EMSP (traduisant l'intérêt de la grille Pallia 10 Géroto), car ils sont également fonction de la qualité de l'intervention de l'EMSP, et il est impossible de distinguer les deux effets. De plus il est tout à fait possible que l'action de l'EMSP n'ait pas d'impact positif visible immédiat sur la situation à l'origine du recours, mais en ait un à plus long terme, pour la prise en charge d'autres situations, par ce que les professionnels auront appris à cette occasion. Enfin l'étude prévue est observationnelle et sans possibilité de groupe témoin, il est donc difficile de savoir comment aurait évolué la situation du patient en l'absence d'utilisation de la grille Pallia 10 Géroto : les professionnels auraient peut-être quand même fait appel à l'EMSP, ou se seraient débrouillés autrement... et peut-être sans dommage pour le patient.

En somme,

Intérêt de l'outil avec quelques modifications de forme et de fond dont celle de ne plus calculer le score global à partir des réponses positives recueillies afin de ne pas manquer de solliciter une EMSP s'il y a besoin, y compris sur une seule question. Suggestion de transformer l'étude observationnelle en une analyse de la façon dont la grille est reçue, comprise et utilisée par les professionnels, et de ce qu'ils estiment en retirer comme plus-value réflexive (phase pilote d'utilisation de la grille en situation réelle, suivie d'entretiens auprès des professionnels concernés).