



<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>

ANNÉE 2017 N°330

**Prise en charge palliative des patients atteints
de cancer au Centre Hospitalier de Lyon Sud :
état des lieux en 2015 et comparaison avec
2010**

THESE D'EXERCICE EN MEDECINE

Présentée à l'Université Claude Bernard Lyon 1
Et soutenue publiquement le 25 octobre 2017
En vue d'obtenir le titre de Docteur en Médecine
Par

PECHARD-BUGLIERY Estelle
Née le 16 décembre 1990 à Echirolles

Sous la direction du Professeur FILBET Marilène

ANNÉE 2017 N° 330

**Prise en charge palliative des patients atteints
de cancer au Centre Hospitalier de Lyon Sud :
état des lieux en 2015 et comparaison avec
2010**

THESE D'EXERCICE EN MEDECINE

Présentée à l'Université Claude Bernard Lyon 1
Et soutenue publiquement le 25 octobre 2017
En vue d'obtenir le titre de Docteur en Médecine
Par

PECHARD-BUGLIERY Estelle
Née le 16 décembre 1990 à Echirolles

Sous la direction du Professeur FILBET Marilène

SERMENT D'HIPPOCRATE

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance.

Je donnerai mes soins à l'indigent et je n'exigerai pas un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement la vie ni ne provoquerai délibérément la mort.

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé si j'y manque.

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD – LYON 1

Président	Frédéric FLEURY
Président du Comité de COCHAT Coordination des Etudes Médicales	Pierre
Directrice Générale des Services	Dominique MARCHAND
<u>Secteur Santé</u>	
UFR de Médecine Lyon Est	Doyen : Gilles RODE
UFR de Médecine Lyon Sud- Charles Mérieux	Doyen : Carole BURILLON
Institut des Sciences Pharmaceutiques Et Biologiques(ISPB)	Directrice : Christine VINCIGUERRA
UFR d'Odontologie	Directeur : Denis BOURGEOIS
Institut des Sciences et Techniques De Réadaptation (ISTR)	Directeur : Xavier PERROT
Département de Biologie Humaine	Directrice : Anne-Marie SCHOTT
<u>Secteur Sciences et Technologie</u>	
UFR de Sciences et Technologies	Directeur : Fabien de MARCHI
UFR de Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives(STAPS)	Directeur : Yannick VANPOULLE
Polytech Lyon	Directeur : Emmanuel PERRIN
I.U.T.	Directeur : Christophe VITON
Institut des Sciences Financières Et Assurances(ISFA)	Directeur : Nicolas LEBOISNE
Observatoire de Lyon	Directrice : Isabelle DANIEL
Ecole Supérieure du Professorat Et de l'Education(ESPE)	Directeur : Alain MOUGNIOTTE

Faculté de Médecine Lyon Est Liste des enseignants 2016/2017

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Classe exceptionnelle Echelon 2

Blay	Jean-Yves	Cancérologie ; radiothérapie
Cochat	Pierre	Pédiatrie
Cordier	Jean-François	Pneumologie ; addictologie
Etienne	Jérôme	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Gouillat	Christian	Chirurgie digestive
Guérin	Jean-François	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Mornex	Jean-François	Pneumologie ; addictologie
Ninet	Jacques	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillessement ; médecine générale ; addictologie
Philip	Thierry	Cancérologie ; radiothérapie
Ponchon	Thierry	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Revel	Didier	Radiologie et imagerie médicale
Rivoire	Michel	Cancérologie ; radiothérapie
Rudigoz	René-Charles	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Thivolet-Bejui	Françoise	Anatomie et cytologie pathologiques
Vandenesch	François	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Classe exceptionnelle Echelon 1

Borson-Chazot	Françoise	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
Chassard	Dominique	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Claris	Olivier	Pédiatrie
D'Amato	Thierry	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
Delahaye	François	Cardiologie
Denis	Philippe	Ophthalmologie
Disant	François	Oto-rhino-laryngologie
Douek	Philippe	Radiologie et imagerie médicale
Ducerf	Christian	Chirurgie digestive
Finet	Gérard	Cardiologie
Gaucherand	Pascal	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Guérin	Claude	Réanimation ; médecine d'urgence
Herzberg	Guillaume	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Honorat	Jérôme	Neurologie
Lachaux	Alain	Pédiatrie
Lehot	Jean-Jacques	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Lermusiaux	Patrick	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Lina	Bruno	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Martin	Xavier	Urologie
Mellier	Georges	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Mertens	Patrick	Anatomie
Michallet	Mauricette	Hématologie ; transfusion
Miossec	Pierre	Immunologie
Morel	Yves	Biochimie et biologie moléculaire

Moulin	Philippe	Nutrition
Négrier	Sylvie	Cancérologie ; radiothérapie
Neyret	Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Nighoghossian	Norbert	Neurologie
Ninet	Jean	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Obadia	Jean-François	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Ovize	Michel	Physiologie
Rode	Gilles	Médecine physique et de réadaptation
Terra	Jean-Louis	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
Zoulim	Fabien	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers

Première classe

André-Fouet	Xavier	Cardiologie
Argaud	Laurent	Réanimation ; médecine d'urgence
Badet	Lionel	Urologie
Barth	Xavier	Chirurgie générale
Bessereau	Jean-Louis	Biologie cellulaire
Berthezene	Yves	Radiologie et imagerie médicale
Bertrand	Yves	Pédiatrie
Boillot	Olivier	Chirurgie digestive
Braye	Fabienne	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; Brûlologie
Breton	Pierre	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Chevalier	Philippe	Cardiologie
Colin	Cyrille	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Colombel	Marc	Urologie
Cottin	Vincent	Pneumologie ; addictologie
Devouassoux	Mojgan	Anatomie et cytologie pathologiques
Di Fillipo	Sylvie	Cardiologie
Dumontet	Charles	Hématologie ; transfusion
Durieu	Isabelle	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillessement ; médecine générale ; addictologie
Ederly	Charles Patrick	Génétique
Fauvel	Jean-Pierre	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
Guenot	Marc	Neurochirurgie
Gueyffier	François	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
Guibaud	Laurent	Radiologie et imagerie médicale
Javouhey	Etienne	Pédiatrie
Juillard	Laurent	Néphrologie
Jullien	Denis	Dermato-vénéréologie
Kodjikian	Laurent	Ophtalmologie
Krolak Salmon	Pierre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillessement ; médecine générale ; addictologie
Lejeune	Hervé	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Mabrut	Jean-Yves	Chirurgie générale
Merle	Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Mion	François	Physiologie
Morelon	Emmanuel	Néphrologie
Mure	Pierre-Yves	Chirurgie infantile
Négrier	Claude	Hématologie ; transfusion
Nicolino	Marc	Pédiatrie
Picot	Stéphane	Parasitologie et mycologie

Rouvière	Olivier	Radiologie et imagerie médicale
Roy	Pascal	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Ryvlín	Philippe	Neurologie
Saoud	Mohamed	Psychiatrie d'adultes
Schaeffer	Laurent	Biologie cellulaire
Scheiber	Christian	Biophysique et médecine nucléaire
Schott-Pethelaz	Anne-Marie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Tilikete	Caroline	Physiologie
Truy	Eric	Oto-rhino-laryngologie
Turjman	Francis	Radiologie et imagerie médicale
Vallée	Bernard	Anatomie
Vanhems	Philippe	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Vukusic	Sandra	Neurologie

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Seconde Classe

Ader	Florence	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
Aubrun	Frédéric	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Boussel	Loïc	Radiologie et imagerie médicale
Calender	Alain	Génétique
Chapurlat	Roland	Rhumatologie
Charbotel	Barbara	Médecine et santé au travail
Chêne	Gautier	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Cotton	François	Radiologie et imagerie médicale
Crouzet	Sébastien	Urologie
Dargaud	Yesim	Hématologie ; transfusion
David	Jean-Stéphane	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Di Rocco	Federico	Neurochirurgie
Dubernard	Gil	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Ducray	François	Neurologie
Dumortier	Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Fanton	Laurent	Médecine légale
Fellahi	Jean-Luc	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Ferry	Tristan	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
Fourneret	Pierre	Pédopsychiatrie ; addictologie
Gillet	Yves	Pédiatrie
Girard	Nicolas	Pneumologie
Gleizal	Arnaud	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Henaine	Roland	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Hot	Arnaud	Médecine interne
Huissoud	Cyril	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Jacquín-Courtois	Sophie	Médecine physique et de réadaptation
Janier	Marc	Biophysique et médecine nucléaire
Lesurtel	Mickaël	Chirurgie générale
Michel	Philippe	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Million	Antoine	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
Monneuse	Olivier	Chirurgie générale
Nataf	Serge	Cytologie et histologie
Peretti	Noël	Nutrition
Pignat	Jean-Christian	Oto-rhino-laryngologie
Poncet	Gilles	Chirurgie générale
Raverot	Gérald	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
Ray-Coquard	Isabelle	Cancérologie ; radiothérapie

Rheims	Sylvain	Neurologie
Richard	Jean-Christophe	Réanimation ; médecine d'urgence
Robert	Maud	Chirurgie digestive
Rossetti	Yves	Physiologie
Souquet	Jean-Christophe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Thaumat	Olivier	Néphrologie
Thibault	Hélène	Physiologie
Wattel	Eric	Hématologie ; transfusion

Professeur des Universités - Médecine Générale

Flori	Marie
Lezilliant	Laurent
Moreau	Alain
Zerbib	Yves

Professeurs associés de Médecine Générale

Lainé	Xavier
-------	--------

Professeurs émérites

Baulieux	Jacques	Cardiologie
Beziat	Jean-Luc	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Chayvialle	Jean-Alain	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Daligand	Liliane	Médecine légale et droit de l'assuré
Droz	Jean-Pierre	Cancérologie ; radiothérapie
Floret	Daniel	Pédiatrie
Gharib	Claude	Physiologie
Mauguière	François	Neurologie
Neidhardt	Jean-Pierre	Anatomie
Petit	Paul	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Sindou	Marc	Neurochirurgie
Touraine	Jean-Louis	Néphrologie
Trepo	Christian	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Trouillas	Jacqueline	Cytologie et histologie
Viale	Jean-Paul	Réanimation ; médecine d'urgence

Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers

Hors classe

Benchab	Mehdi	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Bringuier	Pierre-Paul	Cytologie et histologie
Dubourg	Laurence	Physiologie
Germain	Michèle	Physiologie
Jarraud	Sophie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Le Bars	Didier	Biophysique et médecine nucléaire
Normand	Jean-Claude	Médecine et santé au travail
Persat	Florence	Parasitologie et mycologie
Piaton	Eric	Cytologie et histologie

Sappey-Marinier	Dominique	Biophysique et médecine nucléaire
Streichenberger	Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
Timour-Chah	Quadiri	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
Voiglio	Eric	Anatomie

Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers Première classe

Barnoud	Raphaëlle	Anatomie et cytologie pathologiques
Bontemps	Laurence	Biophysique et médecine nucléaire
Chalabreysse	Lara	Anatomie et cytologie pathologiques
Charrière	Sybil	Nutrition
Collardeau Frachon	Sophie	Anatomie et cytologie pathologiques
Confavreux	Cyrille	Rhumatologie
Cozon	Grégoire	Immunologie
Escuret	Vanessa	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Hervieu	Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
Kolopp-Sarda	Marie Nathalie	Immunologie
Lesca	Gaëtan	Génétique
Lukaszewicz	Anne-Claire	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
MaucortBoulch	Delphine	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Meyronet	David	Anatomie et cytologie pathologiques
Pina-Jomir	Géraldine	Biophysique et médecine nucléaire
Plotton	Ingrid	Biochimie et biologie moléculaire
Rabilloud	Muriel	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Rimmele	Thomas	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Ritter	Jacques	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Roman	Sabine	Physiologie
TardyGuidollet	Véronique	Biochimie et biologie moléculaire
Tristan	Anne	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Venet	Fabienne	Immunologie
Vlaeminck-Guillem	Virginie	Biochimie et biologie moléculaire

Maîtres de Conférences – Praticiens Hospitaliers Seconde classe

Casalegno	Jean-Sébastien	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Curie	Aurore	Pédiatrie
Duclos	Antoine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Lemoine	Sandrine	Physiologie
Marignier	Romain	Neurologie
Phan	Alice	Dermato-vénéréologie
Schluth-Bolard	Caroline	Génétique
Simonet	Thomas	Biologie cellulaire
Vasiljevic	Alexandre	Anatomie et cytologie pathologiques

Maîtres de Conférences associés de Médecine Générale

Farge	Thierry
Pigache	Christophe

REMERCIEMENTS

A notre Président de Jury,

Monsieur le Professeur François-Noël GILLY

Vous nous faites l'honneur de présider ce jury. Soyez en sincèrement remercié et soyez assuré de mon plus profond respect.

Aux autres membres de notre Jury,

Madame le Professeur Anne-Marie SCHOTT-PETHELAZ

Vous nous faites l'honneur de juger notre travail, soyez assurée de ma profonde reconnaissance.

Madame le Professeur Marilène FILBET

Soyez remerciée pour votre soutien et votre accompagnement tout au long de cette thèse et de mon jeune (mais loin d'être terminé) parcours dans le monde des soins palliatifs.

Madame le Docteur Fiorenza BARRACO,

Vous avez accepté de juger au pied levé notre travail. Soyez sincèrement remerciée pour votre disponibilité.

Aux médecins et aux équipes rencontrés au cours de ma formation

Aux Docteurs Aïchoun et Benhamou, parce que j'ai toujours voulu « être docteur comme vous ».

A l'équipe du SSR oncologique et de l'USP de Trévoux

A l'ensemble de l'équipe para-médicale, merci d'avoir accompagné mes premiers pas dans l'univers des soins palliatifs.

Aux Dr Boulot et Ledoux (alias Patoche et Matoche), merci pour votre gentillesse et votre accompagnement dans ce rôle terrifiant d'interne.

Petit mot spécial pour Mathilde, merci de m'avoir fait tomber dans la marmite !

A l'équipe de l'USP de Lyon Sud

Au Pr Marilène Filbet, parce que votre conviction et votre énergie sont de vrais modèles pour moi.

Aux Dr Perceau-Chambard, Dessus-Chevrel, Tricou et Munier : pour vos différences, votre humour, votre infinie gentillesse... Vous observer et travailler avec vous m'a convaincue de poursuivre dans cette belle voie. Merci !

A l'ensemble de l'équipe para-médicale : infirmières, aides-soignantes, ostéopathe, psy, secrétaires. Pour les petites attentions, pour votre expérience partagée, pour le bain « thérapeutique » du dernier jour et la décoration au goût discutable de ma voiture...

A l'équipe du DISSPO et du 3C du CLB

Aux Dr Chvetzoff et Chazot, votre expérience a, à de nombreuses reprises, forcé mon admiration. Merci pour votre disponibilité.

Aux infirmières des équipes mobiles, Evelyne, Sonia et Julia. Pour toutes les demandes qui nous ont laissées...disons...perplexes ! Merci de m'avoir accompagnée dans cet exercice pas toujours facile.

A l'ensemble de l'équipe infirmière et aide-soignante du 3C, merci pour les rires si nombreux, votre soutien, les attentions constantes, les craquages salvateurs à la fin d'une journée

difficile. J'espère que vous me pardonneriez pour la chambre 332. Et parce que j'avais dit que je le ferai : les chats noirs sont définitivement les plus mignons (hein Clémence) !!

A Julien Berthiller, merci de m'avoir sortie de l'enfer des stats...

Aux co-internes devenus des amis

D'abord, Erika, Alexandrine et Cécile. Pour le début d'internant et les quelques galères traversées ensemble. Pour les repas entre filles. Pour les bébés et les chats...

Audrey, merci d'avoir partagé les longs trajets en voiture mais pas que. Merci pour ta présence et ton soutien tout au long de mon séjour lyonnais.

A Olivier et Nicolas, pour les RCP cookies, les fous rires, les angoisses partagées concernant la thèse (arrgh j'en peux plus !!), les gardes, notre prochain rôle de grands. Pour les instants café, les bières, l'Industrie et tout le reste. Votre présence a rendu ce dernier semestre inoubliable.

A Andrea, tu fais partie de ces personnes auxquelles on ne s'attend pas mais auxquelles on s'attache si vite. Merci pour cette jolie rencontre !

Aux amis Grenoblois

Marie et Aurélie, mes deux p'tites boussoles. Des bancs de l'école pour l'une, du lycée pour l'autre jusqu'à maintenant, vous m'êtes tellement indispensables. Les souvenirs se bousculent dans une jolie danse : les fêtes, la comédie musicale, le Coffee shop, les rires, les larmes, le début de la vie adulte qu'on a tour à tour maudit, notre incapacité lamentable à vivre à Lyon au même moment. Merci pour tous les moments passés et à venir. Parce que the show must go on mes Choup's.

Aux amis médecins grenoblois : Lisa, Noémie, Cloé, Cédric, Arnaud x 2, Yann x 2, Gülay, Carotte, Clément, Clémence, Machine... Pour toutes ces années et ces moments, pour vos blagues pas toujours très classes mais qui gardent après 9 ans le pouvoir de me faire rire, juste merci !!

Parce que je te dois forcément une mention spéciale, à toi Marion, ma compagne de galère. On est arrivé à bout de ces fichues études !! C'est avec toi que j'ai vécu l'enfer de la P1 et j'espère te garder à mes côtés pour encore un très long moment.

A Camille, tu es pour moi aussi une amie précieuse qui continue de forcer mon admiration. Ta détermination a toujours été un modèle pour moi.

A ma famille,

Tout d'abord, à mes grands-parents maternels. A l'heure de devenir « doctoresse », votre absence ne s'est jamais autant fait sentir. C'est à vous que je dédie ces neuf années d'études et cette thèse.

A mes grands-parents paternels, merci pour votre présence discrète mais sécurisante. Merci à mon grand-père Claude pour ses conseils avisés et à ma grand-mère Monique pour sa douceur et la tête passée par la porte pendant les révisions : « tu veux goûter ? ».

A Manolita, tu presencia hoy es la sorpresa mas bonita que tengo. No tengo suficientes palabras para expresar la alegría y el orgullo que tengo de ser médico denlante de ti.

A mon père Daniel, j'espère que de là où tu es, tu es fier de moi.

A mon père Alain, merci d'être entré dans nos vies voilà plus de 20 ans. Merci pour ton calme, ta présence pour chaque petit problème que je rencontre et ta confiance inébranlable en ma réussite.

A ma mère, la femme que j'admire le plus au monde. J'espère un jour avoir ta force, ta détermination et ton courage. Parce que pour toi le mot « impossible » n'existe pas, tu as su pousser tes enfants au bout d'eux-mêmes. Pour la femme et la mère admirable que tu es, merci.

A mes frères et sœur :

Nini, merci d'être la sœur toujours secrètement admirée. Nos différences sont la richesse de notre relation. Merci à mon beau-frère David pour ta présence à chaque événement (désolée pour certains) et pour nos conversations toujours enrichissantes. A Alice, pour les ballades, les visites à Arthur, les chocolats...

Willou, c'est avec toi que j'ai tout partagé : les jeux d'enfants, les bêtises (et les punitions prises à ma place), l'adolescence et son lot de problèmes en tout genre et maintenant la vie adulte. Pour nos conversations sur nos cas médicaux les plus gores, pour m'avoir offert la meilleure belle doche du monde Mélanie, merci frerot !!

Quentin, mon Chouchou, devenir ta grande-sœur a été et reste la plus belle expérience de ma vie et te voir devenir un homme une grande fierté.

Aux neveux les plus beaux du monde (en toute objectivité) : Nelly, Zoé, Rose, Pablo, Maëlie et Jules.

A toute la famille Soler, oncles, tantes, cousins, cousines, Marcus : merci pour la douce folie qui nous (enfin surtout vous) caractérise.

A mon oncle Laurent, ma marraine Nathalie et mes cousins Bugliery, merci de m'avoir accepté comme étant l'une des vôtres, sans jamais vous poser de questions.

Et à tous ceux que j'ai oublié de citer, merci !!

SOMMAIRE

I.	INTRODUCTION.....	16
II.	MATERIEL ET METHODES	19
1.	Bibliographie	19
2.	Type d'étude	19
3.	Population	19
4.	Critères d'inclusion et d'exclusion	19
5.	Recueil des données	20
6.	Exploitation des données	20
III.	RESULTATS.....	22
1.	Caractéristiques des patients	22
2.	Caractéristiques du dernier séjour.....	25
3.	Caractéristiques du dernier mois de vie	25
4.	Caractéristiques de la dernière année	27
5.	Comparaison entre les années 2010 et 2015	27
a.	Caractéristiques des patients.....	27
b.	Caractéristiques du dernier séjour	28
c.	Caractéristiques du dernier mois de vie	31
IV.	DISCUSSION	32
1.	Caractéristiques des patients	32
2.	Caractéristiques du dernier séjour.....	35
3.	Caractéristiques du dernier mois	37
4.	Caractéristiques de la dernière année de vie	39
5.	Limites de l'étude.....	39
6.	Perspectives	39
V.	CONCLUSION	41
VI.	ANNEXES	43
VII.	BIBLIOGRAPHIE	45

ABREVIATIONS

ASCO: American Society of Clinical Oncology
CHLS : Centre Hospitalier de Lyon Sud
DIM: Département d'Information Médicale
EMO: Equivalant Morphine Oral
EMSP: Equipe Mobile de Soins Palliatifs
HAS : Haute Autorité de Santé
NQF: National Quality Forum
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
SROS : Schéma Régional d'Organisation des Soins
USP : Unité de Soins Palliatifs

I. INTRODUCTION

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit les soins palliatifs en 2002 comme cherchant « à améliorer la qualité de vie des patients et de leur famille, face aux conséquences d'une maladie potentiellement mortelle, par la prévention et le soulagement de la souffrance, identifiée précocement et évaluée avec précision, ainsi que le traitement de la douleur et des autres problèmes physiques, psychologiques et spirituels qui lui sont liés.». Ils «(...) peuvent améliorer la qualité de vie et influencer peut-être aussi de manière positive l'évolution de la maladie, sont applicables tôt dans le décours de la maladie, en association avec d'autres traitements pouvant prolonger la vie, comme la chimiothérapie et la radiothérapie, (...)» (1).

L'histoire française des soins palliatifs est relativement récente (2).

Le premier texte officiel français apparaît en 1986. Il s'agit de la « circulaire Laroque » relative à l'organisation des soins et à l'accompagnement des malades en phase terminale. La première Unité de Soins Palliatifs (USP) est ensuite fondée par le Dr ABIVEN à l'hôpital international de la Cité Universitaire à Paris la même année. En 1991, la loi hospitalière du 31 juillet introduit les soins palliatifs dans les missions de tout établissement de santé. La loi du 9 juin 1999 renforce le développement des soins palliatifs en France en garantissant un droit d'accès aux soins palliatifs pour toute personne en fin de vie. Elle prévoit également l'intégration des soins palliatifs dans le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire et Sociale (SROS), l'organisation de l'enseignement des soins palliatifs et l'organisation du bénévolat.

Plusieurs plans triennaux vont permettre le développement des soins palliatifs en 1999-2001, 2002-2005, 2008-2012. Actuellement, le plan national 2015-2018 pour le développement des soins palliatifs s'articule autour de 4 axes : informer le patient sur ses droits et le placer au cœur des décisions qui le concernent, développer les prises en charge au domicile, accroître les compétences des professionnels et des acteurs concernés et réduire les inégalités d'accès aux soins palliatifs.

La loi du 22 avril 2005 (dite « loi Leonetti ») relative aux droits des malades et à la fin de vie réaffirme le caractère obligatoire de la réponse aux besoins de soins palliatifs.

Le cancer reste la première cause de mortalité en France (3). Les patients atteints de cancer avancé sont souvent atteints de symptômes altérant leur qualité de vie (4). Les soins palliatifs, de part leur caractère interdisciplinaire et leur approche globale du patient, de sa

famille, ont toute leur place dans la prise en charge des patients atteints de cancer. Néanmoins, une telle prise en charge intervient souvent tard dans la trajectoire des patients cancéreux.

Or plusieurs études ont montré que les soins palliatifs précoces amélioraient la qualité de vie (5–9), le contrôle des symptômes (10–13), la compréhension du pronostic ; dans certains cas augmentaient l'espérance de vie (6); amélioraient les symptômes dépressifs (5,6,8) ; permettaient d'éviter des traitements disproportionnés et des hospitalisations non programmées (14–16) ; contribuaient à limiter les dépenses de santé (14,17,18).

L'American Society of Clinical Oncology (ASCO) (19,20) ainsi que le National Quality Forum (NQF) (21) recommandent l'instauration d'un suivi par une équipe interdisciplinaire de soins palliatifs le plus tôt possible dans la trajectoire de la maladie, si possible au moment du diagnostic.

Des critères ont été définis pour évaluer la qualité de la prise en charge des patients atteints de cancer avancé comme l'administration de chimiothérapie durant les quinze derniers jours de vie, plus d'une admission dans un service d'urgences durant le dernier mois, une admission en réanimation durant le dernier mois de vie, l'admission en unité de soins palliatifs moins de trois jours avant le décès (21–23).

Au Centre Hospitalier Lyon Sud (CHLS), l'offre de soins palliatifs associe une équipe mobile de soins palliatifs (EMSP) et une USP. C'est un établissement où la cancérologie est très développée et qui a accueilli de plus en plus en 2011 l'hématologie, initialement basée au Centre Hospitalier Edouard Herriot.

En 2010 Ledoux *et al.* s'est intéressé à la proportion de patients suivis par l'équipe de soins palliatifs parmi les patients atteints de cancer et décédés au CHLS ainsi qu'aux conséquences pour les patients d'un tel suivi (24,25). Il a été mis en évidence une difficulté de collaboration avec certains services comme les services d'onco-pneumologie ou d'hématologie. Néanmoins, l'étude a pu démontrer que le suivi par l'équipe de soins palliatifs était associé à un moindre passage aux urgences ou un moindre passage en réanimation, et moins de chimiothérapie les quinze derniers jours de vie.

Hypothèse de travail :

Depuis l'étude réalisée en 2010 et le renforcement de la communication avec certains services, une plus grande proportion de patients atteints de cancer bénéficie d'un suivi par l'équipe de Soins palliatifs en 2015.

Objectif principal :

Le but de cette étude est donc d'étudier la population atteinte de cancer décédée au CHLS en 2015 et de comparer nos résultats à ceux de 2010 pour évaluer l'accès des patients aux soins palliatifs et la collaboration avec les autres services.

Objectif secondaire :

L'objectif secondaire est de démontrer l'intérêt d'un suivi par l'équipe de soins palliatifs sur la prise en charge médicale de ces patients.

II. MATERIEL ET METHODES

1. Bibliographie

La recherche bibliographique a été faite sur les bases de données Pubmed, ScienceDirect et EM premium. Les documents retenus ont ensuite été regroupés grâce au logiciel Zotero®.

Les principaux mots-clés ont été : « palliative care », « cancer », « referral », « end-of-life », « quality of life ».

Les sites de la Haute Autorité de Santé et de l'OMS ont également été consultés.

2. Type d'étude

Il s'agissait d'une étude épidémiologique, observationnelle, descriptive, rétrospective.

3. Population

La population intéressée était les patients âgés de plus de 18 ans, atteints de cancer et décédés en 2015 au Centre Hospitalier Lyon sud entre le 1^{er} janvier 2015 et le 31 décembre 2015.

4. Critères d'inclusion et d'exclusion

Les critères d'inclusion étaient le fait d'être atteint de cancer et le décès survenant durant la période d'étude, quel qu'en soit le motif.

Les critères d'exclusion étaient un âge inférieur à 18 ans et l'absence de pathologie cancéreuse.

5. Recueil des données

La liste des patients a été obtenue grâce au Département d'Information Médicale (DIM) qui a également pu nous fournir les données démographiques telles que l'âge, le sexe, la date de naissance, la date de décès. Les données concernant le type de cancer, le lieu du décès, la durée du dernier séjour, le nombre et la durée des séjours au cours de la dernière année nous ont également été fournis par le DIM. Enfin, ce dernier a également pu nous renseigner sur les caractéristiques du dernier mois de vie comme l'admission au sein du service des Urgences ou de Réanimation, l'administration de chimiothérapie, la radiothérapie ou la chirurgie.

Le secrétariat du service de soins palliatifs a identifié les patients suivis par l'équipe de soins palliatifs (EMSP et USP confondus).

Les données concernant la date du premier contact avec l'équipe de soins palliatifs et le statut métastatique ont été recueillies par relecture du dossier de chaque patient dans les logiciels Easily® et Cristalnet®.

Les données concernant la consommation d'opioïdes ont été fournies par la Direction du Service d'Information et de l'Informatique des Hospices Civiles de Lyon. Ces données ont ainsi permis de calculer l'Equivalent Morphine Orale moyen du dernier séjour. Malheureusement, ces données concernant les patients décédés en réanimation n'ont pu être récupérées que partiellement, les prescriptions ne se faisant pas sur le même logiciel que les autres services.

Il n'a pas été non plus possible de récupérer les données nous permettant d'évaluer le coût moyen de séjour pour chaque patient.

6. Exploitation des données

Les données ont été saisies grâce au logiciel Microsoft Excel ®.

Les tests statistiques ont été effectués par l'Unité Appui Méthodologique GHE. Les variables catégorielles ont été exprimées en fréquence et en pourcentage. Les variables continues ont été exprimées par leur moyenne ainsi que l'écart-type si elles étaient distribuées. Si elles étaient non distribuées, elles ont été exprimées par leur médiane accompagnée de l'écart interquartile. Les données entre le groupe suivi par l'équipe de soins palliatifs et le groupe

non suivi ont été comparées par le test du Chi² ou par le test exact de Fisher pour les données catégorielles et par le test de Wilcoxon pour les données continues.

Une analyse multivariée incluant l'âge, le sexe, le type de cancer et le statut métastatique a été effectuée afin d'identifier les facteurs indépendants associés à un suivi par l'équipe de soins palliatifs.

Une valeur de p inférieure à 0.05 était considérée comme statistiquement significative.

Les résultats ont ensuite été comparés aux résultats de 2010.

III. RESULTATS

Parmi les patients décédés de cancer au CHLS, 507 étaient atteints de cancer et ont donc constitué notre population.

1. Caractéristiques des patients

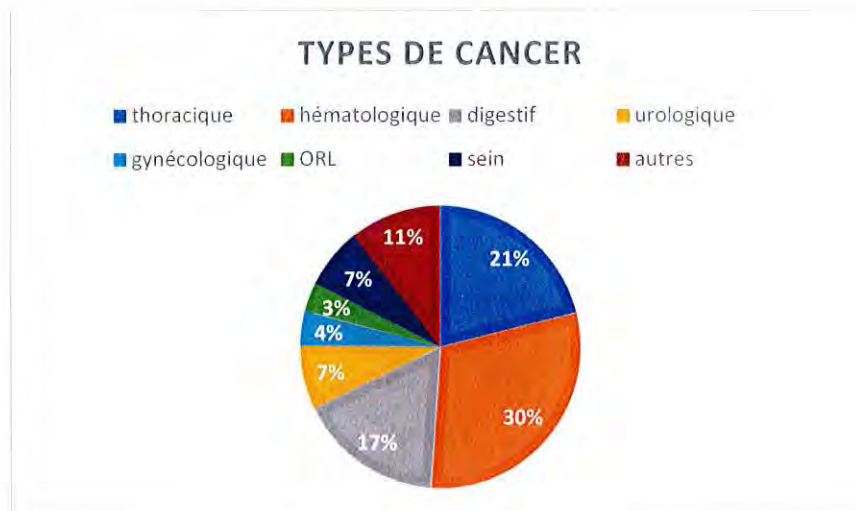
Parmi ces 507 patients, 298 étaient des hommes soit 59 % de notre population. Le sexe féminin était associé à une plus grande probabilité d'un suivi par l'équipe de soins palliatifs (125 femmes soit 46% dans le groupe suivi versus 84 soit 36% dans le groupe non suivi, p 0.01).

La moyenne d'âge était de 67.8 ans (13.7).

Le groupe non suivi par l'équipe de soins palliatifs était significativement plus âgé que le groupe suivi (69.2 (13) ans versus 66.3 (14.2) ans, p 0.02). Parmi notre population, 310 patients soit 61.1% de la population avaient plus de 65 ans dont 164 patients (60.5%) dans le groupe suivi par l'équipe de soins palliatifs et 146 patients (61.8%) dans le groupe non suivi.

Les trois principaux cancers étaient les cancers hématologiques (n = 152, 30%), les cancers thoraciques (n = 107, 21%) et les cancers digestifs (n = 87, 17%).

Figure 1 - Répartition des types de cancer dans la population étudiée



60% des patients (n = 302) avaient un cancer métastatique. En retirant les patients atteints de cancers hématoLOGIQUES, 84.8% des patients atteints de cancer solide avaient un cancer métastatique.

Parmi les 507 patients, 271 patients étaient connus par l'équipe de soins palliatifs soit 53.5%.

L'intervalle entre le premier contact avec l'équipe de soins palliatifs et le décès était en moyenne de 119.2 jours (253.7).

Parmi les patients suivis, 107 patients soit 39.5% étaient connus par l'équipe de soins palliatifs depuis moins de 15 jours dont 37 patients soit 14% connus depuis moins de 3 jours.

En analyse multivariée, on peut voir que l'âge, le type de cancer étaient des facteurs indépendants influençant le suivi par l'équipe de soins palliatifs. Parmi les cancers associés au suivi par l'équipe de soins palliatifs, on retrouve les cancers du sein (OD 1.8 ; IC 95 3.7-31.7 ; p < 0.0001), digestifs (OR 3.5 ; IC 95 1.9-6.5 ; p < 0.0001), urologiques (OD 3.8 ; IC 95 1.7-8.4 ; p 0.001), gynécologiques (OD 3.6 ; IC 95 1.3-10.5 ; p 0.02) et ORL (OD 8.8 ; IC 95 2.5-30.8 ; p 0.0007).

Par contre, le fait d'être atteint d'un cancer hématologique était associé à une probabilité moins importante d'être suivi par l'équipe de soins palliatifs (OD 2.5, IC 95 1.1-5.6, p 0.02).

Par contre, le statut métastatique n'était pas un facteur influençant le suivi par les soins palliatifs.

Table 1 - Analyse multivariée des facteurs associés à un suivi par les soins palliatifs;

	Pas de SP	SP	OR	95%CI	p
	N=236	N=271			
Age			0.984	0.970-0.998	0.02
Sexe					
Femme	84	125	1	/	
Homme	152	146	0.91	0.60-1.38	0.07
Type de cancer					
thorax	71	36	1	/	
sein	5	31	1.8	3.7-31.7	<0.0001
digestif	32	53	3.5	1.9-6.5	<0.0001
urologique	14	23	3.8	1.7-8.4	0.001
gynéco	7	13	3.6	1.3-10.5	0.02
VADS	4	13	8.8	2.5-30.8	0.0007
héματο	84	68	2.5	1.1-5.6	0.02
autres	19	34	3.7	1.8-3.3	0.0003
Métastase					
Non	111	94	1	/	
Oui	125	177	1.75	0.92-3.32	0.09

L'intervalle entre le diagnostic de cancer et le décès était significativement plus long pour le groupe suivi (801.7 jours) que pour le groupe non suivi (612.8 jours) (p < 0.0001).

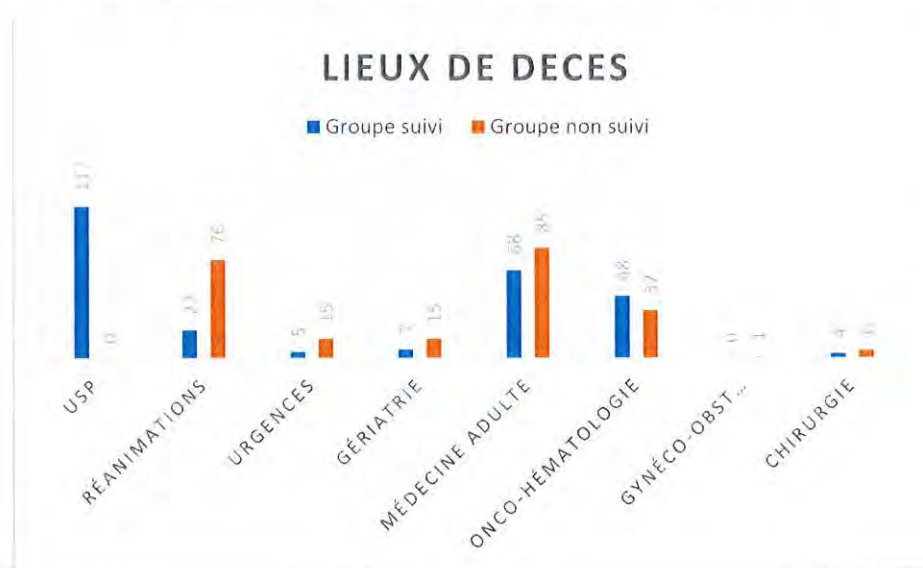
2. Caractéristiques du dernier séjour

La durée moyenne du dernier séjour était de 17.8 (23.4) jours. Il n'y avait pas de différence dans la durée de suivi entre les deux groupes (19.2 (24.6) jours en moyenne pour le groupe suivi versus 16.3 (21.8) jours pour le groupe non suivi; p 0.17).

48 % des patients étaient entrés directement du domicile ($n = 245$). 33% des patients ($n = 167$) étaient entrés via les urgences. 18 % ($n = 93$) avaient été transférés d'un autre centre hospitalier. Le suivi palliatif était associé à une probabilité moins importante d'entrer par les urgences (79 patients (29%) versus 88 patients (37%), p 0.006).

Les résultats montrent aussi que les patients suivis par l'équipe de soins palliatifs étaient moins susceptibles de décéder en réanimation (22 patients (8%) versus 77 (32%), $p < 0.0001$) ou aux urgences (5 patients (2%) versus 15 (7%), p 0.002).

Figure 2 – Répartition des lieux de décès en fonction du suivi palliatif



3. Caractéristiques du dernier mois de vie

Nos résultats ne montrent pas de différence dans le nombre de séjour le dernier mois entre les deux groupes (2.1 (1.7) versus 1.9 (1.3) ; p 0.27). Nous ne retrouvons également pas de différence dans le nombre de patients admis plus d'une fois en hospitalisation dans le dernier

mois de vie (144 (53%) dans le groupe suivi par les soins palliatifs versus 114 (48%) dans le groupe non suivi ; OD 1.21 ; IC 95 0.86-1.72 ; p 0.27).

Par contre, les patients suivis par l'équipe de soins palliatifs étaient moins susceptibles d'être admis aux urgences avec, dans le groupe suivi, 73 patients admis aux urgences (27%) contre 102 patients (43%) dans le groupe non suivi (p 0.0001). Le nombre de patients ayant été admis plus d'une fois aux urgences durant le dernier mois de vie était également significativement inférieur dans le groupe suivi par les soins palliatifs (3 (1%) versus 10 (4%) ; p 0.03).

La même constatation est faite concernant l'admission en réanimation. 40% (n = 95) des patients non suivis par les soins palliatifs ont été admis en réanimation dans le dernier mois de vie contre 11% (n = 30) dans le groupe suivi (p < 0.0001).

Concernant les traitements reçus durant les 15 derniers jours de vie, les patients suivis par l'équipe de soins palliatifs ont été moins susceptibles d'être opérés (9 (3%) versus 30 (13%) ; p < 0.0001). Il n'y a pas de différence concernant le nombre de patients ayant reçu de la radiothérapie : 9 patients dans le groupe suivi (3%) contre 8 patients dans le groupe non suivi (3%), p 0.97.

Concernant l'administration de chimiothérapie durant les 15 derniers jours de vie, 78 patients ont reçu de la chimiothérapie durant cette période soit 15%. 34 patients du groupe suivi par les soins palliatifs (13%) ont reçu de la chimiothérapie durant les 15 derniers jours de vie contre 44 patients dans le groupe non suivi (17%). Notre étude n'a pas pu mettre en évidence de différence statistiquement significative entre les deux groupes (p 0.06). Parmi les patients suivis par l'équipe de soins palliatifs et ayant reçu de la chimiothérapie dans les 15 derniers jours de vie, 6 patients étaient suivis depuis moins de 15 jours.

Une plus grande proportion de patients dans le groupe suivi par l'équipe de soins palliatifs a consommé des opioïdes durant le dernier séjour. En effet, 198 patients (73%) de ce groupe avaient reçu au moins une fois un traitement opioïde contre 107 patients (45%) dans le groupe non suivi par les soins palliatifs. Cette différence est statistiquement significative (p < 0.0001). Le groupe suivi par les soins palliatifs a également reçu des doses plus importantes d'opioïdes durant le dernier séjour puisque la dose journalière moyenne durant le dernier

séjour dans ce groupe était de 121 mg/j contre 41.3 mg/j dans le groupe non suivi par les soins palliatifs ($p < 0.0001$).

4. Caractéristiques de la dernière année

Quand on s'intéresse à la dernière année de vie, on peut voir que le groupe suivi par les soins palliatifs avait un nombre de séjours plus important que le groupe non suivi (17 versus 12, $p < 0.0001$) mais également une durée de séjour au cours de la dernière année plus longue (66.4 jours versus 53.6 jours, $p < 0.0001$) et ce, même après avoir retiré les passages en hôpital de jour (54.5 jours versus 45.6 jours, $p 0.0002$).

5. Comparaison entre les années 2010 et 2015

a. Caractéristiques des patients

Les données sociodémographiques sont relativement comparables entre les années 2010 et 2015 avec une moyenne d'âge à 68 ans en 2010 et 67.8 ans en 2015. Dans les deux études, la proportion de patients âgés de plus de 65 ans est comparable avec 60 % en 2010 contre 61.1% en 2015.

En 2010, 62 % des patients étaient des hommes contre 59 % en 2015.

Si les trois principaux cancers restaient les cancers pulmonaires, digestifs et hématologiques en 2010 et 2015, on observe que la proportion de patients atteints de cancers hématologiques a doublé avec une proportion à 30 % en 2015 contre 14 % en 2010. La proportion des cancers pulmonaires (22 % en 2010 et 21% en 2015) et digestifs (19 % en 2010 et 17 % en 2015) sont stables.

La proportion des patients suivis par l'équipe de soins palliatifs a augmenté : 45 % des patients décédés étaient suivis en 2010 contre 53.5 % en 2015 et cette différence est statistiquement significative.

Table 2 : Comparaison des proportions de patients en soins palliatifs entre 2010 et 2015

	Cohorte 2010	Cohorte 2015	p
Soins palliatifs			
Non	297 (55.4)	236 (46.6)	
Oui	239 (44.6)	271 (53.5)	0.004

On observe une augmentation de l'intervalle entre le premier contact avec l'équipe de soins palliatifs et le décès puisque la moyenne passe de 74 jours à 119 jours.

On retrouve dans les deux cas, une association entre le type de cancer et le suivi palliatif. Dans les 2 études, les cancers gynécologiques, digestifs, urologiques sont associés à un suivi palliatif alors que les cancers hématologiques sont associés à un moindre suivi palliatif.

b. Caractéristiques du dernier séjour

Si dans l'étude de Ledoux *et al*, la durée de la dernière hospitalisation était identique pour les deux groupes (11 jours), dans notre étude le groupe suivi par les soins palliatifs a une durée de séjour plus longue que le groupe non suivi.

Dans les deux études, le fait d'être suivi par l'équipe de soins palliatifs est associé à une probabilité plus faible de décéder en réanimation ou aux urgences.

La proportion de patients décédés aux urgences a été divisée par deux puisqu'en 2010, 43 patients (8 %) sont décédés aux urgences contre 20 patients (4 %) en 2015.

Par contre, la proportion de patients décédés en réanimation a doublé entre 2010 et 2015 puisqu'en 2010 49 patients (9 %) sont décédés en réanimation contre 98 patients (19%) en 2015.

Partant de ce constat, nous nous sommes intéressés aux facteurs associés au décès aux urgences ou en réanimation.

Ainsi, le fait d'être atteint d'une hémopathie maligne était associé à une probabilité plus grande de décéder en réanimation (OD 3.77, IC 95% 1.95-7.28, $p < 0.0001$) alors que le fait d'être suivi par l'équipe de soins palliatifs est associé à une probabilité plus faible de décéder en réanimation (OD 0.17, IC 95% 0.10-0.28, $p < 0.0001$).

Table 3 - Analyse univariée des facteurs de risque de décès en réanimation (urgence exclus)

	Décès ailleurs N=388	Décès en réanimation N=99	OR	95%CI	p
Age	388	99	0.99	0.976-1.008	0.32
Sexe					
Femme	167	35	1	/	
Homme	221	64	1.38	0.87-2.19	0.17
Type de cancer					
thorax	88	14	1	/	/
sein	33	2	0.38	0.08-1.77	0.22
digestif	66	14	1.33	0.59-2.98	0.48
urologique	30	6	1.26	0.44-3.56	0.67
gynéco	18	2	0.70	0.15-3.34	0.65
VADS	13	4	1.93	0.55-6.78	0.30
héματο	90	54	3.77	1.95-7.28	<0.0001
autres	50	3	0.38	0.10-1.38	0.14
Métastases hors hemato					
Non	42	11	1	/	
Oui	256	34	0.51	0.24-1.08	0.08
Soins palliatifs					
Non	144	77	1	/	
Oui	244	22	0.17	0.10-0.28	<0.0001

Concernant les décès aux urgences, le fait d'être suivi par l'équipe de soins palliatifs est associé à une probabilité plus faible de décéder aux urgences (OD 0.20, IC 95% 0.7-0.55, p 0.002).

Table 4- analyse univariée des facteurs de risque de décès en urgence (réa exclus)

	Décès ailleurs N=388	Décès aux urgences N=20	OR	95%CI	p
Age	388	20	1.087	1.038- 1.137	0.0004
Sexe					
Femme	167	7	1	/	
Homme	221	13	1.40	0.55-3.59	0.48
Type de cancer					
thorax	88	5	1	/	/
sein	33	1	0.23	0.06-4.74	0.57
digestif	66	5	1.33	0.37-4.80	0.66
urologique	30	1	0.59	0.07-5.22	0.63
gynéco	18	0	/	/	/
VADS	13	0	/	/	/
héματο	90	8	1.56	0.498-4.97	0.44
autres	50	0	/	/	/
Métastases (non hemato)					
Non	42	1	1	/	
Oui	256	11	1.81	0.23-14.34	0.58
Soins palliatifs					
Non	144	15	1	/	
Oui	244	5	0.20	0.07-0.55	0.002

c. Caractéristiques du dernier mois de vie

Dans les deux études, le groupe suivi par les soins palliatifs a une durée de séjour cumulée sur la dernière année plus longue que le groupe non suivi.

Par rapport à l'étude de 2010, notre étude retrouve une proportion moins importante de patients hospitalisés plus d'une fois durant le dernier mois de vie (69% en 2010 contre 51% en 2015).

Dans les deux études, le suivi par l'équipe de soins palliatifs est associé à une diminution du nombre de patients admis plus d'une fois aux urgences ou admis au moins une fois en réanimation.

La proportion de patients recevant de la chimiothérapie dans les quinze derniers jours de vie est stable entre 2010 et 2015 (15%). Si en 2010, le fait d'être suivi par l'équipe de soins palliatifs est associé à une moindre probabilité de recevoir de la chimiothérapie dans les quinze derniers jours de vie (22 patients (9 %) dans le groupe suivi contre 59 patients (19 %) dans le groupe non suivi, $p < 0.001$), notre étude ne permet pas de retrouver cette différence entre les deux groupes.

En 2010 comme en 2015, les patients suivis par l'équipe de soins palliatifs étaient moins susceptibles d'être opérés. Par contre, il n'existe pas de différence entre les deux groupes concernant la radiothérapie en 2010 et 2015.

Enfin, concernant la consommation d'opioïdes, dans les deux études, le suivi palliatif était associé à une plus grande probabilité de recevoir un traitement par opioïdes (en 2010, 98% des patients suivis avaient reçu un tel traitement contre 61% des patients non suivis, $p < 0.001$).

IV. DISCUSSION

1. Caractéristiques des patients

La population de patients atteints de cancer et décédés au CHLS reste identique en termes d'âge et de sexe entre 2010 et 2015.

Le groupe suivi par les soins palliatifs est significativement plus jeune que le groupe non suivi.

La proportion de patients âgés de plus de 65 ans reste importante dans cette étude puisqu'ils représentent 61.1 % des patients. Cependant, une très faible proportion de patients décèdent en service de gériatrie puisque cela ne concernent que 4.3 % des patients. Ce constat peut être interprété comme une faible collaboration entre les équipes d'oncologie et les équipes de gériatrie. Or ces patients sont souvent poly pathologiques et cette caractéristique interfère avec leur prise en charge oncologique. En effet, la prise en charge de ces patients nécessite à la fois une équipe formée aux problématiques spécifiques liées à l'âge et une équipe formée aux problématiques spécifiques liées au traitement du cancer. Plusieurs études se sont intéressées à l'intérêt d'un bilan gériatrique chez les patients âgés atteints de cancer (26–28). Un tel bilan permet ainsi d'anticiper les effets secondaires liés aux traitements mais surtout d'adapter le traitement par une meilleure évaluation des comorbidités du patient. Un bilan gériatrique peut également aboutir à des interventions non en lien avec la pathologie oncologique mais en lien avec des problématiques purement gériatriques qui peuvent être sous-évaluées lors d'une évaluation purement oncologique. Ainsi, le développement de structures d'oncogériatrie semble indispensable. Par exemple, au CHLS, une équipe mobile de soins palliatifs en gériatrie est en cours de création et permettrait ainsi de faire le lien entre les équipes d'oncologie et de gériatrie.

On constate en 2015, comme en 2010, une répartition déséquilibrée des décès entre les hommes et les femmes avec 59 % d'hommes contre 41 % de femmes, ce qui est concordant avec les données de l'Inserm de 2008 (3). Cette répartition s'explique par le fait que le cancer pulmonaire reste la principale cause de décès par cancer en France. Or, même si on constate une nette augmentation du nombre de cancers du poumon chez les femmes de 45 à 64 ans, ce cancer reste néanmoins plus fréquent chez les hommes avec un taux de décès lié au cancer pulmonaire quatre fois supérieur chez les hommes.

En analyse univariée, le sexe féminin est associé à un meilleur suivi par l'équipe de soins palliatifs. Cette différence entre le groupe suivi et le groupe non suivi peut s'expliquer par la répartition des différents types de cancer entre ces deux groupes. En effet, le groupe non suivi par l'équipe de soins palliatifs compte un nombre plus important de cancer thoracique qui touche de façon préférentielle les hommes alors que le groupe suivi par l'équipe de soins palliatifs compte un nombre plus important de cancer du sein et de cancers gynécologiques.

Après avoir retiré les patients atteints d'hémopathie maligne, le statut métastatique en 2015 n'est pas un facteur influençant le suivi palliatif, contrairement aux données de la littérature (29). En effet, l'évolution métastatique est souvent considérée comme un facteur déclenchant la mise en place d'un suivi par une équipe de soins palliatifs.

La proportion de patients suivis par l'équipe de soins palliatifs a augmenté entre 2010 et 2015. 53.5% des patients avaient bénéficié d'un suivi palliatif dans notre étude, ce qui est légèrement supérieur aux chiffres trouvés dans la littérature (30). La durée de suivi a également augmenté entre 2010 et 2015. En 2015, la moyenne de suivi était presque de 4 mois. Ceci peut peut-être s'expliquer par une meilleure collaboration avec les équipes d'oncologie. Cependant, nos résultats montrent que le type de cancer a une influence sur la probabilité de suivi par une équipe de soins palliatifs.

L'équipe de soins palliatifs a suivi seulement un tiers des patients atteints de cancer thoracique. Pourtant, l'espérance de vie est faible et les symptômes sont souvent nombreux parmi ces patients (31–34). De plus, des études ont démontré l'intérêt d'une prise en charge palliative précoce chez les patients atteints de cancers pulmonaires (6,9). Une des hypothèses pouvant expliquer ce faible taux de suivi par l'équipe de soins palliatifs des patients atteints de cancer pulmonaire est que les équipes d'onco-pneumologie ne ressentent pas le besoin de faire appel à une équipe spécialisée.

Le fait d'être atteint d'une hémopathie maligne est également associé à un moindre suivi palliatif. Néanmoins, l'équipe de soins palliatifs a suivi près de 45 % de ces patients, ce qui suggère quand même un certain degré de collaboration. Plusieurs études montrent également que les patients atteints d'hémopathies malignes sont moins susceptibles d'être suivis par une équipe de soins palliatifs (23,30). Pourtant, les patients atteints de cancers hématologiques ne sont pas forcément moins symptomatiques que les patients atteints de cancers solides. Dans son étude rétrospective (35), Fadul *et al* a comparé l'intensité des symptômes parmi un groupe de patients atteints d'hémopathie maligne et un groupe de

patients atteints de cancers solides au moment de leur premier contact avec une équipe de soins palliatifs. Il n'a pas mis en évidence de différence entre les deux groupes.

Néanmoins il semble plus difficile d'identifier le caractère avancé de ces maladies et de reconnaître le moment de la fin de vie chez ces patients (36–38). Premièrement, une des particularités des cancers hématologiques est leur grande chimio-sensibilité permettant d'espérer un contrôle de la maladie, et ce même après plusieurs rechutes et plusieurs lignes de traitement. Ainsi, partant de ce fait, les médecins hématologues avouent avoir des difficultés à ne pas proposer une autre ligne de chimiothérapie. Donc, si une récurrence après plusieurs lignes de traitement est souvent, dans le cadre d'un cancer solide, le déclencheur d'un suivi par une équipe de soins palliatifs, ce n'est pas forcément le cas pour les patients d'hématologie. Un autre argument avancé est que ces patients sont plus susceptibles de présenter une complication aiguë en lien avec les traitements reçus pouvant faire basculer leur pronostic en quelques heures.

Il faut cependant rappeler que l'efficacité d'une équipe de soins palliatifs ne se limite pas à la prise en charge de la fin de vie et qu'il est même recommandé d'instaurer ce suivi le plus précocement possible, en même temps que les traitements curatifs. L'étude de El Jawahri (39) et al s'est intéressé à l'effet d'un suivi par une équipe de soins palliatifs dans les suites d'une greffe de moelle osseuse. Il a été mis en évidence une amélioration de la qualité de vie et une diminution des symptômes dépressifs 15 jours après la greffe. Ainsi cette étude confirme le rôle d'une équipe de soins palliatifs dans la prise en charge de ces patients, et ce même lorsque le but des traitements reste curatif.

Si la durée de suivi a augmenté en 2015, une proportion non négligeable des patients a été suivis moins de 15 jours par l'équipe de soins palliatifs. Or, ce court délai ne permet probablement pas aux patients de bénéficier de l'intervention d'une équipe de soins palliatifs. Plusieurs études se sont intéressées au moment idéal de prise en charge par une équipe de soins palliatifs. Le bénéfice d'un suivi instauré dès le moment du diagnostic de cancer avancé a été montré par plusieurs études (6,7) et fait partie des recommandations de l'ASCO (19,20). D'autres études comparant l'instauration d'un suivi précoce et d'un suivi tardif (plus de 3 mois après le diagnostic de cancer avancé) suggèrent que les bénéfices sont d'autant plus importants que le suivi commence tôt (40–42).

La difficulté à reconnaître le bon moment pour débiter un suivi par une équipe de soins palliatifs et le manque de critères standardisés sont des barrières fréquemment évoquées

par les oncologues (30,43). En effet, il existe peu de consensus sur les critères devant faire débiter rapidement un tel suivi. Dans l'étude d'Adelson *et al* (44), l'équipe de soins palliatifs était sollicitée quand un patient hospitalisé présentait un ou plusieurs critères parmi : un cancer avancé, c'est-à-dire de stade 4 ou de stade 3 en cas de cancer pulmonaire ou pancréatique, une hospitalisation antérieure durant le mois précédent, une hospitalisation de plus de 7 jours ou des symptômes non contrôlés. Les résultats retrouvaient une diminution du taux de réadmission dans le mois suivant et une diminution de l'index de mortalité. Cependant, ces critères ne permettent pas de cibler les patients atteints de cancer à un stade plus précoce mais qui relèveraient d'une prise en charge par une équipe de soins palliatifs. De plus, la mise en pratique de ces critères est susceptible de submerger les ressources des équipes de soins palliatifs en place. Cela pointe également la nécessité de soins palliatifs primaires dispensés par les oncologues. En effet, le nombre de patients atteints et présentant au mois un des critères cités ci-dessus ne cesse d'augmenter. L'Observatoire national de la fin de vie (45) estime par exemple que les deux tiers des patients décédés de maladie en 2008 étaient susceptibles de relever d'une prise en charge palliative et que les patients atteints de cancer représentaient la moitié de ces patients. Néanmoins, la gestion basique des symptômes physiques et psychologiques et les discussions autour du pronostic et des objectifs de traitement font partie des compétences de l'équipe d'oncologie en charge du patient et peuvent être dispensées par elle. Le recours à une équipe spécialisée de soins palliatifs se ferait alors en cas de symptômes physiques réfractaires, de symptômes dépressifs complexes ou de situations conflictuelles entre l'équipe soignante et la famille ou entre membres de l'équipe soignante concernant les objectifs de traitement (46).

Notre étude a également montré une augmentation de l'intervalle entre le diagnostic de cancer et le décès dans le groupe suivi par l'équipe de soins palliatifs. Il est possible que ce résultat soit uniquement lié à une différence entre les deux groupes. Par exemple, le groupe non suivi est statistiquement plus vieux que le groupe suivi pouvant expliquer un décès plus précoce dans le groupe non suivi.

2. Caractéristiques du dernier séjour

La durée moyenne du dernier séjour apparaît plus longue pour le groupe suivi par l'équipe de soins palliatifs dans notre étude. Une des explications peut se trouver dans le profil des patients. En effet, nous pouvons imaginer que les patients suivis par l'équipe sont des

patients présentant des symptômes plus difficiles à gérer et donc nécessitant plus de temps pour être pris en charge.

On constate, dans notre étude comme en 2010, qu'une grande partie des patients a été hospitalisée en provenance directe du domicile et qu'il existe une association significative entre ce mode d'entrée et le suivi palliatif. Ceci souligne de nouveau l'effort que font les services pour éviter à leurs patients, souvent symptomatiques et fragilisés par la maladie et les traitements, un passage par un service d'urgence. Le passage aux Urgences est également synonyme de situation rendant le maintien à domicile difficile soit par l'apparition de symptômes gênants soit par une dégradation progressive mais trop importante de l'état général. Nos résultats suggèrent que le suivi par une équipe de soins palliatifs facilite la coordination des soins entre le domicile et l'hôpital.

La proportion de patients décédant aux urgences a été divisée par deux entre 2010 et 2015 alors que la proportion de patients décédant en réanimation a doublé. Là encore, il existe une association significative entre le suivi palliatif et le décès dans ces deux services.

Etonnés par l'augmentation du nombre de décès en réanimation, nous nous sommes intéressés au profil des patients concernés et les résultats montrent que la majorité de ces patients étaient atteints d'hémopathie maligne.

Ces résultats sont concordants avec les données de la littérature suggérant que les patients atteints d'hémopathie maligne sont plus susceptibles de recevoir des thérapeutiques agressives en fin de vie ou de mourir en unité de soins intensifs (30,38). Une explication possible est que ces patients sont plus fréquemment susceptibles de présenter une complication aiguë en lien avec les traitements reçus. Par exemple, après une greffe de moelle osseuse, le risque de présenter une complication grave type infectieuse ou hémorragique est grand. Or, une greffe de moelle osseuse se faisant dans l'espoir d'une guérison complète, il paraît licite d'avoir une prise en charge plus agressive. Néanmoins, comme dit précédemment, il est souvent difficile d'évaluer le caractère avancé de ces patients et il se peut aussi qu'une partie de ces décès en réanimation soit liée à une mauvaise évaluation de l'avancement de la maladie et à une non reconnaissance de l'entrée en fin de vie.

3. Caractéristiques du dernier mois

Des critères d'agressivité en fin de vie ont été identifiés par Earle et al comme plus d'une hospitalisation, l'admission en réanimation ou plus d'une admission dans un service d'urgence le mois précédent le décès ou l'administration de chimiothérapie dans les quinze derniers jours de vie (22,23).

Dans notre étude, le suivi par l'équipe de soins palliatifs diminuait l'agressivité de la prise en charge des patients en fin de vie. En effet, les patients suivis par l'équipe de soins palliatifs étaient moins admis aux Urgences ou en Réanimation que le groupe non suivi. Ces résultats confirment ceux de 2010 et sont concordant avec les résultats de plusieurs études (47–49).

Une prise en charge agressive en fin de vie conduit à une mauvaise qualité de vie pour les patients mais également à des difficultés de deuil pour leur famille (50,51).

L'intégration d'une équipe de soins palliatifs dans la prise en charge des patients facilite les discussions autour du but des traitements permettant au patient de mieux comprendre sa maladie et son pronostic (52). Ceci peut ainsi permettre une diminution de l'agressivité de la prise en charge en fin de vie(53). Enzinger (54) a étudié l'impact d'une discussion autour du pronostic sur la perception des patients de leur espérance de vie, sur leur choix de traitements, sur leur bien-être psychologique et sur la qualité de la relation médecin-patient. Il a montré que seuls 17% des patients avaient discuté de leur pronostic avec leur médecin alors que 71% souhaitaient une telle discussion. Dans cette étude, 86.5% des patients surestimaient leur espérance de vie, parfois de plusieurs années. Les patients ayant eu une information concernant leur pronostic étaient plus susceptibles de reconnaître le caractère terminal de leur maladie et donc de choisir une prise en charge orientée sur le confort. En revanche, ces discussions ne semblaient pas pourvoyeuses de tristesse ou d'anxiété parmi les patients et ne semblaient pas altérer la relation médecin-patient.

Dans notre étude, les patients suivis par l'équipe de soins palliatifs recevaient moins de chimiothérapie durant les 15 derniers jours (13% versus 17%) mais cette différence n'était pas significative. Néanmoins, parmi les patients suivis par l'équipe de soins palliatifs et ayant reçu de la chimiothérapie, six étaient suivis depuis moins de 15 jours. Or, on peut imaginer qu'un suivi si court n'a pas pu influencer la prise en charge des patients. Par exemple, dans l'étude de Jang (47), plus les patients avaient bénéficié de consultations avec une équipe de soins palliatifs, moins leur prise en charge en fin de vie était agressive. Yoong (55) a étudié l'évolution dans le temps du contenu des consultations entre un patient et un médecin de soins palliatifs. Si les consultations initiales se concentrent sur la construction d'une relation

médecin-patient de confiance, elles s'attachent aussi à améliorer la compréhension de la maladie, du pronostic et des objectifs des traitements.

Autre point important, notre étude ne prenait en compte que les chimiothérapies intraveineuses. Or, il existe de nouveaux traitements per os, ayant moins d'effets secondaires et qui sont donc susceptibles d'être poursuivis de façon plus tardive. Il aurait été intéressant de prendre en compte ces chimiothérapies per os afin d'avoir un reflet plus précis de l'utilisation de la chimiothérapie en fin de vie dans notre centre hospitalier.

Concernant le reste des traitements, il n'existait pas de différence dans le nombre de patients bénéficiant de radiothérapie dans les 15 derniers jours de vie. Ceci était déjà le cas dans l'étude de M.LEDOUX en 2010. La radiothérapie peut avoir un but purement symptomatique. Ainsi elle peut être réalisée à visée antalgique ou hémostatique. Néanmoins, pour voir un bénéfice d'un tel traitement, le patient doit avoir une espérance de vie de 2 à 4 semaines, la radiothérapie n'ayant pas un effet immédiat (56). Cela interroge sur les motifs de traitement par radiothérapie parmi les patients de notre étude et met de nouveau en avant la difficulté à estimer l'espérance de vie d'un patient, et ce même en cas de suivi par une équipe de soins palliatifs.

Enfin, le suivi palliatif est associé à une augmentation significative de la consommation des opioïdes (EMO à 121mg/j contre 41mg/j). Ce résultat peut être interprété de deux manières. Les équipes de soins palliatifs étant spécialisées dans la prise en charge des symptômes liés au cancer, il est possible que les patients suivis aient bénéficié d'une prise en charge plus adaptée de leur douleur.

Mais ce résultat peut aussi être lié à un biais de recrutement. En effet, la douleur est un des symptômes les plus prévalent chez les patients atteints de cancer (4,10,11,57) et sa prise en charge est souvent un facteur déclenchant la mise en place d'un suivi palliatif. Ainsi, on peut penser que les patients suivis par l'équipe de soins palliatifs expérimentaient des douleurs plus importantes que les patients non suivis, expliquant une telle différence dans la consommation d'opioïdes.

4. Caractéristiques de la dernière année de vie

Notre étude retrouve un nombre de séjours et une durée de séjour plus longue la dernière année de vie pour le groupe suivi par l'équipe de soins palliatifs.

Nous pouvons formuler l'hypothèse que les patients du groupe suivi étaient plus symptomatiques nécessitant donc un recours plus fréquent à l'hospitalisation pour contrôler leurs symptômes.

5. Limites de l'étude

Notre étude étant une étude rétrospective, observationnelle, descriptive, le niveau de preuve est faible d'après la classification de la HAS (niveau de preuve 4) (58).

Le caractère rétrospectif de notre étude est sa première limite, rendant les données recueillies moins fiables. De plus, nous avons rencontré des difficultés à recueillir certaines données. Par exemple, il nous manquait une partie non négligeable des données concernant la consommation d'opioïdes parmi les patients décédés en réanimation, rendant la comparaison entre les deux groupes difficile.

Notre étude était monocentrique ce qui représente également une limite puisque cela rend la généralisation de nos résultats difficile.

Enfin, il existe un biais de recrutement puisque notre étude ne s'intéressait qu'aux patients décédés à l'hôpital mais ne tenait pas compte des patients décédés dans d'autres lieux, comme le domicile.

6. Perspectives

La comparaison de nos résultats à ceux de M. LEDOUX en 2010 a permis de faire un point sur la prise en charge palliative des patients atteints de cancer pris en charge au CHLS. La mise en avant de difficultés de collaboration avec certains services pourrait nous permettre de renforcer la communication avec ces services, comme par exemple avec les services

d'hématologie. Il pourrait être intéressant de répéter cette étude afin de réévaluer régulièrement la prise en charge palliative des patients.

Nous avons été surpris par le nombre de patients décédés en réanimation puisque ce dernier a doublé entre 2010 et 2015. Une étude est en cours afin de voir si, parmi ces mutations en réanimation, certaines étaient évitables.

V. CONCLUSION



Nom, prénom du candidat : PECHARD-BUGLIERY Estelle

CONCLUSIONS

Les soins palliatifs ont pour mission d'améliorer la qualité de vie des patients et de leur entourage. Les recommandations actuelles de l'ASCO préconisent un accès précoce aux soins palliatifs pour les patients atteints de cancer avancé. En effet, plusieurs études ont montré que les soins palliatifs permettent une amélioration de la qualité de vie et même une augmentation de la durée de survie. Des critères de mauvaise prise en charge en fin de vie ont également été identifiés comme l'admission en réanimation ou plus d'une admission dans un service d'urgence le mois précédent le décès ou l'administration de chimiothérapie dans les quinze derniers jours de vie.

En 2010, M. LEDOUX avait déjà étudié l'accès aux soins palliatifs des patients atteints de cancer et décédés au CHLS ainsi qu'aux conséquences sur la qualité de la fin de vie.

Le but de cette étude était d'étudier la population atteinte de cancer décédée au CHLS en 2015 et de comparer nos résultats à ceux de 2010 pour évaluer l'évolution de l'accès des patients aux soins palliatifs et les conséquences sur les critères d'agressivité des soins en fin de vie.

Notre étude s'est intéressée aux patients âgés de plus de 18 ans, atteints de cancer et décédés en 2015 au Centre Hospitalier de Lyon Sud. Les données concernant leur prise en charge ont été obtenues grâce au Département d'Informations Médicales, à la Direction du Service d'Information et de l'Informatique des Hospices Civils de Lyon et au secrétariat du service de soins palliatifs.

Les données sociodémographiques étaient relativement comparables entre les années 2010 et 2015 avec une moyenne d'âge à 67.8 ans en 2015 et une mortalité masculine plus importante. Si les trois principaux cancers restaient les cancers pulmonaires, digestifs et hématologiques en 2015, on observait que la proportion de patients atteints d'hémopathie maligne a doublé entre les deux années liées au transfert du service d'hématologie du centre hospitalier Edouard Herriot.

Par contre, la proportion des patients suivis par l'équipe de soins palliatifs a augmenté passant de 45 % des patients décédés en 2010 contre 53.5 % en 2015 et cette différence était significative (p 0.004). On observait également une augmentation de l'intervalle entre le premier contact avec l'équipe de soins palliatifs et le décès puisque la moyenne passait de 74 jours à 119 jours.

On retrouvait de nouveau en 2015 une association entre le type de cancer et le suivi palliatif. Comme en 2010, les patients avec un cancer du sein avaient 12 fois plus de chances de bénéficier d'un suivi palliatif que les cancers pulmonaires. Les patients atteints d'hémopathie maligne étaient également moins susceptibles d'être suivis par l'équipe de soins palliatifs.

Comme en 2010, le suivi par l'équipe de soins palliatifs était associé à une probabilité moins importante de décéder ou d'être admis aux Urgences ou en Réanimation durant le dernier mois de vie. Par contre, si les patients suivis recevaient moins de chimiothérapie les 15 derniers jours de vie (13% versus 17%), ce chiffre n'était pas significatif contrairement à 2010.

Par ailleurs le suivi palliatif était associé à une augmentation significative de la consommation des opioïdes (EMO à 121mg/j contre 41mg/j) suggérant que la douleur reste un signe d'appel des soins palliatifs.

Fait marquant, le nombre de patients décédés en Réanimation a doublé entre 2010 et 2015 (50 patients versus 100 patients) et cette augmentation est liée aux patients atteints d'hémopathie maligne, en effet pour ces patients recevant des greffes de moelle le traitement est maximal en cas d'aggravation. Une étude plus approfondie des dossiers permettrait de rechercher si, parmi ces mutations en réanimation, certaines étaient évitables.

En conclusion, si la proportion et la durée du suivi des patients atteints de cancer par l'équipe de soins palliatifs a augmenté depuis 2010, suggérant une amélioration de la collaboration avec les équipes en charge des patients atteints de cancer, il persiste une disparité d'accès aux soins palliatifs. Les efforts de collaboration avec les équipes impliquées sont donc à poursuivre.

Enfin, tout comme en 2010, nos résultats suggèrent que l'intégration d'une équipe de soins palliatifs dans la prise en charge de patients atteints de cancer a une répercussion positive sur leur qualité de vie notamment en diminuant l'agressivité de leur prise en charge en fin de vie.

Le Président de la thèse,

Nom et Prénom du Président

Signature



Professeur François-Noël GILLY


Pour le Président de l'Université
Le Doyen de l'UFM de Médecine Lyon Est

Professeur Gilles RODE

Vu et permis d'imprimer
Lyon, le 22 SEP. 2017

VI. ANNEXES

Annexe 1 : Description de l'échantillon et analyse univariée de facteurs associés aux soins palliatifs

- Année 2015

	Suivi SP (n = 271) n (%)	Pas suivi SP n = 236 n (%)	Total n = 507 n (%)	OR	IC 95%	p value
Sexe						
Female	125 (46)	84 (36)	209 (41)	1	/	
Male	146 (54)	152 (64)	298 (59)	0.65	0.45-0.92	0.01*
Age moyenne (écart-type)	66.3 (14.2)	69.2 (13.0)	67.8 (13.7)	0.985	0.972-0.998	0.02*
Age						
<65	97 (35.8)	84 (35.6)	181 (35.7)	1	/	0.96
>=65	174 (64.2)	152 (64.4)	326 (64.3)	0.99	0.69-1.43	
Durée suivi SP moyenne (écart-type)	119.2 (253.7)	/	119.2 (253.7)			
Suivi SP < ou = 3 jours	37 (14)	/				
Type de KC						
thorax	36 (13)	71 (30)	107 (21)	1	/	
sein	31 (11)	5 (2)	36 (7)	12.2	4.4-34.1	
digestif	53 (20)	32 (14)	85 (17)	3.3	1.8-5.9	
urologique	23 (8)	14 (6)	37 (7)	3.2	1.5-7.0	<0.0001*
gynéco	13 (5)	7 (3)	20 (4)	3.7	1.3-10.0	
VADS	13 (5)	4 (2)	17 (3)	6.4	1.9-21.1	
héματο	68 (25)	84 (36)	152 (30)	1.6	0.9-2.7	
autres	34 (13)	19 (8)	53 (10)	3.3	1.8-7.0	
Métastases hors héματο n = 355						
oui	177 (87)	124 (81.6)	301 (84.8)	1.54	0.86-2.75	0.15*
non	26 (13)	28 (18.4)	54 (15.2)	1		
Mode d'entrée						
domicile	149 (55)	96 (41)	245 (48)	1	/	
Urgences	79 (29)	88 (37)	167 (33)	0.51	0.31-0.82	0.006
Hôpital	41 (15)	52 (22)	93 (18)	0.58	0.39-0.86	0.007
non connu	2 (1)	0 (0)	2 (0,4)	/	/	/
Lieu de décès						
USP	117 (43.2)	0 (0)	117 (23.1)			<0.0001*
Réanimations	22 (8.1)	77 (32.6)	99 (19.5)			
Urgences	5 (1.8)	15 (6.4)	20 (3.9)			
gériatrie	7 (2.6)	15 (6.4)	22 (4.3)			
Médecine	68 (25.1)	85 (36.0)	153 (30.2)			
Onco-hématologie	48 (17.7)	37 (15.7)	85 (16.8)			

Gynécologie-obstétrique	0 (0.0)	1 (0.4)	1 (0.2)			
Chirurgie	4 (1.5)	6 (2.5)	10 (2.0)			
Durée dernier séjour (moyenne)	19.2 (24.6)	16.3 (21.8)	17.8 (23.4)	1.006	0.998-1.014	0.17#
Délai entre décès et date de diagnostic du cancer (moyenne)	801.7 (781.3)	612.8 (787.4)	713.8 (789.0)		NA	<0.0001#
Hospitalisation dernier mois						
> 1 hospitalisation dernier mois	144 (53)	114 (48)	258 (51)	1.21	0.86-1.72	0.27*
Nombre séjour dernier mois (moyenne)	2.1 (1.7)	1.9 (1.3)	2.0 (1.5)	1.088	0.967-1.225	0.27#
Nombre séjour dernière année (moyenne)	17	12	14.3 (15.6)	1.024	1.010-1.038	<0.0001#
Durée séjour dernière année (moyenne)	66.4 (47.0)	53.6 (46.6)	60.5 (47.2)	1.006	1.002-1.010	<0.0001#
Durée séjour dernière année sans HJ (moyenne)	54.5 (42.7)	45.6 (42.4)	50.4 (42.8)	1.005	1.001-1.010	0.02#
Passage urgence dernier mois	73 (27)	102 (43)	175 (35)	0.48	0.33-0.70	0.0001*
> 1 passage urgence dernier mois	3 (1)	10 (4)	13 (3)	0.25	0.07-0.93	0.03*
Nombre urgence dernier mois (moyenne)	1.0 (0.2)	1.1 (0.4)	1.1 (0.3)	0.500	0.357-0.698	0.15#
Passage réa dernier mois	30 (11)	95 (40)	125 (25)	0.18	0.12-0.29	<0.0001*
> 1 passage réa dernier mois	7 (3)	27 (11)	34 (6.7)	0.2	0.09-0.48	<0.0001*
Nombre réa dernier mois (moyenne)	1.3 (0.5)	1.3 (0.5)	1.3 (0.5)	0.831	0.368-1.877	0.61#
Rx dernier mois	17 (6)	14 (6)	26 (5)	1.02	0.45-2.24	0.97*
Rx dernière quinzaine	9 (3)	8 (3)	17 (3)	0.98	0.37-2.58	0.97*
Chirurgie le dernier mois	28 (10)	41 (17)	69 (14)	0.55	0.33-0.92	0.02*
Chirurgie dernière quinzaine	9 (3)	30 (13)	39 (8)	0.24	0.11-0.51	<0.0001*
Chimio dernière quinzaine	34 (13)	44 (17)	78 (15)	0.63	0.38-1.02	0.06*
Consommation opioïdes**	198 (73)	107 (45)	305 (60)	3.27	2.26-4.74	<0.0001*
morphine PO	67	31	98 (32)	1.25	0.75-2.09	0.39*
morphine IV	130	79	209 (69)	0.68	0.40-1.14	0.14*
oxycodone PO	45	22	67 (22)	1.14	0.64-2.02	0.66*
oxycondone IV	55	15	70 (23)	2.36	1.26-4.42	0.006*
fentanyl patch	54	15	69 (23)	2.3	1.23-4.31	0.008*
fentanyl TM	22	2	24 (8)	6.56	1.51-28.5	0.004*
EMO (moyenne)	121.0 (198.4)	41.3 (49.7)	93.1 (166.8)	1.008	1.004-1.012	<0.0001#

*chisquare test # wilcoxon test

VII. BIBLIOGRAPHIE

1. Définition et organisation des soins palliatifs en France [Internet]. [cité 8 oct 2017]. Disponible sur: /rubrique/definition-et-organisation-des-soins-palliatifs-en-france
2. De Broucker D. De la circulaire Laroque du 26 août 1986 au programme de développement des soins palliatifs (2008-2012). *Liaisons - Asp.* déc 2009;(40):24- 8.
3. InVS | BEH n°22 (7 juin 2011). Données sur la mortalité en France : principales causes de décès en 2008 et évolutions depuis 2000 [Internet]. [cité 8 oct 2017]. Disponible sur: <http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2011/22/index.htm>
4. Teunissen SCCM, Wesker W, Kruitwagen C, de Haes HCJM, Voest EE, de Graeff A. Symptom prevalence in patients with incurable cancer: a systematic review. *J Pain Symptom Manage.* juill 2007;34(1):94- 104.
5. Bakitas M, Lyons KD, Hegel MT, Balan S, Brokaw FC, Seville J, et al. Effects of a palliative care intervention on clinical outcomes in patients with advanced cancer: the Project ENABLE II randomized controlled trial. *JAMA.* 19 août 2009;302(7):741- 9.
6. Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, Gallagher ER, Admane S, Jackson VA, et al. Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *N Engl J Med.* 19 août 2010;363(8):733- 42.
7. Zimmermann C, Swami N, Krzyzanowska M, Hannon B, Leigh N, Oza A, et al. Early palliative care for patients with advanced cancer: a cluster-randomised controlled trial. *Lancet Lond Engl.* 17 mai 2014;383(9930):1721- 30.
8. Ferrell B, Sun V, Hurria A, Cristea M, Raz DJ, Kim JY, et al. Interdisciplinary Palliative Care for Patients With Lung Cancer. *J Pain Symptom Manage.* déc 2015;50(6):758- 67.
9. Temel JS, Greer JA, El-Jawahri A, Pirl WF, Park ER, Jackson VA, et al. Effects of Early Integrated Palliative Care in Patients With Lung and GI Cancer: A Randomized Clinical Trial. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol.* 10 mars 2017;35(8):834- 41.
10. Strasser F, Sweeney C, Willey J, Benisch-Tolley S, Palmer JL, Bruera E. Impact of a half-day multidisciplinary symptom control and palliative care outpatient clinic in a comprehensive cancer center on recommendations, symptom intensity, and patient satisfaction: a retrospective descriptive study. *J Pain Symptom Manage.* juin 2004;27(6):481- 91.
11. Modonesi C, Scarpi E, Maltoni M, Derni S, Fabbri L, Martini F, et al. Impact of palliative care unit admission on symptom control evaluated by the edmonton symptom assessment system. *J Pain Symptom Manage.* oct 2005;30(4):367- 73.
12. Braitheh F, El Osta B, Palmer JL, Reddy SK, Bruera E. Characteristics, findings, and outcomes of palliative care inpatient consultations at a comprehensive cancer center. *J Palliat Med.* août 2007;10(4):948- 55.
13. Yennurajalingam S, Urbauer DL, Casper KLB, Reyes-Gibby CC, Chacko R, Poulter V, et al. Impact of a palliative care consultation team on cancer-related symptoms in advanced cancer patients referred to an outpatient supportive care clinic. *J Pain Symptom Manage.* janv 2011;41(1):49- 56.

14. Brumley R, Enguidanos S, Jamison P, Seitz R, Morgenstern N, Saito S, et al. Increased satisfaction with care and lower costs: results of a randomized trial of in-home palliative care. *J Am Geriatr Soc.* juill 2007;55(7):993- 1000.
15. Greer JA, Pirl WF, Jackson VA, Muzikansky A, Lennes IT, Heist RS, et al. Effect of early palliative care on chemotherapy use and end-of-life care in patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol.* 1 févr 2012;30(4):394- 400.
16. Blackhall LJ, Read P, Stukenborg G, Dillon P, Barclay J, Romano A, et al. CARE Track for Advanced Cancer: Impact and Timing of an Outpatient Palliative Care Clinic. *J Palliat Med.* janv 2016;19(1):57- 63.
17. Elsayem A, Swint K, Fisch MJ, Palmer JL, Reddy S, Walker P, et al. Palliative care inpatient service in a comprehensive cancer center: clinical and financial outcomes. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol.* 15 mai 2004;22(10):2008- 14.
18. Obermeyer Z, Makar M, Abujaber S, Dominici F, Block S, Cutler DM. Association between the Medicare hospice benefit and health care utilization and costs for patients with poor-prognosis cancer. *JAMA.* 12 nov 2014;312(18):1888- 96.
19. Smith TJ, Temin S, Alesi ER, Abernethy AP, Balboni TA, Basch EM, et al. American Society of Clinical Oncology provisional clinical opinion: the integration of palliative care into standard oncology care. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol.* 10 mars 2012;30(8):880- 7.
20. Ferrell BR, Temel JS, Temin S, Alesi ER, Balboni TA, Basch EM, et al. Integration of Palliative Care Into Standard Oncology Care: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Update. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol.* janv 2017;35(1):96- 112.
21. NQF: National Voluntary Consensus Standards for Quality of Cancer Care [Internet]. [cité 13 oct 2017]. Disponible sur: https://www.qualityforum.org/Publications/2009/05/National_Voluntary_Consensus_Standards_for_Quality_of_Cancer_Care.aspx
22. Earle CC, Park ER, Lai B, Weeks JC, Ayanian JZ, Block S. Identifying potential indicators of the quality of end-of-life cancer care from administrative data. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol.* 15 mars 2003;21(6):1133- 8.
23. Earle CC, Landrum MB, Souza JM, Neville BA, Weeks JC, Ayanian JZ. Aggressiveness of cancer care near the end of life: is it a quality-of-care issue? *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol.* 10 août 2008;26(23):3860- 6.
24. Ledoux M. Analyse des décès au centre hospitalier universitaire de Lyon sud: étude rétrospective, descriptive, épidémiologique du décès des patients atteints de cancer survenus au cours de l'année 2010 [Thèse d'exercice]. [Lyon, France]: Université Claude Bernard; 2012.
25. Ledoux M, Rhondali W, Lafumas V, Berthiller J, Teissere M, Piegay C, et al. Palliative care referral and associated outcomes among patients with cancer in the last 2 weeks of life. *BMJ Support Palliat Care.* 23 sept 2015;
26. O'Donovan A, Mohile SG, Leech M. Expert consensus panel guidelines on geriatric assessment in oncology. *Eur J Cancer Care (Engl).* juill 2015;24(4):574- 89.

27. Mohile SG, Velarde C, Hurria A, Magnuson A, Lowenstein L, Pandya C, et al. Geriatric Assessment-Guided Care Processes for Older Adults: A Delphi Consensus of Geriatric Oncology Experts. *J Natl Compr Cancer Netw JNCCN*. sept 2015;13(9):1120- 30.
28. Wildiers H, Heeren P, Puts M, Topinkova E, Janssen-Heijnen MLG, Extermann M, et al. International Society of Geriatric Oncology consensus on geriatric assessment in older patients with cancer. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol*. 20 août 2014;32(24):2595- 603.
29. Fadul N, Elsayem A, Palmer JL, Zhang T, Braiteh F, Bruera E. Predictors of access to palliative care services among patients who died at a Comprehensive Cancer Center. *J Palliat Med*. oct 2007;10(5):1146- 52.
30. Hui D, Kim S-H, Kwon JH, Tanco KC, Zhang T, Kang JH, et al. Access to palliative care among patients treated at a comprehensive cancer center. *The Oncologist*. 2012;17(12):1574- 80.
31. Cetin K, Ettinger DS, Hei Y-J, O'Malley CD. Survival by histologic subtype in stage IV nonsmall cell lung cancer based on data from the Surveillance, Epidemiology and End Results Program. *Clin Epidemiol*. 2011;3:139- 48.
32. Lutz S, Norrell R, Bertucio C, Kachnic L, Johnson C, Arthur D, et al. Symptom frequency and severity in patients with metastatic or locally recurrent lung cancer: a prospective study using the Lung Cancer Symptom Scale in a community hospital. *J Palliat Med*. 2001;4(2):157- 65.
33. Cooley ME, Short TH, Moriarty HJ. Symptom prevalence, distress, and change over time in adults receiving treatment for lung cancer. *Psychooncology*. nov 2003;12(7):694- 708.
34. Philip J, Hudson P, Bostanci A, Street A, Horey DE, Aranda S, et al. Metastatic non-small cell lung cancer: a benchmark for quality end-of-life cancer care? *Med J Aust*. 16 févr 2015;202(3):139- 43.
35. Fadul NA, El Osta B, Dalal S, Poulter VA, Bruera E. Comparison of symptom burden among patients referred to palliative care with hematologic malignancies versus those with solid tumors. *J Palliat Med*. avr 2008;11(3):422- 7.
36. Wright B, Forbes K. Haematologists' perceptions of palliative care and specialist palliative care referral: a qualitative study. *BMJ Support Palliat Care*. mars 2017;7(1):39- 45.
37. Odejide OO, Salas Coronado DY, Watts CD, Wright AA, Abel GA. End-of-life care for blood cancers: a series of focus groups with hematologic oncologists. *J Oncol Pract*. nov 2014;10(6):e396-403.
38. LeBlanc TW, Roeland EJ, El-Jawahri A. Early Palliative Care for Patients with Hematologic Malignancies: Is It Really so Difficult to Achieve? *Curr Hematol Malig Rep*. 21 juin 2017;
39. El-Jawahri A, LeBlanc T, VanDusen H, Traeger L, Greer JA, Pirl WF, et al. Effect of Inpatient Palliative Care on Quality of Life 2 Weeks After Hematopoietic Stem Cell Transplantation: A Randomized Clinical Trial. *JAMA*. 22 nov 2016;316(20):2094- 103.
40. Hui D, Cerana MA, Park M, Hess K, Bruera E. Impact of Oncologists' Attitudes Toward

End-of-Life Care on Patients' Access to Palliative Care. *The Oncologist*. sept 2016;21(9):1149- 55.

41. Dionne-Odom JN, Azuero A, Lyons KD, Hull JG, Tosteson T, Li Z, et al. Benefits of Early Versus Delayed Palliative Care to Informal Family Caregivers of Patients With Advanced Cancer: Outcomes From the ENABLE III Randomized Controlled Trial. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol*. 1 mai 2015;33(13):1446- 52.
42. Bakitas MA, Tosteson TD, Li Z, Lyons KD, Hull JG, Li Z, et al. Early Versus Delayed Initiation of Concurrent Palliative Oncology Care: Patient Outcomes in the ENABLE III Randomized Controlled Trial. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol*. 1 mai 2015;33(13):1438- 45.
43. Ahmed N, Bestall JC, Ahmedzai SH, Payne SA, Clark D, Noble B. Systematic review of the problems and issues of accessing specialist palliative care by patients, carers and health and social care professionals. *Palliat Med*. sept 2004;18(6):525- 42.
44. Adelson K, Paris J, Horton JR, Hernandez-Tellez L, Ricks D, Morrison RS, et al. Standardized Criteria for Palliative Care Consultation on a Solid Tumor Oncology Service Reduces Downstream Health Care Use. *J Oncol Pract*. 17 mars 2017;JOP2016016808.
45. Observatoire national de la fin de vie. Rapport 2011 : " Fin de vie : un premier état des lieux". 2011.
46. Quill TE, Abernethy AP. Generalist plus specialist palliative care--creating a more sustainable model. *N Engl J Med*. 28 mars 2013;368(13):1173- 5.
47. Jang RW, Krzyzanowska MK, Zimmermann C, Taback N, Alibhai SMH. Palliative care and the aggressiveness of end-of-life care in patients with advanced pancreatic cancer. *J Natl Cancer Inst*. mars 2015;107(3).
48. Amano K, Morita T, Tatara R, Katayama H, Uno T, Takagi I. Association between early palliative care referrals, inpatient hospice utilization, and aggressiveness of care at the end of life. *J Palliat Med*. mars 2015;18(3):270- 3.
49. Hu W, Yasui Y, White J, Winget M. Aggressiveness of end-of-life care for patients with colorectal cancer in Alberta, Canada: 2006-2009. *J Pain Symptom Manage*. févr 2014;47(2):231- 44.
50. Wright AA, Zhang B, Ray A, Mack JW, Trice E, Balboni T, et al. Associations between end-of-life discussions, patient mental health, medical care near death, and caregiver bereavement adjustment. *JAMA*. 8 oct 2008;300(14):1665- 73.
51. Wright AA, Zhang B, Keating NL, Weeks JC, Prigerson HG. Associations between palliative chemotherapy and adult cancer patients' end of life care and place of death: prospective cohort study. *BMJ*. 4 mars 2014;348:g1219.
52. Back AL, Park ER, Greer JA, Jackson VA, Jacobsen JC, Gallagher ER, et al. Clinician roles in early integrated palliative care for patients with advanced cancer: a qualitative study. *J Palliat Med*. nov 2014;17(11):1244-8.
53. Mack JW, Walling A, Dy S, Antonio ALM, Adams J, Keating NL, et al. Patient beliefs that chemotherapy may be curative and care received at the end of life among patients with metastatic lung and colorectal cancer. *Cancer*. 1 juin 2015;121(11):1891-7.

54. Enzinger AC, Zhang B, Schrag D, Prigerson HG. Outcomes of Prognostic Disclosure: Associations With Prognostic Understanding, Distress, and Relationship With Physician Among Patients With Advanced Cancer. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol*. 10 nov 2015;33(32):3809-16.
55. Yoong J, Park ER, Greer JA, Jackson VA, Gallagher ER, Pirl WF, et al. Early palliative care in advanced lung cancer: a qualitative study. *JAMA Intern Med*. 25 févr 2013;173(4):283-90.
56. Jones JA, Lutz ST, Chow E, Johnstone PA. Palliative radiotherapy at the end of life: a critical review. *CA Cancer J Clin*. oct 2014;64(5):296-310.
57. Brasseur L. La prise en charge des douleurs des patients cancéreux en France : une évolution sur 12 ans (étude EFIC 2006). *Douleurs Eval - Diagn - Trait*. 1 avr 2010;11(2, Supplement 1):H5-8.
58. Haute Autorité de Santé. Niveau de preuve et gradation des recommandations de bonne pratique [Internet]. 2013 [cité 6 mars 2017]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-06/etat_des_lieux_niveau_preuve_gradation.pdf

PECHARD-BUGLIERY Estelle - Prise en charge palliative des patients atteints de cancer au Centre Hospitalier de Lyon Sud : état des lieux en 2015 et comparaison avec 2010

RESUME

INTRODUCTION : L'ASCO préconise un accès précoce aux soins palliatifs pour les patients atteints de cancer avancé, s'appuyant sur les résultats de plusieurs études.

OBJECTIFS : Le but de cette étude était d'étudier la population atteinte de cancer décédée au CHLS en 2015 et de comparer nos résultats à ceux de M.LEDOUX en 2010 pour évaluer l'évolution de l'accès des patients aux soins palliatifs et les conséquences sur plusieurs critères d'agressivité des soins en fin de vie.

METHODE : Cette étude épidémiologique, observationnelle, descriptive, rétrospective étudiait les patients âgés de plus de 18 ans, atteints de cancer et décédés en 2015 au CHLS.

RESULTATS : La moyenne d'âge était de 67.8 ans en 2015 avec une mortalité masculine plus importante. Les trois principaux cancers restaient les cancers pulmonaires, digestifs et hématologiques avec un doublement des patients atteints d'hémopathie maligne. 53.5 % des patients étaient suivis par l'équipe de soins palliatifs en 2015 contre 45 % en 2010. L'intervalle entre le premier contact avec l'équipe de soins palliatifs et le décès a augmenté de 74 jours à 119 jours. Comme en 2010, les patients avec un cancer du sein étaient 12 fois plus suivis par l'équipe de soins palliatifs que les cancers pulmonaires. Les patients atteints d'hémopathie maligne restaient moins susceptibles d'être suivis. Les patients suivis avaient à une probabilité moins importante de décéder ou d'être admis aux Urgences ou en Réanimation durant le dernier mois de vie. Par contre, si les patients suivis recevaient moins de chimiothérapie les 15 derniers jours de vie (13% versus 17%), ce chiffre n'était pas significatif contrairement à 2010. Fait marquant, le nombre de patients décédés en Réanimation a doublé entre 2010 et 2015 (50 patients versus 100 patients) et cette augmentation semble liée aux patients atteints d'hémopathie maligne.

CONCLUSION : Si la proportion et la durée du suivi des patients atteints de cancer par l'équipe de soins palliatifs a augmenté depuis 2010, suggérant une amélioration de la collaboration avec les équipes en charge de ces patients, il persiste une disparité d'accès aux soins palliatifs. De plus, l'intégration d'une équipe de soins palliatifs dans leur prise en charge semble avoir une répercussion positive sur leur qualité de vie en diminuant l'agressivité de leur prise en charge en fin de vie.

MOTS CLES

Soins palliatifs, cancer, qualité de vie

JURY

Président: Monsieur le Professeur GILLY François-Noël
Membres: Madame le Professeur SCHOTT-PETHELAZ Anne-Marie
Madame le Professeur FILBET Marilène
Madame le Docteur BARRACO Fiorenza

DATE DE SOUTENANCE 25 octobre 2017

ADRESSE POSTALE DE L'AUTEUR 40 rue de la Bannière – 69003 LYON

VOTRE EMAIL e.pechard.bugliery@gmail.com