



<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>

ANNEE 2016

N°

Prise en charge palliative des patients atteints de cancer dans un centre hospitalier universitaire :  
état des lieux en 2013 et comparaison avec 2010

THESE

Présentée à l'Université Claude Bernard Lyon 1  
U.F.R. Lyon Sud

Et soutenue publiquement le 13 mai 2016  
Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

Par  
Yann BARTHELEMY  
Né le 25 avril 1985  
A Saint Martin d'Hères (38)

## Le 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

---

2015-2016

. Président de l'Université	Frédéric FLEURY
. Président du Comité de Coordination des Etudes Médicales	Jérôme ETIENNE
. Directeur Général des Services	Alain HELLEU

## **SECTEUR SANTE**

UFR DE MEDECINE LYON EST	Doyen : Jérôme ETIENNE
UFR DE MEDECINE ET DE MAIEUTIQUE LYON SUD - CHARLES MERIEUX	Doyen : Carole BURILLON
INSTITUT DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES ET BIOLOGIQUES (ISPB) VINCIGUERRA	Directeur : Christine
UFR D'ODONTOLOGIE	Doyen : Denis BOURGEOIS
INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE READAPTATION (ISTR)	Directeur : Yves MATILLON
DEPARTEMENT DE FORMATION ET CENTRE DE RECHERCHE EN BIOLOGIE HUMAINE	Directeur : Anne-Marie SCHOTT

## **SECTEUR SCIENCES ET TECHNOLOGIES**

UFR DE SCIENCES ET TECHNOLOGIES	Directeur : Fabien DE MARCHI
UFR DE SCIENCES ET TECHNIQUES DES ACTIVITES PHYSIQUES ET SPORTIVES (STAPS)	Directeur : Yannick VANPOULLE
POLYTECH LYON	Directeur : Pascal FOURNIER
I.U.T. LYON 1	Directeur : Christophe VITON
INSTITUT DES SCIENCES FINANCIERES ET ASSURANCES (ISFA)	Directeur : Nicolas LEBOISNE
OBSERVATOIRE DE LYON	Directeur : Bruno GUIDERDONI

## U.F.R. FACULTE DE MEDECINE ET DE MAIEUTIQUE LYON SUD-CHARLES MERIEUX

### PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (Classe exceptionnelle)

BERGERET Alain	Médecine et Santé du Travail
BROUSSOLLE Emmanuel	Neurologie
BURILLON-LEYNAUD Carole	Ophthalmologie
CHIDIAC Christian	Maladies infectieuses ; Tropicales
COIFFIER Bertrand	Hématologie ; Transfusion
DUBREUIL Christian	O.R.L.
FLOURIE Bernard	Gastroentérologie ; Hépatologie
FOUQUE Denis	Néphrologie
GILLY François-Noël	Chirurgie générale
GOLFIER François	Gynécologie Obstétrique ; gynécologie médicale
GUEUGNIAUD Pierre-Yves	Anesthésiologie et Réanimation urgence
LAVILLE Martine	Nutrition
LAVILLE Maurice	Thérapeutique
MALICIER Daniel	Médecine Légale et Droit de la santé
MATILLON Yves	Epidémiologie, Economie Santé et Prévention
MORNEX Françoise	Cancérologie ; Radiothérapie
MOURIQUAND Pierre	Chirurgie infantile
NICOLAS Jean-François	Immunologie
PEIX Jean-Louis	Chirurgie Générale
SALLES Gilles	Hématologie ; Transfusion
SAMARUT Jacques	Biochimie et Biologie moléculaire
SIMON Chantal	Nutrition
THIVOLET Charles	Endocrinologie et Maladies métaboliques
VALETTE Pierre Jean	Radiologie et imagerie médicale
VIGHETTO Alain	Neurologie

### PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (1ère Classe)

ADHAM Mustapha	Chirurgie Digestive
ANDRE Patrice	Bactériologie – Virologie
BERARD Frédéric	Immunologie
BONNEFOY Marc	Médecine Interne, option Gériatrie
BONNEFOY- CUDRAZ Eric	Cardiologie
BROUSSOLLE Christiane	Médecine interne ; Gériatrie et biologie vieillessement
CAILLOT Jean Louis	Chirurgie générale
CERUSE Philippe	O.R.L
DES PORTES DE LA FOSSE Vincent	Pédiatrie
ECOCHARD René	Bio-statistiques
FESSY Michel-Henri	Anatomie
FLANDROIS Jean-Pierre	Bactériologie – Virologie ; Hygiène hospitalière
FRANCK Nicolas	Psychiatrie Adultes
FREYER Gilles	Cancérologie ; Radiothérapie
GEORGIEFF Nicolas	Pédopsychiatrie
GIAMMARILE Francesco	Biophysique et Médecine nucléaire
GLEHEN Olivier	Chirurgie Générale
JOUANNEAU Emmanuel	Neurochirurgie
KIRKORIAN Gilbert	Cardiologie
LANTELME Pierre	Cardiologie

LEBECQUE Serge  
LINA Gérard  
LLORCA Guy  
LONG Anne  
LUAUTE Jacques  
MAGAUD Jean-Pierre  
PEYRON François  
PICAUD Jean-Charles  
PIRIOU Vincent  
POUTEIL-NOBLE Claire  
PRACROS J. Pierre  
RODRIGUEZ-LAFRASSE Claire  
SAURIN Jean-Christophe  
TEBIB Jacques  
THOMAS Luc  
TRILLET-LENOIR Véronique

Biologie Cellulaire  
Bactériologie  
Thérapeutique  
Chirurgie vasculaire  
Médecine physique et Réadaptation  
Hématologie ; Transfusion  
Parasitologie et Mycologie  
Pédiatrie  
Anesthésiologie et réanimation chirurgicale  
Néphrologie  
Radiologie et Imagerie médicale  
Biochimie et Biologie moléculaire  
Hépatogastroentérologie  
Rhumatologie  
Dermato -Vénérologie  
Cancérologie ; Radiothérapie

**PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS  
(2ème Classe)**

BARREY Cédric  
BOHE Julien  
BOULETREAU Pierre  
CHAPET Olivier  
HOTEL Franck  
COTTE Eddy  
DAVID Jean Stéphane  
DEVOUASSOUX Gilles  
DISSE Emmanuel  
DORET Muriel  
DUPUIS Olivier  
FARHAT Fadi  
FEUGIER Patrick  
FRANCO Patricia  
GHESQUIERES Hervé  
KASSAI KOUPAI Berhouz  
LASSET Christine  
LEGER FALANDRY Claire  
LIFANTE Jean-Christophe  
LUSTIG Sébastien  
MOJALLAL Alain-Ali  
NANCEY Stéphane  
PAPAREL Philippe  
PIALAT Jean-Baptiste  
POULET Emmanuel  
REIX Philippe  
RIOUFFOL Gilles  
SALLE Bruno  
reproduction  
SANLAVILLE Damien  
SERVIEN Elvire  
SEVE Pascal  
TAZAROURTE Karim  
THAI-VAN Hung  
THOBOIS Stéphane

Neurochirurgie  
Réanimation urgence  
Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie  
Cancérologie, radiothérapie  
Chirurgie Infantile  
Chirurgie générale  
Anesthésiologie et Réanimation urgence  
Pneumologie  
Endocrinologie diabète et maladies métaboliques  
Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale  
Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale  
Chirurgie thoracique et cardiovasculaire  
Chirurgie Vasculaire  
Physiologie  
Hématologie  
Pharmacologie Fondamentale, Clinique  
Epidémiologie., éco. santé  
Médecine interne, gériatrie  
Chirurgie Générale  
Chirurgie. Orthopédique,  
Chirurgie. Plastique.,  
Gastro Entérologie  
Urologie  
Radiologie et Imagerie médicale  
Psychiatrie Adultes  
Pédiatrie  
Cardiologie  
Biologie et Médecine du développement et de la  
Génétique  
Chirurgie Orthopédique  
Médecine Interne, Gériatrique  
Thérapeutique  
Physiologie  
Neurologie

TRAVERSE-GLEHEN Alexandra  
TRINGALI Stéphane  
TRONC François  
WALLON Martine  
WALTER Thomas

Anatomie et cytologie pathologiques  
O.R.L.  
Chirurgie thoracique et cardio.  
Parasitologie mycologie  
Gastroentérologie – Hépatologie

### **PROFESSEURS ASSOCIES**

FILBET Marilène  
LESURTEL Mickaël  
SOUQUET Pierre-Jean

Thérapeutique  
Chirurgie générale  
Pneumologie

### **PROFESSEUR DES UNIVERSITES - MEDECINE GENERALE**

DUBOIS Jean-Pierre

### **PROFESSEURS ASSOCIES - MEDECINE GENERALE**

DUPRAZ Christian  
ERPELDINGER Sylvie

### **PROFESSEURS ASSOCIES SCIENCES ET TECHNOLOGIES - MEDECINE GENERALE**

BONIN Olivier

### **MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (Hors Classe)**

ARDAIL Dominique  
BOUVAGNET Patrice  
CHARRIE Anne  
DELAUNAY-HOUZARD Claire  
LORNAGE-SANTAMARIA Jacqueline

Biochimie et Biologie moléculaire  
Génétique  
Biophysique et Médecine nucléaire  
Biophysique et Médecine nucléaire  
Biologie et Médecine du développement et de la  
reproduction  
Hématologie – Transfusion  
Parasitologie et Mycologie  
Pharmacologie Fondamentale, Clinique  
Physiologie

MASSIGNON Denis  
RABODONIRINA Méja  
VAN GANSE Eric  
VIART-FERBER Chantal

### **MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS (1ère Classe)**

BELOT Alexandre  
BREVET Marie  
CALLET-BAUCHU Evelyne  
COURAUD Sébastien  
DECAUSSIN-PETRUCCI Myriam  
DIJOURD Frédérique  
DUMITRESCU BORNE Oana  
GISCARD D'ESTAING Sandrine

Pédiatrie  
Anatomie et Cytologie pathologiques  
Hématologie ; Transfusion  
Pneumologie  
Anatomie et cytologie pathologiques  
Anatomie et Cytologie pathologiques  
Bactériologie Virologie  
Biologie et Médecine du développement et de la  
reproduction  
Biochimie et Biologie moléculaire  
Physiologie  
Biochimie, Biologie moléculaire  
Bactériologie – Virologie ; Hygiène hospitalière

MILLAT Gilles  
PERROT Xavier  
PONCET Delphine  
RASIGADE Jean-Philippe

**MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS  
(2ème Classe)**

BRUNEL SCHOLTES Caroline	Bactériologie virologie ; Hyg.hosp.
COURY LUCAS	Fabienne Rhumatologie
DESESTRET Virginie	Cytologie – Histologie
FRIGGERI Arnaud	Anesthésiologie
LEGA Jean-Christophe	Thérapeutique
LOPEZ Jonathan	Biochimie Biologie Moléculaire
MAUDUIT Claire	Cytologie – Histologie
MEWTON Nathan	Cardiologie
NOSBAUM Audrey	Immunologie
VUILLEROT Carole	Médecine Physique Réadaptation

**MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES – MEDECINE GENERALE**

CHANELIERE Marc  
PERDRIX Corinne

**PROFESSEURS EMERITES**

ANNAT Guy	Physiologie
BELLON Gabriel	Pédiatrie
BERLAND Michel	Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale
CARRET Jean-Paul	Anatomie - Chirurgie orthopédique
DALERY Jean	Psychiatrie Adultes
FABRY Jacques	Epidémiologie
MOYEN Bernard	Chirurgie Orthopédique
PACHECO Yves	Pneumologie
PERRIN Paul	Urologie

## **Remerciements et avant propos**

Aux membres du jury,

Madame le Professeur Mauricette Michallet,

Présidente du Jury,

Soyez assurée de ma profonde reconnaissance d'avoir accepté ce rôle. Et soyez sincèrement remerciée pour le temps que vous m'accordez.

Madame le Professeur Anne-Marie Schott-Pethelaz,

Vous avez accepté de juger ce travail, soyez en sincèrement remerciée et soyez assurée de mon profond respect.

Madame le Professeur Marilène Filbet,

Directrice de la thèse,

Vous avez eu la patience nécessaire pour m'accompagner jusqu'à cette soutenance et je vous en suis très reconnaissant. Merci pour votre soutien sans faille depuis notre première rencontre et pour m'avoir transmis cette belle vision de la médecine palliative.

Monsieur le Docteur Marc Magnet,

Tu étais là pour m'accueillir lors de mon premier jour d'interne, je crois qu'aujourd'hui nous bouclons une boucle. Je te dois mon choix de spécialisation en soins palliatifs et plus globalement une vision de la médecine humaniste et sensible que j'espère un jour atteindre. Sois remercié pour tout ça, et pour tout le reste aussi.

A Mathilde Ledoux et Virginie Dessus-Chevrel pour avoir bâti le socle de ce travail et avec qui j'ai eu plaisir à travailler.

A Florence Ranchon pour avoir passé du temps dans les fameux « dossiers papiers » afin de me fournir les données « chimiothérapies ».

Aux statisticiens, Bertrand Trilling et Edouard Girard, futurs MD PhD (avec l'accent américain si possible), sans qui ce travail n'aurait pas d'association statistiquement significative.

A toutes les équipes médicales et soignantes que j'ai pu croiser durant mon cursus,

« Soins et Santé, Hospitalisation à Domicile de Lyon, une hôtesse va bientôt prendre votre appel », parce que même si j'ai beaucoup trop entendu cette annonce et sa musique, il y a toujours eu quelqu'un d'adorable au bout du fil. Merci à vous tous, médecins (Anne-Cécile, Emmanuel, Yves, Marc (encore lui), Amélie et maintenant Vanessa et Chrislène!), IDEC anciennes et actuelles ;) (dont la liste est bien trop longue mais dans laquelle il faut signaler Chaouki, tenant du titre « IDEC increvable »), les pharmaciennes (Anne et Véronique) et leurs préparatrices, standardistes, psychologues, secrétaires, assistantes sociales, cadres... Vous m'avez toujours accueillis avec bienveillance et chaque occasion de venir travailler avec vous a été un vrai plaisir.

Aux ardéchois et drômois, parce qu'il fait bon vivre et travailler par chez vous.

Plus particulièrement à Jean-Luc Perrard (et Isabelle !) qui m'ont accueilli (et bien nourri!) et avec qui je partage une passion pour la limitation des prescriptions/examens/actes inutiles.

Mais aussi à toute l'équipe de la maternité d'Aubenas et à son vestiaire « des hommes, et des docteurs » ; et à toute l'équipe des urgences de Montélimar pour leur accueil génial et leurs phrases cultes « Quel âge ? Hm... Une personne âgée. Tu as carte blanche. ».

A l'internat d'Aubenas, ses « mamans » et mes co-internes, Arno, Yanis, Lucky...

A toute l'équipe de l'USP du CHLS (et EMSP nord et sud!),

Marilène, Mathilde, Virginie, Elise, Colombe (co-interne!), Alice, Mélanie, Isa (X 2!), Catherine, Mami, Christelle et Chrystel, Christine, Pascale, Christian, Florence, Cécile, Corinne, ...

Merci à vous pour ces 6 mois partagés, j'ai beaucoup appris et repars avec plein d'expériences dans ma besace. Les patients sont choyés... et les internes aussi :)

Au CHU de Grenoble,

Les équipes et médecins rencontrés durant mes années d'externe,

Toute l'équipe soignante de l'UPSI, parce qu'elle est toujours prête à réfléchir et à améliorer la prise en charge des patients, et parce qu'elle travaille dans des conditions difficiles.

GL et MF parce qu'elles ont su me montrer ce que je ne devais pas faire et quel médecin je ne devais pas devenir.

A l'HAD, pour avoir été le déclencheur de la rédaction de cette thèse et pour une nouvelle collaboration qui s'annonce pleine de bonnes choses.

A toute l'équipe de l'USP des Charmettes,

Le docteur Marguerite m'a fourni la liste des personnes à citer : Marie-Christine, Pascale, Pauline, Catherine, Anne-Laure, Joëlle, Emmanuelle, Maryline, Eve-Laure, Sandrine, Flore, Florence, Sigolène, Laure, Alphonsine, Martine, Anastasia, Emilie, Mathieu, Carole, Delphine, Malika, Anne, Dzevad, Christine, Ester, Olivia, Héloïse, Charline, Hamid, Nathalie, Christelle.

Mention spéciale pour Henri Nahapetian, dit « le chef », et adepte d'un obscur endroit nommé « La terrasse », qui emmène cette équipe avec tant de bienveillance envers chacun.

Presque un an de voyage parmi vous, c'est très difficile de vous quitter. Vous êtes une équipe hors du temps. Surtout, ne touchez à rien. C'est parfait.

A ma famille et mes amis,

Mes parents bien sûr, un soutien sans faille en toutes circonstances et qui m'ont laissé libre de mes choix, même quand ils ne leur plaisent pas vraiment... Il faut également les remercier pour le pot !)

Mes grands-parents, merci pour tout ce que vous avez fait pour moi depuis 31 ans, c'est aussi grâce à vous que je suis là aujourd'hui.

Mes oncle, tante, cousin et cousines et amis de la famille...

Pauline, pour m'avoir supporté durant cet internat, et pour tous ces bons moments partagés.

Ceux rencontrés en médecine, déjà 13 ans de partage pour certains, espérons que ça dure le plus longtemps possible ! Willou pour prendre un petit bouchon, Bébert et Larry parce qu'ils savent aussi branguer entre 2 articles, Clém (même si on a pas le même rythme de vie) et son épouse Maga Gerbe, Marco (membre actif du comité pour la sod.... des internes), Tom (jeune coq, à fréquenter de jour pour le voir éveillé), Doris même si il oubliera, Trincat (certains prétendent qu'il aurait aussi un

prénom), Kanché pour avoir partagé la même prison quelques mois, Baptiste et Clara (loin mais que l'on espère voir revenir), la Rousse (et sa poitrine), Marion (ou Mariiiiiiiiiiiiion), Marine dit La Chatelaine, Maya (la ptite droguée), AmL (et si on se faisait un record sans sommeil?), Nad (on fait les mélanges?), Claire (même si elle paye pas la caution), Julie, Pedro et Amé, ma couille, Fabi, Lisa, Looloo, Jordi, Bubu, Joss, Guillaume, Pauline, Manue, Chrystelle, Nathalie,...

Ceux qui étaient là avant,

Zed qui tient le record (18 ans?), Roro (dit le Vélociraptool), L'abbé et son incontournable monastère, Gro Nico (seule personne que je connaisse qui n'aime pas l'eau), Thib (ou Le Jeune Grec, « j'pourrais avoir un antalgique svp ? »), Nono (quand il n'est qu'amour), Caro (et la Licorne), Gonzo et sa passion pour la moustache (et un peu les jeux vidéos aussi), Boris pour faire des spaghettis « à la Vanettiiiiii », Bob (entre ses micro siestes), Maître Guigui (mon avocat), Gilou, Chinois, Jérem, Pomme de Terre, Fred, Nono, Zazou, les FloS,...

Une mention spéciale pour ceux qui ont été mes colocataires durant ces études, Roro (n'oublies pas ton passeport), Mag (on sfait des ravioles? et parce que, nous, on paye la caution), Reno (pour la collocation la plus pointue que j'ai connu), Gro Nico (et ses prestations de qualité) et plus récemment, un certain William, intermittent du logement, venu des îles.

Pour finir, un petit dessin, reproduit avec l'autorisation de son auteur, Philippe Geluck, qui résume bien ma pensée après ces quelques temps passés aux côtés des mourants.



## **Table des matières**

Abréviations	page 12
Résumé	page 13
Introduction	page 14
Matériel et méthode	page 16
Résultats	page 18
Discussion	page 23
Conclusion	page 28
Bibliographie	page 29
Annexes	page 35

## Abréviations

ASCO : American Society of Clinical Oncology

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

CHLS : Centre Hospitalier de Lyon Sud

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

EMSP : Equipe Mobile de Soins Palliatifs

ESP : Equipe de Soins Palliatifs

HCL : Hospices Civils de Lyon

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

RCP : Réunion de Concertation Pluridisciplinaire

SMR : Service Médical Rendu

USP : Unité de Soins palliatifs

USC : Unité de Soins Continus

## Résumé

Une étude réalisée au CHLS avait montrée des lacunes dans la prise en charge palliative des patients atteints de cancer. L'objectif était d'évaluer l'évolution de cette prise en charge dans ce centre entre 2010 et 2013.

Les patients atteints de cancer et décédés au CHLS en 2013 ont été inclus dans cette étude rétrospective. Ceux connus par l'équipe mobile de soins palliatifs (EMSP) ont été comparés à ceux qui ne l'étaient pas par des tests non paramétriques. Une analyse multivariée par régression logistique a ensuite été conduite. Ces résultats ont été comparés à ceux obtenus en 2010 par Ledoux M. et al.

En 2013, 513 patients atteints de cancer sont décédés (536 en 2010). Parmi eux, 41,5% étaient connus de l'EMSP (44,6% en 2010,  $p=0,316$ ). Sur 54 (10,5%) patients ayant reçus une chimiothérapie dans les 15 derniers jours de vie, 17 étaient suivis par l'EMSP ( $p=0,114$  ; en 2010,  $p<0,001$ ). En analyse multivariée, les cancers pulmonaires étaient moins suivis par l'EMSP (OR 0,51; IC 0,29-0,92 ;  $p=0,026$ ) contrairement aux cancers gynécologiques (OR 2,52 ; IC 1,06-5,99 ;  $p=0,036$ ). On a observé 49 (9%) décès en réanimation en 2010 et 107 (20,9%) en 2013 ( $p<0,001$ ). En 2013, le moindre risque de décès en réanimation était lié au suivi EMSP (OR 0,16 ; IC 0,04-0,61 ;  $p=0,007$ ).

Entre 2010 et 2013, le suivi palliatif reste fortement associé à une moindre probabilité de décéder en réanimation. L'accès aux soins palliatifs reste dépendant du type de cancer. Le travail avec les réanimateurs doit se poursuivre et de nouvelles mesures sont à mettre en œuvre pour améliorer la collaboration notamment avec les équipes d'onco-pneumologie.

## Introduction

Au cours des années 2000, le cancer est devenu la première cause de décès en France(1). D'après le Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès(2), c'était toujours le cas en 2013 puisque le cancer représentait 28,7% des causes de décès. Parallèlement, on constate également que les malades atteints de cancer décèdent plus souvent à l'hôpital que les autres(3). La plupart des patients décèdent après une aggravation progressive de la maladie cancéreuse. Les morts subites sont rares(4). Les cancers, d'autant plus en phase avancée, sont pourvoyeurs de nombreux symptômes d'inconfort, fréquents et souvent associés. On retrouve parmi les plus courants la fatigue, la douleur, l'anorexie, la perte de poids, les nausées, l'angoisse, la dyspnée et la confusion (5,6).

Les principales causes de ces symptômes sont le cancer lui-même ou les complications des traitements. La perception de ces symptômes est différente selon l'état cognitif, l'humeur, les croyances, la culture et l'histoire de vie(7). La présence de symptômes d'inconfort altère la qualité de vie des patients et de leur famille(8,9). Une prise en charge interdisciplinaire est préconisée pour une gestion efficace de ces symptômes(10).

L'OMS définit les soins palliatifs comme étant *une approche qui améliore la qualité de vie des patients et de leurs familles confrontés aux problèmes liés à la maladie incurable, par la prévention et le soulagement de la souffrance grâce à l'identification, l'évaluation et le traitement de la douleur et d'autres problèmes, physique, psychosocial et spirituel*(14). D'après l'ANAES, ils cherchent également à éviter les investigations et les traitements déraisonnables(15). Des études montrent en effet que l'intervention des soins palliatifs diminuent les symptômes d'inconfort chez les patients cancéreux(16,17), y compris en suivi ambulatoire(18). Ils permettent également une meilleure appréhension de la maladie et du pronostic par le malade et par sa famille(19). Beaucoup d'études ont montrés que le suivi des patients par une équipe de soins palliatifs améliore leur qualité de vie(20,21) et limite les traitements agressifs en fin de vie(22,23). Certaines suggèrent même une augmentation de la survie(24,25). Une partie de ses améliorations est liée à la prise en charge globale et interdisciplinaire que propose les soins palliatifs(26). Beaucoup d'auteurs recommandent l'intégration précoce des soins palliatifs dans l'histoire de la maladie cancéreuse(10,11,23,27,28).

Cependant, aux Etats-Unis comme au Canada, l'agressivité des soins en fin de vie semble augmenter(29,30). L'American Society of Clinical Oncology (ASCO) a identifié d'autres facteurs de mauvaise qualité de fin de vie comme une admission en réanimation le mois précédent le décès ou l'administration de chimiothérapie dans les quinze derniers jours de vie(11-13).

Aux États-Unis, des centres se sont intéressés à l'intégration des services de soins palliatifs et à leurs résultats(23). En France, avec Unicancer, les centres de lutte contre le cancer se sont regroupés pour promouvoir l'intégration précoce des soins palliatifs et évaluer leur évolution(32).

Au CHLS, Ledoux et al. ont montrés, en 2010, une différence importante dans l'accès aux soins palliatifs selon le type de cancer. L'étude concluait sur la nécessité d'améliorer la collaboration entre le service de soins palliatifs et les spécialistes d'onco-pneumologie et d'onco-hématologie(33). L'étude montrait l'activité oncologique importante du site avec 52% des décès sur l'année attribués à des patients atteints de cancer(33). Suite à ces travaux, des moyens d'amélioration ont été mis en œuvre comme l'amélioration de la participation de l'ESP aux RCP et la diffusion des résultats de l'étude à travers une publication et au sein de l'établissement.

En 2011, le service d'hématologie (leucémies et allogreffes) de l'hôpital Edouard Herriot (HCL) a été transféré sur le site du CHLS(34). Cela pourrait modifier le profil des patients étant donné de possibles attitudes thérapeutiques différentes entre les patients présentant des tumeurs solides et ceux relevant de l'onco-hématologie(35).

Nous avons reconduits une étude similaire en 2013 pour juger de notre intégration sur ce site dans les services où le recours à l'ESP était moins important.

L'objectif de cette étude était de faire l'état des lieux de la prise en charge palliative au CHLS en 2013 et d'observer l'évolution par rapport à 2010.

## **Matériel et Méthode**

### **Population**

Dans ce travail épidémiologique, la population concernée par cette étude est celle des patients atteints d'un cancer et décédés entre le 1<sup>er</sup> Janvier et le 31 décembre 2013 au CHLS.

#### ***Critères d'inclusion***

Les patients inclus sont les personnes décédées entre le 1<sup>er</sup> janvier et le 31 décembre 2013 au CHLS et atteintes d'un cancer, quel que soit le motif de décès et l'âge du patient.

#### ***Critères d'exclusion***

Les décès liés aux Interruptions Volontaires de Grossesse (fœtus) pratiquées par le service d'orthogénie du CHLS ainsi que les morts fœtales in utero et les enfants morts nés étaient exclus de cette étude.

### **Recueil des données**

Les données démographiques et médicales telles que: nom et prénom, sexe, âge, date de décès, lieu et durée du dernier séjour, nombre de séjours dans l'année et durée cumulée de ces séjours, diagnostic principal ou associé de cancer, localisation du cancer, diagnostic associé de métastase, réalisation d'une radiothérapie ou d'une chirurgie dans le mois et les quinze jours précédant le décès, hospitalisation aux urgences ou en réanimation durant l'année et le mois précédant le décès ont pu être extraites de la base de données du CHLS grâce au Pôle Information Médicale Evaluation Recherche des Hospices Civils de Lyon (IMER).

Le secrétariat du service de soins palliatifs du CHLS a identifié les patients qui étaient connus par l'EMSP et la date de premier contact..

La pharmacie du CHLS a fourni la liste des patients ayant reçus une chimiothérapie dans leur dernier mois de vie. Ces informations incluaient la date et le nombre de chimiothérapie réalisée, les molécules et doses administrées, l'inclusion ou non dans un protocole d'étude.

Les AMM des chimiothérapies était extraite à partir de la base Thériaque<sup>®</sup> (éditée par le Centre National Hospitalier d'Information sur le Médicament). Ont été considérées comme conforme à l'AMM les molécules (ou association) dont au moins une indication comportait le cancer identifié en diagnostic principal ou associé. Les SMR ont également recherchés mais non pris en compte car majoritairement inconnus.

## Méthodologie

### *Etude des particularités des patients connus par l'EMSP*

Avec les données de l'année 2013, nous avons comparés deux groupes de patients : ceux connus par l'EMSP et ceux qui ne l'étaient pas à l'aide d'analyses statistiques univariées et multivariées (cf infra).

### *Comparaison au travail de Ledoux et al.(33)*

Ledoux et al. ont réalisé une étude similaire pour les patients pris en charge au CHLS en 2010. Ces résultats avaient fait l'objet d'une publication en 2015.

Les critères ayant été comparés étaient les données démographiques (âge, sexe, type de cancer), les traitements administrés dans les quinze derniers jours de vie (chimiothérapie, radiothérapie, chirurgie), les caractéristiques des hospitalisations (admission, durant le dernier mois de vie, en réanimation et aux urgences ; durée cumulée d'hospitalisation la dernière année de vie et durée du dernier séjour), et les lieux de décès.

### *Analyse statistique*

Les données ont été saisies à l'aide du logiciel OpenOffice Calc.

Les analyses statistiques ont été réalisées avec les logiciels Statistical Package for the Social Sciences (IBM SPSS version 21) et MedCalc Software bvba (Version 16.2.1).

Les variables catégorielles ont été exprimées en fréquence et en pourcentage et les variables continues par leurs moyennes et déviation standard lorsqu'elles étaient normalement distribuées et leurs médianes, premier et troisième quartiles et intervalle de confiance à 95% lorsqu'elles ne l'étaient pas.

Pour comparer le groupe de patient suivi par l'EMSP à celui qui ne l'était pas, des tests statistiques non paramétriques ont été utilisés du fait d'une distribution qui n'était pas normale. Les variables catégorielles ont été comparées à l'aide du test du Chi-Deux et le test de Mann-Whitney a été utilisé pour les variables quantitatives du fait de la comparaison de variables indépendantes.

Une analyse multivariée par régression logistique a ensuite été conduite, prenant en compte l'ensemble des variables retrouvées significatives en analyse univariée.

Une valeur de  $p < 0,05$  a été considérée comme statistiquement significative.

## **Résultats**

Du 1er janvier au 31 décembre 2013, 913 patients sont décédés au Centre Hospitalier Lyon Sud. 513 d'entre eux (soit 56,2%) étaient atteints d'un cancer et constituaient notre population d'étude.

### **Caractéristiques des patients** (Table 1, Graphiques 1 et 2)

Les patients étaient majoritairement des hommes (61,8%) et l'âge médian était de 68,1 ans. Tous cancers confondus, 169 patients (32,9%) avaient plus de 75 ans.

L'âge médian des patients décédés en unité de soins palliatifs était de 64,8 ans (55 – 74,4) et celui de ceux décédés en réanimation était de 66,5 ans (57,5 – 76,5).

Les trois principaux type de cancers étaient hématologique (24,1%), thoracique (22,7%) et digestif (20,4%).

Dans le cas des tumeurs solides, 45,6% des patients sont décédés sans évolution métastatique mise en évidence et parmi ceux suivis par l'EMSP, 41,3% ne présentaient pas de métastases connues.

Sur 513 patients, 213 (soit 41,5%) étaient connus par l'EMSP.

La médiane de l'intervalle entre le premier contact avec l'EMSP et le décès était de 36 jours.

Les patients atteints de cancer thoracique était moins suivis par les soins palliatifs (31 vs 85,  $p=0,0002$ ) alors que celles atteintes de cancer gynécologique étaient plus souvent connues par l'équipe de soins palliatifs (31 vs 15,  $p=0,0002$ ).

### **Caractéristiques des hospitalisations durant la dernière année de vie** (Table 2, Graphique 3)

La médiane de la durée cumulée d'hospitalisation durant la dernière année de vie était de 49,5 jours pour un nombre médian d'admissions de 8.

La médiane de la durée du dernier séjour était de 12 jours. La durée du dernier séjour a été supérieure à 14 jours pour 226 patients (44,3%).

Les patients suivis par les soins palliatifs ont été significativement plus hospitalisés durant leur dernière année de vie ( $p < 0,0001$ ).

En effet, la médiane du nombre d'admissions était de 13 pour les patients suivis contre 5 pour les non suivis. La durée cumulée d'hospitalisation était également supérieure (62 jours contre 40).

La dernière hospitalisation était plus longue (16 jours contre 9) et plus souvent supérieure à 14 jours.

Pendant la dernière année de vie, 131 patients (25,7%) ont été hospitalisés au moins une fois en réanimation ou en USC.

Durant le dernier mois de vie, 76 patients (14,9%) ont été admis une fois ou plus dans un service d'urgences. Les patients suivis par l'EMSP ont moins eu recours aux services d'urgences que les autres ( $p = 0,0277$ ).

Dans cette même période, 117 patients (22,9%) ont été hospitalisés dans un service de réanimation ou de soins continus, parmi eux seuls 11 étaient suivis par l'EMSP ( $p < 0,0001$ ).

Beaucoup de patients sont décédés dans un service d'hospitalisation complète de médecine (198 patients soit 38,4%), parmi eux, 15 patients (8,9%) sont décédés dans un service de gériatrie et 12 (2,3%) sont décédés dans le service d'oncologie médicale ainsi que 4 en hospitalisation de semaine d'oncologie.

Les autres patients sont principalement décédés à l'USP (27,9%, 143 patients dont 119 étaient suivis par l'EMSP,  $p < 0,0001$ ) et en réanimation (20,9%, 107 patients dont 5 suivis,  $p < 0,0001$ ).

La majorité des patients décédés en réanimation était atteints de pathologies hématologiques (45 soit 42%), digestives (30 soit 28%) et thoraciques (11 soit 10,3%).

### **Traitements reçus pendant le dernier mois de vie** (Table 3)

Une chimiothérapie intraveineuse a été administrée à 110 patients (21,4%) pendant leur dernier

mois de vie et à 54 patients (10,5%) pendant leur 15 derniers jours de vie.

Un quart (29 patients soit 26,4%) des patients ayant reçu une chimiothérapie dans le dernier mois de vie ont eu 2 cures durant cette période.

16 patients (3,1% du total et 14,5% des patients ayant reçus une chimiothérapie le dernier mois) ont reçus une cure dans les 7 derniers jours de vie et 6 (1,2% du total) dans les 48 dernières heures.

Seuls trois patients (sur 110) étaient inclus dans un essai clinique.

Les patients ayant reçus une chimiothérapie dans les 15 derniers jours de vie étaient majoritairement atteints de pathologies hématologiques (22 patients soit 40,7%) et pneumologiques (15 patients soit 27,8%).

Les molécules administrées appartenait aux classes suivantes :

- Antimétabolites : 31,14%
- Alcaloïdes végétaux : 29,94%
- Alkylants : 23,35%
- Anticorps monoclonaux : 13,17%
- Autres antinéoplasiques : 2,39%

Ces chimiothérapies ont été administrées sous forme d'association dans 30% des cas. La même proportion a été prescrite hors AMM (33 sur 110).

Il y avait moins de patients suivis par les soins palliatifs qui ont reçus une chimiothérapie dans le dernier mois de vie (39 vs 71) mais cette différence n'était pas significative ( $p=0,1456$ ).

La situation était similaire dans les quinze derniers jours de vie : 17 patients suivis ont reçus une chimiothérapie contre 37 qui ne l'étaient pas ( $p=0,1138$ ).

Une radiothérapie a été réalisée chez 5,3% des patients, sans différence selon le suivi palliatif ou non ( $p=0,9118$ ).

Une chirurgie a été entreprise dans les quinze derniers jours de vie dans 12% des cas, de façon moins fréquente chez les patients suivis ( $p=0,004$ ).

## **Analyse multivariée**

Les variables retrouvées significatives après analyse multivariée sont les suivantes :

- Age : Odd Ratio (OR) 0,97 ; Intervalle de confiance à 95% (IC) 0,96-0,99 ; p=0,0033
- Lieux de décès :
  - Réa/USC : OR 0,16 ; IC 0,04-0,61 ; p=0,007
  - USP : OR 8,94 ; IC 5,09-15,73 ; p<0,0001
  - Autre : OR 3,16 ; IC 1,49-6,7 ; p=0,0026
- Dernier séjour > 14 jours : OR 2,48 ; IC 1,55-3,97 ; p=0,0002
- Cancer gynécologique : OR=2,52 ; IC 1,06-5,99 ; p=0,036
- Cancer thoracique : OR=0,51 ; IC 0,29-0,92 ; p=0,026
- Admission en réanimation le dernier mois de vie : OR 0,4 ; IC 0,14-1,14 ; p=0,0863.

## **Comparaison des années 2010 et 2013 (Table 4)**

### ***Caractéristiques des patients***

La proportion des décès de patients atteints de cancer reste prépondérante au CHLS avec même une progression d'un peu moins de 5% entre 2010 (52%) et 2013 (56,2%).

Les données démographiques sont comparables sur les deux années avec 61,8% d'hommes en 2013 et 62% en 2010 et un âge médian de 68,1 ans en 2013 contre une moyenne de 68 ans en 2010.

On constate une forte augmentation (10%) de la proportion des cancers hématologiques (24,1% en 2013) qui se placent en première position devant les cancers thoraciques et digestifs, qui eux, restent stables entre les deux années.

La proportion de patients connus par l'EMSP est en légère baisse (-3,5%) avec 41,5% en 2013 (p=0,316).

L'intervalle entre le premier contact et le décès était en moyenne de 74 jours en 2010 et la médiane était de 36 jours en 2013.

On retrouve la différence significative déjà observée en 2010 de l'accès à l'EMSP selon le type de cancer (p<0,001).

### ***Traitements pendant les 15 derniers jours de vie***

En 2010, la réalisation de chimiothérapie dans les 15 derniers jours de vie était moins fréquente

chez les patients connus par l'EMSP ( $p < 0,001$ ) alors que cette différence n'est plus significative en 2013 ( $p = 0,114$ ).

Concernant la réalisation d'autres traitements, les données restent stables avec toujours environ 5% des patients traités par radiothérapie et 12-13% par chirurgie, la prise en charge palliative réduisant les actes de chirurgie ( $p = 0,004$ ) mais pas ceux de radiothérapie ( $p = 0,91$ ).

### ***Hospitalisations et lieux de décès***

Le nombre de décès en réanimation a plus que doublé en passant de 49 (9%) en 2010 à 107 (20,9%) en 2013 ( $p < 0,001$ ).

Sur les deux années, on observe un nombre moindre d'hospitalisation aux urgences ( $p = 0,028$  en 2013 et  $p = 0,041$  en 2010) ou en réanimation ( $p < 0,001$  en 2010 et 2013) durant le dernier mois de vie lorsque les patients sont connus par l'EMSP.

En 2013, la durée cumulée d'hospitalisation la dernière année de vie est toujours supérieure pour les patients suivis pas l'EMSP (moyenne de 56 jours vs 49 en 2010,  $p = 0,002$  et médiane de 62 jours vs 40 en 2013,  $p < 0,001$ ).

Alors qu'en 2010 la moyenne de la durée du dernier séjour était identique (11 jours pour les deux groupes,  $p = 0,178$ ), la médiane de celle-ci est supérieure en 2013 pour les patients suivis par l'EMSP (16 jours versus 9,  $p < 0,001$ ).

Les patients non suivis par l'EMSP décèdent plus souvent en réanimation (47 vs 2,  $p < 0,001$  en 2010 et 102 vs 5,  $p < 0,001$  en 2013).

En revanche alors qu'ils décédaient plus aux urgences en 2010 (38 vs 5,  $p < 0,001$ ) ce n'est plus le cas en 2013 (13 vs 6,  $p = 0,37$ ).

### ***Analyse multivariée***

Il ressort toujours une différence d'accès à l'EMSP selon le type de cancer, le recours étant toujours plus fréquent pour les patientes de gynécologie en 2013 (OR=2,52 ; IC 1,06-5,99 ;  $p = 0,036$ ) comme en 2010. On voit apparaître en 2013 un recours moins fréquent pour les patients atteints de cancer respiratoire (OR=0,51 ; IC 0,29-0,92 ;  $p = 0,026$ ).

## Discussion

L'activité oncologique du site était en augmentation (+4,2% entre 2010 et 2013) et reste prépondérante (56,2% des décès en 2013 au CHLS contre 28,7% au niveau national (2)).

En 2013, les populations comparées diffèrent par leur âge (les patients suivis par l'EMSP sont plus jeunes que ceux qui ne le sont pas) ce qui n'était pas le cas en 2010. Pourtant, la médiane était de 65,5 ans en 2013 alors que de nombreux auteurs signalent des âges inférieurs à 60 ans pour les patients pris en charge par une équipe de soins palliatifs(17,18,36).

Comme en 2010, il y a plus de femmes que d'hommes suivis par l'EMSP ce qui semble lié à la différence constatée de prise en charge selon le type de cancer (beaucoup de suivis de cancers gynécologiques et peu de suivis des cancers pulmonaires, qui touchent surtout les hommes). Ces différences sont d'autant plus à prendre en considération qu'une récente étude évoque un bénéfice différent de la prise en charge palliative selon l'âge et le sexe puisqu'elle ne retrouve en effet ce bénéfice que chez les patients jeunes (<65 ans) et chez les hommes (37).

Malgré une proportion de décès de patients atteints de cancer plus important, la proportion de ceux suivis par l'EMSP était en baisse en 2013 (-3,5%) et se situe un peu en dessous de la littérature(38,39). La médiane de l'intervalle entre le premier contact avec l'EMSP et le décès était de 36 jours ce qui est inférieur à ce que l'on retrouve dans certains articles (42 jours pour Osta et al. (40) et 1,9 mois pour Cheng et al.(41)) mais bien supérieur aux 7 jours retrouvés dans de nombreux centres américains(31).

Alors que Hui et al. montraient un meilleur accès aux soins palliatifs pour les cancers pulmonaires à Houston en 2010 (38), on constate la tendance inverse dans notre centre avec une significativité qui se renforce, apparaissant en analyse multivariée en 2013. Comme constaté en 2010, il s'agit toujours d'un point à travailler pour notre équipe, les cancers pulmonaires sont en effet connus pour altérer la qualité de vie alors qu'une intégration précoce des soins palliatif peut améliorer la situation des ces patients, y compris leur survie(21,42,43).

De récents travaux européens montrent l'intérêt porté à cette collaboration par les onco-pneumologues et offrent des perspectives d'amélioration(44,45).

Il est difficile de comparer la présence de métastases car les patients d'hématologie n'avaient pas été exclus en 2010. On remarque tout de même la proportion importante en 2013 (plus de 40%) de patients suivis par l'EMSP et n'ayant pas de métastases. La littérature suggérant au contraire que l'apparition de métastases serait un facteur déclenchant de suivi par les ESP(20,40,46). Cela pourrait être en faveur d'une amélioration de l'anticipation de la prise en charge palliative sur notre site.

Dans cette étude, les patients suivis par l'EMSP ont été plus souvent et plus longtemps hospitalisés dans leur dernière année de vie que les autres. C'était le même constat en 2010 sur la durée cumulée d'hospitalisation mais pas sur le dernier séjour. On peut penser que la durée d'hospitalisation supérieure s'explique en partie par un recours à l'EMSP pour des patients plus complexes et qui nécessitent donc des hospitalisations plus longues. Le nombre de séjour, supérieur en 2013 pour les patients suivis par l'EMSP, peut en partie être expliqué par une activité importante de notre équipe au sein des services d'hospitalisation de jour. Par ailleurs, nous rappelons que la médiane de suivi était de 36 jours en 2013, tous les séjours ayant eu lieu avant la prise en charge par l'EMSP viennent donc fortement biaiser ces constats. La littérature suggère d'ailleurs qu'une prise en charge par une équipe palliative spécialisée, en particulier lorsqu'elle est précoce (> 3 mois avant le décès), est associée à une baisse des hospitalisations(47,48).

Dans le dernier mois de vie, on constatait, en 2010 et en 2013, que les patients suivis par l'EMSP étaient moins souvent hospitalisés aux urgences ou en réanimation. Ces critères font partie de ceux définis par l'ASCO comme critères de qualité de fin de vie(13) et ces résultats semblent cohérents avec la littérature(22,47).

Concernant les lieux de décès, en 2010 comme en 2013, les patients suivis par l'EMSP décédaient moins souvent en réanimation alors que le nombre de décès dans ces services a doublé entre les deux années. Cela est en partie dû à l'arrivée de patients d'hématologie, qui représentaient 42% des décès dans ces services en 2013 et qui semble faire plus souvent l'objet de soins agressifs en fin de vie (49). De façon générale, le taux de décès en réanimation, toutes causes de décès confondues, semble bien supérieure en France (jusqu'à 36% en CHU)(3) qu'en Australie (12%)(50). Plus spécifiquement pour les patients atteints de cancer, l'Institut canadien d'information sur la santé rapportait un taux de décès en réanimation de seulement 8% en 2011 et 2012(51). Des axes d'amélioration pourraient s'inspirer des nombreux travaux qui visent à mieux intégrer la prise en charge palliative au sein de services de réanimation(52–55).

Il y avait toujours moins de patients qui décédaient aux urgences en 2013 mais cette différence n'était plus statistiquement significative. La baisse importante du nombre de décès aux urgences (-55,8% par rapport à 2010) pourrait être responsable d'un manque de puissance. Une récente publication montre l'intérêt d'une prise en charge palliative aux urgences qui permettrait un meilleur contrôle des symptômes et une réduction du temps de l'hospitalisation(36).

On remarque que seuls 2,3% des patients sont décédés en oncologie médicale en 2013. Ce faible taux de décès peut s'expliquer en partie par la bonne collaboration qui s'est installée entre ce service et notre centre de soins palliatifs, en particulier avec les patientes atteintes de cancers gynécologiques. Il se pourrait donc que ces patients décèdent plus souvent en USP.

Il est en revanche étonnant de constater le faible taux de décès (moins de 9%) dans les services de gériatrie alors que près d'un tiers des patients de l'étude avait plus de 75 ans. Les patients qui décédaient en USP sont plus jeunes (65 ans). D'autres études seraient nécessaires pour déterminer qu'elle est la prise en charge de ces patients, relevant théoriquement de l'onco-gériatrie(56,57).

Concernant les traitements reçus en fin de vie, dans notre étude, 10,5% des patients ont reçus une chimiothérapie intraveineuse durant leurs quinze derniers jours de vie. La participation à un essai clinique dans ce contexte est anecdotique (<0,1%). Le taux de chimiothérapie sur notre site est proche de celui retrouvé dans certains articles (58,59), Earle et al.(12) rappellent cependant les grandes disparités dans ces chiffres. On note par exemple un taux de chimiothérapie en fin de vie particulièrement bas au Canada (<5%)(39).

Du fait de la méthodologie de recherche des AMM, la part considérée comme administrée hors AMM dans cette étude est probablement sous estimée. On peut noter en revanche qu'une partie de ces chimiothérapies peut être validée par des recommandations nationales ou internationales sans pour autant que le laboratoire pharmaceutique ait effectué les démarches pour obtenir une AMM dans cette indication, en particulier lorsque la molécule est générique.

Contrairement à 2010, on ne retrouve plus de différence dans l'administration de chimiothérapie en fin de vie selon que le patient soit connu de l'EMSP ou non. Meyers et al.(60) établissent le même constat. Une explication pourrait être un manque de puissance du fait d'effectifs peu importants avec une baisse de 33% entre les deux années. L'augmentation des patients pris en charge au CHLS en hématologie pourrait également expliquer en partie ce changement, puisqu'ils représentent plus de 40% des patients concernés. Enfin, la prise en charge palliative n'intervient peut être pas suffisamment tôt dans l'histoire de la maladie (61). Alors que certains auteurs rapportent une augmentation de l'utilisation de chimiothérapie en fin de vie(62), on ne peut que se féliciter de la baisse observée sur notre site. En effet, l'administration de chimiothérapie en fin de vie fait partie de facteurs de mauvaise qualité de vie bien identifiés(12,13) et il semblerait qu'elle soit liée à une augmentation globale de l'agressivité des soins en fin de vie(63,64). Des outils ont été développés pour aider les prescripteurs à évaluer le pronostic d'un patient en fin de vie(65,66). Mais il faut aussi composer avec le souhait du patient qui demande parfois de prolonger la vie à n'importe quel prix(67). Cependant, les patients qui reconnaissent être en fin de vie ne semblent pas demandeurs de tels soins (68–70). Une prise en charge palliative permet une meilleure appréhension de la maladie par le patient (19) et une discussion précoce sur la fin de vie entre le patient et son médecin limite l'agressivité des soins en fin de vie, notamment les chimiothérapies (71). Il ne faut

pas négliger non plus l'impact de ces soins sur les membres de la famille (70,72).

Nous ne disposions ni de la taille ni du poids des patients, il était donc impossible d'évaluer la dose administrée. Il serait intéressant d'évaluer la part de chimiothérapies "sous dosées" réalisées dans ce contexte. Nous ne disposions pas non plus des données concernant les chimiothérapies par voie orale. Des recherches seraient à entreprendre afin de mieux connaître leur utilisation dans les situations de fin de vie (73).

Les chiffres de réalisation de radiothérapie dans les 15 derniers jours de vie (environ 5%) restent stables entre 2010 et 2013, sans lien avec la prise en charge par l'EMSP. Il existe peu d'études récentes sur la radiothérapie palliative et les chiffres d'utilisation sont très variables(74,75). La radiothérapie palliative peut être très utile afin de contrôler de nombreux symptômes liés au cancer avec en premier lieu la douleur mais aussi des symptômes neurologiques ou autres. La difficulté reste d'établir le pronostic afin de savoir si la radiothérapie sera utile ou pas (76). Il semble également exister de grandes disparités dans les techniques utilisées et chez les patients qui en bénéficient (77,78). Des patients meurent avant la fin de leur traitement ou avant qu'ils puissent bénéficier de leur effet. L'ensemble de ces études conclut à la nécessité de mener des recherches dans ce domaine. Des critères de mauvaise qualité de fin de vie ont été définis concernant les chimiothérapies ou les hospitalisations mais ce n'est pas le cas pour la radiothérapie.

D'après Huo et al., les patients bénéficiant d'une prise en charge palliative sur le long terme reçoivent significativement moins de chimiothérapie, de radiothérapie et sont moins souvent opérés en fin de vie(79).

Il serait intéressant de compléter ces données avec celles de l'utilisation d'alimentation artificielle en fin de vie.

En plus des biais déjà évoqués ci dessus et de l'aspect rétrospectif, notre étude comporte plusieurs limites. La comparaison avec l'étude réalisée en 2010(33) était imparfaite notamment du fait de réalisation de tests statistiques différents et de la prise en compte de paramètres différents pour l'analyse multivariée. Par ailleurs, les données dont nous disposions permettaient seulement de savoir si les patients étaient connus par l'EMSP (donc au moins une intervention) mais pas si il existait un réel suivi.

Il n'est donc pas certain qu'il existe une relation causale directe entre la prise en charge par l'EMSP et l'amélioration de certains critères de qualité de fin de vie constatée dans cette étude. Pour l'admission ou le décès en réanimation par exemple, on peut imaginer que le médecin ou l'équipe qui fait appel à l'EMSP pour un patient demandera moins facilement sa mutation en réanimation par

la suite.

Malgré ces imperfections, des tendances semblent se confirmer entre 2010 et 2013. L'arrivée du service d'hématologie semble avoir quelque peu modifié le paysage ce qui paraît cohérent avec la littérature qui rapporte des soins en fin de vie plus agressifs chez les patients d'onco-hématologie y compris sur le nombre d'admission en réanimation et sur la réalisation de chimiothérapies,(47,49) auxquels s'ajoutent un accès moins courant aux soins palliatifs(38).

Plusieurs axes de travail se dégagent ainsi avec les spécialistes d'onco-hématologie, d'onco-pneumologie et de radiothérapie. La réalisation de chimiothérapie nécessiterait une étude plus approfondie avec notamment des données cliniques (Performans Status ou indice de Karnofsky), la recherche des RCP et la prise en compte des chimiothérapies par voie orale. Outre les travaux déjà cités permettant d'améliorer l'accès aux soins palliatifs et l'amélioration de la qualité de vie des patients, on peut également évoquer l'importance des décisions multidisciplinaires entre oncologues et équipes de soins palliatifs (80) et la meilleure acceptation des soins palliatifs par les patients grâce à des programmes de promotion (19).

Il serait également intéressant d'étudier les données des patients à domicile, l'impact de la mise en place d'équipe de soins palliatifs sur leur satisfaction et sur leurs hospitalisations restant à démontrer (81) et les motifs de leurs hospitalisations étant encore à étudier afin de mieux les anticiper(82).

THESE SOUTENUE PAR M. Yann BARTHELEMY

### CONCLUSIONS

Entre 2010 et 2013, le suivi palliatif reste fortement associé à une moindre probabilité de décéder en réanimation. L'accès aux soins palliatifs reste dépendant du type de cancer.

Le travail avec les réanimateurs doit se poursuivre et de nouvelles mesures sont à mettre en œuvre pour améliorer la collaboration notamment avec les équipes d'onco-pneumologie.

Vu, Le Doyen de la Faculté  
de Médecine et de Maïeutique  
Lyon-Sud Charles Mérieux

  
Carole BURILLON  


La Présidente de la Thèse  
Professeur Mauricette MICHALLET

  
Vu et Permis d'imprimer  
Lyon, le 12/04/2016

Vu, le Président de l'Université  
Le Président du Comité de Coordination  
des Etudes Médicales

  
Professeur Jérôme ETIENNE  


## **Bibliographie**

1. Aouba A, Rey G. l'évolution de la mortalité et des causes de décès entre 1990 et 2009. ADSP. 2012;80:24–8.
2. CépiDc - causes médicales de décès [Internet]. [cité 9 avr 2016]. Disponible sur: <http://www.cepidc.inserm.fr/site4/>
3. Lalande F, Veber O. La mort à l'hôpital [Internet]. Inspection générale des affaires sociales; 2009 [cité 2 avr 2016]. Report No.: TOME 1. Disponible sur: [http://urpsmed-pc.fr/images/publications\\_hors\\_urps/igas\\_mort\\_hopital\\_2010.pdf](http://urpsmed-pc.fr/images/publications_hors_urps/igas_mort_hopital_2010.pdf)
4. Aouba A, Eb M, Rey G, Pavillon G, Jouglà É. Données sur la mortalité en France: principales causes de décès en 2008 et évolutions depuis 2000. *Transport*. 2011;1(V99):Y85.
5. Walsh D, Donnelly S, Rybicki L. The symptoms of advanced cancer: relationship to age, gender, and performance status in 1,000 patients. *Support Care Cancer*. 2000;8(3):175–179.
6. 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.
7. Bruera E, Kim HN. Cancer pain. *JAMA*. 12 nov 2003;290(18):2476-9.
8. McMillan SC, Small BJ. Symptom distress and quality of life in patients with cancer newly admitted to hospice home care. *Oncol Nurs Forum*. déc 2002;29(10):1421-8.
9. Smith TJ, Hillner BE. Bending the cost curve in cancer care. *N Engl J Med*. 2011;364(21):2060–2065.
10. American Academy of Hospice and Palliative Medicine, Center to Advance Palliative Care, Hospice and Palliative Nurses Association, Last Acts Partnership, National Hospice and Palliative Care Organization. National Consensus Project for Quality Palliative Care: Clinical Practice Guidelines for quality palliative care. *J Palliat Med*. oct 2004;7(5):611-27.
11. 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*. 10 mars 2012;30(8):880-7.
12. 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*. 10 août 2008;26(23):3860-6.
13. 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*. 15 mars 2003;21(6):1133-8.
14. WHO | WHO Definition of Palliative Care [Internet]. WHO. [cité 10 avr 2016]. Disponible sur: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/#>
15. Modalités de prise en charge de l'adulte nécessitant des soins palliatifs [Internet]. ANAES. 2002 [cité 10 avr 2016]. Disponible sur: <http://www.has->

16. Higginson IJ, Finlay I, Goodwin DM, Cook AM, Hood K, Edwards AG, et al. Do hospital-based palliative teams improve care for patients or families at the end of life? *J Pain Symptom Manage*. 2002;23(2):96–106.
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. 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.
19. Lu C-Y, Shen W-C, Kao C-Y, Wang H-M, Tang S-C, Chin T-L, et al. Impact of Palliative Care Consultation Service on Terminally Ill Cancer Patients: A 9-Year Observational Cohort Study in Taiwan. *Medicine (Baltimore)*. mars 2016;95(10):e2981.
20. Ferris FD, Bruera E, Cherny N, Cummings C, Currow D, Dudgeon D, et al. Palliative Cancer Care a Decade Later: Accomplishments, the Need, Next Steps--From the American Society of Clinical Oncology. *J Clin Oncol*. 20 juin 2009;27(18):3052-8.
21. Chandrasekar D, Tribett E, Ramchandran K. Integrated Palliative Care and Oncologic Care in Non-Small-Cell Lung Cancer. *Curr Treat Options Oncol*. mai 2016;17(5):23.
22. 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).
23. Amano K, Morita T, Tataru 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.
24. Rocque GB, Cleary JF. Palliative care reduces morbidity and mortality in cancer. *Nat Rev Clin Oncol*. févr 2013;10(2):80-9.
25. 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.
26. Health Quality Ontario. Team-Based Models for End-of-Life Care: An Evidence-Based Analysis. *Ont Health Technol Assess Ser*. 2014;14(20):1-49.
27. Peppercorn JM, Smith TJ, Helft PR, Debono DJ, Berry SR, Wollins DS, et al. American society of clinical oncology statement: toward individualized care for patients with advanced cancer. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol*. 20 févr 2011;29(6):755-60.
28. Scibetta C, Kerr K, Mcguire J, Rabow MW. The Costs of Waiting: Implications of the Timing of Palliative Care Consultation among a Cohort of Decedents at a Comprehensive Cancer

Center. *J Palliat Med.* janv 2016;19(1):69-75.

29. Earle CC. Trends in the Aggressiveness of Cancer Care Near the End of Life. *J Clin Oncol.* 2 déc 2003;22(2):315-21.
30. Ho TH, Barbera L, Saskin R, Lu H, Neville BA, Earle CC. Trends in the Aggressiveness of End-of-Life Cancer Care in the Universal Health Care System of Ontario, Canada. *J Clin Oncol.* 20 avr 2011;29(12):1587-91.
31. Hui D, Elsayem, Ahmed, De La Cruz, Maxine, Berger, Ann, Zhukovsky, Donna S., Palla, Shana. Availability and Integration of Palliative Care at US Cancer Centers. *JAMA.* 17 mars 2010;303(11):1054.
32. Fogliarini A, Chvetzoff G, Guesdon G, Krakowski I. Evolution of palliative care in the French Cancer Centers-Unicancer. *World Hosp Health Serv Off J Int Hosp Fed.* 2015;51(4):33-4.
33. 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;
34. Communiqués et dossiers de presse, - Bilan à deux ans du projet d'établissement Cap 2013 / Septembre [Internet]. 2012 [cité 11 avr 2016]. Disponible sur: <http://www.chu-lyon.fr/web/3509>
35. Hui D, Bansal S, Park M, Reddy A, Cortes J, Fossella F, et al. Differences in attitudes and beliefs toward end-of-life care between hematologic and solid tumor oncology specialists. *Ann Oncol Off J Eur Soc Med Oncol ESMO.* juill 2015;26(7):1440-6.
36. Delgado-Guay MO, Rodriguez-Nunez A, Shin SH, Chisholm G, Williams J, Frisbee-Hume S, et al. Characteristics and outcomes of patients with advanced cancer evaluated by a palliative care team at an emergency center. A retrospective study. *Support Care Cancer Off J Multinatl Assoc Support Care Cancer.* mai 2016;24(5):2287-95.
37. Nipp RD, Greer JA, El-Jawahri A, Traeger L, Gallagher ER, Park ER, et al. Age and Gender Moderate the Impact of Early Palliative Care in Metastatic Non-Small Cell Lung Cancer. *The Oncologist.* janv 2016;21(1):119-26.
38. 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.* 1 déc 2012;17(12):1574-80.
39. Barbera L, Seow H, Sutradhar R, Chu A, Burge F, Fassbender K, et al. Quality of end-of-life cancer care in Canada: a retrospective four-province study using administrative health care data. *Curr Oncol.* 14 juill 2015;22(5):341.
40. Osta BE, Palmer JL, Paraskevopoulos T, Pei B-L, Roberts LE, Poulter VA, et al. Interval between first palliative care consult and death in patients diagnosed with advanced cancer at a comprehensive cancer center. *J Palliat Med.* févr 2008;11(1):51-7.
41. Cheng W-W, Willey J, Palmer JL, Zhang T, Bruera E. Interval between palliative care referral and death among patients treated at a comprehensive cancer center. *J Palliat Med.* oct 2005;8(5):1025-32.

42. Chabowski M, Polanski J, Jankowska-Polańska B, Rosińczuk J, Szymanska-Chabowska A. Quality of life of patients with lung cancer. *OncoTargets Ther.* févr 2016;1023.
43. 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.* 2010;363(8):733–742.
44. Blum T, Schönfeld N. The lung cancer patient, the pneumologist and palliative care: a developing alliance. *Eur Respir J.* janv 2015;45(1):211-26.
45. Janssens A, Teugels L, Kohl S, Michielsen T, Leysen B, van Meerbeeck JP. Practical tools for implementing early palliative care in advanced lung cancer. *Eur Respir J.* mars 2016;47(3):1010-2.
46. 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.
47. Hui D, Kim SH, Roquemore J, Dev R, Chisholm G, Bruera E. Impact of timing and setting of palliative care referral on quality of end-of-life care in cancer patients. *Cancer.* 2014;120(11):1743–1749.
48. Hearn J, Higginson IJ. Do specialist palliative care teams improve outcomes for cancer patients? A systematic literature review. *Palliat Med.* 1998;12(5):317–332.
49. Hui D, Didwaniya N, Vidal M, Shin SH, Chisholm G, Roquemore J, et al. Quality of end-of-life care in patients with hematologic malignancies: A retrospective cohort study: Quality of End-of-Life Care. *Cancer.* 15 mai 2014;120(10):1572-8.
50. Goldsbury DE, O’Connell DL, Girgis A, Wilkinson A, Phillips JL, Davidson PM, et al. Acute hospital-based services used by adults during the last year of life in New South Wales, Australia: a population-based retrospective cohort study. *BMC Health Serv Res [Internet].* juin 2015 [cité 2 avr 2016];15(1). Disponible sur: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/15/537>
51. Soins hospitaliers en fin de vie pour les patients atteints du cancer [Internet]. Institut canadien d’information sur la santé; 2013 avr [cité 24 avr 2016]. Disponible sur: [https://secure.cihi.ca/free\\_products/Cancer\\_Report\\_FR\\_web\\_avril2013.pdf](https://secure.cihi.ca/free_products/Cancer_Report_FR_web_avril2013.pdf)
52. Nelson JE, Puntillo KA, Pronovost PJ, Walker AS, McAdam JL, Ilaoa D, et al. In their own words: patients and families define high-quality palliative care in the intensive care unit. *Crit Care Med.* 2010;38(3):808.
53. O’Mahony S, McHenry J, Blank AE, Snow D, Eti Karakas S, Santoro G, et al. Preliminary report of the integration of a palliative care team into an intensive care unit. *Palliat Med.* mars 2010;24(2):154-65.
54. Jenko M, Adams JA, Johnson CM, Thompson JA, Bailey DE. Facilitating palliative care referrals in the intensive care unit: a pilot project. *Dimens Crit Care Nurs DCCN.* déc 2015;34(6):329-39.
55. Aslakson RA, Curtis JR, Nelson JE. The changing role of palliative care in the ICU. *Crit Care*

Med. nov 2014;42(11):2418-28.

56. 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.
57. Sifer-Rivière L, Saint-Jean O, Gisselbrecht M, Cudennec T, Girre V, Programme d'OncoGériatrie de l'Ouest Parisien (POGOP). What the specific tools of geriatrics and oncology can tell us about the role and status of geriatricians in a pilot geriatric oncology program. *Ann Oncol Off J Eur Soc Med Oncol ESMO*. oct 2011;22(10):2325-9.
58. Emanuel EJ, Young-Xu Y, Levinsky NG, Gazelle G, Saynina O, Ash AS. Chemotherapy use among Medicare beneficiaries at the end of life. *Ann Intern Med*. 2003;138(8):639-643.
59. Goksu SS, Gunduz S, Unal D, Uysal M, Arslan D, Tatlı AM, et al. Use of chemotherapy at the end of life in Turkey. *BMC Palliat Care*. 2014;13(1):51.
60. Meyers FJ, Linder J, Beckett L, Christensen S, Blais J, Gandara DR. Simultaneous care: a model approach to the perceived conflict between investigational therapy and palliative care. *J Pain Symptom Manage*. déc 2004;28(6):548-56.
61. 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*. 1 févr 2012;30(4):394-400.
62. Lee H, Chun K, Moon D, yeon H, Lee S, Lee S. Trends in receiving chemotherapy for advanced cancer patients at the end of life. *BMC Palliat Care*. 2015;14(1):4.
63. Saito AM, Landrum MB, Neville BA, Ayanian JZ, Earle CC. The effect on survival of continuing chemotherapy to near death. *BMC Palliat Care*. 2011;10(1):14.
64. Wu C-C, Hsu T-W, Chang C-M, Lee C-H, Huang C-Y, Lee C-C. Palliative Chemotherapy Affects Aggressiveness of End-of-Life Care. *The Oncologist*. 18 avr 2016;
65. Barbot A-C, Mussault P, Ingrand P, Tourani J-M. Assessing 2-Month Clinical Prognosis in Hospitalized Patients With Advanced Solid Tumors. *J Clin Oncol*. 20 mai 2008;26(15):2538-43.
66. Cardona-Morrell M, Hillman K. Development of a tool for defining and identifying the dying patient in hospital: Criteria for Screening and Triaging to Appropriate Alternative care (CriSTAL). *BMJ Support Palliat Care*. mars 2015;5(1):78-90.
67. Mack JW, Cronin A, Keating NL, Taback N, Huskamp HA, Malin JL, et al. Associations Between End-of-Life Discussion Characteristics and Care Received Near Death: A Prospective Cohort Study. *J Clin Oncol*. 10 déc 2012;30(35):4387-95.
68. Weeks JC, Cook EF, O'Day SJ, Peterson LM, Wenger N, Reding D, et al. Relationship between cancer patients' predictions of prognosis and their treatment preferences. *JAMA*. 3 juin 1998;279(21):1709-14.
69. Mack JW, Weeks JC, Wright AA, Block SD, Prigerson HG. End-of-Life Discussions, Goal Attainment, and Distress at the End of Life: Predictors and Outcomes of Receipt of Care

Consistent With Preferences. *J Clin Oncol*. 1 mars 2010;28(7):1203-8.

70. Wright AA. Associations Between End-of-Life Discussions, Patient Mental Health, Medical Care Near Death, and Caregiver Bereavement Adjustment. *JAMA*. 8 oct 2008;300(14):1665.
71. 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* [Internet]. 4 mars 2014 [cité 28 févr 2016];348. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3942564/>
72. Wright AA, Keating NL, Balboni TA, Matulonis UA, Block SD, Prigerson HG. Place of Death: Correlations With Quality of Life of Patients With Cancer and Predictors of Bereaved Caregivers' Mental Health. *J Clin Oncol*. 10 oct 2010;28(29):4457-64.
73. Zerillo JA, Stuver SO, Fraile B, Dodek AD, Jacobson JO. Understanding Oral Chemotherapy Prescribing Patterns at the End of Life at a Comprehensive Cancer Center: Analysis of a Massachusetts Payer Claims Database. *J Oncol Pract*. 2015;11(5):372–377.
74. Kress M-A, Jensen RE, Tsai H-T, Lobo T, Satinsky A, Potosky AL. Radiation therapy at the end of life: a population-based study examining palliative treatment intensity. *Radiat Oncol*. 2015;10(1):15.
75. Guadagnolo BA, Liao K-P, Elting L, Giordano S, Buchholz TA, Shih Y-CT. Use of Radiation Therapy in the Last 30 Days of Life Among a Large Population-Based Cohort of Elderly Patients in the United States. *J Clin Oncol*. 1 janv 2013;31(1):80-7.
76. Jones JA, Lutz ST, Chow E, Johnstone PA. Palliative radiotherapy at the end of life: a critical review. *CA Cancer J Clin*. 2014;64(5):295–310.
77. Murphy JD, Nelson LM, Chang DT, Mell LK, Le Q-T. Patterns of care in palliative radiotherapy: a population-based study. *J Oncol Pract*. 2013;9(5):e220–e227.
78. Guadagnolo BA, Liao K-P, Giordano SH, Elting LS, Buchholz TA, Shih Y-CT. Increasing use of advanced radiation therapy technologies in the last 30 days of life among patients dying as a result of cancer in the United States. *J Oncol Pract*. 2014;JOP–2013.
79. Huo J, Du XL, Lairson DR, Chan W, Jiang J, Buchholz TA, et al. Utilization of surgery, chemotherapy, radiation therapy, and hospice at the end of life for patients diagnosed with metastatic melanoma. *Am J Clin Oncol*. juin 2015;38(3):235-41.
80. Colombet I, Montheil V, Durand J-P, Gillaizeau F, Niarra R, Jaeger C, et al. Effect of integrated palliative care on the quality of end-of-life care: retrospective analysis of 521 cancer patients. *BMJ Support Palliat Care*. 1 sept 2012;2(3):239-47.
81. Joseph R, Brown-Manhertz D, Ikwuazom S, Singleton JK. The effectiveness of structured interdisciplinary collaboration for adult home hospice patients on patient satisfaction and hospital admissions and re-admissions: a systematic review. *JBHI Database Syst Rev Implement Rep*. 2016;14(1):108-39.
82. Phongtankuel V, Scherban BA, Reid MC, Finley A, Martin A, Dennis J, et al. Why Do Home Hospice Patients Return to the Hospital? A Study of Hospice Provider Perspectives. *J Palliat Med*. janv 2016;19(1):51-6.

## Annexes

**Table 1 – Caractéristiques des patients**

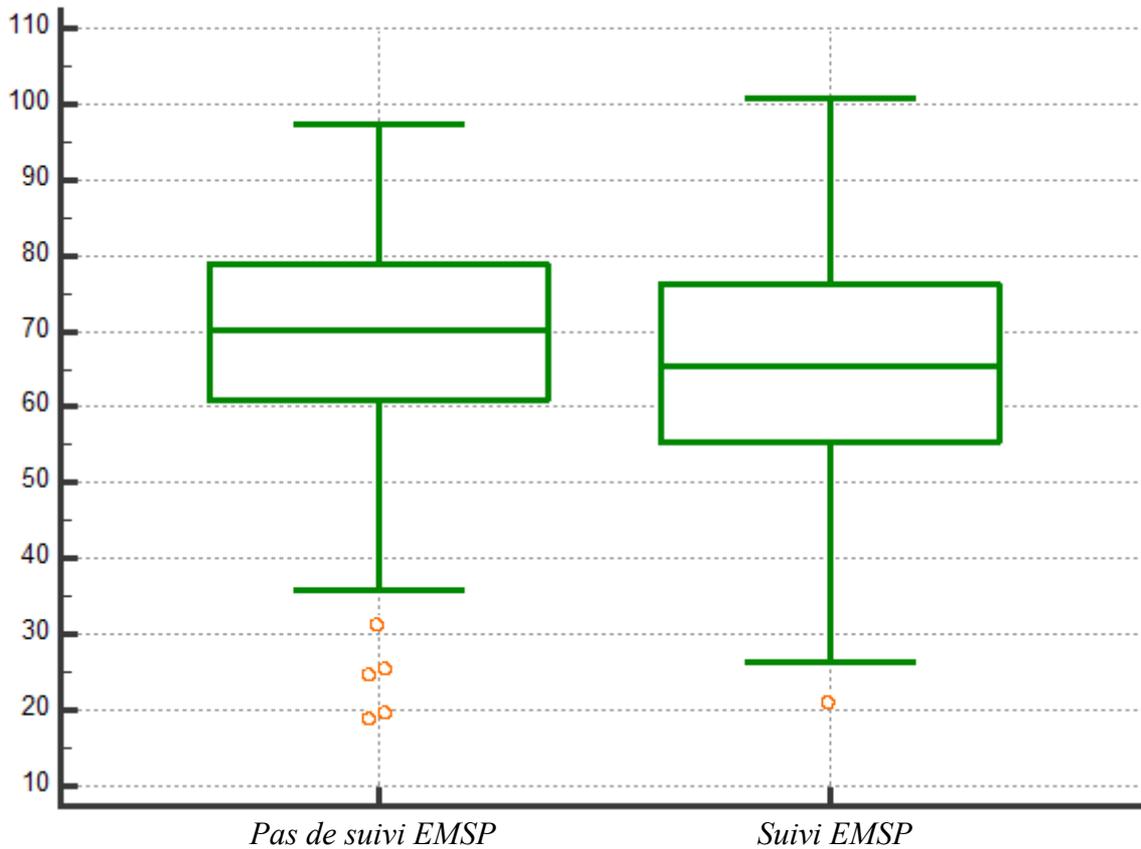
	Suivi EMSP (n=213), n (%)	Pas de suivi EMSP (n=300), n (%)	p-value	Total (n=513), n (%)
<b>Sexe</b>				
- Homme	114 (53,5)	203 (67,7)	<b>0,001</b>	317 (61,8)
- Femme	99 (46,5)	97 (32,3)		196 (38,2)
<b>Age<sup>1</sup></b>	65,5 (55,3 – 76,1)	70 (61 – 78,8)	<b>0,001</b>	68,1 (58,5 – 77,7)
<b>Type de cancer</b>				
<b>Respiratoire</b>	31 (14,5)	85 (28,3)	<b>&lt;0,001</b>	116 (22,7)
<b>Digestif</b>	37 (17,4)	67 (22,3)	0,17	104 (20,4)
<b>Voies urinaires</b>	20 (9,4)	22 (7,3)	0,4	42 (8,2)
<b>Gynécologie</b>	31 (14,5)	15 (5)	<b>&lt;0,001</b>	46 (9)
<b>ORL</b>	17 (8)	12 (4)	<b>0,05</b>	29 (5,7)
<b>Hématologie</b>	52 (24,4)	71 (23,7)	0,84	123 (24,1)
<b>Dermatologie</b>	16 (7,5)	13 (4,3)	0,12	29 (5,7)
<b>Autres</b>	8 (3,8)	13 (4,3)	0,75	21 (4,1)
<b>Métastases<sup>2</sup></b>				
- Oui	94 (58,7)	117 (51,3)	0,15	211 (54,4)
- Non	66 (41,3)	111 (48,7)		177 (45,6)
<b>Intervalle premier contact EMSP/Décès</b>				
	Médiane = 36 [10 - 134] Moyenne = 160 (339 <sup>3</sup> )	/	/	/

<sup>1</sup> Médiane (Q1 – Q3)

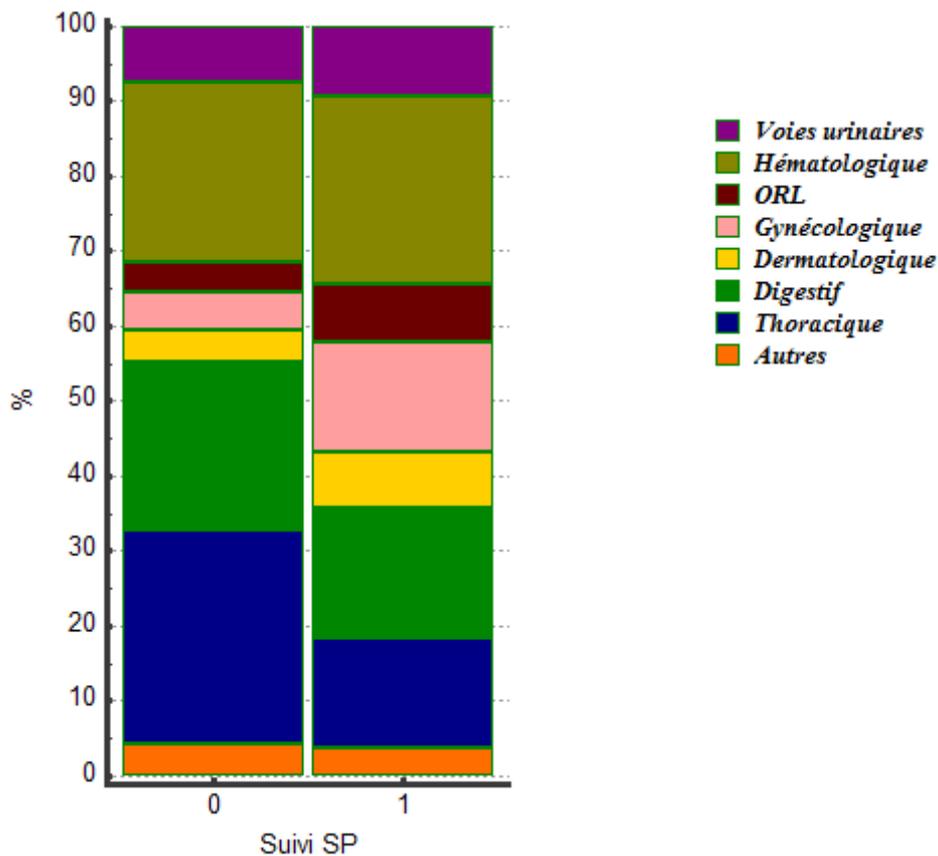
<sup>2</sup> Cancers hématologiques exclus

<sup>3</sup> Ecart type

**Graphique 1 – Répartition de l'âge selon le suivi palliatif**



**Graphique 2 – Suivi palliatif selon type de cancer**



**Table 2 – Caractéristiques des hospitalisations durant la dernière année de vie**

	Suivi EMSP (n=213), n(%)	Pas de suivi EMSP (n=300), n(%)	p-value	Total (n=513), n(%)
<b>Nombre admissions</b> <sup>1</sup>	13 (5 – 24) [10,7 ; 16]	5 (2 – 14) [4 ; 6]	< 0,001	8 (2 - 18)
<b>Durée cumulée d'hospitalisation</b> <sup>1,2</sup>	62 (37 – 106,2) [58 ; 71]	40 (15 – 69) [35 ; 44]	< 0,001	49,5 (24 – 86,5)
<b>Durée dernière hospitalisation</b> <sup>1,2</sup>	16 (6 – 28) [13 ; 19]	9 (4 – 20) [8 ; 11]	< 0,001	12 (5 - 23)
<b>Dernier séjour</b> - > 14 jours - ≤ 14 jours	113 (53,1) 100 (46,9)	106 (35,7) 191 (64,3)	< 0,001	219 (42,9) 291 (57,1)
<b>Hospitalisation en réanimation/USC</b> - Oui (≥1) - Non	20 (9,4) 193 (90,6)	111 (37,4) 186 (62,6)	< 0,001	131 (25,7) 379 (74,3)
<b>Hospitalisation en réanimation/USC</b> <sup>3</sup> - Oui (≥ 1) - Non	11 (5,2) 202 (94,8)	106 (35,7) 191 (64,3)	< 0,001	117 (22,9) 393 (77,1)
<b>Hospitalisation aux urgences</b> <sup>3</sup> - Oui (≥ 1) - Non	23 (10,8) 190 (89,2)	53 (17,8) 244 (82,2)	0,028	76 (14,9) 434 (85,1)
<b>Lieu du décès</b>				
<b>Médecine HC</b> <sup>4</sup>	55 (25,8)	143 (47,7)	< 0,001	198 (38,6)
<b>USP</b>	119 (55,9)	24 (8)	< 0,001	143 (27,9)
<b>Réa/USC</b>	5 (2,4)	102 (34)	< 0,001	107 (20,9)
<b>Urgences</b>	6 (2,8)	13 (4,3)	0,37	19 (3,7)
<b>Autres services</b>	28 (13,1)	18 (6)	0,005	46 (9)

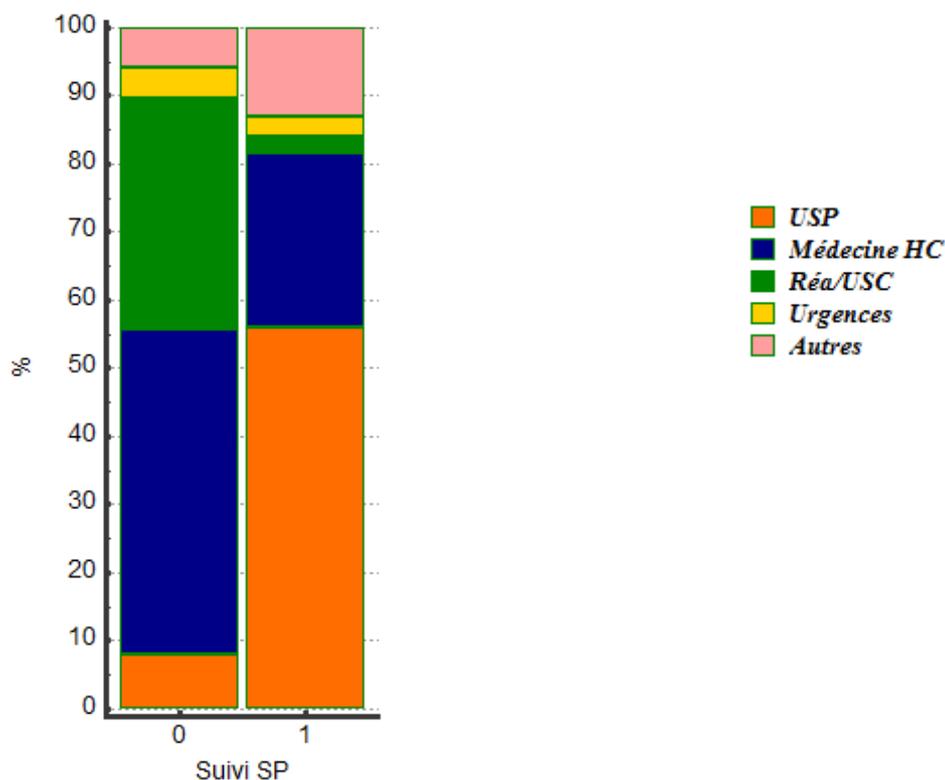
<sup>1</sup> médiane, (Q1 – Q3) [IC]

<sup>2</sup> en jours

<sup>3</sup> pendant le dernier mois de vie

<sup>4</sup> HC = Hospitalisation Complète

**Graphique 3 – Lieux de décès selon le suivi palliatif**



**Table 3 – Traitements reçus pendant le dernier mois de vie**

	Suivi EMSP (n=213), n(%)	Pas de suivi EMSP (n=300), n(%)	p-value	Total (n=513), n(%)
<b>Chimiothérapie</b>				
- <i>Oui</i>	39 (18,3)	71 (23,7)	0,146	110 (21,4)
- <i>Non</i>	174 (81,7)	229 (76,3)		403 (78,6)
<b>Chimiothérapie<sup>1</sup></b>				
- <i>Oui</i>	17 (8)	37 (12,3)	0,114	54 (10,5)
- <i>Non</i>	196 (92)	263 (87,7)		459 (89,5)
<b>Radiothérapie 15 derniers jours<sup>2</sup></b>				
- <i>Oui</i>	11 (5,2)	16 (5,3)	0,912	27 (5,3)
- <i>Non</i>	202 (94,8)	281 (94,7)		483 (94,7)
<b>Chirurgie</b>				
- <i>Oui</i>	17 (8)	54 (18)	0,001	71 (13,9)
- <i>Non</i>	196 (92)	243 (82)		439 (86,1)
<b>Chirurgie 15 derniers jours</b>				
- <i>Oui</i>	15 (7)	46 (15,3)	0,004	61 (12)
- <i>Non</i>	198 (93)	251 (84,7)		449 (88)

<sup>1</sup> dans les quinze derniers jours de vie

<sup>2</sup> A noter, que ces chiffres sont strictement identiques à ceux concernant le dernier mois de vie et qu'il s'agit des mêmes patients

**Table 4 – Comparaison des années 2010 et 2013**

	2010				2013			
	Pas de suivi EMSP (n=297), n (%)	Suivi EMSP (n=239), n (%)	p-value	Total (n=536), n (%)	Pas de suivi EMSP (n=300), n (%)	Suivi EMSP (n=213), n (%)	p-value	Total (n=513), n (%)
<b>Type de cancer</b>								
<b>Respiratoire</b>	92 (31)	26 (11)	<0,001 <sup>1</sup>	118 (22)	31 (14,5)	85 (28,3)	<0,001 <sup>1</sup>	116 (22,7)
<b>Gynécologique<sup>2</sup></b>	10 (3,5)	44 (18,5)	<0,001 <sup>1</sup>	54 (10)	31 (14,5)	15 (5)	<0,001 <sup>1</sup>	46 (9)
<b>Hématologique</b>	47 (16)	26 (11)	0,097 <sup>1</sup>	73 (14)	52 (24,4)	71 (23,7)	0,84 <sup>1</sup>	123 (24,1)
<b>Digestif</b>	39 (13)	62 (26)	0,076 <sup>1</sup>	101 (19)	37 (17,4)	67 (22,3)	0,17 <sup>1</sup>	104 (20,4)
<b>Traitements 15 derniers jours de vie</b>								
<b>Chimiothérapie</b>	59 (19)	22 (9)	<0,001 <sup>1</sup>	81 (15)	37 (12,3)	17 (8)	0,114 <sup>1</sup>	54 (10,5)
<b>Radiothérapie</b>	11 (4)	15 (6)	0,120 <sup>1</sup>	26 (5)	16 (5,3)	11 (5,2)	0,912 <sup>1</sup>	27 (5,3)
<b>Chirurgie</b>	48 (16)	22 (9)	0,012 <sup>1</sup>	70 (13)	46 (15,3)	15 (7)	0,004 <sup>1</sup>	61 (12)
<b>Caractéristiques des hospitalisations</b>								
<b>Durée cumulée dernière année de vie<sup>3</sup></b>	49 (45)	56 (44)	0,002 <sup>4</sup>	/	40 (15 – 69)	62 (37 – 106,2)	< 0,001 <sup>5</sup>	49,5 (24 – 86,5)
<b>Durée du dernier séjour<sup>3</sup></b>	11 (11)	11 (12)	0,178	11 (11,5)	9 (4 – 20)	16 (6 – 28)	< 0,001 <sup>5</sup>	12 (5 - 23)
<b>Admission aux urgences<sup>6,7</sup></b>	104 (35)	66 (28)	0,041	/	53 (17,8)	23 (10,8)	0,028 <sup>1</sup>	76 (14,9)
<b>Admission en réanimation<sup>6</sup></b>	58 (20)	14 (6)	<0,001	/	106 (35,7)	11 (5,2)	< 0,001 <sup>1</sup>	117 (22,9)
<b>Lieux de décès</b>								
<b>USP</b>	0	155 (65)	<0,001 <sup>9</sup>	155 (29)	24 (8)	119 (55,9)	< 0,001 <sup>1</sup>	143 (27,9)
<b>Médecine/Chirurgie<sup>8</sup></b>	212 (71)	77 (19)	<0,001 <sup>1</sup>	187 (35)	161 (53,7)	83 (38,9)	0,001 <sup>1</sup>	244 (47,6)
<b>Réanimation</b>	47 (16)	2 (1)	<0,001 <sup>9</sup>	49 (9)	102 (34)	5 (2,4)	< 0,001 <sup>1</sup>	107 (20,9)
<b>Urgences</b>	38 (13)	5 (2)	<0,001 <sup>9</sup>	43 (8)	13 (4,3)	6 (2,8)	0,37 <sup>1</sup>	19 (3,7)

<sup>1</sup>Test du Chi-deux

<sup>2</sup> correspond aux « Breast » et « Gynaecological » de l'étude de Ledoux M, et al.

<sup>3</sup> en jours ; moyenne (SD) en 2010 ; médiane (Q1 – Q3) en 2013

<sup>4</sup> Test de Wilcoxon

<sup>5</sup> Test de Mann-Whitney

<sup>6</sup> Pendant le dernier mois de vie

<sup>7</sup> Plus d'une admission en 2010 et une admission ou plus en 2013

<sup>8</sup> En 2013, sont regroupés ici « Médecine HC » et « Autres » de la table 2

<sup>9</sup> Test exact de Fisher

**TITRE :** Prise en charge palliative des patients atteints de cancer dans un centre hospitalier universitaire : état des lieux en 2013 et comparaison avec 2010.

Th. Méd : Lyon 2016

**RESUME :** Une étude réalisée au CHLS avait montrée des lacunes dans la prise en charge palliative des patients atteints de cancer. L'objectif était d'évaluer l'évolution de cette prise en charge dans ce centre entre 2010 et 2013.

Les patients atteints de cancer et décédés au CHLS en 2013 ont été inclus dans cette étude rétrospective. Ceux connus par l'équipe mobile de soins palliatifs (EMSP) ont été comparés à ceux qui ne l'étaient pas par des tests non paramétriques. Une analyse multivariée par régression logistique a ensuite été conduite. Ces résultats ont été comparés à ceux obtenus en 2010 par Ledoux M. et al.

En 2013, 513 patients atteints de cancer sont décédés (536 en 2010). Parmi eux, 41,5% étaient connus de l'EMSP (44,6% en 2010,  $p=0,316$ ). Sur 54 (10,5%) patients ayant reçus une chimiothérapie dans les 15 derniers jours de vie, 17 étaient suivis par l'EMSP ( $p=0,114$  ; en 2010,  $p<0,001$ ). En analyse multivariée, les cancers pulmonaires étaient moins suivis par l'EMSP (OR 0,51; IC 0,29-0,92 ;  $p=0,026$ ) contrairement aux cancers gynécologiques (OR 2,52 ; IC 1,06-5,99 ;  $p=0,036$ ). On a observé 49 (9%) décès en réanimation en 2010 et 107 (20,9%) en 2013 ( $p<0,001$ ). En 2013, le moindre risque de décès en réanimation était lié au suivi EMSP (OR 0,16 ; IC 0,04-0,61 ;  $p=0,007$ ).

Entre 2010 et 2013, le suivi palliatif reste fortement associé à une moindre probabilité de décéder en réanimation. L'accès aux soins palliatifs reste dépendant du type de cancer.

Le travail avec les réanimateurs doit se poursuivre et de nouvelles mesures sont à mettre en œuvre pour améliorer la collaboration notamment avec les équipes d'onco-pneumologie.

**MOTS CLES :** Cancer, soins palliatifs, réanimation, chimiothérapie, fin de vie, qualité de vie

**JURY :**

Présidente : Madame le Professeur Mauricette MICHALLET

Membres : Madame le Professeur Anne-Marie SCHOTT-PETHELAZ

Madame le Professeur Marilène FILBET

Monsieur le Docteur Marc MAGNET

**DATE DE SOUTENANCE :** Vendredi 13 mai 2016