

Optimisation de la prise en charge des patients atteints de maladie cancéreuse en phase palliative.

V1.8 23 05 2018

1 Contexte

L'ensemble des différentes recommandations et études incite à une introduction précoce des soins palliatifs en phase avancée des cancers (Temel NEJM 2010, Bakitas JAMA 2009, Zimmerman Lancet. 2014). Cependant, interrompre la chimiothérapie pour proposer une alternative plus adaptée est un processus de décision complexe où l'espérance de vie du patient est parfois surévaluée par l'oncologue. Des équipes ont développé des outils d'aide à la décision, en particulier le score Pronopall validé. (Bourgeois soumis Annals of Oncol 2017)

De nombreux facteurs peuvent influencer la prescription de chimiothérapie en phase palliative terminale (Morin Annals of Oncol 2016). Cependant, ces traitements sont associés à un risque accru d'événements indésirables, d'hospitalisation et de diminution de la qualité de vie (Wright BMJ 2014)

2 Objectifs

- 1 Sollicitation précoce des équipes ressources des soins palliatifs
- 2 Appropriation et utilisation du score Pronopal

3 Ciblage dans la région

L'ensemble des établissements de la région autorisés ou associés en chimiothérapie, prenant en charge des patients atteints d'un cancer du sein, poumon, ovaire, colorectal, pancréas, prostate ou rein à un stade avancé.

4 Accompagnement

ARS OMEDIT ONCO Bretagne CARESP

5 Contractualisation

Inscrit dans contrat CAQUES. Promouvoir une démarche d'amélioration.

6 Indicateurs

NB : l'étude s'attachera à observer les évolutions (T0, T1, T2) pour chacun des indicateurs ci-dessous

T0 Etat des lieux (2017)

T1 2018

T2 2019

1 - Prise en charge par une équipe ressource en soins palliatifs

1.1 Pourcentage de patients décédés d'un cancer pour lesquels il y a eu une prise en charge par une équipe ressource de soins palliatifs que cela soit à l'hôpital (LISP, USP, EMSP) ou au domicile avec intervention d'une EMSP, d'un réseau de soins palliatifs ou de l'HAD (motif de PEC = soins palliatifs).

Moyens de recueil/suivi de cet indicateur :

Traçabilité dans le dossier du patient

Réunion Pluridisciplinaire et Pluriprofessionnelle (RPP) obligatoires pour tout patient en LISP

EMSP : via leur logiciel d'évaluation d'activité (outil « LEA EMSP » commun aux 16 EMSP / suivi par la CARESP) édition d'un rapport de données faisant état du nb de patients et nb d'interventions de l'EMSP par lieu et par pathologie (différents cancers et si métastatique ou non) associé à un rapport de données agrégées à l'échelle région.

Sous groupe à identifier : Pourcentage de patients concernés hospitalisés à l'hôpital ou « à domicile » (HAD) avec cotation d'un séjour en diagnostic « soins palliatifs » (hors séjours LISP et USP) avec ou sans intervention d'une coordination.

Moyen de recueil : DIM/PMSI

- ☐ T0 Etat des lieux Valeur informative
- ☐ T1 25% des patients
- ☐ T2 50% des patients

1.2 Evaluation du délai entre la date de prise en charge par l'équipe ressource de soins palliatifs et le décès du patient concerné

Moyens de recueil/suivi de cet indicateur :

traçabilité dans le dossier du patient (que la prise en charge relève d'une USP, d'un LISP, d'une EMSP/RSP ou HAD) + pour les EMSP : via leur logiciel d'activité qui inclut des données sur le pourcentage de patients décédés xx jours après la première intervention de l'EMSP. C'est la date d'intervention qui sera retenue.

- ☐ T0 Etat des lieux Valeur de référence
- ☐ T1 15% d'amélioration de la valeur de référence
- ☐ T2 30% d'amélioration de la valeur de référence

2 – Pourcentage de patients ayant bénéficié du calcul du score Pronopall

Moyens de recueil/suivi de cet indicateur :

traçabilité dans le dossier du patient, **dans le logiciel de prescription**

- ☐ T0 Etat des lieux Valeur informative
- ☐ T1 25% des patients
- ☐ T2 50% des patients

3 – Evaluation du délai entre le décès et la dernière cure de traitement / chimiothérapie

- ☐ T0 état des lieux Valeur de référence
- ☐ T1 15% d'amélioration de la valeur de référence
- ☐ T2 30% d'amélioration de la valeur de référence

Il sera tenu compte de l'organisation variable de l'offre des équipes de soins palliatifs

Aide à l'introduction des Directives Anticipées.

Une étude médico économique informative complétera l'analyse.

7 Mise en œuvre

- Réunion des référents le 19 12 2017 14h 17h ARS Rennes
- Mise en place sur site (Observatoire du Cancer) Une réunion proposée par territoire en 2018 (8)
- Patients concernés :
 - ☐ atteints d'un cancer du sein, poumon, ovaire, colorectal, pancréas, prostate ou rein à un stade avancé.
 - ☐ en consultation, en ambulatoire ou hospitalisé
 - ☐ critères d'inclusion proposé pour le calcul du score Pronopall (1 ou plusieurs) :
 - PS supérieur ou égal à 2
 - Patient ne répondant pas au dernier traitement
 - « Serais-je surpris si ce patient décédait au cours de l'année ? » GOMEZ-BATISTE *et. al.* 2016. HAMANO *et. al.*, *The Oncologist*, 2015.
- Accès au score Pronopall :
 - ☐ Logiciel de prescription
 - ☐ RCP (intégration pour calcul avant RCP)

8 Attentes

- **Communication facilitée et précoce entre l'équipe oncologique et équipe identifiée soins palliatifs**
- **Communication avec les patients et les proches**
- **Introduction précoce des soins palliatifs**

- **Appropriation du score Pronopall dans la pratique**
- **Diminution des décès précoces**

CNIL MR003 du 4 11 2016 2004642V0

/ Pour information : d'après la liste des établissements autorisés pour le traitement des cancers en Bretagne (38) et des établissements associés dont nous disposons, nous avons pu identifier que 11 sites disposant d'une autorisation en cancérologie ont dans le service d'oncologie des LISP (« lits identifiés de soins palliatifs ») et que 8 sites disposant d'une autorisation + 1 site associé ont une USP (Unité de soins palliatifs) en interne. Tous les établissements autorisés en proximité (et pour 13 d'entre eux, en interne) ont une EMSP (équipe mobile de soins palliatifs) ou un réseau de soins palliatifs.

Références bibliographiques

Soins palliatifs :

Plan national pour le développement des soins palliatifs et l'accompagnement en fin de vie 2015-2018 [p.11]

Loi n°2016-87 du 2 Février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie

Circulaire n°DHOS/O2/2008/99 du 25 mars 2008 relative à l'organisation des soins palliatifs

Voir(e) également :

Définition des soins palliatifs selon la HAS, « L'essentiel de la démarche palliative », 2016

Définition des soins palliatifs selon l'INPES, 2009

Définition des soins palliatifs selon l'Organisation Mondiale de la Santé, 2002

Définition des soins palliatifs selon la Société Française d'Accompagnement et de soins palliatifs, 1999 2016

Référentiel AFSOS Quand associer une approche palliative spécialisée pour les patients adultes atteints de cancer ?
décembre 2016

Bakitas M, Lyons KD, Hegel MT et al. Effects of a palliative care intervention on clinical outcomes in patients with advanced cancer: the Project ENABLE II randomized controlled trial. JAMA. 2009 Aug 19;302(7):741-9.

Bourgeois H, Grudé F, Solal-Céligny P et al : Clinical validation of a prognostic tool in a population of outpatients treated for incurable cancer undergoing anticancer therapy: PRONOPALL study. Annals of Oncology, Volume 28, Issue 7, 1 July 2017, Pages 1612–1617,

<https://doi.org/10.1093/annonc/mdx172>

Ferrell BR, Temel JS, Sarah Temin S et al : Integration of Palliative Care Into Standard Oncology Care: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Update J Clin Oncol 2017 jan 35:96-112.

MORIN et. Al : Sur les facteurs influençant l'utilisation de la chimiothérapie pour des patients en fin de vie Annals of Oncology, Dec 19, 2016)

Temel JS, Greer JA, Muzikansky A et al. Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. N Engl J Med. 2010 Aug 19;363(8):733-42.

Wright AA, Zhang B, Keating NL Et al. Associations between palliative chemotherapy and adult cancer patients' end of life care and place of death: prospective cohort study. BMJ. 2014 Mar 4;348:g1219

Zimmermann C, Swami N, Krzyzanowska M et al. Early palliative care for patients with advanced cancer: a cluster-randomised controlled trial. Lancet. 2014 May 17;383(9930):1721-30. doi: 10.1016/S0140-6736(13)62416-2. Epub 2014 Feb 19.

Annexe 1 : Groupe de travail définitif

Xavier Artignan, Oncologue CHP St Grégoire Rennes
André Badoul, Médecin SP, HP Cesson Sévigné
Claire Bazire, Médecin SP CHU Brest
Marie Noelle Belloir, Cadre de Santé CARESP Cellule d'Animation régionale en Soins Palliatifs
Sylvie Besson, Médecin EMASP, CH Dinan
Mathilde Bordas, Médecin SP HAD 35
Hugues Bourgeois, Oncologue Clinique Victor Hugo Le Mans Coordinateur Etude PRONOPALL PALLIACHIM
Mathias Breton, DIM CEM Rennes
Marina Bronsard, Référente Service Hospitalisation et Semaine Chirurgie Polyvalente, Polyclinique de Kério Noyal Pontivy
Elisabeth Capitaine, Médecin SP CHIC Quimper
Mathieu Cardyn, Médecin HAD du Pays de Morlaix
Anne-Lise Cariou, Médecin USP CH Douarnenez
Marie Carrier, Médecin SP CHBS Lorient
Pascale Chavel, Oncologue CH Saint-Brieuc
Mélania Chacou, OMEDIT Bretagne
Anne marie Colliot, cadre de santé CARESP cellule d'animation Régionale en Soins Palliatifs
Johann Coste, Médecin SP CH Lannion
Marie-Laure de LATOUR, Médecin SP, Clinique Saint Laurent, Rennes
Hélène de Solminihac, Médecin SP, Clinique Pasteur Brest
Dominique Delanoe, Directeur des Opérations CHP Brest
Delphine Deniel Lagadec, ARC Observatoire Cancer
Anne-Violaine Doncker, Médecin SP, HP Cesson Sévigné
Joelle Egreteau, Oncologue CHBS Lorient
Osman El Kabbaj, Radiothérapeute HP Océane Vannes
Marc Ferec, Oncologue CH Morlaix
Bruno Fontenelle, Médecin HAD du Pays de Morlaix
Eric Fossier, Médecin Directeur HAD Lorient
Sylvie Fraslin, Cadre de Santé CH Redon
Françoise Grudé, Pharmacien Coordinateur Observatoire Cancer OMEDIT B et OMEDIT PL
Delphine Guittet, Responsable informatique, CEM Rennes
Jean-Michel Hoarau, Médecin HAD Saint Malo Dinan
Elisabeht Hody, Responsable des soins HAD 35
Agnès Hutin, Médecin USP CEM Rennes
Sophie Jaffre, Médecin EMSP CHCB Pontivy
Elodie Jaouen, Pharmacien, thèse sur le projet Palliachim PL
Karine Le Calvez, Médecin EMSP CH Morlaix
Sophie Le Calvez, Médecin DIM HPCA et Polyclinique de Trégor Lannion
Mathilde Le Doux, Médecin EMSP CH Saint Brieuc
Catherine Le Roux, Médecin SP Cliniques Quimper Sud et St Michel Ste Anne
Fabienne Le Tennier, Cadre de Santé Clinique Côte d'Emeraude Saint Malo
Anne-Sophie Lebris, Oncologue CH Douarnenez
Claudia Lefeuvre, Oncologue E Marquis Rennes
Hervé Léna, Pneumologue, CHU Rennes
Frédéric Lenfant, Directeur du Développement Médical du groupe VIVALTO
Annick Lerol, Oncologue CHIC Quimper
Fanny Marhuenda, ARC Observatoire Cancer
Jean Philippe Metges, Oncologue CHU Brest
Véronique Miniac, Médecin SP CHBS Lorient
Jean Philippe Montagne, DA aux affaires Médicales CH Lannion
Vincent Morel, Pneumologue Direction EMSP CHU Rennes
Donavine Nimubona, Médecin Coordinateur Réseau ONCO Bretagne
Catherine Noblanc, IDE Coordinatrice HP Océane Vannes
Anny Parot Monpetit, Médecin SP HP Océane Vannes
Sophie Pellier, Directrice AUB Santé
Alexandre Penhoat, Médecin douleur CHBA Vannes et CH Ploërmel
Christelle Picot, Cadre de Santé Cliniques Quimper Sud et St Michel Ste Anne
Gilles Piriou, Pharmacien Coordinateur OMEDIT Bretagne
Yves Raoul, Oncologue Clinique Côte d'Emeraude Saint Malo
Philippe Roig, Médecin SP Hôpital de Guémené-sur- Scorff
Sophie Ruaux, Médecin SP, CH Saint Malo
Eloi Seynhaeve, Médecin Clinique Saint Yves Rennes
Erwann Sudrie, Cadre supérieur médecine CH Lannion
Optimisation soins palliatifs OMEDIT B

Kristell Tanguy, Médecin CH Landerneau
Geraldine Texier CBSP
Jérôme Tosun Médecin SP CHP St Grégoire
Gérard Toutin, DG CMC Baie de Morlaix
Elise Tual, Chargée de Mission CARESP Cellule d'Animation régionale en Soins Palliatifs
Vincent Vacelet, Médecin coordonnateur HAD Saint Malo
Annie Wdowik, Oncologue CHBA Vannes et CH Ploërmel
Patrick Zamparrutti, Pharmacien Général de Santé Publique ARS Bretagne