

Chimiothérapie et cancer en phase palliative avancée (indications, contre-indications, délibération)

11/03/2018

Chimiothérapie et cancer en phase palliative avancée

Sommaire

Partie A : Contexte et généralités	4
1. Définition de la chimiothérapie en phase palliative avancée	5
2. Contexte et objectifs	6
3. La chimiothérapie en phase terminale : quelles pratiques en réalité	7
4. Critères d'évaluation de l'efficacité de la chimiothérapie en phase palliative avancée	8
5. Critères médico-psycho-sociaux devant déclencher un questionnement sur la chimiothérapie en phase palliative avancée	9
6. Aspects juridiques de la décision médicale	10
Décision partagée selon le référentiel HAS 2013	11
Directives anticipées	12
7. Aspects éthiques de la décision médicale	13
8. Comment concilier arrêt de chimiothérapie et maintien de l'espoir	14
9. Repères pour la communication d'un pronostic grave	15
10. Annonce de l'Incurabilité	16
Partie B : Arbres de décisions	17
1. Présentation générale de la procédure décisionnelle	18
Consultation A : proposition de chimiothérapie en phase palliative avancée	19
Consultation B : annonce de la contre indication à la chimiothérapie en phase palliative avancée	20
2. Souhait du patient et/ou des proches d'arrêt de la chimiothérapie en phase palliative avancée	21
3. Doute médical ou soignant sur l'intérêt de la poursuite d'une chimiothérapie, en raison d'une dégradation clinique patente	22
4. Doute médical ou soignant sur l'intérêt de la poursuite d'une chimiothérapie en phase palliative avancée	23
Adhésion du patient	24
5. Avec ou sans chimiothérapie, construire un projet de soins palliatifs	25
Annexes	26
• Annexe 1 : Soins de support / Soins palliatifs	27
• Annexe 2 : Evolution et décision d'arrêt/limitation des traitements	28
• Annexe 3 : Scores pronostiques	29
• Annexe 4 : Environnement déontologique et juridique	30
• Annexe 5 : Personne de confiance / Directives anticipées	32
Bibliographie	33

Contributeurs

Coordination

Carole BOULEUC (ONCORIF), Gisèle CHVETZOF (Réseau Espace Santé Cancer Rhône-Alpes)

Méthodologie

Majid BRUNET (Réseau Espace Santé-Cancer / Rhône-Alpes)

Membres du groupe de travail

Chantal BAUCHETET, Marie BEAUMONT, Bertrand BILLEMONT, Hugues BOURGEOIS, Sylvie BURNEL, Joël CECCALDI, Sylvie CHARRAZAC-RAYNAUD, Antoine CHEVALIER, Isabelle CIRILO, David COEFFIC, Hélène DEMAUX, Christophe DEVAUX, Jean-Philippe DURAND, Laure FAVIER, Hervé GAUTIER, Anne-Claude GENIN, Elise GILBERT, Sylvaine GUIBERTEAU, Cyril GUILLAUMÉ, Dominique JAULMES, Nicolas JOVENIN, Jean-Louis LACAZE, Laurence LANCRY-LECOMTE, Brigitte LAVOLE, Elisabeth LUPORSI, Nicolas MAGNE, Thierry MARMET, Marie-Ange MASSIANI, Didier MAYEUR, Isabelle MECHIN-CRETINON, Anny PAROT-MONPETIT, Bernard PATERNOSTRE, Marie PECHARD, Philippe POULAIN, Christine PREAUBERT-SICAUD, Bruno RICHARD, Jonathan THEODORE, Edwige VIMARD.

Approbateurs (participants à l'atelier des J2R du 12/12/2014)

Lauris BAUDIN, Valérie BELLIER, Laurent BENOIST, Denis BERTOLI, Isabelle BEVILACQUA, Sylvie BORDIER, Nathalie CAUNES-HILARY, Yasmina CHAIT, Stéphane CHATEIL, Catherine DESANDERE, Audrey ECHE-GASS, Fadila FARSI, Caroline GALLAY, Sylvaine GUIBERTEAU, Aurélie ISASI, Dominique JAULMES, Didier KAMIONER, Pascale KERDRAON, Michelle KUSZ-MONFORT, Virginie LAFARGE, Lucie LORIN-ZURBUCH, Didier MAYEUR, Anny PAROT-MONPETIT, Nathalie PIPLARD, Christine PREAUBERT-SICAUD, Sophie REBOIS, Aline ROJDA, Monique Sulpice, Noélie TRESCARTE

Partie A

Contexte et généralités

1. Définition de la chimiothérapie en phase palliative avancée

On peut distinguer trois phases [1], en complément des deux proposées par Krakowski et al [2]

- Phase palliative initiale (maladie incurable, souvent peu symptomatique, pronostic en années)
- Phase palliative avancée (souvent plus symptomatique, pronostic en mois)
- Phase palliative terminale (chimiorésistance, symptomatique, pronostic en semaines)

On appelle dans ce référentiel chimiothérapie palliative une chimiothérapie (ou une thérapie ciblée, une immunothérapie, etc) qui a pour but principal l'amélioration ou le maintien de la qualité de vie par son action anti tumorale. Le bénéfice sur la survie est probablement faible voire nul [3-5]. Elle concerne les patients en phase avancée de leur maladie. Cela ne concerne pas les patients à la phase initiale de la maladie métastatique ou localement avancée qui reçoivent une chimiothérapie pour prolonger la durée de vie, et ne devrait pas concerner les patients en phase terminale, chez qui la chimiothérapie n'est plus indiquée [6-8].

2. Contexte et objectifs

2.1. Les 4 dimensions de la problématique de la chimiothérapie en phase palliative avancée

- Les données médicales sur la chimiothérapie en phase palliative
- Le cadre juridique : code de déontologie, loi du 4 mars 2002, loi 22 avril 2005, loi du 2 février 2016 (voir annexes)
- L'aspect éthique des décisions médicales en situation complexe ou extrême, marquée par l'incertitude
- L'aspect de communication qui souligne l'importance des modalités d'information médicale et de recueil des souhaits du patient :

Tous ces éléments justifient la nécessité d'un espace d'échange pour les équipes, avec des temps de réunions de concertation pluri professionnelles dans les services et l'expérimentation de RCP d'appui régionales, évoqués dans le Plan Cancer 3.

2.2. L'objectif du référentiel

- Préciser les éléments médicaux et psychosociaux devant inciter à un questionnement sur la décision de limitation/arrêt de la chimiothérapie en phase palliative avancée
- Décrire les repères pour un questionnement éthique et un processus décisionnel optimaux
- Favoriser le droit du malade à s'autodéterminer, avec prudence,
- Définir les recommandations encadrant les modalités de l'annonce d'un mauvais pronostic, de proposition de chimiothérapie palliative ou de prise en charge en soins palliatifs exclusifs.

Chimiothérapie et cancer en phase palliative avancée

3. La chimiothérapie en phase terminale : quelles pratiques en réalité ?

20 % à 40 % des patients atteint de cancer reçoivent une chimiothérapie au cours du dernier mois de vie

	Pathologie	Nombre de patients	Chimio dernier mois	Chimio 15 derniers jours
<i>Braga [9], Portugal, 2007</i>	Ttes tumeurs	319	37 %	21 %
<i>Asola [10], Finlande, 2006</i>	Sein	335	20 %	
<i>Kao [11], Australie , 2009</i>	Ttes tumeurs	747	18 %	8 %
<i>Earle [12], USA, 2008</i>	Poumon	8155		18,5 %
<i>Greer [13], USA, 2012</i>	Poumon	151	40 %	13,5%
<i>Ho [14], Canada, 2011</i>	Ttes tumeurs	227 161		2,9 %
<i>Keam [15], Corée du Sud, 2008</i>	Ttes tumeurs	298		5,7%
<i>Rochigneux [16], France, 2017</i>	Ttes tumeurs	279 846	19,5 %	11,3 %

4. Critères d'évaluation de l'efficacité de la chimiothérapie en phase palliative avancée [3, 5,17-23]

Le bénéfice clinique est à mettre en balance avec les effets indésirables du traitement [3, 5, 17,18] :

- Amélioration des symptômes et de la qualité de vie
- Maintien de la qualité de vie
- Ralentissement de la dégradation de la qualité de vie

Un effet anti-tumoral, mesuré par des critères de type RECIST¹, peut se traduire par :

- Une réduction tumorale
- Une stabilisation si la tumeur était en progression
- Un ralentissement de la progression ?

Dans le contexte d'une chimiothérapie en phase palliative avancée, un bénéfice sur la survie est possible même si globalement, il est faible voire nul

- Mais même quand il n'existe pas à l'échelle d'une cohorte de patients, il peut être observé à titre individuel
- *La mise en place de **soins palliatifs précoces** et de soins de support adaptés peut elle-même avoir un impact sur la qualité de vie comme sur la survie globale [19-23]*

[1] Response Evaluation Criteria In Solid Tumors, European Organization for Research on Tumor and Cancer (EORTC), National Cancer Institute (NCI) Canada, NCI United States

Chimiothérapie et cancer en phase palliative avancée

5. Critères médico-psycho-sociaux devant déclencher un questionnement sur la chimiothérapie en phase palliative avancée [5, 24-34]

Critères cliniques	<ul style="list-style-type: none"> • Etat général, reflété par l'Indice de performance selon échelle OMS ou l'échelle de Karnofsky • Dénutrition • Extension tumorale importante / nombre de sites métastatiques élevé • Localisation tumorale menaçante sur le plan fonctionnel ou vital • Estimation clinique de l'espérance de vie < 3 mois • Scores de qualité de vie
Réponse aux chimiothérapies précédentes	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de lignes antérieurement reçues (le nombre dépend du type de cancer) • Réponse (intensité et durée) aux traitements spécifiques précédents
Critères biologiques	<ul style="list-style-type: none"> • Hypo albuminémie sévère • Hyperleucocytose, lymphopénie, anémie • Syndrome inflammatoire • Hypoxie, hypercapnie • Altérations importantes du bilan hépatique • Insuffisance rénale
Des scores combinant certains de ces critères sont validés. Il est recommandé de les utiliser comme outil d'aide à la décision [24-26, 31-32] voir annexe 3, score Pronopall [31-32]	
Comorbidités [35, 36]	<ul style="list-style-type: none"> • Insuffisance rénale, hépatique, troubles cognitifs, dénutrition, concept de fragilité gériatrique [36]
Fragilités psychosociales	<ul style="list-style-type: none"> • Psychopathologie, troubles cognitifs, handicap sévère • Isolement social, expatriés, personne à charge (enfant en bas âge ou adultes handicapés)
Inadéquation du projet de poursuite de la chimiothérapie avec les attentes et priorités des patients	<ul style="list-style-type: none"> • Refus de certains soins (cf. référentiel refus de soins) • Souhait de ne plus venir à l'hôpital, questionnement sur les effets secondaires, ...
Aspect médico-économique	<ul style="list-style-type: none"> • Coût élevé des thérapeutiques, problème du reste à charge, ...
Intégration de la chimiothérapie comme un des éléments dans la construction du projet de soins global	

Chimiothérapie et cancer en phase palliative avancée

6. Aspects juridiques de la décision médicale

(Code de la Santé Publique, textes en annexes)

Code de déontologie médicale (mise à jour novembre 2012)

- Art 35 : obligation d'information, en tenant compte de la personnalité du patient et en s'assurant de sa compréhension
- Art 36 : recherche du consentement au soin. Respect du refus de soin
- Art 37 : s'abstenir de l'obstination déraisonnable

Loi du 4 mars 2002

- Droit à l'information médicale, accès au dossier
- Prise de décision par le patient lui-même
- Consentement au soin, droit au refus de traitement
- Personne de confiance

⇒ ***Dans tous les cas, obligation de traçabilité***

:

- ***des échanges et délibérations, avec le patient et ses proches, ou entre professionnels,***
- ***des décisions et de leurs motivations***

Loi du 22 avril 2005

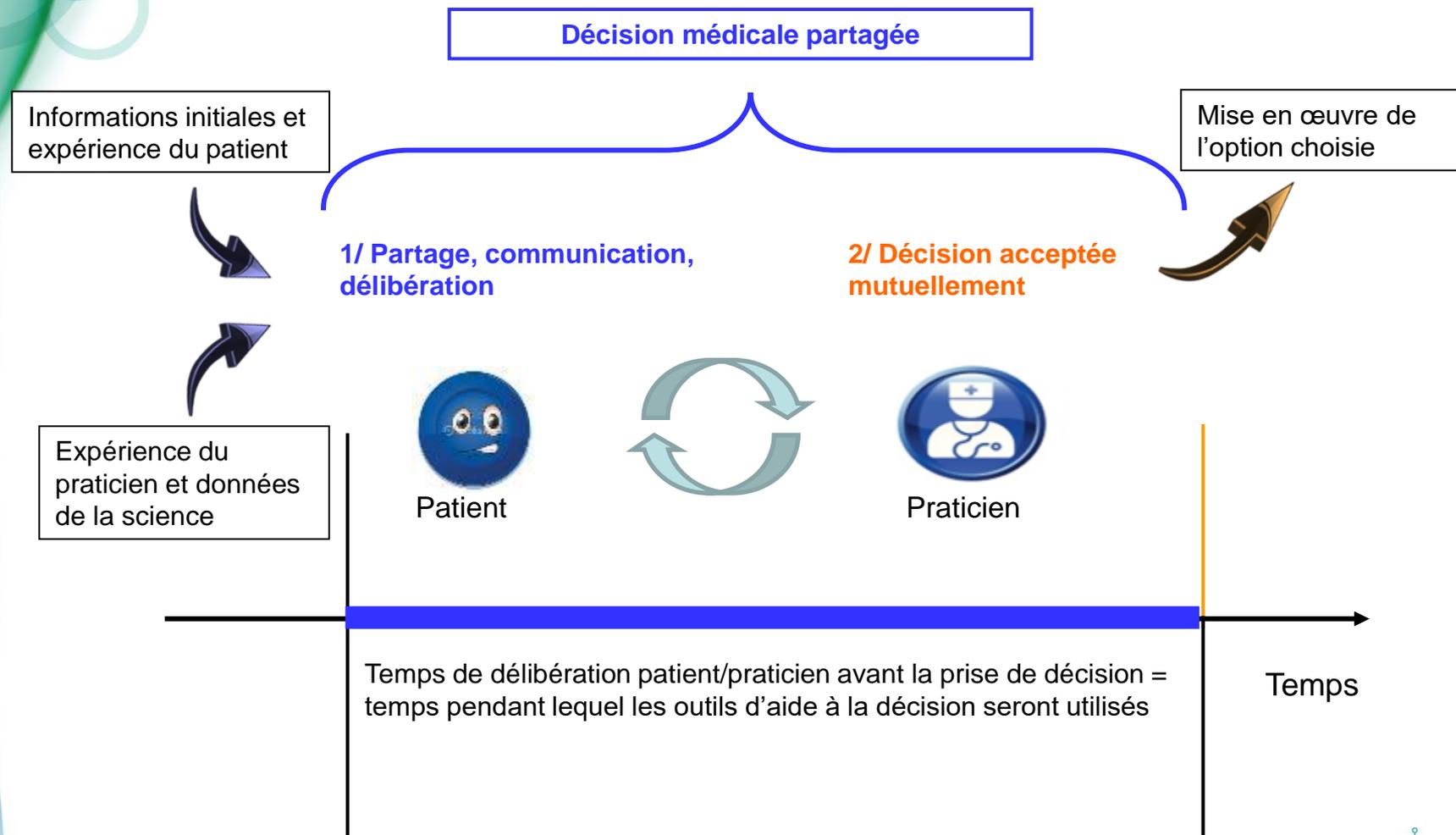
- Pas d'obstination déraisonnable
- Condition des limitations ou arrêts de certains traitements
 - ✓ Le patient capable d'exprimer sa volonté, prend lui-même la décision ou accepte la proposition du médecin
 - ✓ Pour les patients incapables d'exprimer leur volonté : procédure collégiale
- Directives anticipées

Loi du 2 février 2016

- La nutrition et l'hydratation artificielle sont des soins et peuvent être arrêtés
- Sédation profonde et continue jusqu'au décès dans certaines conditions
- Les directives anticipées deviennent opposables

Chimiothérapie et cancer en phase palliative avancée

Décision partagée selon le référentiel HAS 2013



(1) Patient et professionnels de santé : décider ensemble. Concept, aides destinées aux patients et impact de la décision médicale partagée. HAS - Octobre 2013

Directives anticipées

Quand en parler ?

- La loi ne fait pas obligation de les évoquer, mais si remises par le patient, le document doit être tracé dans le dossier, et elles doivent être prises en compte dans le processus de décision (mais ne sont pas opposables)
- Le sujet peut être abordé à la demande du patient ou avec son accord. L'oncologue peut aussi saisir l'opportunité d'un échange avec le patient pour lui tendre la perche.
- La discussion est possible bien en amont de la période de la fin de vie et se fera alors dans un contexte moins angoissant, d'autant plus que le patient est encore sous chimiothérapie.
- Les discussions sur les directives anticipées ne sont pas possibles avec tous les malades

Comment rédiger le document ?

- Discussions médicales préalables (avec le médecin généraliste, l'oncologue, ou le médecin de soins palliatifs) explicitant la nature des risques évolutifs et les possibilités de prise en charge.
- Aider le patient à la rédaction du document (pour éviter des formulations trop vagues non pertinentes comme «je refuse l'acharnement thérapeutique»)
- Formulaire et guide d'information et de remplissage disponibles sur le site de l'HAS www.has-sante.fr

Les professionnels des soins de support / soins palliatifs peuvent jouer un rôle dans l'accompagnement du patient et dans la rédaction des directives anticipées (en particulier lors de l'évaluation à l'hôpital de jour de soins de support/ soins palliatifs).

7. Aspects éthiques de la décision médicale [37-39]

- **Définition de la décision médicale**

Il s'agit d'un choix entre diverses alternatives réalistes (ni futiles ni disproportionnées), éclairé par l'analyse délibérative argumentée.

L'abstention de thérapeutique spécifique doit être reconnue comme une alternative médicale à part entière.

- **Principe d'autodétermination**

« *Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé* » article L1111-4 de la loi du **4 mars 2002**. »

Qu'il use de son droit de refus ou de consentement aux propositions qui lui sont faites, c'est le respect de la liberté du malade qui est au centre d'un processus décisionnel partagé

Mais même si la loi ne l'évoque pas, il existe une vulnérabilité physique et psychique inhérente à la situation de maladie avancée qui doit être prise en compte dans les modalités de discussion avec le patient, en accord avec lui.

- **Ethique de la responsabilité**

Appréciation des conséquences de chaque choix possible en termes de bilan avantages / inconvénients, puis sur les préférences des acteurs.

Selon P. Ricoeur, cette phase de **jugement**¹ décrit une boucle décisionnelle; avec sa phase inductive qui part des réalités du terrain vers le champ des principes et des connaissances (référentiels, recommandations, publications) et sa phase déductive qui confronte l'ordre abstrait des normes et des valeurs à la situation particulière.

¹Ricoeur P. « La prise de décision dans l'acte médical et dans l'acte judiciaire »; *Le juste 2*. Paris : Éditions Esprit .(2001). , p. 245-255

8. Comment concilier arrêt de la chimiothérapie et maintien de l'espoir ?

Besoin d'espoir des patients

- Surestimation fréquente par les patients (mais par les oncologues aussi) du pronostic et de l'efficacité des traitements spécifiques [40]
- Besoin à la fois d'une information réaliste et du maintien d'un espoir [41]
- Dans une étude australienne, ce que les patients déclarent comme source d'espoir concernant le comportement du médecin : «*sentir le médecin compétent*», «*ouvert aux questions psycho-sociales, offrant un soutien émotionnel*». «*Pas de mensonge ni d'euphémisme*», «*qu'il ne parle pas d'abord à la famille*» [42]
- **L'arrêt de la chimiothérapie ne signifie pas l'arrêt des soins ou du suivi oncologique.**
- **Respect des préférences du patient en terme de modalités d'information et du degré de participation souhaité** [43,44,45]
- **Importance** de respecter l'espoir irréductible d'un patient, différent de l'espoir réaliste basé sur des objectifs thérapeutiques [37]

Même lorsque la chimiothérapie est contre-indiquée, il est possible de soutenir l'espoir d'amélioration du patient en poursuivant un projet médical de soins et d'accompagnement sans chimiothérapie, basé sur ses préférences.

Entraves subjectives chez les professionnels de santé [38, 46-52]

- Peur d'induire une perte de chance ou au contraire de provoquer un effet indésirable grave
- Peur de désespérer, de décevoir surtout si le lien thérapeutique est chargé d'affection : suivi de longue durée, identification personnelle en raison du contexte (même âge, même passion...)
- Méconnaissance des soins palliatifs, mauvaise perception

⇒ **Un projet de soins réaliste contribue à construire la confiance, à affermir l'espoir chez le patient et à consolider la qualité de la relation de soins patients / professionnels.**

9. Repères pour la communication d'un pronostic grave [48, 53-61]

La stratégie de connivence selon Helft [53]

- Une information pas à pas, progressive et adaptée aux capacités d'intégration psychique du patient doit être la base de toute stratégie de communication entre les soignants et les patients et proches

Chronologie

- Au fil du temps dans un climat de confiance
- Au rythme du patient, en favorisant l'émergence de questions par une attitude ouverte
- Procéder par touches successives
- Prendre conscience de la communication non verbale
- Être attentifs aux émotions du patient

Contenu

- Caractère incurable de la maladie dès que possible
- Éviter les mensonges ou la banalisation comme l'utilisation d'euphémismes
- Proscrire les prédictions comme l'utilisation des statistiques
- Proposer des prévisions, c'est-à-dire les divers scénarii plausibles
- Laisser place à l'incertitude honnête sur l'espérance de vie en respectant l'espoir du patient
- Associer à l'anticipation d'événements négatifs probables, celles d'événements positifs moins probables

« espérer le meilleur, se préparer au pire »

10. Annonce de l'Incurabilité [53-61]

Quand ?

- Le plus tôt possible en tenant compte des capacités d'intégration du patient : l'écoute du patient détermine le moment.
- Pas toujours lors du diagnostic d'un cancer incurable, si le patient n'y est pas prêt : une information adaptée au rythme du patient.
- En cas de questionnement du patient, en l'absence de contexte de détresse émotionnelle
- En cas de risque vital engagé à court terme

Où ?

- Consultation, en présence d'un proche si possible
- Si patient hospitalisé : prévenir les soignants, éviter des horaires critiques comme le vendredi soir.

Comment

- Il faut différencier l'incurabilité (pas de guérison possible) et objectif thérapeutique (freiner ou stabiliser la maladie)

Les freins aux discussions pronostiques

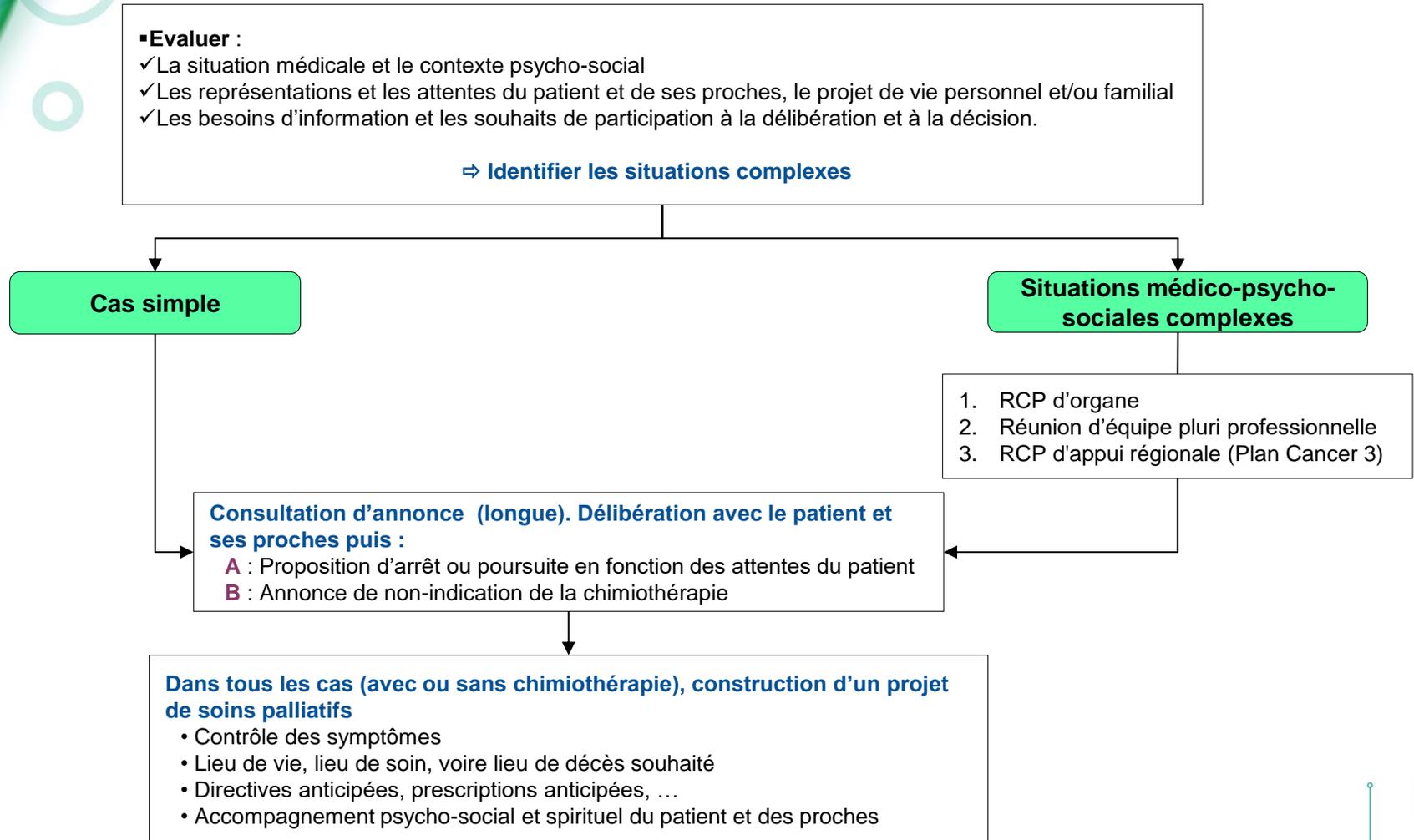
- Une posture médicale « technique »
- Le degré variable du besoin du patient d'en parler
- Une relation oncologue/patient chargée d'affectif

Partie B

Arbres de décisions

Chimiothérapie et cancer en phase palliative avancée

1. Présentation générale de la procédure décisionnelle



Consultation A : proposition de chimiothérapie en phase palliative avancée

En consultation entre l'oncologue et son patient,

- en présence de la personne de confiance ou d'un proche si accord du patient
- avec tact et mesure, chez un patient déjà informé du pronostic grave et de l'incurabilité de sa maladie (☞ pp. 15 et 16)
- La communication n'est pas à sens unique : recueil du point de vue et du ressenti du patient, délivrance d'information objective
- Réévaluer régulièrement la compréhension du patient

Contenu de l'information

- **Rappeler l'échec de la ligne précédente de chimiothérapie**
- **Inform**er sur les objectifs du traitement proposé en terme de réduction des symptômes et d'amélioration de la qualité de vie, le mode d'administration, les risques toxiques, la surveillance.
- **Instaurer** ou poursuivre des soins palliatifs, en précisant là aussi les objectifs et les limites (☞ p. 25)

Indépendamment de la poursuite de la chimiothérapie palliative, il existe une part irréductible d'incertitude, qui peut être mise au profit du besoin d'espoir du patient et ses proches

Consultation B : annonce de la contre-indication à la chimiothérapie en phase palliative avancée

En consultation entre l'oncologue et son patient,

- en présence de la personne de confiance ou d'un proche si accord du patient
- avec tact et mesure, chez un patient déjà informé du pronostic grave et de l'incurabilité de sa maladie (☞ pp. 15 et 16)
- La communication n'est pas à sens unique : recueil du point de vue et du ressenti du patient, délivrance d'information objective
- Réévaluer régulièrement la compréhension du patient

Contenu de l'information

- Rappel de l'échec de la ligne précédente de chimiothérapie
- Information sur les motifs de contre-indication (excès de risque de toxicité ou trop faible probabilité d'efficacité, notion de chimiorésistance...)
- Maintien de l'espoir (☞ p. 14)
- Possible amélioration clinique si disparition des effets indésirables
- Absence de risque d'aggravation brutale liée à l'arrêt d'un traitement inactif
- Poursuite du suivi médical
- Proposition de traitements symptomatiques et de soins palliatifs (☞ p. 25)

Indépendamment de la poursuite de la chimiothérapie palliative, il existe une part irréductible d'incertitude, qui peut être mise au profit du besoin d'espoir du patient et ses proches

Chimiothérapie et cancer en phase palliative avancée

3. Doute médical ou soignant sur l'intérêt de la poursuite d'une chimiothérapie en phase palliative avancée , en raison d'une dégradation clinique patente (évolution tumorale, complications liées au cancer, toxicités des traitements, affections intercurrentes...)

Consultation oncologie

- Evaluation globale médico-psycho-sociale
- Exploration du point de vue du patient et de ses proches
- Adaptation symptomatique et traitement des complications éventuelles

Persistance de plusieurs facteurs pronostiques défavorables
(OMS 3 ou 4 , dénutrition et/ou insuffisance d'organe et/ou chimiorésistance)

oui

non

• Préconisation (s)

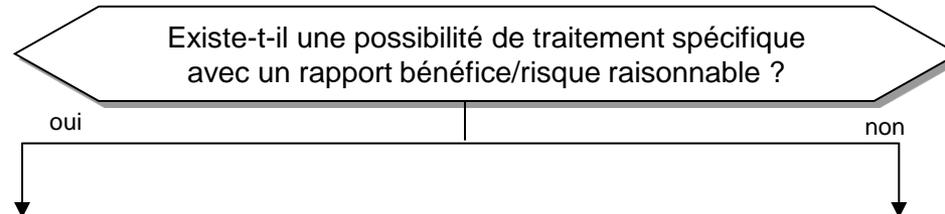
- Consultation type B : annonce de contre-indication à la reprise de la chimiothérapie ↗ p. 20
- Traçabilité de la délibération et de la décision
- Adaptation du projet de soins palliatifs ↗ p. 25

• Préconisation (s)

- Consultation type A : proposition de reprise de chimiothérapie palliative
- Traçabilité de la délibération et de la décision
- Adaptation du projet de soins palliatifs ↗ p. 25

Chimiothérapie et cancer en phase palliative avancée**4. Doute médical ou soignant sur l'intérêt de la poursuite d'une chimiothérapie en phase palliative avancée**

En raison d'une progression tumorale en l'absence de dégradation clinique

**Préconisation (s)**

- Consultation type A : annonce d'une proposition de chimiothérapie palliative. Dans ce cas là, favoriser l'inclusion dans un essai thérapeutique de phase 1 (en informant du caractère incertain de l'inclusion)
- Soins palliatifs adaptés (☞ p. 25)

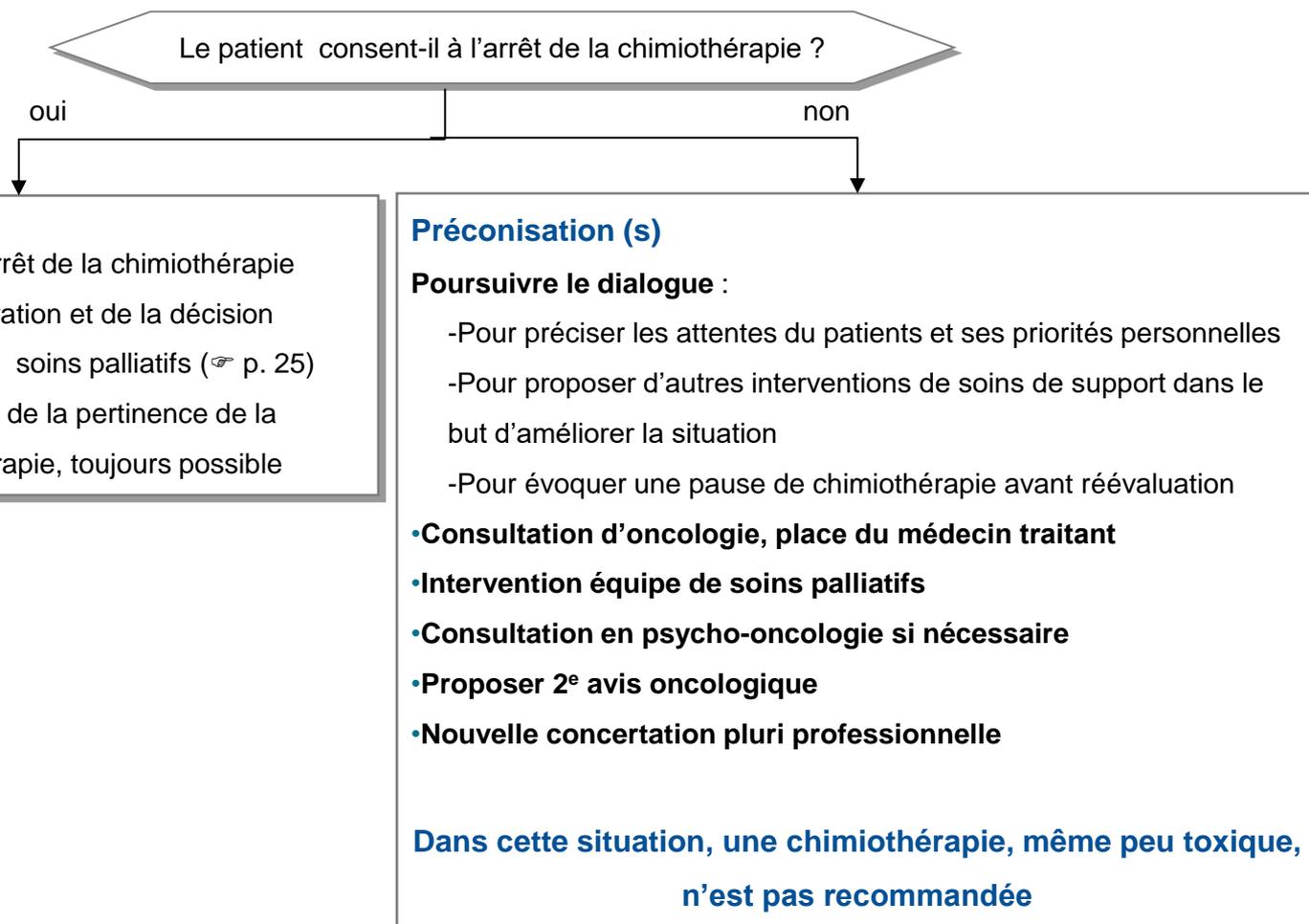
Préconisation (s) :**Malgré le maintien d'un état général correct, pas d'indication de chimiothérapie si chimio-résistance avérée**

- Consultation type B : annonce de l'absence d'indication à une chimiothérapie palliative (annonce ☞ p. 20)
- Soins palliatifs adaptés (☞ p. 25)

Adhésion du patient
page 24

Chimiothérapie et cancer en phase palliative avancée

Adhésion du patient



Chimiothérapie et cancer en phase palliative avancée

5. Avec ou sans chimiothérapie, construire un projet de soins palliatifs [6, 19-22, 37-39, 45, 54, 61-63]

Le projet de soins palliatifs s'attachera notamment, en respectant le rythme et les souhaits de chaque patient :

- Au contrôle des symptômes
- À l'accompagnement psycho-social et spirituel du patient et des proches
- À la définition des priorités et objectifs de soins du patient
- À l'anticipation des situations de crise
- À la limitation de certains soins en fin de vie
- Au lieu de vie, au lieu souhaité de décès

Avec réévaluation régulière pour adaptation symptomatique / Complément d'information ou réorientation du projet de soins éventuelle.

Il est possible et recommandé (SFH, ASCO, NCCN, ESMO) de débiter précocement le suivi en soins palliatifs, conjointement avec la prise en charge oncologie, avec un impact :

- Sur le contrôle de symptômes
- Sur la qualité de vie
- Sur la satisfaction des patients
- Sur la limitation de l'agressivité des soins en fin de vie
- Sur la survie des patients (dans une étude)
- Et sur les coûts.

Annexes

Chimiothérapie et cancer en phase palliative avancée

Annexe 1 Soins de Support / Soins palliatifs

Définitions

- **soins de support (Plan Cancer 2003-2007, mesure 42) :** « Il s'agit de l'ensemble des soins et soutiens nécessaires aux personnes malades, parallèlement aux traitements spécifiques, lorsqu'il y en a, tout au long des maladies graves ». Cette approche globale de la personne malade suppose que l'ensemble des acteurs de soins impliqués en cancérologie prenne en compte la dimension des soins de support dans la prise en charge de leurs patients, y compris en terme de continuité des soins. Le projet de soins vise donc à assurer la meilleure qualité de vie possible aux patients, sur les plans physique, psychologique et social, en prenant en compte la diversité de leurs besoins, ceux de leur entourage et ce, quel que soit leurs lieux de soins.
- **soins palliatifs (SFAP) :** Les soins palliatifs sont des soins actifs délivrés dans une approche globale de la personne atteinte d'une maladie grave, évolutive ou terminale. L'objectif des soins palliatifs est de soulager les douleurs physiques et les autres symptômes, mais aussi de prendre en compte la souffrance psychologique, sociale et spirituelle. Les soins palliatifs et l'accompagnement sont interdisciplinaires. Ils s'adressent au malade en tant que personne, à sa famille et à ses proches, à domicile ou en institution. La formation et le soutien des soignants et des bénévoles font partie de cette démarche.

Organisation des soins

Les centres de traitements du cancer ont chacun leur organisation propre.

Le plus souvent les soins de support sont regroupés (en coordination, service, département, pôle ..), intégrant les différentes équipes concernées : diététique et nutrition, service social, psycho-oncologie, kinésithérapie, soins palliatifs, douleur ainsi que les soins corporels comme la socio-esthétique...)

La prise en charge des patients par les équipes de soins palliatifs n'est pas systématique et se fait à la demande des équipes d'oncologie, parfois les patients directement. Elle intervient à un stade variable de la maladie; les critères habituellement reconnus concernent la complexité de la prise en charge (symptômes physiques, problèmes graves psycho-sociaux ou décision éthique).

Il peut s'agir des équipes de soins palliatifs hospitalières ou de réseaux de proximité en collaboration avec les médecins généralistes.

Les équipes d'oncologie et de soins palliatifs travaillent en collaboration avec l'ensemble des intervenants de soins de support.

Chimiothérapie et cancer en phase palliative avancée

 Annexe 3
 Scores pronostiques

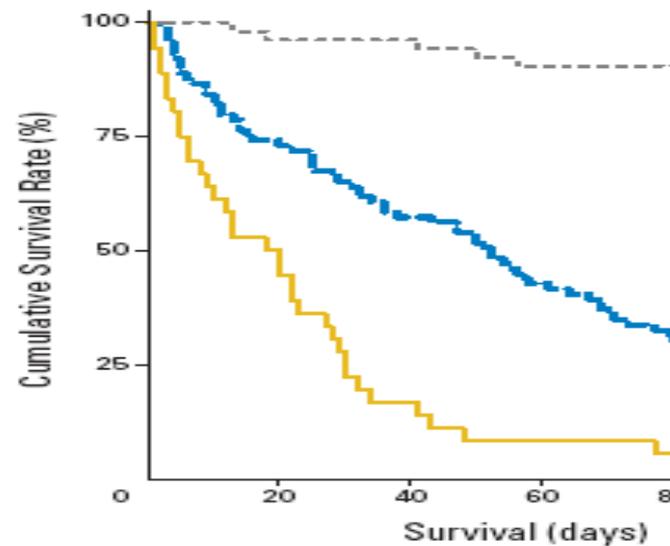
Plusieurs scores pronostiques sont validés. Nous proposons l'utilisation du score français Pronopall [31-32]

Score de Pronopall

Karnofsky index	>60 %	0
	40 à 60 %	2
	<40 %	4
Métastases	0 - 1	0
	≥ 2	2
Albumine (en g/l)	≥ 33	-3
	24 -33	0
	<24	0
LDH (UI) :	<600	0
	≥ 600	1
Score		∑ + 3

Score de 0 à 10 pts

Score	Survie à 2 mois	Survie à 4 mois
8 à 10 (63 pts)	8,3%	0
4 à 7 (55 pts)	43%	25%
0 à 3 (59 pts)	92%	80%



Chimiothérapie et cancer en phase palliative avancée

Annexe 4

Environnement déontologique et juridique

Le code de déontologie médicale (Code de la santé publique Art R.4127, alinéas 1 à 112, mise à jour novembre 2012)

Article 35 : *Le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose. Tout au long de la maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension.*

Un pronostic fatal ne doit être révélé qu'avec circonspection, mais les proches doivent en être prévenus, sauf exception ou si le malade a préalablement interdit cette révélation ou désigné les tiers auxquels elle doit être faite.

Article 36 : *Le consentement de la personne examinée ou soignée doit être recherché dans tous les cas. Lorsque le malade, en état d'exprimer sa volonté, refuse les investigations ou le traitement proposés, le médecin doit respecter ce refus après avoir informé le malade de ses conséquences.*

Le malade a le droit d'accepter ou de refuser ce que le médecin lui propose et non lui impose. Cette liberté du malade est une exigence éthique fondamentale, corollaire du devoir d'information énoncé à l'article précédent. L'information du malade est en effet la condition préalable de son consentement, conséquence qu'il tire de cette information.

Article 37 : *En toutes circonstances, le médecin doit s'efforcer de soulager les souffrances du malade par des moyens appropriés à son état et l'assister moralement. Il doit s'abstenir de toute obstination déraisonnable dans les investigations ou la thérapeutique et peut renoncer à entreprendre ou poursuivre des traitements qui apparaissent inutiles, disproportionnés ou qui n'ont d'autre objet ou effet que le maintien artificiel de la vie.*

Chimiothérapie et cancer en phase palliative avancée

Annexe 4 (suite)

Environnement déontologique et juridique

Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 (Loi de Leonetti) et Loi n° 2016-87 du 2 février 2016 (Loi Claeys Leonetti)

Art L 1110-5 CSP « Ces actes ne doivent pas être poursuivis par une obstination déraisonnable. Lorsqu'ils apparaissent inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie, ils peuvent être suspendus ou ne pas être entrepris. Dans ce cas, le médecin sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa vie en dispensant les soins visés à l'article L. 1110-10 [...] »

Art. L. 1111-10. « Lorsqu'une personne, en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, quelle qu'en soit la cause, décide de limiter ou d'arrêter tout traitement, le médecin respecte sa volonté après l'avoir informée des conséquences de son choix. La décision du malade est inscrite dans son dossier médical. Le médecin sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa fin de vie en dispensant les soins visés à l'article L. 1110-10» Article L1110-11 CSP »

«Les professionnels de santé mettent en œuvre tous les moyens à leur disposition pour assurer à chacun une vie digne jusqu'à la mort. Si le médecin constate qu'il ne peut soulager la souffrance d'une personne, en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, quelle qu'en soit la cause, qu'en lui appliquant un traitement qui peut avoir pour effet secondaire d'abrèger sa vie, il doit en informer le malade, sans préjudice des dispositions du quatrième alinéa de l'article L. 1111-2, la personne de confiance visée à l'article L. 1111-6, la famille ou, à défaut, un des proches. La procédure suivie est inscrite dans le dossier médical »

« II. - Dans les cas prévus aux articles L. 1111-4 et L. 1111-13, lorsque le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté, le médecin ne peut décider de limiter ou d'arrêter les traitements dispensés sans avoir préalablement mis en œuvre une procédure collégiale dans les conditions suivantes :

« La décision est prise par le médecin en charge du patient, après concertation avec l'équipe de soins si elle existe et sur l'avis motivé d'au moins un médecin, appelé en qualité de consultant...

« La décision prend en compte les souhaits que le patient aurait antérieurement exprimés, en particulier dans des directives anticipées, s'il en a rédigé, l'avis de la personne de confiance qu'il aurait désignée ainsi que celui de la famille ou, à défaut, celui d'un de ses proches.

« Lorsque la décision concerne un mineur ou un majeur protégé, le médecin recueille en outre, selon les cas, l'avis des titulaires de l'autorité parentale ou du tuteur, hormis les situations où l'urgence rend impossible cette consultation.

Décret n° 2006-119 du 6 février 2006 relatif aux directives anticipées prévues par la loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie et modifiant le code de la santé publique

Décret n° 2006-120 relatif à la procédure collégiale prévue par la loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires)

Chimiothérapie et cancer en phase palliative avancée

Annexe 5

Personne de confiance et directives anticipées

La personne de confiance :

« Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant qui sera consultée au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté, recevoir l'information nécessaire à cette fin. Cette désignation est faite par écrit. Elle est révoquée à tout moment. Si le malade le souhaite la personne de confiance l'accompagne dans ses démarches et l'assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans la prise de décision. [...] » Article L 1111-6 CSP

« Lorsqu'une personne, en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, quelle qu'en soit la cause et hors d'état d'exprimer sa volonté, a désigné une personne de confiance en application de l'article L. 1111-6, **l'avis de cette dernière, sauf urgence ou impossibilité, prévaut sur tout autre avis non médical, à l'exclusion des directives anticipées**, dans les décisions d'investigation, d'intervention ou de traitement prises par le médecin. »

Les directives anticipées :

« Art. L. 1111-11.-Toute personne majeure peut rédiger des directives anticipées pour le cas où elle serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté. Ces directives anticipées expriment la volonté de la personne relative à sa fin de vie en ce qui concerne **les conditions de la poursuite, de la limitation, de l'arrêt ou du refus de traitement ou d'acte médicaux**.

« A tout moment et par tout moyen, elles sont révisables et révoquées. Elles peuvent être rédigées conformément à un **modèle dont le contenu est fixé par décret en Conseil d'Etat pris après avis de la Haute Autorité de santé**. Ce modèle prévoit la situation de la personne selon qu'elle se sait ou non atteinte d'une affection grave au moment où elle les rédige.

« Lorsqu'une personne fait l'objet d'une **mesure de tutelle**, au sens du chapitre II du titre XI du livre Ier du code civil, elle peut rédiger des directives anticipées avec l'autorisation du juge ou du conseil de famille s'il a été constitué. Le tuteur ne peut ni l'assister ni la représenter à cette occasion. »

« **Les directives anticipées s'imposent au médecin** pour toute décision d'investigation, d'intervention ou de traitement, sauf en cas d'urgence vitale pendant le temps nécessaire à une évaluation complète de la situation et lorsque les directives anticipées apparaissent **manifestement inappropriées** ou non conformes à la situation médicale.

« La décision de refus d'application des directives anticipées, jugées par le médecin manifestement inappropriées ou non conformes à la situation médicale du patient, est prise à l'issue d'une procédure collégiale définie par voie réglementaire et est inscrite au dossier médical. Elle est portée à la connaissance de la personne de confiance désignée par le patient ou, à défaut, de la famille ou des proches

Chimiothérapie et cancer en phase palliative avancée

Bibliographie (1)

1. Bouleuc C, D'herouville D, Burucoa B et L Copel L. Soins palliatifs, l'urgence d'une association précoce et d'un continuum avec le curatif. *Concours Médical* 2014;2:105-36
2. Krakowski I, Boureau F, Bugat R. Pour une coordination des soins de support pour les personnes atteintes de maladies graves : proposition d'organisation dans les établissements de soins publics et privés. *Oncologie*. 2004;6:7-15.
3. Park IH, Lee KS, Ro J. Effect of second and subsequent lines of chemotherapy for metastatic breast cancer. *Clin Breast Cancer* 2015;15(1)e55-62
4. Shanafelt TD, Loprinzi C, Marks R, Novotny P, Sloan J. Are chemotherapy response rates related to treatment-induced survival prolongations in patients with advanced cancer? *J Clin Oncol*. 2004 May 15;22(10):1966-74.
5. Dufresne A, Pivot X, Tournigand C, Facchini T, Altweegg T, Chaigneau L, et al. Impact of chemotherapy beyond the first line in patients with metastatic breast cancer. *Breast Cancer Res Treat*. 2008 Jan;107(2):275-9.
6. Peppercorn J, Smith T, Helft P et al. American Society of Clinical Oncology Statement : toward individualized care for patients with advanced cancer. *J Clin Oncol* 2011;29(5):755-760
7. Mort D. For Better, for worse ? London: National Confidential Enquiry into Patient Outcome and Death 2008.
8. Schnipper L, Smith T, Raghavan D et al. American Society of Clinical Oncology identifies five key opportunities to improve care and reduce costs: The top five list of oncology. *J Clin Oncol* 2012;30(14):1715-1724
9. Braga S, Miranda A, Fonseca R, Passos-Coelho JL, Fernandes A, Costa JD, et al. The aggressiveness of cancer care in the last three months of life: a retrospective single centre analysis. *Psychooncology*. 2007 Sep;16(9):863-8.
10. Asola R, Huhtala H, Holli K. Intensity of diagnostic and treatment activities during the end of life of patients with advanced breast cancer. *Breast Cancer Res Treat*. 2006 Nov;100(1):77-82.10
11. Kao S, Shafiq J, Vardy J and Adams D. Use of chemotherapy at the end of life of oncology patients. *Ann Oncol* 2009 ,9:1555-9
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*. 2008 Aug 10;26(23):3860-6
13. **Greer** JA, Pirl WF, Jackson VA, Muzikansky A, Lennes IT, Heist RS, Gallagher ER, Temel JS. *J Clin Oncol*. 2012 Feb 1;30(4):394-400
14. Barbera L, Paszat L, Qiu F. End-of-life care in lung cancer patients in Ontario: aggressiveness of care in the population and a description of hospital admissions. *J Pain Symptom Manage*. 2008 Mar;35(3):267-74.
15. Keam B, Oh DY, Lee SH, Kim DW, Kim MR, Im SA, et al. Aggressiveness of cancer-care near the end-of-life in Korea. *Jpn J Clin Oncol*. 2008 May;38(5):381-6.
16. Rochigneux P, Raoul JL, Beussant Y et al. Use of chemotherapy near the end of life. What factors matter ?
17. Modi S, Panageas KS, Duck ET, Bach A, Weinstock N, Dougherty J, et al. Prospective exploratory analysis of the association between tumor response, quality of life, and expenditures among patients receiving paclitaxel monotherapy for refractory metastatic breast cancer. *J Clin Oncol*. 2002 Sep 1;20(17):3665-73.
18. Geels P, Eisenhauer E, Bezjak A, Zee B, Day A. Palliative effect of chemotherapy: objective tumor response is associated with symptom improvement in patients with metastatic breast cancer. *J Clin Oncol*. 2000 Jun;18(12):2395-405.
19. Temel J, Greer J, Muzikanski A, et al. Early-palliative care for patients with metastatic non small cell lung cancer. *N Engl J Med* 2010;363:733-42

Chimiothérapie et cancer en phase palliative avancée

Bibliographie (2)

- 20 : Zimmermann C, Swami N, Krzyanowska M et al. Early palliative care for patients with advanced cancer. A cluster-randomised controlled trial. *Lancet* 2014;383:1721-30
- 21 : Haun M, Estel S, Rücker G et al. Early palliative care for adult advanced cancer. *Cochrane database Syst Rev* 2017;6:CD011129
- 22 : Jordan K, Aapro M, Kaasa S et al. European Society on Medical Oncology (ESMO) position paper on supportive and palliative care. *Ann Oncol* 2018,
- 23 : Gaertner J, Siemens W, Meerphol J et al. Effect of specialist palliative care services on quality of life in adults with advanced incurable illness in hospital, hospice or community settings. Systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2017;358:j2925
24. Maltoni M, Nanni O, Pirovano M, Scarpi E, Indelli M, Martini C, et al. Successful validation of the palliative prognostic score in terminally ill cancer patients. Italian Multicenter Study Group on Palliative Care. *J Pain Symptom Manage.* 1999 Apr;17(4):240-7.
25. Glare PA, Eychmueller S, McMahon P. Diagnostic accuracy of the palliative prognostic score in hospitalized patients with advanced cancer. *J Clin Oncol.* 2004 Dec 1;22(23):4823-8.
26. Coates AS, Hurny C, Peterson HF, Bernhard J, Castiglione-Gertsch M, Gelber RD, et al. Quality-of-life scores predict outcome in metastatic but not early breast cancer. International Breast Cancer Study Group. *J Clin Oncol.* 2000 Nov 15;18(22):3768-74.
27. Efficace F, Biganzoli L, Piccart M, Coens C, Van Steen K, Cufer T, et al. Baseline health-related quality-of-life data as prognostic factors in a phase III multicentre study of women with metastatic breast cancer. *Eur J Cancer.* 2004 May;40(7):1021-30.
28. Trédan O, Ray-Coquard I, Chvetzoff G, Rebattu P, Bajard A, Chabaud S, Pérol D, Saba C, Quiblier F, Blay JY, Bachelot T. Validation of prognostic scores for survival in cancer patients beyond first-line therapy. *BMC Cancer.* 2011 Mar 15;11:95
29. Belbaraka R, Trédan O, Ray-Coquard I, Chvetzoff G, Bajard A, Pérol D, Ismaili N, Ismaili M, Errihani H, Bachelot T, Rebattu P. Factors of interrupting chemotherapy in patients with Advanced Non-Small-Cell Lung Cancer. *BMC Res Notes.* 2010 Jun 10;3:164.
31. Barbot AC, Mussault P, Ingrand P, Tourani JM. Assessing 2-month clinical prognosis in hospitalized patients with advanced solid tumors. *J Clin Oncol.* 2008 May 20;26(15):2538-43.
32. Bourgeois H, Grudé F, Solal-Celigny et al. Clinical validation of a prognostic tool in a population of outpatients treated for incurable cancer undergoing anti-cancer therapy. *Pronopall study. Ann Oncol* 2017;28:1612-1617
33. Banerji U, Kuciejewska A, Ashley S, Walsh G, O'Brien M, Johnston S, et al. Factors determining outcome after third line chemotherapy for metastatic breast cancer. *Breast.* 2007 Aug;16(4):359-66.
34. Elahi MM, McMillan DC, McArdle CS, Angerson WJ, Sattar N. Score based on hypoalbuminemia and elevated C-reactive protein predicts survival in patients with advanced gastrointestinal cancer. *Nutr Cancer.* 2004;48(2):171-3.
35. Freyer G, Geay JF, Touzet S, Provencal J, Weber B, Jacquin JP, et al. Comprehensive geriatric assessment predicts tolerance to chemotherapy and survival in elderly patients with advanced ovarian carcinoma: a GINECO study. *Ann Oncol.* 2005 Nov;16(11):1795-800.
36. Fried L, Tangen C, Waltson J et al. Frailty in older adults : evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2001;56(3):M146-156
37. Grignoli N. Communication pronostique : pour une éthique de l'espoir, in *Traité de bioéthique*, eres 2010
38. Doucet H. *in* La prise de décision en éthique clinique, chap 4 et 5, Presses de l'Université de Québec 2013
39. J Ceccaldi: « La démarche palliative et prise de décision éthique », *Oncologie* (2008) 10: 1–8

Bibliographie (3)

40. 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*. 1998 Jun 3;279(21):1709-14.
41. Hagerty RG, Butow PN, Ellis PM, Lobb EA, Pendlebury SC, Leigh N, et al. Communicating with realism and hope: incurable cancer patients' views on the disclosure of prognosis. *J Clin Oncol*. 2005 Feb 20;23(6):1278-88.
42. Gabriël S, Grize L, Helfenstein E, Brutsche M, Grossman P, Tamm M, et al. Receiving the diagnosis of lung cancer: patient recall of information and satisfaction with physician communication. *J Clin Oncol*. 2008 Jan 10;26(2):297-302.
43. Bruera E, Sweeney C, Calder K, Palmer L, Benisch-Tolley S. Patient preferences versus physician perceptions of treatment decisions in cancer care. *J Clin Oncol*. 2001 Jun 1;19(11):2883-5.
44. Elkin EB, Kim SH, Casper ES, Kissane DW, Schrag D. Desire for information and involvement in treatment decisions: elderly cancer patients' preferences and their physicians' perceptions. *J Clin Oncol*. 2007 Nov 20;25(33):5275-80.
45. Henselmans I, Van Laarhoven H, Van der Vloodt et al. Shared decision making about palliative chemotherapy: a qualitative observation of talk about patients' preferences. *Palliat Med* 2017;3(7):625-633
46. Brédart A, Bouleuc C, Dolbeault S. Doctor-patient communication and satisfaction with care in oncology. *Curr Opin Oncol*. 2005 Jul;17(4):351-4.
47. Gattellari M, Voigt KJ, Butow PN, Tattersall MH. When the treatment goal is not cure: are cancer patients equipped to make informed decisions? *J Clin Oncol*. 2002 Jan 15;20(2):503-13.
48. Koedoot CG, Oort FJ, de Haan RJ, Bakker PJ, de Graeff A, de Haes JC. The content and amount of information given by medical oncologists when telling patients with advanced cancer what their treatment options are. palliative chemotherapy and watchful-waiting. *Eur J Cancer*. 2004 Jan;40(2):225-35.
49. Neff P, Lyckholm L, Smith T. Truth or consequences: what to do when the patient doesn't want to know. *J Clin Oncol*. 2002 Jul 1;20(13):3035-7.
50. Cherny NI, Catane R. Attitudes of medical oncologists toward palliative care for patients with advanced and incurable cancer: report on a survey by the European Society of Medical Oncology Taskforce on Palliative and Supportive Care. *Cancer*. 2003 Dec 1;98(11):2502-10.
51. Bruera E, Neumann CM, Mazzocato C, Stiefel F, Sala R. Attitudes and beliefs of palliative care physicians regarding communication with terminally ill cancer patients. *Palliat Med*. 2000 Jul;14(4):287-98.
52. Mack J, Smith T. Reasons why physicians do not have discussion about poor prognostic, why it matters and what can be improved.
53. Helft PR. Necessary collusion: prognostic communication with advanced cancer patients. *J Clin Oncol*. 2005 May 1;23(13):3146-50.
54. Gilligan T, Coyle N, Franckel R et al. Patient-clinician communication: American Society of Clinical Oncology Consensus Guideline. *J Clin Oncol* 2017;35(31):3618-3632
55. Enzinger A, Zhang B, Schrag D and Prigerson H. Outcomes of prognostic disclosure: associations with prognostic understanding, distress, and relationship with physician among patients with advanced cancer. *J Clin Oncol* 2015;33(32):3809-3816
56. Wright A, Zhang B, Ray A et al. Associations between end-of-life discussions, patients mental health, medical care near death and caregiver bereavement adjustment. *JAMA* 2008;300(14):1665-1673
57. Bernacki R, Block S, . Communication about serious illness care goals. A review and synthesis of best practices. *JAMA Intern Med* 2014;174(12):1994-2003

Chimiothérapie et cancer en phase palliative avancée

Bibliographie (4)

58. Bouleuc C, Bredart A, Dolbeault S, Ganem G, Copel L. How to improve cancer patients' satisfaction with medical information. Bull Cancer. 2010 Oct;97(10):1173-81.
59. Brédart A, Bouleuc C, Dolbeault S. Doctor-patient communication and satisfaction with care in oncology. Curr Opin Oncol. 2005 Jul;17(4):351-4.
60. Gattellari M, Voigt KJ, Butow PN, Tattersall MH. When the treatment goal is not cure: are cancer patients equipped to make informed decisions? J Clin Oncol. 2002 Jan 15;20(2):503-13.
61. Comité Éthique de la SFH; Les limitations thérapeutiques en hématologie : réflexions et propositions éthiques de la Société Française d'Hématologie ; Hématologie 2005 ; 11 (1) : 71-9
62. NCCN clinical guideline in oncology. Palliative care. 2013
63. Schrijvers D and Chemy N. ESMO clinical practice guideline on palliative care. Advanced care planning. Ann Oncol 2014;25(suppl3)iii138-iii142