



**HAL**  
open science

## La réunion de concertation pluridisciplinaire onco-palliative : objectifs et préconisations pratiques

François Goldwasser, Nathalie Nisenbaum, Pascale Vinant, Elisabeth  
Balladur, Sarah Dauchy, Idriss Farota-Romejko, Isabelle Colombet,  
Marie-Laure Alby, Julie Giroux, Anne Larrouy, et al.

### ► To cite this version:

François Goldwasser, Nathalie Nisenbaum, Pascale Vinant, Elisabeth Balladur, Sarah Dauchy, et al..  
La réunion de concertation pluridisciplinaire onco-palliative : objectifs et préconisations pratiques.  
Bulletin du Cancer, 2018, 105 (5), pp.458 - 464. 10.1016/j.bulcan.2018.01.017 . hal-01829926

**HAL Id: hal-01829926**

**<https://hal.science/hal-01829926>**

Submitted on 4 Jul 2018

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0  
International License



# La réunion de concertation pluridisciplinaire onco-palliative : objectifs et préconisations pratiques

François Goldwasser<sup>1</sup>, Nathalie Nisenbaum<sup>2</sup>, Pascale Vinant<sup>3</sup>, Elisabeth Balladur<sup>4</sup>, Sarah Dauchy<sup>5</sup>, Idriss Farota-Romejko<sup>6</sup>, Isabelle Colombet<sup>3</sup>, Marie-Laure Alby<sup>7</sup>, Julie Giroux<sup>8</sup>, Anne Larrouy<sup>9</sup>, Elisabeth Destaintot<sup>10</sup>, Luc Garçon<sup>10</sup>, Danièle Legrand<sup>10</sup>, Isabelle Marin<sup>11</sup>, pour le groupe soins palliatifs en cancérologie de l'ARS d'Île-de-France

Reçu le 24 novembre 2017  
Accepté le 29 janvier 2018  
Disponible sur internet le :  
19 mars 2018

1. AP-HP, HUPC, GH Cochin-Port-Royal, oncologie médicale, 27, rue du Faubourg-Saint-Jacques, 75014 Paris, France
2. Réseau Arc-en-Ciel, 63, rue de Strasbourg, 93200 Saint-Denis, France
3. AP-HP, HUPC, GH Cochin-Port-Royal, médecine palliative, 27, rue du Faubourg-Saint-Jacques, 75014 Paris, France
4. AP-HP, HAD, 14, rue Vesale, 75005 Paris, France
5. Institut Gustave-Roussy, département interdisciplinaire de soins de support, 114, rue Edouard-Vaillant, 94800 Villejuif, France
6. 2, rue du Docteur-Delafontaine, 93200 Saint-Denis, Paris, France
7. Médecine générale, 12, rue Wilfrid-Laurier, 75014 Paris, France
8. Cancérologie Paris-Nord, oncologie médicale, 6, avenue Charles-Peguy, 95200 Sarcelles, France
9. Cancérologie radiothérapie, 9, avenue Louis-Armand, 95120 Ermont, France
10. Millénaire 2, ARS Île-de-France, 35, rue de la Gare, 75019 Paris, France
11. Centre hospitalier de St-Denis, médecine palliative, 2, rue du Dr-Delafontaine, 93200 Saint-Denis, France

## Correspondance :

**François Goldwasser**, AP-HP, faculté de médecine Paris-Descartes, HUPC, GH Cochin-Port-Royal, service de cancérologie, bâtiment Copernic 5<sup>e</sup>, 123, boulevard Port-Royal, 75679 Paris cedex 14, France.  
[francois.goldwasser@aphp.fr](mailto:francois.goldwasser@aphp.fr)

## Mots clés

Discussions anticipées  
Loi Claeys-Léonetti  
Médecine palliative  
Réunion de concertation  
pluridisciplinaire onco-  
palliative  
Soins palliatifs

## Résumé

Le progrès conduit à allonger la durée de vie de la maladie cancéreuse métastatique, qui demeure le plus souvent une maladie évolutive et mortelle. Les soins se réalisent pendant une durée croissante au-delà des preuves fournies par les études cliniques, donc dans la complexité et l'incertitude sur les rapports bénéfice/risque. Respecter le cadre éthique, renforcé par la loi Claeys-Leonetti de février 2016, pour une maladie évolutive potentiellement mortelle, conduit à informer le patient de manière réaliste, évoquer le pronostic, développer les discussions anticipées, recueillir et respecter ses préférences. Ces évolutions conduisent à passer d'une médecine du consentement éclairé à une médecine du respect de la volonté, avec toute la complexité que suppose la détermination de cette dernière. Tandis que s'est structurée la pluridisciplinarité au diagnostic par l'association des expertises diagnostiques et thérapeutiques vis-à-vis de la maladie tumorale, émerge ainsi un besoin de structuration d'une autre pluridisciplinarité, interrogeant le sens pour la personne, la proportionnalité du soin, la trajectoire personnelle et la sécurisation du

parcours de soins. Pour atteindre cet objectif, la précocité de l'alliance des expertises complémentaires est décisive. Ceci a conduit à des recommandations de la Société américaine d'oncologie clinique (ASCO). L'introduction de l'équipe de soins palliatifs est un temps essentiel et la qualité de la concertation onco-palliative est déterminante. Nous décrivons notre préconisation pour mettre en pratique une réunion de concertation (RCP) onco-palliative, véritable pivot d'un changement d'organisation du soin en situation d'incurabilité.

### Keywords

Anticipated discussions  
Claeys-Leonetti law  
Palliative medicine  
Onco-palliative  
multidisciplinary meeting  
Early palliative care

### ■ Summary

#### Multidisciplinary oncopalliative meeting: Aims and practical recommendations

*Progress leads to increase life duration at the metastatic stage but metastatic disease is most often lethal. Decision-making is necessary for an increasing period of care, beyond evidence-based medicine, dealing with complexity and uncertain benefit/risk ratio. This requires to inform the patient realistically, to discuss prognostication, to develop anticipated written preferences. These changes mean to pass from a medicine based on informed consent to medicine based on respect of the patient wishes even if it can be complex to determine. A new multidisciplinary is needed, centered on the meaning of the care, the proportionality of the care, the anticipated patient trajectory. The ASCO has published recommendations on early palliative care. The timing and the quality of the discussion between palliative care specialists and oncologists is crucial. We propose 10 steps to organize a multidisciplinary onco-palliative meeting, as it appears the key for the organization of care in non-curable disease.*

### Introduction

L'agence régionale d'Île-de-France a entamé une réflexion sur l'organisation du parcours de soins en cancérologie et les conditions de l'interface entre oncologues et équipes de soins palliatifs. Dans cette optique, elle a créé en 2017 un groupe de travail « soins palliatifs en cancérologie », dont l'objectif était de dégager des points de consensus et des actions à mener pour améliorer le parcours du patient atteint de cancer en situation d'incurabilité. Des professionnels médecins et paramédicaux, oncologues hospitaliers ou libéraux et médecins généralistes ont contribué. Cet article restitue les conclusions du groupe de travail pour ce qui concerne l'intérêt d'instaurer des réunions de concertations dédiées onco-palliatives et décrit les modalités pratiques possibles pour les mettre en œuvre. Pour arriver à ces conclusions, le groupe de travail s'est appuyé sur la littérature médicale, sur l'expérience pratique des professionnels présents, et en particulier le fonctionnement de la RCP onco-palliative en place depuis 2002 à l'hôpital Cochin, à Paris.

La médecine fondée sur les preuves est le principal repère pour définir les stratégies de traitement médico-chirurgicales en cancérologie. Toutefois, au fur et à mesure de l'avancement de la maladie, elle n'est plus suffisante pour prendre des décisions en situation métastatique. La quasi-totalité des données disponibles concerne le traitement de première intention ou de 2<sup>e</sup> intention, très rarement de 3<sup>e</sup> intention et il n'existe pas de donnée au-delà concernant le gain en durée de vie, d'un traitement antitumoral, même s'il peut exister dans des situations

données. Plusieurs mois ou années de maladie sont ainsi vécus par le patient tandis qu'il n'existe pas de données fondées sur des preuves pour argumenter la poursuite d'un traitement médicamenteux spécifique ou l'introduction d'un nouveau traitement antitumoral. Les arguments qui vont fonder la décision s'inscrivent dans d'autres registres que la preuve d'études cliniques :

- l'anamnèse qui révèle l'histoire naturelle de la maladie pour le patient concerné et la sensibilité de la maladie aux traitements antérieurs ;
- l'analyse des possibilités thérapeutiques, à partir de l'arsenal thérapeutique connu et progressivement également à partir de l'analyse moléculaire de la tumeur qui peut révéler des options éventuellement imprévisibles sur l'énoncé du diagnostic anatomo-pathologique du cancer ;
- l'état clinique du patient et son évolution récente ;
- la volonté du patient, ses choix, ses préférences, ses priorités sont encore peu recueillis et notifiés dans le dossier médical en France. Elle est le repère essentiel pour mesurer si les propositions thérapeutiques sont proportionnées et vécues comme une aide, ou si elles relèvent d'une logique médicale déconnectée de la volonté de la personne.

Dans ce contexte de complexité et d'incertitude, paradoxalement, on assiste à un effritement progressif de la pluridisciplinarité et à une tendance à la solitude et à l'isolement du cancérologue prescripteur : il n'existe pas de réunion de concertation pluridisciplinaire pour envisager cette nouvelle

complexité. Tandis que la situation clinique s'aggrave, que la charge émotionnelle est élevée, le risque pour le patient est de voir s'amenuiser les ressources mobilisées tandis que justement les décisions exigent plusieurs regards et plusieurs expertises. Ainsi, une étude récente, l'étude INSIGHT, démontre que le recours aux expertises en médecine palliative est tardif en France [1]. Un nouveau processus décisionnel est à construire et à mettre en place afin de faciliter la prise de décision collégiale, faciliter l'accompagnement du patient tout au long de son parcours. Il s'agit de donner au patient accès à une nouvelle pluridisciplinarité, qui offre des expertises centrées sur cette situation de complexité et sur la réalité d'une maladie évolutive et mortelle, et donc différente du raisonnement initial exclusivement restreint à s'opposer à la progression du syndrome tumoral. Ici, l'expertise en médecine palliative et en accompagnement devient la face complémentaire à l'oncologie pour parvenir à une prise en charge globale du patient en situation de maladie cancéreuse avancée. La communication entre cancérologue et équipe mobile de soins palliatifs emprunte de multiples voies parmi lesquelles on peut mentionner l'échange oral informel ou lors d'un temps dédié tel que pendant un staff de service par exemple, ainsi que l'évaluation clinique conjointe au lit du malade. L'objectif principal d'une réunion de concertation onco-palliative est de rendre possible une codécision, itérative, tout au long de la trajectoire de soin, mettant en balance, bénéfique, risque et sens. C'est aussi la porte d'entrée naturelle et donc la première étape du processus d'introduction précoce de l'équipe de soins palliatifs, que celle-ci soit intra- ou interhospitalière.

Cette approche multidisciplinaire de décision partagée peut conduire à passer d'une mobilisation tardive et réactionnelle de l'expertise palliative pour atténuer la souffrance du patient à une logique de prévention de la souffrance humaine en mobilisant précocement et par anticipation les compétences requises. Cette démarche est la mise en œuvre pratique des recommandations internationales concernant le soin palliatif précoce [2-8], en proposant de prendre une réunion de concertation pluridisciplinaire onco-palliative comme levier d'intégration et d'introduction [9-11]. Des retours d'expériences existent déjà permettant d'identifier les facteurs de réussite qui paraissent essentiels au développement de réunions de concertations pluridisciplinaires onco-palliatives [11]. Sur une cohorte monocentrique de 521 patients décédés parmi 735 patients atteints de cancer métastatique, le paramètre le plus fortement lié aux indicateurs de qualité en fin de vie était l'existence d'une décision pluridisciplinaire partagée [11]. Seul le passage en RCP était associé à une réduction des chimiothérapies dans les 14 derniers jours de vie (OR 0,5 ; IC 95 % : 0,2 à 0,9).

Les conséquences attendues d'une telle RCP sont :

- un respect de la volonté des personnes ;
- une sécurisation du parcours de soins en passant d'une médecine de la gestion de crise à une médecine qui anticipe les

- complications et planifie les réponses possibles : moins de fin de vie au SAU, en réanimation, davantage de fin de vie en lieu choisi (domicile, unité de soins palliatifs, service d'origine) ;
- une réduction de l'obstination déraisonnable avec une diminution des actes disproportionnés en fin de vie ;
- un accès précoce aux soins de confort et une véritable démarche de prévention de la souffrance et d'allègement aussi tôt que possible de celle-ci ;
- une réduction des coûts, par la réduction des situations de crise et leur cortège de transports, mobilisations de moyens non planifiés, etc.

## Dix préconisations pour la mise en œuvre d'une réunion de concertation pluridisciplinaire onco-palliative en situation de maladie incurable.

### Quand ?

#### **Avant le constat d'inefficacité de la dernière ligne de traitement systémique antitumoral**

Le meilleur moment paraît être la prescription de la dernière chimiothérapie validée donc le moment charnière de l'absence de bénéfice établi d'un traitement antitumoral. Une ligne thérapeutique est validée si elle augmente de manière reproductible la durée de vie en s'appuyant sur des données de médecine fondée sur les preuves (essais thérapeutiques publiés positifs, AMM. . .). Il s'agit donc en pratique d'un traitement pour lequel il existe un essai de phase III positif en survie dans cette situation, référencé. Ceci est à distinguer d'un traitement qui peut pragmatiquement être efficace, utile, et décidé, mais avec un niveau d'incertitude sur le bénéfice plus élevé. En revanche, il n'est pas approprié d'attendre l'arrêt des antitumoraux pour proposer l'intervention pluridisciplinaire. En effet, le moment qui suit l'arrêt des antitumoraux est une situation difficile, de crise, pour le patient et son entourage, trop tardive pour nouer une nouvelle alliance thérapeutique et renforçant le préjugé désuet « soins palliatifs = fin de vie ». L'objectif de l'équipe de soins palliatifs n'a pas vocation à se restreindre au traitement de la souffrance en fin de vie, mais au contraire vise de manière bien préférable pour le patient, à la prévention de la souffrance, ce qui justifie d'intervenir tôt. L'introduction précoce de l'équipe de soins palliatifs est faisable [2], bénéfique [3-5] et recommandée internationalement [6-8]. Un autre repère que l'efficacité, validée ou non, du traitement antitumoral, est l'espérance de vie, d'après les paramètres validés en situation métastatique [12,13] :

- performance status ;
- albuminémie ;
- LDH élevés ;
- scores. . .

**Comment ?*****Le médecin oncologue référent est le déclencheur du processus collégial***

C'est le cancérologue qui peut le mieux identifier que la situation clinique est désormais aux frontières de la médecine fondée sur les preuves, ou que l'espérance de vie, selon les critères validés est compromise à court-moyen terme. Il est essentiel que le regard posé et l'intervention réalisée par l'équipe de soins palliatifs soient demandés par un clinicien qui est donc conscient de l'intérêt et ouvert à accueillir un avis extérieur au sien pour réfléchir aux décisions thérapeutiques et aux meilleures conditions d'accompagnement et d'anticipation de trajectoire, faciliter une prise en charge conjointe et un processus décisionnel collégial. Un appel ou une inscription qui serait réalisée sans son plein accord, par exemple à l'initiative d'un interne ou d'une infirmière, sans concertation, conduirait à des interventions cloisonnées et à l'absence de décision concertée ou d'accompagnement mixte (cancérologue-équipe de soins palliatifs) cohérent. Ceci est générateur d'incompréhension réciproque et expose à des décisions non coordonnées et contradictoires. Les motifs d'appel sont soit portés par la situation clinique présente, soit par l'anticipation d'une situation à risque à venir.

***La communication du cancérologue au patient et à la famille conditionne la faisabilité de l'introduction de l'équipe de soins palliatifs***

La facilité d'introduction de l'équipe de soins palliatifs dépend de l'aisance avec laquelle le cancérologue envisage de travailler en équipe, de reconnaître une place et un avis à un collègue. Des phrases telles qu'« en réponse à la complexité de votre situation, plusieurs regards, plusieurs compétences sont requises » ou « étant donné que vous présentez des douleurs osseuses qui ne sont pas bien soulagées, il me paraît important que vous puissiez bénéficier d'un regard expert pour le contrôle de vos douleurs » ou « le chef d'orchestre pour assurer le contrôle de ce symptôme c'est l'expert de ce symptôme » ou « pallier efficacement un symptôme ou se préoccuper du confort, ce n'est pas réservé à la fin de vie, c'est pertinent dès le diagnostic » sont bien comprises pour justifier l'introduction précoce de l'équipe de soins palliatifs. Dans certains cas, de plus en plus fréquents, c'est le patient lui-même ou sa famille qui proposent non seulement d'évoquer le pronostic, mais aussi d'évoquer la prévention de l'obstination déraisonnable, la volonté de rédiger des directives anticipées, ce qui débouche logiquement sur l'offre d'une consultation approfondie avec l'équipe de soins palliatifs en complément du dialogue avec le cancérologue. Cette étape décisive au quotidien par laquelle le cancérologue présente simplement le rôle et la pertinence d'une expertise extérieure suppose principalement qu'il ait l'humilité et l'esprit d'ouverture requis. S'il ne le comprend pas tout de suite, on peut lui rappeler que c'est ce qu'il a demandé aux chirurgiens : introduire le

cancérologue, de manière dédramatisée et non pas à la dernière minute, mais avant l'acte chirurgical.

***La RCP est systématique***

Toute RCP de cancérologie, quel que soit le thème de la RCP, repose sur une présentation systématique, au moins pour signalement et enregistrement, et si besoin pour discussion et décision. C'est le caractère systématique de la démarche qui garantit une amélioration de la qualité des soins en offrant la même interrogation systématiquement et non pas à la demande quand on y pense. Par systématique, on signifie l'inscription dans un parcours organisé, structuré, balisé, permettant de réduire les risques de non-identification de situations à risque. C'est également le caractère systématique qui permet que le parcours de soins lors de l'aggravation clinique ne soit pas anticipé avec certains médecins, toujours les mêmes, et jamais avec d'autres, toujours les mêmes. Cela contribue à une démarche homogène au sein d'une équipe et au sein d'un établissement de santé.

***L'intervention de l'équipe de soins palliatifs auprès d'un patient doit déclencher le passage du dossier en RCP onco-palliative si cela n'est pas déjà fait***

Il est essentiel qu'il y ait une demande médicale, un exposé médical de la situation et une construction commune de l'objectif de l'intervention pour que l'équipe de soins palliatifs puisse intervenir efficacement. Étant donné que la ressource en médecine palliative est rare, elle ne doit pas être gaspillée par des interventions qui ne pourraient pas être opérationnelles. L'efficacité et l'ergonomie incitent également à fonctionner sur un mode programmé et non pas sur un mode non programmé. Hors urgence clinique, dans un partenariat construit et structuré, l'absence de RCP doit le plus souvent conduire à l'absence d'introduction de l'équipe de soins palliatifs. Ainsi, le même dossier va être discuté à plusieurs reprises en RCP onco-palliative, ce qui reflète aussi l'objectif d'accompagnement et d'ajustement dans le temps du travail collaboratif : une première fois lorsque le médecin référent exprime la demande à l'équipe de soins palliatifs et explique le contexte et l'attente vis-à-vis de l'intervention, une 2<sup>e</sup> fois lorsque l'équipe de soins palliatifs l'a vu et fait un retour, puis autant de fois que nécessaire tout au long du suivi conjoint. Les interventions de l'équipe mobile de soins palliatifs se font habituellement en binôme médecin-infirmière et d'autant plus volontiers en ambulatoire-hôpital de jour ou consultation – que l'intervention est précoce. Elle peut également se réaliser en hospitalisation complète.

***La présence du cancérologue référent est requise***

La réunion doit permettre d'échanger des informations actualisées sur la situation clinique, elle doit conduire à des interrogations partagées et à une codécision. L'absence de décision

partagée compromet la mise en œuvre anticipée d'un parcours de soins sécurisé et apaisé et expose à des décisions successives non concertées et incohérentes. C'est dans ce contexte que le risque de complication aiguë conduisant à une situation de crise (SAU, soins intensifs) est le plus élevé. La présence du cancérologue est aussi essentielle pour distinguer ce que contient l'expression « le patient est demandeur » d'une chimiothérapie. Mais pour quoi faire ? De quoi est-il demandeur ? Qui est demandeur ?

***Le quorum minimal pour ouvrir la RCP est la présence du cancérologue référent du malade et d'un médecin de soins palliatifs***

En effet, ces deux présences sont la condition du dialogue médical et de la possibilité d'échange d'information actualisée et surtout de codécision. Toutefois, la présence des expertises paramédicales est essentielle et donc recommandée : infirmières, psychologues, assistantes-sociales, ainsi que les personnes impliquées dans la gestion de la trajectoire du patient (coordonnateur d'HAD ou de réseau, médecin généraliste...). Il est également bénéfique que soient présents des médecins cancérologues non émotionnellement impliqués, qui pourront contribuer par leur recul à recontextualiser une décision de traitement antitumoral dans le contexte objectif d'un rapport bénéfice/risque.

***Les conclusions de la RCP doivent être régulièrement actualisées pour tenir compte de l'évolutivité des besoins et des volontés du patient***

Une différence entre RCP onco-palliative et les RCPs de cancérologie spécialisée est que dans le cas de la RCP onco-palliative, par nature, des retours réguliers sur le dossier sont nécessaires. Par exemple, dans une RCP de cancérologie digestive qui discuterait d'un patient atteint d'un cancer colique de stade III, une fois posée l'indication de la chirurgie et de la chimiothérapie adjuvante, le dossier ne fera pas l'objet de nouveaux passages en RCP, en l'absence de rechute.

En revanche, dans une RCP onco-palliative, un enjeu est de gérer une trajectoire de soins et elle ne s'arrête donc pas après une décision d'une stratégie de soin ou d'un acte de soin. Il est donc important de se tenir informé de la stabilité de la situation clinique, de l'évolution des positions du patient et de la famille, etc. Ce dialogue ajusté implique des discussions récurrentes sur le même dossier au fil du temps.

***La RCP conduit à une décision partagée, donnant lieu à un compte rendu écrit de RCP. La décision est tracée dans le dossier médical et facilement repérable en cas d'urgence***

C'est le principe de la collégialité dans la décision et donc de la construction d'une codécision qui améliore la qualité

de la décision thérapeutique dans ce contexte rendu particulièrement difficile par la charge émotionnelle et l'incertitude. Les décisions typiques que sont amenées à prendre la RCP concernent la clarification de l'objectif thérapeutique, le type de traitement, l'arrêt ou non des antitumoraux par exemple, mais aussi potentiellement d'autres actions (nutrition parentérale), le lieu de vie et de soins à un moment donné, la conduite à tenir en cas d'aggravation, le moment d'introduction de l'équipe de soins palliatifs et le motif d'entrée explicité au patient. Le recueil de l'avis du médecin généraliste en amont de la réunion, par le médecin de soins palliatifs ou le cancérologue, est recommandé. La RCP doit en permanence s'inscrire dans une démarche éthique, et donc être l'occasion de clarifier l'objectif thérapeutique, d'interroger la proportionnalité des soins, la cohérence entre la volonté du patient et le projet de soins. Les décisions prises doivent être tracées et datées et être accessibles à la lecture d'un acteur de soins non programmé (médecin urgentiste, médecin de garde, médecin généraliste...). La réunion donne lieu à un compte rendu de réunion de concertation pluridisciplinaire à l'attention du médecin généraliste et des correspondants éventuels, ainsi que de l'équipe paramédicale impliquée, au sein de l'établissement, au sein d'un réseau, et en ville.

***Des évaluations a posteriori des décisions prises sont nécessaires pour améliorer la performance de l'équipe pluridisciplinaire***

Le retour sur les situations ayant généré un malaise, qui donne un sentiment d'insatisfaction aux professionnels médicaux et/ou paramédicaux, permet de progresser en analysant rétrospectivement si des éléments cliniques ou paracliniques auraient pu permettre d'alerter et de fonctionner différemment. En particulier, cela permet d'affiner la compétence dans l'évaluation pronostique.

Des indicateurs quantitatifs peuvent également permettre d'identifier l'écart aux objectifs internationaux de Earle [13-15] :

- le nombre de dossiers présentés ;
- le nombre de venues aux service d'accueil des urgences (SAU), de passages en réanimation, dans le dernier mois de vie ;
- le pourcentage de chimiothérapies dans le dernier mois de vie ;
- le pourcentage de décès en hôpital, USP et domicile (par choix), au SAU, en réanimation.

Ces données sont intéressantes à l'échelle de l'établissement, à l'échelle d'un service et à l'échelle individuelle.

## Situation actuelle et perspectives

L'étude INSIGHT met en évidence un appel tardif aux équipes de soins palliatifs, peu compatible avec les objectifs



internationaux de prise en charge globale, précoce et intégrée en situation de maladie incurable [1]. Les modalités d'organisation de ces RCP onco-palliatives exigent du pragmatisme pour tenir compte des ressources territoriales souvent insuffisantes en expertises en soins palliatifs. Toutefois, le constat de cette insuffisance justifie un investissement en ressources humaines pour rattraper le retard et non pas de pérenniser des pratiques dégradées. Rappelons qu'une bithérapie par anticorps monoclonaux (ex nivolumab + ipilimumab ; trastuzumab + pertuzumab) pendant 1 an coûte davantage pour un patient, que le coût salarial d'un praticien hospitalier temps plein expert en soins palliatifs, qui lui, sert à plus d'un patient par an... On peut également souligner que les économies annuelles générées par la prévention de l'obstination déraisonnable sont très supérieures au coût d'un médecin clinicien de niveau PH, à temps plein.

Les discussions anticipées, telles que recommandées par la loi de février 2016, souvent vécues avec appréhension, nécessitent un apprentissage par les médecins mais sont faisables en routine [16]. Lorsqu'une RCP onco-palliative est mise en œuvre, les résultats positifs sont rapidement mesurables [11]. Il existe un écart net de trajectoire des patients entre les patients présentés et les patients non présentés [11]. Une perspective de recherche clinique en soins palliatifs serait de le démontrer par une étude prospective telle qu'un essai randomisé comparant intervention de l'équipe mobile versus même intervention couplée à une RCP onco-palliative. Ceci nous conduit à conseiller la diffusion des RCPs onco-palliatives. Les indicateurs proposés permettront de suivre l'impact des changements de pratiques sur le parcours de soins des patients atteints de cancers en situation d'incurabilité. L'ensemble de la démarche exige un engagement fort des oncologues médicaux, à toutes les étapes, de l'initiative de la démarche à sa mise en œuvre, puis à son évaluation [17]. Cette démarche nécessite aussi un engagement des pouvoirs publics pour accompagner cette dynamique via des financements fléchés.

### Encadré 1 : 10 règles de fonctionnement d'une réunion de concertation pluridisciplinaire onco-palliative

1. Avant le constat d'inefficacité de la dernière ligne de traitement systémique antitumoral validée.
2. Le médecin cancérologue référent est le déclencheur du processus collégial.
3. La communication du cancérologue au patient et à la famille conditionne la faisabilité de l'introduction de l'équipe de soins palliatifs.
4. La RCP est systématique, peut-être précoce, et survient au plus tard au moment décrit en 1.
5. Le déplacement de l'équipe de soins palliatifs auprès d'un patient doit déclencher le passage du dossier en RCP onco-palliative si cela n'est pas déjà fait.
6. La présence du cancérologue référent est requise.
7. Le quorum minimal pour ouvrir la RCP est la présence du cancérologue référent du malade et d'un médecin de soins palliatifs.
8. Les conclusions de la RCP doivent être régulièrement actualisées pour tenir compte de l'évolutivité des besoins et des volontés du patient.
9. La RCP conduit à une décision partagée, donnant lieu à un compte rendu écrit de RCP. La décision est tracée dans le dossier médical et facilement repérable en cas d'urgence.
10. Des évaluations a posteriori des décisions prises concernant les indications de traitement antitumoral, les conditions de l'accompagnement et le projet de soins raisonnables sont nécessaires pour améliorer la performance de l'équipe pluridisciplinaire.

**Déclaration de liens d'intérêts :** les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

## Références

- [1] Vinant P, Joffin I, Serresse L, Grabar S, Jaulmes H, Daoud M, et al. Integration and activity of hospital-based palliative care consultation teams: the INSIGHT multicentric cohort study. *BMC Palliat Care* 2017;16(1):36.
- [2] Temel JS, Jackson VA, Billings JA, Dahlin C, Block SD, Buss MK, et al. Phase II study: integrated palliative care in newly diagnosed advanced non-small-cell lung cancer patients. *J Clin Oncol* 2007;25(17):2377-82.
- [3] 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;302:741-9.
- [4] 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;363(8):733-42.
- [5] Zimmermann C, Swami N, Krzyzanowska M, et al. Early palliative care for patients with advanced cancer: a cluster-randomised controlled trial. *Lancet* 2014;383(9930):1721-30.
- [6] Bakitas MA, Tosteson TD, 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* 2015;33(13):1438-45.
- [7] Smith TJ, Temin S, Alesi ER, et al. American Society of Clinical Oncology provisional clinical opinion: the integration of palliative care into standard oncology care. *J Clin Oncol* 2012;30(8):880-7.
- [8] Ferrell BR, Temel JS, 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;35(1):96-112.
- [9] Hui D, Kim YJ, Park JC, Zhang Y, Strasser F, Cherny N, et al. Integration of oncology and palliative care: a systematic review. *The Oncologist* 2015;20(1):77-83.
- [10] Maltoni M, Scarpi E, Dall'Agata M, Schiavon S, Biasini C, Codecà C, et al. Systematic versus on-demand early palliative care: a randomised clinical trial assessing quality of care and treatment aggressiveness near the end of life. *Eur J Cancer* 2016;69:110-8.
- [11] Colombet I, Montheil V, Durand JP, 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* 2012;2(3):239-47.
- [12] Barbot AC, Mussault P, Ingrand P, Tourani JM. Assessing 2-month clinical prognosis in hospitalized patients with advanced solid tumors. *J Clin Oncol* 2008;26(15):2538-43.
- [13] McMillan DC. The systemic inflammation-based Glasgow Prognostic Score: a decade of experience in patients with cancer. *Cancer Treat Rev* 2013;39(5):534-40.
- [14] 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* 2012;30(4):394-400.
- [15] Earle CC, Landrum MB, Souza JM, et al. Aggressiveness of cancer care near the end of life: is it a quality-of-care issue? *J Clin Oncol* 2008;26(23):3860-6.
- [16] Vinant P, Rousseau I, Huillard O, Goldwasser F, Guillard MY, Colombet I. Respecting patient's end of life wishes: feasibility study of an information on surrogate and advance directives. *Bull Cancer* 2015;102(3):234-44.
- [17] Huillard O, Colombet I, Montheil V, Weiler F, Boudou-Rouquette P, Arrondeau J, et al. Integration of oncology and palliative care, a forgotten indicator: shared decision-making. *Oncologist* 2015;20(9):e26.