



HAL
open science

Étude des symptômes et prescriptions chez les patients en soins palliatifs pris en charge en hospitalisation à domicile du centre Georges-François-Leclerc

Nils Martin, Nathalie Bremaud, Julie Blanc, Aurélie Bertaut, Laure Brunet,
Laure Favier

► To cite this version:

Nils Martin, Nathalie Bremaud, Julie Blanc, Aurélie Bertaut, Laure Brunet, et al.. Étude des symptômes et prescriptions chez les patients en soins palliatifs pris en charge en hospitalisation à domicile du centre Georges-François-Leclerc. *Médecine Palliative*, 2019, 18, pp.279 - 286. 10.1016/j.medpal.2019.05.002 . hal-03489114

HAL Id: hal-03489114

<https://hal.science/hal-03489114>

Submitted on 21 Jul 2022

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 4.0 International License

Étude des symptômes et prescriptions chez les patients en soins palliatifs pris en charge en hospitalisation à domicile du centre Georges-François-Leclerc

Survey on medical treatments and symptoms of patients with cancer undergoing palliative treatment with home medical care followed at Georges-François-Leclerc cancer centre in Dijon (France)

Niels MARTIN ^{*1}, Nathalie BREMAUD, Julie BLANC, Aurélie BERTAUT, Laure BRUNET, Laure FAVIER

Centre Georges-François-Leclerc, 1 rue du Professeur-Marion, 21000 Dijon

*Auteur correspondant ; e-mail : martin.nils21@gmail.com

¹ Photo

Titre court : Traitements au cours des 7 derniers jours de vie en soins palliatifs à domicile

1. Introduction

Alors qu'au milieu du siècle dernier, les Français (85 %) décédaient en majorité sur leur lieu de résidence, il est estimé qu'actuellement seulement 38 % des patients finissent leurs jours à domicile, alors que, la plupart exprime la volonté d'être pris en charge à domicile et de pouvoir y décéder (1)(2).

Si notre système de santé participe beaucoup au phénomène du décès à l'hôpital, cela ne suffit pas à l'expliquer. D'autres éléments, comme une offre de soins palliatifs en ville insuffisante et fragmentée, un rôle fragilisé du médecin traitant, une difficulté à assurer une continuité de la prise en charge et un parcours de soins méconnu participent à cette tendance. Le plan national 2015–2018 pour le développement des soins palliatifs et l'accompagnement en fin de vie a fait du maintien à domicile une de ses priorités (3). Les données concernant la prise en charge de ces patients à domicile sont toutefois parcellaires, la majorité des études réalisées sur les symptômes et les médicaments d'intérêt en fin de vie étant axées sur la prise en charge en institution (4). Il est pourtant important de connaître les modalités de prise en charge à domicile actuelles afin de savoir si elles sont conformes aux recommandations nationales et de pointer les axes d'amélioration (5,6).

L'objectif de ce travail était d'étudier les symptômes et la prise en charge médicamenteuse des patients hospitalisés en soins palliatifs à domicile au cours des 7 derniers jours de vie et accueillis par le centre anticancéreux Georges-François-Leclerc et de les comparer aux recommandations actuelles. L'objectif secondaire exploratoire, était de comparer nos résultats à domicile avec ce qui est fait en hospitalisation en se référant à une étude antérieure réalisée chez les patients hospitalisés au centre Georges-François-Leclerc sur 90 patients pris en charge en soins palliatifs en 2011 (7).

Nous avons choisi de nous intéresser aux 7 derniers jours de vie. En effet, la gestion à la maison, souvent en présence de la famille, des symptômes de la toute fin de vie et de la phase d'agonie, est souvent un frein au maintien à domicile (8).

2. Méthode et matériel

2.1. Conception de l'étude

Il s'agit d'une étude rétrospective monocentrique. Tous les patients pris en charge par le centre Georges-François-Leclerc pour des soins palliatifs en hospitalisation à domicile, et décédés entre mai 2011 et mai 2018 ont été inclus dans cette étude. La liste des patients a été obtenue par le département d'information médicale du centre hospitalier.

Le centre Georges-François-Leclerc est un centre régional de lutte contre le cancer situé à Dijon en Bourgogne (France). Il comprend 193 lits d'hospitalisation et l'activité annuelle correspond à 4528 hospitalisations, 12 448 séjours d'hôpital de jour, et 4850 journées en hospitalisation à domicile.

2.2. Variables recueillies

Les variables recueillies étaient :

- des données cliniques et démographiques : date de naissance du patient, date de diagnostic de la maladie néoplasique, date de découverte de métastases, date du décès, indice de performance selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS) du patient lors de sa dernière semaine de vie, score Pronopall (calculé avec le statut OMS), dernière concentration sérique d'albumine connue, dernier taux de lactate déshydrogénase (LDH) connu, nombre de sites métastatiques et comorbidités (9) ;
- des données sur la prise en charge carcinologique : date et le nom des dernières chimiothérapies, radiothérapie, thérapie ciblée et hormonothérapie ;
- des données sur les 7 derniers jours de vie : symptômes du patient, traitements médicamenteux prescrits, gestes invasifs effectués (sondage urinaire, ponction d'ascite, pose d'une voie veineuse centrale, pose de cathéter pleural) et les modalités de surveillance des constantes vitales, des paramètres biologiques et radiologiques.

2.3. Analyses statistiques

Les variables quantitatives ont été comparées entre les groupes à l'aide d'un test de Student ou un test de Mann-Whitney en cas de non-respect de la normalité. Les variables qualitatives, elles ont été comparées grâce à un test du Chi-2 ou un test exact de Fisher en cas d'effectif théorique inférieur à 5. Tous les tests étaient bilatéraux. Le seuil de significativité a été choisi à 5 %. Les analyses ont été réalisées à l'aide du logiciel SAS 9.4.

3. Résultats

3.1. Caractéristiques de la population

En tout, 90 patients ont été inclus dans cette étude. La répartition par cancer est présentée dans la figure 1. L'âge médian au moment de l'hospitalisation était de 65 ans (intervalle : 25-96 ans), deux tiers des patients étaient des femmes (11 % atteintes de cancer du sein et 15 % de cancer gynécologiques). La majorité (96 %) avait un indice de performance selon l'OMS de 4 lors de leur dernière semaine de vie. Près de deux tiers des patients (64 %, n = 59) inclus avaient un score pronostique compris entre 8 et 10 (24 +/- 9 % de survie à 2 mois) et 31 % (n = 28) avaient un score à 7 (66 +/- 5 % de survie à 2 mois).

3.2. Description des symptômes

Les symptômes plus fréquemment rencontrés au cours des 7 derniers jours sont rapportés dans le tableau 1.

3.3. Traitements médicamenteux utilisés la dernière semaine de vie

Les médicaments administrés au cours des 7 derniers jours de vie sont présentés dans le tableau 2. La moitié des patients a eu de façon synchrone des corticoïdes, des anxiolytiques et des morphiniques. Le midazolam était toujours administré par voie intraveineuse à la dose moyenne de 11 mg/jour. Les patients anxieux se voyaient administrer significativement plus de midazolam (62,5 % contre 92,6 % $p = 0.005$).

La scopolamine était administrée à visée préventive et curative par voie transdermique pour la prise en charge de l'encombrement bronchique. Une oxygénothérapie était en place chez 22 % des patients ($n = 20$) avec une corrélation significative entre la dyspnée et l'administration d'oxygène ($p < 0,0001$).

L'âge des patients recevant une hydratation et une nutrition parentérale était significativement plus faible (60,7 ans contre 67,4 ans $p = 0.0255$).

Un tiers des patients recevait une antibiothérapie, avec significativement plus de patients fébriles dans le groupe antibiotiques que dans le groupe sans antibiotiques (29,6 % contre 3,4 % $p = 0,0013$).

En ce qui concerne les traitements à visée circulatoire et cardiovasculaire, l'anticoagulant était une héparine de bas poids moléculaire dans 100 % des cas, à visée curative dans 68 % des cas ($n = 34$) ; 50 % des patients ($n = 45$) recevaient un traitement à visée cardiaque (au moins deux molécules chez neuf patients). Parmi les 11 patients sous antihypertenseur, un seul était hypotendu (pression artérielle systolique inférieure à 90 mmHg) selon la dernière mesure de pression artérielle.

3.4. Prise en charge antinéoplasique

Parmi les patients ayant bénéficié d'une chimiothérapie, 5 % des patients ($n = 4$) ont reçu une cure lors de leur dernière semaine de vie, ce chiffre était porté à 27 % ($n = 21$) lorsqu'il s'agissait du dernier mois précédant le décès. Aucun patient n'a reçu de radiothérapie durant sa dernière semaine de vie.

Parmi les quatre patients qui ont reçu une chimiothérapie dans la dernière semaine, deux avaient un score Pronopall de 7 et les deux autres avaient un score supérieur à 7. Parmi les 17 patients ayant reçu une cure de chimiothérapie le dernier mois de leur vie, 13 avaient un score Pronopall supérieur ou égal à 8, les quatre autres avaient un score de 7.

Parmi les patients ayant bénéficié d'une hormonothérapie un seul était encore en cours de traitement la dernière semaine de vie et cinq patients (31 %) pour le dernier mois précédant le décès. Pour les patients ayant bénéficié d'une thérapie ciblée, trois patients (10 %) ont reçu une cure dans leur dernier mois de vie.

3.5. Gestes invasifs et surveillance des constantes

En ce qui concerne les gestes invasifs, aucun patient n'a eu d'acte chirurgical, vertébroplastie, pose de cathéter pleural, ponction lombaire ou pleurale la semaine précédant son décès. Une ponction d'ascite évacuatrice a été pratiquée chez quatre patients, et 23,3 % des patients (n = 21) ont eu une pose de sonde urinaire à demeure.

En termes d'examens complémentaires, 30 % des patients (n = 27) ont eu un bilan biologique et seulement un patient a eu un bilan radiologique.

4. Discussion

Notre travail a permis d'évaluer le profil des patients en soins palliatifs dans leur dernière semaine de vie lors d'une prise en charge en hospitalisation à domicile. Les symptômes de fin de vie, les derniers instants de vie ou même le décès à domicile sont très souvent redoutés par les aidants (10). Nous avons souhaité porter notre attention en particulier sur ces derniers jours de vie. Aucun consensus n'existe pour définir cette période de la vie (11). Comme d'autres équipes auparavant nous avons choisi de nous limiter aux 7 derniers jours de vie (8,12).

L'un des points faibles de cette étude est son caractère monocentrique et rétrospectif. Notre hospitalisation à domicile est gérée par deux médecins coordinateurs qui en sont également les prescripteurs. Il s'agit donc d'un mode de fonctionnement différent d'une hospitalisation à domicile classique. La taille de notre échantillon reste faible malgré l'inclusion des patients sur les 7 dernières années. Le recueil « rétrospectif » des symptômes sous-entend qu'il a été réalisé avec les seules données présentes dans les observations médicales des dossiers des patients, avec un risque de données manquantes.

Près de deux tiers des patients étaient des femmes ce qui n'est en règle générale pas le cas des autres études où la parité homme femme est habituellement respectée (4,13–15). Cela est probablement lié au fait que le centre Georges-François-Leclerc est un centre qui prend en charge un grand nombre de cancer gynécologiques et du sein, mais également à la petite taille de notre échantillon.

En ce qui concerne notamment les symptômes, notre étude retrouvait les mêmes données que ce qui a été décrit dans la littérature, avec la douleur, la dyspnée, l'agitation et les troubles neurologiques en première ligne (16–18).

La prise en charge médicamenteuse semble également identique à ce qui est connu, avec en tête des prescriptions : la morphine, les corticoïdes et le midazolam (13). La voie d'administration la plus utilisée est la voie intraveineuse, la majorité de nos patients étant suivis pour un cancer et donc tous porteurs d'une chambre implantable.

En association aux antalgiques, les corticoïdes sont fréquemment utilisés en cancérologie et en soins palliatifs (13,19). C'était le cas de notre étude, où les corticoïdes étaient largement prescrits, sans que nous n'ayons pu en relever l'indication. Parmi les motifs de prescription retrouvés dans la littérature figurent des causes spécifiques (compression médullaire, l'hypertension intracrânienne, la lymphangite carcinomateuse et la dyspnée, l'occlusion digestive) et des causes non spécifiques (anorexie, nausées et vomissements, perte de l'élan vital et douleur) (19–21). Pourtant, l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) retient comme seule indication ayant l'autorisation de mise sur le marché pour l'utilisation des corticoïdes en soins palliatifs, l'hypertension intracrânienne (5). La plupart des études dédiées à l'utilisation des corticoïdes en situation palliative se sont intéressées aux derniers mois de vie plutôt qu'aux derniers jours de vie. Cependant, il semble que plus de la moitié des médecins poursuivent les corticoïdes jusqu'au décès et ce, en dépit d'effets indésirables reconnus mais secondaires à leur yeux (19,22). Aucune recommandation à fort niveau de preuve n'existe actuellement et les disparités d'utilisation selon les praticiens peuvent être importantes (22).

Le troisième médicament clé était le midazolam, mis en place chez plus de la moitié de nos patients (61,1 %). Notre méthode de recueil de données permet difficilement de distinguer si cette molécule a été mise en place pour l'anxiolyse ou la sédation. La posologie moyenne de 11 mg/jour semble indiquer qu'il s'agit dans de nombreux cas d'une utilisation à visée anxiolytique. Pour la sédation, le midazolam représente la molécule de première intention en soins palliatifs et pour l'anxiété, ce sont les benzodiazépines orales qui sont recommandées, le midazolam étant réservé aux « situations associées à un stress en alternative aux benzodiazépines orales, chez le sujet en phase avancée ou terminale d'une maladie chronique grave » (6). C'est dans cette indication que le midazolam est utilisé chez nos patients. On peut cependant s'interroger sur les difficultés de communication et de vigilance que peuvent engendrer de tels traitements où l'accompagnement et la communication peuvent être centrales.

Une hydratation intravasculaire était prescrite chez 40 % des patients et une nutrition parentérale chez 7,8 % des patients. Ces chiffres semblent élevés chez une population de patient dont l'indice de performance selon l'OMS est souvent supérieur ou égal à 3 alors que les recommandations préconisent justement de les arrêter. On retrouve plus fréquemment ces traitements chez des patients jeunes pour lesquels il est sans doute plus difficile, aussi bien pour le malade, les proches et les soignants, d'accepter la réduction des soins de base que sont l'hydratation et l'alimentation. Des résultats similaires sont retrouvés dans la littérature (23) et l'impact culturel de l'arrêt de l'hydratation et la nutrition est souvent évoqué comme motivant leur poursuite (24). La crainte des palliatologues quant à l'utilisation de l'hydratation est l'encombrement bronchique et la majoration des œdèmes (25,26). Dans notre échantillon nous n'avons pas retrouvé d'augmentation significative de dyspnée, d'utilisation d'antisécrotoires, de diurétiques ou de pose de sonde urinaire, d'anxiolytiques ou

d'oxygène dans la population avec une hydratation par voie intraveineuse, cela étant à pondérer au faible effectif.

Des antibiotiques ont été prescrits chez un tiers des malades. Ce résultat est concordant avec ceux de la littérature (27). Ils semblent permettre un meilleur contrôle des symptômes en cas de sepsis et donc par ce biais participer à une amélioration de la qualité de vie (28). Nous disposons de très peu de données sur la tolérance des antibiotiques en fin de vie. Novak et al. ont rapporté des diarrhées et nausées et vomissements sous antibiotiques (29). Il n'existe aucune recommandation sur le recours aux antibiotiques en fin de vie et la plupart des auteurs s'accordent à dire que leur utilisation doit être discutée au cas par cas (28). En tout état de cause, l'utilisation faite ici semble raisonnée puisque les médicaments sont simples et peu onéreux et corrélés avec la fièvre.

Nous nous sommes également intéressés au traitement des comorbidités : prise en charge du diabète, traitement cardiaque, traitement anticoagulant. Cinquante pour cent des patients conservaient un traitement à visée cardiaque, 40 % une héparine de bas poids moléculaire, 12% un traitement contre l'hypertension artérielle, et 11 % un traitement antidiabétique. On peut s'interroger sur la pertinence de poursuivre ces traitements dans les derniers jours de vie et sur l'inconfort occasionné par les injections sous-cutanées de l'insuline ou des héparines de bas poids moléculaire. La littérature reste pauvre dans ce domaine et le médecin prend souvent sa décision au cas par cas, en fonction de sa propre moral ou éthique (30). Ce qui est certain, c'est qu'il est parfois difficile de faire stopper un traitement que le patient prend consciencieusement depuis de nombreuses années. Certains médecins ont proposé des critères de futilité pour certaines classes thérapeutiques comme les statines, les antihypertenseurs, les protecteurs gastriques et les antidiabétiques en soins palliatifs (31). Nous n'avons pas pu les vérifier dans notre série. A l'avenir, il serait intéressant d'en tenir compte.

En ce qui concerne la prise en charge antinéoplasique pure, une étude française portant sur 9100 patients atteints d'un cancer métastatique a montré que 20 % des patients recevaient une chimiothérapie par voie intraveineuse dans le dernier mois de vie (21). Les résultats d'une étude portugaise ayant inclus 1064 patients adultes ont montré que 7 % des patients ont reçu une chimiothérapie dans leurs 30 derniers jours de vie (32). Bien que nos patients étaient pris en charge en hospitalisation à domicile, on notait un chiffre supérieur puisque 27 % ont eu une cure de chimiothérapie dans le dernier mois de leur vie. Le score Pronopall de ces patients révélait que la plupart (71 %) avaient un taux de survie estimée à 2 mois de 24 +/- 9 % (9). Il faut noter que ce score a été calculé avec les données de la dernière semaine de vie. Nous pouvons nous interroger sur l'utilité de ces chimiothérapies et les éventuels effets délétères pour les patients. Le fait que les patients soient pris en charge en hospitalisation à domicile n'est probablement pas un frein à la prescription des traitements spécifiques qui reste sous la seule dépendance de l'oncologue.

Enfin, nous avons voulu comparer notre étude à celle réalisée en 2011 au centre Georges-François-Leclerc ayant un objectif de recherche et une population similaire mais chez des patients hospitalisés.

L'étude hospitalière qui a servi de comparaison était une étude rétrospective sur les patients en soins palliatifs terminaux, décédés en 2011 en oncologie médicale au centre Georges-François-Leclerc. Les patients inclus devaient être hospitalisés depuis au moins 5 jours. La population était constituée de 90 patients, comprenant 55% d'hommes (n = 52) avec un âge médian de 64 ans et suivis pour des cancers bronchiques (29 %, n = 26), des cancers du côlon (10 %, n = 9 et du sein (9 %, n = 8).

Les résultats de la comparaison sont reportés dans le tableau 3. Lorsque l'on compare les résultats de notre étude à celle réalisée dans le même centre de cancérologie mais avec des patients décédés en hospitalisation classique, on retrouve une utilisation similaire de la plupart des médicaments des soins palliatifs avec en tête les morphiniques, les corticoïdes et le midazolam. À l'hôpital les patients recevaient significativement plus d'hydratation intravasculaire, de nutrition et de bilan biologique. La seule différence notable pour les traitements symptomatiques concernait les neuroleptiques, les antiémétiques et la scopolamine transdermique dont l'utilisation hospitalière était significativement inférieure à celle faite à domicile. On ne retrouvait pas de différence quant à l'utilisation d'antibiotiques, antiagrégants, anticoagulants, antidiabétiques, et anxiolytiques. Ces résultats sont toutefois à interpréter avec prudence du fait de la non-comparabilité initiale des deux groupes.

La prise en charge en hospitalisation à domicile étudiée semble conforme aux recommandations nationales (ANSM) et comparable aux données de la littérature.

Conflit d'intérêts : aucun

Bibliographie

1. Higginson IJ, Sen-Gupta GJA. Place of care in advanced cancer: a qualitative systematic literature review of patient preferences. *J Palliat Med* 2000;3(3):287-300.
2. Anon. Les attentes et les besoins des Français vis-à-vis de la fin de vie, sondage Ifop pour la fondation Adrea [document sur Internet]. Paris : Institut français d'opinion publique (Ifop); 2016. Disponible en ligne à l'adresse : <https://docplayer.fr/48992023-Les-attentes-et-les-besoins-des-francais-vis-a-vis-de-la-fin-de-vie.html> (consulté le 13 août 2018).
3. Anon. Plan national 2015–2018 pour le développement des soins palliatifs et l'accompagnement en fin de vie. Paris : Ministère des affaires sociales de la santé et des droits des femmes; 2015.

4. Riechelmann RP, Krzyzanowska MK, O'Carroll A, Zimmermann C. Symptom and medication profiles among cancer patients attending a palliative care clinic. *Support Care Cancer* 2007;15(12):1407-12.
5. Groupe de travail Afssaps, Salamagne M, Michenot N, Uzzan M, Alavoine L, Attal N, et al. Recommandations de bonne pratique. Douleur rebelle en situation palliative avancée chez l'adulte, recommandations. Saint-Denis : Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps); 2010.
6. Anon. Soins palliatifs : spécificité d'utilisation des médicaments courants hors antalgiques. Recommandations. Saint-Denis : Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps); 2002.
7. Brunet L. Prescriptions médicales chez les patients en soins palliatifs au centre Georges-François-Leclerc. Dijon: université de Bourgogne ; 2014.
8. Hui D, dos Santos R, Chisholm GB, Bruera E. Symptom Expression in the last seven days of life among cancer patients admitted to acute palliative care units. *J Pain Symptom Manage* 2015;50(4):488-94.
9. Bourgeois H, Grudé F, Solal-Céligny P, Dupuis O, Voog E, Ganem G, et al. Clinical validation of a prognostic tool in a population of outpatients treated for incurable cancer undergoing anticancer therapy: PRONOPALL study. *Ann Oncol* 2017;28(7):1612-7.
10. Zimmermann C, Swami N, Krzyzanowska M, Leighl N, Rydall A, Rodin G, et al. Perceptions of palliative care among patients with advanced cancer and their caregivers. *CMAJ* 2016;188(10):E217-227.
11. Hui D, Nooruddin Z, Didwaniya N, Dev R, De La Cruz M, Kim SH, et al. Concepts and definitions for « actively dying, » « end of life, » « terminally ill, » « terminal care, » and « transition of care »: a systematic review. *J Pain Symptom Manage* 2014;47(1):77-89.
12. Fainsinger R, Miller MJ, Bruera E, Hanson J, Maceachern T. Symptom control during the last week of life on a palliative care unit. *J Palliat Care* 1991;7(1):5-11.
13. Combe C, Geneste MA, Buclez A, Lacroix C, Laurencin C, Hida H. Étude des dernières prescriptions informatisées des patients en situation palliative terminale. *Pharm Hosp Clin* 2013;48(2):117-21.

14. Jenkins CA, Schulz M, Hanson J, Bruera E. Demographic, symptom, and medication profiles of cancer patients seen by a palliative care consult team in a tertiary referral hospital. *J Pain Symptom Manage* 2000;19(3):174-84.
15. Peruselli C, Di Giulio P, Toscani F, Gallucci M, Brunelli C, Costantini M, et al. Home palliative care for terminal cancer patients : a survey on the final week of life. *Palliat Med* 1999;13(3):233-41.
16. Kehl KA, Kowalkowski JA. A systematic review of the prevalence of signs of impending death and symptoms in the last 2 weeks of life. *Am J Hosp Palliat Care* 2013;30(6):601-16.
17. Strömberg AS, Sjogren P, Goldschmidt D, Petersen MA, Pedersen L, Groenvold M. Symptom priority and course of symptomatology in specialized palliative care. *J Pain Symptom Manage* 2006;31(3):199-206.
18. Klinkenberg M, Willems DL, van der Wal G, Deeg DJH. Symptom burden in the last week of life. *J Pain Symptom Manage* 2004;27(1):5-13.
19. Lundström SH, Fürst CJ. The use of corticosteroids in Swedish palliative care. *Acta Oncol* 2006;45(4):430-7.
20. Hardy JR, Rees E, Ling J, Burman R, Feuer D, Broadley K, et al. A prospective survey of the use of dexamethasone on a palliative care unit. *Palliat Med* 2001;15(1):3-8.
21. Gannon C, McNamara P. A retrospective observation of corticosteroid use at the end of life in a hospice. *J Pain Symptom Manage* 2002;24(3):328-34.
22. Lejeune A, Chauffour-Ader C, Frasca M, Burucoa B. Utilisation des corticoïdes par voie générale en situation palliative avancée : résultats d'une enquête réalisée auprès des médecins d'unité de soins palliatifs, en France métropolitaine, en 2014. *Med Palliat* 2018;17(1):10-5.
23. Torres-Vigil I, Mendoza TR, Alonso-Babarro A, De Lima L, Cárdenas-Turanzas M, Hernandez M, et al. Practice patterns and perceptions about parenteral hydration in the last weeks of life: a survey of palliative care physicians in Latin America. *J Pain Symptom Manage* 2012;43(1):47-58.
24. Oehme J, Sheehan C. Use of artificial hydration at the end of life: a survey of Australian and New Zealand palliative medicine doctors. *J Palliat Med* 2018;21(8):1145-51.
25. Nakajima N, Takahashi Y, Ishitani K. The volume of hydration in terminally ill cancer patients with hydration-related symptoms: a prospective study. *J Palliat Med* 2014;17(9):1037-41.

26. Nakajima N, Hata Y, Kusumoto K. A clinical study on the influence of hydration volume on the signs of terminally ill cancer patients with abdominal malignancies. *J Palliat Med* 2013;16(2):185-9.
27. Rosenberg JH, Albrecht JS, Fromme EK, Noble BN, McGregor JC, Comer AC, et al. Antimicrobial use for symptom management in patients receiving hospice and palliative care : a systematic review. *J Palliat Med* 2013;16(12):1568-74.
28. Helde-Frankling M, Bergqvist J, Bergman P, Björkhem-Bergman L. Antibiotic treatment in end-of-life cancer patients-a retrospective observational study at a palliative care center in Sweden. *Cancers (Basel)* 2016;8(9):84.
29. Novak RL, Noble BN, Fromme EK, Tice MO, McGregor JC, Furuno JP. Antibiotic Policies and Utilization in Oregon Hospice Programs. *Am J Hosp Palliat Care* 2016;33(8):777-81.
30. Sheard L, Prout H, Dowding D, Noble S, Watt I, Maraveyas A, et al. The ethical decisions UK doctors make regarding advanced cancer patients at the end of life - the perceived (in) appropriateness of anticoagulation for venous thromboembolism: a qualitative study. *BMC Med Ethics* 2012;13:22.
31. Fede A, Miranda M, Antonangelo D, Trevizan L, Schaffhausser H, Hamermesz B, et al. Use of unnecessary medications by patients with advanced cancer : cross-sectional survey. *Support Care Cancer* 2011;19(9):1313-8.
32. Gonçalves JF, Goyanes C. Use of chemotherapy at the end of life in a Portuguese oncology center. *Support Care Cancer* 2008;16(4):321-7.

Légende de la figure

Figure 1. Résultats d'un étude rétrospective monocentrique sur les symptômes et la prise en charge médicamenteuse des patients hospitalisés en soins palliatifs à domicile au cours des 7 derniers jours de vie et accueillis par le centre anticancéreux Georges-François-Leclerc : répartition de la population de l'étude selon le type de cancer ($n = 90$).

Results from a single institution retrospective study on medical treatments and symptoms of patients with cancer undergoing palliative treatment with home medical care followed at Georges-François-Leclerc Cancer Centre in Dijon (France): types of cancer in the study population (N = 90).

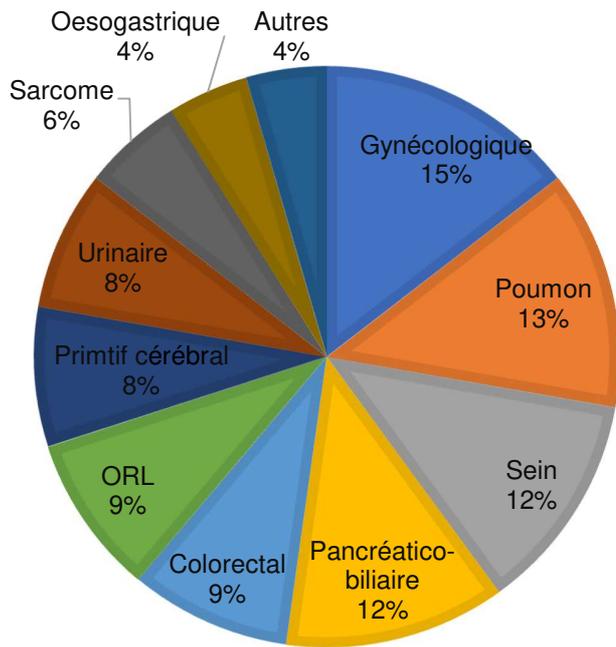


Tableau 1. Résultats d’une étude rétrospective monocentrique sur les symptômes et la prise en charge médicamenteuse des patients hospitalisés en soins palliatifs à domicile au cours des 7 derniers jours de vie et accueillis par le centre anticancéreux Georges-François-Leclerc : symptômes dans les 7 derniers jours de vie ($n = 90$).

Results from a single institution retrospective study on medical treatments and symptoms of patients with cancer undergoing palliative treatment with home medical care followed at Georges-François-Leclerc Cancer Centre in Dijon (France): symptoms in the last 7 days of the patients’ lives (N = 90).

Symptômes	Fréquence
Troubles de conscience	79 (90,8 %)
Anxiété	70 (81,4 %)
Douleur	70 (77,7 %)
Dyspnée	50 (61,7 %)
Agitation	31 (42,5 %)
Céphalées/hypertension intracrânienne	12 (13,8 %)
Occlusion digestive	12 (13,8 %)
Fièvre	10 (11,8 %)
Convulsions	3 (3,4 %)

Tableau 2. Résultats d’une étude rétrospective monocentrique sur les symptômes et la prise en charge médicamenteuse des patients hospitalisés en soins palliatifs à domicile au cours des 7 derniers jours de vie et accueillis par le centre anticancéreux Georges-François-Leclerc : médicaments administrés au cours des 7 derniers jours ($n = 90$).

Results from a single institution retrospective study on medical treatments and symptoms of patients with cancer undergoing palliative treatment with home medical care followed at Georges-François-Leclerc Cancer Centre in Dijon (France): treatments administered during the last 7 days of patients’ lives (N = 90).

Traitements	Fréquence
<i>Traitements à visée symptomatique</i>	
Morphinique	76 (84,4 %)
Par voie intraveineuse	50 (65,8 %)
Par voie transdermique	20 (26,3 %)
Per os	4 (5,3 %)
Par voie transmuqueuse	1 (1,3 %)
Manquant	1 (1,3 %)
Paracétamol	83 (95,4 %)
Kétamine	16 (17,8 %)
Corticoïdes	73 (81,1 %)
Par voie intraveineuse	61 (83,6 %)
Per os	12 (16,4 %)
Midazolam	55 (61,1 %)
Traitement anxiolytique (hors midazolam)	63 (70,0 %)
Benzodiazépine	38 (60,3 %)
Hydroxizine	22 (35,5 %)
Autres	2 (3,2 %)
Manquant	1 (1,6 %)
Traitement antidépresseur	18 (20,0 %)
Inhibiteurs de la recapture de la sérotonine	11 (61,1 %)
Inhibiteurs de la recapture de la sérotonine–noradrénaline	6 (27,8 %)
Tricycliques	2 (11,1 %)
Scopolamine transdermique	44 (48,9 %)
Butylbromure de scopolamine	17 (18,9 %)
Sandostatine	1 (1,1 %)
Inhibiteurs de la pompe à protons	59 (65,6 %)
Traitement laxatif	40 (46,5 %)

Traitement antidiarrhéique	7 (8,0 %)
Antiémétique	51 (58,6 %)
Neuroleptique	25 (27,8 %)
Par voie intraveineuse	14 (58,3 %)
Per os	10 (41,7 %)
Manquant	1 (4 %)
Anticonvulsivant	14 (15,6 %)
Par voie intraveineuse	12 (85,7 %)
Per os	2 (14,3 %)
Soins de bouche/bains de bouche	79 (90,8 %)
<i>Traitements concomitants</i>	
Antihypertenseur	11 (12,2 %)
Anticoagulant	36 (40,0 %)
Indication préventive	19 (52,8 %)
Indication curative	17 (47,2 %)
Traitement cardiaque	45 (50,0 %)
Hypolipémiant	1 (1,1 %)
Antiagrégants plaquettaire	7 (7,8 %)
Traitement antidiabétique	10 (11,1 %)
Par voie sous cutanée	9 (90 %)
Per os	1 (10 %)
<i>Antibiotiques</i>	30 (33 %)
Amoxicilline	1 (3,3 %)
Céphalosporine de 3 ^e génération	11 (36,7 %)
Amoxicilline + acide clavulanique	10 (33,3 %)
Macrolide	1 (3,3 %)
Fluoroquinolone	2 (6,7 %)
Autres	5 (16,7 %)
<i>Nutrition et hydratation artificielle</i>	
Nutrition parentérale	7 (7,8 %)
Nutrition entérale	4 (4,4 %)
Hydratation	36 (40 %)
Vitamines	17 (18,9 %)
Oligoéléments	14 (15,6 %)

Tableau 3. Résultats d’une étude rétrospective monocentrique sur les symptômes et la prise en charge médicamenteuse des patients hospitalisés en soins palliatifs à domicile au cours des 7 derniers jours de vie et accueillis par le centre anticancéreux Georges-François-Leclerc : comparaison entre la prise en charge en hospitalisation à domicile et en hospitalisation complète.

Results from a single institution retrospective study on medical treatments and symptoms of patients with cancer undergoing palliative treatment with home medical care followed at Georges-François-Leclerc Cancer Centre in Dijon (France): comparison between at home care versus hospitalization.

Traitement	Hospitalisation à domicile : étude actuelle	Hospitalisation complète : étude de 2011	<i>p</i>
<i>Traitement symptomatique</i>			
Morphinique	76 (84,4 %)	70 (77,8 %)	0,2532
Corticothérapie	73 (81,1 %)	71 (79 %)	0,7094
Midazolam	55 (61,1 %)	55 (61,1 %)	1,0000
Traitement anxiolytique	63 (70,0 %)	70 (77,8 %)	0,2349
Traitement antidépresseur	18 (20 %)	26 (29,2 %)	0,1523
Scopolamine transdermique	44 (48,9 %)	24 (26,7 %)	0,0021
Butylbromure de scopolamine	17(18,9 %)	8 (8,9 %)	0,0524
Sandostatine	1 (1,1 %)	3 (3,3 %)	0,6208
Inhibiteurs de la pompe à protons	59 (65,6 %)	46 (51,1 %)	0,0494
Traitement constipation	40 (46,5 %)	44 (48,9 %)	0,7523
Traitement antidiarrhéique	7 (8,1 %)	11 (12,2 %)	0,3581
Antiémétiques	51(58,6 %)	31 (34,4 %)	0,0013
Neuroleptiques	25 (27,8 %)	10 (11,1 %)	0,0047
<i>Traitement des comorbidités</i>			
Antihypertenseur	11 (12,2 %)	23 (25,6 %)	0,0223
Anticoagulant	36 (40,0 %)	42 (49,4 %)	0,2106
Traitement cardiaque	47 (52,2 %)	38 (42,7 %)	0,2019
Hypolipémiant	1 (1,1 %)	5 (5,6 %)	0,2108
Antiagrégant plaquettaire	7 (7,8 %)	3 (3,3 %)	0,1931
Antidiabétique	10 (11,1 %)	15 (16,7 %)	0,2812
Antibiotiques	27 (30 %)	39 (43,3 %)	0,0634
<i>Nutrition artificielle/hydratation</i>			
Hydratation	36 (40 %)	62 (68,9 %)	< 0,0001
Nutrition entérale	3 (3,3 %)	4 (4,4 %)	1

Nutrition parentérale	7 (7,8 %)	25 (27,8 %)	0,0004
Vitamines	17 (18,9 %)	31(34,4 %)	0,0183
Oligoéléments	17 (15,6 %)	27 (30 %)	0,0209
<i>Surveillance</i>			
Surveillance dextro	14 (15,6 %)	21 (23,6 %)	0,1751
Surveillance biologique	27 (30 %)	71 (78 %)	< 0,0001
<i>Transfusion</i>	8 (8,9 %)	2 (2,2 %)	0,0996

En gras : différence statistiquement significative.