



RCP soins de support : 12 ans d'expérience d'un centre de lutte contre le cancer

Laure Favier, Nathalie Bremaud, Zoé Tharin, Julie Blanc, Aurélie Bertaut, Véronique Alavoine, A. Dubief, Gilles Truc, Christine Dorlean, Bruno Coudert

► To cite this version:

Laure Favier, Nathalie Bremaud, Zoé Tharin, Julie Blanc, Aurélie Bertaut, et al.. RCP soins de support : 12 ans d'expérience d'un centre de lutte contre le cancer. Bulletin du Cancer, 2020, 107, pp.999 - 1005. <10.1016/j.bulcan.2020.06.010>. <hal-03493782>

HAL Id: hal-03493782

<https://hal.science/hal-03493782v1>

Submitted on 17 Oct 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 CC BY-NC 4.0 - Attribution - Non-commercial use - International License

RCP soins de support : 12 ans d'expérience d'un centre de lutte contre le cancer

Multidisciplinary team meeting in supportive care: 12 years of experience in a French comprehensive cancer center

Laure Favier^{1*}, Nathalie Bremaud¹, Zoé Tharin¹, Julie Blanc², Aurélie Bertaut², Véronique Alavoine³, A. Dubief⁴, Gilles Truc⁵, Christine Dorlean¹, Bruno Coudert¹.

1. Oncologie médicale Centre Georges François Leclerc, 1 rue du Pr Marion 21 000 Dijon
2. Unité de Biostatistiques, Centre Georges François Leclerc, 1 rue du Pr Marion 21 000 Dijon
3. Unité de soins palliatifs, CHU Dijon, 1 rue de la Gouge, 21800 Quetigny
4. HAD Fedosad, avenue Jean Bertin, 21 00 Dijon
5. Radiothérapie, Centre Georges François Leclerc, 1 rue du Pr Marion 2100 Dijon

*** Correspondance:** Laure Favier
Oncologie médicale, 1 rue du Pr Marion, 21000 Dijon
mail : lfavier@cgl.fr

Remerciements

Les auteurs souhaitent remercier Isabel Grégoire et Hanaya Blitot pour leur aide technique et relecture.

Résumé

En 2006, à la suite de la circulaire DHOS 2005/101, nous avons créé une réunion multidisciplinaire de soins de support. Il existe très peu de données dans la littérature dans ce domaine et nous avons souhaité reporter ici notre expérience. Pour cela, les dossiers présentés sur les six premiers mois de l'année 2006, 2008, 2010, 2012, 2014, 2016 et 2018 ont été analysés, soit 405 situations correspondant à 352 patients. La majorité était constituée de femmes (55,7 %, N = 196) et l'âge médian lors de la présentation était de 66 ans [20-93]. Dans 8 % (n = 32) des situations, la prise en charge était curative, dans 58 % (n = 233) des cas, palliative avec traitement spécifique en cours, dans 31,3 % (n = 126) palliative exclusive et enfin 2,7 % (n = 11) des discussions concernaient l'après cancer. Le nombre médian de participants était de 10 avec une présence régulière des oncologues, de l'équipe de soins palliatifs, de l'assistante sociale, la diététicienne, la kinésithérapeute et la psychologue. Les deux motifs les plus fréquents de présentation étaient le devenir et une demande d'intervention de l'équipe mobile de soins palliatifs. La décision de la réunion était relativement bien appliquée avec un taux de conformité de 81,8 %. Cependant, on peut regretter le délai court de 1,5 mois entre le décès et la concertation. La création d'un département transversal de soins de support a fait prendre de l'ampleur à cette réunion et il serait pertinent dans un avenir proche de vérifier si elle permet une meilleure anticipation.

Mots clés : soins de support – réunion de concertation pluridisciplinaire soins palliatifs – oncologie – interdisciplinarité- transversalité

Abstract

In 2006, in response to DHOS Circular 2005/101, we have created a multidisciplinary supportive care meeting. As available literature covering this subject is rare, we report here our own experience. For this purpose, available files from the six initial months of 2006, 2008, 2010, 2012, 2014, 2016 and 2018 were analyzed, representing 405 situations corresponding to 352 patients. The majority of patients were women (55,7 % , n = 196) and the median age was 66 years old [20-93]. Treatment was curative in 8 % (n = 32) of the situations, palliative in 58 % (n = 233), exclusively palliative in 31.3 % (n = 128) and concerned post-cancer situations in 2.7 % (n = 11). The median number of participants in multidisciplinary team meeting was 10, with a regular presence of oncologists, palliative care team members, social workers, dietician, physiotherapist and psychologist. The two most common reasons for case presentation were advice on follow-up and support on a precise palliative situation. Multidisciplinary support care meeting decisions were relatively well implemented, with a compliance rate of 81.8 %. Nevertheless, cases were presented late with a median time of 1.5 months from presentation to patient death. The creation of a cross-supportive care department has increased this meeting relevance and it would be important in the near future to evaluate whether this organization allows a better foresight of supportive care.

Keywords : supportive care – multidisciplinary team meeting- palliative care- interdisciplinary- transdisciplinary

La notion de soins de support est née dans les années 90 avec le « *supportive care* » défini par la *Multidisciplinary Association of Supportive Care in Cancer* (MASCC) comme « *the total medical, nursing and psychological help which the patients need besides the specific treatment* » (1). En France, il faudra attendre le premier plan cancer en 2003 pour voir les choses évoluer et c'est en réponse aux premiers états généraux du cancer mettant en exergue le manque d'information, de communication et de coordination dans la prise charge que l'accent a été mis sur le développement des soins de support. La circulaire de la direction générale de l'offre de soins (DHOS) 2005/101 du 22 février 2005 (2) relative à l'organisation des soins en cancérologie les a définis comme « l'ensemble des soins et soutiens nécessaires aux personnes malades tout au long de la maladie conjointement aux traitements onco hématologiques spécifiques lorsqu'il y en a » ; ils ne constituent donc pas une nouvelle discipline mais une coordination de compétences au service du patient et de ses proches. On a ainsi vu naître la notion d'interdisciplinarité, de coordination et de transversalité au sein d'une spécialité médicale, l'oncologie, où la prise en charge tend à devenir de plus en plus spécifique et scientifique (3). Cette même circulaire DHOS 2005/101 stipule que c'est dans le cadre de réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) que cette coordination est actée par la représentation et l'implication des différents acteurs qui après discussion et concertation proposent aux patients la prise en charge la plus adaptée à leur situation. Par la suite, Le développement de des réunions de soins de support a été soutenu par les différents Plan cancer et le plan cancer 2014-2019 « recommande le développement des temps de réunion de concertation, associant des personnels médicaux, paramédicaux, et des équipes de soins de support. » Aussi, certains établissements ont créé des RCP dédiées aux soins de support. En effet, il semble difficilement concevable de travailler ensemble sans se réunir et échanger autour du patient. Cependant, peu de données ou même de retours d'expérience sur ces RCP

ont été publiés dans la littérature (4-5). Quelles sont les questions posées lors de ces réunions ? Quels en sont les participants ? Peut-on parler de RCP ?

Depuis 2006, une réunion multidisciplinaire regroupant à la fois l'équipe de soins de support et les équipes d'oncologie au sens large (chirurgie, médecine ou radiothérapie) pour discuter de dossiers et de situations complexes. D'un rythme bi mensuel, elle est rapidement devenue hebdomadaire témoignant de son intérêt pour l'équipe soins de support. L'objectif de notre travail est d'analyser et de présenter l'évolution de notre réunion de concertation pluridisciplinaire entre 2006 et 2018.

Méthode et matériel

Design de l'étude

Il s'agit d'une étude rétrospective monocentrique. Nous avons analysé les situations discutées en RCP soins de support les six premiers mois des années 2006, 2008, 2010, 2012, 2014 et 2018. La liste des patients a été obtenue par le département d'information médicale (DIM) du centre hospitalier.

Notre établissement de santé est un centre régional de lutte contre le cancer français. Il comprend 193 lits d'hospitalisation et l'activité annuelle correspond à 4 528 hospitalisations, 12 448 séjours d'hôpital de jour, et 4 850 journées en hospitalisation à domicile (HAD). La structure s'est dotée d'une unité mobile de soins palliatifs en 2015. Un département transversal de soins de support (DT2S) a été créé en novembre 2017, avec ouverture d'un hôpital de jour soins de support en janvier 2018. Enfin, l'établissement dispose depuis de nombreuses années d'une petite hospitalisation à domicile de 12 lits.

L'inscription d'un dossier de patient en RCP est faite auprès du secrétariat du département transversal de soins de support par n'importe quel professionnel de santé. Un compte rendu

type existe depuis 2006 et a été remis à jour en 2018. Depuis cette date, il est pré rempli par la secrétaire de soins de support puis complété et validé par le médecin responsable de la RCP. Il est enregistré dans le dossier médical et envoyé au son médecin généraliste et éventuellement au réseau de soins palliatifs ou à l'équipe de soins palliatifs qui prend en charge ou prendra en charge le patient si cela est indiqué. Jusqu'en 2017, date à laquelle les dossiers sont devenus intégralement informatisés, un compte rendu papier était également envoyé au médecin référent du patient. La liste des dossiers présentés en RCP est envoyée par mail à tous les membres du DT2S, au médecin référent, au cadre de santé des différentes unités de l'établissement, aux différentes HAD et réseaux de soins palliatifs de la région. Nous n'avons par contre pas rédigé de règlement intérieur définissant le quorum de participants nécessaires mais initialement, ce rendez-vous a été instauré sous l'impulsion de quatre soins de support essentiels dans l'établissement : le service social, l'unité de psycho oncologie, les diététiciennes et les kinésithérapeutes. La réunion est animée par notre médecin de soins palliatif et un oncologue formé aux soins de support. Le patient n'est pas systématiquement informé que son dossier sera discuté spécifiquement en RCP soins de support mais il est expliqué dans le livret d'accueil remis à chaque patient lors de sa prise en charge initiale que son dossier peut être présenté dans les différentes RCP de l'établissement.

Design de l'étude

Ont été recueillies :

1/ des données cliniques et démographiques (date de naissance, sexe, date de la prise en charge initiale par l'institution, date du décès)

2/ des données sur la prise en charge carcinologique. Nous avons ainsi relevé le type de primitif, le suivi médian et le type de prise en charge : traitement curatif, traitement spécifique à visée palliative et soins palliatifs exclusifs. Le traitement a été classé en palliatif lorsque l'objectif n'était pas la guérison et palliatifs exclusifs lorsque le traitement spécifique (à

l'exclusion de la radiothérapie antalgique) a été définitivement stoppé. Il nous paraissait en effet difficile de classer uniquement sur le dossier le stade de la maladie (palliatif initial, avancé) et l'espérance de vie du malade.

3/ des données spécifiques à la RCP : les participants à la RCP (spécialités représentées, intervenants extérieurs, le nombre de personnes assistant à la RCP), le motif de présentation en RCP, la proposition faite et comment a été appliquée la décision de la RCP, le délai médian entre la prise en charge et la RCP ainsi que le délai médian entre la présentation en RCP et le décès.

Analyse statistique

Les analyses réalisées étaient uniquement descriptives. Les variables qualitatives ont été décrites par leur effectif et leur fréquence, tandis que les variables quantitatives ont été décrites par la médiane et l'étendue. Toutes les analyses ont été réalisées grâce au logiciel SAS version 9.4.

Résultats

Mille quatre cent quatre-vingt-dix situations ont été discutées en RCP soins de support entre janvier 2006 et juin 2018. L'évolution a été crescendo, passant de 41 dossiers sur l'année 2006 à 257 sur la totalité de l'année 2018. La création du DT2S apparaît comme un tremplin pour la RCP avec une centaine de situations discutées les années précédentes (108 en 2016, 142 en 2017) et 257 sur l'année 2018. Pour cette étude, nous avons analysé 405 situations soit 352 dossiers.

Les femmes constituaient 55,7 % (n = 196) de la population et les hommes 44,3 % (n = 156) (tableau 1). L'âge médian à la prise en charge au centre était de 63 ans [16-93 ans] et de 66 ans [20-93 ans] lors de la présentation en RCP. Le suivi médian depuis la première

consultation était de 18,2 mois [0,0 – 233,6 mois] et le délai entre la prise en charge initiale et le décès de 16,8 mois [0,0-241,9 mois]. Dans 8 % (n = 32) des situations, la prise en charge était curative, dans 58 % (n = 233) palliative, dans 31,3 % (n = 126) palliative exclusive et enfin 2,7 % (n = 11) des situations analysées concernait l'après cancer. Le délai médian entre la prise en charge initiale et la présentation en RCP était de 11,5 mois [0,0 – 211,8 mois] et celui entre la présentation en RCP et le décès était de 1,5 mois [0,0 – 144,3 mois]. Pour 37,8 % des patients, la première présentation en RCP a lieu dans le mois qui précède le décès. Concernant les pathologies représentées, on observe un nombre important de carcinomes bronchiques (n = 80, soit 19,8 %), de carcinomes gynécologiques (n = 67, soit 19 %), de carcinomes mammaires (n = 56, soit 13,9 %), des tumeurs cérébrales primitives (n = 29, soit 7,2 %).

Le nombre médian de participants à la RCP est de dix personnes sur la période de 2006 à juin 2018 avec une augmentation progressive de ce chiffre au fil du temps qui est passé de six en 2006 à treize en 2018. Quant aux spécialités médicales assistant aux RCP (tableau 2), c'est bien l'oncologie médicale qui est le mieux représentée (77,3 % des discussions, n = 313) suivie par les soins palliatifs (58,5 % sur la totalité de la période mais 100 % sur 2016 et 96,4 % sur 2018, création d'une unité mobile de soins palliatifs en 2015). Pour 74,8 % des cas (n = 303), c'est un oncologue senior qui est présent et pour 44,4 % (n = 180), c'est l'oncologue référent senior qui présente le dossier. En ce qui concerne la participation des internes, celle-ci était pratiquement nulle jusqu'en 2018, date à laquelle leur présence est retrouvée pour 34,2 % des dossiers (n = 38). La chirurgie est en revanche très peu représentée avec aucune participation des médecins et une présence des cadres de chirurgie relativement faible nulle jusqu'en 2018 (2,7 % des réunions sur l'année 2018). La présence d'un représentant soignant du service qui prend en charge est retrouvée dans 44,3 % (n = 178) des cas. Trois spécialités médicales différentes ont participé simultanément à seulement 21,7 % des 405 discussions

pour la globalité de la période étudiée. En revanche, sur l'année 2018, on a une représentativité de trois spécialités différentes pour 61,3 % (n = 68) des situations. Les spécialités paramédicales les plus assidues sont les psychologues et les diététiciennes avec un taux de participation respectif de 92,8 % (n = 376) et de 81,7 % (n = 331). Une psychologue, une diététicienne, une assistante sociale, d'un kinésithérapeute ont assisté conjointement à 54,1 % (n = 219) des discussions (70,3 %, n = 78 pour l'année 2018).

À partir de 2010, des participants extérieurs à notre établissement [HAD taux de participation de 48,6 % (n = 156) et unité mobile de soins palliatifs (UMSP) du centre hospitalier universitaire (CHU) 53,3 % (n = 171)] ont régulièrement assisté à nos réunions, témoignant de la pertinence de la RCP.

Le motif de présentation en RCP retrouvé le plus fréquemment est une difficulté d'orientation d'aval chez un patient hospitalisé ou un maintien à domicile difficile (66,4 %, n = 269), suivi d'une demande d'intervention de l'équipe mobile de soins palliatifs (20,7 %, n = 84). Nous avons regroupé sous le terme « demande d'intervention de l'équipe mobile de soins palliatifs »: une demande d'intervention de l'UMSP pour gérer un symptôme ou prise en charge à l'arrêt des traitements spécifiques. Depuis 2018, toutes les demandes d'hôpital de jour soins de support sont systématiquement discutées en réunion lorsque le patient n'est pas connu de l'équipe afin de s'assurer de la pertinence de la proposition et de décider des interventions nécessaires. Il en va de même pour tous les adultes jeunes (AJA, définis comme un âge inférieur à 30 ans) Cela a concerné 12,6 % (n = 14) des discussions en 2018 pour les HJ soins de support et 5,4 % (n = 6) pour les AJA. Enfin, nous avons noté quelques questions éthiques (poursuite de la chimiothérapie, mise en place d'une nutrition artificielle) (n = 13, soit 3,2 %).

Suite à la RCP, il a été proposé 85 consultations vers les assistantes sociales (21 %) et 73 consultations vers les psychologues (18 %), 49 vers les diététiciennes (12,1 %) et 99 évaluations par une UMSP (24,4 %), une HAD a été proposée pour 81 situations (20 %).

Enfin, nous avons voulu nous assurer de la pertinence de la RCP en vérifiant si la proposition de la RCP a été appliquée et si les personnes compétentes pour répondre aux questions posées étaient là. Ainsi, la décision prise par les cliniciens était totalement conforme à la préconisation de la RCP dans 68,7 % des cas (n = 263) et partiellement conforme dans 13,1 % (n = 50). Nous avons tenté de savoir pourquoi la décision de la RCP n'a pas été suivie. Dans 43,4 % (n = 49) des cas, nous n'avons pas pu retrouver ou identifier la cause exacte. Parmi les raisons identifiées de non-respect des réponses apportées par la RCP, on retrouve le décès du patient (n = 22 soit 19,5 %), une évolution de la situation clinique (n = 20 soit 17,7 %) ou un refus du patient de la proposition faite (n = 15 soit 13,3 %).

Lorsque les interrogations concernaient un problème de devenir, le service social et le service d'hospitalisation à domicile étaient présents dans 73,2 % des cas (n = 197), lorsqu'il s'agissait d'un trouble touchant l'alimentation, les diététiciennes assistaient à la discussion dans 85,3 % des cas (n = 29), et les psychologues pour 93,1 % des souffrances psychologiques (n = 54). Si le motif d'inscription en RCP était les soins palliatifs, une personne de l'équipe de soins palliatifs participait aux échanges dans 52,8 % des cas (n = 42) et le délai entre la discussion et le décès était de 0,8 mois (0,0 - 11,6 mois), la présence conjointe d'un médecin de soins palliatifs, de l'oncologue référent et d'un représentant soignant du service qui prend en charge le patient n'est retrouvée que dans 16,7 % des cas (n = 14). Cependant là encore on note une évolution avec un taux qui atteint 38,5 % en 2018 (n = 10). Pour ce qui est du délai entre la présentation en RCP et le décès, lorsque le motif de discussion en RCP est une question pour une prise en charge palliative, pour 56,5 % des patients (n = 39), la première présentation en RCP a lieu le mois qui précède le décès. Cependant, si l'on regarde

l'évolution de ce chiffre entre 2006 et 2018, on a l'impression d'une meilleure anticipation depuis 2018 (tableau 4).

Discussion

À la suite des préconisations de la circulaire de la DHOS 2005/101, le médecin désigné comme responsable des soins de support à l'époque a créé dans notre établissement une RCP soins de support. L'objectif de notre travail était donc dans un premier temps de dresser un tableau de notre RCP et de tenter d'en estimer l'impact et la pertinence. Ainsi, sur 1 490 situations présentées, nous en avons analysé 405. Si l'on s'intéresse à l'évolution de la RCP au fil des années, on note une évolution croissante du nombre de dossiers présentés (passant de 27 sur les six premiers mois de 2006 à 111 sur la même période pour 2018). Le nombre de participants a également augmenté au cours des années passant de 6,2 à 15 avec une présence régulière d'intervenants extérieurs. Ces chiffres témoignent de la faisabilité et de l'intérêt d'une réunion soins de support. Leur explosion en 2018 souligne l'importance de se structurer en département soins de support et de l'existence d'une unité mobile de soins palliatifs.

Nous avons choisi de conserver l'appellation « RCP ». Les RCP sont définies par la Haute Autorité de Santé (HAS) comme un regroupement « des professionnels de santé de différentes disciplines dont les compétences sont indispensables pour prendre une décision accordant aux patients la meilleure prise en charge en fonction de l'état de la science ». Ainsi même si la RCP soins de support ne concerne pas ou très rarement des décisions médicales ou des prises en charge en fonction de l'état de la science, on retrouve en revanche la notion de regroupement professionnel et de réflexion pour améliorer la prise en charge pour le patient. Toujours selon la définition de l'HAS, pour justifier du terme RCP, trois spécialités médicales différentes doivent participer. Dans notre cas, cela ne représente que 22 % des

réunions sur la globalité de la période analysée et 61,3 % des réunions en 2018. Le terme de staff pluriprofessionnel comme défini par Chantal Bauchetet (6) paraît sans doute plus adapté. Cependant, aucune valorisation n'est à ce jour active pour ces staffs qui sont pourtant inscrits comme critère de certification 13a de la V32010 de l'HAS pour les patients en soins palliatifs.

Enfin, les différentes spécialités paramédicales piliers des soins de support (diététicienne, assistante sociale et psychologue) sont très assidues, témoignant du caractère multidisciplinaire de la réunion et de son importance pour l'équipe. Il est important de souligner que c'est la seule RCP à laquelle, dans l'établissement tout au moins, participent conjointement et activement les médecins et les paramédicaux.

Bien que maintenant reconnue et essentielle à notre structure de soins, notre réunion soins de support a encore de nombreuses faiblesses. La plupart des patients étaient en situation palliative. Comme expliqué en introduction, nous avons choisi de regrouper les situations en curatif, palliatif, palliatif exclusif et après cancer. Cette dichotomie peut paraître erronée mais sur un recueil rétrospectif à partir de dossiers médicaux, elle nous a permis une certaine reproductivité et objectivité. Le délai médian entre la présentation en RCP et le décès était de 1,5 mois (0,0 – 144,3 mois) témoignant de patients en situation palliative terminale et d'un manque d'anticipation dans la prise en charge. Depuis la création du DT2S, nous avons choisi de présenter systématiquement certains parcours complexes (les patients AJA, les patients suivis pour une pathologie ORL pour lesquels une radio chimiothérapie a été retenue, demande d'HJ SOS). Enfin, une UMSP propre à l'établissement a été créée en 2015. Il est encore prématuré pour juger de l'impact de ces mesures mais il sera intéressant à l'avenir de refaire cette analyse dans quelques années pour voir si les choses ont évolué.

Concernant les pathologies présentées, les carcinomes bronchiques (n = 80, soit 19,8 %) représentent la majorité des discussions, suivies par les carcinomes gynécologiques (n = 67,

soit 19 %), les carcinomes mammaires (n = 56, soit 13,9 %) et les tumeurs cérébrales primitives (n = 29, soit 7,2 %). Si l'on regarde l'activité du centre Leclerc, on a une distribution complètement différente avec une majorité d'adénocarcinomes mammaires (32,9 %), les cancers digestifs (15,2 %) et les tumeurs génito urinaires (13,1 %). Le médecin oncologue responsable des soins de support s'occupe en particulier de pathologies pulmonaires et gynécologiques ; ceci pourrait être une explication. Deuxième hypothèse, les patients suivis pour une pathologie bronchique sont souvent plus altérés et nécessitent un accès rapide aux soins de support. Pour les pathologies gynécologiques, on a souvent à faire à des patientes en occlusion parfois pendant plusieurs semaines voire plusieurs mois, avec un devenir complexe. Cette hypothèse est corroborée par le fait que les patientes porteuses d'un cancer de l'ovaire constituent une activité importante de notre hospitalisation à domicile (7). En ce qui concerne les gliomes et les glioblastomes, compte tenu des répercussions et du handicap engendré par la pathologie, on comprend l'importance du nombre de cas discutés.

Pour les participants en RCP, les différentes spécialités paramédicales (psychologues, assistante sociale, diététicienne, kinésithérapeute) sont bien représentées. Quant aux médecins, un oncologue médical assiste régulièrement à la réunion et il en va de même pour le médecin de soins palliatifs depuis la création de l'UMSP en 2015 avec un taux de participation respectivement de 77,3 % et 96 %.

Si l'on regarde le motif de discussion en RCP, ce qui revient le plus fréquemment est un problème de devenir suivi d'une aide lors d'une prise en charge palliative. Les questions éthiques (poursuite ou non de la chimiothérapie, poursuite ou non d'une nutrition artificielle) restent exceptionnelles, ce que l'on peut regretter. La place accordée aux professionnels de soins de support en RCP d'oncologie est relativement faible, voire nulle (8). Goldwasser et al. conseillent donc la présentation systématique des dossiers en staff entre l'oncologue référent et le médecin de soins palliatifs à partir de la troisième ligne de chimiothérapie

(9). On peut donc s'étonner que ces discussions ne soient pas plus fréquentes dans notre établissement. Le délai court entre la discussion en RCP et le décès est également un reflet d'un manque d'anticipation et d'échange. Ce phénomène ainsi que le recours tardif aux soins palliatifs en France ont déjà été reportés (10). Il est pourtant maintenant clairement établi qu'une intégration de l'équipe de soins palliatifs, parfois même dès le diagnostic, est bénéfique pour le patient (11-15).

Conclusion

Au fil du temps, la RCP soins de support créée en 2006 au centre Georges François Leclerc est devenue un rendez-vous important au sein de l'établissement, comme en témoignent l'augmentation du nombre de dossiers présentés et la participation de membres extérieurs à notre établissement. Sa pertinence semble également acquise aux vues du taux de conformité entre la proposition de la RCP et la décision prise par les cliniciens ainsi que par la représentativité de diverses spécialités médicales et paramédicales. Restent à améliorer l'anticipation de la prise en charge palliative, avec présentation plus précoce des dossiers en RCP, et peut être un meilleur repérage des dossiers à discuter. La création d'un département transversal de soins de support en 2018 a clairement fait augmenter notre activité. Il serait donc intéressant de refaire cette revue dans quelques années et d'évaluer l'impact de cette nouvelle organisation des soins de support au sein du département.

Les auteurs souhaitent remercier Isabelle Grégoire et Hanaya Blitot pour leur aide technique et leur relecture.

Bibliographie

- [1] - Klastersky J Supportive care in cancer patients. Lung Cancer 1993;9 (1-6): 397-404
- [2] - Circulaire DHOS/SDO/2005/101 du 22 février 2005 relative à l'organisation des soins en cancérologie, JO du 23 février 2005
- [3] - Krakowski I et al., Organisation coordonnée de la prise en charge des symptômes et du soutien à toutes les phases de la maladie cancéreuse : vers la mise en place de structures pluridisciplinaires de soins oncologiques de support Bull cancer 2001; 88(3) : 321-8
- [4] - Laval G et al.; Soins de support et réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) : un nouveau défi ? A propos de l'expérience d'un centre hospitalo-universitaire. Oncologie (2008); 10: 598-603
- [5] - Powaski R et al.; A prospective study of the clinical content of palliative medicine interdisciplinary team meetings. Am J Hosp Pall Care 2015, 32(8) : 789-796
- [6] - Bauchetet C et al.; Recommandations for the implementation of multiprofessional staffs (MPS) in care services. Bull Cancer 2020, 107(2) : 254-261.
- [7] - Martin et al.; Etude des symptômes et prescriptions chez les patients en soins palliatifs pris en charge en hospitalisation à domicile du centre Georges François Leclerc. Medecin palliative 2019; 18(6) : 279-86
- [8] - Rankin N et al.; Cancer multidisciplinary team meetings in practice: Results from a multi-institutional quantitative survey and implications for policy change. Asia Pac J Clin Oncol 2018, 14 : 74-83
- [9] - Goldwasser et al., La réunion de concertation pluridisciplinaire onco-palliative : objectifs et préconisations pratiques Bull Cancer (2018); 105 : 458-464
- [10] - Vinant P et al., Integration and activity of hospital-based palliative care consultation team: the INSIGHT multicentric cohort study. BMC palliative Care (2017) ; 16(1) : 36
- [11] - Temel JS et al.. Phase II study : integrated palliative care in newly diagnosed advanced non small cell lung cancer (2007). 25 (17) : 2377-82
- [12] - Bakitas M 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(7):741-9
- [13] - Temel JS et al., Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. N Engl J Med. (2010); 363(8):733-42
- [14] - Zimmermann C et al., Early palliative care for patients with advanced cancer: a cluster-randomised controlled trial. Lancet (2014) ; 383(9930):1721-30
- [15] - Bakitas M 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

Tableau 1: caractéristiques de la population

Age médian	63.0 [16.0 - 93.0]
Sexe	
Feminin	196 (55.7%)
Masculin	156 (44.3%)
Pathologie	
Cancer du sein	56 (13.9%)
Cancer du poumon	80 (19.8%)
Cancer du colon	12 (3%)
Cancer de prostate	23 (5.7%)
Cancer de l'ovaire	38 (9.4%)
Cancer col de l'utérus	15 (3.7%)
Cancer de l'endomètre	14 (3.5%)
Gliomes et glioblastome	29 (7.2%)
Sarcome	7 (1.7%)
Cancer ORL	43 (10.6%)
Cancer du rein	15 (3.7%)
Cancer de la vessie	12 (3.0%)
Cancer du pancréas	11 (2.7%)
Autre	49 (12.1%)
Valeurs manquantes	1
Stade de la maladie	
Curatif	32 (8.0%)
Chimiothérapie palliative	233 (58.0%)
Soins palliatifs exclusifs	126 (31.3%)
Après cancer	11 (2.7%)
Valeurs manquantes	3

Tableau 2 : Représentativité des différentes professions sur l'ensemble de la période

	Représentativité sur l'ensemble de la période
Représentant HAD	92.3% (374)
Oncologue médical	77,3% (313)
Oncologue référent	44.4% (180)
Psychologue	92.8% (376)
Diététicienne	81.7% (331)
Assistante sociale	78.0 % (316)
Kinésithérapeute	73.3% (287)
Soins palliatifs	58.5% (237)
Représentant soignant du service	44.3% (178)
Médecin généraliste	4.7% (19)
IDE plaie et cicatrisation	8,4% (34)
Radiothérapeute	7.4% (30)
Anesthésiste	1.7% (7)
Geriatre	0,7% (3)

Tableau 3 : motifs de présentation en RCP

Motifs de présentation en RCP	% (N)
Devenir	269 (66.4%)
Prise en charge palliative	84 (20.7%)
Difficulté ou souffrance psychologique	58 (14.3%)
Prise en charge pluridisciplinaire de soins de support	46 (11.4%)
Situation sociale complexe	41 (10.1%)
Soutien nutritionnel	38 (8.4%)
Douleur	22 (5.4%)
Demande prise en charge HJ soins de support	14 (3.5%)
Question éthique	13 (3.2%)
Adulte jeune	6 (1.5%)
Evaluation kinésithérapie	6 (1.5%)
Autre	10 (2.5%)

Tableau 4 : Délai de première présentation en RCP / décès

Population globale								
	2006	2008	2010	2012	2014	2016	2018	2006-2018
Mois avant décès	42,1% (8)	42,9%(21)	25,0% (7)	37,2% (16)	40% (12)	36,1% (13)	34,7% (17)	37,8% (94)
Deux mois avant décès	10,5% (2)	14,3% (7)	10,7% (3)	20,9% (9)	13,3% (4)	22,2% (8)	26,5%(13)	18,5% (46)
Trois mois avant décès	5,3% (1)	0,0 % (0)	3,6% (1)	9,3 % (4)	3,3% (1)	5,6% (2)	8,2% (4)	5,2% (13)
> 3 mois	42,1% (8)	42,9% (21)	60,7% (17)	32,6% (14)	43,3% (13)	36,1% (13)	30,6% (15)	38,6% (96)
Manquant	0	0	2	0	0	2	0	4
Population dont le motif de présentation est une prise en charge palliative								
	2006	2008	2010	2012	2014	2016	2018	2006-2018
Mois avant décès	71,4% (5)	65,2% (15)	60%(3)	66,7%(4)	71,4%(5)	42,9% (3)	28,6%(4)	56,5% (39)
Deux mois avant décès	14,3% (1)	21,7% (5)	20%(1)	16,7%(1)	0,0%(0)	0,0% (0)	42,9% (6)	20,3% (14)
Trois mois avant décès	0,0% (0)	0,0 (0)	0,0%(0)	0,0%(0)	14,3%(1)	14,3%(1)	0,0% (0)	2,9% (2)
> 3 mois	14,3 (1)	13%(3)	20%(1)	16,7%(1)	14,3%(1)	42,9%(3)	28,6% (4)	20,3% (14)