



R.R.C Oncoguyane



Référentiels Inter régionaux en Soins Oncologiques
de Support

Chimiothérapie palliative: indications, contre-indications, délibération

Date du 23/11/2016

Sommaire

Partie A : Contexte et généralités 5

Définition de la chimiothérapie en phase palliative avancée 6

Contexte et objectifs 7

Critères d'évaluation de l'efficacité de la chimiothérapie en phase palliative avancée 9

Critères médico-psycho-sociaux devant déclencher un questionnement sur la chimiothérapie en phase palliative avancée 10

Aspects juridiques de la décision médicale 12

- Décision partagée selon le référentiel HAS 2013 14

Aspects éthiques de la décision médicale 15

Comment concilier arrêt de chimiothérapie et maintien de l'espoir 14

Repères pour la communication d'un pronostic grave 18

Annnonce de l'Incurabilité 19

Partie B : Arbres de décisions 20

Présentation générale de la procédure décisionnelle 21

Consultation A : proposition de chimiothérapie en phase palliative avancée 22

Consultation B : annonce de la contre indication à la chimiothérapie en phase palliative avancée 23

Souhait du patient et/ou des proches d'arrêt de la chimiothérapie en phase palliative avancée 24

Doute médical ou soignant sur l'intérêt de la poursuite d'une chimiothérapie, en raison d'une dégradation clinique patiente 25

Doute médical ou soignant sur l'intérêt de la poursuite d'une chimiothérapie en phase palliative avancée 26

Adhésion du patient 27

Avec ou sans chimiothérapie, construire un projet de soins palliatifs 28

Référentiels Inter régionaux en Soins Oncologiques de Support

Chimiothérapie palliative: indications, contre-indications, délibération

Annexes 30

Annexe 1 : Soins de support / Soins palliatifs 31

Annexe 2 : Phases évolutives du cancer 33

Annexe 3 : Scores pronostiques 34

Annexe 4 : Environnement déontologique et juridique 35

Annexe 5: Indice de Kranofsky 37

Annexe 6 : Performance statut de l'OMS 38

Annexe 7 : Echelle de performance pour patient en soins palliatif 39

Annexe 8 : Loi Leonetti – Claeys 41

Bibliographie 53

Contributeurs 54

Partie A

Contexte et généralités

Définition de la chimiothérapie en phase palliative avancée

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

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

On appelle dans ce référentiel chimiothérapie palliative une chimiothérapie qui a pour but principal l'amélioration ou le maintien de la qualité de vie par son action anti tumorale. Le bénéfice sur la survie est probablement faible voire nul [3-5]. Elle concerne les patients en phase avancée de leur maladie. Cela ne concerne pas les patients à la phase initiale de la maladie métastatique ou localement avancée qui reçoivent une chimiothérapie pour prolonger la durée de vie, et ne devrait pas concerner les patients en phase terminale, chez qui la chimiothérapie n'est plus indiquée [6-7].

Contexte et objectifs (1)

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

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

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

Contexte et objectifs (2)

2.2. L'objectif du référentiel

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

Critères d'évaluation de l'efficacité de la chimiothérapie en phase palliative avancée [5,15-17,49]

Le bénéfice clinique est à mettre en balance avec les effets indésirables du traitement :

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

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

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

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

*La mise en place de **soins palliatifs précoces** et de soins de support adaptés peut elle-même avoir un impact sur la qualité de vie comme sur la survie globale [17,49]*

Critères médico-psycho-sociaux devant déclencher un questionnement sur la chimiothérapie en phase palliative avancée [18-29] (1)

Critères cliniques	<ul style="list-style-type: none">• Etat général, score de qualité de vie reflété par l'indice de performance selon échelle OMS ou Karnofsky• Dénutrition• Extension tumorale importante/ nombre de sites métastatiques élevé• Localisation tumorale importante menaçante sur le plan fonctionnel ou vital• Estimation clinique de l'espérance de vie < 3 mois
Réponse aux chimiothérapies précédentes	<ul style="list-style-type: none">• Nombre de lignes antérieurement reçues (le nombre dépend du type de cancer)• Réponse (intensité et durée) aux traitements spécifiques précédents
Critères biologiques	<ul style="list-style-type: none">• Hypo albuminémie sévère• Hyperleucocytose, lymphopénie, anémie• Syndrome inflammatoire• Hypoxie, hypercapnie• Altérations importantes du bilan hépatique• Insuffisance rénale

Critères médico-psycho-sociaux devant déclencher un questionnement sur la chimiothérapie en phase palliative avancée [18-29] (2)

Des scores combinant certains de ces critères sont validés. Il est recommandé de les utiliser comme outil d'aide à la décision [19-21,26] annexe 3,H.Bourgeois

Comorbidités; fragilités gériatrique [29]

Fragilités psychosociale

- Psychopathologie, troubles cognitifs, handicap sévère
- Isolement social, expatriés, personne à charge (enfant en bas âge ou adultes handicapés)
- Différence culturelle marquée

Inadéquation du projet de poursuite de la chimiothérapie avec les attentes et priorités des patients

- Refus de certains soins (cf. code de la santé publique, charte du patient hospitalisé, loi LEONETI-Claeys)
- Souhait de ne plus venir à l'hôpital, questionnement sur les effets secondaires,...

Aspect médico-économique

- Coût élevé des thérapeutiques, problème du reste à charge,...

Intégration de la chimiothérapie comme un des éléments dans la construction du projet de soins global [5,6,17]

Aspects juridiques de la décision médicale (Code de la Santé Publique, textes en annexes)

Code de déontologie médicale (mise à jour novembre 2012)

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

Loi du 4 mars 2002

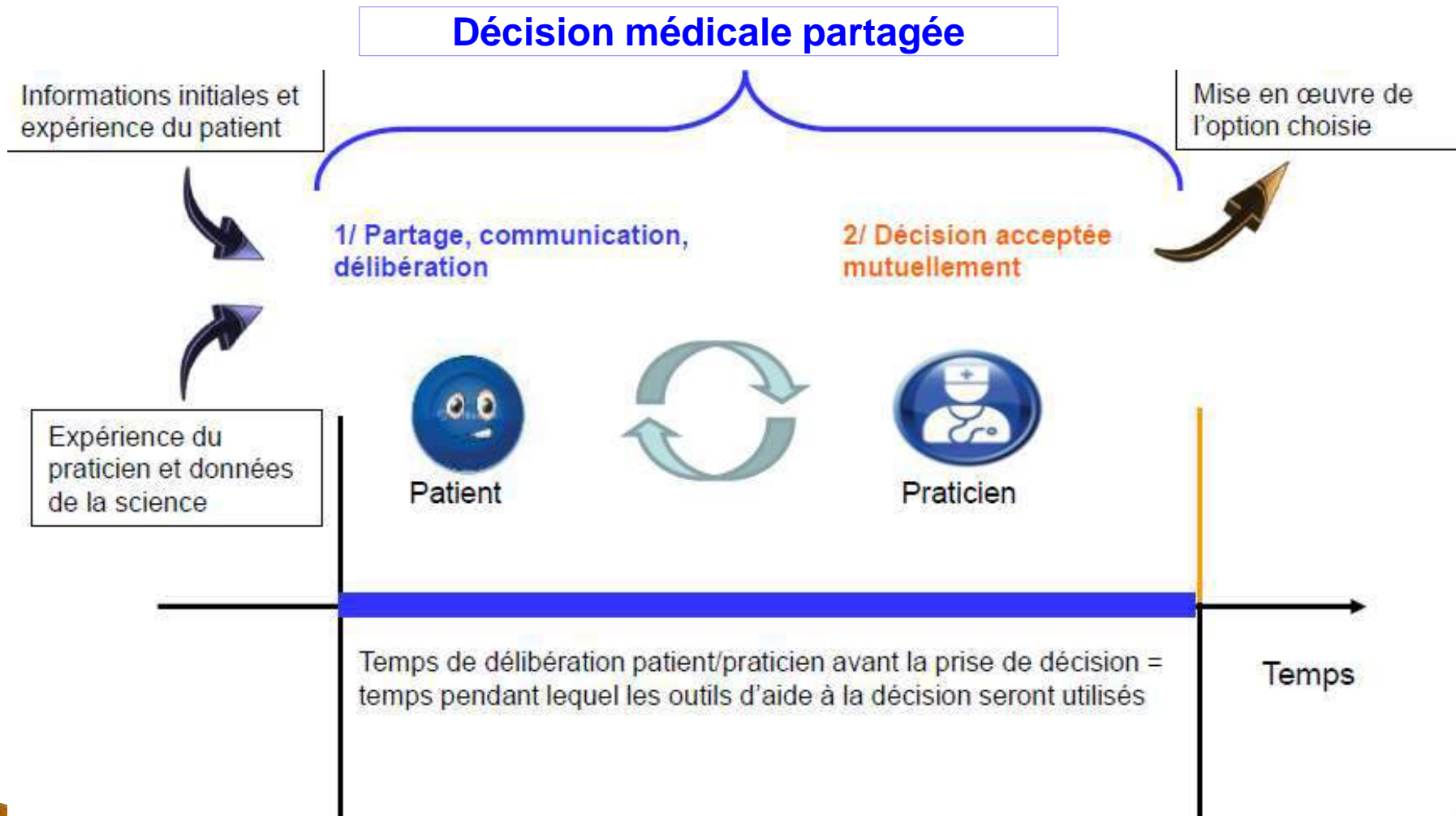
- Droit à l'information médicale, accès au dossier
- Prise de décision par le patient lui-même
- Consentement au soin, droit au refus de traitement
- Personne de confiance

Aspects juridiques de la décision médicale (Code de la Santé Publique, textes en annexes)

Loi du 2 Février 2016 Leonotti –Claeys

- Pas d'obstination déraisonnable
 - Condition des limitations ou arrêts de certains traitements (Sédation profonde et continue)
 - ✓ Le patient capable d'exprimer sa volonté, prend lui-même la décision ou accepte la proposition du médecin
 - ✓ Pour les patients incapables d'exprimer leur volonté : procédure collégiale
 - Directives anticipées
- ***Dans tous les cas, obligation de traçabilité :***
- ***des échanges et délibérations, avec le patient et ses proches, ou entre professionnels,***
 - ***Des décisions et de leurs motivations***

Décision partagée selon le référentiel HAS 2013



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

Aspects éthiques de la décision médicale [35, 36, 44]

▪ Définition de la décision médicale I

Il s'agit d'un choix entre diverses alternatives réalistes (ni futiles ni disproportionnées), éclairé par l'analyse délibérative argumentée. L'abstention de thérapeutique spécifique doit être reconnue comme une alternative médicale à part entière.

• Principe d'autodétermination

«Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé » article L1111-4 de la loi du **4 mars 2002**. Qu'il use de son droit de refus ou de consentement aux propositions qui lui sont faites, c'est le respect de la liberté du malade qui est au centre d'un processus décisionnel partagé Mais même si la loi ne l'évoque pas, il existe une vulnérabilité physique et psychique inhérente à la situation de maladie avancée qui doit être prise en compte dans les modalités de discussion avec le patient, en accord avec lui.

• Ethique de la responsabilité

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

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

Comment concilier arrêt de la chimiothérapie et maintien de l'espoir ? (1)

Besoin d'espoir des patients

- Surestimation fréquente par les patients (mais par les oncologues aussi) du pronostic et de l'efficacité des traitements spécifiques [30]
- Besoin à la fois d'une information réaliste et du maintien d'un espoir [31]
- Dans une étude australienne, ce que les patients déclarent comme source d'espoir concernant le comportement du médecin : «*sentir le médecin compétent*», «*ouvert aux questions psycho-sociales, offrant un soutien émotionnel*». «*Pas de mensonge ni d'euphémisme*», «*qu'il ne parle pas d'abord à la famille*» [32]
- **L'arrêt de la chimiothérapie ne signifie pas l'arrêt des soins ou du suivi oncologique.**
- **Respect des préférences du patient en terme de modalités d'information et du degré de participation souhaité [33,34]**
- **Importance** de respecter l'espoir irréductible d'un patient, différent de l'espoir réaliste basé sur des objectifs thérapeutiques [35]

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

Comment concilier arrêt de la chimiothérapie et maintien de l'espoir ? (2)

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

Entraves subjectives chez les professionnels de santé [36-43]

- Peur d'induire une perte de chance ou au contraire de provoquer un effet indésirable grave
 - Peur de désespérer, de décevoir surtout si le lien thérapeutique est chargé d'affection : suivi de longue durée, identification personnelle en raison du contexte (même âge , même passion ...)
 - Méconnaissance des soins palliatifs, mauvaise perception
- ***Un projet de soins réaliste contribue à construire la confiance, à affermir l'espoir chez le patient et à consolider la qualité de la relation de soins patients / professionnels.***

Repères pour la communication d'un pronostic grave [39,45-48]

La stratégie de connivence selon Helft [45]

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

Chronologie

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

Contenu

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

« espérer le meilleur, se préparer au pire »

Annonce de l'Incurabilité

Quand?

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

Où?

- Consultation, en présence d'un proche ou de la personne de confiance si c'est le souhait du patient
- Si patient hospitalisé :
 - Présence d'un membre de l'équipe soignante
 - Eviter des horaires critiques comme vendredi soir
 - Demander le passage de l'EMSP pour la reprise de l'annonce

Comment

- Il faut différencier l'incurabilité (pas de guérison possible) et objectif thérapeutique (freiner ou stabiliser la maladie)
- Les freins aux discussions pronostiques
- Une posture médicale « technique »
- Le degré variable du besoin du patient d'en parler
- Une relation oncologue/ patient chargée d'affectif
- Absence de médiation culturelle

Partie B

Arbres de décisions

Présentation générale de la procédure décisionnelle

Evaluer :

- La situation médicale et le contexte psycho-social
- Les représentations et les attentes du patient et de ses proches, le projet de vie personnel et/ou familial
- Les besoins d'information et les souhaits de participation à la délibération et à la décision

➤ Identifier les situations complexes

Cas simple

Consultation d'annonce (longue). Délibération avec le patient et ses proches puis:

- A : Proposition d'arrêt ou poursuite en fonction des attentes du patient
- B : Annonce de non-indication de la chimiothérapie

Situations médico-psycho-sociales complexes

1. RCP d'organe
2. Réunion d'équipe pluri professionnelle (staff social)
3. RCP d'appui régionale (Plan Cancer 3)

Dans tous les cas (avec ou sans chimiothérapie), construction d'un projet de soins palliatifs

Contrôle des symptômes

Lieu de vie, lieu de soin, voire lieu de décès souhaité

Directives anticipées, prescriptions anticipées, ...

Accompagnement psycho-social et spirituel du patient et des proches

Consultation A : proposition de chimiothérapie en phase palliative avancée

En consultation entre l'oncologue et son patient,

- En présence de la personne de confiance ou d'un proche si accord du patient et/ou médiateur si nécessaire
- Avec tact et mesure, chez un patient déjà informé du pronostic grave et de l'incurabilité de sa maladie (ppt 17 et 18)
- La communication n'est pas à sens unique : recueil du point de vue et du ressenti du patient, délivrance d'information objective
- Réévaluer régulièrement la compréhension du patient

Contenu de l'information

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

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

En consultation entre l'oncologue et son patient,

- En présence de la personne de confiance ou d'un proche si accord du patient et/ou médiateur si nécessaire
- Avec tact et mesure, chez un patient déjà informé du pronostic grave et de l'incurabilité de sa maladie (ppt 17 et 18)
- La communication n'est pas à sens unique : recueil du point de vue et du ressenti du patient, délivrance d'information objective
- Réévaluer régulièrement la compréhension du patient

Contenu de l'information

- Rappeler l'échec de la ligne précédente de chimiothérapie
- Informer sur les motifs de contre-indication (excès de risque de toxicité ou trop faible probabilité d'efficacité, notion de chimiorésistance,..)
- Maintien de l'espoir (ppt 15) (soins de support)
- Possible amélioration clinique si disparition des effets indésirables
- Absence de risque d'aggravation brutale liée à l'arrêt d'un traitement inactif
- Poursuite du suivi médical
- Proposition de traitements symptomatiques et de soins palliatifs

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

Souhait du patient et/ou des proches d'arrêt de la chimiothérapie en phase palliative avancée

Consultation oncologie

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

Analyse convergente du patient et du médecin en faveur d'un arrêt de la chimiothérapie?

oui

non

Préconisation(s)

Consultation type B : arrêt de la chimiothérapie
Traçabilité de la délibération et de la décision
Adaptation du projet de soins palliatifs
Réévaluation ultérieure de la pertinence la reprise de la chimiothérapie, toujours possible

Préconisation(s)

1. Poursuivre le dialogue avec le patient et ses proches

- Préciser les attentes du patient et ses priorités personnelles
- Proposer des adaptations de la prise en charge de soins palliatifs
- Evoquer une pause de chimiothérapie avant évaluation

2. Interventions possibles d'une équipe de soins palliatifs ou de psycho-oncologie, du médecin traitant

3. Concertation en staff d'équipe

Refus de traitement médical?

Chimiothérapie palliative: indications, contre-indications, délibération

Doute médical ou soignant sur l'intérêt de la poursuite d'une chimiothérapie en phase palliative avancée, en raison d'une dégradation clinique patiente

(évolution tumorale, complications liées au cancer, toxicités des traitements, affections intercurrentes...)

Consultation oncologie

Evaluation globale médico-psycho-sociale

Exploration du point de vue du patient et de ses proches

Adaptation symptomatique et traitement des complications éventuelles



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

oui



non



Préconisation(s)

Consultation type B : annonce de contre-indication à la reprise de la chimiothérapie

Traçabilité de la délibération et de la décision

Adaptation du projet de soins palliatifs

Préconisation(s)

Consultation type A : proposition de reprise de chimiothérapie palliative

Traçabilité de la délibération et de la décision

Adaptation du projet de soins palliatifs

**Doute médical ou soignant sur l'intérêt de la poursuite d'une chimiothérapie en phase palliative avancée,
En raison d'une progression tumorale en l'absence de dégradation clinique**

Existe-t-il une possibilité de traitement spécifique avec un rapport bénéfice /
risque raisonnable ?

oui

non

Préconisation(s)

Consultation type B : annonce d'une proposition de chimiothérapie palliative (Dans ce cas là, favoriser l'inclusion dans un essai thérapeutique de phase , en informant du caractère incertain de l'inclusion) Pas disponible en Guyane pour le moment

Soins palliatifs adaptés

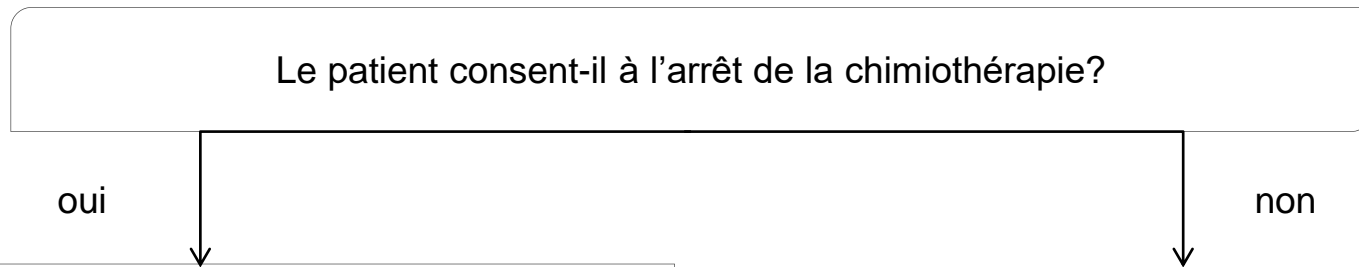
Préconisation(s)

Malgré le maintien d'un état général correct, pas d'indication de chimiothérapie si chimio-résistance avérée

Consultation type B : annonce de l'absence d'indication à une chimiothérapie palliative

Soins palliatifs adaptés

Adhésion du patient



Préconisation(s)

Consultation type B : arrêt de la chimiothérapie
Traçabilité de la délibération et de la décision
Adaptation du projet de soins palliatifs
Réévaluation ultérieure de la pertinence de la reprise de la chimiothérapie, toujours possible

Préconisation(s)

Poursuivre le dialogue :

- Pour préciser les attentes du patient et ses priorités personnels
- Pour proposer d'autres interventions de soins de support dans le but d'améliorer la situation
- Pour évoquer une pause de chimiothérapie avant réévaluation

Consultation d'oncologie, place du médecin traitant

Intervention équipe de soins palliatifs

Consultation en psycho-oncologie si nécessaire

Proposer 2^e avis oncologique

Nouvelle concertation pluri professionnelle

Dans cette situation, une chimiothérapie, même peu toxique, n'est pas recommandée

Avec ou sans chimiothérapie, construire un projet de soins palliatifs [6,17,49-54]

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

- Au contrôle des symptômes
- À l'accompagnement psycho-social et spirituel du patient et des proches
- À la définition des priorités et objectifs de soins du patient
- À l'anticipation des situations de crise
- À la limitation de certains soins en fin de vie
- Au lieu de vie, au lieu souhaité de décès Avec réévaluation régulière pour adaptation symptomatique / Complément d'information ou réorientation du projet de soins éventuelle.

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

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

Avec ou sans chimiothérapie, construire un projet de soins palliatifs [6,17,49-54]

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

- Au contrôle des symptômes
- À l'accompagnement psycho-social et spirituel du patient et des proches
- À la définition des priorités et objectifs de soins du patient
- À l'anticipation des situations de crise
- À la limitation de certains soins en fin de vie
- Au lieu de vie, au lieu souhaité de décès Avec réévaluation régulière pour adaptation symptomatique / Complément d'information ou réorientation du projet de soins éventuelle.

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

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

Annexes

Annexe 1 : Soins de support / Soins palliatifs (1)

Définitions

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

Annexe 1 : Soins de support / Soins palliatifs (2)

Organisation des soins

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

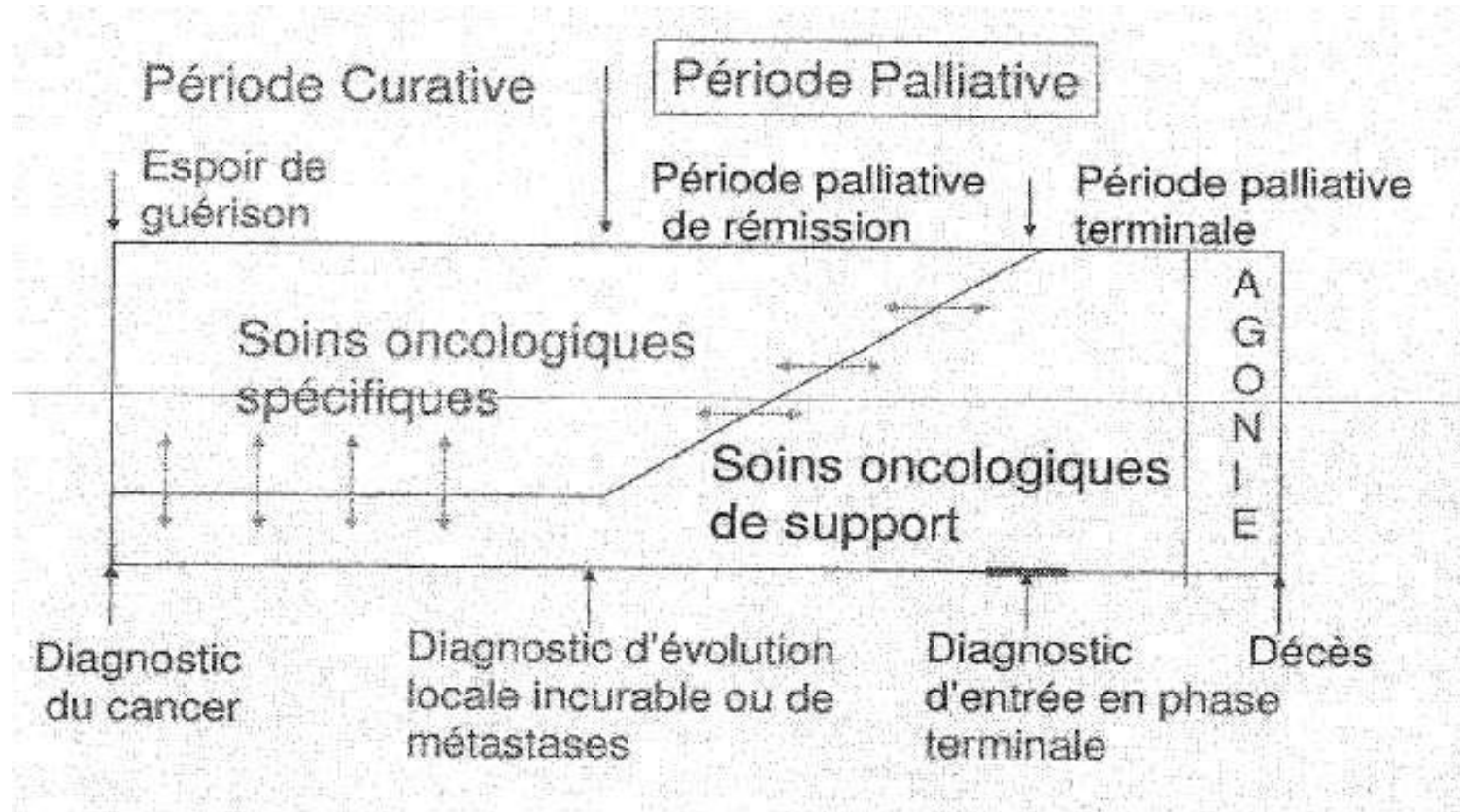
Le plus souvent les soins de support sont regroupés (en coordination, service, département, pôle ..), intégrant les différentes équipes concernées : diététique et nutrition, service social, psycho-oncologie, kinésithérapie, soins palliatifs, douleur ainsi que les soins corporels comme la socio-esthétique,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

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

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

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

Annexe 2 : Phase évolutive du Cancer
Continuité et globalité des soins en cancérologie (Y Krakowski)



Référentiels Inter régionaux en Soins Oncologiques de Support

Chimiothérapie palliative: indications, contre-indications, délibération

Annexe 3 : Scores pronostiques

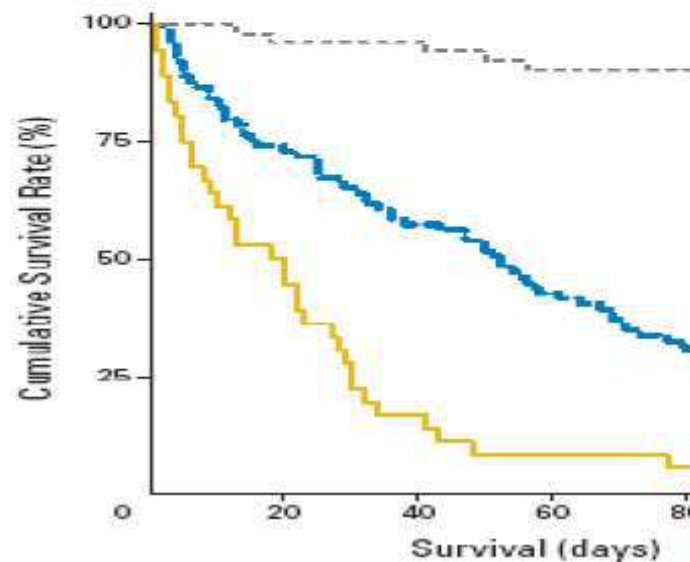
Plusieurs scores pronostiques sont validés. Nous proposons l'adaptation du score français de Barbot [21]

Score de BARBOT

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

Score de 0 à 10 pts

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



Annexe 4 : Environnement déontologique et juridique

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

Article 35 : *Le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose. Tout au long de la maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension. Un pronostic fatal ne doit être révélé qu'avec circonspection, mais les proches doivent en être prévenus, sauf exception ou si le malade a préalablement interdit cette révélation ou désigné les tiers auxquels elle doit être faite.*

Article 36 : *Le consentement de la personne examinée ou soignée doit être recherché dans tous les cas. Lorsque le malade, en état d'exprimer sa volonté, refuse les investigations ou le traitement proposés, le médecin doit respecter ce refus après avoir informé le malade de ses conséquences. Le malade a le droit d'accepter ou de refuser ce que le médecin lui propose et non lui impose. Cette liberté du malade est une exigence éthique fondamentale, corollaire du devoir d'information énoncé à l'article précédent. L'information du malade est en effet la condition préalable de son consentement, conséquence qu'il tire de cette information.*

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

Annexe 4 : Environnement déontologique et juridique

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

Article 35 : *Le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose. Tout au long de la maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension. Un pronostic fatal ne doit être révélé qu'avec circonspection, mais les proches doivent en être prévenus, sauf exception ou si le malade a préalablement interdit cette révélation ou désigné les tiers auxquels elle doit être faite.*

Article 36 : *Le consentement de la personne examinée ou soignée doit être recherché dans tous les cas. Lorsque le malade, en état d'exprimer sa volonté, refuse les investigations ou le traitement proposés, le médecin doit respecter ce refus après avoir informé le malade de ses conséquences. Le malade a le droit d'accepter ou de refuser ce que le médecin lui propose et non lui impose. Cette liberté du malade est une exigence éthique fondamentale, corollaire du devoir d'information énoncé à l'article précédent. L'information du malade est en effet la condition préalable de son consentement, conséquence qu'il tire de cette information.*

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

Référentiels Inter régionaux en Soins Oncologiques de Support
 Chimiothérapie palliative: indications, contre-indications, délibération

Annexe 5 : Indice de Kranofsky

Capable de mener une activité normale	100 %	normal, pas de signe de maladie
	90 %	peut mener une activité normale, symptômes mineurs de la maladie, totalement autonome
	80 %	peut mener une activité normale, mais avec effort, symptômes ou signes mineurs, totalement autonome
Incapable de travailler, capable de vivre chez lui et d'assumer ses besoins personnels, une assistance variable est nécessaire	70 %	peut se prendre en charge, incapable de mener une activité normale, autonome mais à stimuler
	60 %	nécessite une aide occasionnelle mais peut prendre en charge la plupart des besoins, semi-autonome
	50 %	nécessite une aide suivie et des soins médicaux fréquents, semi-autonome
	40 %	handicapé, nécessite une aide et des soins particuliers
Incapable de s'occuper de lui-même, nécessite des soins hospitaliers ou l'équivalent	30 %	sévèrement handicapé, dépendant
	20 %	très malade soutien actif, absence totale d'autonomie
	10 %	moribond, processus fatal progressant rapidement

Référentiels Inter régionaux en Soins Oncologiques de Support
Chimiothérapie palliative: indications, contre-indications, délibération

Annexe 6 : Performance statut de l'OMS

Nom et Prénom :

Activité	Score
Capable d'une activité identique à celle précédant la maladie	0
Activité physique diminuée, mais ambulatoire et capable de mener un travail	1
Ambulatoire et capable de prendre soin de soi-même. Incapable de travailler et alité moins de 50% du temps	2
Capable seulement de quelques activités. Alité ou en chaise plus de 50% du temps	3
Incapable de prendre soin de soi-même. Alité ou en chaise en permanence	4

Score :

Référentiels Inter régionaux en Soins Oncologiques de Support
 Chimiothérapie palliative: indications, contre-indications, délibération

Annexe 7 : Echelle de performance pour patient en soins palliatifs (PPS) version 2

Niveau performance	Mobilité	Activité et intensité de la maladie	Autonomie pour les soins personnels	Alimentation	Niveau de conscience
100 %	Complète	Activité et travail: normaux <i>Aucune manifestation de maladie</i>	Autonome	Normale	Normal
90 %	Complète	Activité et travail: normaux <i>Certains signes de maladie</i>	Autonome	Normale	Normal
80 %	Complète	Activité normale avec effort <i>Certains signes de maladie</i>	Autonome	Normale ou diminuée	Normal
70 %	Réduite	Incapable de travailler normalement <i>Maladie évidente</i>	Autonome	Normale ou diminuée	Normal
60 %	Réduite	Incapable d'accomplir passe-temps/tâches ménagères <i>Maladie évidente</i>	Aide nécessaire occasionnellement	Normale ou diminuée	Normal ou confusion
50 %	Surtout assis/couché	Incapable de faire tout travail <i>Maladie avancée</i>	Beaucoup d'aide nécessaire	Normale ou diminuée	Normal ou confusion
40 %	Surtout alité	<i>incapable d'accomplir la majeure partie de ses activités</i> <i>Maladie avancée</i>	Assistance requise la plupart du temps	Normale ou diminuée	Normal ou somnolence +/- confusion
30 %	Toujours au lit	N'accomplit aucune activité <i>Maladie avancée</i>	Soins complets	Normale ou diminuée	Normal ou somnolence +/- confusion
20 %	Toujours au lit	N'accomplit aucune activité <i>Maladie avancée</i>	Soins complets	Réduite à des gorgées	Normal ou somnolence +/- confusion
10 %	Toujours au lit	N'accomplit aucune activité <i>Maladie avancée</i>	Soins complets	Soins de la bouche seulement	Somnolence ou coma +/- confusion
0 %	Mort	-	-	-	-

Translation by Dr Sandra Leclout, Dr Caroli Laurin, Marisa Bouvette, FI

Référentiels Inter régionaux en Soins Oncologiques de Support

Chimiothérapie palliative: indications, contre-indications, délibération

Annexe 7 : Echelle de performance pour patient en soins palliatifs (PPS) version 2

Instructions pour l'utilisation de cette échelle (voir aussi la définition des termes)

1. Les scores sont déterminés par une lecture horizontale de chaque niveau pour trouver ce qui correspond le mieux au patient. On lui attribue alors un score exprimé en pourcentage.
2. Commencez par la colonne de gauche et lisez de haut en bas jusqu'à ce que le niveau de mobilité approprié soit atteint, puis lisez horizontalement jusqu'à la prochaine colonne et de nouveau vers le bas, jusqu'à ce que le niveau approprié de la colonne Activité/intensité de la maladie soit repéré. Ces étapes sont répétées jusqu'à ce que les cinq colonnes soient complétées avant de pouvoir déterminer le score exact du patient. Il est donc important de noter que les colonnes de gauche (colonnes à la gauche d'une colonne spécifique) sont des déterminants plus puissants et ont généralement préséance sur les autres.

Exemple 1 : Un patient qui passe la majorité de la journée en position assise ou couchée due à la fatigue causée par une maladie avancée et qui a besoin d'une aide importante pour marcher, même sur de courtes distances, mais qui autrement est entièrement conscient et dont l'alimentation est bonne, obtiendra un score de 50 %.

Exemple 2 : Un patient paralysé et quadriplégique nécessitant des soins complets obtiendrait un score de 30 %. Bien que le patient puisse être en fauteuil roulant (et pourrait sembler au départ se situer au niveau de 50 %), le score est de 30 % parce qu'il serait totalement alité à cause de la maladie ou des complications si les soignants ne pouvaient pas lui fournir des soins complets, y compris le soulever et le transférer. Le patient pourrait avoir un niveau normal d'alimentation et être entièrement conscient.

Exemple 3 : Cependant, si le patient de l'exemple 2 était paraplégique et alité mais s'il était quand même capable d'effectuer certaines tâches comme s'alimenter, son score serait plus élevé et correspondrait à 40 ou 50 % puisqu'il n'aurait pas besoin de 'soins complets'.

3. Les scores de cette échelle sont exprimés seulement en intervalles de 10 %. Parfois, il y a plusieurs colonnes correspondant aisément à un niveau mais une ou deux semblent mieux convenir à un niveau plus élevé ou plus faible. Il faudra alors décider ce qui convient le mieux. Choisir une valeur intermédiaire de 45 %, par exemple, n'est pas correct. On utilisera conjointement le jugement clinique et la « préséance par la gauche » pour déterminer si le score qui reflète le mieux l'état du patient est de 40% ou 50%.
4. L'échelle de performance peut être utilisée pour différents motifs. Tout d'abord, c'est un excellent outil de communication pour décrire rapidement le niveau fonctionnel actuel du patient. Deuxièmement, le score pourrait avoir valeur de critère pour l'évaluation de la charge de travail ou d'autres mesures et comparaisons. Enfin, le score semble avoir une valeur pronostique.

Annexe 8 : Loi du 2 Février 2016 LEONETTI_CLAEYS

***LOI DU 2 FEVRIER 2016
LEONETTI_CLAEYS***

créant de nouveaux droits en faveur des malades et
des personnes en fin de vie

Gaëlle SAINTOMER
IDE Coordinatrice EMSP

SAINTOMER Gaëlle_CLE_Juin 2016

Référentiels Inter régionaux en Soins Oncologiques de Support
Chimiothérapie palliative: indications, contre-indications, délibération

Annexe 8 : Loi du 2 Février 2016 LEONETTI_CLAEYS

Fruit de la Commission Mixte Paritaire réunie le 19 Janvier 2016, le texte définitif a été publié au Journal Officiel le 2 Février 2016

Annexe 8 : Loi du 2 Février 2016 LEONETTI_CLAEYS

Art. 1 Nutrition et Hydratation

- La nutrition et l'hydratation artificielles **constituent des traitements** qui peuvent être arrêtés.

Annexe 8 : Loi du 2 Février 2016 LEONETTI_CLAEYS

Art. 2 La sédation profonde et continue

- Lorsque le patient atteint d'une **affection grave et incurable** et dont le **pronostic vital est engagé à court terme**, présente **une souffrance réfractaire aux traitements**.
- Lorsque **la décision du patient** atteint d'une affection grave et incurable **d'arrêter un traitement** engage son pronostic vital à court terme et est susceptible d'entraîner une souffrance insupportable.
- Lorsque **le patient ne peut pas exprimer sa volonté et, au titre du refus de l'obstination déraisonnable**, dans le cas où le médecin arrête un traitement de maintien en vie, celui-ci applique une sédation profonde et continue provoquant une altération de la conscience maintenue jusqu'au décès, associée à une analgésie.

Annexe 8 : Loi du 2 Février 2016 LEONETTI_CLAEYS

Art. 2 La sédation profonde et continue

- La sédation profonde et continue **associée à une analgésie** prévue au présent article est mise en œuvre **selon la procédure collégiale** définie par voie réglementaire qui permet à l'équipe soignante de vérifier préalablement que les conditions d'application prévues aux alinéas précédents sont remplies
- A la demande du patient, la sédation profonde et continue peut être **mise en œuvre à son domicile ou dans un établissement de santé**
- L'ensemble de la procédure suivie **est inscrite au dossier médical du patient**

Annexe 8 : Loi du 2 Février 2016 LEONETTI_CLAEYS

Art. 4 Le double effet

- Le médecin met en **place l'ensemble des traitements analgésiques et sédatifs pour répondre à la souffrance réfractaire** du malade en phase avancée ou terminale, **même s'ils peuvent avoir comme effet d'abréger la vie**
- **Il doit en informer le malade**, la personne de confiance, la famille ou, à défaut, un des proches du malade. La procédure suivie est inscrite dans le dossier médical

Art. 5 L'accompagnement palliatif

- **Toute personne a le droit de refuser ou de ne pas recevoir un traitement.** Le suivi du malade reste cependant assuré par le médecin, **notamment son accompagnement palliatif**

Annexe 8 : Loi du 2 Février 2016 LEONETTI_CLAEYS

Art. 8 Les directives anticipées

- **Toute personne majeure peut rédiger des directives anticipées pour le cas où elle serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté**
- Ces directives anticipées expriment la volonté de la personne relative à sa fin de vie en ce qui concerne les conditions **de la poursuite, de la limitation, de l'arrêt ou du refus de traitement ou d'acte médicaux**
- **A tout moment et par tout moyen, elles sont révisables et révocables**
- Elles peuvent être **rédigées conformément à un modèle dont le contenu est fixé par décret** en Conseil d'Etat pris après avis de la Haute Autorité de santé
- Ce modèle prévoit la situation de la personne selon qu'elle se sait ou non atteinte d'une affection grave au moment où elle les rédige

Annexe 8 : Loi du 2 Février 2016 LEONETTI_CLAEYS

Art. 8 Les directives anticipées

- Les directives anticipées **s'imposent au médecin** pour toute décision d'investigation, d'intervention ou de traitement, **sauf en cas d'urgence vitale** pendant le temps nécessaire à une évaluation complète de la situation et lorsque les directives anticipées apparaissent manifestement inappropriées ou non conformes à la situation médicale
- **La décision de refus d'application des directives anticipées**, jugées par le médecin manifestement inappropriées ou non conformes à la situation médicale du patient, **est prise à l'issue d'une procédure collégiale** définie par voie réglementaire et est inscrite au dossier médical.
- **Elle est protégée à la connaissance de la personne de confiance** désignée par le patient ou, à défaut de la **famille ou des proches**.

Annexe 8 : Loi du 2 Février 2016 LEONETTI_CLAEYS

Art. 8 Les directives anticipées

- Un décret en Conseil d'Etat, pris après avis de la CNIL, définit les conditions d'information des patients et les conditions de validité, de confidentialité et de conservation des directives anticipées.
Les directives anticipées sont notamment **conservées sur un registre national** faisant l'objet d'un traitement automatisé. Lorsqu'elles sont conservées dans ce registre, un rappel de leur existence **est régulièrement adressé à leur auteur**
- Le médecin traitant **informe** ses patients de la possibilité et des conditions de rédaction de directives anticipées
- Lorsqu'une personne fait l'objet d'une **mesure de tutelle, elle peut rédiger des directives anticipées avec l'autorisation du juge ou du conseil de famille s'il a été constitué**. Le tuteur ne peut ni l'assister ni la représenter à cette occasion

Annexe 8 : Loi du 2 Février 2016 LEONETTI_CLAEYS

Art. 9 La personne de confiance

- Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant et qui sera consultée au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin
Elle rend compte de la volonté de la personne . **Son témoignage prévaut sur tout autre témoignage.** Cette désignation est faite par écrit et **cosignée par la personne désignée.** Elle est **révisable et révocable à tout moment**
- Si le patient le souhaite, la personne de confiance **l'accompagne dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux** afin de l'aider dans ses décisions

Annexe 8 : Loi du 2 Février 2016 LEONETTI_CLAEYS

Art. 9 La personne de confiance

- **Lors de toute hospitalisation** dans un établissement de santé, il est proposé au patient de désigner une personne de confiance dans les conditions prévues au présent article
- Cette désignation est **valable pour la durée de l'hospitalisation**, à moins que le patient n'en dispose autrement
- Dans le cadre du suivi de son patient, le médecin traitant s'assure que celui-ci est **informée de la possibilité de désigner** une personne de confiance et, le cas échéant, l'invite à procéder à une telle désignation

Annexe 8 : Loi du 2 Février 2016 LEONETTI_CLAEYS

Art. 9 La personne de confiance

- Lorsqu'une personne fait l'objet d'une mesure de **tutelle**, elle **peut désigner** une personne de confiance **avec l'autorisation du juge ou du conseil de famille** s'il a été constitué
- Dans l'hypothèse où la personne de confiance a été **désignée antérieurement** à la mesure de tutelle, le conseil de famille, le cas échéant, **ou le juge peut confirmer la désignation de cette personne ou la révoquer**

Référentiels Inter régionaux en Soins Oncologiques de Support

Chimiothérapie palliative: indications, contre-indications, délibération

Bibliographie (1)

1. Bouleuc C, D'herouville D, Burucoa B et L Copel L. Soins palliatifs, l'urgence d'une association précoce et d'un continuum avec le curatif. Concours Médical 2014;2:105-36
2. Krakowski I, Boureau F, Bugat R. Pour une coordination des soins de support pour les personnes atteintes de maladies graves :proposition d'organisation dans les établissements de soins publics et privés. Oncologie. 2004;6:7-15.
3. Stinnett S, Williams L, Johnson DH. Role of chemotherapy for palliation in the lung cancer patient. J Support Oncol. 2007 Jan;5(1):19-24.
4. Shanafelt TD, Loprinzi C, Marks R, Novotny P, Sloan J. Are chemotherapy response rates related to treatment-induced survival prolongations in patients with advanced cancer? J Clin Oncol. 2004 May 15;22(10):1966-74.
5. Dufresne A, Pivot X, Tournigand C, Facchini T, Altweegg T, Chaigneau L, et al. Impact of chemotherapy beyond the first line in patients with metastatic breast cancer. Breast Cancer Res Treat. 2008 Jan;107(2):275-9.
6. Peppercorn J, Smith T, Helft P et al. American Society of Clinical Oncology Statement : toward individualized care for patients with advanced cancer. J Clin Oncol 2011;29(5):755-760
7. Mort D. For Better, for worse ? London: National Confidential Enquiry into Patient Outcome and Death2008.
- 8 Braga S, Miranda A, Fonseca R, Passos-Coelho JL, Fernandes A, Costa JD, et al. The aggressiveness of cancer care in the last three months of life: a retrospective single centre analysis. Psychooncology. 2007 Sep;16(9):863-8.
9. Asola R, Huhtala H, Holli K. Intensity of diagnostic and treatment activities during the end of life of patients with advanced breast cancer. Breast Cancer Res Treat. 2006 Nov;100(1):77-82.
- 10 Kao
11. Earle CC, Landrum MB, Souza JM, Neville BA, Weeks JC, Ayanian JZ. Aggressiveness of cancer care near the end of life: is it a quality-of-care issue? J Clin Oncol. 2008 Aug 10;26(23):3860-6

Référentiels Inter régionaux en Soins Oncologiques de Support

Chimiothérapie palliative: indications, contre-indications, délibération

Bibliographie (2)

12. **Greer** JA, Pirl WF, Jackson VA, Muzikansky A, Lennes IT, Heist RS, Gallagher ER, Temel JS. J Clin Oncol. 2012 Feb 1;30(4):394-400
13. Barbera L, Paszat L, Qiu F. End-of-life care in lung cancer patients in Ontario: aggressiveness of care in the population and a description of hospital admissions. J Pain Symptom Manage. 2008 Mar;35(3):267-74.
14. Keam B, Oh DY, Lee SH, Kim DW, Kim MR, Im SA, et al. Aggressiveness of cancer-care near the end-of-life in Korea. Jpn J Clin Oncol. 2008 May;38(5):381-6.
15. Modi S, Panageas KS, Duck ET, Bach A, Weinstock N, Dougherty J, et al. Prospective exploratory analysis of the association between tumor response, quality of life, and expenditures among patients receiving paclitaxel monotherapy for refractory metastatic breast cancer. J Clin Oncol. 2002 Sep 1;20(17):3665-73.
16. Geels P, Eisenhauer E, Bezjak A, Zee B, Day A. Palliative effect of chemotherapy: objective tumor response is associated with symptom improvement in patients with metastatic breast cancer. J Clin Oncol. 2000 Jun;18(12):2395-405.
17. Temel J, Greer J, Muzikanski A, et al. Early-palliative care for patients with metastatic non small cell lung cancer. N Engl J Med 2010;363:733-42
18. Hortobagyi GN, Smith TL, Legha SS, Swenerton KD, Gehan EA, Yap HY, et al. Multivariate analysis of prognostic factors in metastatic breast cancer. J Clin Oncol. 1983 Dec;1(12):776-86.
19. Maltoni M, Caraceni A, Brunelli C, Broeckaert B, Christakis N, Eychmueller S, et al. Prognostic factors in advanced cancer patients: evidence-based clinical recommendations--a study by the Steering Committee of the European Association for Palliative Care. J Clin Oncol. 2005 Sep 1;23(25):6240-8
20. Maltoni M, Nanni O, Pirovano M, Scarpi E, Indelli M, Martini C, et al. Successful validation of the palliative prognostic score in terminally ill cancer patients. Italian Multicenter Study Group on Palliative Care. J Pain Symptom Manage. 1999 Apr;17(4):240-7.

Référentiels Inter régionaux en Soins Oncologiques de Support
Chimiothérapie palliative: indications, contre-indications, délibération

Bibliographie (3)

21. Glare PA, Eychmueller S, McMahon P. Diagnostic accuracy of the palliative prognostic score in hospitalized patients with advanced cancer. *J Clin Oncol*. 2004 Dec 1;22(23):4823-8.
22. Coates AS, Hurny C, Peterson HF, Bernhard J, Castiglione-Gertsch M, Gelber RD, et al. Quality-of-life scores predict outcome in metastatic but not early breast cancer. International Breast Cancer Study Group. *J Clin Oncol*. 2000 Nov 15;18(22):3768-74.
23. Efficace F, Biganzoli L, Piccart M, Coens C, Van Steen K, Cufer T, et al. Baseline health-related quality-of-life data as prognostic factors in a phase III multicentre study of women with metastatic breast cancer. *Eur J Cancer*. 2004 May;40(7):1021-30.
24. Trédan O, Ray-Coquard I, Chvetzoff G, Rebattu P, Bajard A, Chabaud S, Pérol D, Saba C, Quiblier F, Blay JY, Bachelot T. Validation of prognostic scores for survival in cancer patients beyond first-line therapy. *BMC Cancer*. 2011 Mar 15;11:95
25. Belbaraka R, Trédan O, Ray-Coquard I, Chvetzoff G, Bajard A, Pérol D, Ismaili N, Ismaili M, Errihani H, Bachelot T, Rebattu P. Factors of interrupting chemotherapy in patients with Advanced Non-Small-Cell Lung Cancer. *BMC Res Notes*. 2010 Jun 10;3:164.
26. Barbot AC, Mussault P, Ingrand P, Tourani JM. Assessing 2-month clinical prognosis in hospitalized patients with advanced solid tumors. *J Clin Oncol*. 2008 May 20;26(15):2538-43.
27. Banerji U, Kuciejewska A, Ashley S, Walsh G, O'Brien M, Johnston S, et al. Factors determining outcome after third line chemotherapy for metastatic breast cancer. *Breast*. 2007 Aug;16(4):359-66.
28. Elahi MM, McMillan DC, McArdle CS, Angerson WJ, Sattar N. Score based on hypoalbuminemia and elevated C-reactive protein predicts survival in patients with advanced gastrointestinal cancer. *Nutr Cancer*. 2004;48(2):171-3.

Référentiels Inter régionaux en Soins Oncologiques de Support

Chimiothérapie palliative: indications, contre-indications, délibération

Bibliographie (4)

29. Freyer G, Geay JF, Touzet S, Provencal J, Weber B, Jacquin JP, et al. Comprehensive geriatric assessment predicts tolerance to chemotherapy and survival in elderly patients with advanced ovarian carcinoma: a GINECO study. *Ann Oncol*. 2005 Nov;16(11):1795-800.
30. Weeks JC, Cook EF, O'Day SJ, Peterson LM, Wenger N, Reding D, et al. Relationship between cancer patients' predictions of prognosis and their treatment preferences. *JAMA*. 1998 Jun 3;279(21):1709-14.
31. Hagerty RG, Butow PN, Ellis PM, Lobb EA, Pendlebury SC, Leighl N, et al. Communicating with realism and hope: incurable cancer patients' views on the disclosure of prognosis. *J Clin Oncol*. 2005 Feb 20;23(6):1278-88.
32. Gabrijel S, Grize L, Helfenstein E, Brutsche M, Grossman P, Tamm M, et al. Receiving the diagnosis of lung cancer: patient recall of information and satisfaction with physician communication. *J Clin Oncol*. 2008 Jan 10;26(2):297-302.
33. Bruera E, Sweeney C, Calder K, Palmer L, Benisch-Tolley S. Patient preferences versus physician perceptions of treatment decisions in cancer care. *J Clin Oncol*. 2001 Jun 1;19(11):2883-5.
34. Elkin EB, Kim SH, Casper ES, Kissane DW, Schrag D. Desire for information and involvement in treatment decisions: elderly cancer patients' preferences and their physicians' perceptions. *J Clin Oncol*. 2007 Nov 20;25(33):5275-80.
35. Grignoli N. Communication pronostique : pour une éthique de l'espoir, in *Traité de bioéthique*, eres 2010
36. Doucet H. *in La prise de décision en éthique clinique*, chap 4 et 5, Presses de l'Université de Québec 2013
37. Brédart A, Bouleuc C, Dolbeault S. Doctor-patient communication and satisfaction with care in oncology. *Curr Opin Oncol*. 2005 Jul;17(4):351-4.
38. Gattellari M, Voigt KJ, Butow PN, Tattersall MH. When the treatment goal is not cure: are cancer patients equipped to make informed decisions? *J Clin Oncol*. 2002 Jan 15;20(2):503-13.

Référentiels Inter régionaux en Soins Oncologiques de Support

Chimiothérapie palliative: indications, contre-indications, délibération

Bibliographie (5)

39. Koedoot CG, Oort FJ, de Haan RJ, Bakker PJ, de Graeff A, de Haes JC. The content and amount of information given by medical oncologists when telling patients with advanced cancer what their treatment options are. palliative chemotherapy and watchful-waiting. Eur J Cancer. 2004 Jan;40(2):225-35. 40. Neff P, Lyckholm L, Smith T. Truth or consequences: what to do when the patient doesn't want to know. J Clin Oncol. 2002 Jul 1;20(13):3035-7. 41. Cherny NI, Catane R. Attitudes of medical oncologists toward palliative care for patients with advanced and incurable cancer: report on a survey by the European Society of Medical Oncology Taskforce on Palliative and Supportive Care. Cancer. 2003 Dec 1;98(11):2502-10. 42. Bruera E, Neumann CM, Mazzocato C, Stiefel F, Sala R. Attitudes and beliefs of palliative care physicians regarding communication with terminally ill cancer patients. Palliat Med. 2000 Jul;14(4):287-98. 43. Mack J, Smith T. Reasons why physicians do not have discussion about poor prognosis, why it matters and what can be improved. 44. J Ceccaldi: « La démarche palliative et prise de décision éthique ». Oncologie (2008) 10: 1–8 45. Helft PR. Necessary collusion: prognostic communication with advanced cancer patients. J Clin Oncol. 2005 May 1;23(13):3146-50. 46. Bouleuc C, Bredart A, Dolbeault S, Ganem G, Copel L. How to improve cancer patients' satisfaction with medical information. Bull Cancer. 2010 Oct;97(10):1173-81. 47. Brédart A, Bouleuc C, Dolbeault S. Doctor-patient communication and satisfaction with care in oncology. Curr Opin Oncol. 2005 Jul;17(4):351-4. 48. Gattellari M, Voigt KJ, Butow PN, Tattersall MH. When the treatment goal is not cure: are cancer patients equipped to make informed decisions? J Clin Oncol. 2002 Jan 15;20(2):503-13. 49. Zimmermann C, Swami N, Krzyanowska M et al. Early palliative care for patients with advanced cancer. A cluster-randomised controlled trial. Lancet 2014;383:1721-30 50. Mack J, Cronin A, Keating N et al. Association between end of life discussion characteristics and care received near death: A prospective cohort study 51. Comité Éthique de la SFH; Les limitations thérapeutiques en hématologie : réflexions et propositions éthiques de la Société Française d'Hématologie ; Hématologie 2005 ; 11 (1) : 71-9 52. Swnoden J, Amedzai S, Ashcroft J et al. Guidelines for supportive care in multiple myeloma 2011. Br J Haematol 2011;154(1):76-103 53. NCCN clinical guideline in oncology. Palliative care. 2013 54. Schrijvers D and Chemy N. ESMO clinical practice guideline on palliative care. Advanced care planning. Ann Oncol 2014;25(suppl3):iii138-iii142

Référentiels Inter régionaux en Soins Oncologiques de Support

Chimiothérapie palliative: indications, contre-indications, délibération

Contributeur

Coordination

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

Méthodologie

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

Membres du groupe de travail

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

Approbateurs (participants aux ateliers des J2R du 12/12/2014)

Lauris BAUDIN, Valérie BELLIER, Laurent BENOIST, Denis BERTOLI, Isabelle BEVILACQUA, Sylvie BORDIER, Nathalie CAUNES-HILARY, Yasmina CHAIT, Stéphane CHATEIL, Catherine DESANDERE, Audrey ECHE-GASS, Fadila FARSI, Caroline GALLAY, Sylvaine GUIBERTEAU, Aurélie ISASI, Dominique JAULMES, Didier KAMIONER, Pascale KERDRAON, Michelle KUSZ-MONFORT, Virginie LAFARGE, Lucie LORIN-ZURBUCH, Didier MAYEUR, Anny PAROT

Relecture et modification (le 23/11/2016)

Bernadette COULAUD et Gaëlle SAINTOMER (EMSP)