

Mise en place d'une Unité D'Expertise Palliative au sein d'un CLCC : retour d'expérience à deux ans.

Perrine Renard¹, Laurence Vigouret-Viant¹, Sabine Voisin-Saltiel¹, Sophie Laurent², Elena Pavliuc¹, Anda Sampetean¹, Florian Scotté³, Sarah Dauchy³, Christine Mateus^{* 1}

¹Unité D'Expertise Palliative, ²Centre d'Evaluation et Traitement de la Douleur, ³Département Interdisciplinaire d'Organisation du Parcours Patient Gustave Roussy-Université Paris-Saclay, Département Interdisciplinaire d'Organisation du Parcours Patient, Villejuif, 94805, France

INTRODUCTION

L'intégration précoce d'une prise en charge par des équipes de soins palliatifs dans le parcours de soin des patients atteints de cancer métastatiques améliore leur qualité de vie et leur survie et fait partie des recommandations internationales de prise en charge du cancer métastatique. Néanmoins, dans la pratique quotidienne il est difficile pour les oncologues et les patients d'échanger autour des limitations thérapeutiques et de la fin de vie. Les Centres de lutte Contre le Cancer (CLCC) sont des centres d'expertise et d'excellence dans la recherche clinique et fondamentale contre le cancer et il semble particulièrement difficile d'y intégrer la culture palliative. Afin de favoriser l'acculturation palliative, un plan institutionnel a été mis en place. Il a permis de développer l'information délivrée aux patients, la formation des soignants et augmenter les ressources de prise en charge palliative (consultation, hôpitaux de jour, unité d'hospitalisation dédiée). L'unité D'Expertise Palliative (UDEP) fait partie intégrante de ce plan institutionnel et a pour principal objectif, au-delà de la prise en charge des symptômes réfractaires, de permettre une discussion et une redéfinition du projet thérapeutique entre les oncologues, les patients et leurs proches et les équipes de soins palliatifs.

RESULTATS

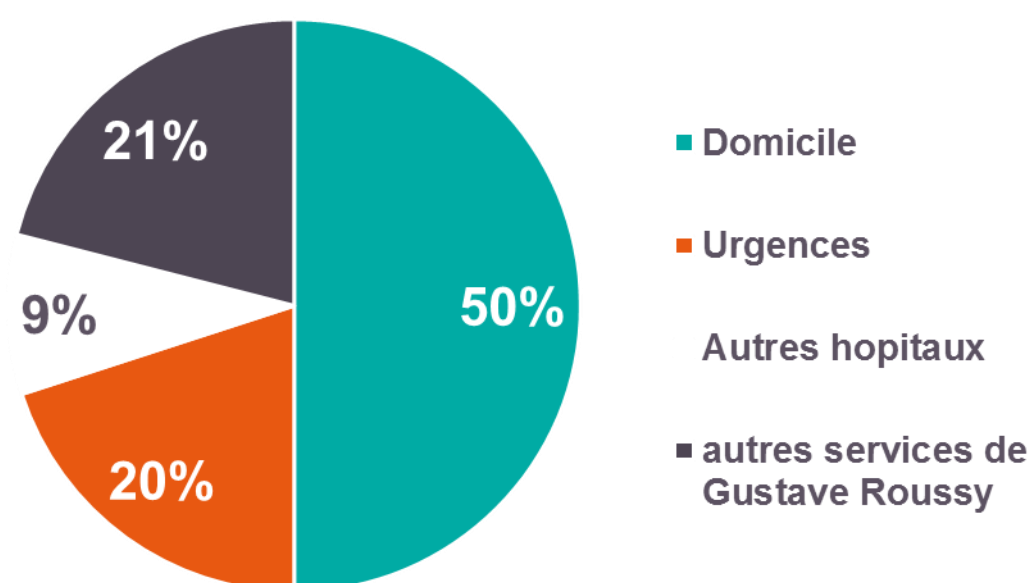
Notre unité de 10 lits a ouvert le 4 mars 2019. A 2 ans de fonctionnement, 666 séjours pour 522 patients ont été réalisés. Les patients (âge moyen 58 ans) étaient pour 82% des séjours dans un état général altéré (PS≥3). 416 patients n'ont été hospitalisés que sur un séjour unique; les 106 autres ont nécessité 2 à 5 hospitalisations essentiellement pour le traitement de symptômes réfractaires. 52% des patients étaient déjà connus de l'équipe soins palliatifs.

La durée moyenne de séjour était de 10,7 jours (1 à 45 jours, médiane 9 jours).

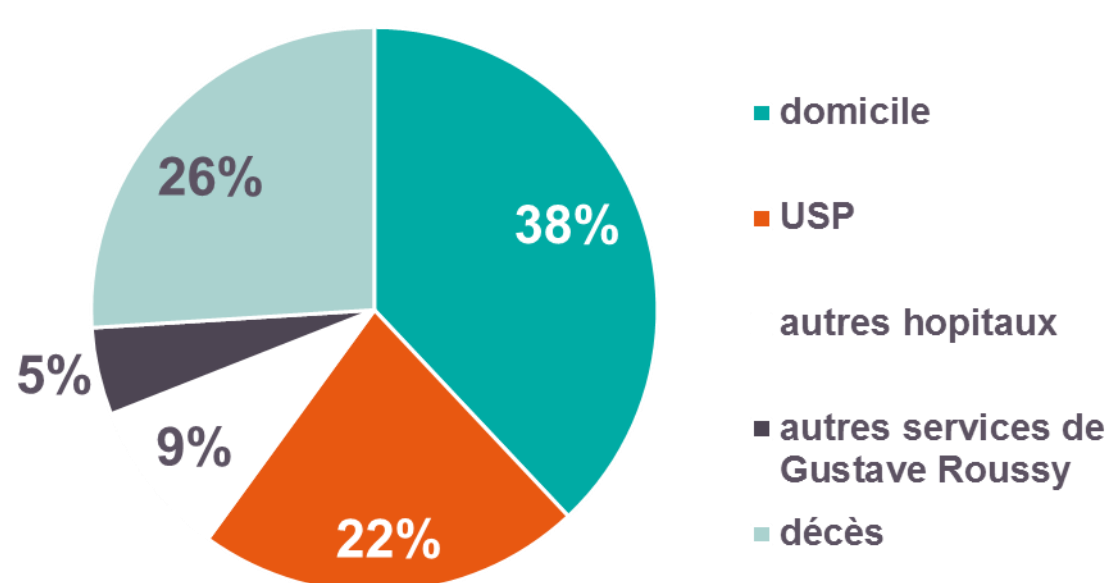
Les objectifs de l'unité ont été respectés avec une demande d'hospitalisation motivée le plus souvent pour la prise en charge des symptômes réfractaires (442 séjours/666) mais également progressivement des demandes afin de clarifier le projet thérapeutique (189 séjours/666). Seuls 35 séjours étaient identifiés pour la prise en charge de la fin de vie.

Caractéristiques des Patients		N = 666
Sexe	Homme	329 (49%)
	Femme	337 (51%)
Age (ans)	< 35	42 (6%)
	35 – 55	231 (35%)
	55 – 75	291 (44%)
	> 75	102 (15%)
OMS	< 2	123 (18%)
	3	358 (54%)
	4	185 (28%)
Métastases	Oui	592 (89%)
	Non	44 (7%)
	NA	30 (4%)

Mode d'entrée à l'UDEP



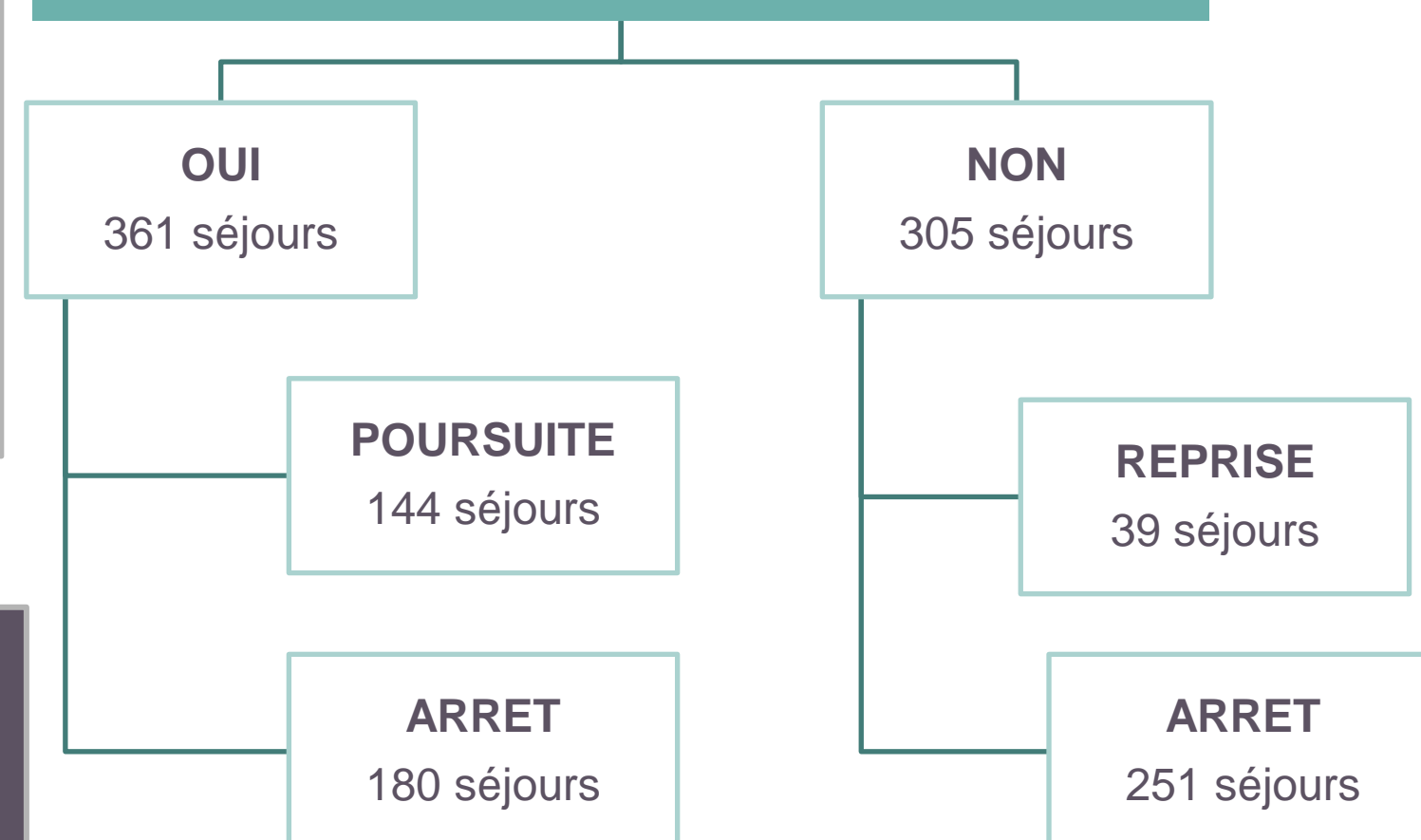
Mode de sortie de l'UDEP



Le projet thérapeutique a été discuté et redéfini chez tous nos patients même si il ne s'agissait pas de l'objectif principal de l'hospitalisation. 79% des patients (529/666 séjours) avaient reçu au moins 2 lignes de traitement. Seulement 46 séjours avaient concerné des patients non pré-traités et en début de prise en charge. Cette discussion pluridisciplinaire (oncologues, palliatologues, paramédicaux, psychologues, service social ...), ouverte aux patients et à leurs proches, permet de mettre en perspective la place du traitement spécifique.

A l'admission, un traitement anti-cancéreux était en cours pour 54% des séjours. L'évaluation sur l'UDEP a conduit à l'arrêt du traitement pour 50% d'entre eux. A l'inverse, une initiation ou une reprise de traitement a été décidée pour 13% des patients non traités à l'admission.

Traitement anti cancéreux à l'admission



CONCLUSION

L'UDEP, concept novateur, propose une nouvelle organisation en soins palliatifs s'ajoutant aux EMASP, LISP et USP. Elle participe à l'amélioration du parcours de soins des patients complexes et du développement de l'anticipation palliative. Cet espace neutre et à distance des unités de traitements spécifiques, permet aux patients et aux oncologues de prendre le recul nécessaire et souvent indispensable à une meilleure analyse de la situation et à l'élaboration d'un projet commun.

References:

- 1; Clinical and financial analysis of an acute palliative care unit in an oncological department. Mercadante S et al. Palliat Med 2008;22:760-7.
2. Characteristics of Patients with an Unplanned Admission to an Acute Palliative Care Unit. Mercadante et al. Internal and Emergency Medicine 12, 2017;5: 587-92