



# APPORT D'UNE « FICHE D'AIDE DECISIONNELLE » (FAD) À LA GRADATION DE SOINS EN ONCOLOGIE

Laurence VIANT MD<sup>1</sup>,

Clémence LEGOUPIL MD<sup>2</sup>, Aurélie BARDET MSc<sup>2</sup>, Céline LAURENT<sup>3</sup>,

Michel DUCREUX MD PhD<sup>4</sup>, Sophie LAURENT MD<sup>1</sup>, Sarah DAUCHY MD<sup>1</sup>, François BLOT MD<sup>5</sup>

<sup>1</sup> Département de Soins de Support

<sup>2</sup> Département de Biostatistiques et d'Épidémiologie

*Absence de liens d'intérêts déclarés par l'intervenant*

<sup>5</sup> Médecine Intensive Réanimation

GUSTAVE ROUSSY, Université Paris-Saclay, Villejuif, F-94805, France

[laurence.vigouret-viant@gustaveroussy.fr](mailto:laurence.vigouret-viant@gustaveroussy.fr)





# Contexte

- **Complexité** de la prise en charge du cancer
  - Collaboration **multidisciplinaire**
  - Maladie mortelle chez près d'un patient sur deux *Goldwasser 2018*
  - Mise en jeu du pronostic vital difficile à anticiper
  - Si pas de documentation, engagement TTT maximal *Fritz 2013*
- A partir de ces constats, décisions à **Gustave Roussy** :
  - De mettre en place une « **Fiche Aide Décisionnelle** » (**FAD**) en avril 2015
  - Puis d'évaluer son apport dans la pratique institutionnelle



# FAD

- Remplie à chaque H
- Réactualisable

## CETTE FICHE A ETE REMPLIE :

- Lors d'une admission le ... / ... / 20....
- En situation d'urgence le ... / ... / 20....
- Pour un transfert le ... / ... / 20....

- PAR**
- Médecin référent (Nom .....
  - Autre médecin (Nom .....
  - Discussion collégiale, le ... / ... / 20... (Cette décision collégiale prévaut dès lors sur la décision
    - Médecin référent (Nom .....
    - Médecin sénior (Nom .....
    - Médecin de l'EMASP (Nom .....
    - Interne ;  Cadre infirmier ;  IDEC ;  Infirmier(s) ;  Aide(s)
    - Autre(s) (Nom .....

Etiquette patient

### AIDE DECISIONNELLE

Les éléments présents dans cette fiche sont une AIDE A LA DECISION DE GRADATION DE SOINS et NE constituent PAS une décision médicale irréversible. Cette fiche doit être remplie après accord du référent et/ou d'un sénior.  
 Cette fiche doit être remplie à chaque possibilité de réévaluation et en cas de modification de la prise en charge et/ou avant tout transfert (notamment vers Onc ou SFAP) (voir notice).

**CETTE FICHE A ETE REMPLIE :**

- Lors d'une admission le ... / ... / 20....
- En situation d'urgence le ... / ... / 20....
- Pour un transfert le ... / ... / 20....

**PAR**

- Médecin référent (Nom .....
- Autre médecin (Nom .....
- Discussion collégiale, le ... / ... / 20... (Cette décision collégiale prévaut dès lors sur la décision en urgence
  - Médecin référent (Nom .....
  - Médecin sénior (Nom .....
  - Médecin de l'EMASP (Nom .....
  - Interne ;  Cadre infirmier ;  IDEC ;  Infirmier(s) ;  Aide(s) senior(s) ;  Autre(s) (Nom .....

**DESCRIPTION CLINIQUE :**

1- Etat général HABITUEL au cours du dernier mois (OMS)  0  1  2  3  4

2- Situation thérapeutique actuelle :

- Statut indéterminé, en cours d'exploration
- Traitement adjuvant / néoadjuvant
- Traitement en phase métastatique – N° lignes chimio ....
- Inclusion dans un essai clinique (allo astreinte DITEP si patient suivi par le DITEP)
- Intervalle thérapeutique programmé (surveillance)
- Intervalle thérapeutique non programmé (toxicité, AEG...)
- Soins de confort exclusifs

Patient pris en charge par l'EMASP  OUI  NON

**GRADATION DES SOINS**  
 En cas de dégradation clinique :

- Réanimation+ quelle que soit l'indication.
- Réanimation à discuter (réa + onco) selon le type d'atteinte aiguë (réversible ou non)
- Soins maximums en salle
- Soins de confort exclusifs

**EXISTENCE DE SITUATIONS A RISQUE :**

- Hémorragie cataclymique : CAT anticipée (RI, bloc...) : .....  
 Prescriptions anticipées  OUI  NON
- Détresse respiratoire asphyxiant : Trachéo si obstruction laryngée  OUI  NON  
 Prescriptions anticipées  OUI  NON

**DECISION DISCUTEE**  OUI  NON

Si oui AVCC :  Le patient  
 La personne de confiance (nom .....)  
 Proches (à qui?) ? .....

LC ... / ... / 20... PAR Nom .....

EXIST-T-IL DES DIRECTIVES ANTICIPÉES  OUI  NON Ou ? .....

## DESCRIPTION CLINIQUE :

1- Etat général HABITUEL au cours du dernier mois (OMS)  0  1  2  3  4

### 2- Situation thérapeutique actuelle :

- Statut indéterminé, en cours d'exploration
- Traitement adjuvant / néoadjuvant
- Traitement en phase métastatique – N° lignes chimio ....
- Inclusion dans un essai clinique (allo astreinte DITEP si patient suivi par le DITEP)
- Intervalle thérapeutique programmé (surveillance)
- Intervalle thérapeutique non programmé (toxicité, AEG...)
- Soins de confort exclusifs

3- Patient pris en charge par l'EMASP  OUI  NON

## GRADATION DES SOINS

*En cas de dégradation clinique :*

- Réanimation++** quelle que soit l'indication.
- Réanimation à discuter** (réa + onco) selon le type d'atteinte aiguë (réversible ou non)
- Soins maximaux en salle SMES
- Soins de confort **exclusifs** SCE

### EXISTENCE DE SITUATIONS A RISQUE :

- Hémorragie cataclysmique : CAT anticipée (RI, bloc...) : .....  
 Prescriptions anticipées  OUI  NON
- Détresse respiratoire asphyxiante : Trachéo si obstruction laryngée  OUI  NON  
 Prescriptions anticipées  OUI  NON

## LE PATIENT ET LES PROCHES

### DECISION DISCUTEE

OUI  NON

Si oui AVEC :  Le patient

La personne de confiance (Nom .....)

Proches (le(s)quel(s)?.....)

LE .... / .... / 20.... PAR Nom .....

EXISTE-T-IL DES DIRECTIVES ANTICIPEES  OUI  NON Où ?.....



# Objectifs de l'étude

- **Principal**

« Analyser la **valeur prédictive** des caractéristiques du patient et de la gradation des soins, précisées dans la FAD, sur la trajectoire ultérieure »

- **Secondaires**

- Evaluer la **perfectibilité** de la FAD
- Comparer les données sur **l'état général** des patients (score OMS) à 3 instants différents :
  - Au cours du mois précédant l'hospitalisation → « **OMS de la FAD** »
  - Avant le transfert du patient sur un autre site → « **OMS avant transfert** »
  - 48 heures après, dans le service concerné → « **OMS après transfert** »





# Méthodes

- Etude **épidémiologique, prospective, monocentrique**
- 2 sites à GR : analyse dynamique de la pertinence de la FAD
- Inclusion de patients majeurs, hospitalisés à « GR Centre », transférés sur « GR Chevilly Larue » (SSR/MCO) du **20/01/17 au 31/05/17**, puis analyse jusqu'à 6 mois après l'inclusion
- Soutien du **Comité Ethique** de GR
- Pilotage avec une **analyse intermédiaire** à 2 mois → efficacité de taux de remplissage des FAD : **98%** (80 FAD / 82 patients inclus à ce stade)



# Méthodes

20/01 au 31/05/17

Analyse dynamique de :

1. La pertinence de la FAD
2. L'état clinique du patient

→ 6 mois

Inclusion

**Site 1**

Hospitalisation GR  
Centre

**Site 2**

Hospitalisation GR  
Chevilly Larue

1 FAD / patient

Pendant l'hospitalisation

FAD remplie à GR

FAD analysée à CL

Survenue d'un  
Evènement aigu (EA) ?

**GRADATION DES SOINS**

*En cas de dégradation clinique :*

- Réanimation++ quelle que soit l'indication.
- Réanimation à discuter (réa + onco) selon le type d'atteinte aiguë (réversible ou non)
- Soins maximaux en salle SMES
- Soins de confort exclusifs SCE

OMS du mois précédant H

« OMS de la FAD »

« OMS avant transfert »

« OMS après transfert »



# Résultats

207 patients transférés

1 patient exclu car mineur

206 patients inclus

Âge médian = 63 ans

184 patients avec FAD

22 patients sans FAD

(89,3%)

(10,7%)

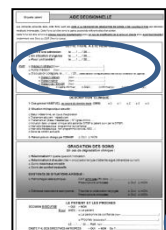




# Résultats

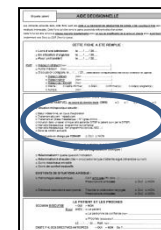
Sur les 184 FAD exploitables, concernant la qualité de leur remplissage :

## « CIRCONSTANCES »



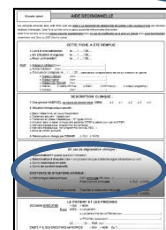
**Nom du rédacteur** 87 % (160/184)  
**Med. Référent** 29,3% (54/184)  
**Collégialité** 5,5% (10/184)  
**Soignants** Aucun (0/184)

## « CONTEXTE »



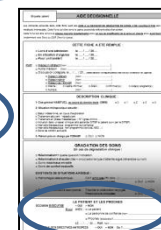
**EMASP** 29% (53/184)  
**Situation TTT** 92,4% (170/184)  
**OMS** 95% (175/184)

## « GRADATION DES SOINS »



**97,3%**  
 (179/184)

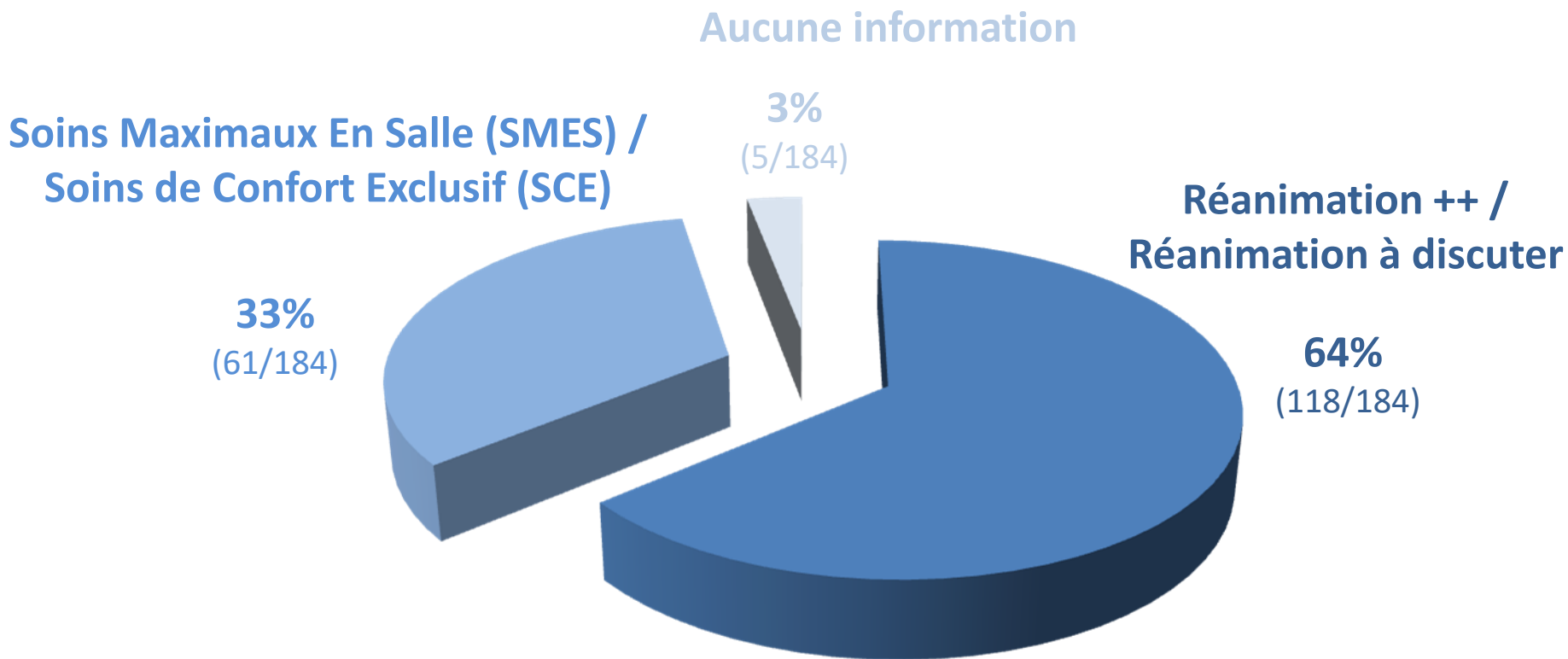
## « INFORMATIONS »



**Patient / Proches** 14% (26/184)  
**Directives Anticipées (DA)** 7% (13/184)

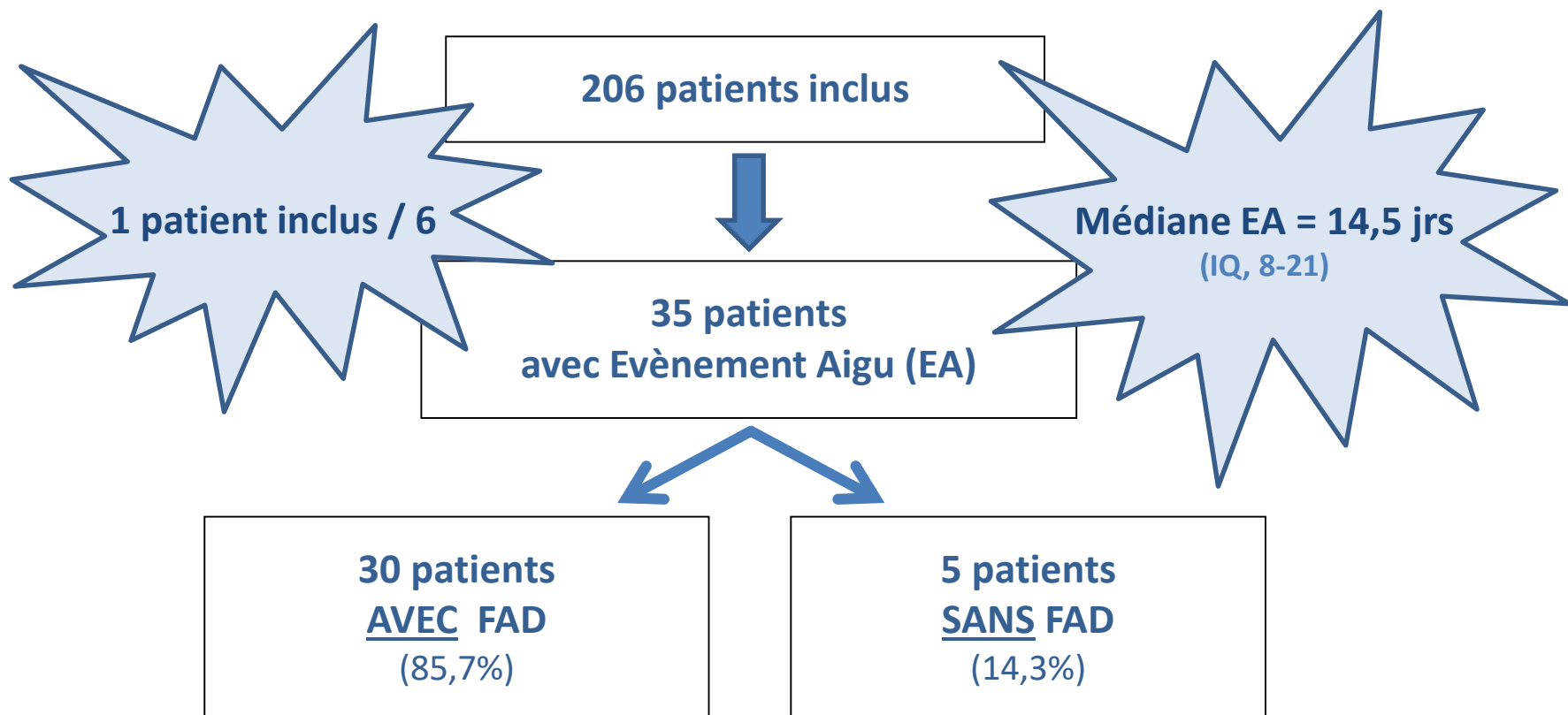
# Résultats

Sur les 184 FAD exploitables, répartition de la gradation des soins :



# Résultats : Évènements aigus (EA) pendant l'hospitalisation

Sur les 206 patients inclus, répartition du nombre d'EA selon la présence d'une FAD



# Résultats : Types d'EA survenus

## Sur les 206 patients inclus

Type EA	35 EA	%
Détresse respiratoire	11	32%
Arrêt Cardio-respiratoire	7	20%
Défaillance hépatique/rénale	5	14%
Complication neuro. Aigue	5	14%
Insuffisance cardiaque	3	8%
Hémorragie	2	6%
Sepsis	2	6%

13 « situations à risque » survenues / 35

- Détresses respiratoires : 11
- Hémorragies : 2

→ Soit 37% des EA

Sur les 30 FAD disponibles / 35

- 0 mention « situations à risque »
- 0 prescription anticipée

# Résultats

35 patients  
avec EA

30 patients  
Avec FAD (85,7%)

5 patients  
Sans FAD (14,3%)

7 REA ++  
(23,3%)

7 REA à discuter  
(23,3%)

14 SMES  
(46,7%)

1 SCE  
(3,3%)

1 non traité  
(3,3%)

16/35 EA → Décès

29 gradations des soins réalisées

Pas de gradation des soins

7 SMES

1 REA appel

2 SMES

1 SCE

18 gradations à un niveau inférieur

4 SMES

2 pas d'info

7 SCE

5 pas d'info

1 SCE

2 REA appels

3 SCE

3 SCE

3 SCE

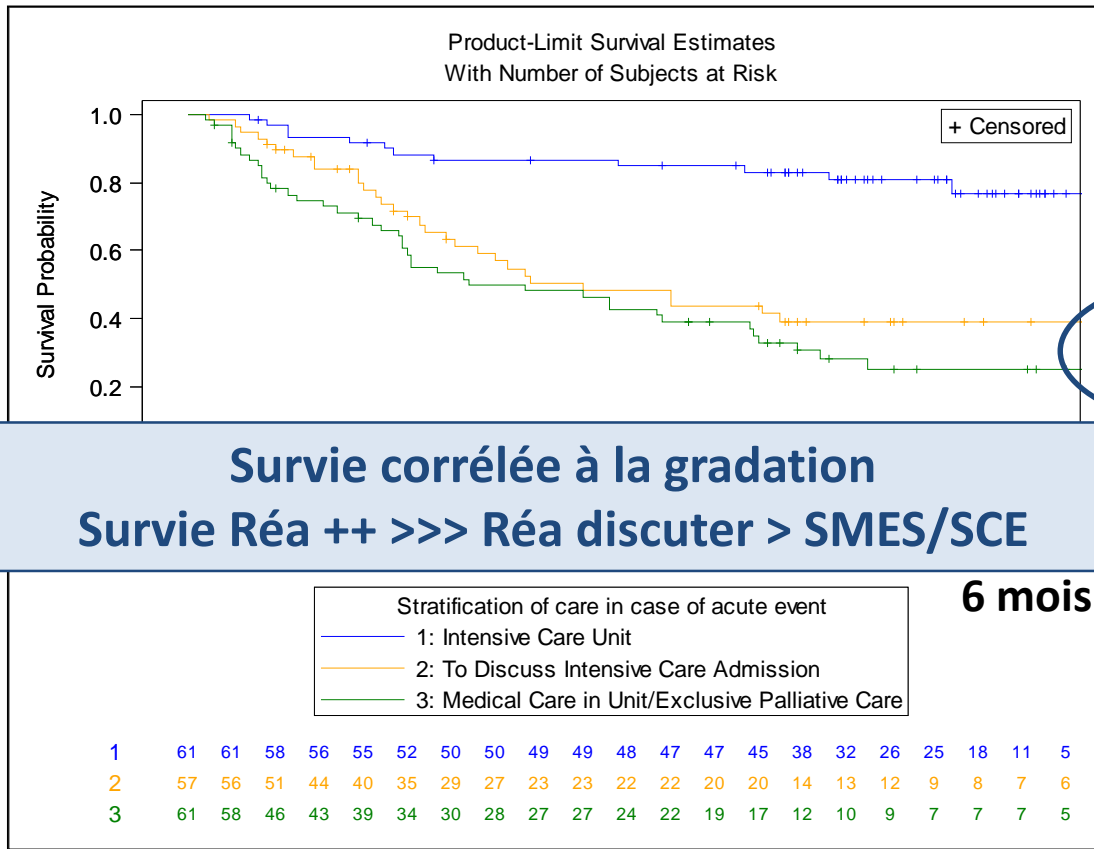
3 SCE

3 SCE

3 SCE

Pas de surenchère thérapeutique  
 Pour les 7 REA ++, TTTs moins agressifs, sans surmortalité

# Résultats : Survie des patients à 6 mois



## Gradation

Réa ++ 76%

Réa à discuter 39%

SMES/SCE 24%

P < 0,0001

Figure 1

Courbes de survie

SELON LE NIVEAU DE GRADATION DE LA FAD

# Résultats : Suivi état général des patients

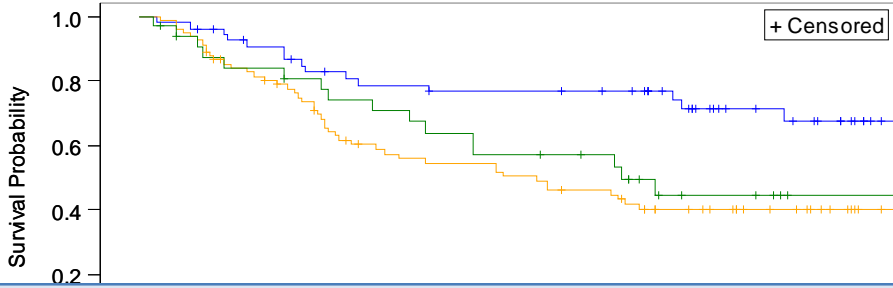
- Comparaison des scores OMS

- **Sur la FAD** (score OMS au cours du dernier mois)
- **Avant transfert**
- **Après transfert** (dans les 48 heures après l'arrivée)

Concordance  
à **78%**  
(127/162)  
Concordance  
à **49%**  
(77/156)

Lors du transfert,  
« aggravation » du score OMS  
dans **41 % des cas**

Product-Limit Survival Estimates  
With Number of Subjects at Risk



$P < 0,0053$

OMS 0-1 71%

OMS 2 100%  
OMS 3 or 4

« L’OMS après transfert »  
semble plus concordant  
avec l’état réel du patient

**Survie NON corrélée à l’OMS avant transfert**

Overall survival from inclusion (in days) **6 mois**

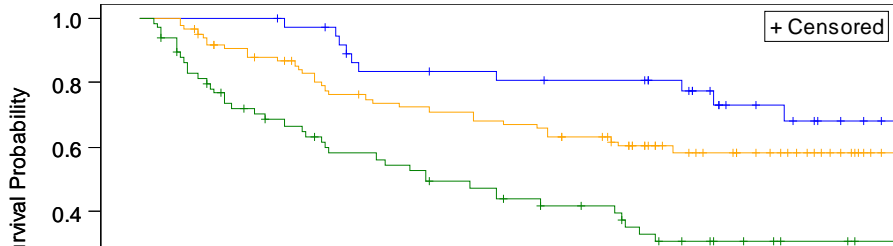
PS score immediately before transfer — 0 or 1 — 2 — 3 or 4

0 or 1	55	54	52	47	45	42	39	39	37	37	37	37	36	35	30	24	19	18	16	12	7
2	82	81	71	65	60	51	43	41	39	39	36	35	32	30	23	22	20	16	14	10	6
3 or 4	33	31	27	26	24	23	22	21	19	19	17	16	15	14	9	7	7	6	3	3	3

**II HYPOTHÈSES OMS / gradation**

- Positivisme en amont ?  
(Plateau technique, onco référent ...)
- Objectivité en aval ?

Product-Limit Survival Estimates  
With Number of Subjects at Risk



OMS  
OMS  
OMS

**Survie corrélée à l’OMS après transfert**  
**Survie OMS 0-1 > OMS 2 > OMS 3-4**

Overall survival from inclusion (in days) **6 mois**

PS score in the 48h after transfer — 0 or 1 — 2 — 3 or 4

0 or 1	39	39	39	39	37	37	30	30	29	29	28	27	27	27	24	20	15	14	12	9	8
2	85	85	76	71	68	61	58	56	54	54	51	50	46	41	32	29	27	23	19	14	9
3 or 4	66	61	49	43	39	35	33	31	27	26	23	21	20	19	14	12	10	9	7	7	5

Figure 3  
Courbes de survie  
selon score OMS

**DANS LES 48H APRES TRANSFERT**





# Conclusion 1/2

- Gradation de la FAD → Pas de surenchère TTT
  - Gradation **suivie / dégradée** à niveau d'agressivité inférieur
  - Sans surmortalité
- 2 éléments prédictifs de la survie globale
  - Niveau de gradation de la FAD
  - Score OMS après transfert (service d'arrivée)
- Résultats qui devront être confirmés à plus grande échelle





## Conclusion 2/2

- **Meilleure évaluation clinique** avant transfert (OMS ou autre scores plus objectifs ...)
- **Utilisation de la FAD** ↔ acculturation palliative
- **Remplissage de la FAD** perfectible
- **Modifications avec une V2** en cours d'informatisation
  - Partage d'information / souhaits de patients (pavé 4 → 1)
  - Réactualisation de la FAD +++ (mise à jour)
  - Anticipation des EA

**Merci de votre attention**



[laurence.vigouret-viant@gustaveroussy.fr](mailto:laurence.vigouret-viant@gustaveroussy.fr)

