



# Des soins de support à la médecine supportive?

Dr Antoine Lemaire

Centre Hospitalier de Valenciennes

Lemaire-a@ch- valenciennes.fr



# Introduction

- Des preuves scientifiques à la pratique clinique en oncologie, les soins de support & palliatifs sont **reconnus** et **incontournables**
  - Quelles sont les meilleures **ressources** en soins de support?
  - **Quand** faut-il intégrer les soins de support?
  - **Quel patient** doit en bénéficier?
  - Quel est le **modèle optimal** de mise en œuvre?
- ➔ ***Naissance de la médecine supportive, au-delà de la sphère oncologique?***



# Soins oncologiques de support : le contexte

- Progrès thérapeutiques majeurs, mais **morbi-mortalités toujours significatives**
- Les patient atteints d'un cancer ont une médiane de **8 à 12 symptômes**, la plupart sous-diagnostiqués et sous-traités ; mais meilleure prise de conscience
- Augmentation de **l'incidence du cancer** et de la **durée de survie** avec dans certains cas une maladie chronique non curable
- **Implication historique des oncologues/radiothérapeutes** dans l'accès aux soins de support et palliatifs, mais **variable** selon les équipes/ressources et rendue **complexe** par la technicité grandissante des traitements oncologiques innovants
- *En parallèle :*
  - accès **précoce** aux soins de support et **tout au long de la maladie**
  - **spécialisation des soins de support** grâce à de meilleures connaissances et à la recherche



# Intégration précoce des soins de support : preuves cliniques (1)

- « Explosion » du nombre d'essais cliniques randomisés comparant l'intégration des soins de support aux soins oncologiques seuls **dans les situations de cancers évolutifs**
- **Hétérogénéité** en termes méthodologiques (notamment la nature des interventions en soins de support : IDE vs équipe)
- La plupart : **impact positif** sur la qualité de vie, la gestion des symptômes et la communication
- **Quelques essais** : amélioration des troubles de l'humeur, de la satisfaction des patients, de la durée survie, des événements des aidants et de la qualité des soins de fin de vie



# Intégration précoce des soins de support : preuves cliniques (2)

- 3 méta-analyses récentes (2016-2018) **dans les situations de cancers évolutifs**
- Amélioration de la **qualité de vie** dans les trois ; pas d'impact sur la durée de survie (taille d'effet faible liée à l'hétérogénéité des designs)
- Pour deux méta-analyses : amélioration des **symptômes**
- Une méta-analyse démontre l'intérêt de la **précocité** de l'intervention en soins de support sur la qualité de vie



# Intégration précoce des soins de support : impact sur les coûts de santé

- Réduction des coûts de santé démontrée (revue de 46 études versus comparateur) **dans les situations de cancers évolutifs**
- Les raisons : moins d'interventions, investigations et hospitalisations notamment en fin de vie (dont le coût est élevé, mais les bénéfices prouvés)
- Une revue de littérature démontrait l'intérêt d'une intervention en soins palliatifs dans les trois jours suivant l'admission hospitalière en termes de réduction de coûts de santé
- *Davantage d'essais de qualité sont nécessaires pour étayer ce champ*





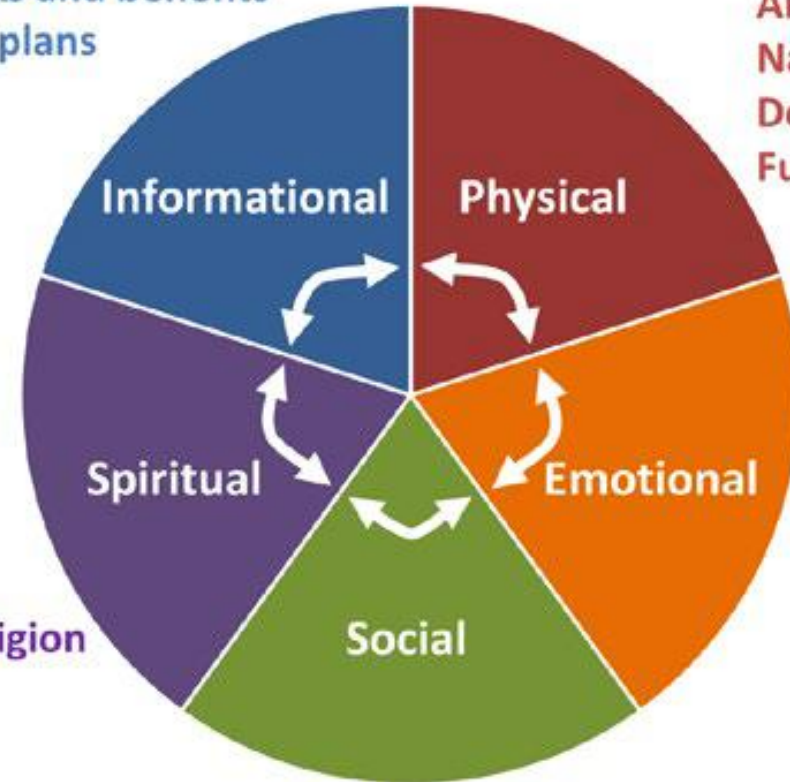
# Les besoins multidimensionnels en soins de support

- Nombreux besoins
- Interconnectés les uns aux autres

→ *Nécessité d'évaluations et d'interventions multidimensionnelles par des équipes interdisciplinaires*

Prognosis/illness understanding  
Treatment risks and benefits  
Advance care plans  
Home care

Hope  
Meaning  
Dignity  
Faith & religion



Pain  
Fatigue  
Dyspnea  
Anorexia-cachexia  
Nausea  
Delirium  
Function

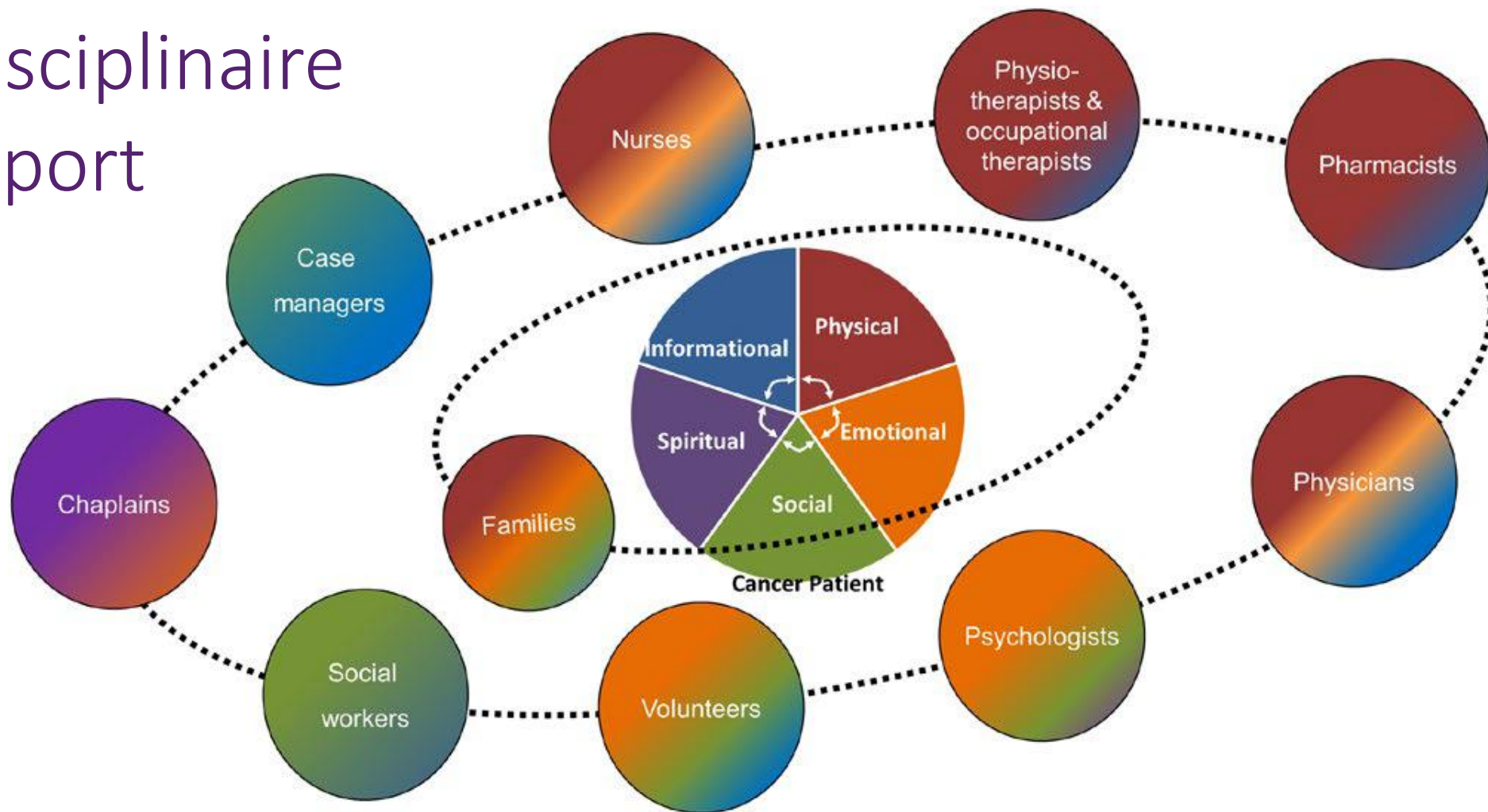
Anxiety  
Depression  
Coping  
Denial  
Adjustment disorder

Family caregivers  
Relationships  
Living situation  
Financial issues



# L'équipe interdisciplinaire en soins de support

→ *Ajustements des  
interventions des  
ressources en fonction  
des besoins*







# Quand faut-il intégrer les soins de support?

- Même si les soins de support peuvent être introduits à l'occasion d'une situation complexe...
- La précocité de mise en œuvre par rapport au **diagnostic d'évolutivité** est recommandée
- *Mais* elle peut ne pas être nécessaire ou d'un apport limité dans certaines situations
  - ➔ *Notion de soins palliatifs **opportuns** (timely palliative care)*
  - ➔ *Ajustement du niveau de soins de support aux situations*
  - ➔ *Intégration pour certains experts si 6 à 24 mois d'espérance de vie*



# Diagnostic de cancer ou d'évolutivité?

- La plupart des essais cliniques concernent les soins palliatifs précoces, dans un contexte **de diagnostic d'évolutivité**
- Quid d'une introduction opportune des soins de support interdisciplinaires dès le **diagnostic du cancer**? Donc de ressources ajustées aux problématiques des patients dès le diagnostic, y compris pour des cancers qui seront guéris
- Ce qui implique un **continuum** : *les soins palliatifs font partie des soins de support*



# En France : le panier de soins de support

## Le socle de base, constitué de 4 soins de support :

- la prise en charge de la douleur
- la prise en charge diététique et nutritionnelle
- la prise en charge psychologique
- la prise en charge sociale, familiale et professionnelle

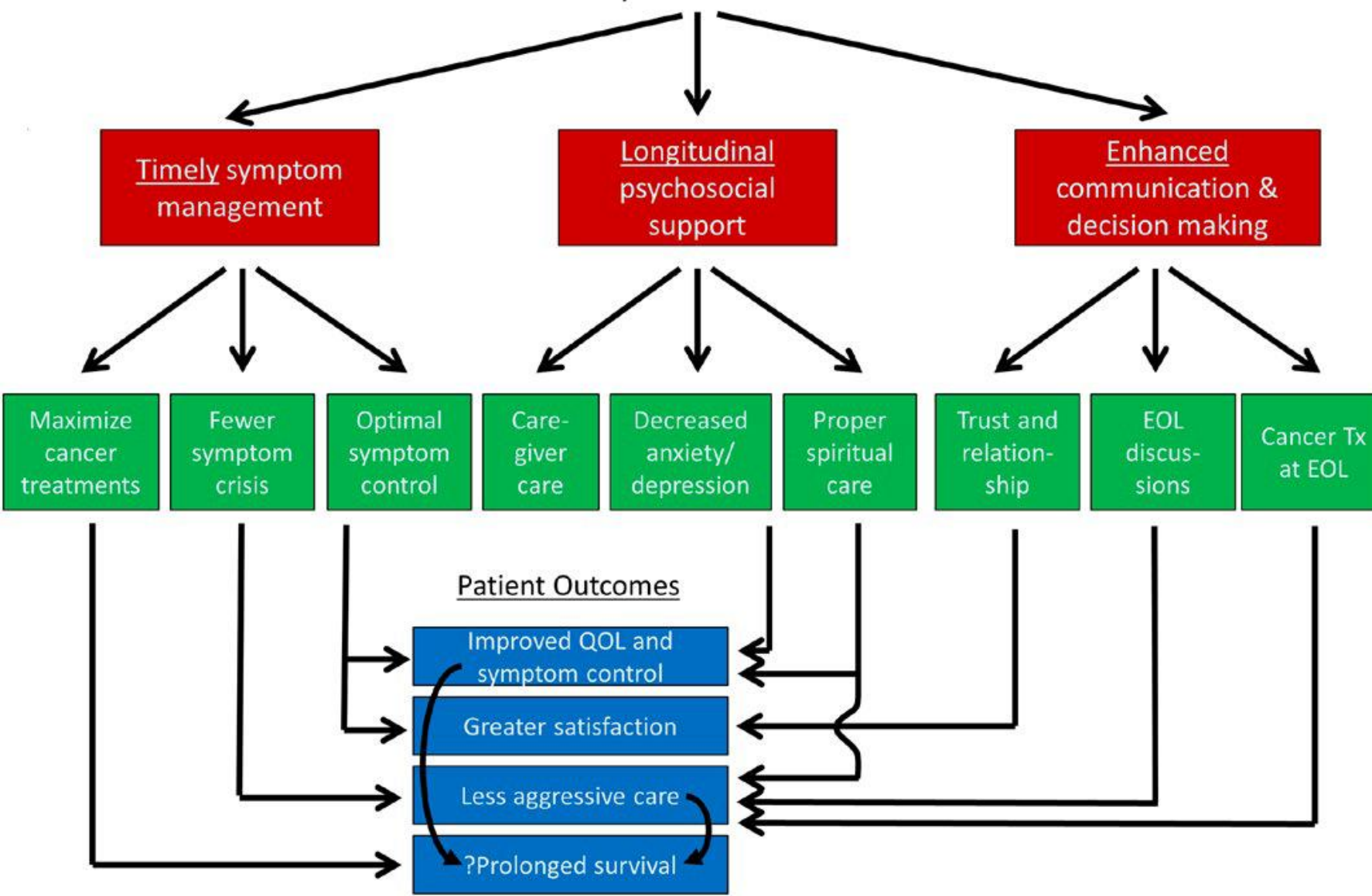
*Dès le diagnostic  
Tout au long de la maladie*

## Les 5 soins de support complémentaires et 2 techniques particulières d'analgésie :

- l'activité physique
- les conseils d'hygiène de vie
- le soutien psychologique des proches et aidants des personnes atteintes de cancer
- le soutien à la mise en œuvre de la préservation de la fertilité
- la prise en charge des troubles de la sexualité
- l'hypnoanalgésie
- l'analgésie intrathécale



## Timely Palliative Care



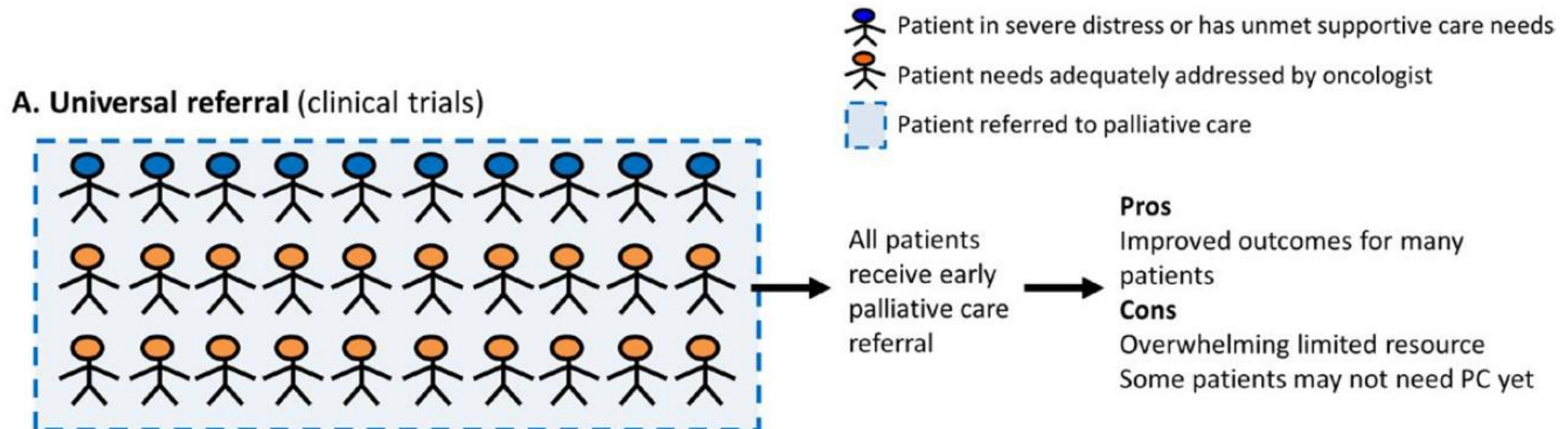
*Transposition du schéma  
au diagnostic de cancer?*





# Pour quels patients : adressage universel?

Dans les essais cliniques, adressage « universel » : tous les patients palliatifs bénéficient d'une expertise. Modèle consommateur de ressources, parfois non justifiées mais amélioration des événements



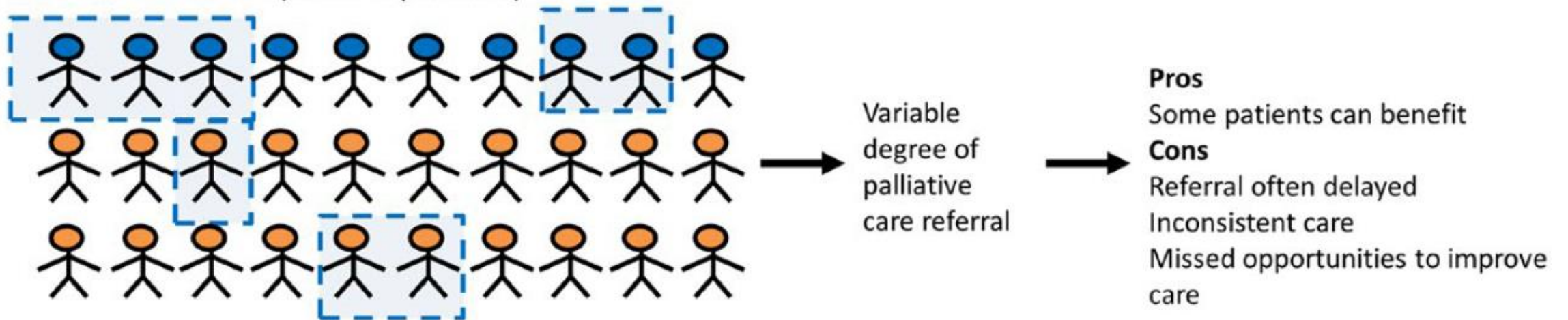




# Pour quels patients : adressage sélectif?

Pratique clinique actuelle, adressage sélectif par les équipes d'oncologie. Modèle hétérogène, adressage parfois tardif et soins pouvant être non optimisés

## B. Selective referral (current practice)

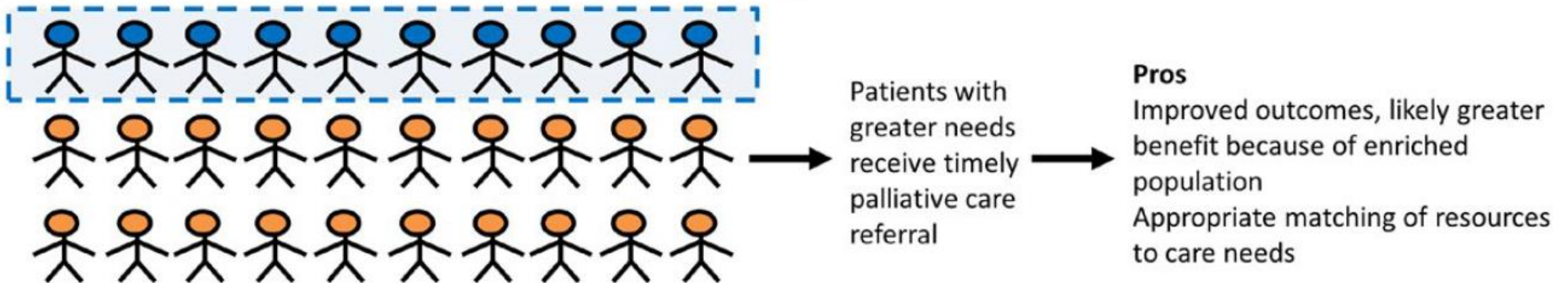




# Pour quels patients : adressage ciblé

Approche ciblée : screening systématique et adressage opportun des patients ayant des besoins en soins de support. Impacts positifs sur les patients et adéquation aux ressources

## C. Need based referral coupled with systematic screening





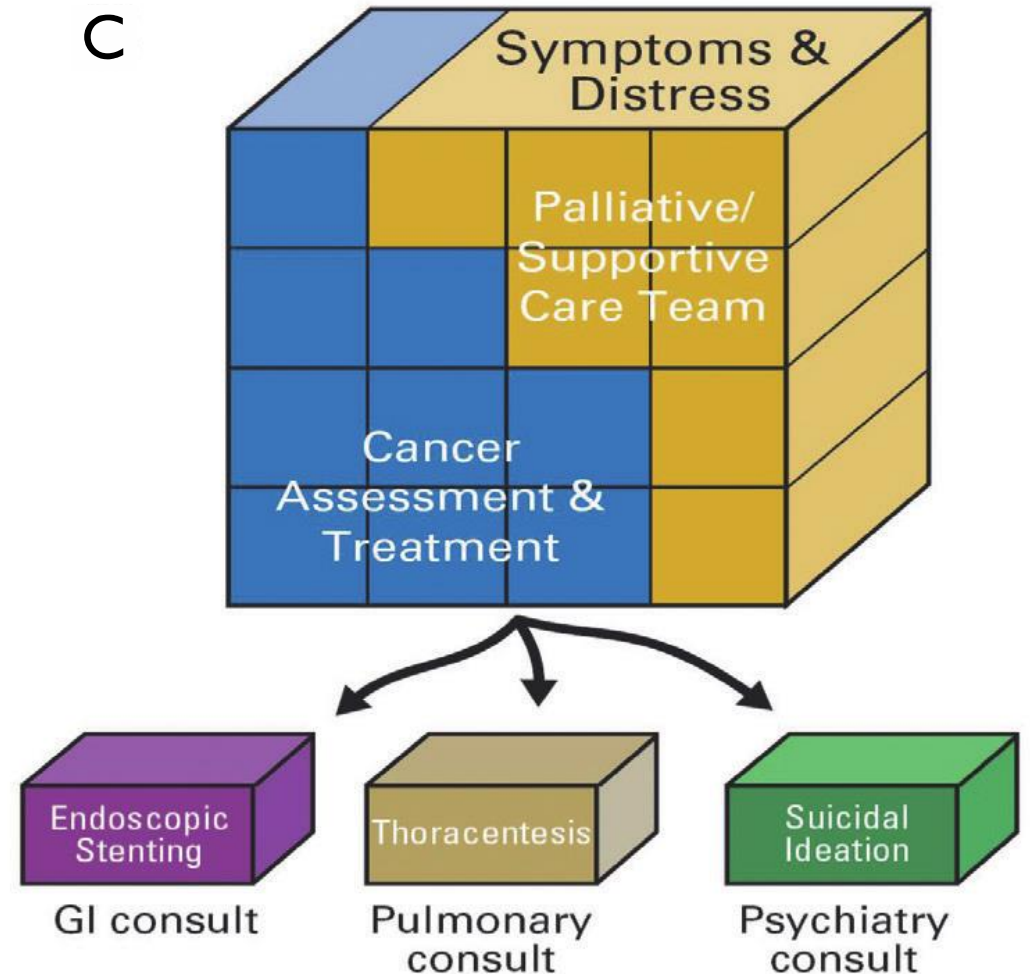
# Quel est le modèle optimal de mise en œuvre?

- Modèles ambulatoires
- Modèles hospitaliers intégratifs
- Modèles basés sur les infirmières de pratiques avancées
- Soins de support pratiqués par les équipes d'oncologie
- Modèles basés sur l'adressage systématique
- ...



# Le modèle intégratif

- Intégration des spécialistes de soins de support dans les services d'oncologie.
- Modèle ayant démontré un plus grand adressage et une économie de temps de 170 min/jour aux oncologues





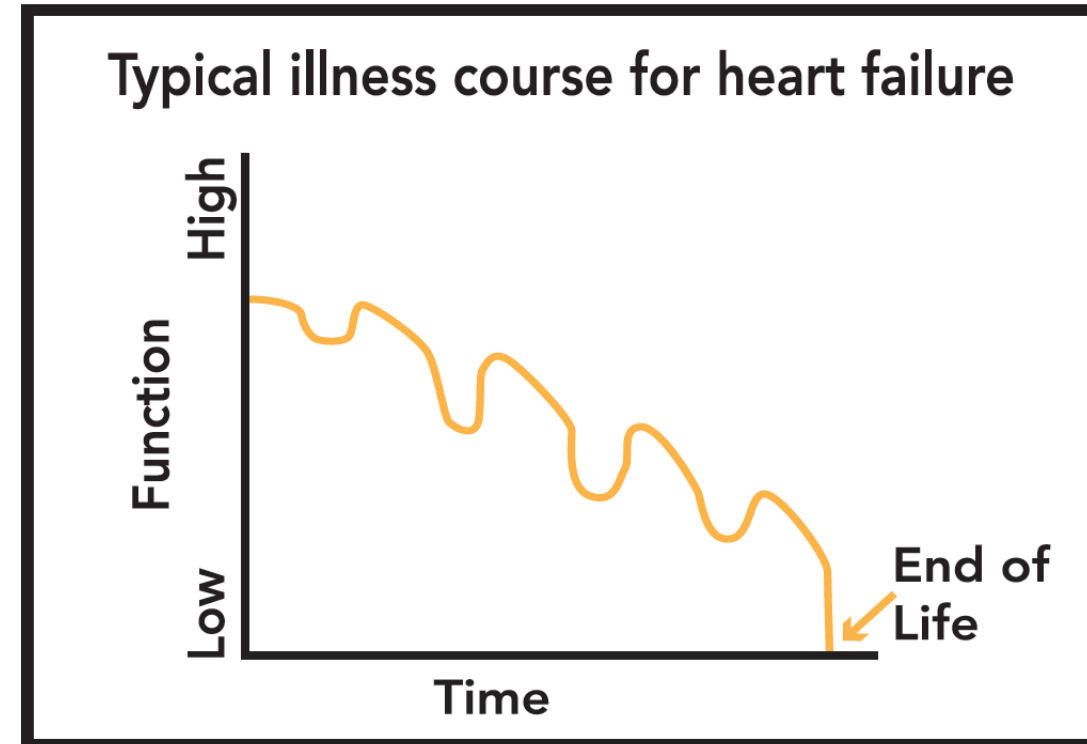


# Hors sphère oncologique et dans la maladie chronique?

- Insuffisance cardiaque (*supportive cardiology*) et insuffisances d'organes
- Maladies neurologiques : SLA, SEP progressives...



- Psychiatrie
- Handicap







## En conclusion

- Les soins de support & palliatifs ont structuré des modèles de soins pertinents, reconnus et riches en perspectives
- Ces modèles peuvent-ils accompagner les développements de la médecine actuelle, comme l'hyperspécialisation constante?
- Quelle est leur place potentielle hors sphère palliative et hors sphère oncologique?

Pour une « *écologie supportive* »?

Vers la « *médecine supportive* »?



Merci de votre attention  
Bon congrès!