

PRISE EN CHARGE DE FIN DE VIE DES PATIENTS AVEC TROUBLES MENTAUX SEVERES ET CANCER

Dr Guillaume FOND/ Pr Laurent BOYER

Hôpitaux
Universitaires
de Marseille | ap.
hm

(Aix★Marseille
université
Initiative d'excellence

fondation
fondamental

CONTEXTE

- Une étude taiwanaise conduite sur une base nationale publiée en 2014 a suggéré que les patients avec schizophrénies ne recevaient pas les mêmes soins pour leur cancer en phase terminal que les autres patients dans les 30 derniers jours de vie avec plus d'actes invasifs et moins de chimiothérapie et d'imagerie

CONTEXTE

- **Des études plus petites dans des populations spécifiques (vétérans américains) suggèrent une moindre qualité de prise en charge pour ces patients**

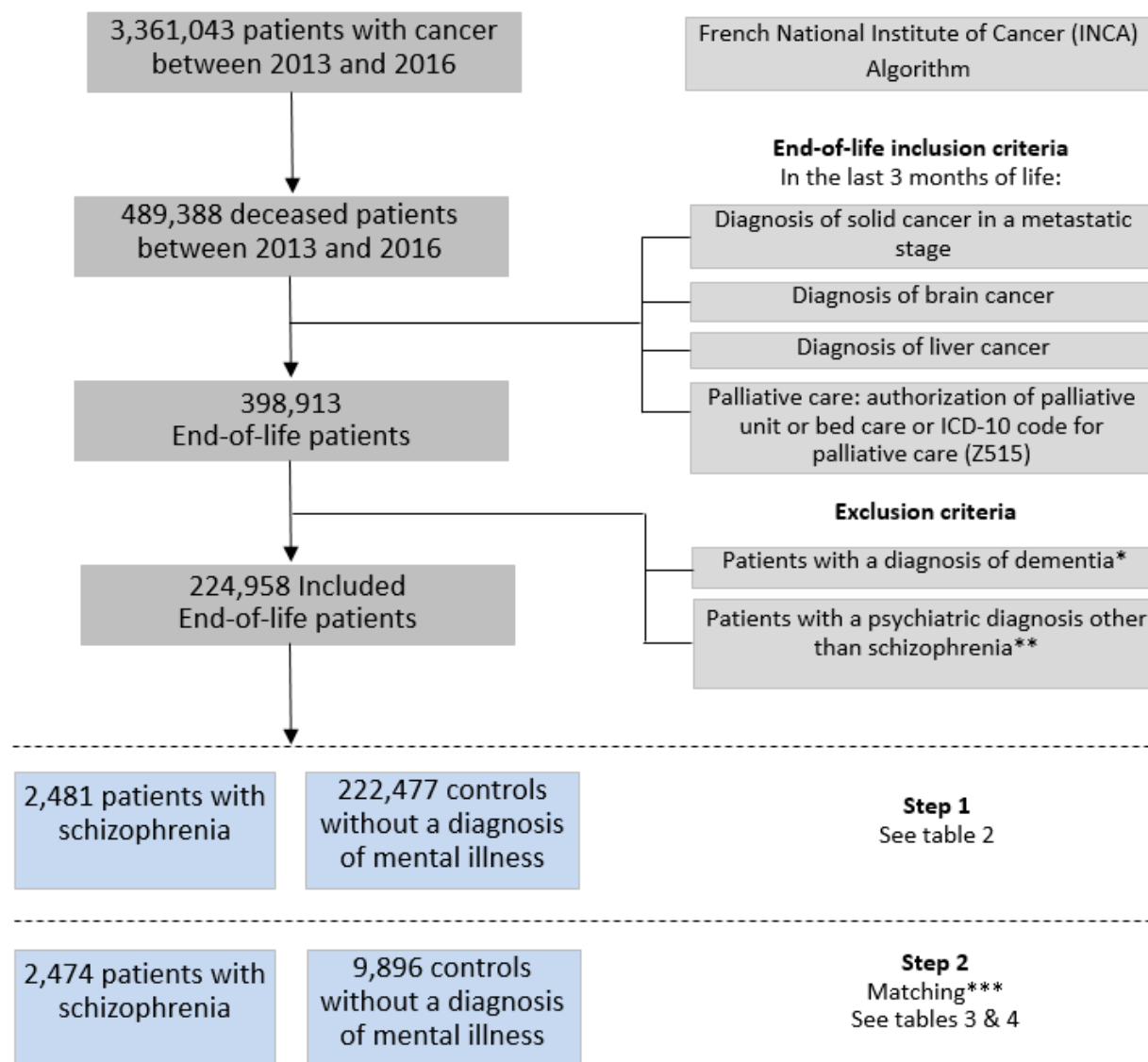
OBJECTIFS

- Notre objectif était de déterminer si les patients français avec troubles mentaux sévères recevaient la même prise en charge que les autres pour leur cancer en phase terminale, dans les 30 derniers jours de vie

METHODE

- Exploitation des données du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI)
- Patients hospitalisés avec des codes de cancer en fin de vie entre 2013 et 2016
- Diagnostic de schizophrénie dans la période d'antériorité remontant à 2008

Figure 1. Flow chart.



* ICD-10 codes: F00*, F01*, F02*, F03*, F051*, G30*, G31*

** ICD-10 codes: chapter F (Mental, Behavioral and Neurodevelopmental disorders) or psychiatric care (PMSI-PSY) other than schizophrenia codes (F20*, F22*, F25*)

*** Matching case-control (1:4) for age, gender and primary cancer localization

RESULTATS

- 2481 patients avec schizophrénies (SZ) et cancer en phase terminale
- Les patients SZ mourraient en moyenne **8 ans plus tôt**

RESULTATS

- Ils avaient un niveau plus élevé
 - de comorbidités,
 - plus de cancers du thorax,
 - moins de métastases,
- une durée plus courte entre le diagnostic du cancer et le décès et des soins plus spécialisés dans les centres.

RESULTATS

- Après **appariement et ajustement**, les patients SZ recevaient **plus de soins palliatifs et moins de soins de fin de vie de haute intensité**.

DISCUSSION

- Les patients atteints de SZ ont bénéficié **en apparence** de meilleurs soins de fin de vie (c'est-à-dire plus de soins palliatifs et moins de soins intensifs) que les patients témoins.
- Ce constat peut être discuté car il peut résulter
 - soit des souhaits des patients et des familles ne pas réanimer),
 - soit des difficultés à offrir des soins précoces et pertinents aux patients atteints de SZ.

DISCUSSION

- Plusieurs caractéristiques sont frappantes chez les patients SZ dans ce travail, par exemple:
 - âge de décès plus précoce,
 - niveau plus élevé de comorbidités,
 - durée plus courte entre le diagnostic de cancer et le décès
- Ces différences suggèrent l'existence de disparités dans la santé et les soins délivrés.

TROUBLES BIPOLAIRES

- Nous avons répliqué cette méthode avec 2015 patients bipolaires
- les patients bipolaires sont morts en moyenne **5 ans plus tôt** que les contrôles
- Ils présentaient plus souvent des comorbidités et un cancer du thorax, et avaient moins de métastases, comme les patients SZ
- mais les délais entre le diagnostic du cancer et le décès n'étaient pas plus courts.
- Comme les patients SZ, ils recevaient plus de soins palliatifs et moins d'actes de haute intensité : moins de chimiothérapie, moins d'imagerie, moins de chirurgie
- Les patients bipolaires recevaient toutefois plus de chimiothérapie que les patients SZ

TROUBLES DÉPRESSIFS RECURRENTS

- Nous avons répliqué cette méthode avec 4070 patients avec troubles dépressifs récurrents
- les patients dépressifs sont morts en moyenne **3 ans** plus tôt que les contrôles
- Ces patients ont également reçu plus de soins palliatifs et moins de chimiothérapie, de dialyse, de transfusion sanguine, de chirurgie et d'imagerie
- Ils ont été moins souvent admis dans une unité de soins aigus au cours de leurs 30 derniers jours de vie

BARRIERES AU NIVEAU DU SOIGNANT

- Moins de chimiothérapie : risque élevé de **toxicité** et protocoles d'administration stricts (problèmes cognitifs et d'observance)
- Moins de chirurgie : les patients SZ présentent un taux plus élevé de **complications postopératoires** (notamment une insuffisance respiratoire, une septicémie, une thrombose veineuse profonde, une embolie pulmonaire, un iléus paralytique, un accident vasculaire cérébral et un délire postopératoire)
- Les personnes avec trouble mental sévère peuvent être exclues de la prise de décision concernant leurs soins de fin de vie en partie en raison de leur **fragilité émotionnelle et de leur compétence à décider**

BARRIERES AU NIVEAU DU PATIENT

- Ils remplissent plus souvent des **demandes de non-réanimation**
- Certains patients peuvent présenter des **troubles du comportement**, être agressifs envers les soins (**persécution**)

BARRIERES AU NIVEAU DE L'INSTITUTION

- les unités de soins palliatifs ont été conçues pour gérer des situations complexes, notamment
 - le **manque de soutien/isolement social**,
 - **l'absence de domicile fixe et l'autonomie réduite**
- Ceci peut expliquer la durée plus longue du suivi des patients SZ dans les unités de soins palliatifs.

CONCLUSION

- Il existe des différences de prises en charge entre les patients avec troubles mentaux sévères et la fin de vie
- La prise en charge d'une personne atteinte de troubles mentaux sévères et de cancer nécessite des connaissances et une expertise dans les domaines oncologique et psychiatrique, et peut nécessiter une meilleure formation des professionnels de la santé ainsi qu'une meilleure coordination/intégration des soins.