



Colloque annuel du DSRC OncoPaca-Corse Douleur & Soins Palliatifs

Jeudi 12 juin 2025
Aix-en-Provence Pont-de-l'Arc





I. Actions et projets en région

Aude Le Blay - DSRC OncoPaca-Corse



Actions et projets en région

Contexte : Stratégie décennale de lutte contre les cancers



Actions ciblées dans l'Axe 3 « Cancers de mauvais pronostic » :
Favoriser l'accès précoce aux soins palliatifs dans les maladies au pronostic défavorable



Thématique « Parcours plus fluides »

- Action III.3.6 : Permettre une orientation précoce des patients vers des soins de support, notamment soins palliatifs

Thématique « Soins de support plus adaptés »

- Action III.6.2 : Garantir une prise en compte renforcée de la douleur et des soins palliatifs

Actions et projets en région

Constat et objectifs



Constat



Recours aux équipes de soins palliatifs souvent trop tardif alors que l'inclusion précoce des soins palliatifs a montré des gains en termes de qualité de vie et de survie.



Favoriser l'accès précoce aux soins palliatifs, pour tout patient atteint de cancer ayant un mauvais pronostic.



Garantir une prise en compte renforcée de la douleur et des soins palliatifs

Actions et projets en région

Groupe "Soins Oncologiques de support d'un patient atteint d'un cancer de mauvais pronostic : Prise en charge de la douleur et soins palliatifs précoces"



Groupe expert régional
OncoPaca-Corse
MÉDECINE PALLIATIVE & CANCER



Co-pilotage DSRC/ ARS



Coordination

Pr Sébastien SALAS, Oncologue médical, responsable du service des soins de support et des soins palliatifs
Dr Anne FOGLIARINI, Médecin algologue, Resp. DISSPO Co-Pilote GT3S, CAL

Avec la contribution du Dr Philippe DEBOURDEAU, Oncologue médical, Oncologie Soins de support, CH d'Arles
Référent DSRC Aude Le Blay

Actions et projets en région

1- Créer une fiche de bonnes pratiques dédiée aux professionnels de santé, sur l'aide à la prise en charge de la douleur et l'intégration précoce des SP



Soins palliatifs précoces et prise en charge de la douleur pour un cancer de mauvais pronostic (dès le diagnostic initial ou en cours de parcours)

I. CONSTATS, BÉNÉFICES ATTENDUS, OBJECTIFS

CONSTATS

- Le recours aux équipes de soins palliatifs est trop tardif et la prise en charge des patients reste très hétérogène*
- Parler des soins palliatifs de façon précoce peut être difficile, il est donc important de s'appuyer sur une équipe de soins de support et/ou de soins palliatifs
- Il est indispensable de prendre en compte la complexité de la prise en charge globale des soins palliatifs (désirs du patient, fragilité, etc.)

BÉNÉFICES*

- Amélioration de la qualité de vie, diminution du syndrome dépressif et réduction de l'intensité des symptômes
- Possible augmentation de la survie
- Réduction de l'agressivité des soins en fin de vie
- Facilitation des discussions anticipées de fin de vie

OBJECTIFS

- Intégrer le recours aux équipes de soins de support et/ou soins palliatifs au plus tôt dans la prise en charge
- Optimiser la prise en charge renforcée de la douleur chez les patients atteints d'un cancer de mauvais pronostic
- Permettre plus d'interactions entre les différents professionnels impliqués
- Aborder la prise en charge en soins palliatifs en Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) de cancérologie, avec recours à une RCP soins palliatifs dès que cela peut être proposé



AIDE À L'ÉVALUATION ET À LA PRESCRIPTION

ÉTAT GÉNÉRAL

- La grille de performance EDOG (Eastern Cooperative Oncology Group) permet de quantifier la capacité d'une personne à effectuer des activités de la vie quotidienne
- Le questionnaire G8 est un outil de dépistage qui permet d'identifier parmi les patients âgés ceux qui nécessitent une évaluation gériatrique

NUTRITION

- Tout au long du parcours de soins, une vigilance particulière est recommandée pour le repérage de la dénutrition. Il est important d'évaluer systématiquement l'état nutritionnel des patients à l'aide de la fiche d'aide au repérage de la dénutrition

RISQUE MTEV

- Le score de Khorana pour les Maladies Thromboemboliques Veineuses (MTEV) permet de classer le risque de thrombose chez un patient présentant un cancer avant chimiothérapie
- Le score HEMORR/HAGES permet d'estimer le risque hémorragique d'un patient avant le début d'un traitement anticoagulant

SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE PRISE EN CHARGE SOCIALE

- Repérage des besoins via la Fiche de repérage des besoins en soins de support
- Pour le soutien psychologique, utilisation de l'Arche HADS (Hospital Anxiety and Depression scale) qui permet de dépister les troubles anxieux et dépressifs

PROPHYLAXIE MALADIE THROMBOEMBOLIQUE VEINEUSE

La prophylaxie de la maladie thromboembolique veineuse est indiquée chez les patients avec un score de Khorana supérieur ou égal à 2

Possible si :

- Risque hémorragique bas
- Clairance créatinine > 30 ml/min à réévaluation sous traitement
- Rapport bénéfice/risque favorable

Per os** : Apixaban 2,5 mg 2/j
Rivaroxaban 10 mg 1/j
Attention aux interactions médicamenteuses (Glycoprotéine-P et CYP3A4)

Voie sous-cutanée : Enoxaparine 4000 UI/j
Daltéparine 5000 UI/j

PROPHYLAXIE INFECTIONS OPPORTUNISTES

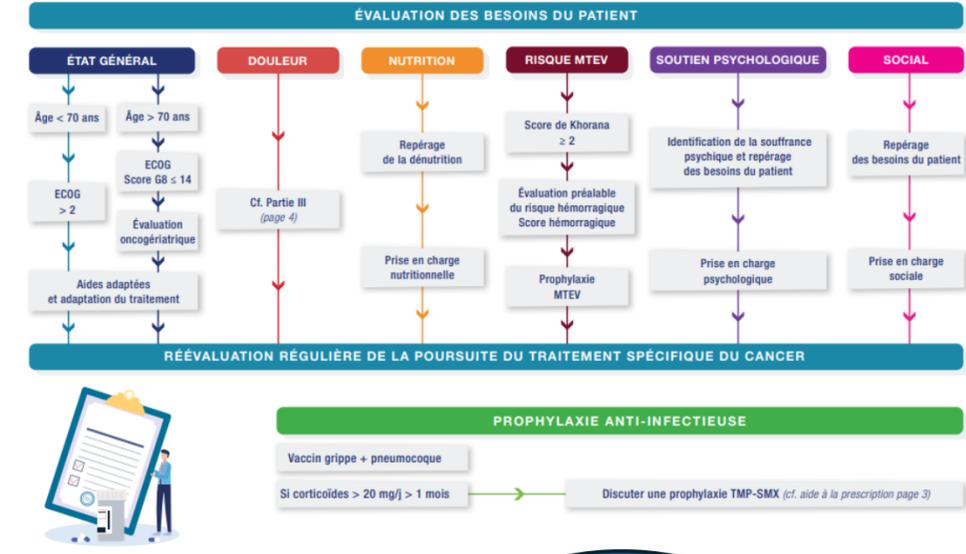
Equivalence corticoïdes :

- 20 mg corticoïdes = 20 mg prednisone = 20 mg prednisolone = 100 mg hydrocortisone = 16 mg méthyprednisolone = 3 mg dexaméthasone

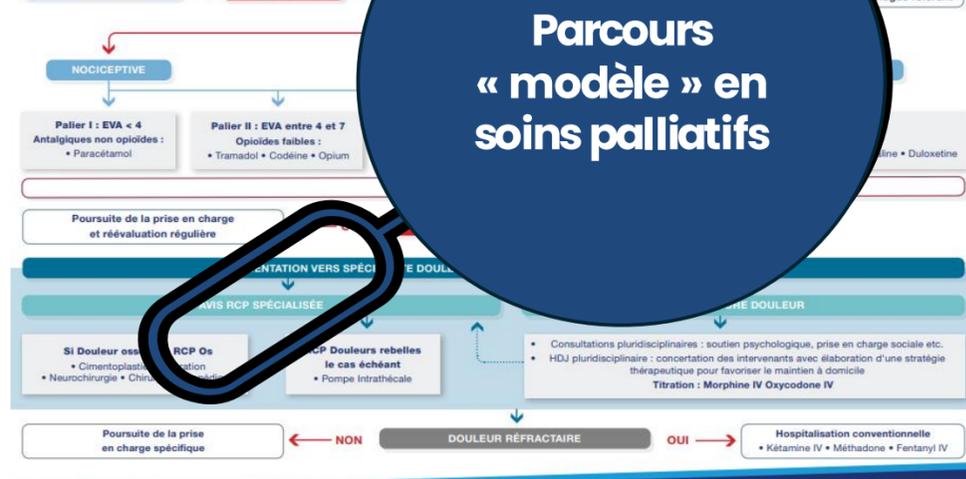
TMP-SMX : Triméthoprime - Sulfaméthoxazole (BACTRIM®)
TMP 800 mg SMX 160 mg * 3 cp/semaine
TMP 400 mg SMX 80 mg * 1 cp/j
Surveillance NFS-Plq

Surveillance Clairance créatinine :
15 - 30 ml/min : baisser la dose de 50%
< 15 ml/min : contre-indication au traitement

II. ÉVALUATION DES BESOINS ET PROPHYLAXIES



III. PRISE EN CHARGE SPÉCIFIQUE



Campagne de com' :

- 1 article dans « Actualités » : 5^{ème} page la + consultée (2256)
- 5 publications sur chaque réseau social
- Encart dans nos newsletters
- Kit de communication partagé avec ARS, URPS ML, URPS IDEL, 3C et structures de ville (DAC, CPTS)
- Vidéo « Paroles d'experts (Pr S. Salas, Dr Debourdeau)

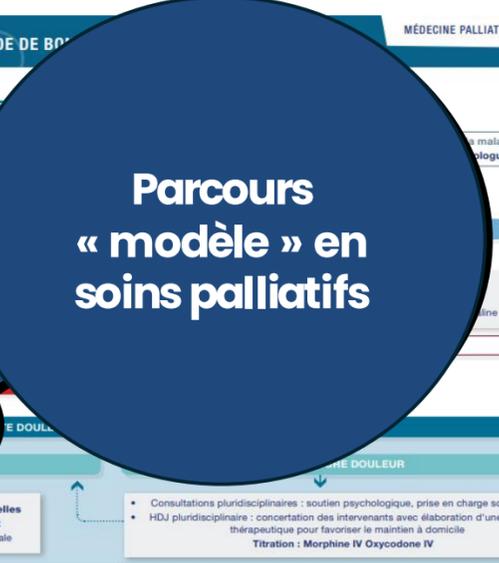
Présentation du guide en réunion 3C

27 mars 2024 : Soirée CPTS Itinéraire santé

- Sollicitation du DSRC pour intervention : présentation du guide
- + implication DSRC : Invitation des 3C

28 mai 2024 : Soirée CPTS Pays de l'Etoile - Douleur et Soins palliatifs

- Sollicitation du DSRC pour intervention : présentation du guide
- + implication DSRC :
 - Appui à la communication
 - Invitation des 3C et de la Cellule régionale Soins Palliatifs pour participation
 - Invitation ARS PACA et Pr SALAS pour intervention



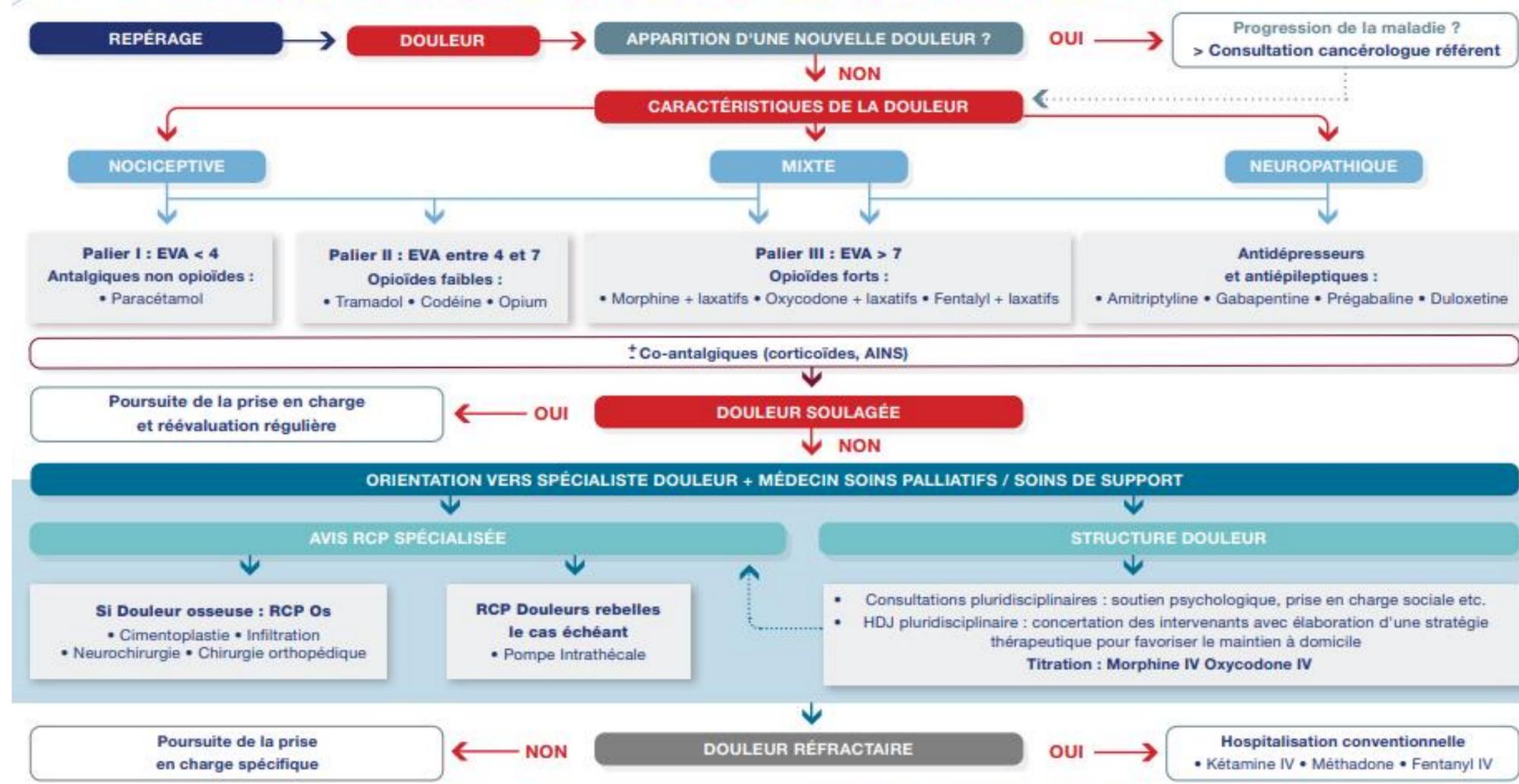
Actions et projets en région

2- Proposition d'un parcours "modèle" en soins palliatifs pour les patients atteints de cancer de mauvais pronostic



III. PRISE EN CHARGE SPÉCIFIQUE DE LA DOULEUR EN SOINS PALLIATIFS

Volet 4 du guide :



Actions et projets en région

Actualisation du guide en 2025



Actualisation des recommandations vaccinales (AFSOS, décembre 2024)



PROPHYLAXIE ANTI-INFECTIEUSE

<ul style="list-style-type: none">• Vaccination COVID-19• Vaccination contre la grippe saisonnière• Vaccination contre les infections à pneumocoque (dont pneumonies)• Vaccination contre le zona	<p>> Simplification de la stratégie vaccinale Schéma vaccinal : 1 dose</p> <p>> VPC20 (PREVENAR20®)</p>
	<p>> Schéma vaccinal : 2 doses, avec un intervalle de 2 mois entre chaque dose</p> <p>> RZV (SHINGRIX®)</p>
<p>Si corticoïdes > 20 mg/j > 1 mois</p>	<p>Discuter une prophylaxie TMP-SMX (cf. aide à la prescription page 3)</p>



Actions et projets en région



> Paroles d'experts – Guide de bonnes pratiques « Soins palliatifs et cancers de mauvais pronostic »



❖ 232 vues

Les intervenants :

- **Pr Sébastien SALAS**, Oncologue médical, responsable du service des soins de support et des soins palliatifs, AP-HM
- **Dr Philippe DEBOURDEAU**, Oncologue médical, Oncologie Soins de support, CH d'Arles

Actions et projets en région

3 - Mettre en place des formations des oncologues et des IDE sur la prise en charge de la douleur et les SP précoces



❖ Enquête de recensement des besoins en formation en soins palliatifs :

71 répondants-> 89% ont exprimé un besoin concernant la formation sur la thématique des SP

43 IDE

6 Cadres IDE

11 Cancérologues

**11 Médecins autre
spécialité**

Les objectifs du webinaire :

- 1.Sensibiliser / Informer sur une prise en charge précoce en soins palliatifs
- 2.Avoir des retours sur la campagne d'information lancée en janvier 2024
- 3.Recueillir les difficultés et besoins
- 4.Permettre des échanges entre professionnels de santé concernés / mise en place de nouvelles collaborations.

Actions et projets en région

3 - Mettre en place des formations des oncologues et des IDE sur la prise en charge de la douleur et les SP précoces



Webinaire
Soins palliatifs et prise en charge précoce dans les cancers de mauvais pronostic

REPLAY 17 JUIN 2024 - 12h30 à 14h

Pr Sébastien SALAS, Oncologue, AP-HM
Dr Philippe DEBOURDEAU, Oncologue, CH d'Arles
Dr Elodie CRETEL-DURAND, Référente thématiques cancers et soins palliatifs, ARS Paca
Dr Isabelle GRIMALDI, Référente thématiques Soins palliatifs et douleur chronique, ARS Corse
Aude LE BLAY, Chef de projets, DSRC OncoPaca-Corse

❖ 150 participants + 226 vues en Replay

❖ 4,53/5 de note globale de satisfaction

❖ 82% des participants intéressés par un autre webinaire sur la thématique

Les intervenants du webinaire :

- Pr Sébastien SALAS, Oncologue médical, responsable du service des soins de support et des soins palliatifs,
- Dr Philippe DEBOURDEAU, Oncologue médical, Oncologie Soins de support, CH d'Arles
- Dr Elodie CRETEL DURAND, Référente thématiques cancers et soins palliatifs, ARS PACA
- Dr Isabelle GRIMALDI, Référente thématiques Soins palliatifs et douleur chronique, ARS Corse
- Aude LE BLAY, Chef de projets, DSRC OncoPaca-Corse

Actions et projets en région

4 - Introduire précocement les soins palliatifs dès le diagnostic pour des pathologies d'emblée incurables

Travaux sur la mise en place d'indicateurs de précocité en SP

- ❖ 9 réunions de travail entre 2023 et 2024
- ❖ Ecriture d'un article avec Pr Sébastien Salas, Dr Philippe Debourdeau, Dr Géraldine Capodano, Dr Elodie Crétel et le Département Etudes et Statistiques de l'ARS PACA: " Early Palliative Care, Intensity of End-of-Life Care, and Their Impact on Overall Survival in Cancer Patients : A Real-World Analysis "
- ❖ Poster à l'ASCO 2025



SYMPTOM SCIENCE AND PALLIATIVE CARE

12065

Poster Session

Early palliative care, intensity of end-of-life care, and their impact on overall survival in cancer patients: A real-world study.

Sebastien Salas, Elodie Crétel Durand, Aude Le Blay, Karine Baumstarck, David Lapalus, Geraldine Capodano, Chrystelle Gastaldi, Steve Nauleau, Philippe Debourdeau; Aix-Marseille University, Marseille, France; ARS PACA, Marseille, France; Dispositif Spécifique Régional du Cancer OncoPaca-Corse, Marseille, France; Aix-Marseille Univ, School of Medicine-La Timone Medical Campus, EA 3279 Ceress-Health Service Research and Quality of Life Center, Marseille, France; Institut Paoli-Calmettes, Marseille, France; Joseph Imbert Hospital, Arles, France

Background: Early palliative care (EPC) and reduced aggressive end-of-life (EOL) interventions improve quality of life in advanced cancer. While trials suggest a potential survival benefit, the real-world impact on overall survival (OS) remains underexplored. This study examines the association between palliative care (PC) timing, EOL care intensity, and OS in a large real-world cohort. **Methods:** We conducted a population-based study using the French health claims database (SNDS) for patients with metastatic solid tumors diagnosed within 2 years who died in 2022. Patients with hematologic malignancies or PC initiated before metastasis were excluded. Patients were stratified by PC referral timing: no PC, EPC (≤ 2 months post-diagnosis), and late PC (LPC) (> 2 months post-diagnosis). EOL care intensity was assessed using Earle criteria (care structure/processes) and MIEOL criteria (physically invasive interventions). The primary endpoint was OS (time from diagnosis to death). **Results:** Among 159,288 decedents, 85,192 met inclusion criteria (no PC = 27,325; EPC = 29,016; LPC = 28,851). Digestive (n = 29,668) and pulmonary (n = 17,065) cancers predominated. Patients with EPC/no PC had higher poor-prognosis adapted Charlson scores than LPC (23.6% and 23.4% vs. 18%, $p < 0.001$). EOL aggressiveness was greater in no PC compared to EPC/LPC (Earle ≥ 1 : 51.4% vs. 23.4% vs. 21.6%; MIEOL ≥ 1 : 25.7% vs. 16.9% vs. 17.6%; $p < 0.001$). Mean OS differed significantly (no PC: 167 ± 190 ; EPC: 74 ± 100 days; LPC: 344 ± 182 days; $p < 0.001$). LPC was associated with the longest OS. Patients meeting Earle and MIEOL criteria were significantly associated with shorter survival ($p < 0.001$). **Conclusions:** This real-world analysis revealed no survival advantage with early PC initiation, likely reflecting clinical fragility in these patients. Early referral often signifies advanced disease rather than a direct survival benefit of PC itself. LPC was linked to the longest survival, emphasizing the need for graduated PC from metastatic diagnosis. No PC was associated with higher EOL care intensity, which did not improve survival, highlighting possible unreasonable overtreatment. Research Sponsor: None.