

5<sup>e</sup> Forum du Cancéropôle Grand Est

**Approche transdisciplinaire de la décision  
thérapeutique en oncologie et en onco-hématologie  
chez des patients présentant une forme avancée de la  
maladie cancéreuse**

**Étude Whatelse**

*Etude observationnelle multicentrique,  
comportant une approche qualitative par entretiens.*

Yvan Beaussant – Service d’hématologie, CHU de Besançon



# Caractéristiques

<b>Promoteur</b>	CHU de Besançon
<b>Co-investigateurs principaux</b>	Dr Christophe TOURNIGAND, Oncologie, CHU Saint-Antoine Paris 12 Dr. Régis AUBRY, Département douleur-soins palliatifs CHU Besançon
<b>Centres Investigateurs pour la phase pilote</b>	CLCC Alexis Vautrin Vandoeuvre-lès-Nancy CH Colmar Clinique Drevon Dijon CHU Besançon CHU Saint-Antoine Paris
<b>Soutient</b>	Ligue Contre le Cancer (Doubs, Jura, Haute Saône)

# Contexte clinique

- Situations médicales complexes
  - Pathologies lourdes, chimiorésistance, toxicité des traitements, absence de standards thérapeutiques en n-ième ligne
  - Bénéfice incertain Vs toxicité (exemple CPNPC)
  - Fréquence ? (INCa 2010)
- Encadrement législatif et modèles de la décision
  - Proscription de l'obstination déraisonnable et de la décision paternaliste
- Réalité du terrain?
  - De nombreuses raisons de poursuivre la chimiothérapie (*Haes H 2003*)
  - La décision partagée s'applique-t-elle à ces situations ? (*Winckler 2009*)

**Est-il possible de distinguer *a priori* la persévérance licite de l'obstination déraisonnable ???**

# Objectifs de l'étude

- Objectif principal :
  - Explorer les modalités et les déterminants de la décision chez des patients présentant une forme avancée de la maladie cancéreuse en dehors de tout référentiel.
- Objectifs secondaires
  - Évaluation de la faisabilité et de l'acceptabilité
  - Estimation de la fréquence de ces situations

## Hypothèse :

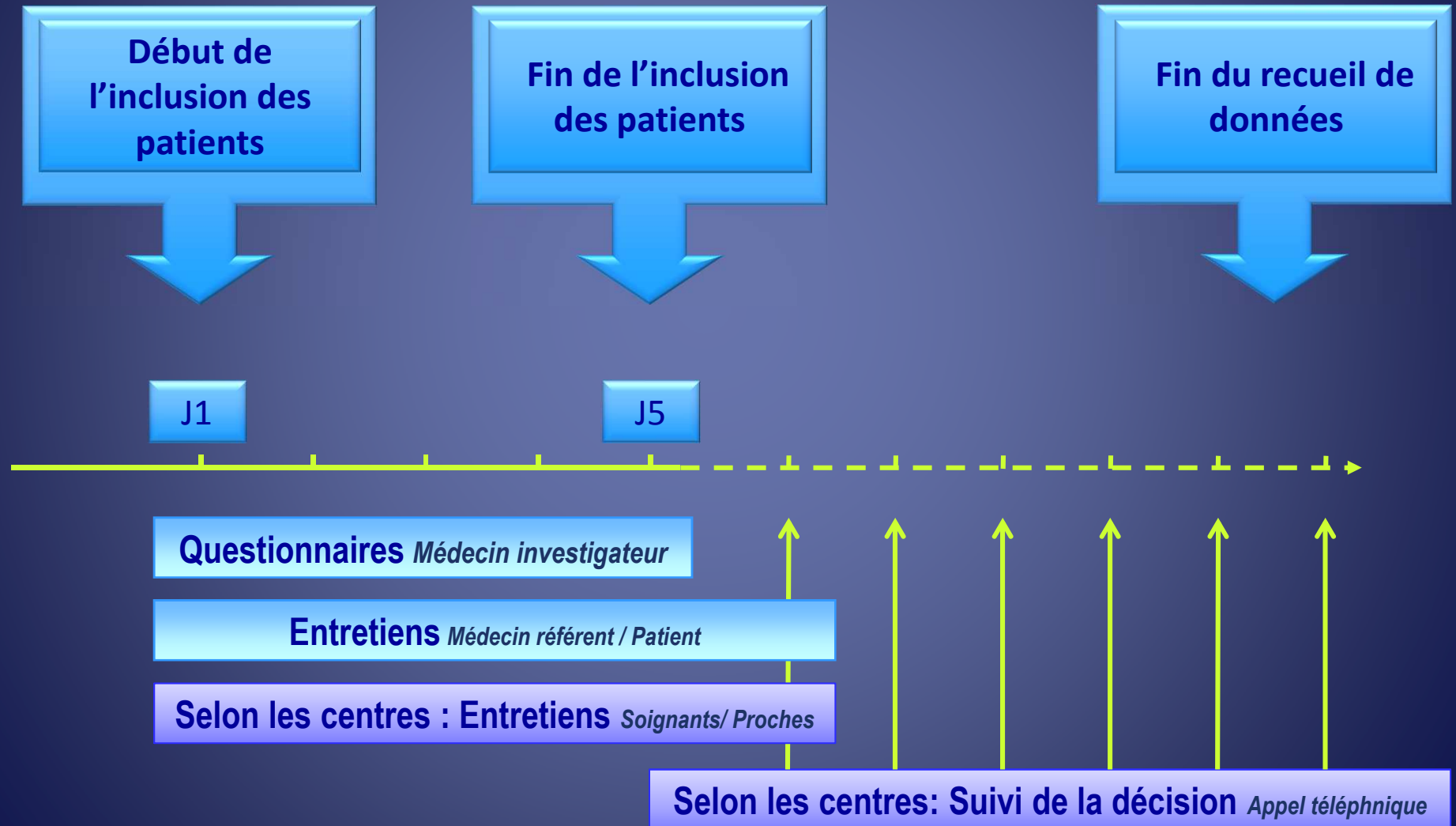
Argumentation  
médicale objective



Argumentation contextuelle  
et subjective

Décision

# Recueil des données



# Recueil des données

Début de  
l'inclusion des  
patients

Fin de l'inclusion  
des patients

Fin du recueil de  
données

## Critères d'inclusion :

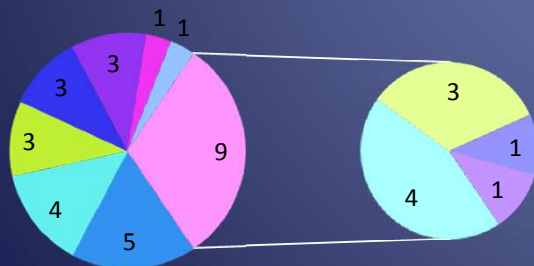
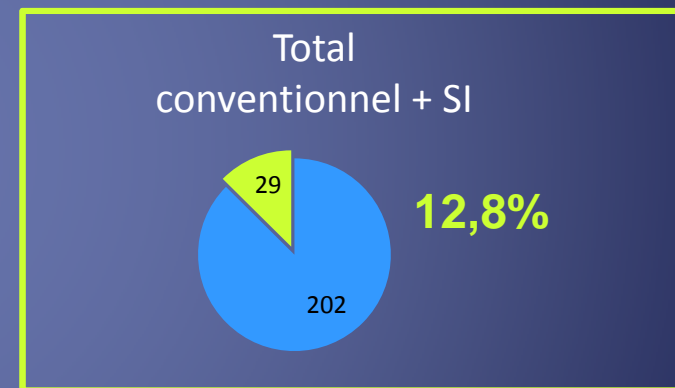
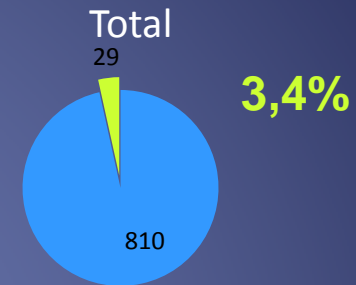
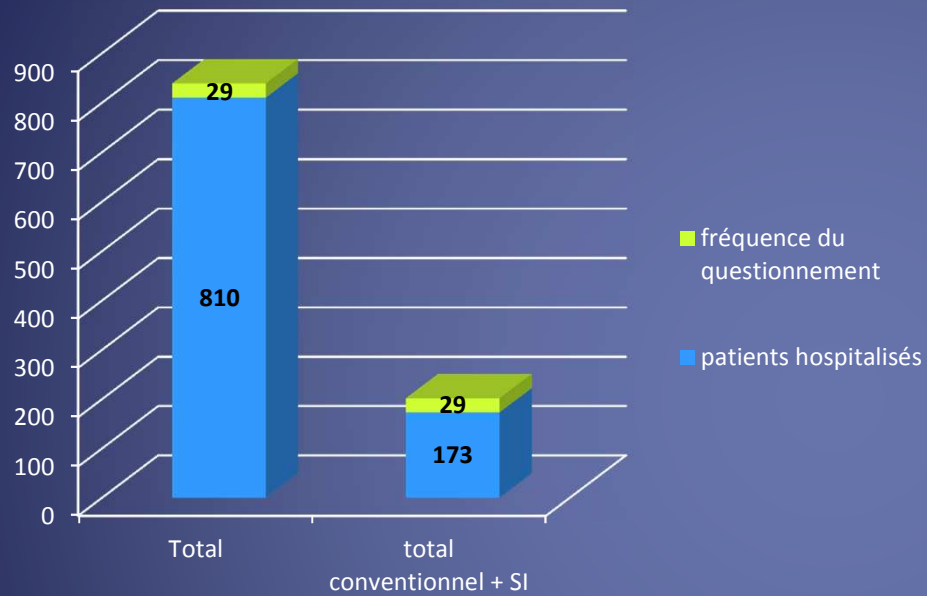
- Adultes atteints d'un cancer solide ou d'une hémopathie à un **stade avancé**
- **Hospitalisés** pendant la semaine de l'étude
- Pour lesquelles il existe un **questionnement** concernant la DLAT
  - Actuel
  - Ou ayant existé dans les 15 jours précédant l'enquête
- Situation pour laquelle il n'existe **plus de référentiel** professionnel guidant la décision

Entretiens *Médecin référent / Patient*

Selon les centres : Entretiens *Soignants/ Proches*

Selon les centres: Suivi de la décision *Appel téléphonique*

# Résultats



- Sein
- Gynécologique
- Pancréas
- Digestif
- ORL
- poumon
- vessie
- LA
- Lymphome
- LMC

**Entretiens pour analyse qualitative :**  
 100% des médecins référents  
 72% des patients inclus (n=21)

# Analyse des données qualitatives

- **1<sup>e</sup> volet :**
  - Analyse thématique : synthèse systématique des propos en rapport avec la question de recherche
  - Description du questionnement et du processus décisionnel.
- **2<sup>e</sup> volet :**
  - Analyse à l'aide des catégories « conceptualisantes »
  - Théorisation progressive : conceptualisation au fur et à mesure.
- **Références :**
  - Daneault 2006
  - Paillé et Mucchielli, 2003



# Résultats préliminaires (1/2)

- L'**absence de bénéfice attendu** et l'**altération de l'état général** ont été les premières raisons citées pour limiter ou arrêter les thérapeutiques spécifiques.
- Les déterminants subjectifs sont prédominants dans le questionnaire
  - liés à la **relation médecin/patient** et à leurs **vécus** respectifs.
- La complexité des DLAT a été principalement rattachée
  - à l'**incertitude** quant à la balance bénéfice-risque,
  - aux **vécus émotionnels** et **représentations** des patients et des médecins,
  - et aux possibles **discordances entre leurs attentes** respectives.

# Résultats préliminaires (2/2)

- L'échec des thérapeutiques
  - un **abandon inacceptable** ?
  - Le **désespoir** ?
  - Une **entrave à la discussion et à l'implication du patient** dans la décision ?
- Facteurs facilitant le processus décisionnel
  - Formation/expérience des professionnels de santé à la communication,
  - l'implication de l'équipe soignante et des proches,
  - prise en charge palliative précoce.

# Conclusion

- Faisabilité et acceptabilité
- Estimation de la fréquence de tels questionnements
- Analyse pertinente pour la compréhension de ces situations - peu explorées et souvent mal vécues.
  
- Vers une étude prospective → développer et évaluer des outils d'aide au questionnement éthique et à la décision dans ces situations.

# Remerciements

## L'équipe de recherche

Régis Aubry

Christophe Tournigand

Lionel Pazart

Florence Mathieu-Nicot

Elodie Cretin

Aurélie Godard

Eric Deconinck

Patrice Cuyenet

## Le CIC de Besançon

Franck Leroux

## Les Ligues Départementales Contre le Cancer

Doubs

Jura

Haute Saône



Observatoire  
National de la Fin de Vie

