



Sciences Economiques et Sociales
de la Santé & Traitement
de l'Information Médicale

Attitudes et pratiques des soignants face aux patients en fin de vie.



Bilan et perspectives d'un programme de recherche en santé publique
(2002-2018)

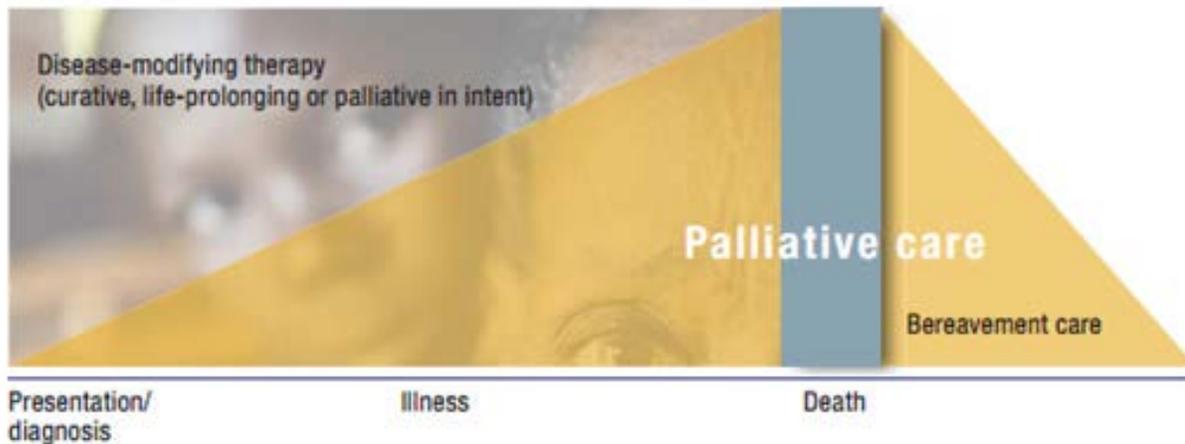


SESSTIM, Faculté de Médecine, Aix-Marseille Université, Marseille, France

<http://sesstim.univ-amu.fr/>

Naissance des soins palliatifs : la fin de vie et la douleur sont des entités médicales

Figure 1. Integrated model of curative and palliative care for chronic progressive illness



Source: Adapted from American Medical Association Institute for Medical Ethics (1999). *EPEC: education for physicians on end-of-life care*. Chicago, IL, The Robert Wood Johnson Foundation.

Cicely Saunders
Concept de souffrance
totale
en fin de vie

St. Christopher's Hospice
de Londres (1967)



(1917-2015)

Contexte français



Appartenance politique

Membre du Groupe du
Rassemblement pour la
République

Etat-civil

Né le 18 mai 1924

Décédé le 26 novembre 2013

sfap



Contexte... 1999, année charnière

- **Accélération du développement des soins palliatifs en France.**
 - Prise en compte du retard français en matière d'accompagnement et de prise en charge spécialisée des malades en fin de vie :
Rapport du sénateur Lucien NEUWIRTH.
 - Promulgation d'une loi favorisant l'accès aux soins palliatifs :
Loi du 9 juin 1999.
 - Elaboration d'un plan triennal national.
- **Mise en œuvre d'un programme de recherche dans l'objectif de faire l'état des lieux des pratiques des soignants face aux patients en situation de fin de vie.**

Phase 1 : enquêtes auprès des soignants

4 enquêtes téléphoniques nationales sur les attitudes et pratiques des soignants face aux patients en fin de vie

(PHRC, ARC , Ligue contre le Cancer et Fondation de France. PHRC, ARC , Ligue contre le Cancer et Fondation de France).

- **502 médecins généralistes** en 2002 (taux de réponse de 45%)
- **498 médecins spécialistes** en 2002 (taux de réponse de 74%, 60% et 76%)
Oncologues, neurologues et médecins exerçant dans des CISIH
- **602 infirmiers libéraux** en 2005 (taux de réponse de 75%)
- **1 502 infirmiers hospitaliers** en 2006 (taux de réponse de 70% à 96%)
Soins intensifs, Urgences, Neurologie, Médecine interne, Oncologie, Hématologie, HAD, Traitement de la douleur, Soins Palliatifs

Enquêtes Soins-Palliatifs: attitudes et pratiques des soignants face aux patients en fin de vie

4 questionnaires élaborés comportant plus de **200** questions (40 mn) (Administration téléphonique système CATI – sélection aléatoire à partir de la base de donnée CEGEDIM)

- Connaissances et opinions sur les soins palliatifs
- Connaissances, Attitudes et Pratiques relatives au traitement de la douleur
- Opinion sur les actes d'Euthanasie
- Connaissances, Attitudes et Pratiques relatives à l'Intubation et la ventilation artificielle,
- Communication soignant-patient (pronostic-diagnostic)
- Prise en charge des patients en fin de vie et accès aux équipes spécialisées (description des dernières prises en charge)

C
L
I
N
I
C
A
S
Q
U
E
S

Les soins palliatifs, c'est quoi ?

Morphine = fin de vie = « lyse » = euthanasie ?

Méconnaissance des soins palliatifs



Social Science & Medicine 60 (2005) 1781–1793

www.elsevier.com/locate/socscimed

SOCIAL
SCIENCE
&
MEDICINE

Attitudes toward palliative care, conceptions of euthanasia and opinions about its legalization among French physicians

P. Peretti-Watel^{a,b,*}, M.K. Bendiane^{a,b}, J.P. Moatti^{b,c}

^aRegional Center for Disease Control of South-Eastern France, Marseille, France

^bResearch Unit 379, Health and Medical Research National Institute, Social Sciences Applied to Medical Innovation, Institut Paoli Calmettes, Marseille, France

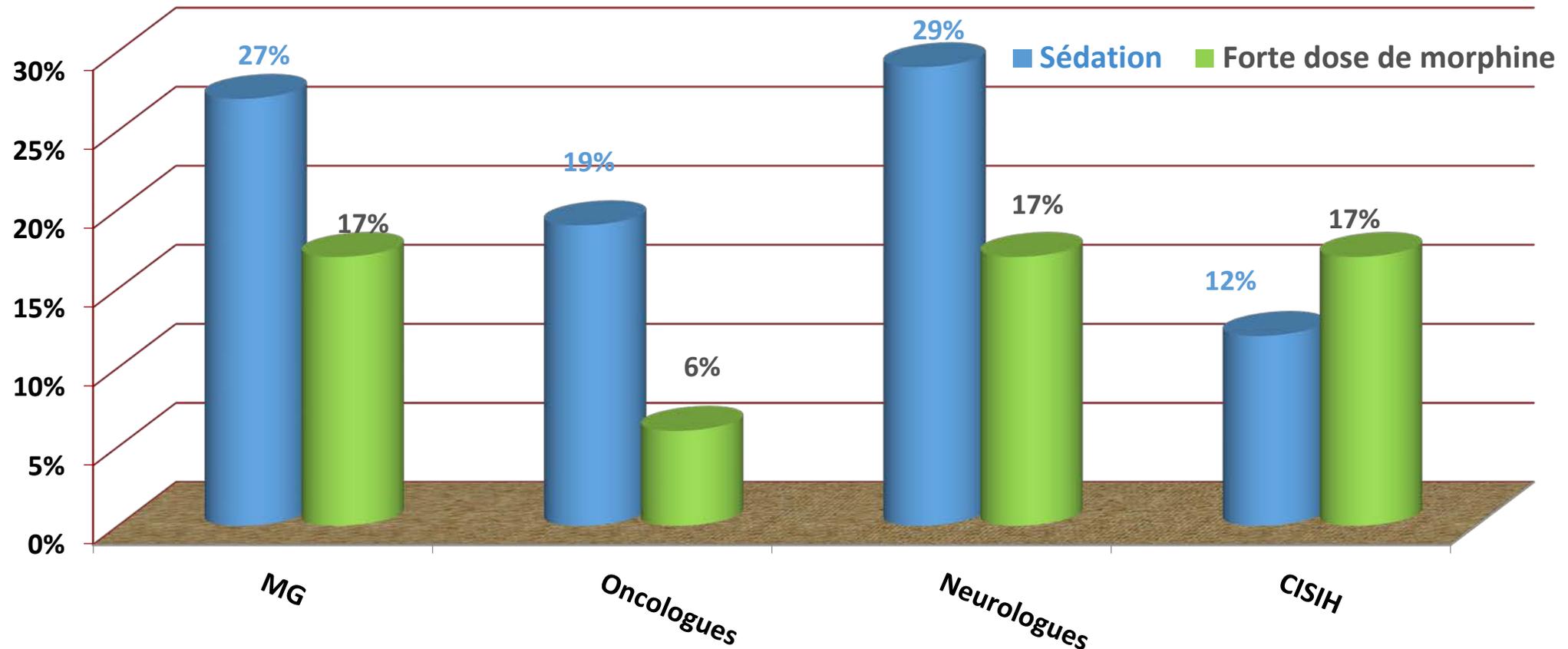
^cDepartment of Economics, University of Aix-Marseille II, France

Available online 5 November 2004

en 2002, les médecins interrogés
faisaient preuve d'une
méconnaissance globale des soins
palliatifs, par ailleurs ils démontraient
aussi une certaine confusion à l'égard
de la notion d'euthanasie.

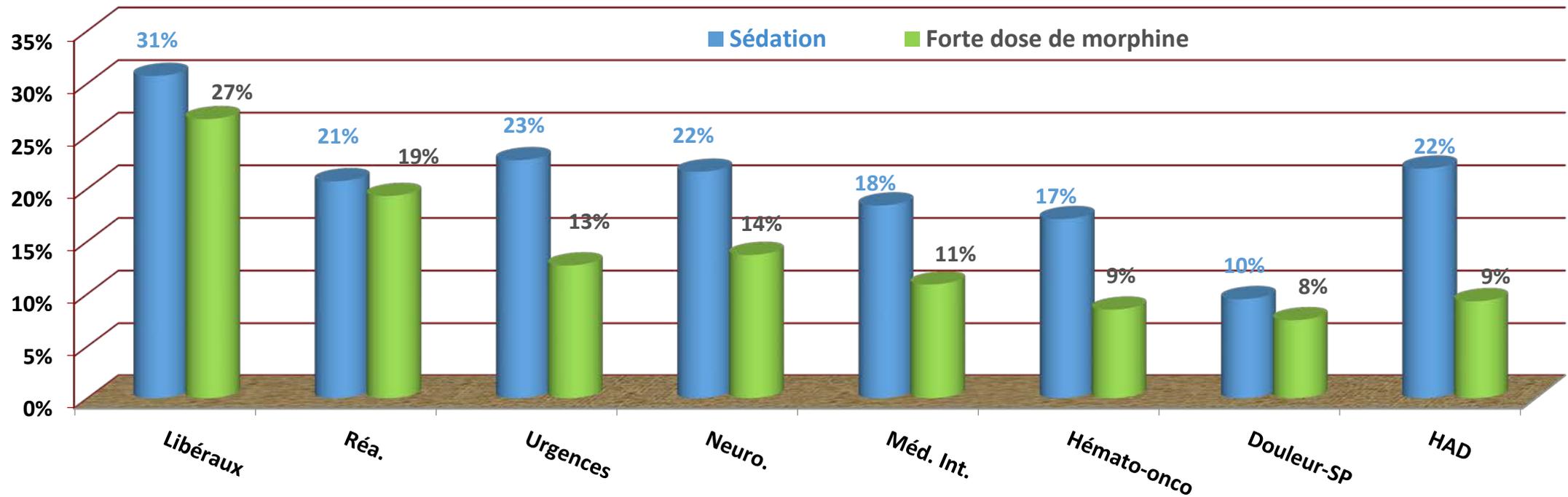
Confusion entre soins palliatifs et euthanasie -1-

Actes médicaux considérés comme des actes d'euthanasie par les médecins en 2002... [France métropolitaine, 2002]



Confusion entre soins palliatifs et euthanasie -2-

Actes médicaux considérés comme des actes d'euthanasie par les infirmiers
[France métropolitaine, 2005-2006]



Les cocktails lythiques ou "la lyse"

Opinion des médecins généralistes et spécialistes sur l'euthanasie

Résultats de l'enquête française « Attitudes et pratiques face aux soins palliatifs – 2002 »

Marc K. BEN DIANE (1, 2), Patrick PERETTI-WATEL (1, 2), Jean-Marc LAPIANA (3), Roger FAVRE (4), Anne GALINIER (5), Hervé PEGLIASCO (6), Yolande OBADIA (1, 2), et le Comité de Pilotage Soins Palliatifs PACA*



	Généralistes	Oncologues	Neurologues	Sidénologues
Considère que la prescription de cocktails lytiques est un acte d'euthanasie...				
	65%	69%	72%	64%
Prescrirait un cocktail lytique pour un patient en phase d'agonie présentant une forte douleur résistante à la morphine...				
	53%	33%	50%	55%
Considère que la prescription de cocktails lytiques est un événement courant en milieu hospitalier				
	25%	24%	23%	28%
Déclare avoir eu connaissance d'au moins un cas de prescription de cocktails lytiques chez des patients en fin de vie ...				
Au cours de la dernière année				
	24%	40%	29%	27%
Au cours des dix dernières années				
	38%	42%	44%	59%

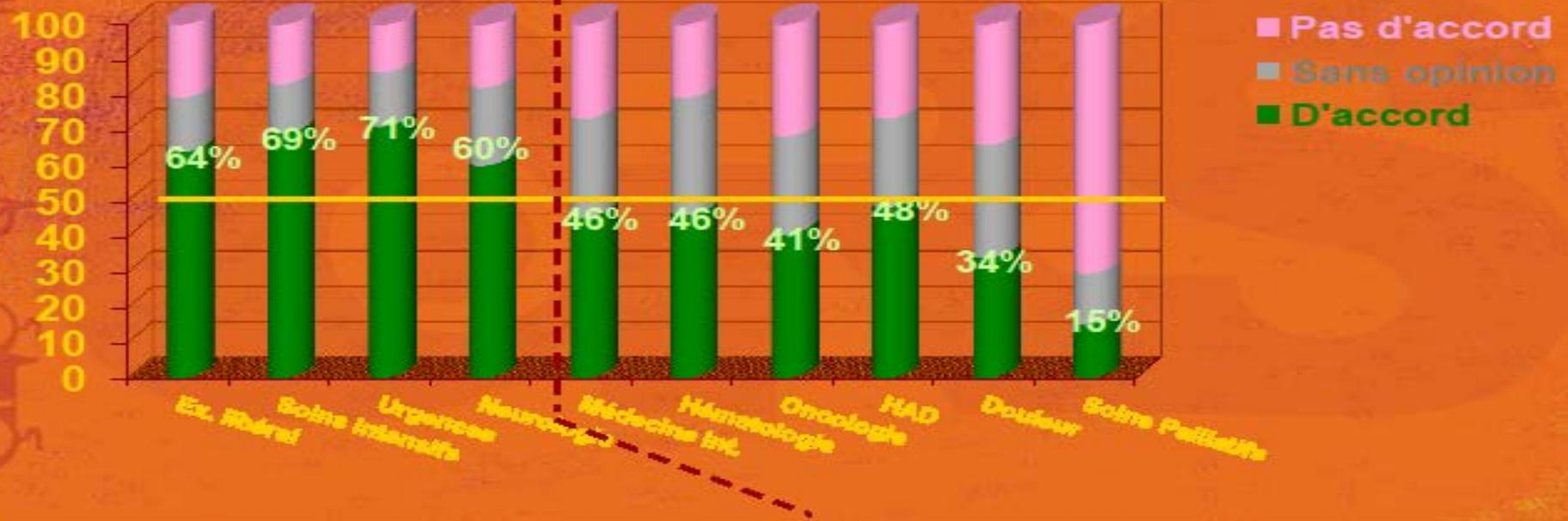
Opinion sur la légalisation de l'euthanasie -1-



Opinion sur la légalisation de l'euthanasie -2-

Observatoire national de la fin de vie, Paris, le 23 novembre 2010

Opinion du personnel infirmier sur la légalisation de l'euthanasie... [France métropolitaine, 2005] -3-



Méconnaissance des soins palliatifs -2-

Downloaded from jme.bmj.com on 18 May 2009

JME

French hospital nurses' opinion about euthanasia and physician-assisted suicide: a national phone survey

M K Bendiane, A-D Bouhnik, A Galinier, R Favre, Y Obadia and P Peretti-Watel
J. Med. Ethics 2009;35:238-244
doi:10.1136/jme.2008.025290

Updated information and services can be found at:
<http://jme.bmj.com/cgi/content/full/35/4/238>

These include:

References This article cites 37 articles, 14 of which can be accessed free at:
<http://jme.bmj.com/cgi/content/full/35/4/238#B1-B14>.

Rapid responses You can respond to this article at:
<http://jme.bmj.com/cgi/letter-submit/35/4/238>

Email alerting service Receive free email alerts when new articles cite this article - sign up in the box at the top right corner of the article

Topic collections Articles on similar topics can be found in the following collections

- End of life decisions (geriatric medicine) (839 articles)
- End of life decisions (palliative care) (843 articles)
- Hospice (830 articles)
- Suicide (psychiatry) (1231 articles)
- Assisted dying (528 articles)
- End of life decisions (ethics) (843 articles)
- Suicide (public health) (1081 articles)

Notes

To order reprints of this article go to:
<http://journals.bmj.com/cgi/reprintform>

To subscribe to *Journal of Medical Ethics* go to:
<http://journals.bmj.com/subscription/>

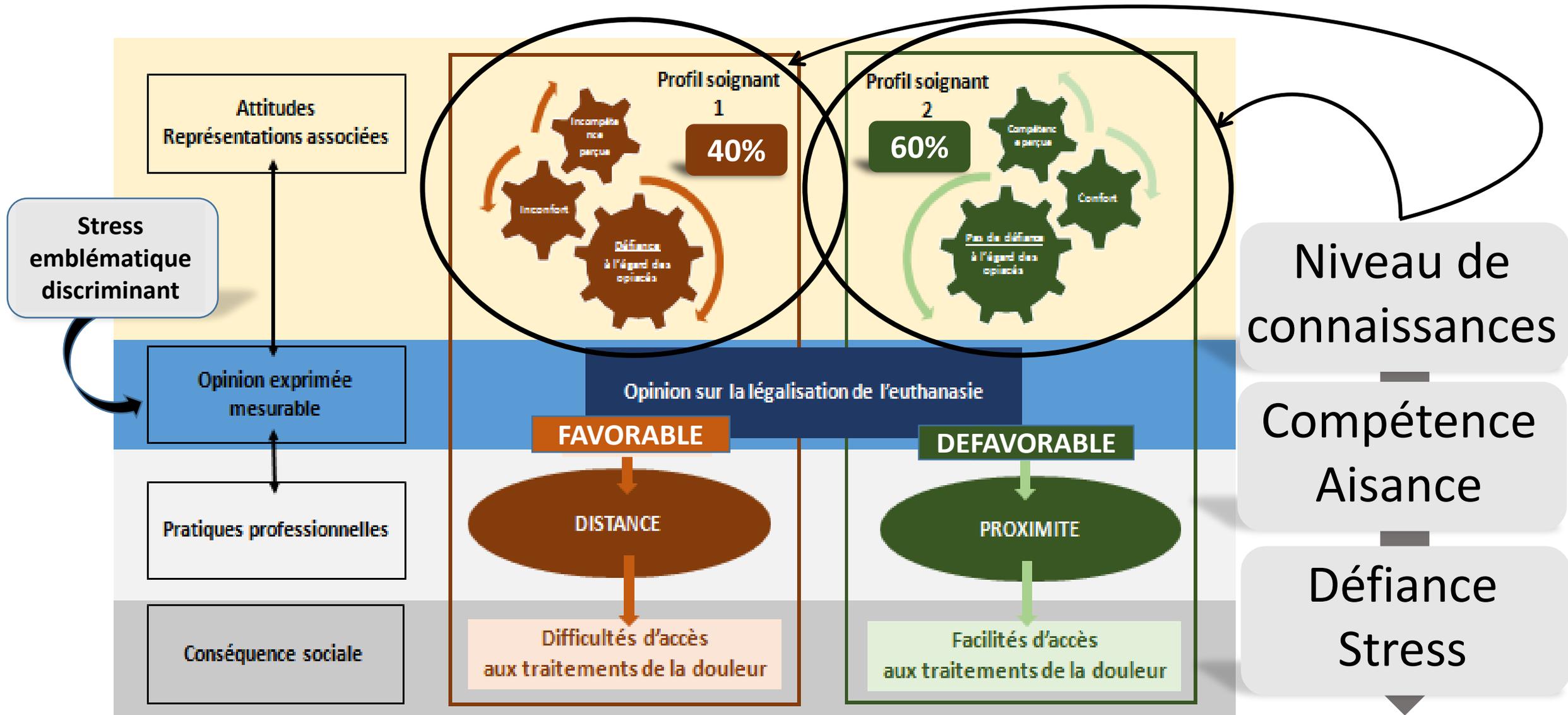
En 2006, à l'image des médecins, parmi les infirmier interrogés :

- 48% des infirmiers hospitaliers étaient en faveur d'une légalisation de l'euthanasie
- 29% en faveur d'une légalisation du suicide médicalement assisté.

Ces positions se retrouvaient plus souvent :

- chez les moins expérimentés en matière de prise en charge de patients en fin de vie,
- chez les moins formés en soins palliatifs
- chez les plus mal à l'aise face à des patients en phase terminale.

Un modèle pour expliquer l'accès aux traitements antalgiques forts....



Doit-on informer le patient à défaut ses proches ?

Du diagnostic, du pronostic, des traitements ?

Communication du diagnostic à un patient compétent (2002)

Papers

Doctors' opinions on euthanasia, end of life care, and doctor-patient communication: telephone survey in France

P Peretti-Watel, M K Bendiane, H Pegliasco, J M Lapiana, R Favre, A Galinier, J P Moatti

During the past decade, the debate about legalising euthanasia has grown in many developed countries, including France. Medical journals have reflected this surge in the so-called "ethics" articles, toward euthanasia and bioethics articles have criticised the pro and con supporters of legalisation argue that euthanasia is a confirmation of patients' end-of-life that doctors must respect patients' autonomy, including a wish to die. The latter argument suggests that cultural differences shape opinions about euthanasia, because the emphasis on autonomy is greater in English speaking countries than in other developed countries.

We assessed French doctors' opinions toward euthanasia and collected data about their attitudes and practices. We compared national specialties, which demand different patterns of end-of-life care and different aspects of capability toward and communication with terminally ill patients.

Participants, methods, and results

In 2002, the Regional Center for Disease Control and Surveillance, France, and the Health and Medical Research National Institute did a telephone survey of a sample of doctors, stratified by specialty. We selected general practitioners, oncologists, and neurologists randomly from all French doctors kept on file by the National Health Insurance Fund.

We investigated respondents' involvement in end-of-life care and palliative care, their attitude toward terminally ill patients, and whether euthanasia should be legalised, as in the Netherlands. We measured medical specialties with Pearson's χ^2 .

We contacted 1854 doctors, and 917 (50%) agreed to participate. Response rate was greater for oncologists

(81.7%) than for general practitioners (70.7/1004, 50%). Doctors who did not respond were generally too busy; they did not differ in sex, age, or size of town from respondents.

Only a minority of respondents were asked in palliative care, especially neurologists (24/198; 12.1%). Oncologists treated more terminally ill patients during the past year (mean 26.3 patients/9.9 for neurologists and 7.6 for general practitioners, $P < 0.005$), and general practitioners practised less often in palliative care with frailty (mean 1.6 patients/1000, $P < 0.001$) and more prone to systematically communicate care the opinions of patients (68.8% vs 57.2% among general practitioners and 47.8% among neurologists; $P < 0.01$) and the diagnosis to competent terminally ill patients. Oncologists were also less in favour of legalising euthanasia (25.8% vs 44.8% of general practitioners and 18.5% of neurologists; $P < 0.001$).

Conclusion

Many French doctors want euthanasia to be legalised. This opinion is more common among general practitioners and oncologists than among neurologists, who are more experienced in end-of-life care, more frequently involved in palliative care, and show greater barriers toward better communication with terminally ill patients. Because most proponents of legalisation argue that euthanasia is a confirmation of end-of-life care and that doctors should respect patients' autonomy including a wish to die, we expected to find the opposite.

French doctors' involvement in end-of-life care and palliative care, their attitude to and communication with patients, and their opinion on legalising euthanasia, 2002. Values are numbers (percentages) unless otherwise stated

Specialty (n=917) Evaluation Attitude Communication Total

French doctors' involvement in end of life care and palliative care, their attitude to and communication with patients, and their opinion on legalising euthanasia, 2002. Values are numbers (percentages) unless otherwise stated

	General practitioners (n=502)	Oncologists (n=217)	Neurologists (n=198)	Total (n=917)	P value*
Feel uncomfortable with terminally ill patients	84 (16.7)	17 (7.8)	55 (27.8)	156 (17.0)	<0.001
Systematically communicate diagnosis†	44 (8.8)	38 (17.5)	13 (6.6)	95 (10.4)	<0.001
Systematically communicate treatment‡	287 (57.2)	143 (65.9)	93 (47.0)	523 (57.0)	<0.01

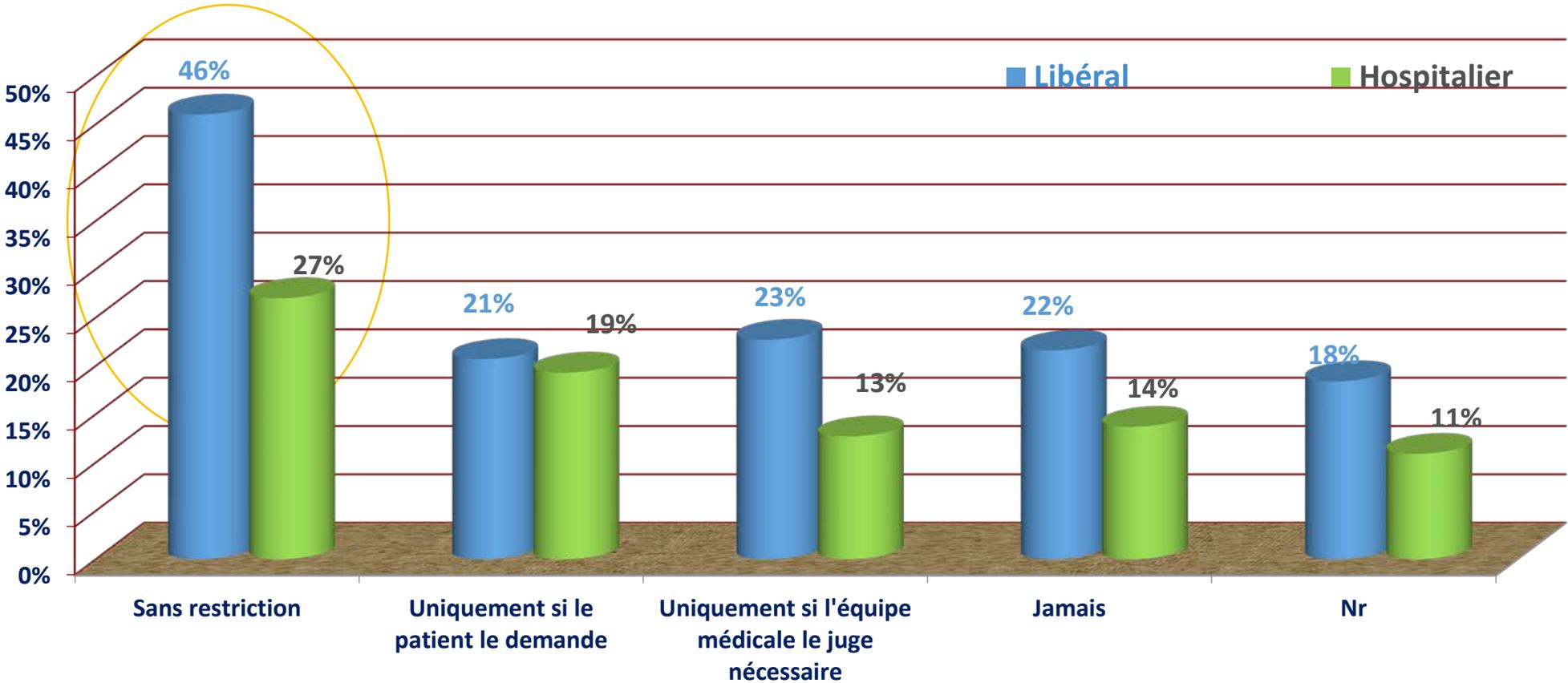
en 2002, 10% des médecins interrogés déclaraient informer systématiquement leurs patients compétents du diagnostic,

- MG : 9 %,
- Oncologues : 18%,
- Neurologues : 7 %.

Communication du diagnostic à un patient compétent (2006)

Communication par l'équipe médicale du diagnostic à un patient compétent

[France métropolitaine, 2005-2006]



Annnonce du diagnostic les données de VICAN....

sein (il concerne un tiers d'entre elles). Les autres réponses sont très minoritaires, sachant que la modalité « autre, ne sait pas » regroupe principalement des personnes qui ont indiqué que le diagnostic leur avait été annoncé par un spécialiste (gynécologue, dermatologue, ORL...), sans préciser le contexte ambulatoire ou hospitalier. Les réponses à cette question ne varient pas selon le niveau de diplôme de l'individu, ni selon le niveau de revenus de son foyer, ou encore selon l'indice de désavantage social de la commune de résidence.

Neuf fois sur dix, l'annonce du diagnostic a été faite en face-à-face, et beaucoup plus rarement par téléphone (8,2%) ou par courrier (1,6%). L'annonce par téléphone concerne une fois sur deux des patientes atteintes d'un cancer du sein, et elle est faite une fois sur deux par un médecin de ville.

Les personnes interrogées ont-elles trouvé cette annonce trop brutale? Globalement, 17,7% répondent « oui » à cette question, et 6,0% « peut-être ». L'annonce est plus souvent jugée trop brutale lorsqu'elle a été faite par un membre du personnel d'un laboratoire d'analyse ou d'un centre de radiologie, ou par téléphone ou courrier plutôt qu'en face-à-face. Ce ressenti ne dépend pas du type de cancer (pronostic bon, intermédiaire ou mauvais).

En revanche, il dépend du profil sociodémographique des enquêtés (tableau 4.1): les femmes jugent plus souvent que l'annonce a été trop brutale, et ce ressenti décroît avec l'âge au diagnostic, l'écart de genre observé se réduisant lorsque l'âge au diagnostic augmente (figure 4.2).

FIGURE 4.1. QUI A ANNONCÉ LE DIAGNOSTIC AU PATIENT? (VICAN2 2012)

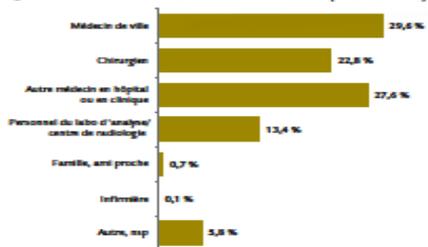
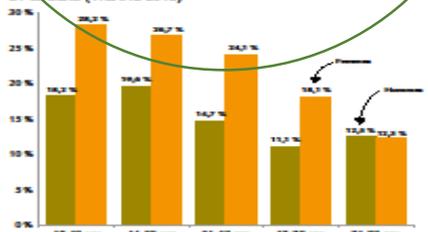
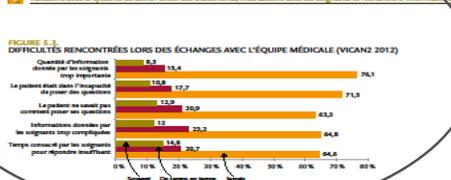


FIGURE 4.2. PROPORTION JUGANT L'ANNONCE DU DIAGNOSTIC TROP BRUTALE, SELON L'ÂGE AU DIAGNOSTIC ET LE SEXE (VICAN2 2012)



20% des patients interrogés dans VICAN ont connu leur diagnostic de cancer hors contexte médical.

FIGURE 6.3. DIFFICULTÉS RENCONTRÉES LORS DES ÉCHANGES AVEC L'ÉQUIPE MÉDICALE (VICAN2 2012)



Mélangé que, « de temps en temps » ou « souvent », les soignants n'ont pas pris assez de temps pour répondre à leurs questions (35,5%), que les informations médicales délivrées étaient trop compliquées (35,2%), ou qu'eux-mêmes ne savaient pas comment poser leurs questions aux soignants (23,8%). Un peu plus rarement, il est arrivé aux enquêtés de se trouver dans l'incapacité de poser des questions (28,5%), ou d'être confrontés à une quantité d'information délivrée par les soignants trop importante (23,9%).

À partir de ces cinq assertions, un score de satisfaction des échanges avec l'équipe médicale a été construit, en recodant numériquement les réponses, puis en les sommant: 1 pour « souvent », 2 pour « de temps en temps » et 3 pour « jamais ». Ainsi, plus le score est élevé (maximum 15), plus cela traduit une satisfaction élevée vis-à-vis des échanges avec l'équipe médicale. Quatre catégories de répondants peuvent alors être distinguées à partir de ce score variant de 5 à 15:

- les « insatisfaits » (score entre 1 et 8, un score de 8 correspondant par exemple à trois réponses « souvent » et deux « de temps en temps »), catégorie qui regroupe 9,8% de l'échantillon;
- les « assez satisfaits » (score entre 9 et 12, un score de 12 correspondant par exemple à trois « jamais », un « de temps en temps » et un « souvent »), qui correspondent à 26,9% de l'échantillon;
- les « satisfaits » (score entre 13 et 14, soit quatre « jamais » et un « de temps en temps » ou un « souvent »), qui réunissent 27,7% des personnes interrogées;
- enfin les « très satisfaits », qui ont répondu n'avoir jamais rencontré aucun des cinq problèmes de communication avec les soignants évoqués dans le questionnaire, cette dernière catégorie regroupant 35,8% des enquêtés.

35% ont constaté que les soignants ne prenaient pas assez de temps pour répondre à leurs questions (souvent 14,8% et de temps en temps 20,7%)

Connaissance du pronostic....

Communication par le médecin du pronostic à un patient compétent [France métropolitaine, 2002]

JOURNAL OF PALLIATIVE MEDICINE
Volume 9, Number 7, 2005
© Mary Ann Liebert, Inc.

Disclosure of Prognosis to Terminally Ill Patients: Attitudes and Practices Among French Physicians

P. PERREU-WATEL, Ph.D.,^{1,2} M.K. BENDJANE, M.A.,^{1,3} Y. OUBAÏA, M.D.,^{1,4}
J.M. LAÏTANA,⁵ A. GALINIKO, M.D.,⁴ D. PREGIASCIO, M.D.,⁶
R. FAVRE, Ph.D.,⁷ and J.P. MOAÏTI, Ph.D.^{8,9}

ABSTRACT

Background: Disclosure of the prognosis to terminally ill patients is a strong prerequisite for integrating the physical, psychological, spiritual, and social aspects of end-of-life care.

Objective: This study aimed to assess French physicians' general attitudes and effective practices (with patients followed up to death recently) toward such disclosure.

Design/subjects: We used data from a cross-sectional survey conducted among a national sample of 917 French general practitioners, oncologists, and neurologists.

Results: A majority of respondents opted for prognosis disclosure only at patients' request, very few opted for systematic disclosure without patient's request, and a significant minority opted for systematic concealment. Concerning deceased patients described by respondents, 44.5% of competent patients were informed of prognosis by their physician, 27.3% were informed by someone else, 9.0% refused to be informed, and 19.2% were simply not informed. Concealment was more frequent for older patients, and physicians involved in a nongovernmental organization (NGO) for patients' support were more likely to disclose the prognosis, even without patient's request.

Conclusions: Disclosure of the prognosis to terminally ill patients is still far from systematic in France. Further research is needed to better understand the motivations of French physicians' disclosure practices, which are probably culturally shaped.

INTRODUCTION

OVER THE PAST FIVE DECADES, the doctor-patient communication has generated an enormous literature.¹ A good part of this literature deals with the shift in physicians' attitudes and practices toward open disclosure of diagnosis and

prognosis, and promotion of patients' autonomy, control, and participation to the medical decision-making process. This shift is illustrated by the findings of Novak et al.² in a survey conducted among a sample of U.S. physicians in 1961; 90% reported a preference for not telling a patient with cancer his/her diagnosis; but in 1977, with the

¹Regional Center for Disease Control of South-Eastern France, Marseille, France.

²Health and Medical Research National Institute, Research Unit 375, Social Sciences Applied to Medical Innovation, Institut Henri Poincaré, Marseille, France.

³Palliative care unit "La Maison," Caudan, France.

⁴Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille (Public Case in Marseille's Hospital), Department of Palliative Care, Marseille, France.

⁵Departmental Center of Private Health Professionals, Marseille, France.

⁶Assistance Publique Hôpitaux de Marseille, service of medical oncology, Marseille, France.

⁷Department of Geriatrics, University of Aix-Marseille, II, France.

en 2002, parmi l'ensemble des patients en fin de vie compétents et suivis par les médecins interrogés (n=1911 dont 1281 compétents) :

- 45% ont été informés par le médecin du pronostic
- 27% en ont été informés par un tiers,
- 9% ont refusé de le connaître,
- 19% n'ont pas été informés.

Tous égaux en situation de fin de vie ?

Les inégalités sociales de santé : genre et âge ?

Variabilité des pratiques de soins : le traitement de la douleur

Factors associated with prescription of opioids to cancer patients

349

Table 2. Cancer patients followed up to death by responding GPs and oncologists according to whether or not they received morphine

	Patients who received morphine (n = 924)	Patients who did not receive morphine (n = 158)	p ^b
Gender			
Female (n = 487)	53.2%	43.6%	
Male (n = 595)	46.8%	56.4%	<0.05
Patient's and physician's respective genders			
Female patient–female physician (n = 188)	13.9%	18.0%	<0.01
Female patient–male physician (n = 299)	39.2%	25.6%	
Male patient–female physician (n = 190)	17.1%	17.6%	
Male patient–male physician (n = 405)	29.7%	38.7%	
Age			
<65 years (n = 460)	44.3%	32.3%	<0.001
65–80 years (n = 468)	42.5%	47.5%	
>80 years (n = 154)	13.2%	20.3%	
(Mean age in years)	(63.8)	(68.3)	
Site of death			
Genitourinary (n = 192)	18.2%	15.2%	
Lung (n = 192)	17.7%	17.7%	
Lymphoma, leukemia, and other cancers (n = 143)	12.2%	19.0%	
Patient assisted by relatives			
No (n = 97)	8.0%	14.6%	<0.01
Yes (n = 985)	92.0%	85.4%	
Decease at patient's home			
No (n = 826)	76.6%	74.7%	0.596
Yes (n = 256)	23.4%	25.3%	

^aFrom the 2002 French national survey on physicians' knowledge, attitudes, beliefs and practices toward palliative care (n = 1,082).

^bp value for the Pearson's χ^2 testing the independence hypothesis between each row variable and the prescription of morphine.

Les femmes seraient plus enclines à prescrire de la morphine...

Toutefois, lorsqu'on étudie les interactions de genre, les patients reçoivent davantage de morphine lorsqu'il s'agit de femme(s) suivie(s) par des médecins hommes

Variabilité des pratiques de soins : les actes d'euthanasie

Agreement of French nurses with euthanasia for end-of-life care patients

Bendiane et al, ECCO 15-EMSO 34
Berlin, 2009



Agreement of haematology-oncology nurses with the prescription of lethal injection to an end-of-life cancer patient: ...*Personal characteristics of the nurses -1-*

	Patient with unremitting severe pain*	Patient with functional debility*	Patient burden on family*	Patient who views life as meaningless*
Age of nurses				
<35 years (n=299)	ns	ns	1	ns
36-45 years (n=145)			1.4[0.8-2.5]	
>45 years (n=106)			2.2[1.2-4.1]	
Gender of nurses			ns	
Female (n=500)	1	1		ns
Male (n=50)	1.8[1.0-3.2]	2.8[1.2-6.2]		

* clinical vignettes used by Emmanuel et al (1996)

Variabilité des pratiques de soins : les actes d'euthanasie

Observatoire national de la fin de vie, Paris, le 23 novembre 2010

Cas cliniques (vignette) : injection létale...

[France métropolitaine, 2005] -2-

- Distribution aléatoire de l'âge et du genre du patient.



Des groupes plus vulnérables : les femmes et les patients âgés....

Variabilité des pratiques de soins : les actes d'euthanasie

Observatoire national de la fin de vie, Paris, le 23 novembre 2010

Injection létale : caractéristiques du patient...

[Exercice libéral, n=602]

	Patient avec une douleur intense (1)	Patient dépendant (2)	Patient qui a peur d'être une charge (3)	Patient démotivé par sa vie (4)
Age du patient				
70 ans (n=299)	Ns	1 1.4 [1.1-1.9]	1 2.3 [1.5-3.7]	1 2.4 [1.3-4.2]
40 ans (n=303)				
Sexe du patient				
Femme (n=302)	Ns	1 1.3 [1.0-1.7]	1 1.7 [1.1-2.7]	1 2.2 [1.2-4.0]
Homme (n=300)				

Non Significatif

Les caractéristiques du patient sont déterminantes de la décision pour les soignants d'avoir recours à une injection létale dans ces vignettes cliniques cliniques. Pour ces soignants, la souffrance semble moins supportable ou moins légitime pour patient homme ou pour un patient relativement jeune

Variabilité des pratiques de soins : accord du patient



Observatoire national de la fin de vie, Paris, le 23 novembre 2010

Cas cliniques : limitation des traitements... [France métropolitaine, 2005]

Situation initiale

Un patient hospitalisé atteint d'une SLA (Sclérose Latérale Amyotrophique ou maladie de Charcot) a besoin en urgence d'une assistance « ventilatoire » invasive (intubation).

Question 2 : Faut-il intuber ce patient ?

SUITES

Le patient a été intubé mais une trachéotomie doit être réalisée pour prolonger la ventilation artificielle et prolonger son espérance de vie

Question 2 : Faut-il réaliser cette trachéotomie ?

Variabilité des pratiques de soins : accord du patient

Observatoire national de la fin de vie, Paris, le 23 novembre 2010

Intubation et trachéotomie : caractéristiques démographiques...

[Exercice hospitalier, n=1502] -1-

	REALISER L'ACTE		SOLLICITER L'ACCORD du patient à défaut de ses proches	
	Intubation	Trachéo.	Intubation	Trachéo.
Age du patient (40 versus 70 ans)			---	---
Genre du patient (homme versus femme)			+ p<0.05	+ p<0.1
Age de l'enquêté (21-49 versus 50 ans et +)	+ p<0.01	+ p<0.02	+ p<0.05	+ p<0.1
Genre de l'enquêté (homme versus femme)			---	---

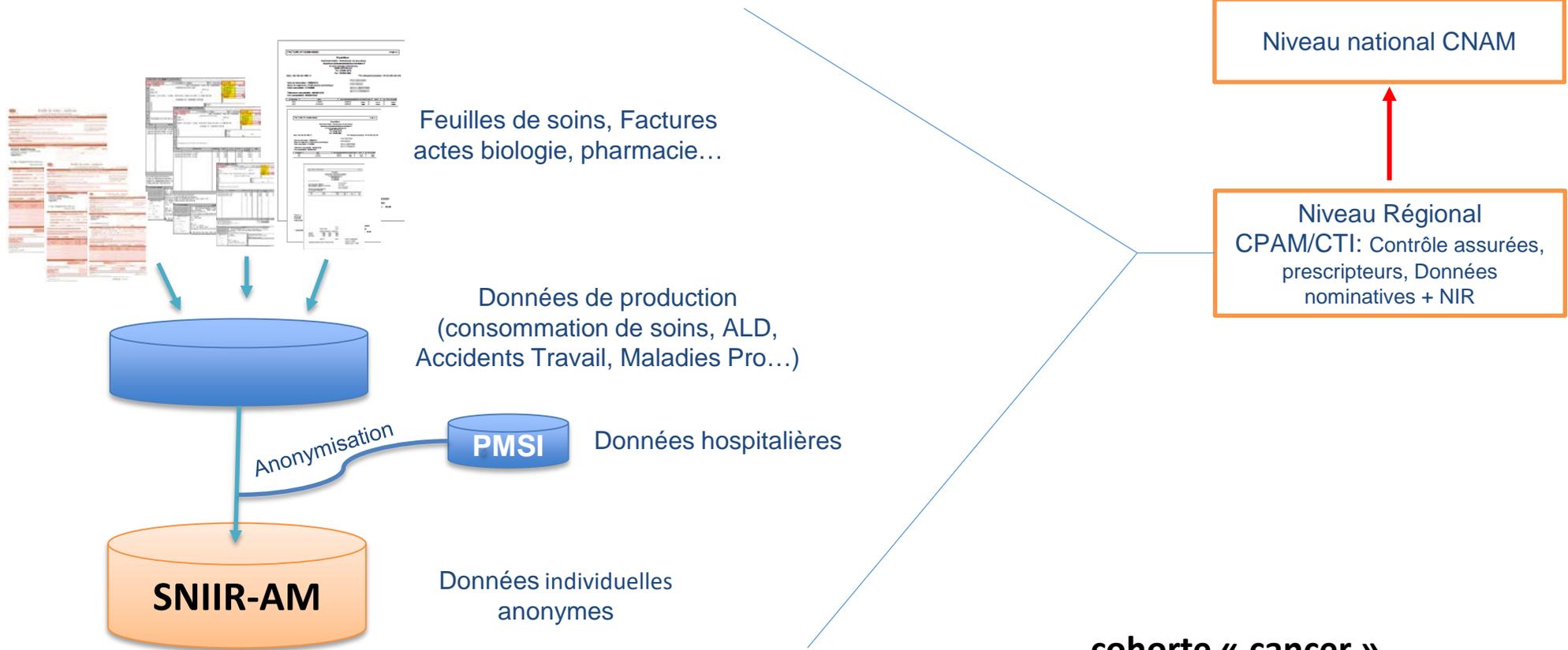
Davantage favorable
Pour un patient homme

Les plus jeunes sont davantage
favorables

Des soins palliatifs pour tous ?

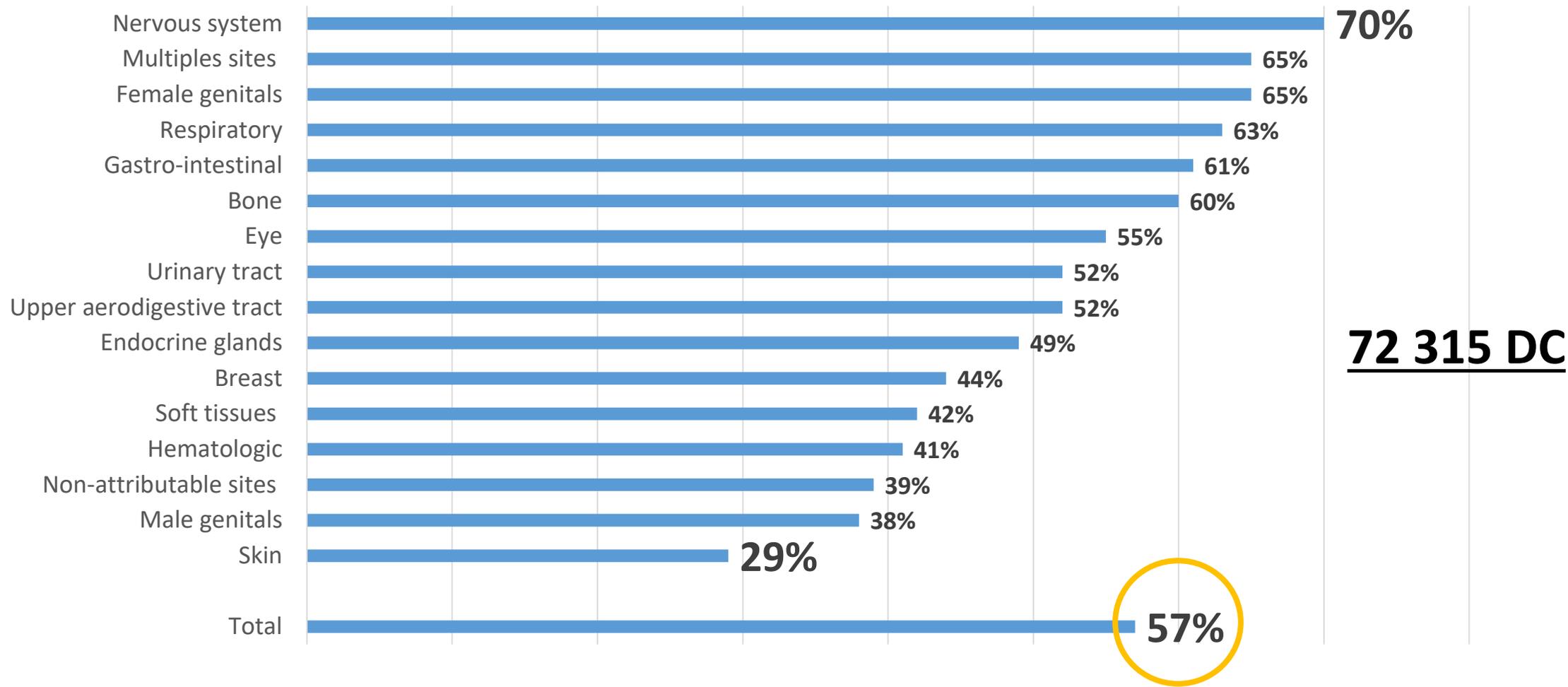
Les données de la « cohorte cancer »

Phase 2 : exploitation des données médico-administratives



cohorte « cancer »
suivi sur 25ans de tous les cas incidents de cancer en France
Identifié par le fichier des ALD, les registres et les données hospitalières

Accès aux soins palliatifs des personnes atteintes d'un cancer diagnostiqué en 2013 et décédées dans les deux premières années (par localisation).



Accès aux soins palliatifs

des personnes atteintes d'un cancer diagnostiqué en 2013 et décédées dans les deux premières années (par stade au diagnostic).

Histologie au diagnostic	Pas de soins palliatifs identifiés n = 31 374 (43%)	Soins palliatifs prodigués n = 40 941 (57%)
In situ	250 (81%)	59 (19%)
Invasif	19 164 (52%)	17 769 (48%)
Atteinte ganglionnaire	1 578 (41%)	2 279 (59%)
Métastatique	9 221 (31%)	20 551 (69%)
Non-défini	1 161 (80%)	283 (20%)

Accès aux soins palliatifs

des personnes atteintes d'un cancer diagnostiquées en 2013 et décédées dans les deux premières années.

n = 40 941 (57%)	Moyenne [Ecart Type]	Médiane [interquartile Q1-Q3]
Du diagnostic au DC (jours)	271,7 [+/- 205,4]	231,0 [87,0 – 427,0]
Du diagnostic à l'accès aux SP (jours)	206,5 [+/- 198,6]	144,0 [32.0 - 344.0]
De l'accès aux SP au DC (jours)	65,3 [+/- 100,4]	29,0 [13.0 – 67,0]

Mourir chez soi ?

Objectifs des plans « soins palliatifs »

Accès aux soins palliatifs disparités régionales (2013).

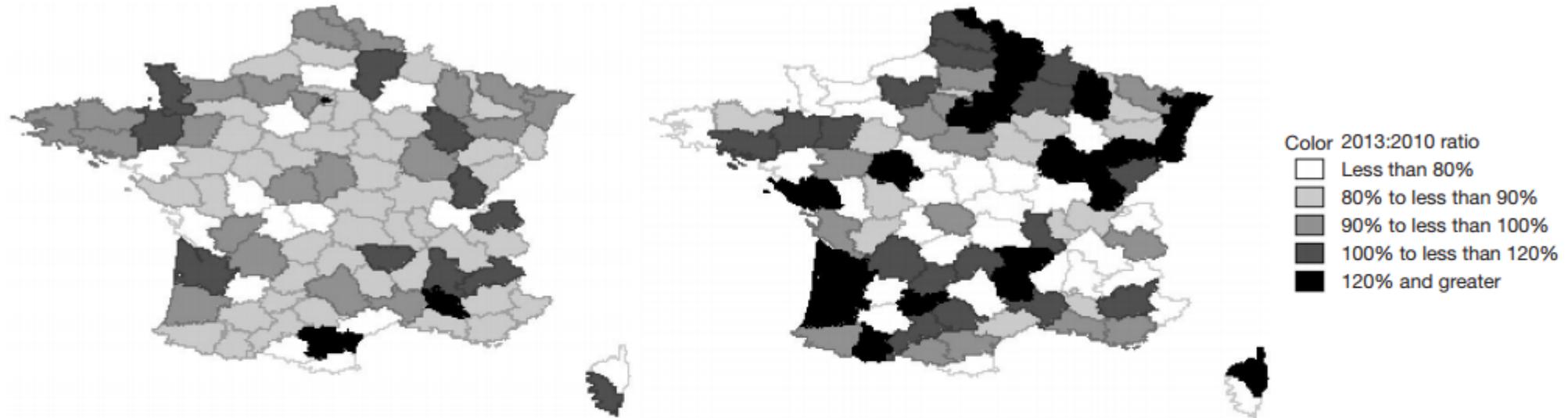


Figure 1 2013:2010 ratio of observed-to-expected rates of non-surgical admissions for cancer (A) or neurological disease (B) in which the patient died in the hospital. From lightest to darkest, the colors represent a 2013:2010 ratio of less than 80%, 80% to less than 90%, 90% to less than 100%, 100% to less than 120%, and 120% or greater. A 2013:2010 ratio of 80% means that the ratio of actual to expected inpatient deaths decreased by 20% between 2010 and 2013; a 2013:2010 ratio of 120% means that the ratio of actual to expected inpatient deaths increased by 20% between 2010 and 2013.