

QUELLE EST LA PLACE DE L'HUMAIN AU SEIN DES RECOMMANDATIONS, DES CONCERTATIONS ONCOLOGIQUES MULTIDISCIPLINAIRES ET DU PROJET THÉRAPEUTIQUE?

N. BARTHELEMY (1), M. HERMAN (2), D. BOGA (3), F. PRINCEN (4), C. THIRION (5), F. DAMAS (6),
J-F. BRICHANT (7), P. COUCKE (8)

RÉSUMÉ : Le patient atteint de cancer bénéficie à l'heure actuelle d'une médecine très technique, de plus en plus ciblée et individualisée. Et l'Homme dans tout cela ? Divers outils ont été développés afin d'aider les médecins et l'ensemble des soignants à concilier la médecine contemporaine et les droits fondamentaux du patient. Parmi ceux-ci, on trouve les Concertations Oncologiques Multidisciplinaires (COM) ainsi que les recommandations de traitement publiées par les sociétés scientifiques nationales ou internationales. La prise en charge des patients doit être interdisciplinaire et basée sur une médecine factuelle. Ce processus de prise de décisions partagée doit, au final, être en accord avec les souhaits du patient. Cette approche doit lui permettre de conserver son autonomie et d'être l'acteur principal dans les prises de décision.

MOTS-CLÉS : *Concertation multidisciplinaire - Projet thérapeutique - Communication*

WHICH IS THE PLACE OF THE HUMAN BEING INSIDE THE
RECOMMENDATIONS, MULTIDISCIPLINARY ONCOLOGICAL MEETINGS,
AND TREATMENT PLAN ?

SUMMARY : Nowadays, the cancer patient has access to a highly technical, more and more targeted and increasingly individualized medicine. And the human being in that matter ? Numerous tools have been developed to help physicians and caregivers to reconcile contemporary medicine and the rights of the patient. Among these are multidisciplinary oncology meetings and treatment guidelines published by national and international scientific societies. The patients care must be cross-disciplinary and evidence-based. This shared decision-making process should at the end be in accordance with the wishes of the patient. This approach should allow him/her to maintain autonomy and be the main actor in the decision-making process.

KEYWORDS : *Multidisciplinary meeting - Treatment plan - Communication*

INTRODUCTION

Les principes de base de la pratique médicale, dont le principe de bienveillance et de bienfaisance, ont été détaillés par Hippocrate dès le 4^{ème} siècle avant JC. Ils restent d'actualité, même s'ils ne sont pas toujours faciles à respecter.

Lors du traitement d'un patient souffrant d'un cancer, la limite entre les effets souhaités et les effets secondaires est parfois très ténue. De plus, si le but des traitements est la rémission complète et définitive, le résultat obtenu n'est souvent qu'une rémission partielle, de durée limitée, parfois accompagnée de symptômes secondaires aux traitements administrés et de coûts divers qui peuvent altérer la qualité de vie du patient.

Aujourd'hui, les professionnels de la santé disposent d'outils qui permettent de poser un diagnostic précis. De jour en jour, ils affinent

leur connaissance à propos de la tumeur et de ses extensions, de la cellule dans son milieu, des molécules, des désordres génétiques et des perturbations environnementales participant à son développement. Lorsque l'on interroge la base de données «pubmed» au sujet des articles traitant de la médecine individualisée, publiés au cours des 5 dernières années, 2.178 titres apparaissent. Ils témoignent de l'évolution spectaculaire et passionnante de la médecine du 21^{ème} siècle. Ils décrivent les progrès réalisés dans des domaines divers tels que la protéomique, la génomique, la médecine translationnelle, les biomarqueurs. Ces articles nous détaillent les développements technologiques réalisés pour l'Homme et l'amélioration de sa santé, nous projetant dans une médecine, paraissant futuriste jusqu'il y a peu, mais devenue bien réelle.

Qu'en est-il de l'Homme dans tout cela ? Parmi les 2.178 articles, à peine 5% parlent de lui comme d'un sujet, l'envisagent dans sa globalité, dans son environnement familial et social et avec ses volontés. Pour centrer la recherche sur l'Homme pris dans sa globalité, dès le début de son affection, il faut utiliser des mots-clés tels que «prise de décision partagée» et «patient au centre des soins».

(1) Professeur de Clinique, (2) Consultante, (3) Qualificatrice, (4) Infirmière, (8) Professeur, Université de Liège, Chef de Service, Service de Radiothérapie, CHU de Liège.

(5) Infirmière, Service d'Infectiologie, CHU de Liège.

(6) Professeur, Chargé de Cours Adjoint, Université de Liège, (7) Professeur, Chef de Service, Service d'Anesthésie-Réanimation, CHU de Liège.

Parallèlement à ces développements technologiques, le principe du respect des droits du patient et de son autonomie a été mis en exergue.

En Belgique, cette évolution a abouti, en 2002, à la promulgation de la loi sur les droits et les devoirs du patient (1). La relation médecin/patient est progressivement passée d'un modèle paternaliste à un modèle «délibératif», respectant la liberté de l'individu. Ce nouveau modèle impose une information du patient, loyale, claire et appropriée, afin que ce dernier puisse donner un consentement éclairé au traitement qui lui est proposé. De la sorte, le patient participe activement à son propre projet thérapeutique.

Quels que soient l'affection et son stade, l'annonce d'un diagnostic de cancer est toujours une mauvaise nouvelle. Les choix du patient évolueront tout au long de sa maladie. Ils seront fonction de divers facteurs directement ou indirectement liés au cancer: Il s'agit notamment des facteurs psychologiques, sociaux, familiaux et financiers. Face au patient porteur d'un cancer, le médecin est souvent confronté à un dilemme «cornélien» : informer le patient tout en laissant persister l'espoir.

Comment concilier la «révolution» technologique et les droits fondamentaux du patient ? Divers outils ont été progressivement développés dans ce but. Parmi ceux-ci, citons la Concertation Oncologique Multidisciplinaire (COM), les recommandations de la médecine basée sur les preuves (EBM ou «Evidence-Based Medicine»), le plan de traitement ou projet thérapeutique, ainsi que diverses techniques de communication.

LA CONCERTATION ONCOLOGIQUE MULTIDISCIPLINAIRE (COM)

Le patient atteint d'un cancer doit être pris en charge de façon interdisciplinaire. Même si, officiellement, le mot multidisciplinaire a été choisi, il est préférable de parler d'interdisciplinarité. Le terme illustre mieux l'impérieuse nécessité d'une réelle interaction entre les différents professionnels de la santé. Les médecins et autres soignants des différentes spécialités se réunissent régulièrement en COM afin de déterminer le traitement optimal pour chaque patient, qu'il soit traité avec une intention curative, palliative ou qu'il s'agisse d'une prise en charge de fin de vie (2, 3). L'intérêt de la participation aux COM du médecin traitant et du personnel paramédical a été démontré.

Leur présence est donc plus que souhaitable. En effet, ceux-ci mettent volontiers l'accent plus sur le patient que sur la maladie (4). Cependant, quel que soit le pays, leur participation est loin d'être systématique, entre autres pour des raisons organisationnelles (5). Les bénéfices attendus par la mise en commun des différentes approches sont nombreux. Citons l'amélioration de la communication et de la coordination des traitements, la prise de décision conduisant à un plus grand respect des recommandations, l'augmentation de la participation aux études cliniques, l'opportunité d'améliorer la qualité des soins et le partage des connaissances entre les différentes disciplines.

L'efficacité des COM est favorisée par un bon «leadership» et par le temps consacré à la préparation des dossiers cliniques avant la réunion. L'efficacité des COM dépend aussi du soutien technologique dont elle dispose comme l'informatisation du dossier médical ou des décisions prises et de leur suivi ainsi que par des supports techniques comme la vidéoconférence (6). L'impact des COM sur le devenir des patients n'a pas encore été déterminé de façon précise. Il a été analysé partiellement par différents auteurs. Dans 2 à 52% des cas, la prise en charge du patient est modifiée lors de la concertation multidisciplinaire (7). Ce changement provient, entre autres, d'une plus grande précision du diagnostic et/ou d'une meilleure adhésion aux recommandations. La discussion du traitement d'un patient lors d'une COM est associée à une meilleure survie du patient (8). Cependant jusqu'à 16% des décisions prises lors des COM ne sont pas respectées (7). Les principales raisons en sont l'absence de prise en compte des volontés du patient lors de la décision, une dégradation inattendue de l'état général ainsi que des comorbidités ne permettant pas d'entreprendre les traitements proposés (9). Des éléments simples et peu coûteux, mais souvent oubliés ou introuvables dans les dossiers, bien qu'essentiels, peuvent faciliter l'adaptation des décisions à chaque patient. Il s'agit de son état général évalué à l'aide des scores de performance de l'Organisation Mondiale de la Santé ou mieux encore, avec l'indice de Karnovsky, la présence de comorbidités, sa perte de poids, ainsi que des directives et souhaits exprimés par le patient (10).

LA PRATIQUE MÉDICALE BASÉE SUR L'ÉVIDENCE SCIENTIFIQUE PUBLIÉE

Depuis les années 1990, l'augmentation du nombre d'études randomisées et de méta-ana-

lyses a conduit à remplacer progressivement la médecine observationnelle et empirique par une médecine rationnelle basée sur les preuves. De certitudes moyennes et globales résultant des études et de consensus d'experts, découlent les recommandations de traitement. Ces recommandations sont, petit à petit, devenues les outils de référence garantissant des soins adaptés à chaque patient et tenant compte des connaissances du moment (11).

Malgré celles-ci, il persiste néanmoins de grandes variations dans la prise en charge des patients dans le monde, voire dans un même pays et dans un même hôpital (12). Divers facteurs contribuent à ces variations. Parmi ceux-ci, citons des facteurs socio-économiques, culturels et individuels propres au clinicien ou au patient. Lors des prises de décision en COM, adapter la médecine pratiquée selon les recommandations aux patients individuels et aux contingences locales et régionales reste un véritable «défi» (13). Expliquer les décisions aux patients est toujours nécessaire mais devient crucial lorsque plusieurs traitements conduisent aux mêmes résultats, que ce soit en termes de survie, de contrôle des symptômes ou d'effets secondaires. Il y a de multiples exemples à ce sujet, mais, à titre d'illustrations, citons les divergences thérapeutiques pour la prise en charge des patients porteurs d'une néoplasie pulmonaire de stade III ou d'un cancer prostatique de stade I. Dans les choix de traitement interviennent les coûts cliniques, psychologiques, matériels et sociaux du patient auxquels s'ajouteront les coûts financiers sociétaux. Il devient indispensable de connaître les impacts économiques de certaines décisions. L'utilisation tous azimuts irraisonnée de tout ce qui est disponible sur le plan thérapeutique n'est pas défendable, ni au niveau du patient, ni au niveau de la société. Cependant, encore aujourd'hui, les patients ne connaissent pas toujours leur rôle et leurs droits. Ceux-ci sont pourtant essentiels dans le choix de leur traitement.

LE PROJET THÉRAPEUTIQUE ET LA COMMUNICATION

Acteur principal de son projet thérapeutique, le patient, bien informé et soutenu par son médecin, devrait pouvoir trancher et choisir l'option thérapeutique qui lui convient le mieux (14). Diverses études ont analysé les interactions entre les médecins et les patients. Elles objectivent toutes un lien constructif entre la consultation où les soins sont centrés sur le

patient et les décisions. Cependant, la notion de soins centrés sur le patient et la qualité des dialogues lors des consultations restent très variables. Certains médecins sous-estiment le souhait du patient à participer aux décisions ou surestiment la quantité et la qualité des informations qu'ils lui transmettent ainsi que celles que ce dernier a enregistrées (15).

Un des enjeux de la relation médecin-patient est de faire correspondre les principes d'information et de décision partagée avec l'intérêt du patient, tout en respectant son autonomie et sa liberté (16). Apprendre à communiquer, au cours des études de médecine, mais aussi tout au long de la carrière, peut s'avérer très utile dans ces situations ! L'intérêt des formations en communication et celui de les répéter régulièrement ont été clairement démontrés (17, 18).

Parler du pronostic et de la possibilité d'une fin de vie proche reste difficile. Aujourd'hui encore, les patients ne reçoivent pas toujours des informations claires à propos des bénéfices attendus de leur traitement et des effets secondaires possibles, notamment en ce qui concerne les traitements à visée palliative (19). L'incertitude du pronostic, les attentes parfois peu réalistes de la famille, la peur d'augmenter l'anxiété du patient et de lui faire perdre espoir ainsi que le manque de temps et de formation de la part des soignants, constituent les plus grands obstacles à partager de telles informations. Différents outils sont proposés pour aider le médecin à informer le patient et faciliter son choix du traitement. Disponibles sous forme de textes, d'images ou de vidéos, ils contiennent toutes les informations nécessaires pour que le patient puisse s'approprier son traitement. Des outils clairs et précis sont disponibles même dans le contexte difficile de la communication d'un mauvais pronostic. Par exemple, les courbes de survie peuvent s'avérer utiles dans un contexte métastatique car elles illustrent, mieux que les mots, la probablement inexorable progression de la maladie (20). Ces informations, lorsqu'elles sont bien transmises, n'augmentent pas l'anxiété du patient, mais facilitent ses choix (14). Tang et al. ont analysé le choix de traitement des patients atteints de cancer du poumon, traités à visée palliative par radiothérapie. Un tableau d'aide à la décision était à leur disposition. Il présentait 2 schémas de traitements différents, l'un administrant 17 Gy en 2 fractions et l'autre 39 Gy en 13 fractions. Il soulignait les avantages et les inconvénients de chaque traitement, notamment l'impact sur le contrôle local et sur la survie. Plus de la moitié

des patients ont choisi le schéma long, essentiellement en raison d'une probabilité de survie plus longue. Les patients ayant choisi le schéma court l'ont fait parce que la durée du traitement était plus courte, le contrôle des symptômes plus long et le coût moindre. Il faut souligner que les soins de santé étaient à la charge des patients dans le pays où l'étude a été réalisée. Le message clé est que les patients étaient satisfaits d'avoir participé au choix de leur traitement. Les auteurs objectivent également une discordance entre le choix du patient et du médecin. En effet, 56% des schémas courts et 4% des schémas longs, choisis par les patients, ont été transformés par les radiothérapeutes (21)

CONCLUSION

Entraîné par l'obligation d'une connaissance de plus en plus pointue de l'infiniment petit, par l'utilisation de techniques de plus en plus complexes et par le spectre de contraintes financières et médico-légales de plus en plus importantes, le médecin doit constamment s'efforcer de permettre au patient de rester un Etre Humain, c'est-à-dire un individu autonome, acteur de sa vie, quel que soit le moment dans son parcours de soins et dans son existence.

BIBLIOGRAPHIE

- Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient (Moniteur belge du 26 septembre 2002). http://economie.fgov.be/fr/modules/regulation/loi/20020822_1_droits_patient_mb_20020926_.jsp
- Orgerie MB, Duchange N, Pélacier N, et al.— Decision process in oncology : the importance of multidisciplinary meeting. *Bull Cancer*, 2010, **97**, 255-264.
- Strong S, Blencowe NS, Fox T, et al.— The role of multi-disciplinary teams in decision-making for patients with recurrent malignant disease. *Palliat Med*, 2012, **26**, 954-958.
- Innes S, Payne S.— Advanced cancer patients' prognostic information preferences: a review. *Palliat Med*, 2009, **23**, 29-39.
- Sisler J, McCormack-Speak P.— Bridging the gap between primary care and the cancer system : the UPCON Network of Cancer Care Manitoba. *Can Fam Physician*, 2009, **55**, 273-278.
- Patkar V, Acosta D, Davidson T, et al.— Cancer multidisciplinary team meetings: evidence, challenges, and the role of clinical decision support technology. *Int J Breast Cancer*, 2011, 831605.
- Lamb BW, Brown KF, Nagpal K, et al.— Quality of care management decisions by multidisciplinary cancer teams: a systematic review. *Ann Surg Oncol*, 2011, **18**, 2116-2125.
- Castel P, Tassy L, Lurkin A, et al.— Multidisciplinary and medical decision, impact for patients with cancer: sociological assessment of two tumour committees' organization. *Bull Cancer*, 2012, **99**, E34-42.
- Blazeby JM, Wilson L, Metcalfe C, et al.— Analysis of clinical decision-making in multi-disciplinary cancer teams. *Ann Oncol*, 2006, **17**, 457-460.
- Vinod SK, Sidhom MA, Delaney GP, et al.— Do multidisciplinary meetings follow guideline-based care? *J Oncol Pract*, 2010, **6**, 276-281.
- Sackett DL, Rosenberg WM.— The need for evidence-based medicine. *J R Soc Med*, 1995, **88**, 620-624.
- Wishart GC, Greenberg DC, Chou P, et al.— Treatment and survival in breast cancer in the Eastern Region of England. *Ann Oncol*, 2010, **21**, 291-296.
- Hay MC, Weisner TS, Subramanian S, et al.— Harnessing experience: exploring the gap between evidence-based medicine and clinical practice. *J Eval Clin Pract*, 2008, **14**, 707-713.
- Politi MC, Studts JL, Hayslip JW.— Shared decision making in oncology practice : what do oncologists need to know ? *Oncologist*, 2012, **17**, 91-100.
- Dimoska A, Butow PN, Dent E, et al.— An examination of the initial cancer consultation of medical and radiation oncologists using the Cancode interaction analysis system. *Br J Cancer*, 2008, **98**, 1508-1514.
- Laude C, Deygas S.— Withholding and withdrawal decisions in oncology : legal frame and practice. *Bull Cancer*, 2009, **96**, 777-784.
- Dimoska A, Butow PN, Lynch J, et al.— Implementing patient question-prompt lists into routine cancer care. *Patient Educ Couns*, 2012, **86**, 252-258.
- Razavi D, Merckaert I, Marchal S, et al.— How to optimize physicians' communication skills in cancer care: results of a randomized study assessing the usefulness of posttraining consolidation workshops. *J Clin Oncol*, 2003, **21**, 3141-3149.
- Audrey S, Abel J, Blazeby JM, et al.— What oncologists tell patients about survival benefits of palliative chemotherapy and implications for informed consent: qualitative study. *BMJ*, 2008, **337**, a752.
- Hancock K, Clayton JM, Parker SM, et al.— Truth-telling in discussing prognosis in advanced life-limiting illnesses : a systematic review. *Palliat Med*, 2007, **21**, 507-517.
- Tang JI, Shakespeare TP, Lu JJ, et al.— Patients' preference for radiotherapy fractionation schedule in the palliation of symptomatic unresectable lung cancer. *J Med Imaging Radiat Oncol*, 2008, **52**, 497-502.

Les demandes de tirés à part sont à adresser au Dr N. Barthelemy, Service de Radiothérapie, CHU de Liège, Belgique.
Email : nbarthelemy@chu.ulg.ac.be