

JANVIER 2018

/référentiel organisationnel

**REPÉRAGE
ET TRAITEMENT
PRÉCOCE
DE LA SOUFFRANCE
PSYCHIQUE
DES PATIENTS
ATTEINTS
DE CANCER**

/Avis d'experts

RECOMMANDATIONS ET RÉFÉRENTIELS

e-cancer.fr



L'Institut national du cancer (INCa) est l'agence d'expertise sanitaire et scientifique en cancérologie chargée de coordonner la lutte contre les cancers en France.

Ce document doit être cité comme suit : © /référentiel organisationnel , Repérage et traitement précoce de la souffrance psychique des patients atteints de cancer /avis d'experts, Recommandations et référentiels, INCa, janvier 2018

Ce document est publié par l'Institut national du cancer qui en détient les droits. Les informations figurant dans ce document peuvent être réutilisées dès lors que : (1) leur réutilisation entre dans le champ d'application de la loi N°78-753 du 17 juillet 1978 ; (2) ces informations ne sont pas altérées et leur sens dénaturé ; (3) leur source et la date de leur dernière mise à jour sont mentionnées.

Ce document est téléchargeable sur e-cancer.fr

SOMMAIRE

INTRODUCTION	4
MÉTHODOLOGIE	5
PRINCIPES GÉNÉRAUX	6
1. AMÉLIORATION DU TRAITEMENT DE LA SOUFFRANCE PSYCHIQUE : LES ENJEUX	6
2. SOUFFRANCE PSYCHIQUE ET PARCOURS DE SOINS.....	8
3. PROFESSIONNELS DE SANTÉ IMPLIQUÉS DANS LE TRAITEMENT DE LA SOUFFRANCE PSYCHIQUE.....	10
4. COORDINATION DES PROFESSIONNELS DEVANT LA SOUFFRANCE PSYCHIQUE.....	12
5. PROCESSUS D'ÉVALUATION DE LA SOUFFRANCE PSYCHIQUE	14
FICHES PRATIQUES	16
1. FICHE 1 /Vous êtes un professionnel de santé impliqué dans le parcours de soins d'une personne atteinte d'un cancer	17
2. FICHE 2 /Vous êtes un professionnel de soins psychiques	22
Composition du groupe de travail	27
Glossaire	28
Bibliographie	30

INTRODUCTION

Le traitement de la souffrance psychique est une des composantes du socle de base des soins de support qui doit être mis à disposition de chaque patient¹. Le Plan cancer 2014-2019 souligne trois enjeux majeurs pour les soins de support en général et le traitement de la souffrance psychique en particulier :

- **Action 7.3.2** : « Mettre en place, dès l'annonce et tout au long de la prise en charge, une détection systématique des besoins en soins de support et d'accompagnement, soutenue par le développement d'outils adaptés, et par la formation/sensibilisation des soignants à la détection de ces besoins »
- **Action 7.6** « Assurer une orientation adéquate vers les soins de support pour tous les malades »
- **Action 7.7** « Améliorer l'accès à des soins de support de qualité » et plus spécifiquement la sous-action 7.7.1 « Produire des référentiels nationaux de bonnes pratiques sur les soins de support ».

De fait, l'organisation du parcours de soins des patients atteints de cancer doit aujourd'hui garantir trois principes structurants :

- le repérage systématique et précoce des besoins de traitement psychique des patients, de leur orientation adéquate vers les soins psychiques adaptés, au plus près de leur lieu de vie ;
- l'équité des soins psychiques adaptés ;
- la continuité dans le parcours de soins psychiques du patient.

LA SOUFFRANCE PSYCHIQUE PEUT ATTEINDRE TOUT PATIENT ATTEINT DE CANCER, À TOUT MOMENT DU PARCOURS DE SOINS, MAIS ÉGALEMENT TOUTE PERSONNE GUÉRIE.

ELLE PEUT ÉGALEMENT IMPACTER LE PROCHE DU PATIENT, QU'IL SOIT PARENT, CONJOINT OU ENFANT.

Des informations destinées à vos patients et à leurs proches sont consultables sur e-cancer.fr, rubrique Cancer info, ainsi que dans les guides de la même collection.

Ce document propose un référentiel de détection, d'évaluation, d'orientation et d'accompagnement des patients atteints de cancer en souffrance psychique. Son objectif est d'une part d'aider les professionnels (pratiquant en établissement ou en ville, spécialistes des soins psychiques ou non) à détecter et évaluer les besoins des patients en situation de souffrance psychique présente ou potentielle ; d'autre part de renforcer la qualité de l'organisation de ces soins psychiques. Il comprend :

- un tronc commun détaillant les principes généraux du traitement de la souffrance psychique ;
- et deux fiches spécifiques, reprenant certains principes généraux, destinées aux professionnels de santé non spécialisés en soins psychiques et aux professionnels de soins psychiques.

¹ Pour un accompagnement de qualité, tout patient atteint de cancer doit pouvoir disposer, le cas échéant, d'un soutien psychologique, du traitement de la douleur et de problèmes diététiques ou nutritionnels, d'un soutien social, familial et professionnel. L'activité physique, les conseils d'hygiène de vie, le soutien psychologique des proches et des aidants, la mise en œuvre de la préservation de la fertilité et le traitement des troubles de la sexualité doivent compléter l'offre en soins de support.

MÉTHODOLOGIE

Pour élaborer ce référentiel, l'Institut National du Cancer (INCa) s'est appuyé sur un groupe d'experts pluri-professionnel (usagers, psychologues, psychiatres, oncologues, infirmiers, pharmaciens, autres médecins...) et plurisectoriel (public et privé, ville et hôpital).

Les experts ont été mobilisés par l'INCa, notamment avec l'appui de la Société française de psycho-oncologie (SFPO), de l'Association Francophone pour les Soins Oncologiques de Support (AFSOS), du Collège de médecine générale (CMG), de l'Association Française des Infirmier(e)s de Cancérologie (AFIC), de la Ligue nationale contre le cancer, de l'association Vivre comme avant. Le Comité des Usagers et des Professionnels² (COMUP) de l'INCa a également été sollicité. La composition du groupe d'experts figure en annexe 1 du rapport.

Les experts sollicités ont tous rempli une déclaration publique d'intérêt (DPI) et l'analyse de ces DPI n'a identifié aucun conflit d'intérêts.

Le groupe a été scientifiquement coordonné par le Dr Sarah Dauchy, psychiatre, chef du Département Interdisciplinaire en soins de support (DISSPO) à l'Institut Gustave Roussy et présidente de la SFPO.

Le travail a permis de définir les thématiques à développer dans le document, de préciser ou d'ajuster l'objectif du référentiel, d'alimenter la réflexion, de participer à la rédaction et à la relecture du référentiel.

Un travail de bibliographie a été fourni par les experts pour les éléments portant sur les principes généraux du référentiel.

Le référentiel a été rédigé à partir :

- des échanges des experts en réunions plénières ;
- des échanges des experts en sous-groupes (coordonnés par le Dr Dauchy) sur les thématiques :
 - équité des soins ;
 - qualité des soins
 - continuité des soins
- des productions écrites par les experts et des éléments bibliographiques transmis.

La première synthèse des travaux des experts a été revue au cours d'une séance plénière. Il a ensuite été soumis au groupe d'experts pour relecture. Le référentiel a ensuite été validé par le Comité des expertises et des publications de l'INCa le 5 décembre 2016. Cette méthodologie a été présentée au Comité des expertises et des publications de l'INCa.

² Instance de consultation unique de l'INCa

PRINCIPES GÉNÉRAUX

1. AMÉLIORATION DU TRAITEMENT DE LA SOUFFRANCE PSYCHIQUE : LES ENJEUX

COMPRENDRE LA SOUFFRANCE PSYCHIQUE

SOUFFRANCE PSYCHIQUE ET DÉTRESSE PSYCHIQUE

La souffrance psychique est un état de mal-être dont la traduction symptomatique est très variable selon les patients, en particulier selon leur capacité à reconnaître et verbaliser leur vie émotionnelle, voire simplement selon leur contexte socioculturel. Les symptômes émotionnels (anxieux ou dépressifs) en sont les signes plus fréquents, mais leur absence ne doit pas faire conclure à l'absence de souffrance psychique : celle-ci peut aussi avoir une traduction relationnelle (hypersensibilité, irritabilité...), comportementale (agressivité, inobservance thérapeutique...) ou somatique (vertiges, palpitations, troubles digestifs...).

C'est la mesure du degré d'intensité de cette souffrance, sa durée ainsi que ses conséquences, qui peuvent rendre nécessaire une thérapie. Lorsque la souffrance est temporaire et fait suite à un événement stressant ponctuel, elle est considérée comme une réaction adaptative normale. En revanche, lorsqu'elle devient intense et perdure, elle peut constituer l'indicateur d'un trouble psychopathologique, voire psychiatrique.

L'évaluation de la souffrance psychique peut être réalisée lors d'un entretien clinique ; lorsque son évaluation fait appel à des outils standardisés (échelles ou questionnaires) ; on parle habituellement de mesure de la « détresse » psychique.

SOUFFRANCE PSYCHIQUE INDUITE PAR LE CANCER

La confrontation au diagnostic de cancer et à ses conséquences rend nécessaire pour les patients et leurs proches un important travail d'adaptation psychique, qui peut s'accompagner d'une souffrance psychique majeure. L'état de souffrance psychique peut également être préexistant et être alors aggravé par la pathologie cancéreuse et ses traitements.

Les troubles émotionnels, tous types confondus, qui sont la traduction la plus fréquente de la souffrance psychique atteignent près de 40 % des patients (Mitchell, 2011³). Il peut s'agir de symptômes anxieux ou dépressifs (ces derniers pouvant, lorsqu'ils sont assez nombreux et associés, conduire

³ Mitchell AJ, Chan M, Bhatti H, Halton H, Grassi L et al. Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings : a meta-analysis of 94 interview-based studies, *Lancet Oncology* 2011; 12 (2); 160-174.
[http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lanonc/PIIS1470-2045\(11\)70002-X.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lanonc/PIIS1470-2045(11)70002-X.pdf)

au diagnostic d'épisode dépressif), présents chez 15 % des patients quelle que soit la phase de la maladie (Mitchell, 2011). Le risque de suicide est également augmenté, notamment au cours de l'année qui suit le diagnostic (Fang Fang, 2012⁴).

IMPACTS DE LA SOUFFRANCE PSYCHIQUE

La souffrance psychique est associée à une moins bonne qualité de vie (Arrieta, 2013⁵), à des hospitalisations plus longues (Prieto, 2000⁶), et impacte sur la vie familiale, sociale et professionnelle (Kim, 2010⁷).

L'existence d'une dépression est un facteur de risque de mortalité (Lloyd Williams, 2009⁸ ; Pinquart, 2005⁹ ; Satin, 2009¹⁰), en lien au moins en partie avec des différences en termes d'accès aux soins, d'hygiène de vie ou de compliance (certaines études démontrent que le risque de non-observance est multiplié par deux en cas de dépression).

Les principales organisations internationales de santé (Organisation Mondiale de la Santé, American Society of Clinical Oncology, Union for International Cancer Control,...) ont de ce fait intégré le repérage et le traitement approprié de la détresse psychique, comme une part intégrante de la prise en charge globale des patients atteints de cancer (Pirl, 2014¹¹).

La mobilisation de l'ensemble des acteurs du parcours est nécessaire pour répondre précocement aux souffrances psychiques des patients atteints de cancer.

LA SOUFFRANCE PSYCHIQUE PEUT ATTEINDRE TOUT PATIENT ATTEINT DE CANCER, À TOUT MOMENT DU PARCOURS DE SOINS, MAIS ÉGALEMENT TOUTE PERSONNE GUÉRIE.

ELLE PEUT ÉGALEMENT IMPACTER LE PROCHE DU PATIENT, QU'IL SOIT PARENT, CONJOINT OU ENFANT.

Des informations destinées à vos patients et à leurs proches sont consultables sur e-cancer.fr, rubrique Cancer info, ainsi que dans les guides de la même collection.

⁴ Fang F, Fall K, Mittelman M, Suicide and Cardiovascular death after a cancer diagnosis, *New England journal of medicine*, 2012 ; 366, 1310-1318. <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMoa1110307>
⁵ Arrieta O, Angulo LP, Núñez-Valencia C, Dorantes-Gallareta Y, Macedo EO, Martínez-López D, et al. Association of depression and anxiety on quality of life, treatment adherence, and prognosis in patients with advanced non-small cell lung cancer. *Annals of Surgical Oncology*, 2013;20(6):1941-8. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23263699>

⁶ Prieto JM, Blanch J, Atala J, Carreras E, Montserrat R, et al. Psychiatric Morbidity and impact on hospital length of stay among hematologic cancer patients receiving stem cell transplantation, *Journal of clinical oncology*, 2002 ; 20, 1907-1917. <http://hwmaint.jco.ascopubs.org/cgi/content/abstract/20/7/1907>

⁷ Kim Y, Spillers RL. Quality of life of family caregivers at 2 years after a relative's cancer diagnosis. *Psycho-oncology* 2010;19:431-40

⁸ Lloyd-Williams M, Dennis M, Taylor F, A prospective study to determine the association between physical symptoms and depression in patients with advanced cancer, *Palliative medicine*, 2004 ; 18, 558-563. <http://pmj.sagepub.com/content/18/6/558.abstract>

⁹ Pinquart M, Duberstein P, Depression and cancer mortality : a meta-analysis, *Palliative medicine*, 2010 ; 40, 1797-1810. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2935927/>

¹⁰ Satin J, Linden W, Phillips M, Depression as a predictor of disease progression and mortality in cancer patients, a meta-analysis, *Cancer*, 2009, 115 : 5349-5361. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/cncr.24561/pdf>

¹¹ Pirl W, Fann J, Greer J, Braun I, Deshields T, et al, Recommendations for the implementation of distress screening programs in cancer centers, from the American Psychosocial Oncology Society (APOS), Association of Oncology Social Work (AOSW), and Oncology Nursing Society (ONS) joint task force, *Cancer*, 2014, ; 120 :2946-2954. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/cncr.28750/pdf>

2. SOUFFRANCE PSYCHIQUE ET PARCOURS DE SOINS

QUELLE QUE SOIT LA PHASE DE LA MALADIE, L'EXISTENCE DE SYMPTÔMES NON CONTRÔLÉS, UN RETENTISSEMENT FONCTIONNEL OU ESTHÉTIQUE IMPORTANT, LA PERTE D'AUTONOMIE, L'EXISTENCE DE SÉQUELLES IMPORTANTES, SONT DES SITUATIONS À RISQUE ACCRU DE SOUFFRANCE PSYCHIQUE.

RISQUE À TOUS LES TEMPS DU PARCOURS DE SOINS

✚ PÉRIODES CRITIQUES

Certaines périodes du parcours de soins peuvent être plus particulièrement difficiles à vivre pour le patient et doivent faire l'objet d'une vigilance accrue de la part des professionnels. La rémission et la guérison peuvent également être vécues difficilement notamment en raison d'un sentiment d'abandon, ou lorsque la peur de la récurrence est trop importante.

L'encadré ci-dessous reprend de façon schématique et non exclusive les moments critiques du parcours en termes de risque de souffrance psychique.

REPÈRES SUR LES MOMENTS CRITIQUES DU PARCOURS

- Période d'attente ou de confirmation du diagnostic
- Annonces : du diagnostic, d'un risque génétique, d'un changement de traitement, d'un échappement thérapeutique, de l'arrêt ou de la limitation des traitements spécifiques, du passage en soins palliatifs, de la guérison...
- Décision thérapeutique
- Traitement mutilant, provoquant des douleurs ou séquelles
- Retour à domicile
- Fin de traitement
- Bilans de surveillance
- Rechute
- Reprise du travail

Au-delà de « moments » précis du parcours identifiés comme particulièrement critiques, la souffrance psychique peut survenir à tout moment dans la vie du patient. Une multitude de facteurs individuels peuvent être impliqués dans sa survenue, qu'il s'agisse de symptômes physiques (douleur, fatigue, nausées...), de traitements reçus, d'une prise de conscience de l'évolutivité de la maladie cancéreuse, des relations avec l'équipe soignante... ou tout autre événement significatif pour le patient (événements familiaux, socio-professionnels, perte de la fertilité...).

PATIENTS PARTICULIÈREMENT VULNÉRABLES

En plus des périodes à risque et des situations difficiles, certains patients ont des facteurs de vulnérabilité personnelle. En cancérologie, ceux-ci sont connus et doivent impérativement être recherchés par les professionnels dès le début de la maladie, puis lors des périodes et des situations difficiles du parcours de soins. Leur présence doit faire l'objet d'une attention renforcée à l'état psychologique.

REPÈRES SUR LES FACTEURS DE VULNÉRABILITÉ PERSONNELLE DES PATIENTS ATTEINTS DE CANCER À LA DÉTRESSE PSYCHIQUE

- Age < 50 ans
- Antécédents psychiatriques personnels : dépression, troubles de la personnalité, tentative de suicide, pathologie psychiatrique chronique (schizophrénie, trouble bipolaire de l'humeur)
- Présence d'une ou plusieurs addictions
- Antécédents psychiatriques familiaux : suicide, dépression
- Isolement social, deuil ou événements traumatiques récents
- Handicap physique, maladie chronique
- Charges financières, familiales ou sociales importantes

NB : l'existence d'un retard au diagnostic ou d'une mauvaise observance du suivi ou des soins peut représenter un marqueur de vulnérabilité psychique

3. PROFESSIONNELS DE SANTÉ IMPLIQUÉS DANS LE TRAITEMENT DE LA SOUFFRANCE PSYCHIQUE

Le traitement personnalisé de la souffrance psychique commence par une évaluation, initiée dès le début et répétée régulièrement tout au long du parcours de soins, quel que soit le lieu de soin, et au plus proche du lieu de vie du patient.

Parce qu'elle est fréquente, parce qu'elle peut survenir à tout moment du parcours, sa détection ne peut être réservée aux professionnels de soins psychiques, psychologues ou psychiatres : tout professionnel de santé doit être en mesure de la détecter pour orienter au plus tôt vers une prise en charge adaptée.

Le traitement de la souffrance psychique relève de professionnels spécialisés, psychologues ou psychiatres, ainsi que du médecin généraliste. En leur absence ou en complément, l'implication de tous les professionnels de santé est nécessaire pour agir sur les causes ou les facteurs favorisant la détresse.

Cela nécessite donc que :

- les professionnels non spécialisés en soins psychiques connaissent les facteurs de risques et les symptômes de la détresse psychique chez les patients atteints de cancer ;
- les professionnels de soins primaires sont précocement et constamment informés de l'évolution de la situation de leur patient afin de pouvoir les soutenir efficacement lors des périodes difficiles ;
- les relais vers les professionnels de soins psychiques sont repérables, accessibles et disponibles ;
- l'ensemble des acteurs des soins qui traitent et soutiennent une personne atteinte de cancer interviennent en concertation, coordination et complémentarité.

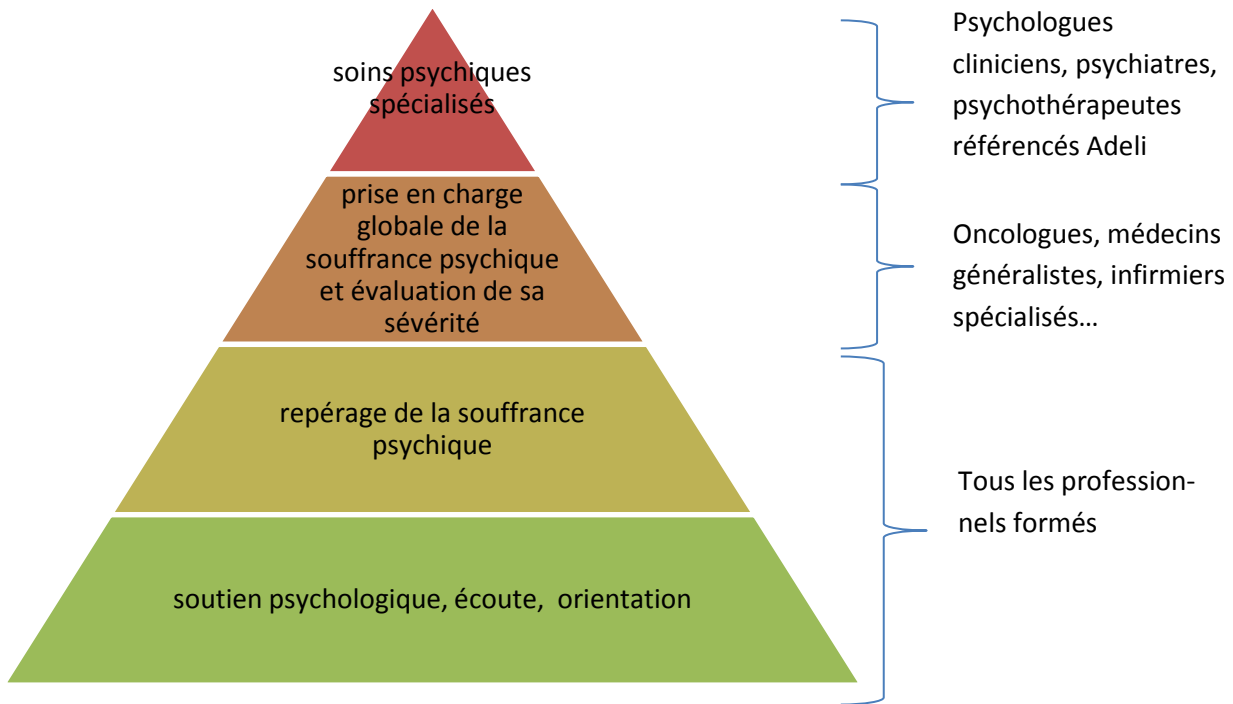
LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ CONCERNÉS PAR LA DÉTECTION OU LE TRAITEMENT DE LA DÉTRESSE PSYCHIQUE

Ces personnes sont notamment les :

- Médecins (généralistes, spécialistes),
- Psychologues,
- Pharmaciens,
- Infirmiers et aides-soignants
- Professionnels de soins de support (kinésithérapeutes, diététiciens, assistants sociaux)
- voire bénévoles d'associations de patients rendant visite aux personnes malades (pour signaler les difficultés psychiques du patient à un soignant)

La formation ou au minimum la sensibilisation de l'ensemble des professionnels est nécessaire pour une collaboration effective, dans le respect des compétences de chacun. Ces formations doivent intégrer une formation à la multidisciplinarité et être autant que possible pluriprofessionnelles¹².

Organisation des professionnels face à la souffrance psychique du patient



¹² Dauchy S, Bacqué MF, Consoli SC, Durdux C, Ellien F, Espérou H, Fillion L, Pucheu S, Reich M, Bendrihen N (2014), *L'intégration de la psycho-oncologie dans les formations en cancérologie. Les recommandations de la Société Française de Psycho-Oncologie (SFPO)*, *Psycho-Oncologie*, 8, 52-58

4. COORDINATION DES PROFESSIONNELS DEVANT LA SOUFFRANCE PSYCHIQUE

La coordination des professionnels est indispensable pour le repérage et la prise en charge de la souffrance psychique.

OUTIL DÉDIÉ À LA COORDINATION DES PROFESSIONNELS ET À L'INFORMATION DU PATIENT : LE PROGRAMME PERSONNALISÉ DE SOINS (PPS)

La bonne coordination entre les professionnels de santé est une des conditions élémentaires des soins de qualité. Elle repose sur le partage d'outils de transmission d'information structurés.

C'est la vocation du Programme Personnalisé de Soins que l'Institut National du Cancer a fait évoluer en 2016 dans un souci d'actualisation et d'harmonisation des pratiques. Le document présenté par l'INCa ne constitue qu'un socle commun que les acteurs sont libres de compléter le cas échéant.

L'OUTIL DÉDIÉ À LA COORDINATION DES PROFESSIONNELS ET D'INFORMATION DU PATIENT : LE PPS

Le Programme Personnalisé de Soins (PPS)¹³ est un document recensant l'ensemble des éléments de la démarche de soins du patient. Il est élaboré à l'issue de la Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) et est remis au patient au décours du dispositif d'annonce. Il est rédigé par le médecin référent (l'oncologue ou le spécialiste d'organe) ou par un autre professionnel sous la responsabilité du médecin référent. Il est enrichi par des informations complémentaires transmises par les professionnels de premier recours (médecin traitant, pharmacien d'officine, IDE...) sur l'état de santé global du patient, son environnement familial et psychosocial. La transmission au médecin généraliste du PPS est indispensable, elle doit être faite dans les plus brefs délais.

La remise du PPS au patient permet notamment de lui donner, ainsi qu'à son entourage, des informations sur les ressources et les compétences en soins de support et leurs modalités de mobilisation. La programmation des soins de support est intégrée directement dans un des volets du PPS.

Les personnes habilitées à consulter le PPS sont les professionnels impliqués dans les soins apportés au patient avec son accord ou celui de son représentant légal. En pratique, la liste des personnes habilitées à consulter ces informations sera mentionnée dans le volet « contact utiles ».

Le PPS est un outil évolutif dont le contenu pourra à terme être modifié à chaque nouvelle étape du traitement entraînant une nouvelle RCP (non-réponse ou évolution sous traitement, récurrence, refus de traitement, décision d'arrêt des traitements spécifiques...). À terme, ces événements pourront être signalés par les équipes de ville via la messagerie sécurisée.

¹³ Il existe également un PPS « Plan Personnalisé de Santé » élaboré par la Haute Autorité de Santé dans le cadre de la mise en œuvre des expérimentations « personnes âgées en risque de perte d'autonomie » (PAERPA).

IDENTIFICATION DES PERSONNES RESSOURCE TOUT AU LONG DU PARCOURS DU PATIENT

Les professionnels impliqués dans les soins, et plus particulièrement dans le traitement de la détresse psychique, doivent être clairement identifiés dans le PPS afin que professionnels et patients puissent les mobiliser en tant que de besoin. Les éventuelles difficultés d'accès géographique, culturel ou financier (notamment le reste à charge) doivent absolument être considérées dans cette démarche.

Lorsque le patient a déjà un réseau de soins de proximité, il peut être invité, en collaboration avec son médecin généraliste, à les identifier (médecin généraliste, pharmacien d'officine, infirmière libérale, kinésithérapeute...). Leurs coordonnées pourront être intégrées au PPS, tout au long du parcours.

En cas de mobilisation d'autres professionnels de santé dans l'accompagnement du patient qui ne sont pas encore identifiés dans le PPS, les réseaux de santé et les plateformes d'appui territorial pourront orienter le médecin généraliste à la demande du patient.

ÉLÉMENTS DE COMMUNICATION ENTRE LES PROFESSIONNELS

Une collaboration étroite entre l'équipe oncologique et le médecin généraliste est indispensable. Elle doit être organisée dès que possible, et idéalement avant la Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP).

La coordination hospitalière se doit de solliciter les acteurs de la ville pour organiser les soins de support et communiquer les éléments indispensables au bon déroulement du suivi du patient notamment au médecin généraliste. Sollicité directement par le patient, le médecin généraliste organise les actions relevant des soins de support et notamment les soins psychiques le cas échéant. Cette place centrale du médecin généraliste implique la mise en œuvre ou le développement de relais d'information tels que les réseaux de santé ou les plateformes territoriales d'appui.

Avec l'accord du patient, le médecin généraliste pourra ainsi transmettre des informations personnalisées sur le patient à l'équipe oncologique (ex : éventuels critères de vulnérabilité psycho-sociale, besoins des proches...).

L'équipe oncologique hospitalière doit transmettre à l'équipe de proximité le Programme personnalisé de soins (PPS) qui intègre des informations claires, sans acronyme.

Les professionnels de ville et ceux exerçant en milieu hospitalier doivent communiquer autant que de besoin. Le patient peut être l'acteur et le vecteur de cette communication qui ne peut se faire qu'avec son consentement, la transmission postale ou électronique par messagerie sécurisée devant rester la règle.

5. PROCESSUS D'ÉVALUATION DE LA SOUFFRANCE PSYCHIQUE

Repérage et évaluation de la souffrance psychique reposent en premier lieu sur l'entretien clinique avec le patient. Cette démarche est centrale et ne peut être remplacée par aucun outil. L'approche « centrée patient » (Stewart, 1995¹⁴ ; HAS, 2015¹⁵), place le patient au cœur de la décision thérapeutique. Il est acteur de sa prise en charge et construit le traitement avec le soignant. Cette approche s'appuie sur l'écoute active, l'empathie, des techniques favorisant le dialogue...

REPÉRAGE DE LA SOUFFRANCE PSYCHIQUE

Le repérage de la souffrance psychique repose avant tout sur les compétences relationnelles des soignants, notamment sur la qualité de leur écoute, et sur la prise en compte de la parole du patient et de son entourage. Cette parole peut être recueillie par l'ensemble des professionnels de santé, d'où l'importance de leur formation. Il s'agit également pour eux de repérer les situations nécessitant l'orientation en vue d'une action plus spécifique sur la souffrance psychique.

ÉVALUATION DE LA SOUFFRANCE ET OUTILS

L'évaluation de la souffrance psychique doit être faite aux différents temps ou niveaux de son parcours (cf. supra : schéma organisation des différents professionnels face à la souffrance psychique du patient).

L'évaluation de la sévérité de la souffrance psychique nécessite une démarche structurée qui vise, par le dialogue avec le patient, à :

- analyser sa situation actuelle
- identifier ses représentations de la maladie
- repérer ses facteurs de risque mais aussi ses ressources
- appréhender sa demande en termes de besoin psychique
- rechercher les difficultés psychopathologiques majeures qui nécessiteraient une évaluation psycho-oncologique systématique d'emblée.

Des guides d'entretien semi-structuré existent, notamment la Po-Bado (Stadelmaier, 2014¹⁶) et peuvent faciliter l'appropriation par les professionnels non-spécialistes des soins psychiques de cette étape d'évaluation. Ils nécessitent un temps de formation préalable et un temps d'entretien suffisant (selon les situations, l'évaluation peut nécessiter un temps d'entretien long).

¹⁴ Stewart M, Brown J. B, Donner A., Mcwhinney I. R., Oates J., Weston W., et al. The impact of patient-centered care on outcomes. *J Fam Pract* 2000;49(9):796-804.

¹⁵ Haute Autorité de santé, Organisation des parcours : Démarche centrée sur le patient : Information, conseil, éducation thérapeutique, suivi, 2015.

¹⁶ Stadelmaier N, Saada Y, Duguey-Cachet O, Moncla E, Quintard B. Formation au dépistage des difficultés psychosociales en cancérologie : apport d'un guide d'entretien (PO-Bado) sur la pratique des soignants du dispositif d'annonce, *Psycho-Oncol.* (2014) 8:45-51.

Des outils de détection de la détresse psychique et de mesure des symptômes psychologiques peuvent aider les professionnels à bien orienter les malades vers les professionnels de soins psychiques.

Ces outils facilitent un langage commun entre les professionnels. Leur implémentation a été associée à une meilleure sensibilisation des soignants, et peut permettre de surmonter certaines barrières et réticences à l'évaluation de la détresse psychique, notamment lorsque les soignants se sentent insuffisamment formés ou pensent ne pas disposer d'un temps suffisant pour cette évaluation (Carlson, 2012 17).

Utilisés de façon précoce, ces outils peuvent permettre de repérer des difficultés parfois non visibles, dans les situations où elles ne sont pas exprimées spontanément par le patient ou pas explorées par le professionnel. Ils ne peuvent néanmoins se substituer à la démarche clinique, il s'agit d'un complément.

Par ailleurs, le dépistage de la souffrance psychique n'a de sens que s'il est complété par une orientation du patient, le cas échéant, vers des soins adaptés.

Plusieurs outils de dépistage existent, mais peu d'entre eux sont validés en français en cancérologie :

- outils ultra courts : Distress Thermometer (DT)¹⁸, Patient Health questionnaire (PHQ-2 puis PHQ-9 le cas échéant)
- outils courts : Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)¹⁹

¹⁷ Carlson L, Waller A, and Mitchell A, Screening for Distress and Unmet Needs in Patients With Cancer : Review and Recommendations, *Journal of Clinical Oncology*, 2012; 10;30(11):1160-77 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22412146>

¹⁸ Dolbeault S, Bredart A, Mignot V, Hardy P, Gauvain-Piquard A, et al. Screening for psychological distress in two French cancer centers : feasibility and performance of the adapted distress thermometer, *Palliative Support Care*, 2008 Jun;6(2):107-17. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18501045>

¹⁹ Razavi D, Delvaux N, Farvacques C, Robaye E. Validation of the French version of the HADS in a population of inpatients with cancer, *Revue de Psychologie Appliquée*, 1989; 39:295–307

FICHES PRATIQUES

1. FICHE 1

/VOUS ÊTES UN PROFESSIONNEL DE SANTÉ IMPLIQUÉ DANS LE PARCOURS DE SOINS D'UNE PERSONNE ATTEINTE D'UN CANCER

QUI SONT LES PROFESSIONNELS CONCERNÉS PAR LA DÉTECTION OU LA PRISE EN CHARGE DE LA DÉTRESSE PSYCHIQUE ?

- Médecins
- Psychologues
- Pharmaciens
- Infirmiers et aides-soignants
- Professionnels de soins de support (Kinésithérapeutes, diététiciens, assistants sociaux)
- voire les bénévoles d'associations de patients rendant visite aux personnes malades (pouvant être amenés à signaler les difficultés psychiques du patient à un soignant)

VOUS ÊTES UN PROFESSIONNEL CONCERNÉ : QUELQUES RAPPELS CONCERNANT VOTRE RÔLE

ÊTRE VIGILANT LORS DES PÉRIODES À RISQUE

Certaines périodes du parcours de soins peuvent être plus particulièrement difficiles à vivre pour le patient et doivent faire l'objet d'une vigilance accrue de la part des professionnels.

REPÈRES SUR LES MOMENTS CRITIQUES DU PARCOURS

- Période d'attente ou de confirmation du diagnostic
- Annonces : du diagnostic, d'un risque génétique, d'un changement de traitement, d'un échappement thérapeutique, de l'arrêt ou de la limitation des traitements spécifiques, du passage en soins palliatifs...
- Décision thérapeutique difficile
- Traitement mutilant, provoquant des douleurs ou séquelles
- Retour à domicile
- Fin de traitement
- Bilans de surveillance
- Rechute
- Reprise du travail

CONNAÎTRE LES PRINCIPAUX CRITÈRES DE VULNÉRABILITÉ PSYCHOSOCIALE

En plus des périodes à risque et des situations difficiles, certains patients présentent des facteurs de vulnérabilité personnelle. En cancérologie, ceux-ci sont connus et doivent impérativement être recherchés par les professionnels dès le début de la maladie, puis au cours de celle-ci lors des périodes et des situations difficiles. Leur présence doit entraîner une attention renforcée à l'état psychologique.

REPÈRES SUR LES FACTEURS DE VULNÉRABILITÉ PERSONNELLE DES PATIENTS ATTEINTS DE CANCER À LA DÉTRESSE PSYCHIQUE

- Age < 50 ans
- Antécédents psychiatriques personnels : dépression, troubles de la personnalité, tentative de suicide, pathologie psychiatrique chronique (schizophrénie, trouble bipolaire de l'humeur)
- Présence d'une ou plusieurs addictions
- Antécédents psychiatriques familiaux : suicide, dépression
- Isolement social, deuil ou d'événements traumatiques récents
- Handicap physique, maladie chronique
- Charges financières, familiales ou sociales importantes

NB : l'existence d'un retard au diagnostic (tumeur négligée) ou d'une mauvaise observance du suivi ou des soins peut représenter un marqueur de vulnérabilité psychique

RECHERCHER SYSTÉMATIQUEMENT L'ÉVENTUELLE SOUFFRANCE PSYCHIQUE

✚ REPÉRAGE DE LA SOUFFRANCE PSYCHIQUE

Le repérage de la souffrance psychique repose avant tout sur le savoir-être des soignants et notamment sur la qualité de leur écoute, et sur la prise en compte de la parole du patient et de son entourage. Cette parole peut être recueillie par l'ensemble des soignants (notamment non-médical), d'où l'importance de leur formation, leur permettant de savoir favoriser l'expression émotionnelle et d'y répondre. Il s'agit également pour eux de repérer les situations nécessitant l'orientation en vue d'une prise en charge plus spécifique de la souffrance psychique.

✚ ÉVALUATION DE LA SOUFFRANCE ET OUTILS

L'évaluation de la souffrance psychique doit être faite aux différents temps ou niveaux de son parcours de soins (cf. supra : schéma organisation des différents professionnels face à la souffrance psychique du patient).

Évaluer la sévérité de la souffrance psychique doit être une démarche structurée²⁰ qui consiste, par le dialogue avec le patient, à :

- analyser la situation actuelle de la personne confrontée au cancer
- repérer ses facteurs de risque mais aussi ses ressources
- appréhender sa demande d'aide psychologique
- rechercher les difficultés psychopathologiques majeures qui nécessiteraient une évaluation psycho-oncologique systématique d'emblée.

Cette évaluation sera souvent effectuée par un professionnel de soins psychique, néanmoins des guides d'entretien semi-structuré existent et peuvent faciliter l'appropriation par les professionnels non-spécialistes des soins psychiques de cette étape d'évaluation. Ils nécessitent un temps de formation préalable et un temps d'entretien suffisant (selon les situations, l'évaluation peut nécessiter un temps d'entretien long).

Des outils de détection de la détresse psychique et de mesure des symptômes psychologiques existent et peuvent aider les professionnels à évaluer l'état psychique des patients pour les orienter de façon adéquate vers les professionnels de soins psychiques. Ils ne peuvent néanmoins se substituer à la démarche clinique.

Utilisés de façon précoce, ces outils peuvent permettre de repérer des difficultés parfois non visibles, parce que non exprimées spontanément par le patient ou encore non explorées par le professionnel.

Enfin, ces outils facilitent un langage commun entre les professionnels, notamment au moment de l'orientation du patient par le médecin généraliste vers le professionnel de soins psychique prenant la suite de l'accompagnement du patient. Leur implémentation a été associée à une meilleure sensibilisation des soignants, et peut permettre de surmonter certaines barrières et réticences à l'évaluation de la détresse psychique, notamment lorsque les soignants se sentent insuffisamment formés ou pensent ne pas disposer d'un temps suffisant pour cette évaluation (Carlson, 2012).

Le dépistage de la souffrance psychique n'a de sens que s'il est complété par une orientation du patient le cas échéant vers des soins adaptés intégrés dans une structuration globale.

PLUSIEURS OUTILS DE DÉPISTAGES EXISTENT. PEU SONT VALIDÉS EN FRANÇAIS EN CANCÉROLOGIE :

- OUTILS ULTRA-COURTS : DISTRESS THERMOMETER (DT), PATIENT HEALTH QUESTIONNAIRE (PHQ-2 PUIS PHQ-9 LE CAS ÉCHÉANT)
- OUTILS COURTS : HOSPITAL ANXIETY AND DEPRESSION SCALE (HADS)

LA FORMATION AU REPÉRAGE DE LA SOUFFRANCE PSYCHIQUE

Repérer la souffrance psychique constitue une compétence exigeante, des formations existent et peuvent vous être utiles dans votre pratique pour mieux comprendre le patient. Il s'agit de prêter attention à l'état psychique et aux symptômes actuels du patient, mais aussi à ce qui peut traduire une souffrance psychique importante comme des difficultés relationnelles, un défaut d'observance, à l'extrême un refus de soin. Le repérage est aussi celui des situations de vulnérabilité potentielle (cf. Réf. 20).

²⁰ http://www.sfpo.fr/images/RIR_Orientation_psychologue-psychiatre_14-01-16_VF.pdf

APRÈS LA DÉTECTION, QUE FAIRE ?

LÉGITIMER LA SOUFFRANCE PSYCHIQUE

Votre attitude devant la mise en évidence d'une souffrance psychique est capitale pour l'accès aux soins psychiques par le patient.

MOBILISER VOS RESSOURCES PROPRES

Vous pouvez contribuer à diminuer l'état de détresse psychique que vous avez constaté en évoquant ce repérage avec le patient et en agissant sur les facteurs qui la favorisent ou l'entretiennent (prise en charge de la douleur, de problèmes sociaux, complément d'information, relation d'aide... voire par la prescription d'un traitement psychotrope et notamment antidépresseur si indiqué. N'hésitez pas à orienter le patient vers les soins psychiques s'ils sont nécessaires.

ACCOMPAGNER LE PATIENT VERS UN TRAITEMENT PSYCHOLOGIQUE

Il est nécessaire de veiller à présenter les ressources en soins psychiques possibles à votre patient avec lesquels vous travaillez et de lui expliquer, ainsi qu'à ses proches, les conditions (y compris financières) auxquelles ils peuvent avoir accès à un professionnel de soins psychiques :

- en milieu hospitalier via les professionnels et/ou les unités de soins psychiques ;
- en ville via les réseaux de santé, les Centres médico-psychologiques (CMP) ou les professionnels libéraux.

Il est nécessaire de tracer vos conclusions et votre orientation comme dans toute démarche de soins. Le Programme Personnalisé de Soins constitue un outil de coordination qui se nourrit de vos propres éléments. En cas de nécessité de prescription de traitements psychotropes, le PPS permet de vérifier l'absence de risque d'interactions médicamenteuses.

www.sfpo.fr/images/R%C3%A9f%C3%A9rentiel_SFPO_AF_SOS_Comment_orienter_psy_J2R_2013.pdf

FOCUS

LA PLACE DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE DANS LE TRAITEMENT DE LA SOUFFRANCE PSYCHIQUE DU PATIENT ATTEINT DE CANCER

Lorsque la question de la souffrance psychique se pose pour un patient atteint de cancer et que l'établissement qui dispense ses soins ne dispose pas de professionnels de soins psychiques, ou que le repérage de la souffrance psychique est faite en dehors de l'établissement, le médecin généraliste doit être sollicité. Assez souvent la demande d'aide auprès du médecin généraliste est implicite ou explicite de la part du patient.

En outre, lorsqu'un patient du médecin généraliste est atteint d'un cancer, il est nécessaire que le professionnel soit plus attentif au risque de souffrance psychique de ce patient et au risque suicidaire que celui-ci encourt²¹.

Le médecin généraliste représente l'interlocuteur privilégié du patient et de son entourage. Il est habilité à dépister, diagnostiquer, évaluer et suivre son patient lorsque celui-ci est en souffrance psychique. Il est également l'interlocuteur privilégié des équipes spécialisées de l'hôpital et ne saurait être négligé par celles-ci. Enfin, si le patient reçoit des soins réguliers à domicile, le médecin généraliste est également l'interlocuteur principal de l'infirmière libérale.

Le médecin généraliste oriente le patient vers des soins psychiques spécialisés :

- lorsqu'il l'estime nécessaire (en fonction de sa disponibilité et de ses compétences),
- selon la demande du patient (refus ou volonté d'être suivi par un professionnel de soin psychique),
- selon la situation médicale de son patient. En effet, si le patient présente des pathologies psychiatriques antérieures, si son état dépressif est persistant ou récurrent, s'il présente des signes de risque suicidaire élevés, il est nécessaire que le médecin généraliste oriente le patient vers un professionnel de soin psychique adapté (psychiatre ou psychologue selon le type de besoin) ou vers les urgences psychiatriques.²²

Le développement des plateformes territoriales d'appui et l'évolution des réseaux de santé devraient permettre à terme d'apporter au médecin généraliste un soutien pour l'aider à orienter son patient vers les professionnels de soins psychiques de proximité les mieux à même de répondre aux besoins des patients atteints de cancer en fonction de leur pathologie.

²¹ Le risque suicidaire est gradé à plusieurs niveaux, il n'y pas « un » risque suicidaire. La réponse médicale est donc bien fonction du risque et peut ainsi aller jusqu'à l'hospitalisation avec ou sans le consentement du patient.

²² Des recommandations relatives aux critères d'orientation des patients (toutes pathologies confondues) par le médecin généraliste vers les professionnels de soins psychiques sont en cours d'actualisation par la Haute Autorité de Santé (version a de 2007).

2. FICHE 2 / VOUS ÊTES UN PROFESSIONNEL DE SOINS PSYCHIQUES

LA PRISE EN CHARGE PSYCHIQUE D'UN PATIENT ATTEINT DE CANCER IMPLIQUE DES LIENS DE COLLABORATION ÉTROITS AVEC LES ÉQUIPES INTERVENANT DANS LES SOINS SOMATIQUES

Le développement de la psycho-oncologie, en ville ou à l'hôpital, répond à la nécessité de ces professionnels de travailler en collaboration étroite avec les soins oncologiques, mais aussi d'être formés aux particularités de la maladie somatique :

- parce que la souffrance psychique est en partie conditionnée par les enjeux oncologiques, voire par des éléments somatiques (ex : symptômes non contrôlés) et ne peut être prise en charge de façon dissociée
- parce qu'il est aujourd'hui clairement démontré à quel point les troubles psychiques impactent sur les soins du cancer (on peut citer pour exemple les liens entre l'état émotionnel et notamment la dépression et la non-observance thérapeutique).

Cela entraîne :

- des exigences de formation particulières ;
- une capacité d'engagement actif dans la collaboration multidisciplinaire ;
- un lien structuré avec l'équipe médicale oncologique et de soins ;
- une attention permanente au contexte médical.

Les professionnels de soins psychiques exerçant en oncologie doivent, tant que le patient l'autorise, se tenir informés de la situation médicale (par la connaissance du PPS par exemple). Cela suppose des liens de collaboration étroits avec les équipes médicales et paramédicales parmi lesquelles le médecin généraliste occupe une place centrale.

LA PRISE EN CHARGE PSYCHIQUE SUPPOSE UNE PREMIÈRE ÉTAPE D'ÉVALUATION DIAGNOSTIQUE

UNE DÉMARCHE CLINIQUE STRUCTURÉE AU SEIN DE LA RENCONTRE CLINIQUE

L'évaluation diagnostique constitue une étape importante dans le parcours de soins psychiques du patient en cancérologie, et implique une démarche clinique structurée, tout en respectant l'importance de la rencontre clinique et la spontanéité de l'échange.

- Elle intègre la recherche des facteurs personnels de vulnérabilité (cf. supra) et l'évaluation des ressources psychiques et sociofamiliales des patients.

- Elle permet d'explorer les zones de vulnérabilité et la survenue d'évènements de vie douloureux contemporains ou antérieurs au cancer.
- Elle doit permettre d'identifier les mécanismes d'adaptation psychique préférentiels du patient (aussi appelés mécanismes de défense)
- Elle aidera à différencier ce qui relève d'une psychopathologie réactionnelle au cancer ou d'une symptomatologie antérieure, exacerbés par la situation et les contraintes thérapeutiques.

L'évaluation diagnostique peut s'appuyer sur des outils d'évaluation, le plus souvent renseignés par le patient lui-même. Aucun de ces outils ne suffit à établir un diagnostic, mais ils peuvent permettre, si cela est nécessaire, de quantifier des troubles (transmission entre professionnels, recherche clinique...).

L'entretien initial d'évaluation permettra également l'identification des proches « ressources », (notamment pour les patients ayant une pathologie psychiatrique chronique, en cas de barrière linguistique...) comme des proches vulnérables (jeunes aidants, parents d'enfants malades...).

RESPECTER LE DÉSIR DU PATIENT MAIS TENIR COMPTE DE LA GRAVITÉ POTENTIELLE DES TROUBLES

Le professionnel de soins psychiques peut ainsi intervenir à la demande du patient lui-même ou à celle du médecin généraliste ou de l'équipe médicale ou paramédicale, dont l'accompagnement est fondamental

En cas de refus du patient de consulter un professionnel de soins psychiques, s'il y a suspicion d'une souffrance sévère et notamment d'un trouble psychiatrique, il importe d'en considérer l'impact possible sur les soins, le consentement à ceux-ci et le devenir du patient. Le professionnel de soins psychiques est alors encouragé à se présenter dans tous les cas au patient en vue, au minimum, d'éclaircir les raisons de ce refus, ce qui suffit le plus souvent à dissiper les représentations négatives à l'origine de celui-ci. Le retour auprès du médecin généraliste, médecin traitant peut permettre au professionnel de soins d'obtenir l'assentiment du patient.

LES OUTILS THÉRAPEUTIQUES

Les techniques de prises en charge spécialisées utilisées en cancérologie sont diverses et doivent être proposées selon les attentes du patient, les spécificités de sa pathologie psychique et les particularités du contexte oncologique. Elles peuvent être médicamenteuses ou psychothérapeutiques, individuelles ou collectives.

Les soutiens individuels peuvent être de type psychodynamique, cognitivo-comportemental, psychocorporel, psychanalytique... Connaître leurs principales indications est essentiel, afin de proposer au patient un traitement adapté à la double situation psychique et oncologique.

Les soutiens de groupes ont également démontré leur intérêt. Ils peuvent être proposés sous forme de groupes de parole (au format variable, depuis le groupe ouvert, non limité dans le temps, sans programme préétabli, jusqu'au groupe fermé, structuré). Les approches groupales les plus étudiées et publiées sont d'inspiration cognitive-comportementales.

La mise en place d'un traitement psychotrope doit faire l'objet d'une évaluation à part entière. Dans la mesure du possible, elle doit entraîner un contact entre un psychiatre, le psychologue qui est intervenu dans le soutien du malade et un médecin généraliste ou oncologue, ainsi qu'un pharmacien au moindre doute sur une interaction médicamenteuse. Elle nécessite une surveillance rapprochée qui permet d'évaluer régulièrement son impact sur les troubles psychologiques repérés. Traitements psychothérapeutiques et médicamenteux ne sont pas exclusifs et gagnent souvent à être associés. Sur ce point aussi la collaboration entre professionnels de soins psychiques et d'autres professionnels est essentielle.

En tout état de cause, la mise en place d'un projet de soins clair et transmissible par le professionnel de soins psychiques est indispensable ; il doit pouvoir être expliqué au patient avec lequel il est élaboré, et communiqué aux autres acteurs des soins, dans le respect d'un certain degré de confidentialité. Le cas échéant, ce projet doit être intégré au PPS.

LE CADRE ORGANISATIONNEL DE VOTRE PRATIQUE

PRATIQUE EN MILIEU HOSPITALIER

Le regroupement des professionnels de soins psychiques au sein d'une même structure, fonctionnelle (collectif) ou organisationnelle (unité de psycho-oncologie), est souhaitable car il favorise la continuité des soins, permet d'offrir des soins psychiques diversifiés et complémentaires, améliore la lisibilité institutionnelle et l'organisation multidisciplinaires.

Dans tous les cas, l'intégration dans l'institution de la dimension psychique sera favorisée par tout moyen, en particulier par la participation aux staffs, réunions pluriprofessionnelles, voire RCP pour les patients les plus vulnérables. En parallèle, la structuration de liens avec le milieu extrahospitalier doit faire l'objet d'une attention particulière. Il peut s'agir de liens avec les intervenants de réseau, les services sociaux... ou naturellement les professionnels de soins psychiques de proximité. Sauf refus formalisé du patient, le médecin généraliste doit être tenu informé. La transmission d'information se fera dans le respect de la volonté du patient, auquel on en expliquera l'intérêt de la démarche de coordination des soignants.

PRATIQUE EN VILLE

Les exigences de formation initiale et continue en cancérologie sont capitales pour les professionnels de soins psychiques pratiquant en ville. En effet, les liens avec les équipes oncologiques étant plus complexes à mettre en œuvre, il est crucial que les professionnels de ville, parfois isolés dans leurs pratiques, soient aux faits des prérequis pour un traitement adapté.

La collaboration entre les acteurs (de ville ou du milieu hospitalier) doit être structurée et facilitée. En ambulatoire également, sauf refus formalisé du patient, le médecin généraliste doit être tenu informé des données du dossier qui bénéficient à la qualité des soins et à l'intérêt du patient. La transmission d'information se fera dans le respect de la volonté du patient, auquel on en expliquera l'intérêt.

La collaboration avec un réseau de santé, lorsqu'il existe, doit être recherchée. Elle favorisera l'accès à un travail en multidisciplinarité ainsi que l'accès à la formation continue et le développement de l'intervision²³.

FOCUS

TRAITEMENT D'UN PATIENT ATTEINT DE CANCER EN SOUFFRANCE PSYCHIQUE : LES PRÉREQUIS

Une formation initiale théorique et clinique à la psychopathologie est indispensable. Cette formation initiale à la rencontre clinique permet de se familiariser avec toutes les situations cliniques que la survenue d'un cancer peut susciter, dans une discipline dont il faut accompagner la perpétuelle évolution et son impact sur les pratiques soignantes.

Elle est indissociable d'une formation pratique ancrée dans la clinique oncologique (spécificités des maladies chroniques et de la fin de vie, principales difficultés ou troubles psychologiques ou psychiatriques qui peuvent en découler, efficacité des prises en charge).

Elle doit également intégrer une formation continue intégrant au minimum un travail d'intervision mais également l'actualisation permanente des connaissances y compris sur les plans législatif et éthique²⁴.

L'IMPORTANCE DE LA TRANSMISSION ET DU PARTAGE D'INFORMATION

Dans ce contexte de parcours de soins intégré et de coordination des objectifs thérapeutiques, la traçabilité de l'activité est fondamentale, comme importe la capacité à rendre autant que possible lisibles les soins, leurs objectifs, voire leurs méthodes.

Cette traçabilité intègre une transmission d'information complexe, puisqu'elle amène des professionnels très différents, médicaux, paramédicaux, psychologues... à échanger des informations de registres très distincts. Qu'elle soit orale ou écrite, l'objectif de la transmission est de rendre compte, de manière synthétique et en sélectionnant les informations jugées utiles de transmettre, de l'état psychologique du patient et de ses principales difficultés

Facilitée en établissement par un dossier médical unique, la transmission d'information doit être organisée avec soin lors des passages de l'hospitalier à la ville et réciproquement (échanges d'information entre professionnels, suivi quand prise en charge en ville, quand transfert du patient...).

²³ Rencontres entre professionnels et praticiens des secteurs sanitaires, sociaux, médico-sociaux, éducatifs et judiciaires — afin qu'ils échangent sur leurs expériences, sur leurs conduites professionnelles, les difficultés à faire face à des situations complexes...

²⁴ Dauchy S, Bacqué MF, Consoli SC, Durdux C, Ellien F, Espérou H, Fillion L, Pucheu S, Reich M, Bendrihen N (2014), L'intégration de la psycho-oncologie dans les formations en cancérologie. Les recommandations de la Société Française de Psycho-Oncologie (SFPO), *Psycho-Oncologie*, 8, 52-58

Lors de l'établissement du projet thérapeutique (en Réunion de Concertation Pluridisciplinaire par exemple), ou lors de l'établissement du Programme Personnalisé de Soins, la transmission favorise la prise en compte par l'ensemble des professionnels de santé des situations de vulnérabilité psychique majeure (pathologie psychiatrique chronique, patient sous protection juridique ou souffrant de troubles cognitifs importants...). Cette transmission est également nécessaire afin de vérifier les interactions médicamenteuses d'un éventuel traitement psychotrope.

LES SUITES DE L'IDENTIFICATION DE LA SOURCE DE LA SOUFFRANCE PSYCHIQUE : SAVOIR ORIENTER VERS D'AUTRES SOINS DE SUPPORT

Les professionnels de soins psychiques exerçant en oncologie doivent tenir compte de l'état médical du patient et être vigilants à la présence de difficultés physiques (douleur, fatigue, nausées...), qui impactent l'état psychologique et peuvent également être majorés par celui-ci. Il en est de même pour les difficultés sociales rencontrées ou pour toute autre difficulté pouvant nécessiter une mobilisation des équipes oncologiques (besoin d'information par exemple) ou d'autres équipes des soins de support.

Dans la limite de leurs compétences, ils devront alors être capables d'aider à l'orientation du patient vers les soins adéquats, au moins par une information et un accompagnement adaptés.

COMPOSITION DU GROUPE DE TRAVAIL

COORDINATION ET RÉDACTION DU RAPPORT

Morgane Rouault-Mouraine, chef de projets, département Organisation et Parcours de soins, pôle santé publique et soins, Institut National du Cancer
Claudia Ferrari, responsable de département, département Organisation et Parcours de soins, pôle Santé publique et soins, Institut National du Cancer

COMPOSITION DU GROUPE D'EXPERTS

Coordinatrice scientifique du rapport

Sarah Dauchy, psychiatre en cancérologie, présidente de la Société française de psycho-oncologie (SFPO), chef du Département de soins de support, CLCC Gustave Roussy, Villejuif (Val-de-Marne)

Experts

Evelyne Barbeau, secrétaire générale de l'association Vivre comme avant, *intuitu personae*, Seine-Saint-Denis

Carole Bouleuc-Parrot, oncologue médical, Association Francophone pour les Soins Oncologiques de Support (AFSOS) *intuitu personae*, chef du Département de soins de support, CLCC Institut Curie, Paris

Clément Charra, médecin généraliste, Collège des Médecins Généralistes, *intuitu personae*, Côte d'Or

Sylvie Dolbeault, psychiatre en cancérologie, Société française de psycho-oncologie (SFPO) *intuitu personae*, chef du service psycho-oncologie et social, CLCC Institut Curie, Paris

Elianne Dubois, infirmière d'annonce, l'Association Française des Infirmier(e)s de Cancérologie (AFIC), *intuitu personae*, CLCC Georges François Leclerc, Côte d'Or

Emilie Ferrat, médecin généraliste, Collège des Médecins Généralistes, *intuitu personae*, Val-de-Marne

Anne Festa, directrice réseau de cancérologie Onco 93, Seine-Saint-Denis

Agnès Lecas, déléguée aux actions pour les malades à la Ligue nationale contre le cancer, Paris

Christian Mercier, représentant des usagers, Gironde

Philippe Marissal, médecin généraliste, pôle santé du Valromey et du Buguey, Ain

Jérôme Sicard, pharmacien d'officine, Marne

Sylvie Tiberghien Lacroix, psychologue, Pôle médecine CH d'Arras, Nord

GLOSSAIRE

Anxiété

Émotion proche de la peur, sans cause évidente, présente chez tout être humain. L'anxiété est un symptôme fréquent en cas de dépression, qui se manifeste aussi bien dans le corps (boule dans la gorge, gêne pour respirer...) que dans la tête (ruminations, sensation de catastrophe imminente...).

Détresse psychique

Une expérience émotionnelle désagréable, de nature psychologique, sociale et/ou spirituelle, qui s'étend sur un continuum allant des sentiments « normaux » de vulnérabilité, tristesse, peur, jusqu'à des problèmes invalidants tels que la dépression, l'anxiété, l'isolement social ou la crise spirituelle.

Épisode dépressif caractérisé (ou épisode dépressif majeur)

Période de temps suffisamment longue (plus de quinze jours) pendant laquelle, chaque jour ou presque, et pendant la plus grande partie de la journée, une personne présente un état de souffrance profonde et plusieurs autres symptômes de la dépression.

Facteurs de risque (ou facteurs de vulnérabilité)

« Causes » de la dépression intervenant très en amont de la maladie, qui « préparent le terrain ». Exemple : avoir des parents qui ont souffert de dépression augmenterait le risque d'être soi-même frappé par la maladie.

Facteurs précipitants

« Causes » de la dépression intervenant juste avant la dépression, qui la déclenchent. Exemples : une séparation, un deuil, un licenciement...

Médecin traitant

Chaque Français de plus de 16 ans doit choisir et déclarer auprès de sa Caisse d'Assurance Maladie son médecin traitant. En 2017, les enfants auront également la possibilité de déclarer un médecin traitant. Tout médecin peut remplir ce rôle (médecin de famille ou autre praticien, généraliste ou spécialiste, conventionné ou non), à condition qu'il donne son accord. Le médecin traitant est au cœur du dispositif du parcours de soins coordonnés et personnalisés. C'est lui qui détermine, lors de votre consultation, s'il est nécessaire de vous orienter vers un autre médecin.

Premier recours

Le premier recours contribue à l'offre de soins ambulatoire en assurant aux patients : la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement, l'orientation et le suivi ainsi que l'éducation pour la santé. Les acteurs des soins de premier recours sont, par exemple, les médecins généralistes, certains médecins spécialistes (gynécologues, pédiatres, ophtalmologistes), les dentistes, les biologistes, les sages-femmes, les pharmaciens, les infirmiers, les masseurs-kinésithérapeutes, les pédicures-podologues, les psychologues, les orthophonistes, les orthoptistes, les opticiens, les audioprothésistes, les diététiciens, les aides-soignants travaillant dans les services à domicile, les travailleurs sociaux, les auxiliaires de vie travaillant à domicile, les ambulanciers...

Professionnels de soins psychiques

Psychiatre : Médecin spécialisé qui a reçu, après ses études de médecine générale, un enseignement supplémentaire de quatre ans sur les maladies mentales et leurs traitements. En tant que médecin, il est habilité à prescrire des médicaments, des examens et des soins, et à rédiger des certificats médicaux. Il peut aussi proposer une psychothérapie (qui peut être réalisée avec lui ou avec un autre professionnel).

Psychologue : Il a effectué cinq années de psychologie à l'université et possède un diplôme de 3e cycle (DEA, DESS ou master). Il est habilité à effectuer un bilan de personnalité à l'aide de tests et d'un questionnement approfondi. Il effectue des entretiens cliniques et peut aussi réaliser des psychothérapies. En revanche, il n'est pas médecin : il ne peut donc pas prescrire de médicaments et les séances chez un psychologue ne sont remboursées par l'Assurance maladie que dans les établissements psychiatriques publics (Centre médico-psychologiques, hôpitaux de jour...)

Psycho-oncologie

La psycho-oncologie désigne la pratique clinique des psychologues et des psychiatres, exerçant dans des lieux de soins en cancérologie ; ils sont alors souvent appelés « psycho-oncologues ». Elle implique le développement d'un ensemble de connaissances spécifiques, reposant sur des thématiques et une méthodologie de recherche propres à ces professionnels.

Réseau de santé

Regroupement pluridisciplinaires de professionnels de santé (médecins, infirmières) et d'autres professionnels (travailleurs sociaux, personnel administratif, etc.). Ils ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge.

Soignant

Personne qui accomplit des actes de thérapeutique visant la santé d'un individu.

Soins primaires

Premier niveau de contact des individus, des familles et des communautés avec le système de santé d'un pays, apportant les soins de santé aussi près que possible de l'endroit où les gens travaillent et vivent. Selon l'O.M.S. l'organisation des soins primaires dépend des caractéristiques socio-économiques et politiques du pays, mais devrait offrir des services de prévention, des services curatifs et des services de réadaptation, et comprendre l'éducation de la population au sujet de problèmes de santé majeurs ainsi que la façon de les prévenir et les contrôler. De tels soins sont fournis par un large éventail de professionnels de la santé, agissant ensemble en équipe, en partenariat avec la communauté locale.

Soins de support

Ensemble des soins et soutiens nécessaires aux personnes malades tout au long de la maladie conjointement aux traitements oncologiques ou onco-hématologiques spécifiques lorsqu'il y en a.

Symptômes

Signes physiques, fonctionnels ou psychologiques provoqués par la maladie, perçus par le malade, dont l'étude sert à poser le diagnostic d'une maladie.

Troubles anxieux

Maladie psychique caractérisée par des peurs irrationnelles et gênantes (phobies, obsessions, panique...). À distinguer de la dépression, même si les deux maladies peuvent avoir des symptômes similaires.

BIBLIOGRAPHIE

Mitchell AJ, Chan m, Bhatti H, Halton H, Grassi L et al. Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings : a meta-analysis of 94 interview-based studies, *Lancet Oncology* 2011; 12 (2); 160-174.

[http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lanonc/PIIS1470-2045\(11\)70002-X.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lanonc/PIIS1470-2045(11)70002-X.pdf)

Fang F, Fall K, Mittelman M, Suicide and Cardiovascular death after a cancer diagnosis, *New England journal of medicine*, 2012 ; 366, 1310-1318.

<http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMoa1110307>

Prieto JM, Blanch J, Atala J, Carreras E, Montserrat R, et al. Psychiatric Morbidity and impact on hospital length of stay among hematologic cancer patients receiving stem cell transplantation, *Journal of clinical oncology*, 2002; 20, 1907-1917.

<http://hwmaint.jco.ascopubs.org/cgi/content/abstract/20/7/1907>

Kim Y, Spillers RL. Quality of life of family caregivers at 2 years after a relative's cancer diagnosis. *Psycho-oncology* 2010;19:431-40

Lloyd-Williams M, Dennis M, Taylor F, A prospective study to determine the association between physical symptoms and depression in patients with advanced cancer, *Palliative medicine*, 2004 ; 18, 558-563. <http://pmj.sagepub.com/content/18/6/558.abstract>

Arrieta O, Angulo LP, Núñez-Valencia C, Dorantes-Gallareta Y, Macedo EO, Martínez-López D, et al. Association of depression and anxiety on quality of life, treatment adherence, and prognosis in patients with advanced non-small cell lung cancer. *Annals of Surgical Oncology*, 2013; 20(6):1941-8. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23263699>

Pinquart M, Duberstein P, Depression and cancer mortality : a meta-analysis, *Palliative medicine*, 2010 ; 40, 1797-1810. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2935927/>

Satin J, Linden W, Phillips M, Depression as a predictor of disease progression and mortality in cancer patients, a meta-analysis, *Cancer*, 2009, 115 : 5349-5361.

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/cncr.24561/pdf>

Pirl W, Fann J, Greer J, Braun I, Deshields T, et al, Recommendations for the implementation of distress screening programs in cancer centers, from the American Psychosocial Oncology Society (APOS), Association of Oncology Social Work (AOSW), and Oncology Nursing Society (ONS) joint task force, *Cancer*, 2014, ; 120 :2946-2954.

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/cncr.28750/pdf>

Stewart M, Brown J. B, Donner A., Mcwhinney I. R., Oates J., Weston W., et al. The impact of patient-centered care on outcomes. *J Fam Pract* 2000; 49(9) :796-804

Haute Autorité de santé, Organisation des parcours : Démarche centrée sur le patient : Information, conseil, éducation thérapeutique, suivi, 2015.

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-06/demarche_centree_patient_web.pdf

Stadelmaier N, Duguey-Cachet O, Saada Y, Quintard B, The Basic Documentation for Psycho-Oncology (PO-Bado):An innovative tool to combine screening for psychological distress and patient support at cancer diagnosis, *Psycho-Oncology*, 2014, 23 : 307-314

<http://archives.pson.revuesonline.com/article.jsp?articleId=30926>

Carlson L, Waller A, and Mitchell A, Screening for Distress and Unmet Needs in Patients With Cancer : Review and Recommendations, *Journal of Clinical Oncology*, 2012; 10; 30(11):1160-77 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22412146>

Dolbeault S, Bredart A, Mignot V, Hardy P, Gauvain-Piquard A, et al. Screening for psychological distress in two French cancer centers: feasibility and performance of the adapted distress thermometer, *Palliative Support Care*, 2008 Jun;6(2):107-17.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18501045>

Razavi D, Delvaux N, Farvacques C, Robaye E. Validation of the French version of the HADS in a population of inpatients with cancer, *Revue de Psychologie Appliquée*, 1989; 39:295-307

/référentiel organisationnel

REPÉRAGE ET TRAITEMENT PRÉCOCE DE LA SOUFFRANCE PSYCHIQUE DES PATIENTS ATTEINTS DE CANCER

/Avis d'experts



52, avenue André Morizet
92100 Boulogne-Billancourt
France

Tel. +33 (1) 41 10 50 00
diffusion@institutcancer.fr

Édité par l'institut National du Cancer
Tous droits réservés - Siren 185 512 777

Conception : INCa

ISSN 2104-953X

ISBN : 978-2-37219-360-3

ISBN net : 978-2-37219-361-0

DEPÔT LÉGAL JANVIER 2018



Pour plus d'informations
e-cancer.fr

Institut National du Cancer
52, avenue André Morizet
92100 Boulogne-Billancourt
France

Tel. +33 (1) 41 10 50 00
diffusion@institutcancer.fr

RECEPPTSOUFSK18

e-cancer.fr

