

UNIVERSITÉ DE LILLE  
FACULTÉ D'INGÉNIEURIE ET MANAGEMENT DE LA SANTÉ (ILIS)  
MASTER 2 HEALTHCARE BUSINESS ET RECHERCHE CLINIQUE  
ANNÉE UNIVERSITAIRE 2021/2022

**PRATIQUE DES SOINS ONCOLOGIQUES DE SUPPORT  
DANS LA PRISE EN CHARGE PRÉCOCE  
DES PATIENTS ATTEINTS DE CANCER COLORECTAL,  
EXPÉRIENCE DU CENTRE OSCAR LAMBRET DE LILLE**

MÉMOIRE DE FIN D'ÉTUDES  
PAR ELISE FRESSIN

PRÉSIDENT DU JURY : MR JULIEN DE JONCKHEERE  
DIRECTEUR DE MÉMOIRE : MME MARIA-JOSÉ GARCIA-FERNANDEZ  
3<sup>ÈME</sup> MEMBRE DU JURY : DR GUILLAUME CARBONNELLE

FACULTÉ INGÉNIEURIE ET MANAGEMENT DE LA SANTÉ  
42 RUE AMBROISE PARÉ, 59120 LOOS



## REMERCIEMENTS

Je remercie tout d'abord Mr Julien DE JONCKHEERE, président du jury, mais aussi Mme Maria-José GARCIA-FERNANDEZ ma directrice de mémoire, qui m'ont tous deux soutenus et suivis aux différentes étapes de ma formation étudiante ou professionnelle.

Je remercie ensuite le Dr Guillaume CARBONNELLE, qui m'a guidé pour la création de ma base de données et m'a toujours encouragé et motivé au cours de ce projet.

Je remercie Mr Ali HAMMOUDI, le Dr Mael BARTHOULOT et Mme Estelle AYMES pour avoir rendu possible la réalisation de l'analyse statistique de ce mémoire.

Je tiens à exprimer toute ma gratitude à Madame Fabienne DUMONT, Attachée de Recherche Clinique (ARC) coordonnatrice au Centre Oscar Lambret (COL), qui m'a encadré lors de mon alternance avec énormément de patience, de bienveillance et qui m'a permis de progresser et m'améliorer dans mon travail.

Je remercie chaleureusement l'équipe du service investigation de la DRCI du COL et plus particulièrement mes collègues Mmes Sandra COLONGES, Amélie DECOURCELLE, Sandy DERAED, Elodie KAMINSKI, Justine LONGUE et Pauline OSTYN, pour avoir répondu à mes questions, m'avoir conseillé et aidé avec les études qui m'étaient transmises. Merci également au Professeur Nicolas PENEL de m'avoir accueilli dans son service.

Un grand merci à mes amies d'ILIS Marielle, Farah, Zineb et Marie pour m'avoir épaulé lors de nos travaux de groupe et pour nos moments de joie partagés cette année.

Merci à Delphine LIGNIER, Nicolas SIEMBIDA et Emilie CHIVE pour m'avoir fait découvrir le métier d'ARC au sein du service de chirurgie digestive du CHU d'Amiens.

Mes remerciements les plus sincères vont à Mme Marwa KHAMARI, ARC au CHU d'Amiens ayant été une collègue formidable et qui aura toujours ma profonde admiration.

Pour finir, je tiens enfin à exprimer ma reconnaissance à toutes les personnes qui ont participé de près ou de loin à l'élaboration de ce mémoire.

## GLOSSAIRE DES ABRÉVIATIONS

AP : Activité Physique

APA : Activité Physique Adaptée

ARC: Attaché de Recherche Clinique

AFSOS : Association Francophone des Soins Oncologiques de Support

CCR : Cancer Colorectal

CLIP<sup>2</sup> : Centre Labellisé INCa de Phase Précoce

COL : Centre Oscar Lambret

CRCDC : Centres régionaux de coordination des dépistages des cancers

DIM : Département de l'information Médicale

DRCI : Direction de la Recherche Clinique et de l'Innovation

DGOS : Direction générale de l'offre de soins

ECOG : Eastern Cooperative Oncology Group

EMSS : Équipe Mobile de Soins de Support

GN : Grade nutritionnel

ILIS : Faculté d'Ingénierie et Management de la Santé

INCa : Institut National du Cancer

MASCC : Multinational Association of Supportive Care in Cancer

MET : Equivalent Métabolique

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PF : Préservation de la fertilité

PPS : Programme Personnalisé de Soins

QV : Qualité de vie

RCP : Réunion de Concertation Pluridisciplinaire

SOS : Soins oncologiques de support

UMB : Unité de Méthodologie et de Biostatistique

# SOMMAIRE

<b>INTRODUCTION</b>	<b>1</b>
<b>ETAT DE L'ART</b>	<b>3</b>
<b>I. Historique</b>	<b>3</b>
A. La création des Soins de Support	3
B. Les Plans Cancer	4
<b>II. Les soins oncologiques de support</b>	<b>9</b>
A. Le socle de base des soins de supports	10
B. Les soins de support complémentaires	15
C. Les soins dits « de bien-être » et les soins palliatifs	19
<b>III. Cancer colorectal et soins oncologiques de support</b>	<b>20</b>
<b>LE CENTRE OSCAR LAMBRET</b>	<b>22</b>
<b>OBJECTIF</b>	<b>23</b>
<b>MATÉRIEL ET MÉTHODES</b>	<b>24</b>
<b>RÉSULTATS</b>	<b>26</b>
<b>I. Description de la population</b>	<b>26</b>
A. Caractéristiques générales de la population	26
B. Caractéristiques de la prise en charge	28
<b>II. Soins oncologiques de support</b>	<b>29</b>
A. Fréquence des consultations par type de SOS	29
B. Caractéristiques des patients par type de SOS	32
C. Soins oncologiques de support et recherche clinique	35
<b>DISCUSSION</b>	<b>37</b>
<b>CONCLUSION</b>	<b>44</b>
<b>TABLE DES MATIÈRES</b>	<b>46</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	<b>48</b>
<b>ANNEXES</b>	<b>58</b>

# INTRODUCTION

Un Attaché de Recherche Clinique (ARC) travaillant dans un service de cancérologie (ou oncologie médicale) est souvent amené à travailler avec une multitude de professionnels de santé. Les coopérations les plus fréquentes sont avec les médecins, les radiothérapeutes, les pharmaciens et les infirmiers. Ces professionnels sont en charge de la prescription, de la préparation ou la de la dispensation des traitements. L'ARC travaille également couramment avec les radiologues et les anatomopathologistes, liés plutôt au diagnostic et au suivi de l'évolution de la maladie. Il arrive maintenant de plus en plus que les ARCs collaborent avec des professionnels de santé dispensant des Soins Oncologiques de Support (SOS).

Les Soins Oncologiques de Support (SOS) sont définis par l'Institut National du Cancer (INCa) comme « *l'ensemble des soins et soutiens nécessaires aux personnes malades pendant et après la maladie. Ils se font en association avec les traitements spécifiques contre le cancer lorsqu'ils sont mis en place.* » [1] Les traitements spécifiques contre le cancer sont la chirurgie, la chimiothérapie, la radiothérapie et l'immunothérapie. Ils sont destinés à soigner le cancer mais peuvent induire des effets secondaires (nausées, vomissements, fatigue, douleurs...) et être une source d'épreuves et de difficultés diverses pour le patient. Les SOS vont donc avoir pour objectif de diminuer l'impact de la maladie et ses traitements afin d'offrir et d'assurer la meilleure qualité de vie possible aux patients. Ils vont permettre une prise en charge globale et complète du patient en intervenant à la fois sur son bien-être physique, psychologique et social. [2] Les SOS peuvent en effet être représentés par un large éventail de disciplines, allant de la prise en charge nutritionnelle à la préservation de la fertilité par exemple.

C'est au cours des stages que j'ai réalisés en recherche clinique que j'ai découvert ce qu'étaient les Soins Oncologiques de Support. J'ai travaillé sur différentes études évaluant les conséquences de l'apport de SOS dans le cadre de différents parcours de traitements et types de cancers. Par exemple, dans l'étude COG-SPORTIF sur laquelle j'ai travaillé, on évalue l'impact de séances d'activité physique adaptée (APA) sur les fonctions cognitives et la qualité de vie de patientes traitées pour un cancer du sein localisé.

Dans le cadre de ce mémoire de fin d'étude, j'ai donc souhaité m'intéresser plus en détail à la pratique courante des établissements de santé en matière de SOS. Je voulais porter mon attention sur la manière dont les soins oncologiques de support sont réalisés en dehors du cadre d'une étude clinique. En effet, j'aimerais comprendre de façon générale l'organisation des soins de support : par qui et à quels moments de la prise en charge ils sont présentés au patient, comment les besoins des patients sont dépistés, comment les patients sont orientés vers les professionnels des SOS et pour quelle durée de suivi.

Afin de répondre à ces nombreuses questions, j'ai d'abord réalisé une revue de la littérature et des référentiels sur les soins de support. J'ai ensuite souhaité approfondir mon analyse par la réalisation d'une étude au sein du Centre Oscar Lambret, mon établissement d'accueil pour cette année d'alternance de Master 2 Healthcare Business et Recherche Clinique. Je souhaitais en apprendre plus sur le type de SOS proposés ou non au COL, et s'il existait des disparités de répartition des SOS au sein d'un même parcours (= type de cancer). Finalement, je souhaitais déterminer quels SOS principaux pouvaient être identifiés au sein d'un parcours et pourquoi. Le parcours colorectal fut sélectionné car il se prêtait bien à l'analyse de données de par le nombre de nouveaux patients admis au COL par an.

Au cours de ce mémoire, nous aborderons donc tout d'abord dans la partie état de l'art l'histoire des soins oncologiques de support et la manière dont ils ont été encadré et ont évolué en France suite aux directives des Plans Cancers.

Nous ferons ensuite une présentation des différents types et domaines d'application des soins oncologiques de support puis nous nous intéresserons au cancer colorectal.

Enfin, nous terminerons par une étude sur base de données réalisée au Centre Oscar Lambret afin d'illustrer la pratique des SOS pour les patients au sein du parcours colorectal. Nous détaillerons les caractéristiques générales de l'échantillon sélectionné, puis nous verrons quelles SOS sont réalisés, à quelle fréquence et pour quelles proportions de patients.

# ETAT DE L'ART

## **I. Historique**

### **A. La création des Soins de Support**

Dans les années 1960 et 1970, l'apparition de nouveaux traitements ont permis d'énormes progrès dans la lutte contre le cancer. Les avancées concernant notamment les traitements médicamenteux, la chirurgie, la radiothérapie et les améliorations technologiques ont donné l'opportunité à de nombreux patients de vivre plus longtemps. Le cancer n'était plus synonyme de condamnation à mort, et les possibilités de guérison devenaient de plus en plus nombreuses avec le temps. La question de l'amélioration de la qualité de vie des patients atteints de cancer est donc devenue une question clé. Il devenait de plus en plus essentiel de s'intéresser à la gestion des symptômes et effets secondaires des cancers et de leurs thérapies. Les professionnels de santé étaient désireux de concevoir et de mettre en œuvre des stratégies qui fourniraient un soutien lors de toutes les phases du cancer (diagnostic, période de traitement, période post-traitement et fin de vie). [3]

Le professeur Hans-Jörg Senn et l'infirmière Agnès Glaus du Centre de Détection et de Prévention des Tumeurs de Saint-Gall, en Suisse, souhaitaient travailler sur ces problématiques. Ils estimaient qu'il ne fallait plus seulement se focaliser sur les thérapies anti-cancéreuses, mais aussi donner plus d'importance aux soins et soutiens apportés aux patients. Le terme de « Supportive Care » ou « Soins de Support » en français a ainsi été inventé par le Pr Senn. En février 1987, le Pr Senn et Mme Glaus organisaient le premier symposium international sur les soins oncologiques de support (SOS) à St Gallen, en Suisse. Cette première rencontre réunit 700 professionnels de santé venant de 29 pays différents. Les thèmes abordés furent notamment la gestion de la douleur, la gestion des effets secondaires des traitements, la nutrition et les soins psycho-sociaux dans le cadre du cancer. [4]

À la même période, le Pr Jean Klastersky, spécialiste des maladies infectieuses à l'Institut Jules Bordet de Bruxelles en Belgique, travaillait sur la gestion des infections chez les patients atteints de cancer. En effet, certaines thérapies anticancéreuses (chimiothérapie, radiothérapie, greffe) ont pour conséquence d'affaiblir le système immunitaire en diminuant le



nombre de globules blancs présents dans le sang. L'organisme ne peut alors plus détruire les pathogènes extérieurs (bactéries, virus...) et une infection se produit. [5]

S'associant au directeur du centre de cancérologie universitaire du Maryland, le Pr Klastersky organisa lui aussi sa propre conférence sur les SOS. Elle se déroula en novembre 1987 à Baltimore aux Etats-Unis et mit notamment l'accent sur la gestion et la réduction des effets secondaires du cancer tels que la fatigue, les nausées, les vomissements et les infections secondaires. Une deuxième conférence fut organisée par le Pr Klastersky en juin 1988, cette fois à Bruxelles.

Les Pr Senn et Klastersky partageant un objectif commun de développement des SOS, ils décidèrent de collaborer et organisèrent ensemble le deuxième symposium international sur les SOS. Il se déroula en 1990, de nouveau à St Gallen, en Suisse. La même année, le Pr Klastersky fonda une association internationale dédiée aux SOS ; la MASCC ou Multinational Association of Supportive Care in Cancer. Le Pr Senn proposa quant à lui de créer un journal pour l'association ; le Journal of Supportive Care in Cancer, édité par Springer Publishers.

Depuis 1992, un congrès est organisé chaque année par la MASCC en alternance entre l'Europe et les Etats-Unis afin de mettre en avant les dernières méthodes et avancées en matière de SOS. L'association met également en place des groupes de travail, élabore des « guidelines » et désigne les centres d'excellence en matière de SOS. La MASCC compte désormais des membres dans plus de 70 pays. [6]

## **B. Les Plans Cancer**

En France, la lutte contre le cancer s'est structurée dès 2003 autour de plans nationaux : les Plans Cancer. Ces plans ont pour but d'organiser la stratégie de santé publique en matière de lutte contre le cancer par le biais de la recherche, de la prévention et du dépistage. Ils permettent également d'organiser le parcours de soin du patient ainsi que l'accompagnement du patient et de ses proches. Les Plans cancer ont ainsi permis au fur et à mesure de préciser et structurer la pratique des Soins Oncologiques de Support (SOS) dans les établissements de santé et en ville. Trois Plans cancer se sont succédés jusqu'en 2019. La stratégie décennale de lutte contre le cancer 2021-2030 a succédé à ces plans cancer mais ne sera pas traitée dans le cadre de ce mémoire, n'apportant pas de nouveautés concernant les soins de support.

## **1. Le Plan Cancer 2003-2007**

« *Le cancer, c'est un véritable drame national qui exige un effort considérable, un effort de recherche, un effort de prévention et de dépistage, un effort de traitement, y compris de traitement psychologique des malades* » déclarait Mr Jacques Chirac le 14 juillet 2002 lors de l'annonce de son projet de plan de mobilisation nationale contre le cancer.

Le Plan Cancer 2003-2007 est donc initié par Mr Chirac au début de son 2<sup>ème</sup> mandat de Président de la République. Il se divise en 6 chapitres : prévention, dépistage, soins, social, formation et recherche qui comprennent en tout 70 mesures. [7]

En matière de prévention, l'objectif est de diminuer les conduites à risque pour réduire le nombre de cancers évitables. Pour lutter contre le tabagisme actif et passif, premier facteur de risque évitable de développement du cancer, deux mesures phares voient le jour. La mesure 4 prévoit d'augmenter régulièrement le prix de vente du tabac et d'en interdire la vente aux moins de 16 ans. La mesure 5, elle, prévoit l'interdiction de fumer dans les lieux collectifs (par exemple sur les lieux de travail, dans les transports en commun, les établissements scolaires et de santé). Cette interdiction est effective depuis le 1<sup>er</sup> février 2007. [8]

Afin de réduire les inégalités d'accès aux dépistages des cancers, des programmes de dépistage sont lancés. Pour le cancer du sein, le dépistage organisé est généralisé à l'ensemble de la population de 50 à 74 ans sans facteurs de risque particulier. Il est organisé par les Centres régionaux de coordination des dépistages des cancers (CRCDC) et pris en charge à 100% par l'Assurance maladie. Tous les 2 ans, les CRCDC envoient aux domiciles des personnes éligibles une invitation à se faire dépister. Le dépistage se fait via la réalisation d'une mammographie et d'un examen clinique. Pour le cancer colorectal, un programme de dépistage est initié dans 22 départements pilotes sur les 101 départements français de l'époque, il a pour but de définir par la suite une stratégie nationale. [9, 10]

Concernant les Soins Oncologiques de Support (SOS), ils doivent être présentés au patient dès le début de sa prise en charge, lors de sa première consultation avec son médecin référent. Cette 1<sup>ère</sup> consultation est appelée consultation d'annonce (Mesure 40). Lors de celle-ci, le médecin va expliquer au patient les caractéristiques de sa maladie, les traitements

envisagés et leurs potentiels effets secondaires. C'est également à ce moment qu'il va évaluer les besoins éventuels du patient (sur le plan social ou psychologique par exemple) et lui présenter des soins de supports. A la fin de l'entretien, le médecin remet au patient son Programme Personnalisé de Soins (PPS), document reprenant par écrit les modalités du traitement présenté (Mesure 31). Le PPS doit être parfaitement compréhensible par le patient et doit inclure les coordonnées d'un lieu d'information sur les SOS. Après la consultation d'annonce, une consultation avec une infirmière est proposée au patient afin de lui donner l'occasion de rediscuter de son PPS, demander des explications ou poser des questions complémentaires. Par la suite, le patient doit pouvoir avoir accès aux SOS dont il a besoin à n'importe quel moment de sa prise en charge et quelque soit le centre dans lequel il est traité.

En matière de Soins Oncologiques de Support, le Plan Cancer 2003-2007 met également en place la Mesure 42. Elle sera décrite dans l'annexe IV du Circulaire DHOS/SDO n°2005-101 du 22 février 2005. [11] Cette mesure prévoit d'accroître les possibilités pour les patients de bénéficier des SOS en les organisant et les développant plus amplement.

Ainsi, il est prévu la création d'Équipes Mobiles de Soins de Support (EMSS) qui pourront se déployer dans les différents services de leur établissement d'affectation, dans d'autres établissements de santé (hôpitaux, clinique, EHPAD...) ou au domicile des patients. Les unités d'EMSS seront composées d'une équipe pluridisciplinaire incluant des médecins de la douleur, infirmiers spécialisés, psychologues, kinésithérapeutes, assistants de services sociaux ou encore nutritionnistes. Ces équipes n'interviendront pas uniquement dans le cadre du cancer et se rendront disponibles pour répondre à l'ensemble de la demande en soins de support pour toutes les pathologies.

En ce qui concerne l'accompagnement psychologique du patient, environ 150 postes de psychologues et de psychiatres formés à la psycho-oncologie seront créés afin d'augmenter l'offre de soins pour les patients. Aussi, un forfait de 3 à 5 consultations de psycho-oncologie auprès de psychologues de ville sera financé.

Afin de coordonner les actions de lutte contre le cancer, la création de l'Institut National du Cancer (INCa) est annoncée dans ce plan. Ce groupement d'intérêt public sera créé par la loi de santé publique du 9 août 2004. [12]

## **2. Le Plan Cancer 2009-2013**

Le Plan Cancer 2009-2013 s'inscrit dans la continuité du Plan Cancer précédent. Il a pour but d'adapter, de consolider et d'assurer la mise en œuvre et l'application des précédentes mesures. Il est réparti en 5 axes : Recherche, Observation, Prévention/Dépistage, Soins, Vivre pendant et après un cancer. Ces 5 axes contiennent en tout 30 mesures déclinées à travers 118 actions. [13]

Les Mesures 14 à 17 de l'Axe Prévention Dépistage ont pour objectif l'amélioration des conditions de détection précoce des cancers. Pour ce faire, le programme pilote de dépistage organisé du cancer colorectal est déployé sur l'ensemble du territoire. Comme pour le cancer du sein, il est accessible à l'ensemble de la population de 50 à 74 ans sans facteurs de risque particuliers tous les 2 ans et est pris en charge à 100% par l'Assurance maladie. Sur présentation du courrier de la CRCDC à son médecin traitant, un patient pourra se voir remettre gratuitement un kit pour faire un test de détection de sang dans les selles. Une fois réalisé à domicile, l'échantillon peut ensuite être envoyé pour analyse par courrier à l'aide de l'enveloppe affranchie fournie. Si la recherche est positive, le patient est invité à réaliser une coloscopie complémentaire. [14] Un programme expérimental de dépistage du cancer du col de l'utérus est également lancé au cours de ce plan. Le cancer du col utérin est généralement provoqué par transmission du papillomavirus humain par voie sexuelle. Le programme a pour but d'établir des recommandations de bonnes pratiques de vaccination et de dépistage. [15]

L'Axe Soins vise à garantir à chaque patient un parcours de soins personnalisé et efficace. Dans la Mesure 19, il est établi que l'amélioration de la qualité de la prise en charge doit passer par la généralisation de la mise en place du dispositif d'annonce, du PPS et de l'accès aux soins de support initié par le Plan Cancer 2003-2007 dans tous les centres traitant des patients atteints de cancer. Il est également mentionné l'ajout d'un programme personnalisé de l'après-cancer, distribué à tous les patients à la fin de leurs traitements. En terme de soins de support, l'Action 19.1 prévoit de se focaliser surtout sur la lutte contre la douleur et l'accès aux soins palliatifs. Les mesures 25 et 26 visent à développer la prise en charge sociale des patients en intégrant notamment un volet social dans le PPS.

### **3. Le Plan Cancer 2014-2019**

Le troisième Plan Cancer est présenté en février 2014 par François Hollande, alors président de la république. Il propose 57 actions réparties au sein de 17 objectifs. Ce plan souhaite faire de la prévention une priorité pour réduire le nombre de cancers aux causes évitables. En matière de tabagisme par exemple, le Programme National de Réduction du Tabagisme prévoit de réduire le nombre de fumeurs (représentant alors 30% de la population) à 20% en 10 ans. C'est notamment dans ce cadre que la mesure de standardisation des paquets de cigarettes est lancée (couleurs, agencement et typographies identiques). Cette mesure vise à supprimer le côté attractif de l'emballage et de l'image de marque. Elle permet également de mettre en avant les avertissements écrits et photos apposés sur les paquets. [16, 17]

Le Plan Cancer 2014-2019 insiste sur l'importance de s'intéresser à l'hygiène de vie des patients atteints de cancer. En effet, la consommation de tabac, d'alcool et l'obésité peuvent pour eux favoriser l'apparition d'un second cancer ou d'autres pathologies concomitantes.

Il existe une volonté de généraliser l'accompagnement au sevrage tabagique des malades atteints de cancer. Pour se faire, le montant du forfait d'aide à l'arrêt du tabac pour les patients atteints de cancer est triplé. Le remboursement du sevrage tabagique passe alors de 50€ à 150€ par personne (Action 8.4).

Ensuite, les professionnels de santé devront informer leurs patients sur les dangers de l'alcool et leurs recommander la limitation de sa consommation quel que soit le type de cancer. La réduction de la consommation alcoolique doit devenir l'un des objectifs de l'accompagnement nutritionnel des patients. Les services d'addictologie doivent également être plus souvent mobilisés, surtout pour les fortes consommations (Action 8.5).

Enfin, la prise en charge des patients en surcharge pondérale et/ou ayant un mode de vie sédentaire doit devenir systématique. Cela passe par l'orientation des patients vers la pratique d'une activité physique adaptée à leurs besoins. En effet, la pratique sportive pendant et après les traitements est essentielle et bénéfique pour les patients. Elle améliore notamment la qualité de vie et diminue la sensation de fatigue. En addition à cela, le recours à un accompagnement nutritionnel est encouragé afin d'adapter et améliorer les habitudes alimentaires des patients (Action 8.6).

Les Actions 7.3, 7.6 et 7.7 abordent les questions de la détection des besoins en SOS, de l'orientation adéquate des patients et de l'égalité d'accès aux soins de support.

Dès l'annonce du diagnostic et tout au long de la prise en charge, une détection des besoins en SOS doit être mise en place. Tout d'abord, la sensibilisation et la formation des soignants à la détection des besoins en SOS est primordiale. Afin d'aider les professionnels dans cette détection, des outils d'aide au dépistage et à l'orientation des patients sous forme de questionnaires seront créés (**Annexe 1**). Ensuite, afin de mobiliser précocement les équipes compétentes, la question des besoins en SOS doit être discutée systématiquement pour chaque patient présenté en RCP (Réunion de Concertation Pluridisciplinaire). La RCP est une réunion qui va permettre de réunir des oncologues, chirurgiens, radiologues et radiothérapeutes afin de déterminer la meilleure solution de traitement propre à la situation de chaque patient. Enfin, l'INCa souhaite produire des référentiels nationaux de bonnes pratiques sur les soins de support afin d'aiguiller les professionnels de santé sur leurs pratiques.

## **II. Les soins oncologiques de support**

Suite à la parution du Plan Cancer 2014-2019, la direction générale de l'offre de soins (DGOS) du Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et des Droits des Femmes a publié la saisine DGOS 085-15 du 31 juillet 2015 (**Annexe 2**). Cette saisine requérait l'expertise de l'INCa pour proposer une évolution du « panier de soins » concernant l'offre et l'organisation des SOS à garantir aux patients atteints de cancer et à leurs proches.

Un panier de soins est constitué d'une liste de services ou de soins dont l'utilité et l'efficacité sont indiscutables. Ces soins relèvent d'une prise en charge solidaire et sont donc remboursés en totalité ou en partie par l'assurance maladie. La détermination d'un panier et de ses modalités de financement répond à l'objectif de garantir un accès équitable aux soins et services reconnus comme prioritaires.

L'INCa s'est donc appuyé sur une revue de données de littérature, la consultation d'un groupe d'experts et de différents acteurs impliqués dans les SOS dont l'AFSOS (Association Francophone des Soins Oncologiques de Support) pour publier en octobre 2016 le rapport d'expertise demandé. Le rapport « Axes opportuns d'évolution du panier de soins oncologiques de support » [18] propose de compléter le « panier référentiel » constitué des 4

soins de supports socle par 5 soins de supports complémentaires et 2 techniques particulières d'analgésie, l'ensemble formant le « panier actualisé ». Ce panier actualisé des soins de support sera validé au niveau national par l'instruction DGOS/INCa du 23 février 2017 relative à l'amélioration de l'accès aux soins de support des patients atteints de cancer. [19]

## **A. Le socle de base des soins de supports**

### **1. La prise en charge de la douleur**

La douleur est le symptôme le plus fréquent du cancer au moment du diagnostic et elle augmente de fréquence pendant et après le traitement du cancer. Une fois leur traitement curatif terminé, jusqu'à 40% des survivants du cancer souffrent de douleur chronique. [20]

La douleur dans le cadre du cancer peut avoir de multiples causes. Elle peut être liée au cancer lui-même, à ses traitements (chirurgie, chimiothérapie, radiothérapie...) ou aux soins et examens médicaux réalisés dans le cadre de la prise en charge du cancer. Habituellement, une douleur apparaît à cause d'une anomalie précise, identifiée ou non, et disparaît en quelques heures ou semaines lorsque l'anomalie est éliminée. On parle alors de douleur aiguë. Il est important de signaler la douleur dès qu'elle survient et de la traiter rapidement afin qu'elle ne devienne pas permanente. Une douleur qui persiste au moins 3 mois et ce malgré un traitement antidouleur est une douleur chronique. [21] Les spécialistes de la douleur sont des médecins algologues ou des professionnels de santé titulaires d'un diplôme universitaire sur la prise en charge de la douleur.

En matière de prise en charge de la douleur, l'INCa a reconnu 2 techniques d'analgésie particulières en temps que soins oncologiques de support :

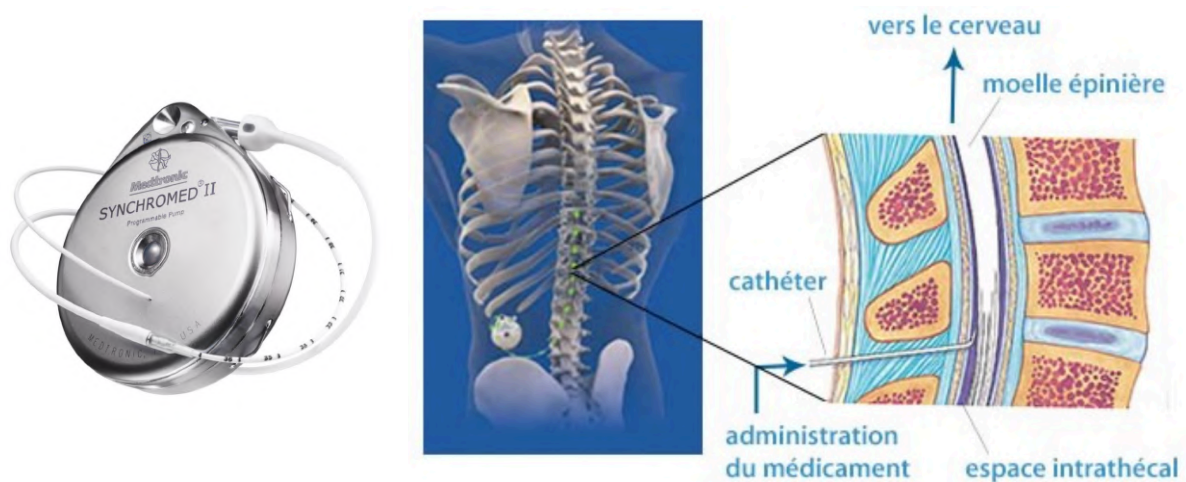
- **L'hypnoanalgésie**

L'hypnoanalgésie est la pratique de l'hypnose qui a pour but de modifier et soulager une douleur. Elle est indiquée par l'INCa dans le traitement des douleurs liées au cancer ou à ses traitements chez l'adulte et chez l'enfant. L'hypnoanalgésie va permettre d'accompagner les patients lors d'examens ou de soins médicaux douloureux comme par exemple la ponction lombaire (prélèvement de liquide céphalo-rachidien) ou le myélogramme (ponction de moelle

osseuse). L'hypnose va agir sur l'attention du patient, soit en la focalisant sur la réalité, soit en la déplaçant de la réalité vers l'imaginaire. [22] Elle ne va pas seulement réduire la douleur, mais va aussi réduire l'anxiété et améliorer le vécu d'une expérience qui pourrait être traumatisante pour le patient. Dans le livre Hypnoanalgésie et hypnosédation au chapitre 24 : « Hypnoanalgésie et cancérologie : Problématique et indications » [23], il est mentionné le témoignage d'une patiente devant pour la 2<sup>ème</sup> fois subir sous anesthésie locale la pose d'une chambre implantable (dispositif d'aide à l'administration des traitements intraveineux). Sous hypnoanalgésie, la patiente a mieux vécu l'intervention qui l'avait traumatisée la 1<sup>ère</sup> fois, la qualifiant d'« expérience magnifique ». (Annexe 3)

#### • L'analgésie intrathécale délivrée par pompe implantable

L'analgésie intrathécale permet d'injecter des traitements antalgiques dans l'espace intrathécal en arrière de la moelle épinière, directement dans le liquide céphalo-rachidien. Le principal avantage de cette voie d'administration est son efficacité d'action qui permet d'administrer de très faibles doses (environ 300 fois plus faibles que par voie orale pour la morphine). Elle est indiquée de façon précoce dans le traitement des douleurs liées aux cancers pelviens (utérus, colorectal...), en cas de douleurs réfractaires ou lorsque le traitement antalgique du patient a des effets secondaires qui invalident sa qualité de vie. La pompe contenant l'analgésique sera implantée sous la peau de l'abdomen au cours d'une intervention chirurgicale. Le cathéter sortant de la pompe sera placé pour acheminer le traitement vers la colonne vertébrale. [24, 25, 26]



**Figure 1 :** Pomme implantable et schéma de localisation de l'espace intrathécal [26]



## **2. La prise en charge diététique et nutritionnelle**

Chez les patients atteints de cancer, la dénutrition a été identifiée comme étant associée à un pronostic plus défavorable et à une altération de la qualité de vie. Or dans la littérature, de 30 à 50% des patients atteints de cancer sont amaigris et potentiellement dénutris avant même le début du traitement. Le référentiel « Nutrition chez le patient adulte atteint de cancer » de l'AFSOS [27] insiste sur l'importance du dépistage de la dénutrition dès le début de la prise en charge des patients.

La dénutrition résulte d'un déséquilibre nutritionnel. Elle survient lorsque les apports nutritionnels (énergie, protéines et autres nutriments) sont insuffisants pour couvrir les besoins de l'organisme. Selon la Haute Autorité de Santé (HAS) [28], « la dénutrition fragilise, diminue les défenses naturelles et augmente le risque d'infection. Elle diminue la force musculaire et la mobilité. » Les critères permettant de déceler la dénutrition sont notamment :

- une perte de poids  $\geq 5\%$  du poids habituel en 1 mois ou  $\geq 10\%$  en 6 mois ;
- un indice de masse corporelle (IMC)\*  $< 18,5$  (ou  $< 21$  pour les 70 ans et plus) ;
- une diminution d'au moins 50% des apports alimentaires pendant plus d'une semaine ou une réduction inhabituelle des apports pendant plus de deux semaines

Une étude [29] sur la prévalence de la dénutrition de patients hospitalisés dans des centres de cancérologie a identifié 4 facteurs associés à un risque de dénutrition. Il s'agissait de la présence indépendante d'un IMC  $\geq 30$ , d'un score ECOG/OMS  $\geq 2$  \*\* ou d'un siège de tumeur primitive d'origine digestive haute (oesophage, estomac...) ou de la tête et du cou. Concernant le siège de la tumeur primitive, ces résultats peuvent s'expliquer par le fait que la réduction des apports alimentaires (par perte de l'appétit, obstacle mécanique ou douleur) est l'un des mécanismes majeurs à l'origine de la dénutrition. [27]

\* L'IMC se calcule en divisant le poids (en kg) par la taille (en mètre) au carré. Il permet d'indiquer une insuffisance pondérale (IMC  $< 18,5$ ), une corpulence normale ( $18,5 \geq \text{IMC} < 25$ ), un surpoids ( $25 \geq \text{IMC} < 30$ ) ou une obésité (IMC  $\geq 30$ ).

\*\* L'indice de performance ECOG/OMS [30,31] est un système de classification des capacités de vie quotidienne des patients : OMS 0 = Activité normale sans restriction ; OMS 1 = Activité restreinte pour des activités physiques importantes, capable de se déplacer seul et de fournir un travail léger ; OMS 2 = Alité moins de 50% de la journée, capable de se déplacer seul et de prendre soin de soi-même, incapable de produire un travail léger ; OMS 3 = Alité plus de 50% de la journée, capable de prendre soin de soi-même de manière limitée ; OMS 4 = Alité toute la journée, incapable de prendre soin de soi-même ; OMS 5 = Décédé

### 3. La prise en charge psychologique

La prise en charge psychologique des patients atteints de cancer peut être assurée par un psychologue ou un psychiatre à la demande du patient, de l'entourage ou de l'équipe de soins.

Le psychologue a suivi une formation universitaire de 5 ans en psychologie validée par un Master 2 de psychologie clinique. Lors d'entretiens, il aide le patient à exprimer sa détresse psychique et identifie ses besoins et attentes. Il peut pour cela réaliser des tests de personnalité ou d'intelligence par exemple. Ensuite, le psychologue met en œuvre des actions préventives ou curatives pour traiter la souffrance psychique.

Le psychiatre quant à lui est un médecin qui a suivi une spécialisation de 4 à 5 ans en psychiatrie. Le psychiatre sera consulté en présence de critères d'alerte et/ou d'éléments de gravité concernant le patient. Il peut s'agir d'un risque suicidaire, d'un trouble psychiatrique avéré (schizophrénie, troubles bipolaires) ou encore d'un trouble de la personnalité. Le psychiatre peut prescrire des médicaments (antidépresseurs, anxiolytiques, psychotropes...) ou réaliser des entretiens à visée thérapeutique comme le psychologue. [32]

La détresse psychologique est définie par le National Comprehensive Cancer Network [33] comme « *une expérience émotionnelle désagréable, de nature psychologique, sociale et/ou spirituelle, qui s'étend 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* ». Cet état de mal-être peut se traduire par des symptômes très variables selon les patients, mais les symptômes émotionnels anxieux ou dépressifs sont les plus fréquents. Le dépistage de la détresse émotionnelle des patients pourra se faire par l'auto-questionnaire HADS ou Hospital Anxiety and Depression Scale (Annexe 4).

L'anxiété est un sentiment souvent indéfinissable de peur sans objet, ou appliqué de manière disproportionnée à des événements réels. Elle peut être aiguë (crise d'angoisse, attaque de panique), subaiguë (réaction anxieuse simple qui persiste 7 à 10 jours après une mauvaise nouvelle) ou chronique lorsqu'elle dure plus de 6 mois (anxiété généralisée, trouble panique, trouble obsessionnel compulsif, syndrome de stress post-traumatique). Elle peut être traitée via une thérapie de soutien, un traitement anxiolytique, la relaxation ou l'hypnose [34]

La dépression est décrite par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme « *un trouble mental courant, caractérisé par la tristesse, la perte d'intérêt ou de plaisir, des sentiments de culpabilité ou de faible estime de soi, des troubles du sommeil ou de l'appétit, une sensation de fatigue et un manque de concentration.* » [35] Dans le cadre du cancer, certains symptômes ne sont à retenir pour le dépistage que s'ils ne sont pas plus probablement liés au contexte médical ou aux traitements. La prise en charge de la dépression se fera par un suivi psychologique ou psychiatrique et si nécessaire par un traitement antidépresseur. [36]

#### **4. La prise en charge sociale, familiale et professionnelle**

Une demande d'aide sociale par le service social hospitalier peut être sollicitée par le patient, par son entourage mais aussi par tous les professionnels impliqués dans le parcours de soins du patient, à l'hôpital comme en ville. Un repérage précoce des vulnérabilités sociales est essentiel afin d'orienter et d'aider les patients fragiles dans les démarches qui seront nécessaires à leur prise en charge. [37] Une aide sociale sera particulièrement nécessaire dans le cas où le patient répond à l'une ou plusieurs de ces situations :

- Profession : étudiant, chômeur, travail temporaire, reprise de travail, réinsertion ou arrêt d'activité professionnelle
- Situation d'isolement (géographique ou familial)
- Accès aux soins : absence de couverture sociale, absence de complémentaire santé
- Vie quotidienne et santé : handicap, perte d'autonomie, personne à charge à domicile
- Situation financière : bénéficiaire de minima sociaux, retraite, baisse de revenus liée à l'arrêt de travail, endettement
- Logement : personne sans domicile fixe, prêt immobilier, dette de loyer

La prise en charge sociale va commencer par une évaluation sociale de la situation du patient, de son entourage et de son environnement. Cette évaluation va permettre d'analyser les besoins et les problématiques à résoudre. Un plan d'aide social personnalisé va alors être proposé au patient puis l'assistant social va le mettre en place tout en orientant le patient vers un partenaire de ville/du domicile si besoin. [37]

Suite au Plan Cancer 2009-2013, l'INCa a réalisé l'étude VICAN2 afin de décrire la vie des patients deux ans après leur diagnostic de cancer. Cette étude permet d'interroger 2109 patients avec un cancer dont la localisation tumorale était parmi l'une des 12 sélectionnées. [38] Parmi les patients de cette étude, 11,5% ont été en contact avec une assistante sociale au cours de leur prise en charge. Ce sont les moins de 50 ans qui ont le plus souvent consulté une assistante sociale, avec des proportions supérieures à 20%, hommes et femmes confondus. Concernant la possibilité de consulter une association de malade, 6% des patients disent en avoir profité.

## **B. Les soins de support complémentaires**

### **1. Activité physique adaptée**

L'activité physique (AP) est définie comme « *tout mouvement corporel qui produit une augmentation marquée de la dépense énergétique par rapport à la dépense de repos* ». L'AP inclut l'ensemble des activités de la vie quotidienne (tâches domestiques, activités professionnelles, transports, loisirs et activités sportives). L'Activité Physique Adaptée (APA) se définit quant à elle comme « *la mise en mouvement des personnes n'ayant pas un niveau d'AP suffisant au quotidien ou qui, en raison de leur état physique, mental, ou social, ne peuvent pratiquer une AP dans des conditions habituelles* ». La pratique de l'APA est strictement encadrée et se fait sous prescription. Elle peut être réalisée dans les établissements de soins, au sein d'associations ou de clubs sportifs. Les professionnels habilités à évaluer les patients et à leur proposer un projet d'APA sont les enseignants en APA, les kinésithérapeutes et les éducateurs sportifs. [39] Le niveau d'effort requis pour une AP est estimé en Equivalent Métabolique (MET). Au repos la dépense énergétique est de 1 MET. Le coût énergétique en MET va donc varier en fonction de l'intensité de l'AP. L'APA va se faire sous la forme d'un exercice régulier d'1 heure, 3 fois par semaine avec une dépense énergétique de 4 à 6 MET-heure (marche rapide, gymnastique adaptée) soit 12 à 18 MET-heure/semaine. [27]

Pour les patients atteints de cancer, plusieurs études ont montré que la pratique d'une AP améliorerait l'état de fatigue, la qualité de vie, l'état psychologique et émotionnel, mais aussi l'observance aux traitements. Quelque soit le stade ou le moment de la prise en charge

du cancer, la pratique d'une AP permet plus précisément une réduction d'environ 30% du niveau de fatigue. [39] Suite à l'intégration de l'APA en temps que SOS complémentaire, l'INCa recommande d'intégrer l'AP tout au long du parcours des patients mais aussi en phase d'après cancer. La pratique de l'AP est à prioriser en phase adjuvante (après une chirurgie) car elle permet alors de prévenir les récurrences et augmente le temps de survie des patients. [18]

## 2. Les conseils d'hygiène de vie

Après un diagnostic de cancer, une prévention tertiaire est mise en place par les professionnels de santé. Cette prévention vise à informer les patients des bons comportements à adopter afin de limiter les risques de complications, de progression et de récurrence de leur maladie. Le tabagisme, la consommation d'alcool, la sédentarité et la surcharge pondérale sont autant de facteurs de risques évitables de développer un cancer, mais sont également des facteurs qui peuvent influencer sur l'évolution de la maladie une fois celle-ci développée. [40]

Il a notamment été démontré chez les patients présentant un cancer des VADS (voies aérodigestives supérieures) qu'une forte consommation d'alcool augmentait le risque de développer un second cancer primitif de 60% par rapport aux faibles consommateurs. Il est de ce fait recommandé pour ces patients d'éviter toute consommation d'alcool. [41]

Le référentiel de l'AFSOS sur le sevrage tabagique [42] indique quant à lui que la consommation de tabac peut interagir avec certains traitements contre le cancer en diminuant leur efficacité. Les patients fumeurs s'exposent également à un risque plus élevé de subir des complications postopératoire. A l'inverse, le sevrage tabagique va améliorer la survie des patients et diminuer le risque d'apparition d'un second cancer. L'arrêt du tabac va induire une amélioration de la qualité de vie et être bénéfique dans les situations de dépression, d'anxiété et de stress.

L'addiction est définie comme « *un processus complexe par lequel un comportement, pouvant à la fois produire du plaisir et soulager une tension interne, se caractérise par l'échec répété dans le contrôle de ce comportement et la persistance de celui-ci en dépit de conséquences négatives significatives* ». [43] Le patient peut donc comprendre les risques de sa dépendance et les avantages qu'il aurait à y mettre fin tout en ne trouvant pas la motivation

nécessaire pour le faire. Dans ces situation, il est essentiel d'encourager le patient et de lui présenter les différentes aides au sevrage possibles. Un patient motivé et surtout volontaire pour débiter un sevrage pourra ainsi être orienté vers le service ou l'unité d'addictologie de l'hôpital ou en extérieur vers un CSAPA (centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie). [44]

### **3. Le soutien à la mise en œuvre de la préservation de la fertilité**

La prise en charge du cancer nécessite l'utilisation de traitements qui peuvent être toxiques pour l'appareil reproducteur féminin ou masculin. Par exemple, les chimiothérapies à base d'agents alkylants, l'irradiation par radiothérapie pelvienne ou la chirurgie pelvienne peuvent nuire à la gamétogenèse (formation des ovules et spermatozoïdes). C'est pourquoi la mise en œuvre d'une préservation de la fertilité (PF) doit être envisagée à titre préventif pour tous les enfants et les adultes en âge de procréer allant recevoir un traitement potentiellement toxique pour l'appareil reproducteur. La loi de bioéthique de 2004 impose d'ailleurs à chaque médecin d'informer ses patients de cette possibilité avant d'initier un traitement pouvant affecter la fertilité. Lorsque le patient le souhaite, il devra être adressé à un spécialiste de la reproduction compétent en PF. Diverses techniques sont aujourd'hui disponibles pour que les patients puissent conserver la possibilité d'avoir un enfant après un cancer.

Pour les femmes, il y a la possibilité de réaliser une cryoconservation d'ovocytes (congélation d'ovules dans de l'azote liquide) maturés par stimulation ovarienne *in vivo* ou *in vitro*. La cryoconservation peut également concerner le tissu ovarien ; c'est la seule technique disponible pour les filles pré-pubères, bien qu'expérimentale. Enfin, la transposition ovarienne consiste à déplacer lors d'une chirurgie un ou deux ovaires pour les patientes devant avoir une radiothérapie pelvienne afin d'éviter l'irradiation ovarienne. Cette méthode ne protégera cependant pas l'utérus des effets de la radiothérapie.

Pour les hommes, il existe la méthode de cryoconservation des spermatozoïdes, qui seront conditionnés en paillettes puis conservés dans l'azote liquide. Pour les patients pré-pubères, la cryoconservation de tissu testiculaire par biopsie est la seule méthode possible chez le garçon. Comme pour la fille pré-pubère, cette technique est expérimentale.

Une dernière méthode s'adresse aux patientes adultes, en couple et envisageant un projet parental : il s'agit de la cryoconservation d'embryons. Après une Fécondation In Vitro préalable, les embryons sont congelés dans de l'azote liquide. Ils appartiennent au couple : si le couple se sépare, les embryons ne pourront donc plus être utilisés.

Après une PF, les patientes pourront demander une Assistance Médicale à la Procréation (Insémination intra-utérine ou Fécondation In Vitro). En France, l'assistance médicale à la procréation est prise en charge par la sécurité sociale jusqu'à 43 ans chez les femmes. [45, 46]

#### **4. La prise en charge des troubles de la sexualité**

La vie intime et sexuelle des patients atteints de cancer peut se trouver affectée dans son versant biologique (douleurs, troubles du désir, de l'excitation, du plaisir) ou psychologique (altération de l'image de soi, perte de confiance en soi ou en l'autre, anxiété, dépression). Tous les patients atteints de cancer sont susceptibles de vivre un trouble sexuel, quelque soit leur âge, leur sexe, la localisation de leur cancer et le moment de leur prise en charge. [47]

L'étude VICAN2 [38] s'est intéressé à la sexualité des patients à 2 ans de leur diagnostic. Interrogés sur leur désir sexuel, plus de la moitié des patients ont déclaré une diminution de leur libido. En terme de fréquence des rapports sexuels, près de 50% des hommes et 40% des femmes ont déclaré une diminution de ceux-ci. Malgré les conséquences de la maladie et ses traitements sur leur sexualité, les patients ont peu communiqué avec l'équipe médicale des problèmes qu'ils pouvaient rencontrer. En effet, 16,9% des hommes et seulement 6,7% des femmes ont parlé de leur sexualité à un professionnel de santé après deux ans de suivi. Au final, en dépit d'une vie sexuelle fortement impacté, l'épreuve du cancer ne semble pas avoir d'effet néfaste sur les couples, puisque la majorité (95,5%) étaient toujours ensemble 2 ans après le diagnostic.

Dans le rapport de l'Observatoire sociétal des cancers de Juin 2016 : « Les aidants, les combattants silencieux du cancer » [48], près de 6 conjoints aidants sur 10 (57%) déclaraient un effet négatif des aides apportées sur leurs relations sexuelles. Les retours à ce sujet mentionnent surtout la difficulté d'être parfois confronté à l'intimité de l'autre, de devoir s'occuper de son corps et de sa toilette. Les couples peuvent alors avoir l'impression de vivre une relation qui n'est plus basée sur la séduction mais plutôt sur le soin.

## **5. Le soutien psychologique des proches et des aidants**

Les aidants sont des proches qui assistent une personne de leur entourage dans les actes de la vie quotidienne de façon régulière et fréquente. Dans le rapport « Les aidants, les combattants silencieux du cancer » [47] cité précédemment, plusieurs études sur le profil, le rôle de l'aidant et les conséquences sur sa vie ont été faites.

Une enquête nationale réalisée par IPSOS en décembre 2015 chez les plus de 16 ans a estimé que près de 20 millions de français auraient été aidant d'une personne atteinte de cancer entre 2010 et 2015. Une seconde enquête d'IPSOS sur le rôle de l'aidant réalisée à la même période a montré que parmi 5010 aidants de plus de 16 ans d'une personne atteinte de cancer, 61% apportent un soutien moral, 37% apportent un soutien médical, 36% font les courses et entretiennent le logement et 32% aident dans les gestes du quotidien (préparer les repas, faire sa toilette). Du point de vue psychologique, les proches (parents, conjoints, enfants) et les aidants vivent « en miroir » la maladie de leur proche, partageant leur choc, leurs émotions et leur moral. Le fait de prioriser les besoins de l'autre et de ne pas vouloir exprimer ses sentiments négatifs (impuissance, peur, colère, anxiété...) ou ses difficultés personnelles vont faire que les aidants vont souvent se sentir fatigués, seuls et isolés. Une prise en charge psychologique des proches et des aidants est essentielle afin de leur permettre de parler des soucis et des inquiétudes qu'ils ne peuvent exprimer face à leur proche malade.

### **C. Les soins dits « de bien-être » et les soins palliatifs**

Il existe des soins complémentaires, non reconnus en temps que soins oncologiques de support par trop faible niveau de preuve, mais pouvant apporter de l'aide et du réconfort aux patients. Ces soins « de bien-être » peuvent varier en fonction des centres de soin et font parfois intervenir des associations. Parmi eux on peut citer la socio-esthétique, la sophrologie, l'art-thérapie, la musicothérapie, le yoga, la relaxation ou encore l'acupuncture.

Les soins palliatifs sont également des soins de support et ils ont un rôle essentiel dans la prise en charge des patients dont la maladie est en phase avancée. Les soins palliatifs sont souvent présents à l'hôpital sous la forme d'une équipe mobile pluridisciplinaire qui se



déplace dans les services pour voir les patients qui nécessitent leur intervention. Ils prennent notamment en charge le soulagement de la douleur et des effets secondaires des traitements.

### **III. Cancer colorectal et soins oncologiques de support**

Troisième cancer le plus répandu dans le monde, le cancer colorectal (CCR) représente un problème de santé publique majeur. Avec plus de 43 000 nouveaux cas estimés en France en 2018, le CCR semble toucher un peu plus les hommes que les femmes (23 200 et 20 100 cas respectivement). Entre 2010 et 2018, le taux standardisé d'incidence du cancer colorectal a diminué de -1,4% par an pour les hommes mais est resté stable chez la femme. Le CCR est le 2<sup>ème</sup> cancer le plus répandu chez la femme après le cancer du sein et le 3<sup>ème</sup> cancer le plus répandu chez l'homme après le cancer de la prostate et du poumon. L'âge médian au diagnostic est de 71 ans chez l'homme et 73 ans chez la femme. Environ 60% des cancers colorectaux concernent le côlon tandis que 40% touchent le rectum.

Le taux de survie nette standardisé du cancer colorectal est de 63% à 5 ans et de 52% à 10 ans. En 2018, le cancer du côlon et du rectum était responsable de 17 100 décès, ce qui en fait la 2<sup>ème</sup> cause de décès par cancer en France derrière le poumon (33 100 décès). Le taux de mortalité du CCR a cependant diminué en moyenne de -1,7% entre 2010 et 2018, hommes et femmes confondus. [49, 50]

Le dépistage organisé du cancer colorectal instauré en 2009 vise à améliorer la détection précoce du CCR. En effet, s'il est détecté tôt, le cancer colorectal se guérit dans 9 cas sur 10. Il existe cependant un manque de mobilisation de la part des français. En effet, l'objectif européen fixe un taux de participation au dépistage organisé à 45%. Sur la période 2019-2020, seul 28,9% des français éligibles avaient participé au programme de dépistage du CCR. [51]

Dans la littérature, il existe peu d'articles sur l'évaluation des besoins en soins oncologiques de support des patients atteints de cancer colorectal. Les articles évaluent surtout la qualité de vie (QV) des patients et ne sont pas réalisées en France.

Une étude Australienne [52] a étudié les besoins en soins de soutien de patients 6 mois après le diagnostic de leur cancer. Dans cette étude, 1323 patients ayant un cancer parmi 8

localisations tumorales ont été sélectionnées. Parmi les 145 patients atteints d'un cancer colorectal, 54 (33%) ont rapporté qu'ils n'avaient aucun besoin en soins de support, 38 patients (23%) avaient de faibles besoins et 72 patients (44%) ont signalé des besoins modérés à élevé en soins oncologiques de support. Les besoins les plus forts étaient psychologiques avec des préoccupations concernant l'inquiétude des proches, des craintes concernant la propagation du cancer et l'incertitude face à l'avenir.

Une enquête Allemande [53] réalisée avec la participation de 309 patients atteints de cancer colorectal a étudié la QV des patients à 1 an de leur diagnostic. Près de 80% des patients ont signalé des problèmes de fatigue et 55% ont rapporté des difficultés à dormir. Il existait une grande différence concernant les symptômes de constipation, de diarrhée et les difficultés financières qui étaient beaucoup plus vécues par les patients atteints de CCR par rapport à la population générale.

Une étude conduite à Alberta au Canada a évalué les symptômes ressentis par les patients dans les 2 mois suivant le diagnostic d'un cancer parmi six localisations tumorales. Parmi les patients atteints du cancer colorectal, le ressenti de symptômes modérés à sévères représentaient : 52% des patients pour la fatigue, 32% des patients pour la somnolence, 32% pour l'anxiété, 30% de changements d'appétit, 20% de dépression, 20% de douleurs, 19% d'essoufflement et 7% de nausées. Pour finir, 85% des patients jugeaient leur niveau bien-être comme faible à modéré. [54]

## LE CENTRE OSCAR LAMBRET

Créé en 1955, le Centre Oscar Lambret (COL) fait partie des 18 Centres de Lutte Contre le Cancer (CLCC) existant à ce jour en France. Les CLCC sont des établissements de santé privés d'intérêt collectif à but non lucratif exclusivement dédiés aux soins, à la recherche et à l'enseignement en cancérologie. Ils appartiennent à la fédération hospitalière Unicancer, premier promoteur académique d'essais cliniques en oncologie à l'échelle européenne. [55]

L'Unité de Recherche Clinique existe au COL depuis 1998. En 2007, elle devient l'Unité Intégrée de Recherche Clinique (UIRC) en s'équipant de 4 chambres réservées à l'accueil et au traitement des patients inclus dans des études cliniques. L'UIRC devient à son tour en 2016 la Direction de la Recherche Clinique et de l'Innovation (DRCI), qui rassemble le Pôle d'Investigation, le Pôle de Promotion et le Pôle de partenariats et de valorisation. [56]

Le COL est reconnu nationalement par l'INCa en matière de recherche clinique comme l'un des meilleurs centres français ayant la capacité de concevoir et mener des essais cliniques de phase précoce en cancérologie. En association avec le CHU de Lille, le COL est depuis 2015 l'un des 16 Centres français Labellisés INCa de Phase Précoce (CLIP<sup>2</sup>). Les essais cliniques de phase précoce désignent les essais de phase I, I/II et II où l'on étudie les premières administrations de nouveaux traitements (thérapie ciblée, immunothérapie) chez les malades volontaires. C'est lors des essais de phase précoce que la tolérance, la dose recommandée et l'efficacité sont étudiées. Le Centre Oscar Lambret fait également partie des 7 CLIP<sup>2</sup> à avoir la double labellisation adulte-enfant. Celle-ci permet au COL de garantir à tous ses patients un accès aux traitements les plus innovants dans le respect des règles de protection des patients. [57]

Au sein du Centre Oscar Lambret, il existe une unité de coordination des SOS ou CISSPO (Coordination Interdisciplinaire des Soins de Support en Oncologie). Les soins de supports qui y sont proposés sont les suivants : l'activité physique, l'art thérapie, l'évaluation gériatrique, la kinésithérapie, la nutrition, l'onco-rhumatologie, l'orthophonie, la prise en charge sociale, la psycho-oncologie, le sevrage tabagique, les soins palliatifs, les soins socio-esthétiques, la stomathérapie et le traitement et le soulagement de la douleur.

## OBJECTIF

L'objectif principal de l'étude était de réaliser une analyse descriptive rétrospective des soins oncologiques de support (SOS) dispensés dans la prise en charge précoce des cancers colorectaux au Centre Oscar Lambret (COL) à Lille, France.

Les objectifs secondaires étaient l'analyse descriptive des caractéristiques des patients et la comparaison de la fréquence des SOS dispensés en fonction de ces caractéristiques.

Dans cette analyse descriptive, les critères d'intérêt étudiés étaient la réalisation ou non de consultations de SOS et leur nombre parmi les 11 disciplines suivantes : Activité Physique Adaptée, Addictologie, Algologie, Gériatrie, Kinésithérapie, Nutrition, Orthophonie, Psychologie, Service social, Socio-esthétique et Stomathérapie.

Les analyses descriptives portaient également sur :

- Le type et stade du cancer à la prise en charge initiale (colon/rectum, localisé/métastatique)
- Le délai entre le diagnostic du cancer et l'initiation de la prise en charge au COL
- Les proportions de patients inclus dans des études cliniques
- Le délai moyen entre l'initiation de la prise en charge du cancer au COL et la première inclusion dans une étude clinique

# MATÉRIEL ET MÉTHODES

## **Sélection de la Population**

La population a été sélectionnée selon les critères d'inclusion suivants :

- Patient diagnostiqué depuis moins de 6 mois d'un cancer du côlon ou d'un cancer du rectum plus ou moins métastatique ;
- Première consultation au COL pour ce cancer entre le 01/10/2020 et le 01/10/2021 ;
- Patient de plus de 25 ans et moins de 90 ans ;
- Patient n'étant pas sous tutelle ou curatelle ;
- Patient en vie à 6 mois de la date de 1<sup>ère</sup> consultation au COL pour le cancer colorectal

## **Collecte des données**

La sélection des dossiers patients d'intérêt a été faite par un contrôleur de gestion médicalisé du Département de l'Information Médicale (DIM). Les IPP des patients ayant intégré le parcours colorectal entre 01/10/2020 et le 01/10/2021 ont été sélectionnés. Le terme IPP signifie « Identifiant Permanent du Patient » et désigne le numéro d'identifiant unique attribué à un patient lors de sa première venue dans un hôpital ou une clinique. Les IPP sélectionnés ont donc ensuite été exportés et envoyés par le DIM à l'Unité de Méthodologie et de Biostatistique (UMB) pour vérification de la non-opposition des patients à l'utilisation de leurs données. Les IPP vérifiés pour la non-opposition des patients m'a ensuite été renvoyé par l'UMB. Le logiciel DxCare a été utilisé pour consulter les dossiers des patients et compléter la base de données sur Excel.

## **Design et Aspects réglementaires**

Une étude rétrospective mono-centrique descriptive sur données a été réalisée. Les données ont été recueillies à partir des dossiers des patients du COL sans interaction directe avec les patients dans le cadre de la recherche. Par conséquent, l'approbation éthique n'était pas requise. L'étude est conforme à la "méthodologie de référence" MR004 adoptée par la

Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL), et il a été vérifié que les patients ne s'opposaient pas à l'utilisation de leurs données cliniques à des fins de recherche.

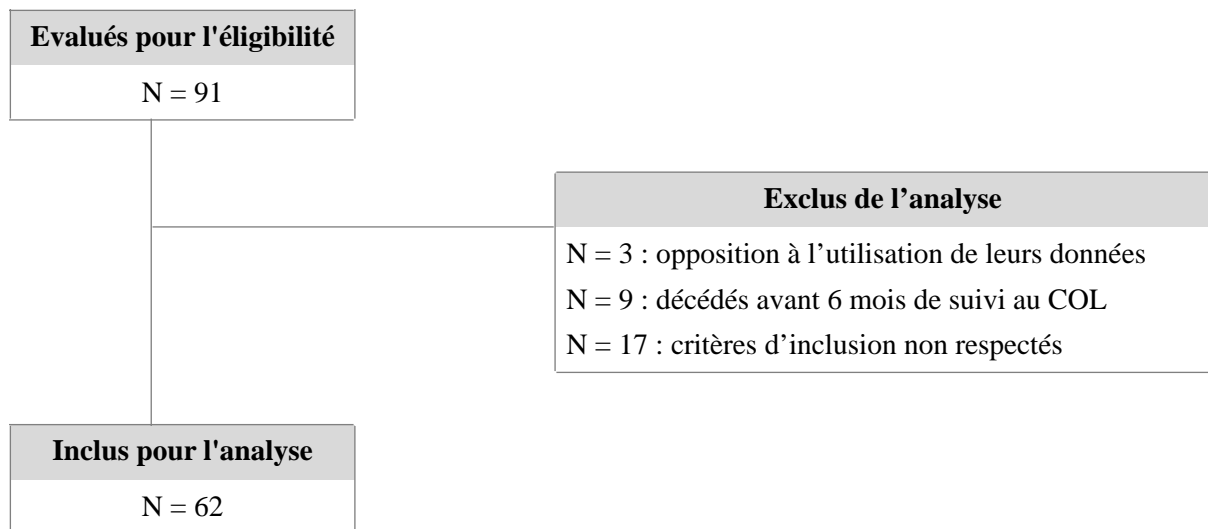
### **Considérations statistiques**

Les caractéristiques de la population seront décrites en termes de médiane, extrêmes (minimum et maximum), moyenne et écart-type pour les données quantitatives et en termes de fréquence et pourcentage pour les données qualitatives. Les sommes des pourcentages ne seront pas forcément égales à 100% dû à l'arrondi. Le nombre de données manquantes, s'il y en a, sera précisé et elles seront notées MD (Missing Data). Le logiciel utilisé est Stata dans sa version 17.0.

# RÉSULTATS

## I. Description de la population

Suite à l'export, il s'est avéré que 91 patients avaient réalisé une première consultation au COL dans le parcours cancer colorectal entre le 01/10/2020 et le 01/10/2021. Après vérification des dossiers, 3 patients n'avaient pas donné leur non-opposition à l'utilisation de leurs données, 9 étaient décédés avant la fin de la période de suivi et 17 ne respectaient pas les critères d'inclusion. Au total, 29 patients ont été exclus et c'est donc 62 patients qui ont été inclus pour l'analyse statistique (Figure 2).



**Figure 2 :** Diagramme de flux

### A. Caractéristiques générales de la population

Les caractéristiques des patients sont présentées dans le tableau 1. L'âge médian au diagnostic était de 65 ans. Le patient le plus jeune avait 30 ans et le plus vieux avait 89 ans. La population était constituée d'un peu plus d'hommes (32/62, 51.6%) que de femmes (30/62, 48.4%). L'indice de performance ECOG/OMS des patients à la prise en charge initiale pour le CCR a été recueilli. La majorité des patients avait un score ECOG/OMS de 0 (34/62, 54.8%) ou de 1 (24/62, 38.7%). Seul 4 patients (4/62, 6.5%) avaient un score ECOG/OMS de 2.

Les patients présentaient un cancer du colon pour 18/62 (29%), du colon métastatique pour 11/62 (17.7%), du rectum pour 28/62 (45.2%) et du rectum métastatique pour 5/62 (8.1%). La majorité des patients n'avaient pas d'antécédent d'autre cancer (51/62, 82.3%) hormis pour 11 patients. Ces 11 patients avaient un cancer concomitant du sein pour 6/11 (54.5%), de la prostate pour 3/11 (27.3%) et de l'endomètre ou ORL pour 1/11 (9.1%).

**Tableau 1 :** Caractéristiques générales des patients

Caractéristiques	Total N = 62	
<b>Age<sup>1</sup> (années)</b>	<b>N=62</b>	
Médiane - (Extrêmes)	64.9	(30.1 ; 89.0)
Moyenne – Ecart-type	64.0	12.8
<b>Sexe</b>	<b>N=62</b>	
Homme	32	51.6%
Femme	30	48.4%
<b>Indice de performance (échelle ECOG/OMS)</b>	<b>N=62</b>	
0	34	54.8%
1	24	38.7%
2	4	6.5%
<b>Localisation du cancer</b>	<b>N=62</b>	
Colon	18	29.0%
Colon métastatique	11	17.7%
Rectum	28	45.2%
Rectum métastatique	5	8.1%
<b>Antécédent d'autre cancer</b>	<b>N=62</b>	
Non	51	82.3%
Oui	11	17.7%
<b>Localisation antécédent d'autre cancer</b>	<b>N=11</b>	
Endomètre	1	9.1%
ORL <sup>2</sup>	1	9.1%
Prostate	3	27.3%
Sein	6	54.5%

<sup>1</sup> Age calculé à la première consultation de prise en charge du cancer au Centre Oscar Lambret pour le cancer colorectal. <sup>2</sup> ORL : Oto-rhino-laryngologie.



## **B. Caractéristiques de la prise en charge**

Le traitement pour le cancer nouvellement diagnostiqué était principalement curatif (59/62, 95.2%). La phase curative est la phase au cours de laquelle les traitements peuvent conduire à une guérison du cancer. Elle s'oppose à la phase palliative qui est la phase pendant laquelle la maladie ne peut pas être guérie mais peut être stabilisée avec un gain potentiel de survie. Environ 48% des patients (30/62) ont porté une poche de stomie suite à une opération chirurgicale de leur cancer. La stomie intestinale est définie par l'INCA [58] comme une « *petite ouverture, temporaire ou permanente, créée lors d'une opération chirurgicale pour évacuer les selles lorsqu'elles ne peuvent plus l'être par les voies naturelles. L'intestin est relié à l'abdomen et les selles sont recueillies dans une poche spéciale, collée autour de la stomie. Le terme d'anus artificiel est parfois utilisé.* » La majorité des stomies sont réalisées dans le cadre du cancer du côlon, du rectum ou de maladies inflammatoires chroniques de l'intestin comme la maladie de Crohn ou la rectocolite hémorragique.

Le délai médian entre la date de diagnostic et la date de 1<sup>ère</sup> prise en charge de ce même cancer était de 24,5 jours avec des extrêmes allant de 0 à 169 jours. Sept patients avaient bénéficié d'une première consultation avant la date du diagnostic anatomopathologique suite à un diagnostic biologique ou radiologique et leur délai de prise en charge a donc été comptabilisé comme nul en considérant que la prise en charge était immédiate.

La majorité des patients soit 36/62 (58.1%) participaient à au moins une étude clinique. Parmi eux, 26/62 (41.9%) participaient à 1 étude clinique et 10/62 (16.1%) participaient à 2 études cliniques. Pour les patients qui participaient à au moins 1 étude, le nombre médian d'études cliniques dans lesquelles ils étaient inclus était de 1 (extrêmes de 1 à 2) et le nombre moyen était de 1.28 (écart-type : 0.45).

Le délai entre la date de prise en charge initiale du cancer et l'inclusion du patient dans une étude clinique (la 1<sup>ère</sup> si le patient participe à plusieurs études) était en moyenne de 96.2 jours soit près de 3 mois (écart-type 75.7, médiane à 61.5 jours et extrêmes de 8 à 247 jours).

Toutes les données présentées dans les paragraphes précédents sont résumées dans le tableau 2 : Caractéristiques de la prise en charge.

**Tableau 2 :** Caractéristiques de la prise en charge

Caractéristiques	Total N = 62	
<b>Type de traitement</b>	<b>N=62</b>	
Palliatif	3	4.8%
Curatif	59	95.2%
<b>Poche de stomie</b>	<b>N=62</b>	
Non	32	51.6%
Oui	30	48.4%
<b>Délai entre la date de diagnostic et la date de première prise en charge (jours)</b>	<b>N=62</b>	
Médiane - (Extrêmes)	24.5	(0 ; 169)
Moyenne – Ecart-type	28.5	27.7
<b>Inclusion dans au moins une étude clinique</b>	<b>N=62</b>	
Non	26	41.9%
Oui	36	58.1%
<b>Nombre d'étude clinique par patient</b>	<b>N=62</b>	
Aucune	26	41.9%
1	26	41.9%
2	10	16.1%
<b>Délai entre la date de prise en charge initiale et l'inclusion dans une étude clinique (jours)</b>	<b>N=36</b>	
Médiane - (Extrêmes)	61.5	(8 ; 247)
Moyenne – Ecart-type	96.2	75.7

## **II. Soins oncologiques de support**

### **A. Fréquence des consultations par type de SOS**

Parmi les 11 Soins Oncologiques de Support sélectionnés pour cette analyse, 7 font parti du panier référentiel des SOS établi par l'INCa. Les consultations de gériatrie, d'orthophonie, de socio-esthétique et de stomathérapie sont quant à eux des soins annexes mis en place par le COL pour améliorer la prise en charge de ses patients. J'ai choisi de sélectionner ces soins

pour leur pertinence vis-à-vis du parcours colorectal, ou parce que je les rencontrais au cours de l'analyse des dossiers des patients.

En ce qui concerne la gériatrie, c'est une spécialité dispensée par un gériatre, médecin spécialiste des patients âgés. Dans le cadre du cancer, c'est en réalité un onco-gériatre qui va prendre en charge les patients. Il va évaluer la fragilité du patient, les affections dont il souffre, sa capacité d'autonomie et ses besoins éventuels pour assurer son maintien à domicile. Il contribue également au choix, à l'adaptation des traitements et au suivi de leur tolérance tout au long du parcours de soin du patient. [59]

Pour ce qui est de la socio-esthétique, il s'agit de la pratique professionnelle des soins esthétiques spécifiques et adaptés aux personnes fragilisées ou en souffrance suite à une atteinte de leur intégrité physique, psychique ou en détresse sociale. Les socio-esthéticiennes dispensent des soins et conseils d'hygiène et d'entretien de la peau, des ongles ou de la pilosité en lien avec le cancer et ses effets indésirables. [60]

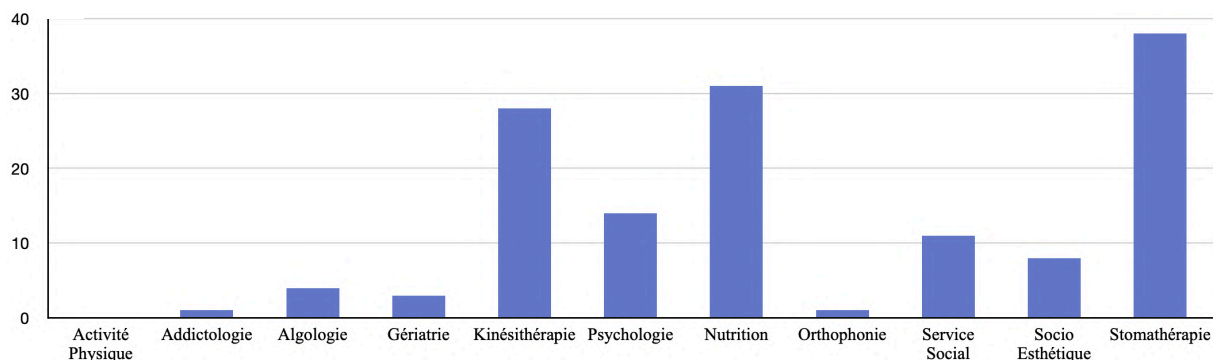
La stomathérapie consiste à assurer les soins et l'appareillage des patients après une chirurgie digestive ayant nécessité la pose d'une stomie. Lors de plusieurs consultations, l'infirmier stomathérapeute va expliquer en détail la manière de procéder pour installer, nettoyer et changer la poche de la stomie, répondre aux questions du patient et le rassurer. Il va aider le patient à trouver l'appareillage qui lui convient le mieux et interviendra également en cas de soucis. [61]

Sur les 62 patients nouvellement diagnostiqués pour un cancer colorectal :

- Aucun patient n'a bénéficié de consultation d'activité physique adapté ;
- Seul 1/62 (1.6%) a bénéficié de 4 consultations d'addictologie ;
- 4/62 (6.5%) ont bénéficié d'au moins une consultation d'algologie, dont le nombre médian de consultations était de 3.0 (extrêmes : 2 à 3 consultations) et le nombre moyen de 2.8 consultations (écart-type : 0.5) ;
- 3/62 (4.8%) ont bénéficié d'au moins une consultation de gériatrie, dont le nombre médian de consultations était de 2.0 (extrêmes : 1 à 2 consultations) et le nombre moyen de 1.7 consultations (écart-type : 0.6) ;

- 28/62 (45.2%) ont bénéficié d'au moins une consultation de kinésithérapie, dont le nombre médian de consultations était de 5.0 (extrêmes : 2 à 13 consultations) et le nombre moyen de 5.8 consultations (écart-type : 3.1) ;
- 14/62 (22.6%) ont bénéficié d'au moins une consultation de psychologie, dont le nombre médian de consultations était de 2.0 (extrêmes : 1 à 5 consultations) et le nombre moyen de 2.2 consultations (écart-type : 1.4) ;
- 31/62 (50%) ont bénéficié d'au moins une consultation de nutrition, dont le nombre médian de consultations était de 1 (extrêmes : 1 à 15 consultations) et le nombre moyen de 2.7 consultations (écart-type : 3.3) ;
- Seul 1/62 (1.6%) a bénéficié d'une consultation d'orthophonie ;
- 11/62 (17.7%) ont bénéficié d'au moins une consultation de service social, dont le nombre médian de consultations était de 1 (maximum : 1 consultation) et le nombre moyen de 1.0 consultations (écart-type : 0.0) ;
- 8/62 (12.9%) ont bénéficié d'au moins une consultation socio-esthétique, dont le nombre médian de consultations était de 1.0 (extrêmes : 1 à 4 consultations) et le nombre moyen de 1.8 consultations (écart-type : 1.4) ;
- 38/62 (61.3%) ont bénéficié d'au moins une consultation de stomathérapie, dont le nombre médian de consultations était de 6.5 (extrêmes : 1 à 20 consultations) et le nombre moyen était de 7.3 consultations (écart-type : 5.0). Comme dit précédemment, sur les 38 patients ayant bénéficié de ces consultations, 30 avaient ou ont ensuite eu une stomie.

**Figure 3 :** Répartition pour chaque SOS du nombre de patients ayant bénéficié d'au moins une consultation



## **B. Caractéristiques des patients par type de SOS**

Les caractéristiques des patients (âge, sexe et localisation initiale du cancer) sont présentées dans le tableau 5 ci-dessous par type de SOS. L'interprétation d'une partie des résultats des tests statistiques est à prendre avec précaution du fait des faibles effectifs dans les groupes. Les consultations d'Activité Physique Adapté ne sont pas représentées car aucun patient n'en a bénéficié. Concernant les soins oncologiques de support dont seul un patient a bénéficié, leurs caractéristiques sont décrites ici. Une seule patiente âgée de 54.8 ans avec un cancer du rectum métastatique a bénéficié d'une ou plusieurs consultation(s) d'addictologie. Un seul patient âgé de 74.5 ans avec un cancer du côlon a bénéficié d'une ou plusieurs consultation(s) d'orthophonie.

**Tableau 5 :** Caractéristiques des patients selon le type de soins oncologiques de support

<b>Consultation(s) d'algologie</b>	<b>Non (N=58)</b>		<b>Oui (N=4)</b>		<b>P-value*</b>
<b>Sexe</b>					0.61
Homme	29	50.0%	3	75.0%	
Femme	29	50.0%	1	25.0%	
<b>Age<sup>1</sup> (années)</b>					-
Médiane - (Extrêmes)	65.3	(30.1 ; 89.0)	59.3	(33.4 ; 69.1)	
Moyenne – Ecart-type	64.6	12.5	55.3	16.0	
<b>Localisation du cancer</b>					0.76
Colon	16	27.6%	2	50.0%	
Colon métastatique	11	19.0%	0	-	
Rectum	26	44.8%	2	50.0%	
Rectum métastatique	5	8.6%	0	-	
<b>Consultation(s) de gériatrie</b>	<b>Non (N=59)</b>		<b>Oui (N=3)</b>		<b>P-value*</b>
<b>Sexe</b>					0.61
Homme	31	52.5%	1	33.3%	
Femme	28	47.5%	2	66.7%	
<b>Age<sup>1</sup> (années)</b>					-
Médiane - (Extrêmes)	63.4	(30.1 ; 89.0)	76.1	(75.6 ; 78.2)	
Moyenne – Ecart-type	63.3	12.8	76.6	1.4	

<b>Localisation du cancer</b>					0.56
Colon	18	30.5%	0	0.0%	
Colon métastatique	10	16.9%	1	33.3%	
Rectum	26	44.1%	2	66.7%	
Rectum métastatique	5	8.5%	0	0.0%	
<b>Consultation(s) de kinésithérapie</b>	<b>Non (N=34)</b>		<b>Oui (N=28)</b>		<b>P-value*</b>
<b>Sexe</b>					0.43
Homme	16	47.1%	16	57.1%	
Femme	18	52.9%	12	42.9%	
<b>Age<sup>1</sup> (années)</b>					<b>0.02</b>
Médiane - (Extrêmes)	61.4	(30.1 ; 86.6)	70.2	(53.3 ; 89.0)	
Moyenne – Ecart-type	60.6	14.6	68.1	8.9	
<b>Localisation du cancer</b>					<b>0.04</b>
Colon	9	26.5%	9	32.1%	
Colon métastatique	10	29.4%	1	3.6%	
Rectum	12	35.3%	16	57.1%	
Rectum métastatique	3	8.8%	2	7.1%	
<b>Consultation(s) de psychologie</b>	<b>Non (N=48)</b>		<b>Oui (N=14)</b>		<b>P-value*</b>
<b>Sexe</b>					0.64
Homme	24	50.0%	8	57.1%	
Femme	24	50.0%	6	42.9%	
<b>Age<sup>1</sup> (années)</b>					<b>0.002</b>
Médiane - (Extrêmes)	69.6	(30.5 ; 89.0)	56.1	(30.1 ; 71.2)	
Moyenne – Ecart-type	66.7	12.0	54.7	11.7	
<b>Localisation du cancer</b>					0.67
Colon	15	31.3%	3	21.4%	
Colon métastatique	8	16.7%	3	21.4%	
Rectum	22	45.8%	6	42.9%	
Rectum métastatique	3	6.3%	2	14.3%	
<b>Consultation(s) de nutrition</b>	<b>Non (N=31)</b>		<b>Oui (N=31)</b>		<b>P-value*</b>
<b>Sexe</b>					0.13
Homme	13	41.9%	19	61.3%	
Femme	18	58.1%	12	38.7%	
<b>Age<sup>1</sup> (années)</b>					0.88

Médiane - (Extrêmes)	62.7	(33.4 ; 89.0)	69.2	(30.1 ; 83.1)	
Moyenne – Ecart-type	63.7	11.5	64.2	14.2	
<b>Localisation du cancer</b>					<b>0.31</b>
Colon	12	38.7%	6	19.4%	
Colon métastatique	5	16.1%	6	19.4%	
Rectum	11	35.5%	17	54.8%	
Rectum métastatique	3	9.7%	2	6.5%	
<b>Consultation(s) de service social</b>	<b>Non (N=51)</b>		<b>Oui (N=11)</b>		<b>P-value*</b>
<b>Sexe</b>					<b>0.65</b>
Homme	27	52.9%	5	45.5%	
Femme	24	47.1%	6	54.5%	
<b>Age<sup>1</sup> (années)</b>					<b>0.40</b>
Médiane - (Extrêmes)	66.2	(30.1 ; 89.0)	58.8	(32.8 ; 79.7)	
Moyenne – Ecart-type	64.6	12.9	60.9	12.8	
<b>Localisation du cancer</b>					<b>0.92</b>
Colon	15	29.4%	3	27.3%	
Colon métastatique	10	19.6%	1	9.1%	
Rectum	22	43.1%	6	54.5%	
Rectum métastatique	4	7.8%	1	9.1%	
<b>Consultation(s) de socio-esthétique</b>	<b>Non (N=54)</b>		<b>Oui (N=8)</b>		<b>P-value*</b>
<b>Sexe</b>					<b>1</b>
Homme	28	51.9%	4	50.0%	
Femme	26	48.1%	4	50.0%	
<b>Age<sup>1</sup> (années)</b>					<b>0.12</b>
Médiane - (Extrêmes)	68.8	(30.1 ; 89.0)	56.7	(30.5 ; 83.1)	
Moyenne – Ecart-type	64.9	12.4	57.4	14.6	
<b>Localisation du cancer</b>					<b>0.01</b>
Colon	18	33.3%	0	0.0%	
Colon métastatique	9	16.7%	2	25.0%	
Rectum	25	46.3%	3	37.5%	
Rectum métastatique	2	3.7%	3	37.5%	
<b>Consultation(s) de stomathérapie</b>	<b>Non (N=24)</b>		<b>Oui (N=38)</b>		<b>P-value*</b>
<b>Sexe</b>					<b>0.02</b>
Homme	8	33.3%	24	63.2%	

Femme	16	66.7%	14	36.8%	0.67
<b>Age<sup>1</sup> (années)</b>					
Médiane - (Extrêmes)	64.7	(30.1 ; 89.0)	64.9	(30.5 ; 83.1)	
Moyenne – Ecart-type	64.8	13.0	63.4	12.9	
<b>Localisation du cancer</b>					<b>0.001</b>
Colon	10	41.7%	8	21.1%	
Colon métastatique	8	33.3%	3	7.9%	
Rectum	4	16.7%	24	63.2%	
Rectum métastatique	2	8.3%	3	7.9%	

<sup>1</sup> Age calculé à la première consultation de prise en charge du cancer colorectal au COL

\*Pour les variables qualitatives : Test du Chi<sup>2</sup> ou test exact de Fisher en fonction des effectifs. Pour les variables quantitatives : Test de Student. Lorsque la p-value n'est pas renseignée, la comparaison des groupes n'était pas réalisable car les conditions de réalisation du test n'étaient pas remplies.

### **C. Soins oncologiques de support et recherche clinique**

Lorsque l'on compare la fréquence des SOS chez les patients qui ont été inclus dans au moins une étude clinique, on ne retrouve pas de différence significative hormis pour les consultations de psychologie. En effet, la fréquence de ces consultations était plus importante dans le groupe de patients inclus dans une étude clinique 12/36 (33.3%) vs. non inclus 2/26 (7.7%). Au final, 85,7% des patients (12/14) ayant bénéficié de consultations de psychologie faisaient partie d'au moins une étude clinique. L'interprétation de ces résultats est à prendre avec précaution du fait des faibles effectifs des groupes. Pour les consultations d'addictologie et d'orthophonie, les groupes n'ont pas été comparés par des tests statistiques du fait qu'il n'y ait eu pour les deux qu'une seule consultation sur l'ensemble de la population.

**Tableau 6 :** Soins oncologiques de support et inclusion dans une étude clinique

	<b>Pas d'inclusion dans une étude (N = 26)</b>		<b>Inclusion dans une étude (N = 36)</b>		<b>P-value*</b>
<b>Consultation(s) d'addictologie</b>	-				
Non	26	100%	35	97.2%	
Oui	0	-	1	2.8%	



<b>Consultation(s) d'algologie</b>					0.63
Non	25	96.2%	33	91.7%	
Oui	1	3.8%	3	8.3%	
<b>Consultation(s) de gériatrie</b>					0.57
Non	24	92.3%	35	97.2%	
Oui	2	7.7%	1	2.8%	
<b>Consultation(s) de kinésithérapie</b>					0.89
Non	14	53.8%	20	55.6%	
Oui	12	46.2%	16	44.4%	
<b>Consultation(s) de nutrition</b>					0.12
Non	16	61.5%	15	41.7%	
Oui	10	38.5%	21	58.3%	
<b>Consultation(s) d'orthophonie</b>					-
Non	25	96.2%	36	100.0%	
Oui	1	3.8%	0	0.0%	
<b>Consultation(s) de psychologie</b>					<b>0.02</b>
Non	24	92.3%	24	66.7%	
Oui	2	7.7%	12	33.3%	
<b>Consultation(s) de service social</b>					0.50
Non	20	76.9%	31	86.1%	
Oui	6	23.1%	5	13.9%	
<b>Consultation(s) de socio-esthétique</b>					0.12
Non	25	96.2%	29	80.6%	
Oui	1	3.8%	7	19.4%	
<b>Consultation(s) de stomathérapie</b>					0.62
Non	11	42.3%	13	36.1%	
Oui	15	57.7%	23	63.9%	

\* Test Chi2 réalisé lorsque les conditions d'applications (effectifs théoriques  $\geq 5$ ) étaient respectées, sinon application du test exact de Fisher.

## DISCUSSION

L'âge médian au diagnostic du cancer colorectal est de 65 ans pour notre échantillon alors qu'il est de 72 ans dans la population générale. La différence observée dans notre échantillon provient sûrement de nos critères d'inclusion. En effet, les patients de plus de 90 ans et ceux ayant vécu moins de 6 mois après leur 1<sup>ère</sup> consultation au COL étaient exclus. Le sexe ratio de l'échantillon est assez équilibré avec près de 52% d'hommes et 48% de femmes. Comme à l'échelle nationale, il y a un peu plus d'hommes que de femmes dans l'échantillon. La majorité des cancers ont été découverts à des stades peu avancés puisqu'il y a peu de patients métastatiques. Cancer du côlon et du rectum confondus, on dénombre 46 cancers localisés (74,2%) contre 16 cancers métastatiques (25,8%). Ces résultats sont peut-être améliorés par le dépistage organisé qui permet de détecter les CCR à un stade plus précoce, chez des personnes qui ne ressentent pas encore les effets de la maladie et n'auraient donc eu connaissance de leur cancer qu'une fois les premiers symptômes ressentis. 17,7% des patients présentaient un cancer concomitant dont plus de la moitié étant des cancers du sein. Il est logique que le cancer du sein soit le plus représenté puisqu'il s'agit du cancer ayant la plus forte incidence en France. En effet, en 2018 on dénombrait 58 500 nouveaux cas de cancer du sein contre 43 300 nouveaux cas de cancer colorectal. [49]

Les patients sont en bon état général lors du diagnostic, avec un score ECOG/OMS faible et 95,2% des patients sont dans un plan de traitement curatif. Pour un centre de référence pour les pathologies avancées, l'état général des patients semble être trop bon. Cela peut s'expliquer par le fait que les patients n'étant pas suivis au COL suite à leur prise en charge initiale étaient exclus de l'analyse. Ce critère écarte de l'analyse les patients admis au COL pour un second avis ou juste pour réaliser une radiothérapie puis retourner dans leur centre par exemple. Par ailleurs, certains patients ont peut-être été pris en charge par chimiothérapie palliative mais cela n'était pas forcément indiqué dans le plan de soins. Lorsque j'ai revu les dossiers des patients, si le médecin ou le compte rendu de la réunion de concertation pluridisciplinaire ne faisait pas mention d'un traitement palliatif, la traitement était d'emblée considéré comme un traitement curatif.

Dans l'échantillon, 58% des patients ont été inclus dans au moins une étude clinique au cours de leur prise en charge. Toutes tumeurs confondues, les chiffres de la DRCI indiquent que chaque année 18% des patients du COL bénéficient de la recherche clinique. Sachant que l'INCa recommande qu'au moins 10% de la file active de patients soient inclus dans une étude clinique, on est bien au-dessus de ses recommandations au COL et dans le cadre de cette cohorte de patients atteints de CCR. Ces résultats confronte le rôle du Centre Oscar Lambret en tant que centre d'expertise et de recherche.

Après avoir étudié la population, nous allons maintenant analyser les différents soins de supports, en commençant par les plus fréquents et en terminant par les moins réalisés par les patients de notre échantillon.

Tout d'abord, une ou plusieurs consultations de stomathérapie ont été réalisées pour 61,3% des patients. Cette proportion représente les patients qui ont eu une chirurgie digestive avec projet de réaliser une stomie temporaire ou définitive. Il y eu a plus de patients ayant bénéficié de consultation de stomathérapie (38) que de patients ayant eu une stomie (30) car certains patients n'ont finalement pas eu de stomie lors de l'intervention chirurgicale même si celle-ci était prévue ou envisagée. La consultation unique qu'ils ont reçu servait à présenter ce qu'était la stomie et à expliquer comment allait se dérouler la suite de la prise en charge.

Dans le tableau 5, on remarque que 71,1% des patients ayant bénéficié de soins de stomathérapie présentaient un cancer du rectum. Il est compréhensible d'obtenir ce résultat puisque les opérations chirurgicales du rectum nécessitent plus souvent la mise en place d'une stomie. En effet, dans le cas du retrait du sphincter anal, il n'y a plus d'orifice d'évacuation des selles et une stomie définitive doit être la mise en place.

La prise en charge nutritionnelle est le 2<sup>ème</sup> soin de support le plus réalisé par les patients de l'échantillon. On constate que 50% des patients ont vu une nutritionniste ou une diététicienne pour une évaluation ou une prise en charge nutritionnelle. Au COL il n'y a pas assez de personnel pour qu'une évaluation nutritionnelle systématique de tous les patients soit réalisée. Les patients sont évalués et sélectionnés en amont par les médecins et les

diététiciennes ne verront les patients qu'à leur demande. Au final, le fait que 50% des patients aient pu voir une diététicienne est en accord avec le référentiel « Activité Physique et Nutrition dans la prise en charge du cancer Colorectal » de l'INCa [50] qui indique que 39,3% des patients pris en charge en France pour un cancer colorectal sont dénutris.

La prise en charge par kinésithérapie a été le 3<sup>ème</sup> soin de support le plus réalisé avec 45,2 % des patients en ayant bénéficié. Cela s'explique par le fait que la plupart des patients de l'échantillon ont subi une intervention chirurgicale. En effet, les consultations consistaient majoritairement en de la kinésithérapie respiratoire. La kinésithérapie respiratoire est très souvent réalisée pour la rééducation du patient récemment après une chirurgie ayant nécessité son intubation. Les consultations de kinésithérapie ont également pu être nécessaires pour la remise en marche postopératoire qui peut être douloureuse et difficile après une opération abdominale et/ou pelvienne. De plus, on voit dans le tableau 5 que les patients ayant bénéficié de kinésithérapie étaient significativement plus âgés (âge médian de 70,2 ans) que ceux n'en ayant pas bénéficié (âge médian de 61,4 ans). Ce résultat tient du fait que l'âge des patients influence la capacité de rétablissement après une opération chirurgicale, les patients jeunes ayant plus de facilités à s'en remettre sans aides extérieures.

En ce qui concerne l'aspect psychologique, 22,6% des patients ont bénéficié de consultations avec une psychologue. Cela témoigne du retentissement psychologique du cancer, de la chirurgie et des autres traitements face à l'altération de l'image corporelle, à l'anxiété et la dépression liée à la pathologie et aux traitements. On remarque qu'il existe une différence significative ( $p=0,002$ ) concernant l'âge des patients ayant consulté en psychologie. Il semble que ce sont des patients jeunes qui ont majoritairement consulté (âge médian de 56 ans) alors que les patients n'ayant pas consulté sont plus âgés (âge médian de 69,6 ans). Cela peut s'expliquer par le fait que les jeunes générations sont plus familières avec l'idée de consulter un psychologue. La santé mentale a été d'avantage mise en avant au fil des années et le fait de voir un psychologue (même en dehors du cancer) s'est peu à peu démocratisé avec le temps.

Dans notre échantillon, 17,7% des patients ont bénéficié de consultation d'assistance sociale. En comparaison, dans l'étude VICAN2 [38] réalisée à l'échelle nationale, 11,5% des patients en avaient bénéficié en deux ans de suivi. Ce fort besoin d'aides sociales dans notre échantillon s'explique par le fait que la région des Hauts de France est fortement impacté par les problématiques sociales. Les difficultés sociales augmentant le risque de développer un cancer, les patients traités en cancérologie dans les Hauts de France ont donc souvent besoin d'assistance sociale. Le besoin d'aide est surtout pour l'organisation du retour à domicile, par rapport aux démarches à réaliser pour obtenir des aides à domicile, des aménagements... Ces problématiques vont donc rallonger les durées d'hospitalisation et retarder le retour à domicile des patients en difficulté sociale (personnes seules, âgées...). Une admission dans un centre de convalescence ou une hospitalisation à domicile sera ensuite proposée.

On remarque que la prise en charge sociale des patients s'est faite pour tous les patients en ayant bénéficié par le biais d'une unique consultation. Cela s'explique par le fait qu'il n'ait que deux Assistantes Sociales au Centre Oscar Lambret. L'une est réservée aux patients pédiatriques, adolescents et jeunes de moins de 25 ans, et l'autre prend en charge seule tous les patients adultes qui lui sont adressés. En matière d'assistance sociale, le personnel est vraiment sous-proportionné pour un grand centre de référence qui accueille chaque année plus de 16 000 patients. L'aide sociale apportée au COL sert à évaluer les besoins des patients et leur présenter les aides auxquelles ils peuvent prétendre. Les assistantes sociales réorientent ensuite les patients vers des organismes ou des associations de ville qui pourront réaliser les démarches avec eux si besoin.

Une socio-esthéticienne est intervenue auprès de 12,9% des patients, sans distinction entre les hommes et les femmes. Ce chiffre pouvait être attendu dans la mesure où notre population d'étude semble fragile psychologiquement puisqu'un soutien psychologique a été reçu pour 22% des patients. La socio-esthéticienne travaille sur l'image de soi, le soin et le bien-être personnel des patients. Lors de ses entretiens, la socio-esthéticienne pouvait par exemple proposer aux patients de leur faire une manucure, un massage des mains ou encore d'essayer des crèmes. C'est également pour les patients une occasion de discuter et de se distraire en oubliant leur maladie pendant les traitements. En effet, les socio-esthéticiennes

rendent majoritairement visite aux patients dans les services d'hospitalisation ou à l'hôpital de jour, lieu où sont dispensés les chimiothérapies intraveineuses.

Peu de patients ont bénéficié de consultation d'algologie (6,5% soit 4 patients). Dans notre échantillon, la plupart des patients ont été opérés au cours de leur prise en charge puisqu'au moins 61,3% des patients ont bénéficié de consultation(s) de stomathérapie et ont donc été opérés. Cette faible nécessité de réaliser des consultations douleur avec un algologue peut s'expliquer par l'organisation du service d'hospitalisation du Centre Oscar Lambret.

Au COL, le traitement de la douleur post-opératoire est géré par un anesthésiste et un chirurgien jusqu'à 48 heures après l'opération. Après 48 heures, c'est un médecin en soins de support qui va gérer les douleurs. Cette organisation des soins post-opératoires améliore la prise en charge des douleurs post-opératoires et il y a donc ensuite peu de douleurs chroniques séquellaires à la chirurgie. Par la suite, la prescription d'antalgiques légers a peut-être été faite par l'oncologue ou le chirurgien lors des consultations de suivi et une consultation d'algologie n'était donc pas nécessaire.

Seulement 4,8% des patients ont réalisé une consultation de gériatrie malgré le fait qu'il y ait une large proportion de patients âgés dans la population étudiée. En effet, 38,7% des patients (n = 24) ont plus de 70 ans et 19,3% des patients (n=12) ont plus de 75 ans. Ce faible nombre de patients s'explique par le fait que le dépistage des besoins gériatriques est réalisé par les médecins oncologues et les chirurgiens au début de la prise en charge des patients les plus âgés. Il se fait par le biais d'un questionnaire permettant d'établir le score G8 du patient (**annexe 5**). Lorsque le score G8 est  $\leq 14$ , cela témoigne d'une fragilité et vulnérabilité du patient. Seul les patients ayant un score  $G8 \leq 14$  seront orientés vers l'onco-gériatre qui réalisera une Evaluation Gériatrique Approfondie (EGA). En fonction de l'évaluation de l'EGA, le PPS pourra être réalisé de façon standard, être adapté ou le patient pourra plutôt bénéficier de soins de confort ou de soins palliatifs.

Une seule patiente a bénéficié d'une prise en charge en addictologie dans le but d'un sevrage tabagique. Dans ma base de donnée, je n'ai pas renseigné le statut d'addictologie des

patients en matière de consommation alcoolique et tabagique. Je ne connais donc pas la proportion de patients qui auraient pu avoir besoin de consulter pour sevrer une addiction. Les patients de l'échantillon ayant très bien pu être majoritairement non fumeurs par exemple, je ne peux donc pas réellement commenter ce chiffre. Aussi, je ne connais pas non plus la proportion de patients à qui l'on a proposé de voir l'addictologue mais ont refusé. Au final, peu de centres ont des addictologues et c'est une chance d'en avoir au Centre Oscar Lambret.

Dans l'échantillon de patients de cette analyse, un patient a bénéficié d'une consultation d'orthophonie. Ce type de soin de support n'est normalement pas réalisé dans le cadre du cancer colorectal. En réalité, le patient en ayant bénéficié présentait un cancer concomitant au niveau de la tête et du cou. L'orthophonie est plus souvent réalisée pour ce type de cancer. En effet, la tumeur peut se trouver dans la gorge près des cordes vocales et induire pour les patients des difficultés à s'exprimer en modifiant le timbre ou la puissance de leur voix. Une rigidité de la mâchoire (trismus) et des difficultés à articuler peuvent aussi être fréquentes dans le cadre des cancers de la tête et du cou.

Aucun patient de l'échantillon n'a bénéficié d'une prise en charge au COL pour la pratique d'une activité physique adaptée. De l'activité physique adaptée est bien dispensée au COL mais est surtout proposée aux patientes du parcours rose (cancer du sein). Effectivement, le bénéfice de la pratique sportive est bien prouvée dans le cadre du cancer du sein, mais elle l'est aussi dans d'autres parcours dont le parcours colorectal. Dans l'étude « *Physical Activity and Survival After Colorectal Cancer Diagnosis* » [62] on note notamment une diminution de 50% du risque de mortalité chez les patients qui ont augmenté leur activité physique après le diagnostic. Suite à une chirurgie, il est cependant recommandé d'attendre un temps de guérison avant de pratiquer l'AP. Dans le cas du port d'une stomie, une autorisation médicale est recommandée pour les sports de contact (risque de coups) ou le renforcement musculaire (risque de hernie) [63]. J'ai choisi lors de mon analyse une durée de suivi de 6 mois post-diagnostic. Sachant que plus de la moitié des patients ont été opérés dans cette période, elle n'est peut-être pas la plus favorable à la prescription d'une Activité Physique Adaptée. J'ai cependant vu au cours de l'analyse des dossiers que 2 patients avaient fait appel à un

prestataire extérieur pour pratiquer une APA. Le besoin était donc existant chez ces patients mais n'a pas été satisfait au sein du Centre Oscar Lambret.

La généralisation de la proposition des activités physiques adaptées aux patients de tous les parcours est une piste d'amélioration que le COL souhaite exploiter en ce moment même. Une nouvelle salle de sport de 138 m<sup>2</sup> a été inaugurée au COL au printemps 2022. Grâce au Programme Mon Sport Santé, les patients vont désormais pouvoir bénéficier gratuitement de 2 séances coachées par semaine durant 6 mois, soit 48 séances au total.

Il n'existe pas de différences marquantes en matière de SOS entre les patients inclus dans étude clinique et les patients du parcours classique. Cette constatation montre que les patients du Centre Oscar Lambret sont pris en charge de la même façon et ne sont pas favorisés lorsqu'ils font partie du service de recherche clinique. La seule différence observée concerne la psychologie, où la majorité (12/14, 85,7%) des patients étaient inclus dans une étude clinique. Au cours de la complétion des données, j'ai pu relever les différentes études auxquels les patients participaient et consulter leurs protocoles. Parmi les 9 études cliniques ayant pu être proposées aux patients, seulement 2 études concernaient des soins de support. L'étude CEMA-D évaluait le versant émotionnel que suscite le cancer chez les patients et leurs aidants. La 2<sup>ème</sup> étude, QUALIPRO, étudiait quant à elle la qualité de vie des patients suite à un rétablissement de continuité après une stomie temporaire. Parmi ces 2 études, aucune n'incluait une prise en charge psychologique complémentaire. On peut donc supposer que c'est plutôt le fait de multiplier les occasions de rencontre et de discussions avec le personnel soignant de recherche clinique qui a permis de favoriser le dépistage des besoins psychologiques des patients inclus dans une ou plusieurs études. En revanche, les patients inclus dans QUALIPRO bénéficiaient de 2 consultations de stomathérapie dans leur suivi. En stomathérapie, aucune différence significative n'a cependant été établie entre les patients inclus ou non dans une étude clinique. Cela s'explique par le fait que ces consultations étaient certainement aussi réalisées en pratique courante. L'échantillon de patients était peut-être également trop faible pour voir apparaître une différence. Pour finir, au total sur les 46 inclusions réalisées dans l'échantillon, CEMA-D en représente 18 et QUALIPRO 14. À eux deux, ces protocoles représentaient donc presque 70% des inclusions.



## CONCLUSION

Au final, cette étude a permis de montrer que la proportion des soins de supports dispensés au COL semblait être équilibrée et adaptée pour la pathologie colorectale. Dans l'ordre, les patients bénéficient majoritairement de soins de stomathérapie, de nutrition, de psychologie, de kinésithérapie et de service social. Nous avons vu qu'il existait des méthodes de diagnostic et d'évaluation des patients (questionnaire G8, HADS...) qui permettent aux professionnels de soin de dépister les besoins en SOS des patients. Ce dépistage conduit à une sélection des patients dont les besoins sont avérés afin d'alléger le nombre de patients envoyés au personnel des soins de support pour consulter. Ce tri s'est avéré nécessaire car le personnel du COL dédié aux SOS est souvent en sous effectif. Il serait tout simplement impossible pour eux de prendre en charge la totalité des patients qui sont traités au COL.

Le domaine des SOS, bien qu'essentiel pour les patients qui en bénéficient, n'est pas directement valorisé. Le fait de proposer ces consultations est considéré comme un luxe car elles ne rapportent en réalité pas d'argent. Au vu des besoins en SOS qui se sont ou non imposés lors de cette analyse, il serait certainement possible d'établir un « parcours de soins de supports type » du patient atteint de CCR. On pourrait alors être en mesure de mettre en place une tarification unique au parcours, avec ici le parcours colo-rectal. Cette pratique pourrait d'ailleurs être étendue par d'autres analyses de données aux autres parcours (sein, poumon, prostate...). Dans cette optique, les soins de supports les plus adaptés et pertinents dans la prise en charge du patient seraient ainsi mis en avant pour les patients les plus susceptibles d'en avoir besoin. Le ciblage des patients s'avérerait alors encore plus précis et l'orientation n'en serait que plus efficace. Cette reconnaissance des soins de SOS essentiels par parcours serait également bénéfique pour les patients, leur donnant plus d'opportunités de recevoir la meilleure prise en charge possible.

En ce qui concerne les limites de cette analyse, justement comme il y a un manque de moyens financiers et de ressources humaines dans le domaine des SOS, tous les soins de support ne sont pas représentés au COL. Pour la mise en place d'une tarification au parcours,

cette analyse exclut donc des soins dont les patients n'ont pas pu bénéficier au COL malgré le fait qu'ils auraient pu être pertinents et utiles pour ces patients atteints de CCR.

Par exemple, le domaine de la sexologie n'a pas été étudié car il n'y a pas de sexologue au COL. Or, dans la population étudiée, 48,4% des patients ont porté une stomie définitive ou temporaire permettant l'évacuation de leurs selles par une poche au niveau de l'abdomen. Cette stomie affectant la confiance et l'image de soi, cet aspect de la prise en charge a donc pu être difficile à vivre pour eux sur les plans psychologique, physique et relationnel. En effet, il peut exister chez les patients stomisés une peur du regard du conjoint, d'une baisse de son désir et diverses gênes liées à la poche (douleurs, irritations, écoulements, odeurs...). Au vu de ces difficultés, on peut donc estimer que de nombreux patients atteints de cancer colorectal pourraient tirer bénéfice des conseils d'un sexologue en matière de vie sexuelle et affective.

Dans la mesure où les patients choisis pour cette analyse sont à ce jour pour la plupart toujours en vie, il aurait été intéressant de réaliser une seconde étude d'appréciation des patients quant à leur prise en charge au Centre Oscar Lambret en matière de SOS. Par le biais de l'envoi d'un questionnaire, les patients auraient ainsi pu indiquer si on leur a bien expliqué ce qu'étaient les soins de support tout en leur présentant ceux à leur disposition au COL ou en ville. Ils auraient par exemple pu indiquer les besoins en soins de support qu'ils ont plus ou moins éprouvés depuis le début de leur prise en charge, s'ils en ont parlé au COL, si leurs besoins ont été satisfaits (si oui, comment et si non, pourquoi). On aurait également pu évaluer les séquelles (fatigue, douleurs, dépression...) et la qualité de vie des patients afin d'estimer si celles-ci sont impactées par la réalisation ou non des SOS.

# TABLE DES MATIÈRES

<b>INTRODUCTION</b>	<b>1</b>
<b>ETAT DE L'ART</b>	<b>3</b>
<b>I. Historique</b>	<b>3</b>
A. La création des Soins de Support	3
B. Les Plans Cancer	4
1. <i>Le Plan Cancer 2003-2007</i>	5
2. <i>Le Plan Cancer 2009-2013</i>	7
3. <i>Le Plan Cancer 2014-2019</i>	8
<b>II. Les soins oncologiques de support</b>	<b>9</b>
A. Le socle de base des soins de supports	10
1. <i>La prise en charge de la douleur</i>	10
2. <i>La prise en charge diététique et nutritionnelle</i>	12
3. <i>La prise en charge psychologique</i>	13
4. <i>La prise en charge sociale, familiale et professionnelle</i>	14
B. Les soins de support complémentaires	15
1. <i>Activité physique adaptée</i>	15
2. <i>Les conseils d'hygiène de vie</i>	16
3. <i>Le soutien à la mise en œuvre de la préservation de la fertilité</i>	17
4. <i>La prise en charge des troubles de la sexualité</i>	18
5. <i>Le soutien psychologique des proches et des aidants</i>	19
C. Les soins dits « de bien-être » et les soins palliatifs	19
<b>III. Cancer colorectal et soins oncologiques de support</b>	<b>20</b>
<b>LE CENTRE OSCAR LAMBRET</b>	<b>22</b>
<b>OBJECTIF</b>	<b>23</b>
<b>MATÉRIEL ET MÉTHODES</b>	<b>24</b>

<b>RÉSULTATS</b>	<b>26</b>
<b>I. Description de la population</b>	<b>26</b>
A. Caractéristiques générales de la population	26
B. Caractéristiques de la prise en charge	28
<b>II. Soins oncologiques de support</b>	<b>29</b>
A. Fréquence des consultations par type de SOS	29
B. Caractéristiques des patients par type de SOS	32
C. Soins oncologiques de support et recherche clinique	35
<b>DISCUSSION</b>	<b>37</b>
<b>CONCLUSION</b>	<b>44</b>
<b>TABLE DES MATIÈRES</b>	<b>46</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	<b>48</b>
<b>ANNEXES</b>	<b>58</b>

## BIBLIOGRAPHIE

1. Institut National du Cancer (INCA), Qualité de vie - Soins de support. Consulté le 12/12/2021. <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Qualite-de-vie/Soins-de-support>
2. Association Francophone des Soins Oncologiques de Support (AFSOS), Les soins de support - Que sont les soins de support ? Consulté le 12/12/2021. <https://www.afsos.org/les-soins-de-support/mieux-vivre-cancer/>
3. C. N. Rittenberg, J. L. Johnson, et G. M. Kuncio, « An oral history of MASCC, its origin and development from MASCC's beginnings to 2009 », Support Care Cancer, vol. 18, no 6, p. 775-784, juin 2010, doi: 10.1007/s00520-010-0830-0. Consulté le 08/01/2022
4. H.-J. Senn, A. Glaus, et L. Schmid, Éd., Supportive Care in Cancer Patients, vol. 108. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg, 1988. doi: 10.1007/978-3-642-82932-1., Consulté le 08/01/2022.
5. Société canadienne du cancer. Traitements - Effets Secondaires - Infection. Consulté le 09/01/2022. <https://cancer.ca/fr/treatments/side-effects/infection>
6. Multinational Association of Supportive Care in Cancer (MASCC). Consulté le 09/01/2022. <https://www.mascc.org>
7. Institut National du Cancer (INCA), Stratégie de lutte contre les cancers en France - Le Plan cancer 2003-2007. Consulté le 05/02/2022 <https://www.e-cancer.fr/Institut-national-du-cancer/Strategie-de-lutte-contre-les-cancers-en-France/Les-Plans-cancer/Le-Plan-cancer-2003-2007>
8. Légifrance. Décret n° 2006-1386 du 15 novembre 2006 fixant les conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif. Consulté le 05/02/2022 <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000818309>

9. Agence Régionale de la Santé (ARS) Hauts-de-France. Cancers : dépistage organisé - article du 23/06/2021 <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/cancers-depistage-organise>, Consulté le 05/02/2022
10. Goulard H, Ancelle Park R, Julien M, Bloch J, « Le cancer colorectal en France. Évaluation de 2002 à 2004 », ISBN2-11-095764-6, Publié le 01/01/2006, Mis à jour le 06/09/2019 <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/cancers/cancer-du-colon-rectum/documents/rapport-synthese/le-cancer-colorectal-en-france.-evaluation-2002-a-2004> Consulté le 26/02/2022
11. Ministère des Solidarités et de la Santé. Circulaire DHOS/SDO no 2005-101 du 22 février 2005, [https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2005/05-03/a0030034.htm?TSPD\\_101\\_R0=087dc22938ab20005736db90314a1182df383c6faf401d9521cd4da59f0c8525c19a1866a6f28ae608382a044e14300077e4c1b2050f81a59272ce984a1c77622f05ee868a243cb4c30d0be21556f29e3630143a1a0210c344e636affba430d0](https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2005/05-03/a0030034.htm?TSPD_101_R0=087dc22938ab20005736db90314a1182df383c6faf401d9521cd4da59f0c8525c19a1866a6f28ae608382a044e14300077e4c1b2050f81a59272ce984a1c77622f05ee868a243cb4c30d0be21556f29e3630143a1a0210c344e636affba430d0), Consulté le 26/02/2022
12. Institut National du Cancer (INCA), Qui sommes nous ? - Missions [Mise à jour du 25/04/2022] <https://www.e-cancer.fr/Institut-national-du-cancer/Qui-sommes-nous/Missions> , Consulté le 26/02/2022
13. Institut National du Cancer (INCA), Stratégie de lutte contre les cancers en France - Le Plan cancer 2009-2013. <https://www.e-cancer.fr/Institut-national-du-cancer/Strategie-de-lutte-contre-les-cancers-en-France/Les-Plans-cancer/Le-Plan-cancer-2009-2013>, Consulté le 06/03/2022
14. Agence Régionale de la Santé (ARS) Hauts-de-France, Le dépistage du cancer colorectal - article du 23/06/2021 <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/le-depistage-du-cancer-colorectal>, Consulté le 05/03/2022
15. Agence Régionale de la Santé (ARS) Hauts-de-France, Le dépistage du cancer du col de l'utérus - article du 25/02/2020 <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/le-depistage-du-cancer-du-col-de-luterus>, Consulté le 05/03/2022

16. Site du Gouvernement, Garantir un accès aux soins équitable - Le plan contre le cancer. Mis à jour du 04/02/2021 <https://www.gouvernement.fr/action/le-plan-contre-le-cancer>, Consulté le 19/03/2022
17. Institut National du Cancer (INCA), Stratégie de lutte contre les cancers en France - Le Plan cancer 2014-2019. <https://www.e-cancer.fr/Institut-national-du-cancer/Strategie-de-lutte-contre-les-cancers-en-France/Les-Plans-cancer/Le-Plan-cancer-2014-2019>, Consulté le 19/03/2022
18. Institut National du Cancer (INCA), Axes opportuns d'évolution du panier des soins oncologiques de support, octobre 2016, ISBN 978-2-37219-236-1, consulté le 12/03/2022 <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Axes-opportuns-d-evolution-du-panier-des-soins-oncologiques-de-support-Reponse-saisine>
19. Direction générale de l'offre de soins (DGOS), Instruction n° DGOS/R3/INCa/2017/62 du 23 février 2017 relative à l'amélioration de l'accès aux soins de support des patients atteints de cancer, consulté le 12/03/2022 <https://oncopl.fr/wp-content/uploads/2020/07/Instruction-DGOS-INCA-soinsdesupport.pdf>
20. M. I. Bennett et al., « Standards for the management of cancer-related pain across Europe - A position paper from the EFIC Task Force on Cancer Pain », Eur J Pain, vol. 23, no 4, p. 660-668, avr. 2019, consulté le 10/04/2022 <https://doi.org/10.1002/ejp.1346>
21. ONCORIF (Réseau Régional de Cancérologie pour l'Île-de-France), « Prise en charge de la douleur », Avril 2020, consulté le 10/04/2022 <https://www.oncorif.fr/prises-en-charge-specifiques/les-soins-oncologiques-de-support/prise-charge-douleur/>
22. Célestin-Lhopiteau, I. (2014). « 2. Définitions de l'hypnose: Un processus, une façon de communiquer et d'être en relation. » Dans : Isabelle Célestin-Lhopiteau éd., Hypnoalgésie et hypnosédation: En 43 notions (pp. 12-19). Paris: Dunod. consulté le 17/04/2022 <https://doi-org.ressources-electroniques.univ-lille.fr/10.3917/dunod.celes.2014.01.0012>

23. Barbier, É. (2014). « 24. Hypnoanalgésie et cancérologie : Problématique et indications. » Dans : Isabelle Célestin-Lhopiteau éd., Hypnoanalgésie et hypnosédation: En 43 notions (pp. 177-182). Paris: Dunod. consulté le 17/04/2022 <https://doi-org.ressources-electroniques.univ-lille.fr/10.3917/dunod.celes.2014.01.0177>
24. Dr Denis Dupoiron, « Analgésie intrathécale, indications mise en place et suivi », 14ème journée de l'ACNRD (Association du Centre National de Ressources de lutte contre la Douleur) le 17/10/2019, consulté le 16/04/2022 <https://www.cnrd.fr/14/page/8547.html>
25. Le Magasin de la santé. Traitement neurochirurgical de la spasticité par baclofène intrathécal - Documentaire diffusé sur France 5 le 05/05/2018, consulté le 16/04/2022 <https://www.youtube.com/watch?v=y62Ctv9c9zg>
26. CHU de Québec, Pompe intrathécale, consulté le 16/04/22, <https://www.chudequebec.ca/patient/maladies,-soins-et-services/traitements-et-examens/traitements/pompe-intrathecale.aspx>
27. Association Francophone des Soins Oncologiques de Support (AFSOS), Référentiel inter-régionaux en soins de support, version validée le 20/12/2013, consulté le 16/04/2022 « Nutrition chez le patient adulte atteint de cancer » [https://www.oncopacacorse.org/sites/default/files/2013-12\\_ref\\_soin\\_support\\_nutrition\\_cancer\\_adulte\\_afsos\\_tp.pdf](https://www.oncopacacorse.org/sites/default/files/2013-12_ref_soin_support_nutrition_cancer_adulte_afsos_tp.pdf)
28. Haute Autorité de Santé (HAS), Recommandation de Bonnes Pratiques, Novembre 2019, « Diagnostic de la dénutrition de l'enfant et de l'adulte », consulté le 23/04/2022 [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-11/reco277\\_recommandations\\_rbp\\_denutrition\\_cd\\_2019\\_11\\_13\\_v0.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-11/reco277_recommandations_rbp_denutrition_cd_2019_11_13_v0.pdf)
29. M. Pressoir et al., « Prevalence, risk factors and clinical implications of malnutrition in French Comprehensive Cancer Centres », Br J Cancer, vol. 102, no 6, p. 966-971, 2010, consulté le 23/04/2022 <https://doi.org/10.1038/sj.bjc.6605578>



30. ECOG-ACRIN Cancer Research Group - ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group) Performance Status Scale. Consulté le 18/05/2022 <https://ecog-acrin.org/resources/ecog-performance-status/>
31. M. M. Oken et al., « Toxicity and response criteria of the Eastern Cooperative Oncology Group »:, AMERICAN JOURNAL OF CLINICAL ONCOLOGY, vol. 5, no 6, p. 649-656, déc. 1982, doi: 10.1097/00000421-198212000-00014, consulté le 18/05/2022
32. Association Francophone des Soins Oncologiques de Support (AFSOS), Référentiel inter-régionaux en soins de support, « Qui, quand et pourquoi orienter vers les psychologues / psychiatres » version du 21/01/2016, [https://www.oncopacacorse.org/sites/default/files/2016-01\\_ref\\_soins\\_support\\_psychologue\\_psychiatre\\_cancer\\_afsos.pdf](https://www.oncopacacorse.org/sites/default/files/2016-01_ref_soins_support_psychologue_psychiatre_cancer_afsos.pdf), consulté le 08/04/2022
33. J. C. Holland et B. D. Bultz, « The NCCN Guideline for Distress Management: A Case for Making Distress the Sixth Vital Sign », J Natl Compr Canc Netw, vol. 5, no 1, p. 3-7, janv. 2007, <https://doi.org/10.6004/jnccn.2007.0003>, consulté le 08/04/2022
34. Association Francophone des Soins Oncologiques de Support (AFSOS), Référentiel inter-régionaux en soins de support, « Troubles anxieux et cancer », MAJ du 27/03/2018, [https://www.afsos.org/wp-content/uploads/2014/10/Troubles-anxieux-et-cancer\\_AFSOS.pdf](https://www.afsos.org/wp-content/uploads/2014/10/Troubles-anxieux-et-cancer_AFSOS.pdf), consulté le 08/04/2022
35. Organisation Mondiale de la Santé (OMS), « Définition de la dépression », consulté le 08/04/2022 <https://www.euro.who.int/fr/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/news/news/2012/10/depression-in-europe/depression-definition>
36. Association Francophone des Soins Oncologiques de Support (AFSOS), Référentiel inter-régionaux en soins de support, « Dépression et cancer », MAJ du 17/09/2018, consulté le 08/04/2022 [https://www.afsos.org/wp-content/uploads/2011/12/Dépression-et-cancer\\_AFSOS.pdf](https://www.afsos.org/wp-content/uploads/2011/12/Dépression-et-cancer_AFSOS.pdf)

37. Association Francophone des Soins Oncologiques de Support (AFSOS), Référentiel inter-régionaux en soins de support « Les enjeux d'une prise en charge sociale des patients atteints de cancer », version du 08/07/2021, consulté le 09/04/2022 [https://www.oncopacacorse.org/sites/default/files/enjeux-dune-pec-sociale-des-patients-atteints-de-cancer\\_afsos\\_2021.pdf](https://www.oncopacacorse.org/sites/default/files/enjeux-dune-pec-sociale-des-patients-atteints-de-cancer_afsos_2021.pdf)
38. Institut National du Cancer (INCA), A-G Le Corroller-Soriano, L Malavoltit, et al. « La vie deux ans après le diagnostic de cancer » ISBN : 978-2-37219-002-2, publié en mai 2014, consulté le 02/03/2022 <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/La-vie-deux-ans-apres-un-diagnostic-de-cancer-De-l-annonce-a-l-apres-cancer>
39. Association Francophone des Soins Oncologiques de Support (AFSOS), Référentiel inter-régionaux en soins de support « Activité physique et cancer », MAJ du 14/12/2018, consulté le 09/04/2022 [https://www.afsos.org/wp-content/uploads/2019/05/AP\\_cancer\\_2018\\_AFSOS.pdf](https://www.afsos.org/wp-content/uploads/2019/05/AP_cancer_2018_AFSOS.pdf)
40. Institut national de recherche pour l'agriculture, l'alimentation et l'environnement (INRAE), « Quand on a un cancer, quel est l'impact de l'alimentation, du poids, et de l'alcool sur la maladie ? » Publié le 22 octobre 2020, consulté le 18/04/2022 <https://www.inrae.fr/actualites/quand-cancer-quel-est-limpact-lalimentation-du-poids-lalcool-maladie>
41. N. Druesne-Pecollo et al., « Alcohol Drinking and Second Primary Cancer Risk in Patients with Upper Aerodigestive Tract Cancers: A Systematic Review and Meta-analysis of Observational Studies », Cancer Epidemiol Biomarkers Prev, vol. 23, no 2, p. 324-331, févr. 2014, <https://doi.org/10.1158/1055-9965.EPI-13-0779>, consulté le 18/04/2022
42. Association Francophone des Soins Oncologiques de Support (AFSOS), Référentiel inter-régionaux en soins de support « Sevrage tabagique », version du 11/12/2015,

consulté le 18/04/2022 [https://www.afsos.org/wp-content/uploads/2016/09/Sevrage tabagique AFSOS.pdf](https://www.afsos.org/wp-content/uploads/2016/09/Sevrage_tabagique_AFSOS.pdf)

43. Lalande, A. (2010), « l'addictologie, pour quoi faire ? », Vacarme, vol. 51, no. 2, p. 70-73 , consulté le 18/04/2022 <https://doi.org/10.3917/vaca.051.0070>
44. Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives, « Le dispositif de soins en addictologie », publié le 23/09/2019, consulté le 18/04/2022, <https://www.drogues.gouv.fr/comprendre/ce-qu-il-faut-savoir-sur/le-dispositif-de-soins-en-addictologie>
45. Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), Techniques de préservation de la fertilité, Avoir un enfant après un traitement toxique, mis à jour le 01/03/2018, consulté le 26/04/2022, <https://www.inserm.fr/dossier/techniques-preservation-fertilite/>
46. Assistance Publique Hôpitaux de Paris (AP-HP), Référentiels de l'AP-HP - Référentiel Préservation de la fertilité, Décembre 2018, consulté le 26/04/2022, [https://www.aphp.fr/sites/default/files/referentiel\\_preservation\\_de\\_la\\_fertilite\\_2016\\_2.pdf](https://www.aphp.fr/sites/default/files/referentiel_preservation_de_la_fertilite_2016_2.pdf)
47. Association Francophone des Soins Oncologiques de Support (AFSOS), Référentiel inter-régionaux en soins de support « Cancer, vie intime et santé sexuelle », MAJ de mars 2019, consulté le 26/04/2022 [https://www.afsos.org/wp-content/uploads/2019/03/Ref-cancer-sante-sexuelle-2018-Copie\\_compressed.pdf](https://www.afsos.org/wp-content/uploads/2019/03/Ref-cancer-sante-sexuelle-2018-Copie_compressed.pdf)
48. Ligue contre le cancer, Rapport 2015 de l'Observatoire sociétal des cancers : « Les aidants, les combattants silencieux du cancer », publié en juin 2016, consulté le 29/04/2022 [https://www.ligue-cancer.net/sites/default/files/docs/observatoire\\_societal\\_des\\_cancers\\_rapport\\_2015\\_0.pdf](https://www.ligue-cancer.net/sites/default/files/docs/observatoire_societal_des_cancers_rapport_2015_0.pdf)
49. Institut National du Cancer (INCA), « Panorama des cancers en France, Edition 2022 », ISBN : 978-2-37219-820-2, publié en 02/2022, consulté le 30/03/2022, <https://www.e->

[cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Panorama-des-cancers-en-France-Edition-2022](https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Panorama-des-cancers-en-France-Edition-2022)

50. Institut National du Cancer (INCA), Epidémiologie des cancers - Le cancer colorectal, MAJ du 23/03/2021, consulté le 29/04/2022, <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Les-chiffres-du-cancer-en-France/Epidemiologie-des-cancers/Les-cancers-les-plus-frequents/Cancer-colorectal>
51. Agence Régionale de Santé (ARS) Hauts-de-France, Le dépistage du cancer colorectal, article du 23/06/2021, consulté le 05/05/2022 <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/le-depistage-du-cancer-colorectal>
52. A. W. Boyes, A. Girgis, C. D'Este, et A. C. Zucca, « Prevalence and correlates of cancer survivors' supportive care needs 6 months after diagnosis: a population-based cross-sectional study », BMC Cancer, vol. 12, no 1, p. 150, déc. 2012, consulté le 15/01/2022 <https://doi.org/10.1186/1471-2407-12-150>
53. V. Arndt, H. Merx, C. Stegmaier, H. Ziegler, et H. Brenner, « Quality of Life in Patients With Colorectal Cancer 1 Year After Diagnosis Compared With the General Population: A Population-Based Study », JCO, vol. 22, no 23, p. 4829-4836, déc. 2004, consulté le 29/04/2022 <https://doi.org/10.1200/JCO.2004.02.018>
54. C. A. Cuthbert, D. J. Boyne, X. Yuan, B. R. Hemmelgarn, et W. Y. Cheung, « Patient-reported symptom burden and supportive care needs at cancer diagnosis: a retrospective cohort study », Support Care Cancer, vol. 28, no 12, p. 5889-5899, déc. 2020, consulté le 29/04/2022 <https://doi.org/10.1007/s00520-020-05415-y>
55. Centre Oscar Lambret, Le Centre - L'édito du Directeur Général. Consulté le 09/01/2022 <https://www.centreoscarlambret.fr/centre-cancerologie-nord-pas-de-calais#l-edito-du-directeur-general>
56. Centre Oscar Lambret, Le Centre - L'Historique. Consulté le 09/01/2022 <https://www.centreoscarlambret.fr/centre-cancerologie-nord-pas-de-calais#l-historique>


57. Institut National du Cancer, Essais cliniques et thérapies ciblées - Les Centres labellisés de phase précoce (CLIP<sup>2</sup>). Date de dernière mise à jour : 29/11/2021. Consulté le 09/01/2022 <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Les-therapies-ciblees/Essais-cliniques-et-therapies-ciblees/Les-CLIP2>
58. Institut National du Cancer (INCA). Cancer du côlon - Stomie. Consulté le 18/05/2022 <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-colon/Stomie>
59. ELSAN, Spécialités, Gériatrie, consulté le 07/05/2022 <https://www.elsan.care/fr/patients/geriatrie>
60. Association Francophone des Soins Oncologiques de Support (AFSOS), Référentiel inter-régionaux en soins de support « La socio-esthétique en cancérologie », version du 07/07/2021, consulté le 29/04/2022 [https://www.afsos.org/wp-content/uploads/2018/12/Socio-esthetique\\_AFSOS-2021.pdf](https://www.afsos.org/wp-content/uploads/2018/12/Socio-esthetique_AFSOS-2021.pdf)
61. Association Briochine de Chirurgie Digestive, « Stomathérapie », consulté le 07/05/2022 <https://www.abcd-chirurgie.fr/13289-stomatherapie>
62. Association Francophone des Soins Oncologiques de Support (AFSOS), Référentiel inter-régionaux en soins de support « Activité Physique et Nutrition dans la prise en charge du cancer Colorectal », version du 11/12/2015, consulté le 16/04/2022 [https://www.oncopacacorse.org/sites/default/files/2015-12\\_ref\\_soins\\_support\\_activite\\_physique\\_nutrition\\_pec\\_cancer\\_colorectal\\_afsos.pdf](https://www.oncopacacorse.org/sites/default/files/2015-12_ref_soins_support_activite_physique_nutrition_pec_cancer_colorectal_afsos.pdf)
63. J. A. Meyerhardt et al., « Physical Activity and Survival After Colorectal Cancer Diagnosis », JCO, vol. 24, no 22, p. 3527-3534, août 2006, consulté le 28/05/2022 <https://doi.org/10.1200/JCO.2006.06.0855>
64. Haute Autorité de Santé (HAS), Référentiel « Prescription d'activité physique et sportive Cancers : sein, colorectal, prostate », 07/2019, consulté le 28/05/2022 [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-07/app\\_247\\_ref\\_aps\\_cancers\\_cd\\_vf.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-07/app_247_ref_aps_cancers_cd_vf.pdf)

## BIBLIOGRAPHIE DES ANNEXES

- (1) Institut National du Cancer (INCA), « Référentiel organisationnel national en soins de support des patients adultes atteints de cancer », publié en novembre 2021, consulté le 10/03/2022, ISBN : 978-2-37219-800-4 <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Referentiel-organisationnel-national-Soins-oncologiques-de-support-des-patients-adultes-atteints-de-cancer>
- (2) Institut National du Cancer (INCA), Axes opportuns d'évolution du panier des soins oncologiques de support, octobre 2016, ISBN 978-2-37219-236-1, consulté le 12/03/2022 <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Axes-opportuns-d-evolution-du-panier-des-soins-oncologiques-de-support-Reponse-saisine>
- (3) Barbier, É. (2014). « 24. Hypnoanalgésie et cancérologie : Problématique et indications. » Dans : Isabelle Célestin-Lhopiteau éd., Hypnoanalgésie et hypnosédation: En 43 notions (pp. 177-182). Paris: Dunod. consulté le 17/04/2022 <https://doi-org.ressources-electroniques.univ-lille.fr/10.3917/dunod.celes.2014.01.0177>
- (4) Institut Européen de Diététique et de Micronutrition (EDM), Questionnaire interactif HAD (Hospital Anxiety and Depression scale), consulté le 08/04/2022 <https://www.iedm.asso.fr/le-questionnaire-had/>
- (5) Ressources ONCO AURA, Questionnaire G8, consulté le 20/05/2022 <https://ressources-aura.fr/questionnaire-g8/>

# ANNEXES

## Annexe 1 : Grille de repérage des besoins en soins de support pendant la phase active de traitement, version professionnels de santé



RÉFÉRENTIEL ORGANISATIONNEL NATIONAL  
SOINS ONCOLOGIQUES DE SUPPORT DES PATIENTS ADULTES ATTEINTS DE CANCER / avis d'experts

### ANNEXE 3

#### GRILLE DE REPÉRAGE DE 1<sup>er</sup> ET 2<sup>e</sup> NIVEAU DES BESOINS EN SOINS DE SUPPORT PENDANT LA PHASE ACTIVE DE TRAITEMENT

Version Professionnels de santé

Date de remplissage du questionnaire :

Identification du patient :

Civilité :  Madame  Monsieur  Mademoiselle

Nom :


Prénom :

Date de naissance :

N° de téléphone :

Courriel :

Nous vous remercions de bien vouloir répondre à ce questionnaire.  
Vos réponses permettront aux professionnels de santé qui vous suivent de vous proposer des soins de support. Ces soins visent à améliorer votre qualité de vie, la tolérance et l'efficacité du traitement.  
Les informations que vous transmettez permettront d'identifier vos besoins en soins oncologiques de support puis de vous proposer un accompagnement personnalisé par des professionnels.

 **Compréhension de la maladie et du traitement** (0 = Pas du tout d'accord et 10 = Tout à fait d'accord)


Les questions proposées s'intègrent dans un dispositif d'annonce de la maladie et d'accompagnement du patient. Elles ne remplacent pas une écoute active des patients, par exemple par l'infirmier d'annonce, mais permettent une expression potentielle de besoins.

1 Les informations concernant votre maladie (et son évolution) ont-elles été suffisantes et complètes ?  0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

2 Les informations concernant les traitements sont-elles compréhensibles et claires ?  0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

3 Vous avez reçu des informations sur les directives anticipées et/ou les soins palliatifs.  0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

4 Vous sentez-vous soutenu(e) par votre entourage pour bien comprendre ce qui vous arrive ?  0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

 **Nutrition**

5 Si l'on considère que, avant l'annonce de votre maladie, vous mangiez « 10 sur 10 », combien mangez-vous actuellement sur une échelle de 0 à 10 (0 = vous ne mangez rien et 10 = vous mangez des quantités comme d'habitude) ?  
 0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

6 Votre poids avant l'annonce de la maladie :      kg  
Votre poids actuel :      kg  
Votre taille :    m

39

- 7 - Avez-vous des difficultés à avaler ?  
 Oui  Non
- 8 - Avez-vous des nausées/vomissements/diarrhées qui impactent votre prise alimentaire ?  
 Oui  Non
- 9 - Faites-vous un ou des régime(s) restrictif(s) (jeûne, régime pauvre en sucre, en gras...) sans prescription médicale telle que pour le diabète, le cholestérol... ?  
 Oui  Non
- 10 - Avez-vous déjà eu un suivi/reçu des conseils adaptés en nutrition ?  
 Oui  Non

**Questions de repérage de 2<sup>e</sup> niveau**

- 1 - Peser le patient (tracer le suivi de l'évolution du poids)
- 2 - Perte de poids (en kg)  
 Si % perte de poids  $\geq$  5 % en 1 mois ou  $\geq$  10 % en 6 mois, orientation pour suivi nutritionnel.
- 3 - Taille en m
- 4 - IMC :  $P \text{ (kg)} / T^2 \text{ (cm)}$   
 Si  $< 18,5 \text{ kg/m}^2$  ou 21 pour les personnes de plus de 70 ans (critère de dénutrition), orientation vers une consultation diététique/nutritionnelle  
 Si  $> 25 \text{ kg/m}^2$  (critère de surpoids/obésité), selon le cancer, orientation vers une consultation diététique/nutritionnelle
- 5 - Des changements des habitudes alimentaires ont-ils été observés ?  
 - À l'annonce de la maladie :  Oui  Non  
 - Pendant les traitements :  Oui  Non  
 - Depuis l'arrêt des traitements :  Oui  Non
- 6 - Une réduction de la masse musculaire et/ou de la fonction musculaire a-t-elle été identifiée ? (lorsque les normes et/ou les outils sont disponibles).  
 Oui  Non (si oui = critère de dénutrition)

**Activité physique [= activité physique quotidienne (marche, ménage, jardinage, vélo...) et activité sportive]**

- 11 - Avant l'annonce de la maladie, sur une échelle de 0 à 10, vous étiez pas du tout actif(ve) = 0 à vous étiez très actif(ve) = 10 ?  
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- 12 - Depuis l'annonce de votre maladie, êtes-vous moins actif(ve) physiquement ?  
 Oui  Non
- 13 - En ce moment, avez-vous des difficultés à être actif(ve) au quotidien entre 0 (= aucune difficulté) et 10 (= difficulté extrême) ?  
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- 14 - En ce moment, vous sentez-vous capable de poursuivre, reprendre ou débiter une activité physique régulière seul(e) ?  
 Oui  Non
- 15 - Lors d'une journée ordinaire, en ce moment passez-vous en moyenne :  
 Plus de 7 h assis(e)  
 Moins de 7 h assis(e) ?

**Fatigue**

- 16 - Sur une échelle de 0 à 10, vous évaluez votre fatigue entre 0 (= pas de fatigue) et 10 (= fatigue extrême)  
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



## RÉFÉRENTIEL ORGANISATIONNEL NATIONAL

### SOINS ONCOLOGIQUES DE SUPPORT DES PATIENTS ADULTES ATTEINTS DE CANCER / avis d'experts

#### Psychologie

- 17 Êtes-vous triste ?  
 Souvent  Parfois  Rarement  Jamais
- 18 Êtes-vous angoissé(e) ou anxieux(se) ?  
 Souvent  Parfois  Rarement  Jamais
- 19 Vous êtes-vous senti(e) déprimé(e) ou anxieux(se) au cours de votre vie ?  
 Oui  Non  
 Si oui, avez-vous eu ou avez-vous un suivi psychologique pour vos difficultés psychiques ?  
 Oui  Non
- 20 Prenez-vous un traitement (anxiolytique ou antidépresseur) en ce moment ?  
 Oui  Non
- 21 Êtes-vous déjà suivi(e) par un professionnel ?  
 Oui  Non
- 22 Ressentez-vous le besoin d'un soutien psychologique ?  
 Oui  Non

#### Questions de repérage de 2<sup>e</sup> niveau

Réaliser une évaluation en utilisant l'échelle de l'HADs « Hospital Anxiety and Depression scale » (Annexe 3a). Le score obtenu permettra d'orienter le patient vers le médecin, des pratiques psychocorporelles, ou le psychiatre et le psychologue.

Tout score  $\geq 8$  à l'échelle HADs nécessite d'orienter vers une consultation médicale (médecin traitant ou psychiatre) ou vers un psychologue.

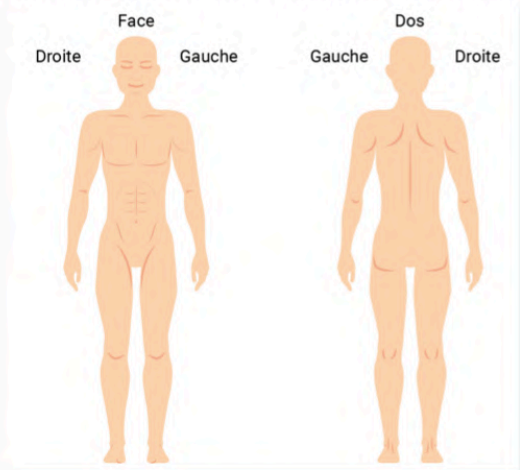
#### Douleur

- 23 Ressentez-vous des douleurs ces derniers jours ?  
 Oui  Non
- 24 Si oui, vous évaluez vos douleurs avec une note de 0 à 10 qui décrit le mieux l'importance de **vos douleurs maximales au cours des 8 derniers jours** (la note 0 correspond à pas de douleur, et la note 10 correspond à la douleur maximale imaginable)  
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- 25 Si oui, vous évaluez vos douleurs avec une note de 0 à 10 qui décrit le mieux **vos douleurs habituelles au cours des 8 derniers jours** (la note 0 correspond à pas de douleur, et la note 10 correspond à la douleur maximale imaginable)  
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- 26 Cette douleur perturbe-t-elle...  
 ... votre sommeil ?  Oui  Non  Non concerné(e)  
 ... vos activités habituelles ?  Oui  Non  Non concerné(e)
- 27 Prenez-vous actuellement un traitement pour vos douleurs ?  
 Oui  Non  Non concerné(e)
- 28 Si oui, le traitement vous soulage-t-il ?  
 Complètement  Partiellement  Pas du tout

#### Questions de repérage de 2<sup>e</sup> niveau

- 1 - S'agit-il d'une douleur connue et identifiée ?  
 Oui  Non
- 2 - Est-elle permanente ?  
 Oui  Non
- 3 - Est-elle déclenchée par :  
 • Les mouvements ?  Oui  Non  
 • Les soins ?  Oui  Non  
 • Autres (précisez) ?

4 – Localisation : Indiquez sur ce schéma où se trouve votre douleur en noircissant la zone.



5 – Accès douloureux paroxystiques<sup>1</sup> ?

Oui  Non

Si oui, nombre par 24 heures ?

6 – Échelle numérique de 0 à 10 (sur la dernière semaine) :

Moyenne :  0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Minimum :  0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Maximum :  0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

7 – Si score du questionnaire DN4<sup>2</sup> ≥ 4 ? (Annexe 3b)

Oui  Non

8 – Traitement actuel :

• Observance (faire préciser la posologie prise, l'horaire...) :

• Effets indésirables :

### Social, familial et professionnel

29 Avez-vous besoin d'informations sur les conséquences sociales et financières de votre maladie (Affection Longue Durée, droits, prestations, démarches à effectuer, impact sur l'activité professionnelle...) ?

Oui  Non

30 Vivez-vous seul(e) ?

Oui  Non

31 Avez-vous des enfants ou personnes à charge ?

Oui  Non

32 Avez-vous des aidants (une ou plusieurs personne(s) dans mon entourage qui vous aide(nt) au quotidien) ?

Oui  Non

Si oui, lesquels (membre de ma famille, amis, etc.) ?

1. L'Accès douloureux paroxystiques (ADP) correspond à une augmentation transitoire de la douleur, de survenue rapide (moins de 3 minutes), de courte durée (de 30 minutes à 1 heure en moyenne) d'intensité sévère à insupportable, survenant sur un fond de douleur stable, chez des patients recevant un traitement opioïde de fond. On différencie « les accès douloureux prévisibles » lorsque la douleur est liée à des actions volontaires du patient (ex la marche) involontaire (ex la toux) ou procédurale, des accès douloureux non prévisibles.  
2. Questionnaire élaboré et validé chez l'adulte pour estimer la probabilité d'une composante neuropathique à la douleur. <https://www.sfetd-douleur.org/wp-content/uploads/2019/08/dn4ok.pdf>

## RÉFÉRENTIEL ORGANISATIONNEL NATIONAL

### SOINS ONCOLOGIQUES DE SUPPORT DES PATIENTS ADULTES ATTEINTS DE CANCER / avis d'experts

- 33 Du fait de votre maladie et des traitements, avez-vous besoin d'aide dans votre quotidien (aide-ménagère, garde d'enfants, suivi de la scolarité de mes enfants...) ?  
 Oui  Non
- 34 Votre logement est-il adapté à votre état de santé ?  
 Oui  Non
- 35 Avez-vous des difficultés  
 Familiales  Financières  
 Professionnelles  Non concerné(e)



#### Maintien et retour à l'emploi

- 36 Poursuivez-vous votre activité professionnelle durant vos traitements de façon :  
 Très satisfaisante  Satisfaisante  Peu satisfaisante  Compliquée  
 Très compliquée  Impossibilité de poursuivre
- 37 Concernant la reprise de votre activité professionnelle :  
 Vous souhaitez reprendre une activité professionnelle  
 Vous vous sentez pas capable de reprendre  
 Non concerné(e)
- 38 Quelles seraient la ou les conditions favorables à votre reprise d'activité professionnelle ?  
 Information de votre employeur  Formation de l'entreprise à votre accueil  
 Aménagement de votre espace de travail (bureau, atelier...)  Aménagement de votre temps de travail  
 Accompagnement par le médecin du travail  Réorientation professionnelle  
 Connaître vos droits  
 Autre. Laquelle ? \_\_\_\_\_  
 Non concerné(e)



#### Habitudes de vie

- 39 Est-ce que vous prenez des médicaments sans prescription de votre médecin (automédication comme par exemple la prise d'antidouleur, d'anti inflammatoires, de somnifères...)  
 Oui  Non
- 40 Est-ce que vous prenez d'autres traitements ou compléments (phytothérapie, compléments alimentaires...)  
 Oui  Non
- 41 Fumez-vous ?  
 Oui  Non  
 Si oui, quelle(s) substance(s) ? \_\_\_\_\_
- 42 Avez-vous arrêté de fumer depuis moins d'un an ?  
 Oui  Non  Non concerné(e)
- 43 Consommez-vous de l'alcool ?  
 Oui  Non  
 Si oui, combien de verres par semaine ?    verres

#### Questions de repérage de 2<sup>e</sup> niveau

Alcool : Questionnaire FACE pour orientation (Annexe 3c.)

<http://www.resapsad.org/sites/resapsad.cpm.aquisante.priv/files/u35/FACE.pdf>



#### Santé sexuelle

- 44 La maladie a-t-elle un retentissement sur votre vie intime et sexuelle ?  
 Oui  Non  Non concerné(e)

- 45 La maladie a-t-elle changé la relation avec votre partenaire ?  
 Oui  Non  Non concerné(e)
- 46 Si c'est le cas, ressentez-vous le besoin d'en parler avec un professionnel spécialisé ?  
 Oui  Non

#### Questions de repérage de 2<sup>e</sup> niveau

- 1 - Cela occasionne-t-il une insatisfaction ou une souffrance dans votre vie personnelle ?  
 Oui  Non
- 2 - Cela occasionne-t-il une insatisfaction ou une souffrance dans votre vie de couple ?  
 Oui  Non

#### Fertilité

- 47 Souhaitez-vous des informations et une aide concernant les conséquences de la maladie et des traitements sur votre capacité à avoir des enfants à l'avenir ?  
 Oui  Non

#### Actions thérapeutiques

- 48 Vous sentez-vous capable de gérer vos traitements et leurs effets secondaires dans le quotidien ?  
 Oui  Non
- 49 Avez-vous eu accès à un programme d'éducation thérapeutique ?  
 Oui  Non

Commentaires :

Je vous remercie d'avoir répondu à ce questionnaire. L'équipe soignante reviendra vers vous pour décider ensemble des éventuels accompagnements à mettre en place.

Je vous informe que vos réponses seront utilisées strictement dans le cadre de l'évaluation de vos besoins en soins de support.

Je vous informe que les données à caractère personnel vous concernant issues de ce questionnaire sont collectées et traitées sous la responsabilité de l'établissement de santé qui assure votre prise en charge. Vous pouvez vous rapprocher de ce dernier et de son délégué à la protection des données pour toute information concernant le traitement de vos données et vos droits issus du Règlement général sur la protection des données.

**Annexe 2 :** Saisine DGOS 085-15 du 31 juillet 2015 sur les axes d'évolution du panier en soins de support

085 , 15

  
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

**INCa, reçu le**  
**06 AOÛT 2015**  
**Bureau du Courrier**

**MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTÉ ET DES DROITS DES FEMMES**

Direction générale de l'offre de soins

Le directeur général de l'offre de soins  
Tel. 01 40 56 44 64  
Fax : 01 40 56 60 66  
[jean.debeaupuis@sante.gouv.fr](mailto:jean.debeaupuis@sante.gouv.fr)  
MERC/15/n°      Mercure

Paris, le      **31 JUIL. 2015**

Jean DEBEAUPUIS  
Directeur général de l'offre de soins

à

Mme le Pr Agnès BUZYN  
Présidente de l'Institut national du cancer –  
INCa  
52 avenue André Morizet  
92513 Boulogne Billancourt cedex

Madame la Présidente,

Le parcours de prise en charge en cancérologie ne peut désormais se concevoir sans permettre aux patients d'accéder, en complément de leur prise en charge curative, à des soins de support. La place de ces soins dans le parcours cancer prend une importance croissante, sous l'impact d'attentes fortes des patients mais également de la démonstration de gains de qualité de vie et de survie qui leur sont associés.

Le plan cancer 2014-2019 entend conforter le déploiement des soins de support et accompagner leurs évolutions. Dans le cadre de ses actions 7.6 et 7.7, il met en particulier l'accent sur les objectifs d'accessibilité, d'homogénéité des prestations proposées et de gradation de ces soins.

Ces évolutions, combinées à la recherche d'efficacité de notre système de santé et à sa réponse optimale aux besoins de la population nous conduisent à interroger le panier de soins de support mobilisés par les établissements de santé à l'appui des parcours cancer et à envisager son évolution.

Conformément aux missions de pilotage technique et d'animation des structures de la cancérologie confiées à l'INCa, je souhaite que l'Institut mobilise l'expertise ainsi que les données à sa disposition pour définir les axes opportuns d'évolution de ce panier de soins.

Votre expertise devra permettre de répondre aux trois questions suivantes :

- Quels sont les soins de support susceptibles d'être proposés aux patients atteints de cancer ? Cette question devra intégrer une analyse des gains de qualité de vie et de survie associés aux différents soins de support. A partir des données récentes de la littérature scientifique sur ce sujet, vous actualiserez et hiérarchiserez les soins à mobiliser au profit des patients atteints de cancer.
- Parmi ces soins, lesquels sont incontournables et justifient une prise en charge sanitaire ? Cette question devra intégrer une analyse de ce qui relève, dans cet ensemble de prestations, du champ de compétences et de financements sanitaires. A partir d'une analyse des pratiques en soins de support, vous identifierez en quoi les professionnels de santé sont mobilisés par la réalisation de ces soins, afin de clarifier les contributions respectives attendues des acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux.

14, avenue Duquesne – 75350 Paris 07 SP – Tél. 01 40 56 60 00  
[www.sante.gouv.fr/offre-de-soins](http://www.sante.gouv.fr/offre-de-soins)

1 / 2

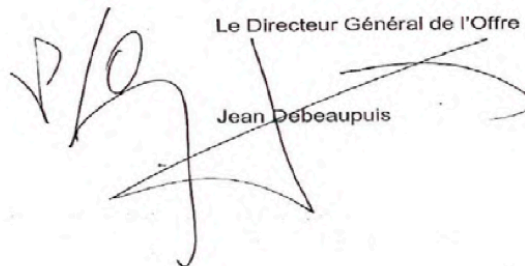
- Enfin, quelles sont les conditions optimales de réalisation des soins de support en termes de complémentarité des compétences et du statut des acteurs ? Cette dernière approche devra notamment permettre d'évaluer si les acteurs de soins de support peuvent être indifféremment hospitaliers ou libéraux dès lors que les conditions de l'offre sont adaptées ou s'il apparaît des spécificités hospitalières de la réponse nécessaires pour certaines situations.

L'ensemble de ces éléments permettront de définir la cible en termes d'offre de soins de support. Un « panier » de soins de support pourra ainsi être proposé.

En termes de calendrier, et afin de permettre la concrétisation de cette réflexion pour la campagne budgétaire 2016, nous attendons la production de vos éléments d'expertise pour novembre 2015.

En termes de méthodologie de travail, vous pourrez utilement constituer des groupes de travail ou ateliers avec les différents acteurs concernés, professionnels et parties prenantes, en associant les agences régionales de santé. Les équipes DGOS concernées (bureau R3) se tiennent à votre disposition, à toutes les étapes de ce projet, afin de convenir ensemble des modalités de travail les plus pertinentes et permettre la production finale la plus adaptée.

Je vous remercie pour votre implication dans cette démarche.

  
Le Directeur Général de l'Offre de Soins  
Jean Debeaupuis

### **Annexe 3 : Exemple de la pose d'une chambre implantable sous hypnoalgésie**

#### ***Exemple de pose de chambre implantable sous hypnoalgésie***

Florence, 42 ans, en récurrence d'un cancer du sein est très angoissée avant une deuxième pose de chambre implantable sous anesthésie locale gardant un souvenir traumatisant de la première. L'hypnoalgésie lui est donc proposée. Après l'induction, je l'invite à symboliser sa mauvaise expérience précédente et de la placer dans un tiroir qui restera clos au moins jusqu'à la fin de l'intervention. Elle accepte ce pacte. Les injections d'anesthésiques commencent et au même moment, nous partons dans la forêt de Brocéliande (lieu de sécurité) où elle peut marcher, s'asseoir sur un rocher, écouter le silence, se coller à un arbre et se sentir aussi protégée qu'il l'est par son écorce. À la fin du geste, Florence témoigne : « C'était une expérience magnifique, j'ai eu l'impression, par moments de m'échapper de mon corps, avoir la main tenue m'a aidée lors de l'anesthésie, un moment difficile, je sentais la brutalité du geste mais mon esprit était ailleurs, je n'étais pas canalisée par l'intervention, j'étais dissociée, à la fin j'ai réussi à complètement l'oublier ».

## Annexe 4 : Questionnaire HADS (Hospital Anxiety and Depression scale)

### Questionnaire HAD

**Pour remplir ce questionnaire** : Entourez la bonne réponse à chaque question, puis faites le total comme il est indiqué en bas de page

**1. Je me sens tendu(e) ou énervé(e) :**

- La plupart du temps  3
- Souvent  2
- De temps en temps  1
- Jamais  0

**2. Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois :**

- Oui, tout autant  0
- Pas autant  1
- Un peu seulement  2
- Presque plus  3

**3. J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver :**

- Oui, très nettement  3
- Oui, mais ce n'est pas trop grave  2
- Un peu, mais cela ne m'inquiète pas  1
- Pas du tout  0

**4. Je ris facilement et vois le bon côté des choses :**

- Autant que par le passé  0
- Plus autant qu'avant  1
- Vraiment moins qu'avant  2
- Plus du tout  3

**5. Je me fais du souci :**

- Très souvent  3
- Assez souvent  2
- Occasionnellement  1
- Très occasionnellement  0

**6. Je suis de bonne humeur :**

- Jamais  3
- Rarement  2
- Assez souvent  1
- La plupart du temps  0

**7. Je peux rester tranquillement assis(e) à ne rien faire et me sentir décontracté(e) :**

- Oui, quoi qu'il arrive  0
- Oui, en général  1
- Rarement  2
- Jamais  3

**8. J'ai l'impression de fonctionner au ralenti :**

- Presque toujours  3
- Très souvent  2
- Parfois  1
- Jamais  0

**9. J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué :**

- Jamais  0
- Parfois  1
- Assez souvent  2
- Très souvent  3

**10. Je ne m'intéresse plus à mon apparence :**

- Plus du tout  3
- Je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais  2
- Il se peut que je n'y fasse plus autant attention  1
- J'y prête autant d'attention que par le passé  0

**11. J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place :**

- Oui, c'est tout à fait le cas  3
- Un peu  2
- Pas tellement  1
- Pas du tout  0

**12. Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses :**

- Autant qu'avant  0
- Un peu moins qu'avant  1
- Bien moins qu'avant  2
- Presque jamais  3

**13. J'éprouve des sensations soudaines de panique :**

- Vraiment très souvent  3
- Assez souvent  2
- Pas très souvent  1
- Jamais  0

**14. Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de radio ou de télévision :**

- Souvent  0
- Parfois  1
- Rarement  2
- Très rarement  3

Additionnez les réponses : 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13

TOTAL A :

Additionnez les réponses : 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14

TOTAL D :

**Score total :**

**A + D =**



## Annexe 5 : Questionnaire G8

### Questionnaire G8

#### Test de dépistage du recours au gériatre chez un patient âgé atteint de cancer

Questions (temps médian de remplissage = 4,4 minutes)	Réponses	Cotations
Le patient présente-t-il une perte d'appétit? A-t-il mangé moins ces 3 derniers mois par manque d'appétit, problèmes digestifs, difficultés de mastication ou de déglutition?	Anorexie sévère Anorexie modérée Pas d'anorexie	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
Perte de poids dans les 3 derniers mois	>3 Kg Ne sait pas Entre 1 et 3 Kg Pas de perte de poids	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
Motricité	Lit – Fauteuil Autonome à l'intérieur Sort du domicile	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
Troubles neuro-psychiatriques	Démence ou dépression sévère Démence ou dépression modérée Pas de trouble psychiatrique	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
Indice de Masse Corporelle = Poids/(Taille) <sup>2</sup>	< 19 19 – 21 21 – 23 > 23	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
Plus de 3 médicaments	Oui Non	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1
Le patient se sent-il en meilleure ou en moins bonne santé que la plupart des personnes de son âge?	Moins bonne Ne sais pas Aussi bonne Meilleure	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 0,5 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
Age	> 85 ans 80 – 85 ans < 80 ans	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
<b>Score total</b>		<b>/17</b>
<b>Interprétation</b>	<b>&gt; 14 = Prise en charge standard</b> <b>≤ 14 = Evaluation gériatrique spécialisée</b>	

D'après Soubeyran P. *Validation of G8 screening tool in geriatric oncology: The ONCODAGE project.* JCO 2011;29:Abs9001.

## RÉSUMÉ

Les soins oncologiques de support (SOS) désignent l'ensemble des soins et soutiens nécessaires aux patients pendant et après le cancer. Ils s'ajoutent aux traitements spécifiques contre le cancer pour améliorer la qualité de vie des patients, tant au niveau physique que psychologique et social. La caractérisation des besoins en soins de support des patients pour chaque localisation tumorale est essentielle à l'amélioration du parcours de soin. Dans ce but, une étude rétrospective monocentrique descriptive sur données a été réalisée au Centre Oscar Lambret (COL), à Lille. Le parcours de soins de supports de 62 patients présentant un cancer colorectal a été analysé. Au final, la proportion des soins de supports dispensés au COL était adaptée pour la pathologie colorectale. Dans l'ordre, les patients bénéficient majoritairement de soins de stomathérapie, de nutrition, de psychologie, de kinésithérapie et de service social. Au vu des besoins en SOS qui se sont imposés lors de cette analyse, il serait intéressant de mettre en place une tarification unique des soins de support pour le parcours colorectal.

**Mots clés :** *soins oncologiques de support, cancer colorectal, parcours de soin*

---

## ABSTRACT

Supportive care refers to all the care and support needed by patients in addition of their specific treatments. Supportive care are meant to improve the quality of life of patients during and after cancer in both physically, psychologically and socially way. Characterizing the support care needs of patients for each tumor location is essential to improve the healthcare circuit. For this purpose a retrospective single-center descriptive study was carried out at the Center Oscar Lambret (COL), in Lille, France. The supportive care pathway of 62 patients with colorectal cancer was analyzed. In the end, the proportion of support care provided at the COL was appropriate for the colorectal pathology. In order, patients mostly benefit from stomatherapy, nutrition, psychology, physiotherapy and social service. Due to the SOS needs that emerged during this analysis, it would be interesting to set up a single pricing for support care for the colorectal course.

**Key words :** *supportive care, colorectal cancer, healthcare circuit*