



UNIVERSITE DE LILLE
DEPARTEMENT FACULTAIRE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2025

MEMOIRE POUR LE DIPLOME D'ETAT D'INFIRMIER EN PRATIQUE AVANCEE
MENTION : ONCOLOGIE et HEMATO-ONCOLOGIE

OPTIMISATION DES SOINS ONCOLOGIQUES DE SUPPORT
DANS LA PRISE EN SOINS DES PATIENTS ATTEINTS D'UN
CANCER

**Présenté et soutenu publiquement le 01 juillet 2025 A Lille (département facultaire de
médecine Henri Warembourg)**

Par Amélie FALVO

JURY :

Président du jury : Dr Anthony TURPIN

Directrice de mémoire : Dr Aurélie JOYE

Enseignante infirmière : Me Gwladys ACOULON

Département facultaire de médecine Henry Warembourg

Avenue Eugène Avinée

59120 LOOS

« La vie est un mystère qu'il faut vivre, et non un problème à résoudre »

Ghandi

REMERCIEMENTS

Je tiens tout d'abord à exprimer ma profonde gratitude à ma directrice de mémoire, le Docteur Aurélie Joye, pour son accompagnement bienveillant, sa disponibilité et ses conseils précieux tout au long de ce travail. Son expertise et son exigence m'ont permis d'enrichir ma réflexion et de mener ce projet à bien.

Je remercie également l'équipe pédagogique de l'université de Lille, Professeur Puissieux et Me Acoulon pour la qualité de l'enseignement dispensé.

A mes collègues de promotion et plus particulièrement celles de la mention Oncologie et Hémato-Oncologie, Aurore, Frédérique, Marylène, Mélanie, Sarah et Typhaine, merci pour votre aide et votre soutien et les liens tissés dans cette aventure.

Mes remerciements s'adressent aussi au Centre Hospitalier de Valenciennes, à Me Gorez, au Dr Lemaire, au Dr Amela, et le service d'oncologie pour m'avoir permis de concilier mes engagements professionnels et universitaires, ainsi que pour leur soutien dans la réalisation de ce projet.

Je remercie plus particulièrement Me Petit, ma cadre de santé, de m'avoir accompagnée dans les démarches et d'avoir été présente dans cette étape. Nathanaëlle et Emeline, mes collègues pour leur écoute, leur aide et leur soutien dans ce cursus.

Je remercie également les lieux de stage, qui m'ont accueillie et encadrée pendant ces deux années de formation.

Enfin, je souhaite remercier chaleureusement ma famille, mon mari Flavien, mes parents et mon frère pour leur soutien indéfectible, leur patience et leur compréhension tout au long de cette aventure. Leur présence m'a été précieuse et leur encouragement constant m'a aidée à persévérer dans les moments les plus exigeants.

À toutes et à tous, merci.

AVERTISSEMENT

L'Université n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les mémoires :
celles-ci sont propre à leurs auteurs

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS	I
AVERTISSEMENT	II
SOMMAIRE	1
GLOSSAIRE	3
AVANT PROPOS	4
I. INTRODUCTION.....	6
1. LE CANCER.....	6
2. Les soins de support	10
3. Réglementation.....	13
4. Patient et SOS.....	16
II. PROBLEMATIQUE.....	19
III. METHODE	21
1.Choix de méthode.....	21
2. Choix de l'échantillonnage.....	21
3. L'outil méthodologique	22
4. La procédure.....	23
5. L'analyse.....	24
IV. RESULTAT ET ANALYSE	26
1. Participant.....	26
2. Présentation et analyse des données démographiques	26
3. Présentation et analyse des thèmes retrouvés.....	27
4. Synthèse de l'analyse	35
IV. DISCUSSION.....	37
1. Interprétation des résultats.....	37
2. Limites de l'étude.....	41

3. Forces de l'étude	42
4. Perspectives	43
5. Projection dans la pratique avancée	43
CONCLUSION	46
Bibliographie	47
TABLE DES MATIERES	50
TABLE DES GRAPHIQUES	53
TABLE DES AFFICHES	53
ANNEXES	54
Annexe 1 : Lettre d'information.....	55
Annexe 2 : Grille d'entretien.....	56
Annexe 3 : Lien verbatim.....	58
Annexe 4 : Grille COREQ	59
Annexe 5 : Guides d'évaluation des besoins (onco HDF)	62

GLOSSAIRE

AFSOS : Association Francophone des Soins Oncologiques de Support

APA : Activité Physique Adaptée

CIRC : Centre International de Recherche sur le Cancer

CISSPO : Coordination Interdisciplinaire en Soins de support pour le Patient Oncologique

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

COREQ : COnsolidated critères for Reporting Qualitative research

DISSPO : Département Interdisciplinaire en Soins de support pour le Patient Oncologique

DPO : Délégué à la Protection des Données

EPRO : Electronic Patient Reported Outcome

IDE : Infirmier/ère Diplômé/e d'Etat

IDEC : Infirmier/ère de Coordination

INCa : Institut National du Cancer

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

RCP : Réunion de Concertation Pluridisciplinaire

SOS : Soins Oncologiques de Support

AVANT PROPOS

En 2017, il est estimé à 3,8 millions de personnes vivant avec un cancer en France soit 1/20ème de la population française. Cela en fait une des maladies les plus fréquentes en France(1,2).

Le nombre de nouveaux patients atteint d'un cancer ne cesse d'augmenter depuis 1990. Cela s'explique pour plusieurs raisons : le vieillissement de la population, la croissance démographique, la multiplicité des facteurs de risque mais également l'amélioration des dépistages organisés et individuels.

A contrario, on assiste à une diminution du taux de mortalité et à un meilleur taux de survie grâce notamment à l'amélioration des prises en charge.

Ce constat a conduit les sociétés savantes et les différentes agences sanitaires à réfléchir à la mise en place de soins associés aux traitements curatifs, soins dont l'objectif principal est d'améliorer la qualité de vie des malades par le biais d'une prise en charge pluridisciplinaire.

Les Soins Oncologiques de Support ou SOS désignent « *l'ensemble des soins et soutiens nécessaires aux personnes malades tout au long de la maladie conjointement aux traitements onco-hémato spécifiques, lorsqu'il y en a (3)* ». Différentes études ont démontré que ces soins de support ont un impact positif sur l'efficacité des traitements, la diminution des symptômes liés au cancer et aux traitements spécifiques ainsi que sur la prévention des récives. Les SOS, qui s'inscrivent dans une prise en charge globale du patient, ont pour vocation d'accompagner le patient durant tout son parcours de soin y compris durant la phase dite « d'après cancer ».

Cette phase consiste en une période de transition suivant la fin des traitements actifs (chirurgie, chimiothérapie...), durant laquelle le patient se reconstruit et reprend progressivement le cours de sa vie, tout en bénéficiant d'un suivi médical et d'un accompagnement adapté (4). La fin des traitements est une bonne nouvelle. Mais cette période de l'après-cancer s'accompagne de nouveaux questionnements sur les plans médical, psychologique, personnel ou encore professionnel. C'est une période de transition relativement complexe (4).

Il a été démontré que les patients, même après la fin apparente de leur traitement, présentent des séquelles persistantes, rendant indispensable un accompagnement adapté à cette phase « d'après cancer ». L'étude Vican 5 montre que « **63,5 % des personnes souffrent de séquelles dues au cancer ou aux traitements (5,6)** » après 5 ans. Ces séquelles sont variées : douleur, asthénie, troubles moteurs, perturbations de l'image corporelle ou encore trouble sexuel ... Peu ou mal évalués par les professionnels, ces troubles sont le plus souvent non pris en charge ou de manière inadaptée.

Face à ce constat, les différents Plans Cancer ont donc mis en avant l'importance des soins de support dans le parcours des soins oncologiques. *Le décret n° 2022-693 du 26 avril 2022 (7) précise que les établissements autorisés à pratiquer des traitements du cancer doivent évaluer les besoins en SOS de leurs patients, assurer leur accompagnement ou les orienter vers ces soins, et garantir la traçabilité de ces démarches. Ainsi, ce décret renforce l'importance des SOS en intégrant leur évaluation systématique et leur traçabilité dans le parcours de soins en cancérologie.*

Pourtant, malgré l'évolution de la législation et la mise en avant des SOS à l'échelle nationale et internationale, j'ai constaté dans ma pratique que les SOS ne sont pas proposés aux patients de façon égalitaire, constat que l'on retrouve dans l'étude : « coordonner et orienter pour mieux prendre en charge les conséquences du cancer » (8).

Ainsi dans ce mémoire, je définirai dans un premier temps la pathologie oncologique, les traitements existants et leurs effets indésirables les plus fréquents. Puis, je définirai les soins oncologiques de support, les ressources mobilisées en intra et extra hospitalier et la différence avec les soins palliatifs. Enfin, je reviendrai sur les recommandations et législations existantes.

I. INTRODUCTION

1. LE CANCER

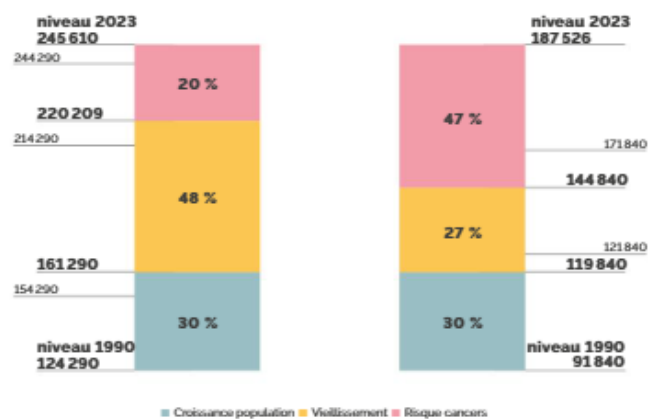
1.1.Épidémiologie

Le cancer, est un problème de santé publique à l'échelle mondiale et touche toutes les populations. Dans le monde, le Centre International de Recherche sur le Cancer (CIRC) estime en 2022 à « 20 millions de nouveaux cas de cancer et 9,7 millions de décès» (9).

En France en 2017, la prévalence, le nombre total de cas de cancers, est estimée à 3,8 millions de personnes. L'incidence, le nombre de nouveaux cas de cancers, en 2023 était de 433 136 de nouveaux patients. Ce chiffre a doublé en 30 ans.

Trois causes (1) de cette augmentation ont été identifiées :

- La croissance démographique,
- Le vieillissement de la population,
- Les facteurs de risques d'apparition de cancers.



Graphique 1 : Panorama des cancers en France - édition 2024 p 12

Concernant la mortalité de cette pathologie, le nombre de décès par cancer, en France, en 2021, était de 162 400, chiffre en diminution grâce notamment aux campagnes de dépistage, aux prises en charge plus précoces, aux innovations des traitements du cancer.

A l'échelle régionale, les Hauts de France présentent l'une des incidences les plus élevées de cancer. « *La région Hauts-de-France est une région marquée par le cancer avec 32 661 nouveaux cas de cancer estimés et 15 150 décès par an* » (10,11) .

Au regard de ces différents constats, le cancer est maintenant considéré comme une pathologie chronique, défini comme « une maladie qui dure depuis longtemps, et, surtout, qui risque de persister pendant une longue période, voire toute la vie » (12), entraînant une demande en soins différente et une prise en charge à adapter.

1.2.Définition

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), « *le mot « cancer » est un terme générique désignant un large groupe de maladies pouvant toucher n'importe quelle partie de l'organisme. On parle aussi de tumeurs malignes et de néoplasmes* » (13).

D'un point de vue médical, le cancer est défini comme une maladie « *provoquée par la transformation de cellules qui deviennent anormales et prolifèrent de façon excessive. Ces cellules dérégulées finissent par former une masse qu'on appelle tumeur maligne* » (14).

La maladie oncologique n'est pas « unique ». En effet, la multiplicité des mécanismes tumoraux, le grand nombre de sites possiblement touchés avec symptômes associés, en font une maladie aux multiples facettes. Son site de départ ou encore « primitif » peut toucher n'importe quel organe ou tissu du corps humain générant alors des effets secondaires très variables.

L'une des caractéristiques spécifiques des cancers est leur capacité de dissémination avec trois voies connues :

- La dissémination locale : les tissus environnants sont atteints par contiguïté,
- La circulation sanguine : les cellules cancéreuses par le biais du système vasculaire vont atteindre d'autre site générant une lésion secondaire, « métastase »
- La circulation lymphatique : les cellules cancéreuses passent dans la lymphe jusqu'aux ganglions créant une métastase ganglionnaire ou adénopathie.

L'évaluation de la dissémination et donc de l'extension de la maladie est décrite grâce à la classification internationale TNM. « *La lettre T est l'initiale de tumeur et correspond à la taille de la tumeur ; la lettre N est l'initiale de node qui signifie ganglion en anglais et indique si des*

ganglions lymphatiques ont été ou non envahis ; la lettre M est l'initiale de métastase et signale la présence ou l'absence de métastases » (15,16).

1.3. Les traitements du cancer

Les traitements (17) oncologiques sont eux aussi multiples.

- **La chirurgie**, un des traitements principaux des tumeurs solides. Elle a plusieurs indications possibles : diagnostique, curative (si cancer localisé) ou palliative (pour soulager des symptômes).
- **La radiothérapie** « fait partie avec la chirurgie et les traitements médicamenteux des principaux traitements du cancer » (18). Elle peut être utilisée à tous les stades du cancer, en phase curative ou palliative.
- **La chimiothérapie**, est un traitement systémique, non sélective. Elle agit principalement sur les mécanismes de prolifération cellulaire. Elle peut être par voie Intraveineuse (IV) ou Orale (PO)
- **La thérapie ciblée**, agit spécifiquement sur des anomalies moléculaires impliquées dans la croissance et la survie des cellules cancéreuses. Elle agit de manière plus sélective, réduisant ainsi les effets secondaires
- **L'immunothérapie**, a pour but de stimuler l'immunité du patient pour réactiver l'activité anti tumorale de celle-ci.
- **L'hormonothérapie**, « un traitement qui consiste à empêcher l'action stimulante des hormones sur les cellules cancéreuses » (19). Certains cancers présentent une hormonosensibilité, avec implication du système hormonal sur la prolifération cellulaire.

Chaque traitement peut être utilisé seul ou associé à d'autres thérapies et former une séquence thérapeutique ou stratégie de prise en charge. Il existe ainsi de multiples combinaisons. Le choix de la stratégie se fait en RCP (Réunion de Concertation Pluridisciplinaire) regroupant spécialistes d'organe, oncologues, radiologues ou encore radiothérapeutes. Le choix se fera selon les caractéristiques biologiques de la maladie, sa description anatomopathologique, son extension, l'état clinique du patient et sera guidé par des référentiels nationaux.

1.4. Les effets secondaires des traitements

Chacun de ces traitements peut provoquer des effets secondaires immédiats ou différés pouvant avoir un impact très contraignant sur la qualité de vie des patients et sur la poursuite de leur prise en charge. Ces effets sont aussi variés que les traitements associés, et s'expriment différemment selon les patients.

Pour limiter la survenue et l'intensité de ses effets, des traitements complémentaires sont fournis aux patients. Malgré tout, certains effets secondaires sont inévitables et peuvent avoir des conséquences aussi bien physique que psychique. On peut notamment citer l'alopecie qui peut provoquer des douleurs, des démangeaisons sur le cuir chevelu et impacter l'image de soi.

Certains effets secondaires sont difficiles à contrôler et ne bénéficient pas encore de stratégie de prise en charge efficace à 100%. On peut notamment citer la neuropathie, toxicité le plus souvent chimio induite entraînant des douleurs neuropathiques des extrémités avec atteinte de la sensibilité et de la proprioception. Un risque non négligeable d'irréversibilité y est associé.

De plus, les effets secondaires peuvent se cumuler et s'intensifier en fonction des protocoles, des traitements et des associations de traitements. Ainsi, un patient avec double immunothérapie aura plus de chance de présenter des complications qu'en monothérapie.



Graphique 2 : Quelles conséquences physiques et psychologiques ressenties ? Enquête « coordonner et orienter pour mieux prendre en charge les conséquences du cancer »

2. Les soins de support

2.1. Définition

L'AFSOS (Association Francophone des Soins Oncologiques de Support) définit les soins de support (20) comme : « l'ensemble des soins et soutiens nécessaires aux personnes malades, parallèlement aux traitements spécifiques, lorsqu'il y en a, tout au long des maladies graves (21,22) ».

Les SOS ont été définis par la circulaire du 22 février 2005 relative à l'organisation des soins en cancérologie (23) comme « l'ensemble des soins et soutiens nécessaires aux personnes malades tout au long de la maladie conjointement aux traitements onco-hématologiques spécifiques lorsqu'il y en a (24) ».

Actuellement, le socle de base des SOS est constitué de 4 soins de support qui sont (25):

- La prise en charge de la douleur,
- La prise en charge diététique et nutritionnelle,
- La prise en charge psychologique,
- La prise en charge sociale, familiale et professionnelle.

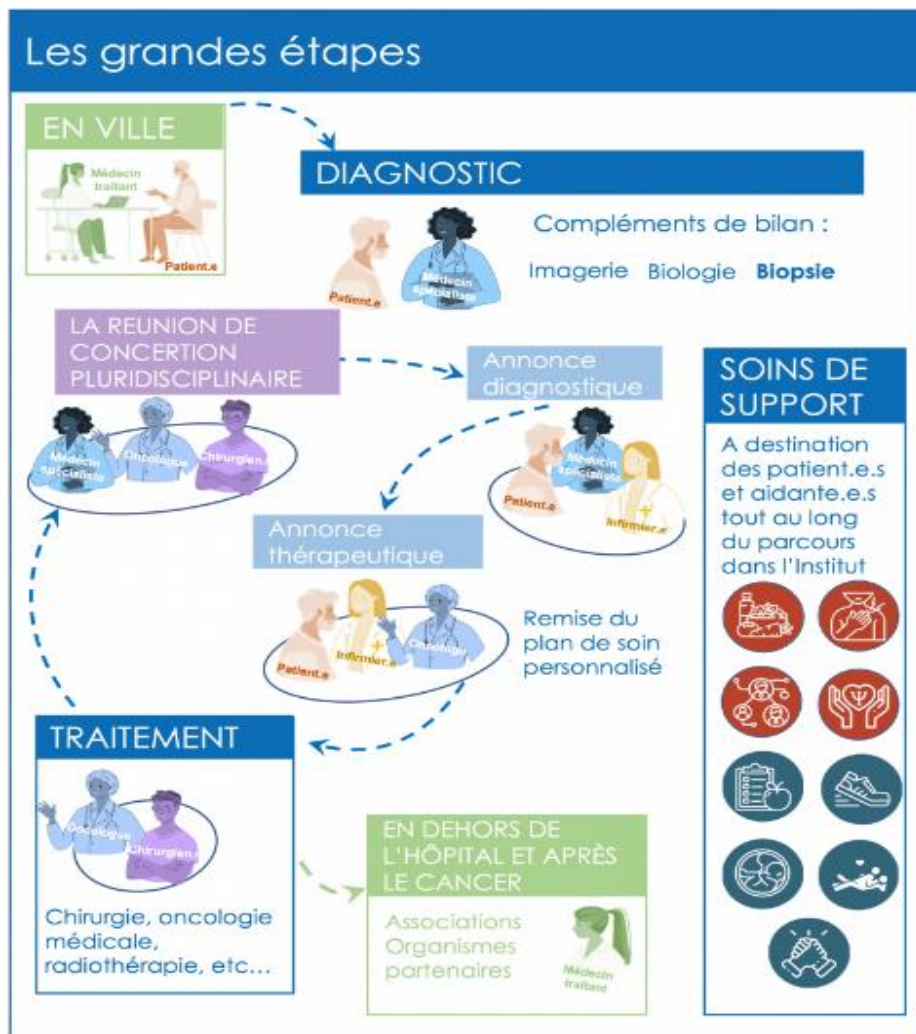
A cela, 5 soins complémentaires et 2 techniques d'hypnoalgésie peuvent être ajoutés :

- L'Activité Physique Adaptée (APA),
- Les conseils d'hygiène de vie (sevrage tabagique, alcoolique, ...),
- Le soutien psychologique des proches et des aidants,
- Le soutien à la mise en œuvre de la préservation de la fertilité,
- La prise en charge des troubles de la sexualité,
- L'hypnoalgésie,
- L'analgésie Intrathécale.

Cette structuration et le choix des soins se sont appuyés sur les données de la littérature et notamment la mise en évidence de gain en terme de qualité de vie.

2.2.Comment, quand et pour qui instaurer les SOS ?

La prise en charge en SOS doit être le plus précoce possible et peut intervenir à toutes les étapes du parcours de soins d'un patient atteint d'un cancer : phase curative, palliative, surveillance, après cancer.



Affiche 1 les grandes étapes. Le Parcours de soins - Institut du Cancer Paris CARPEM

<https://institutducancer-hopitauxcentre-u-paris.aphp.fr/les-parcours-de-soins/>

Chaque professionnel intervenant dans le parcours de soins doit pouvoir les initier : oncologue, infirmière, médecin traitant, aide-soignant... Bien sensibilisé, le patient peut lui aussi de manière spontanée solliciter ces soins selon ses besoins.

Afin de pouvoir répondre au plus grand nombre, les soins de support sont accessibles en milieu hospitalier mais aussi en ambulatoire notamment dans le cadre de structures associatives tels que les Espaces Ressources Cancer (ERC). Il en existe actuellement 11 dans la région des Hauts de France.

2.3. Différences avec les soins palliatifs

Une confusion entre soins palliatifs et soins de support est fréquemment retrouvée dans la pratique courante du fait des objectifs similaires entre les deux disciplines.

Aspect	Soins oncologiques de support (SOS)	Soins palliatifs (26)
Moment d'intervention	Dès le diagnostic, en parallèle des traitements curatifs.	Lorsque les traitements curatifs ne sont plus envisagés.
Objectifs	Soutenir les traitements curatifs, Gérer les effets secondaires, Améliorer la qualité de vie.	Soulager les symptômes, Accompagner la fin de vie.
Approche thérapeutique	Inclut des traitements actifs (APA, nutrition).	Traitements uniquement symptomatiques.
Durée	Tout au long de la maladie (même en rémission).	Généralement en phase avancée ou terminale de la maladie.

3. Réglementation

3.1. Les Plans Cancer

Sur ces dernières décennies, l'impact sociétal du cancer a rendu nécessaire la rédaction de textes officiels encadrant alors la prise en charge de la maladie. Cela a permis aussi de définir des grands axes d'amélioration dans la prise en soins des patients.

Ainsi, des Plans (27) avec des objectifs clairs ont vu le jour :

➤ **Plan Cancer 2003-2007 (1er Plan)**

- Premier cadre structurant pour la lutte contre le cancer en France.
- Met l'accent sur une prise en charge globale des patients, **les soins de support**.
- Renforce la lutte contre la douleur et propose des actions pour améliorer la qualité de vie des malades.

➤ **Plan Cancer 2009-2013 (2e Plan)**

- Priorité à la réduction des inégalités d'accès aux soins et à l'amélioration des parcours de soins.
- **Développement des SOS**, notamment via : Le renforcement de l'activité physique adaptée, la promotion de la nutrition et du soutien psychologique, une meilleure prise en charge des effets secondaires des traitements.

➤ **Plan Cancer 2014-2019 (3e Plan)**

- Insiste sur une approche globale et personnalisée pour chaque patient.
- **Intègre la préservation de la fertilité, la prise en charge des troubles de la sexualité et un accompagnement renforcé pour les aidants.**
- **Développe les plateformes et réseaux d'accompagnement en soins de support.**

➤ **Stratégie décennale de lutte contre le cancer (2021-2030)**

- Mise en œuvre d'un cadre à long terme pour lutter contre le cancer.
- Accent mis sur l'innovation et **l'intégration des SOS dès le diagnostic**.
- Objectif : **améliorer la qualité de vie après cancer**, en élargissant l'accès à des services comme la réadaptation physique, le soutien psychologique et la gestion des séquelles des traitements.

3.2.La législation et référentiels

Depuis déjà 20 ans, des textes de lois et des référentiels sont apparus pour encadrer les SOS.

➤ **Circulaire du 22 février 2005 relative à l'organisation des soins en cancérologie (3)**

Cette circulaire définit les SOS. Elle précise les composantes obligatoires pour tous les établissements autorisés en cancérologie, incluant notamment la prise en charge de la douleur, le soutien psychologique, l'accès aux services sociaux et la démarche palliative.

➤ **Décret n° 2007-388 du 21 mars 2007 relatif aux conditions d'implantation applicables à l'activité de soins de traitement du cancer (28)**

Ce décret établit les conditions que doivent respecter les établissements de santé pour être autorisés à pratiquer des traitements contre le cancer, incluant des critères concernant l'organisation des SOS.

➤ **Rapport d'expertise de l'INCa de 2016 sur les soins oncologiques de support (29)**

En 2016, l'Institut National du Cancer (INCa) a publié un rapport définissant un « panier de soins de support » devant être mobilisé pour les patients atteints de cancer.

➤ **Référentiel organisationnel national des soins oncologiques de support de 2021 (24)**

Publié par l'INCa en novembre 2021, ce référentiel définit au niveau national les principes organisationnels liés à la mise en œuvre du parcours de soins de support pour les patients adultes atteints de cancer. Il aborde notamment le repérage des besoins en soins de support, la coordination des acteurs intervenant dans le parcours de soins, et l'évaluation de la qualité de l'offre de soins de support.

➤ **Le décret n° 2022-693 du 26 avril 2022 (7)**

Il aborde les soins oncologiques de support, de manière indirecte, dans le cadre de l'organisation générale des soins en oncologie. Dans le cadre de ce décret, on retrouve des éléments relatifs aux soins de support dans les points suivants :

- L'organisation des soins,
- Personnel qualifié et équipes pluridisciplinaires,
- Suivi et accompagnement des patients.

Bien que le décret ne détaille pas exclusivement les SOS, il stipule que les établissements doivent offrir une prise en charge globale et coordonnée qui intègre ces soins. Il s'agit de garantir que les patients bénéficient non seulement des traitements curatifs ou palliatifs pour le cancer, mais aussi des soins nécessaires pour améliorer leur qualité de vie pendant et après la maladie.

4. Patient et SOS

4.1. Utilisation des SOS : quelques chiffres

Comme déjà évoqué précédemment, les Soins Oncologiques de Support (SOS) en France visent à améliorer la qualité de vie des patients atteints de cancer en gérant les conséquences physiques, psychologiques et sociales de la maladie et de ses traitements. Cependant, leur structuration et leur utilisation optimale restent un défi.

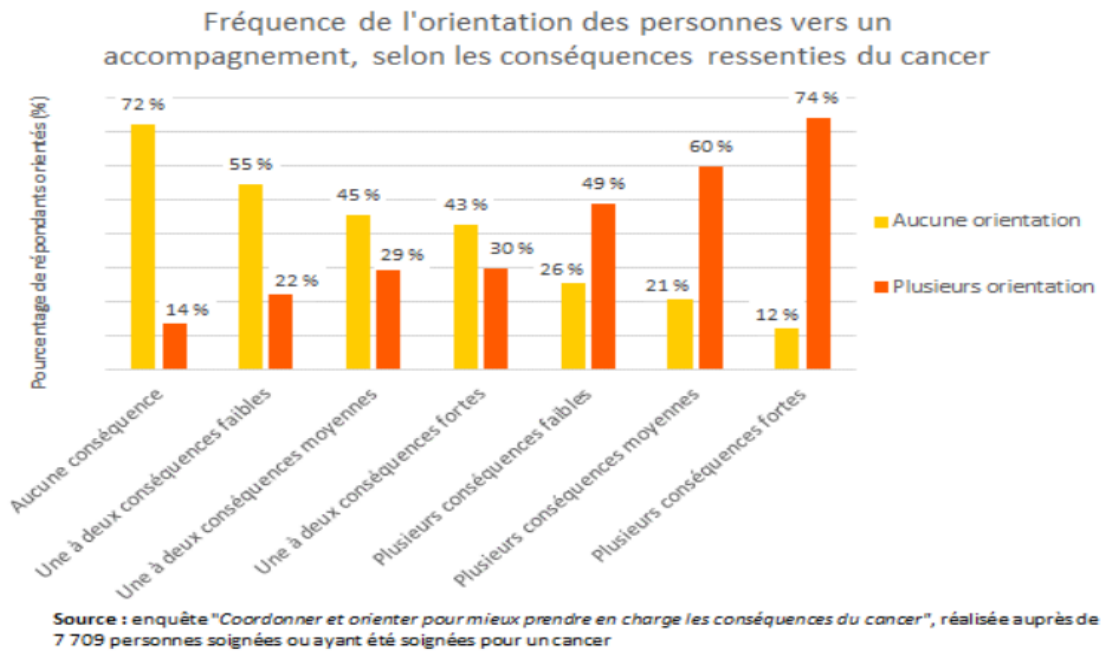
Selon l'enquête, « *Coordonner et orienter pour mieux prendre en charge les conséquences du cancer (8)* », « *Parmi les 7 709 participants à l'étude, 68% ont été orientés vers un ou plusieurs professionnels de soins de support pendant leur parcours de soins et de l'après-cancer. Ce pourcentage augmente à 76% pour les personnes qui présentent des conséquences physiques ou psychologiques de la maladie ou des traitements* ».

QUELLE ORIENTATION VERS LES PROFESSIONNELS DE SOINS DE SUPPORT ?



Graphique 3 : Quelle orientation vers les professionnels de Soins de Support ? Enquête « *Coordonner et orienter pour mieux prendre en charge les conséquences du cancer* »

Malgré le cadre législatif, des disparités persistent dans l'accès et l'utilisation optimale des SOS en France. Une étude (30) publiée dans la revue "Sciences sociales et santé" souligne des inégalités liées à l'âge, au genre, au milieu social et au nombre d'effets indésirables perçus, influençant le recours à ces soins. Les personnes socio-économiquement défavorisées sont plus susceptibles de renoncer aux soins de support en raison de contraintes financières ou d'accessibilité géographique.



Graphique 4 : Fréquence de l'orientation des personnes vers un accompagnement, selon les conséquences ressenties du cancer Enquête « *Coordonner et orienter pour mieux prendre en charge les conséquences du cancer* »

4.2. Axe d'amélioration

Selon le 3^e Baromètre des Soins de Support de l'Association Francophone des Soins Oncologiques de Support (AFSOS) réalisée auprès de patients et de soignants (31), plusieurs freins ont été identifiés pour l'accès aux soins de support :

- Difficultés d'accès : savoir à qui s'adresser, avoir un rendez-vous, et avoir un professionnel proche de chez soi.
- Difficulté financière : reste à charge.
- Difficultés d'évaluation des besoins.
- Difficultés de diffusion de l'information : aussi bien auprès des soignants que des patients.

En conclusion, bien que les Soins Oncologiques de Support soient reconnus pour leur importance dans l'amélioration de la prise en charge globale des patients en oncologie, des efforts sont nécessaires pour uniformiser l'accès et l'information, afin que tous les patients puissent bénéficier pleinement de ces soins essentiels à toutes les étapes de leur parcours de l'annonce à la phase « d'Après Cancer ».

II. PROBLEMATIQUE

Le cancer représente aujourd'hui un enjeu majeur de santé publique, avec une incidence croissante à l'échelle mondiale et nationale, notamment en raison de la croissance démographique, du vieillissement de la population et de l'exposition à des facteurs de risque. Bien que la mortalité ait diminué grâce aux avancées thérapeutiques et aux campagnes de dépistage, la prise en charge du cancer évolue vers une approche de plus en plus chronique, nécessitant une adaptation des soins.

Les traitements oncologiques se sont considérablement diversifiés, intégrant la chirurgie, la radiothérapie, la chimiothérapie, ainsi que des approches plus ciblées comme l'immunothérapie et l'hormonothérapie. Cependant, la multiplicité des effets secondaires parfois lourds, affectent la qualité de vie des patients.

Face à ces défis, les Soins Oncologiques de Support (SOS) jouent un rôle fondamental en complément des traitements curatifs. Ils permettent une prise en charge globale et individualisée, incluant le soulagement de la douleur, le soutien psychologique, la prise en charge nutritionnelle et la prise en charge sociale, et bien d'autres approches visant à améliorer les symptômes et le bien-être des patients et de leurs proches.

Toutefois, malgré un cadre réglementaire renforcé et des dispositifs mis en place à travers différents Plans cancer, des inégalités persistent dans l'accès aux SOS, notamment en fonction du milieu social et de la répartition géographique des ressources. Des efforts supplémentaires doivent être poursuivis pour garantir une meilleure diffusion de l'information, une évaluation efficace des besoins et une accessibilité optimale pour tous les patients.

Ainsi, le développement des SOS constitue un enjeu majeur pour l'avenir de la prise en charge oncologique en permettant d'améliorer significativement la qualité de vie des patients et en répondant aux nouvelles exigences d'un cancer devenu maladie chronique.

Cela m'a conduit à me demander :

Pourquoi les Soins Oncologiques de Support ne sont pas expliqués et mis en place de la même façon pour tous les patients pris en charge pour un cancer ?

Comment permettre aux patients une meilleure accessibilité aux Soins Oncologiques de Support à toutes les étapes de leur parcours ?

Mon hypothèse est la suivante :

La mise en œuvre inégale des Soins Oncologiques de Support (SOS) s'explique en partie par un manque de formation des professionnels de santé, une organisation hétérogène des parcours de soins et une information insuffisante donnée aux patients, limitant l'accessibilité à ces soins tout au long de leur prise en charge."

III. METHODE

1.Choix de méthode

1.1 Type d'étude

Le choix d'étude s'est porté sur une recherche qualitative multicentrique dans des établissements ayant un secteur d'activité oncologique. Ce type d'étude est particulièrement adapté à l'exploration des expériences, des perceptions des professionnels de santé paramédicaux et médicaux (médecins, infirmier/ère, infirmier/ère de coordination) impliqués dans la prise en soins des patients atteints d'un cancer.

2. Choix de l'échantillonnage

Afin de répondre à cette problématique, la population choisie sera composée de professionnels de santé de secteur d'oncologie et de secteur de chirurgie.

2.1 La population cible

La population étudiée regroupe des professionnels de santé prenant en charge des patients atteints de cancer dans les hôpitaux des Hauts de France. Cela inclut les métiers d'Infirmier/ère Diplômé/e d'Etat (IDE), d'Infirmier/ère de Coordination (IDEC), des Oncologues, des Chirurgiens.

La multiplicité des professions permettra d'avoir une évaluation de l'intégration des SOS sur l'ensemble du parcours de soins.

Les critères d'inclusion sont :

- Être professionnel de santé,
- Exercer auprès de patients atteints de cancer.

Le sexe, l'âge et le nombre d'années d'expérience ne constituent pas des critères de sélection.

Le critère d'exclusion est :

- Ne pas exercer auprès de patients atteints d'un cancer.

La participation s'est faite sur la base du volontariat. Une lettre d'information a été remise aux participants et le consentement a été pris de façon orale au début de l'entretien.

2.2 Le recrutement

Le recrutement s'est déroulé en deux temps. Un premier contact s'est effectué par mail avec l'aide d'une note d'information (Cf. annexe 1), de recherche de candidature après autorisation du responsable hiérarchique du service. Puis, un recrutement direct a été réalisé via le réseau professionnel de l'enquêtrice, notamment pour contacter les médecins.

Les participants ont eu la possibilité de choisir le mode de réalisation des entretiens soit en présentiel (face à face), soit en distanciel (Visioconférence ou par téléphone) en fonction de leur disponibilité.

Toutes les personnes sollicitées ont donné leur accord pour participer à l'étude.

Neuf entretiens ont été réalisés entre Mars 2025 et Avril 2025. Ces professionnels sont en majorité de sexe féminin et un seul de sexe masculin. Ils présentaient une expérience significative dans des services accueillant des patients atteints de cancer.

3. L'outil méthodologique

La collecte des données a été effectuée au moyen d'entretiens semi-dirigés individuels. Cette approche de recherche offre aux professionnels une grande liberté d'expression. Elle facilite ainsi une meilleure compréhension des difficultés rencontrées et permet de recueillir des informations non anticipées dans le cadre théorique.

3.1 Le guide d'entretien

Un guide d'entretien a été construit au préalable (Cf. annexe 2), composé :

- D'un recueil de données démographiques : permettant de mieux connaître la population et de permettre une analyse contextuelle des réponses obtenues.
- De questions ouvertes liées aux SOS, permettant aux professionnels de donner leurs perspectives, leurs visions.

Ce guide d'entretien est composé de 5 questions ouvertes abordant les thèmes ci-dessous :

- Pratique courante dans la prise en charge,
- Compréhension et objectifs des Soins Oncologiques de Support,
- Identification et évaluation des besoins des patients,
- Coordination et organisation des soins,
- Freins et leviers des SOS.

Le guide d'entretien n'a pas été testé au préalable. Il a été construit par l'enquêtrice, réajusté et validé par la directrice de mémoire notamment concernant les questions de relance pour approfondir le sujet.

4. La procédure

4.1 Les entretiens

Les entretiens en présentiel ont été réalisés sur les lieux de travail, dans des bureaux mis à disposition, afin de les réaliser dans les meilleures conditions, sans être interrompus. Pour les entretiens en distanciel, ils ont été réalisés en fonction de la disponibilité des professionnels avec une amplitude horaire de 9h à 18h, du lundi au vendredi.

Avant le début de chaque entretien, une présentation du travail a été faite. Un consentement a été demandé aux professionnels interviewés afin d'obtenir leur accord pour être enregistrés, leur garantir une retranscription fiable, le respect de leur anonymat et leur droit, à tout moment, de rétractation.

L'enregistrement s'est fait grâce à l'application dictaphone d'un téléphone portable ou d'un ordinateur portable.

4.2 La retranscription

La retranscription des entretiens a été réalisée de façon factuelle grâce à un logiciel (Turboscrib) et corrigée par moi-même grâce aux enregistrements audios. Cela a permis une retranscription fidèle, respectant les propos énoncés mais aussi les marqueurs de langage associés comme les rires, les moments de réflexion, d'incompréhension et de silence. Les verbatims ont été numérotés, anonymisés afin que les personnes et les lieux d'exercice ne soient

pas reconnaissables. Ils sont disponibles sur le Next Cloud de l'université via un lien présent en annexe 3.

4.3 Cadre légal

En accord avec la loi Jardé, cette étude n'a pas requis l'accord d'un comité d'éthique et les données recueillies n'ont pas nécessité de déclaration à la CNIL (Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés). En effet, cette étude ne porte que sur les pratiques des professionnels, elle est donc exclue du champ de la loi Jardé.

Une demande a été effectuée auprès du responsable hiérarchique de chaque service. De plus, une vérification auprès du service Recherche de mon lieu d'exercice a été effectuée me confirmant le non besoin de déclaration.

Une déclaration DPO auprès de l'université a cependant été faite.

Cette étude n'a demandé aucun financement.

5. L'analyse

L'analyse des données de cette recherche adopte une approche thématique inductive, qui est basée sur l'exploration des données et des expériences pratiques des professionnels interviewés. Cela permet une compréhension plus profonde et plus nuancée des expériences et des perceptions des professionnels de la santé concernant l'optimisation des SOS.

Cette méthode qualitative est choisie pour sa capacité à identifier, analyser et rendre compte des thèmes au sein des données recueillies. Pour mener cette analyse, plusieurs étapes sont nécessaires :

- Préparation des données : chaque entretien est retranscrit après l'enregistrement vocal. Les documents de transcription sont anonymisés et stockés dans un ordinateur utilisé par le meneur de l'étude. La transcription se base uniquement sur les mots exacts des participants pour une interprétation objective.

- Recherche de thèmes : les mots clés et les tendances des données recueillies sont identifiés. Les thèmes principaux à partir des mots clés sont identifiés. Les noms des thèmes sont définis.

- Rédaction du rapport : Analyse des données à partir des thèmes en utilisant des extraits des entretiens pour argumenter les interprétations. Ce rapport final intègre les perceptions et expériences des professionnels, discutant de la façon dont ils comprennent et intègrent la psychoéducation dans leurs pratiques. Les extraits des entretiens qui font allusion aux thèmes sont identifiés. La méthodologie de ce travail de recherche qualitative suit les critères de la grille COREQ (COnsolidated criteria for REporting Qualitative research) pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. (Gedda, 2015). (Cf annexe 4)

Une relecture de mes entretiens par une tierce personne m'a permis de confirmer l'objectivité des thèmes retrouvés.

IV. RESULTAT ET ANALYSE

1. Participant

Neuf professionnels de santé travaillant auprès de patients atteints d'un cancer ont accepté de participer à cette étude.

Le choix des participants repose sur la diversité d'implication dans le parcours de soin des patients atteints d'un cancer, c'est-à-dire de la chirurgie, à l'oncologie sans oublier les intervenants dans les Soins Oncologiques de Support.

2. Présentation et analyse des données démographiques

Numéro Entretien		Sexe	Profession	Expérience (PEC oncologique)	Durée de l'entretien	Modalité de l'entretien
E1	M1	Femme	Oncologue	15 ans	20 min	Distanciel (Téléphonique)
E2	I1	Femme	IDEC oncologie	20 ans	14 min 27	Présentiel
E3	I2	Femme	IDE/IDEC oncologie	7 ans	8 min 21	Présentiel
E4	I3	Femme	IDE SOS	15 ans	18 min 22	Présentiel
E5	M2	Femme	Oncologue	12 ans	21 min 47	Présentiel
E6	I4	Femme	IDE Chirurgie	4 ans	20 min 11	Présentiel
E7	M3	Homme	Chirurgien ORL	9 ans	19 min 56	Distanciel (téléphonique)
E8	I5	Femme	IDEC Chirurgie	7 ans	30 min	Distanciel (téléphonique)
E9	M4	Femme	Chirurgien gynéco	9 ans	20 min	Distanciel (téléphonique)

Les données démographiques de l'échantillon ont été classées selon le genre, le secteur d'activité, l'expérience des professionnels auprès de patients oncologiques. Les résultats montrent :

- **Le genre** : Dans la population décrite, la majorité des soignants sont des personnes de sexe féminin (8 interviewées sur 9). Cela peut s'expliquer par une féminisation de plus en plus grande des métiers de la santé.
- **Le secteur d'activité** : Dans l'étude, trois secteurs d'activité du soin ont été explorés : chirurgie, oncologie et soins de support. Ce choix permet d'appréhender le parcours de soins du patient dans sa globalité, depuis le diagnostic et les traitements spécifiques jusqu'à l'accompagnement complémentaire. Il offre ainsi une vision transversale des connaissances et des pratiques relatives aux soins oncologiques de support.
- **La diversité des professionnels** : Dans ce panel, les professions interviewées appartiennent au domaine médical (oncologues et chirurgiens) et paramédical (IDE et IDEC). Cette diversité permet de croiser différents points de vue et d'accéder à une pluralité de représentations sur les soins oncologiques de support. Ces professionnels étant en contact direct et régulier avec les patients et leurs témoignages constituent une source précieuse d'expertise.
- **L'expérience professionnelle** dans la prise en charge de patients oncologiques : Dans ce panel, l'expérience moyenne des professionnels est de 10 ans auprès de patients oncologiques. Certains participants disposent d'un parcours professionnel plus étendu, ayant exercé dans d'autres champs de la santé (hors cancérologie), ce qui enrichit leur vision de la prise en charge d'un malade et renforce leur capacité à accompagner les patients dans leur globalité.

3. Présentation et analyse des thèmes retrouvés

L'analyse de ces entretiens m'a permis de mettre en évidence différentes thématiques.

La connaissance des SOS : elle renvoie aux différentes définitions et descriptions exprimées par les participants, ainsi qu'à leur perception des objectifs des SOS et des acteurs impliqués dans leur mise en œuvre.

La pratique des SOS dans le parcours de soins : elle comprend l'évaluation des besoins et l'intégration des SOS dans le parcours et notamment dans quelle temporalité.

Le besoin d'une coordination : elle est nécessaire pour intégrer au parcours de soins les différents intervenants afin de garantir une approche pluridisciplinaire.

Les freins et leviers à l'instauration des SOS d'après l'expérience des professionnels interrogés : avec leurs difficultés et leurs perspectives d'amélioration.

Ces thèmes contribuent à répondre à mes questions de recherche initiale, à savoir :
Pourquoi les Soins Oncologiques de Support ne sont pas expliqués et mis en place de la même façon pour tous les patients pris en charge pour un cancer ?

Comment permettre aux patients une meilleure accessibilité aux soins oncologiques de Support à toutes les étapes de leur parcours ?

3.1 La connaissance des SOS

- **La définition**

Les soins oncologiques de support (SOS) sont définis de manière variée par les professionnels interrogés, mais l'ensemble des discours tendent vers une même idée. Ils sont généralement perçus comme un ensemble d'interventions complémentaires aux traitements spécifiques du cancer, visant à accompagner le patient tout au long de son parcours. « *C'est un concept qui est très large.* » (M1)

Pour plusieurs soignants, les **SOS s'inscrivent autour du traitement principal du cancer** : « *C'est tous les soins qu'on peut proposer à côté, autour d'elles en fait, et quand je dis à côté, c'est à côté du traitement du cancer, en même temps que le traitement du cancer et aussi au-delà du traitement du cancer finalement.* » (M2), « *des soins actifs qui visent à optimiser les patients lors de la prise en charge d'une maladie oncologique grave* » (M3)

D'autres insistent sur **leur rôle dans la gestion des effets indésirables induits par les traitements** : « *C'est prendre en charge les patients dans leur parcours de soins oncologiques en traitant les effets secondaires liés au traitement. Les effets secondaires mais aussi apporter du soutien, et tout cela dans l'interdisciplinarité avec tous les acteurs de soins du patient.* » (I3)

Enfin, certains mettent en avant **leur fonction centrale dans le maintien de la qualité de vie des patients** : « *Mettre en place le maximum de choses pour que la maladie et les traitements aient le moins d'impact sur leur qualité de vie.* » (I1)

Ces éléments montrent que, malgré la diversité des formulations, les professionnels attribuent aux SOS une vocation commune : **accompagner le patient dans sa globalité, en complément du traitement médical.**

- **Les objectifs des SOS**

Les objectifs des soins oncologiques de support apparaissent également multiples et évolutifs. Ils peuvent s'inscrire à différentes étapes de la maladie, qu'il s'agisse d'une phase curative ou palliative : « *je vois deux choses, pour moi, il y a les soins de support qu'on fait, on va dire, en fin de vie, quand il n'y a aucun traitement oncologique qui est faisable [...] sinon, l'objectif, pour moi, en tout cas, je dirais que c'est d'améliorer la qualité de vie des patients au quotidien en parallèle de leur traitement du cancer* » (M3).

Le **maintien de la qualité de vie** reste un objectif central, quel que soit le stade de la maladie : « *Améliorer leur quotidien, leur qualité de vie. Leur apporter de l'aide* » (I4), « *c'est d'améliorer la qualité de vie des patients au quotidien en parallèle de leur traitement du cancer* » (M4).

Les SOS sont aussi vus comme des moyens de **soutien à la continuité des traitements** : « *des soins actifs qui visent à optimiser les patients lors de la prise en charge d'une maladie oncologique grave* » (M3).

Cela permet également de mettre le patient au centre de sa prise en charge. Ils permettent de **recentrer la prise en soins sur la personne elle-même, au-delà de la maladie** : « *prise en charge sur la patiente et pas sur la maladie, en fait* » (M2).

Ces éléments montrent que les SOS répondent à une triple finalité : **prévenir ou atténuer les effets des traitements, soutenir la personne dans son vécu global de la maladie, et replacer le patient au centre du dispositif de soins.**

3.2 La pratique des SOS dans le parcours de soins

- **L'intégration dans le parcours de soins**

Le parcours de soins d'un patient atteint de cancer implique souvent une succession rapide de consultations, d'exams et de décisions thérapeutiques. Dans ce contexte, l'intégration des soins oncologiques de support (SOS) peut s'avérer complexe. Les professionnels soulignent la difficulté de trouver le bon moment pour proposer ces soins, tant du point de vue médical que relationnel.

Les SOS pouvant s'inscrire dans les différentes étapes du parcours, la distinction avec les soins palliatifs qui ont un objectif similaire semble parfois difficile : « *souvent, [...], c'est un patient métastatique ou incurable* » (M3), « *les soins palliatifs et les soins de support sont équivalents* » (M3).

Plusieurs professionnels indiquent que les SOS sont souvent proposés lorsque l'état clinique du patient se dégrade ou lorsque des symptômes spécifiques apparaissent.

Dans d'autres cas, l'intégration des SOS dépend de critères liés à l'âge ou à la fragilité : « *Les patients âgés de l'oncogériatrie, souvent, il nous aide aussi à organiser les soins de support.* » (M4)

Ainsi, les SOS sont rarement systématisés dans le parcours initial, et leur mise en place dépend souvent d'événements déclencheurs (symptômes, âge, état général), soulignant un besoin d'anticipation plus large et plus structurée : « *ça permet d'anticiper les choses* » (M3).

- **L'évaluation des besoins des patients**

L'évaluation des besoins en SOS repose majoritairement sur une approche clinique et relationnelle. Elle s'effectue au fil des échanges, de manière progressive et subjective : « *Je vois ses besoins, oui, au fur et à mesure.* » (I5), « *C'est de tout le temps réévaluer, mais plus ou moins réévaluer, réajuster.* » (I5)

Cette évaluation s'effectue principalement lors des consultations, à travers l'observation et l'écoute : « *C'est au cours de l'interrogatoire, pendant la consultation.* » (M1).

Elle prend également en compte la dimension humaine du soin, en s'adaptant à l'histoire, au vécu et à la personnalité du patient : « *On essaie de vraiment les connaître.* » (M2)

Dans certains cas, des éléments biologiques ou physiques viennent objectiver les besoins : « *La dénutrition, par exemple, on va utiliser une évaluation biologique et le poids.* » (M2)

Enfin, bien que des outils d'évaluation existent (comme le score OMS ou le G8 en oncogériatrie), ces outils sont peu utilisés dans la pratique courante, et réservés à des contextes spécifiques : « *L'OMS pour savoir l'état général, G8 pour le score gériatrique.* » (M1).

Il ne faut pas oublier que cette évaluation peut être faite et enrichie par tous les intervenants gravitant autour des patients.

Dans la pratique, l'évaluation des besoins en soins oncologiques de support repose principalement sur l'observation clinique et les échanges verbaux entre le professionnel et le patient. Elle est influencée par des facteurs tels que le temps disponible, la qualité de l'écoute et la relation instaurée, ce qui en fait un processus souvent non standardisé.

3.3 Les besoins de coordination

- **La pluridisciplinarité**

Tous les professionnels interrogés s'accordent sur l'importance d'une approche pluridisciplinaire pour assurer la qualité des soins oncologiques de support (SOS) : « *... c'est faire appel à une équipe pluridisciplinaire.* » (I5)

Certains évoquent même la dimension interdisciplinaire de ces soins, intégrée dans la structure de leurs établissements : « *On a ce qu'on appelle un DISSPO, un département interdisciplinaire de soins de support en oncologie.* » (I1)

La diversité des intervenants cités est significative : diététicien(ne), socio-esthéticien(ne), psychologue, assistante sociale, kinésithérapeute, pharmacien, médecin de la douleur, sexologue, etc. Cette variété témoigne de la volonté de répondre à la pluralité des besoins des patients : « *Ici, on a tout ce qui est diététique, socio-esthéticienne, psychologue, assistante sociale, kiné, pharmacie clinique, photobiomodulation, médecin de la douleur, médecin sexologue...* » (I1)

Cependant, tous ces professionnels ne sont pas systématiquement présents ou accessibles dans chaque structure : « *La psychologue, l'assistante sociale, la socio-esthéticienne... ici, c'est les principaux.* » (I4)

- **Les organisations**

L'organisation des SOS dépend du centre où l'on travaille, des intervenants présents dans les structures et des connaissances des professionnels sur les SOS accessibles : « *pour le coup, dans les deux établissements où je travaille, ce n'est pas pareil* » (M2).

Ainsi, dans certains centres, il est possible de disposer d'un secteur dédié, avec une centralisation des besoins et de l'équipe.

La première possibilité est la suivante : les différents intervenants sont contactés par une personne dédiée, souvent une Infirmière de Coordination (IDEC) et voient le patient en même temps qu'une consultation ou un soin : « *en hôpital de jour, on organise les soins de support, c'est-à-dire qu'à la journée, on note les patients qui ont demandé des soins de support* » (I2), « *ça reste plutôt à nous de solliciter ou, en tout cas, via les infirmières. Alors, pareil, on a la chance d'avoir les infirmières qui font la planification, la coordination* » (M2).

La seconde possibilité est que les médecins contactent eux-mêmes, les différents intervenants : « *le parcours va d'une transmission qui est faite à un médecin* ». (I3)

Cela peut également être les patients eux-mêmes qui sollicitent les SOS soit par un EPRO (Electronic Patient reported Outcome ou logiciel d'auto-questionnaire pour les patients) soit par demande directe : « *on a des appels des patients à différents moments, on a notre EPRO, qui nous permet vraiment de bien évaluer et de voir les besoins* » (I1).

Ces différentes organisations présentent des avantages et des inconvénients qui peuvent jouer un rôle sur la mise en place de ces Soins oncologiques de support.

Ainsi, lorsqu'il y a une personne dédiée, la difficulté est la gestion de toutes les informations. Pourtant, c'est également, ce qui facilite l'organisation et la connaissance des besoins du patient : « *alors la difficulté, c'est plutôt nous, au niveau de notre poste, au niveau de la coordination. En fait, on gère beaucoup de choses. [...]. Mais après, c'est ce qui facilite aussi la prise en charge parce qu'on est en plein milieu du parcours du patient en oncologie.* » (I1).

De même, lorsque le médecin gère seul, sa difficulté est de savoir si tout a bien été organisé : « *et que ce soit l'oncologue qui gère, je ne sais pas si, justement, tout est bien coordonné* » (M2).

- **La coordination**

La mise en œuvre effective des SOS nécessite une coordination fluide entre les intervenants. Selon les structures, cette coordination peut être formalisée ou absente.

Dans certains établissements, l'absence de coordination est évoquée : les intervenants agissent de manière isolée, sans concertation réelle : « *Je ne pense pas qu'ils collaborent. En fait, chacun s'occupe de sa partie.* » (I4)

À l'inverse, d'autres professionnels décrivent un fonctionnement centralisé, reposant sur une personne-clé (médecin ou IDEC) qui coordonne les actions des différents acteurs : « *Le médecin de soins de support essaie de voir toutes les patientes ; c'est elle qui fait le rôle de coordonnatrice.* » (M2)

Cette fonction de coordination est perçue comme essentielle pour garantir une prise en charge cohérente, adaptée et continue : « *C'est un pilier, un référent.* » / « *C'est une chance pour les patients.* » (M2)

Ainsi, l'analyse met en évidence une variabilité importante dans l'organisation et la coordination des SOS, avec des pratiques plus ou moins structurées selon les établissements. Le rôle de coordination, lorsqu'il est clairement défini, apparaît comme un levier clé pour optimiser la qualité des soins de support.

3.4 Les freins et leviers à l'instauration des SOS

L'instauration des soins oncologiques de support (SOS) est aujourd'hui une obligation réglementaire dans la prise en charge des patients atteints de cancer : « *De manière générale, on est dans l'obligation de proposer des soins de support aux patients atteints d'un cancer.* » (I1)

Elle est également reconnue comme essentielle par les professionnels interrogés : « *Tous les patients qui reçoivent la chimiothérapie ou un traitement oncologique ont besoin d'un soin oncologique de support.* » (M1).

Cependant, malgré cette reconnaissance, la mise en œuvre effective des SOS se heurte à plusieurs obstacles, mais il existe aussi des possibilités pour impulser leur développement.

- **Les freins**

- **Contrainte humaine**

Le manque de personnel qualifié dans les établissements constitue un frein majeur. Les professionnels intervenant dans les SOS sont souvent en nombre restreint, ce qui fragilise la continuité des soins : « *Souvent, dans les soins de support, chaque intervenant est un peu unique [...] Dès que c'est les périodes de vacances, de formation, etc., l'offre de soins de support s'appauvrit.* » (M2)

- **Contrainte organisationnelle**

Des problématiques logistiques (disponibilité des locaux) et temporelles (charge de travail) sont également évoquées : « *On n'a pas des locaux adaptés pour que tous les intervenants puissent intervenir.* » (I2) / « *Ce n'est pas un défaut d'intérêt, c'est un manque de temps [...] Le temps, c'est toujours le nerf de la guerre à l'hôpital.* » (M2)

- **Manque de connaissance des dispositifs**

Certains professionnels déclarent ne pas bien connaître les ressources existantes en matière de SOS, ce qui limite leur capacité à orienter les patients : « *La difficulté, c'est que, par contre, moi, je ne les connais pas très bien, les soins de support de ce côté-là.* » (M2)

- **Perception différente selon les professionnels**

Les professionnels relèvent également des différences de représentation entre disciplines, pouvant nuire à une approche cohérente : « *Nous, on voit l'intérêt plus à long terme. Les personnes en soins voient peut-être plus la prise en charge à court terme.* » (I2) / « *Il peut y avoir un manque de coordination entre l'oncologue et le médecin de soins de support, car ils n'ont pas la même vision de la prise en charge.* » (I1)

- **Les leviers**

Pourtant, plusieurs leviers peuvent aider à l'optimisation des SOS.

- **Implication des soignants**

La connaissance mutuelle entre intervenants et leur investissement personnel facilitent l'articulation des soins : « *Les facilités, c'est vraiment le contact et la connaissance de tous les intervenants [...]. C'est ça qui est aussi très intéressant.* » (I3)

- **Formations et sensibilisation**

Plusieurs participants soulignent l'importance de former les professionnels à l'existence et à l'organisation des SOS : « *Être formé à ce que sont les soins de support, savoir s'il y en a dans mon établissement, comment les solliciter... ça, il faudrait qu'on l'ait tous.* » (M2)
« *Ce serait bien que ce soit intégré dans les études infirmières, pour qu'on prenne conscience qu'on fait partie d'une équipe pluridisciplinaire.* » (I4)

- **Perspective d'amélioration**

Des professionnels voient dans les nouvelles fonctions infirmières, comme les Infirmiers de Pratique Avancée (IPA), un levier pour mieux coordonner les parcours : « *Une infirmière de pratique avancée serait vraiment le pivot pour faire le lien entre les oncologues, les équipes et les différents professionnels intervenant dans le parcours de soin.* » (I3).

Ces éléments soulignent que l'instauration des SOS repose à la fois sur des moyens humains, une organisation adaptée et une culture partagée du travail interdisciplinaire. La reconnaissance de ces freins, couplée à l'activation de leviers identifiés par les professionnels, constitue une base solide pour optimiser la mise en œuvre des soins de support dans les parcours en oncologie.

4. Synthèse de l'analyse

L'analyse des entretiens menés auprès de professionnels de santé exerçant dans des secteurs variés (oncologie, chirurgie, soins de support) met en lumière une compréhension partagée mais nuancée des soins oncologiques de support (SOS), ainsi que les conditions et obstacles liés à leur mise en œuvre.

Les participants s'accordent pour décrire les SOS comme un **ensemble d'interventions complémentaires** aux traitements du cancer, ayant pour finalité d'**améliorer la qualité de vie**

des patients tout au long du parcours de soins. Ces soins incluent notamment le soutien psychologique, la diététique, la socio-esthétique, la gestion de la douleur et d'autres accompagnements individualisés.

L'intégration des SOS se fait souvent de façon **réactive** plutôt que proactive, à certains moments-clés (aggravation de l'état de santé, âge avancé, symptômes spécifiques). L'évaluation des besoins repose majoritairement sur **l'écoute clinique et l'analyse**, parfois renforcée par des données biologiques ou des échelles, mais reste largement subjective et non systématisée.

Les soins de support mobilisent de nombreux intervenants, ce qui nécessite une **coordination pluridisciplinaire efficace**. Cette coordination varie fortement selon les établissements. Dans certains cas, elle est assurée par une infirmière de coordination ou un médecin référent. Alors que dans d'autres, les intervenants travaillent de manière isolée, sans articulation formalisée.

Les principaux freins identifiés sont de nature **humaine** (manque de personnel), **organisationnelle** (absence de locaux ou de temps), **liés à un déficit de connaissance** (méconnaissance des dispositifs) et **un déficit relationnel** (vision différente des rôles entre professionnels). Ces obstacles peuvent limiter l'accessibilité et la qualité de mise en œuvre des SOS.

L'étude fait également ressortir des leviers prometteurs : **l'implication des soignants**, la **connaissance mutuelle des intervenants**, la **formation initiale et continue** aux SOS, ainsi que le développement de **nouvelles fonctions de coordination** comme les Infirmiers de Pratique Avancée (IPA).

L'étude a mis en lumière une volonté commune d'une prise en charge pluridisciplinaire avec pour objectif, l'amélioration de la qualité de vie des patients.

IV. DISCUSSION

L'analyse des entretiens m'a permis d'avoir un début de réponse à ma problématique :

Pourquoi les Soins Oncologiques de Support ne sont pas expliqués et mis en place de la même façon pour tous les patients pris en charge pour un cancer ?

Comment permettre aux patients une meilleure accessibilité aux soins oncologiques de Support à toutes les étapes de leur parcours ?

Les entretiens réalisés auprès de professionnels variés, intervenants à des moments différents m'a permis d'avoir une vision plus élargie de la place actuelle des SOS au sein des structures et de mettre en évidence plusieurs points clés dans leur intégration, me permettant de répondre en partie à ma problématique.

1. Interprétation des résultats

L'analyse des entretiens a mis en évidence des différences dans la perception des SOS et leur intégration dans la pratique quotidienne des soignants. Cela peut être mis en corrélation avec les recommandations et/ou les articles scientifiques.

- **La définition des SOS : une vision partagée mais inégalement appliquée**

Les participants interrogés partagent globalement une même vision des soins oncologiques de support (SOS) en tant que dispositifs visant à améliorer la qualité de vie des patients, en parallèle et en complément des traitements spécifiques du cancer. Cette définition, majoritairement orientée vers une approche holistique, s'inscrit dans la lignée des recommandations institutionnelles portées par l'Institut National du Cancer (INCa, 2020), qui définit les SOS comme « *l'ensemble des soins et soutiens nécessaires aux personnes malades tout au long de leur maladie, en complément des traitements spécifiques, lorsqu'il y en a* ».

Cependant, cette compréhension commune est nuancée dans les discours recueillis et laisse apparaître des variations importantes dans la manière dont les soignants identifient les SOS. Les professionnels emploient des termes très variés – « *soins parallèles* », « *soutien psychologique* », « *accompagnement diététique* », « *confort du patient* » – ce qui traduit bien

la diversité des interventions mais reflète aussi le manque d'harmonisation terminologique dans les pratiques. Cette disparité s'explique en partie par des différences de spécialisation, de formations des professionnels.

Par ailleurs, la connaissance des soins disponibles varie fortement selon les professionnels, y compris au sein d'un même établissement. Cette inégale connaissance des ressources témoigne d'un défaut de visibilité des SOS, en contradiction avec les référentiels fournis par l'INCa. En effet, dès 2016, un « panier de soins » a été proposé par l'Institut, comportant un socle de base accessible à tous les patients atteints de cancer. (INCa, 2016). Malgré l'existence de ce cadre de référence, les données recueillies dans cette étude montrent que les SOS restent perçus de manière partielle et parfois abstraite, ce qui nuit à leur appropriation par les équipes et à leur mise en application.

Cette disparité révèle aussi la difficulté d'intégrer les SOS dans une logique institutionnelle, malgré leur reconnaissance officielle comme composante à part entière du parcours de soins en cancérologie.

- **Une intégration tardive et conditionnée**

Les soins oncologiques de support (SOS) sont, selon les témoignages recueillis, le plus souvent intégrés de manière ponctuelle dans le parcours de soins. Leur mobilisation intervient généralement en réaction à l'apparition de symptômes spécifiques (douleurs, troubles nutritionnels, anxiété) ou à une dégradation observable de l'état clinique du patient. On retrouve un constat identique dans l'**Enquête « Coordonner et orienter pour mieux prendre en charge les conséquences du cancer »** (8). Cette logique réactive, bien que compréhensible, limite toutefois l'efficacité des interventions de support. En effet, ces soins, lorsqu'ils sont proposés de manière précoce, dès la phase initiale de la prise en charge, peuvent jouer un rôle essentiel dans la tolérance des traitements, la qualité de vie du patient et sa survie.

Cette observation rejoint les recommandations du **Plan Cancer 2014-2019** et celles de la **Haute Autorité de Santé (HAS, 2017)**, qui soulignent la nécessité d'une intégration précoce et systématique des SOS, idéalement dès l'annonce du diagnostic, et tout au long du parcours de soins. Dans cette perspective, les SOS ne doivent pas être envisagés comme un recours secondaire ou facultatif, mais comme une composante essentielle du parcours du patient.

Pourtant, les organisations actuelles semblent encore marquées par une approche fragmentée, où les SOS ne sont activés qu'en cas de « signal d'alarme » clinique, sans outils objectifs. Des guides d'évaluation des besoins sont disponibles comme sur le site « Onco Haut de France » (annexe 5). Ce décalage entre les recommandations institutionnelles et les pratiques observées dans les entretiens met en évidence plusieurs axes d'amélioration possible. D'une part, une amélioration de la **sensibilisation des professionnels** à l'intérêt d'un repérage précoce et régulier des besoins du patient. D'autre part, il paraît nécessaire **de structurer davantage l'organisation des SOS** dans les parcours.

Enfin, il se pose de plus la question des outils actuels à disposition et leur faible utilisation par les praticiens (temps en consultation restreint, méconnaissance des outils).

- **Une coordination essentielle mais inégalement structurée**

La coordination interprofessionnelle est unanimement reconnue par les professionnels interrogés comme un élément central pour assurer une mise en œuvre cohérente et efficace des soins oncologiques de support (SOS). Elle constitue un levier essentiel dans la structuration d'un parcours de soins fluide, centré sur les besoins du patient et intégrant toutes les dimensions de sa prise en charge : médicale, psychologique, sociale et fonctionnelle.

Toutefois, les pratiques observées montrent une forte variabilité inter établissements.

Certains bénéficient d'une organisation avancée, structurée autour d'un service identifié, avec une infirmière de coordination (IDEC) ou un médecin référent. Les orientations vers les SOS sont alors facilitées voir systématisées, les évaluations sont centralisées, et les liens interprofessionnels plus efficaces. À l'inverse, d'autres structures fonctionnent selon un modèle fragmenté, sans acteur désigné pour coordonner les interventions, ce qui conduit à une prise en charge morcelée, reposant sur l'initiative individuelle des soignants. Cette disparité se retrouve dans l'**Enquête « Coordonner et orienter pour mieux prendre en charge les conséquences du cancer »** (8), qui souligne l'absence de coordination et de communication.

Le développement de fonctions transversales, notamment celle d'infirmier de pratique avancée (IPA), apparaît comme une réponse prometteuse pour répondre à cette lacune. Les IPA

pourraient jouer un rôle pivot, non seulement dans l'évaluation et l'orientation des patients vers les soins adaptés, mais aussi dans la coordination globale des parcours de soins.

- **Des freins multiples, structurels et culturels**

Les freins à la mise en œuvre efficace des SOS sont nombreux et reflètent des contraintes à la fois structurelles, organisationnelles et culturelles. Ainsi on retrouve :

- Le manque de temps, lié à une charge de travail élevée, est l'un des obstacles les plus fréquemment mentionnés.
- Un déficit de personnel formé,
- Des espaces physiques inadaptés à la conduite d'entretiens de soutien ou d'activités complémentaires,
- Une méconnaissance des dispositifs existants.

Ces éléments traduisent une structuration inégale de l'offre de soins de support et une faible intégration des SOS dans les priorités stratégiques de certains établissements. Comme l'a souligné l'INCa (2020), ces freins sont partagés par de nombreux établissements de santé, indépendamment de leur taille ou de leur statut.

Par ailleurs, des freins d'ordre culturel subsistent. Les soins non médicaux sont parfois perçus comme secondaires ou annexes par rapport aux traitements curatifs. Cette hiérarchisation peut nuire à la reconnaissance des SOS comme faisant partie intégrante de la prise en charge. Le cloisonnement entre disciplines, le manque de protocoles partagés, ainsi que les difficultés de communication entre les acteurs (médecins, infirmiers, psychologues, kinésithérapeutes, etc.) freinent également le développement d'une approche véritablement interdisciplinaire. Enfin, dans un contexte de contraintes budgétaires les SOS ne sont souvent pas prioritaires des stratégies des établissements.

- **Des leviers concrets pour renforcer les SOS**

Malgré ces obstacles, plusieurs leviers d'optimisation sont facilement identifiables.

Tout d'abord, l'implication active des soignants apparaît comme un facteur clé de réussite. La motivation individuelle, la connaissance des réseaux d'acteurs disponibles dans le bassin d'activité sont des éléments facilitateurs majeurs.

La reconnaissance institutionnelle des fonctions de coordination, notamment celles des IDEC ou des IPA, est essentielle pour structurer les parcours et fluidifier les interventions. Ces professionnels peuvent assurer le lien entre l'équipe médicale, les intervenants paramédicaux et le patient, tout en facilitant le repérage des besoins et l'orientation vers les ressources adaptées.

D'autres leviers résident dans le développement de formations ciblées sur les SOS, intégrées dès la formation initiale ou proposées en formation continue. Ces formations permettraient de diffuser une culture commune du soin global, de sensibiliser aux enjeux spécifiques du support en cancérologie, et de clarifier les rôles et spécificités de chaque acteur. Le développement de la vision interdisciplinaire est primordial.

Ces propositions rejoignent les recommandations de l'INCa qui insistent sur l'importance d'un pilotage stratégique clair, d'outils d'évaluation partagés et maîtrisés, et d'une reconnaissance explicite des SOS dans les parcours de soins. Une meilleure visibilité des dispositifs, accompagnée d'un travail de protocolisation des pratiques, apparaît ainsi comme une condition nécessaire à l'amélioration de l'accessibilité et de l'efficacité des soins de support

2. Limites de l'étude

Cette étude comporte plusieurs limites qu'il convient de prendre en compte afin d'interpréter les résultats avec précaution.

Tout d'abord, le nombre restreint d'entretiens (neuf au total) ne permet pas de prétendre à une représentativité des pratiques ou des discours relatifs aux soins oncologiques de support (SOS). Si la saturation des données semble avoir été atteinte, la diversité des expériences recueillies reste limitée, notamment en l'absence de certains profils professionnels comme les psychologues, les assistants sociaux ou les cadres de santé.

Par ailleurs, le choix de se concentrer uniquement sur les professionnels médicaux et paramédicaux réduit la portée de l'analyse à une vision soignante. L'absence de la voix des patients et de leurs proches constitue une limite importante. Elle empêche de croiser les regards entre usagers et soignants sur l'offre, l'accessibilité et la pertinence des SOS. De même l'absence de profession hors soignant mais travaillant dans ou avec les SOS - socio esthéticienne, art thérapeute... - pourrait apporter une vision complémentaire ce qui aurait pu éclairer notre problématique.

Dans un second temps, le périmètre géographique de l'étude, centré sur quelques établissements situés dans la région des Hauts-de-France, limite la transposition des résultats à d'autres secteurs géographiques et leur généralisation à l'échelle nationale. Les pratiques organisationnelles, les ressources humaines disponibles ou les dispositifs existants peuvent varier d'un territoire à un autre. Une étude élargie à d'autres régions aurait permis d'obtenir un éventail plus large de pratiques et donc une meilleure représentativité.

Enfin, les spécificités de la méthodologie qualitative induisent une part de subjectivité dans l'analyse des données. Même si les principes de rigueur méthodologique (grille d'analyse, retranscriptions fidèles, anonymisation) sont respectés, l'interprétation des discours repose sur une lecture potentiellement influencée par les connaissances, les représentations ou la sensibilité professionnelle de l'investigateur. Ce biais interprétatif est inhérent à toute recherche qualitative.

3. Forces de l'étude

L'approche qualitative par entretiens semi-directifs a permis de recueillir des données nuancées et contextualisées. Cela favorise une compréhension des représentations, des pratiques et des perceptions des professionnels concernant les soins oncologiques de support (SOS).

La diversité des profils interrogés - incluant des professionnels médicaux et paramédicaux, issus de secteurs d'activité différents (oncologie, chirurgie, soins de support) – apporte une pluralité d'analyse sur l'organisation et la mise en œuvre des SOS à toutes les étapes du parcours de soins.

Les données étant directement issues de l'expérience de terrain des soignants, cela confère à cette recherche une application pertinente et mobilisable rapidement. Elle est susceptible d'alimenter les pratiques professionnelles et la réflexion institutionnelle dans une optique d'amélioration de la qualité des soins en cancérologie. Elles pourraient permettre d'alimenter les réflexions autour de la formation continue.

4. Perspectives

Afin d'utiliser les résultats obtenus et de mettre en œuvre des améliorations, il est intéressant de connaître les moyens et actions déjà mis en place à d'autres échelles, notamment nationales.

Ainsi, pour améliorer les connaissances sur les SOS, il existe pour les soignants des formations tels que le Diplôme InterUniversitaire de Soins de support dispensé par l'Université Claude Bernard à Lyon, accessible aux professionnels médicaux et non médicaux.

Les sociétés savantes comme l'AFSOS (32) mettent également en place des formations virtuelles ouvertes aux professionnels pour développer leurs compétences en SOS. De même, pour les patients, certains centres comme l'Institut Curie à Paris ont rédigés des livrets explicatifs sur les SOS (33).

Pour coordonner et organiser les SOS, certains centres se sont appuyés sur la création d'entités organisationnelles spécifiques comme le DISSPO, Département Interdisciplinaire en Soins de support pour le patient Oncologique (Centre hospitalier de Valenciennes, Institut Curie, Centre Léon Bérard à Lyon) ou encore le CISSPO, Coordination Interdisciplinaire en Soins de support pour le patient Oncologique (Centre Oscar Lambret à Lille).

La création en 2006 de RCP soins de support au Centre Georges François Leclerc de Dijon, semble être un moyen de rassembler les différents intervenants et de discuter des besoins des patients de façon collégiale. Les propositions faites en RCP sont souvent conformes au décision prise par les cliniciens (35).

5. Projection dans la pratique avancée

Cette étude m'a également permis de me projeter dans ma future pratique en tant qu'infirmière de pratique avancée. En effet, les soins oncologiques de support (SOS),

incontournables en oncologie, impliquent une prise en charge globale et individualisée du patient. À ce titre, les compétences cliniques élargies de l'IPA associées aux capacités d'évaluation, de coordination et d'éducation peuvent contribuer à une meilleure accessibilité des SOS.

De part sa formation, l'IPA est à même de réaliser un suivi des patients atteints d'un cancer avec un dépistage précoce des besoins en SOS. Forte de cette prise en charge, elle pourra alors participer à leur intégration tout au long du parcours du patient (36).

- **Développer la coordination**

L'IPA peut jouer un rôle central dans la coordination des SOS, grâce à ses compétences en leadership et en organisation. Elle pourrait contribuer à la création de parcours de soins protocolisés facilitant l'orientation des patients vers les soins de support adaptés, dès les premières étapes de la prise en charge. Ces parcours permettraient une intégration plus précoce des SOS, une harmonisation des pratiques et une meilleure équité d'accès aux dispositifs existants.

- **Promouvoir les SOS auprès des patients**

L'approche globale portée par l'IPA lui permet d'évaluer de manière fine les besoins biopsychosociaux des patients. Elle peut ainsi proposer, informer et orienter vers des soins adaptés disponibles en intra-hospitalier ou en extra-hospitalier, notamment via les associations de patients et les Espaces Ressources Cancers (ERC). Cette proximité permet de renforcer l'autonomie du patient et de mieux l'accompagner dans les différentes étapes de son parcours.

- **Sensibiliser les professionnels de santé**

Les entretiens ont mis en évidence que, bien que globalement connus, les SOS restent peu maîtrisés et/ou peu mobilisés par de nombreux professionnels. L'IPA pourrait jouer un rôle de relais en termes de formation en organisant des réunions d'information et de sensibilisation à destination des équipes médicales et paramédicales. Cela permettrait une optimisation de la visibilité des SOS avec une clarification pour le plus grand nombre, des missions et objectifs de ces soins ainsi que leurs modalités d'accès.

Cela favoriserait la diffusion de la notion d'activité pluridisciplinaire et permettrait l'émergence de projets collaboratifs.

- **Approfondir le lien ville-hôpital**

L'IPA, dans son rôle de coordinateur, pourrait travailler à améliorer le lien ville/hôpital, notamment en dirigeant les patients vers les autres ressources comme les associations, les dispositifs d'accompagnement, ...

Elle peut également aider en participant ou créant des actions de prévention permettant d'apporter à la ville des soins plus spécifiques.

- **Développer la recherche**

Ce travail m'a permis d'ébaucher un travail de recherche qui mériterait d'être poursuivi. En effet, le regard des soignants non médicaux et celui des patients est nécessaire. Il permettrait une analyse plus complète de la problématique et donc des propositions d'axes d'amélioration plus pertinents.

L'IPA dans ces missions, doit s'impliquer dans la promotion de la recherche et aider à l'implication des autres professionnels de santé. La participation de tous à des études permet un enrichissement autant personnel que professionnel.

CONCLUSION

Ce mémoire a permis de mettre en lumière les enjeux et les défis liés à l'optimisation des soins oncologiques de support (SOS) dans la prise en charge des patients atteints de cancer. À travers une exploration qualitative des pratiques et des représentations des professionnels de santé, il apparaît que, bien que les SOS soient reconnus comme essentiels et intégrés dans les recommandations nationales et internationales, leur application reste encore inégale dans les établissements de santé.

Les entretiens réalisés ont permis de répondre à la problématique soulevée. Ils ont révélé une connaissance commune mais parfois incomplète des SOS, une mise en œuvre plutôt proactive, et une coordination interprofessionnelle très variable selon les établissements. Les freins identifiés - qu'ils soient organisationnels, humains ou en lien avec la formation des professionnels - contrastent avec les nombreux leviers d'amélioration existants : implication des soignants, développement de nouvelles professions comme celui d'infirmier de pratique avancée (IPA), renforcement de la coordination et amélioration de la visibilité des dispositifs.

Cette recherche souligne ainsi l'importance d'une structuration plus protocolée des SOS, leur intégration dès l'annonce de la maladie, en s'appuyant sur des outils d'évaluation systématiques. Elle met en lumière le besoin d'une meilleure diffusion des informations et un engagement renforcé des équipes autour d'un projet de soins global, centré sur le patient.

En définitive, pour améliorer l'accessibilité et la qualité des Soins Oncologiques de Support, l'étude montre qu'il faut s'appuyer sur l'organisationnel et sur l'humain. La profession d'IPA apparaît dans cette dynamique comme un des acteurs clé pour porter cette coordination, favoriser l'intégration des SOS à chaque étape du parcours de soins, et contribuer à réduire les inégalités d'accès.

Bibliographie

1. Lapôtre-Ledoux B, Remontet L, Uhry Z, al. Panorama des cancers en France édition 2023 [Internet]. Institut national du cancer (INCa); 2023. Disponible sur: <https://www.cancer.fr/catalogue-des-publications/panorama-des-cancers-en-france-edition-2023>
2. Lapôtre-Ledoux B. INCIDENCE DES PRINCIPAUX CANCERS EN FRANCE MÉTROPOLITAINE EN 2023 ET TENDANCES DEPUIS 1990 / MAIN CANCERS INCIDENCE IN METROPOLITAN FRANCE IN 2023 AND TRENDS SINCE 1990. Bull Épidémiologique Hebd. juill 2023;(n°12-13):189-204.
3. Circulaire DHOS/SDO/2005/101 [Internet]. DHOS/SDO/2005/101 février, 2005. Disponible sur: <https://sfap.org/document/circulaire-dhosdo2005101-du-22-fevrier-2005-relative-l-organisation-des-soins-en>
4. Cancer IND. L'après traitement et la période de rémission. 10 mars 2025 [cité 6 mai 2025]; Disponible sur: <https://www.cancer.fr/proches-aidants/le-parcours-de-soins/l-apres-traitement-et-la-periode-de-remission>
5. Peretti-Watel P, Ben Diane MK, Bouhnik AD, Alleaume C, Bousquet PJ, Lafay L, et al. Synthèse La vie cinq ans après un diagnostic de cancer synthèse. Institut national du cancer (INCa); 2018.
6. La vie cinq ans après un diagnostic de cancer. Inca; 2018.
7. Décret n° 2022-693 du 26 avril 2022 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité de soins de traitement du cancer [Internet]. 2022-693 avr 26, 2022. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000045668609/?isSuggest=true>
8. Ligue national contre le cancer. Coordonner et orienter pour mieux prendre en charge les conséquences du cancer [Internet]. Observatoire national des cancer; 2022. Disponible sur: https://www.ligue-cancer.net/sites/default/files/docs/rapport_etude_coordo_v_h_version_numerique_2022.pdf
9. OMS. Cancer : une charge toujours plus lourde dans le monde et des besoins en services croissants. février 2024 [cité 21 mars 2025]; Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news/item/01-02-2024-global-cancer-burden-growing--amidst-mounting-need-for-services>
10. ARS. Les cancers en France et dans les Hauts-de-France. Disponible sur: <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/les-cancers-en-france-et-dans-les-hauts-de-france>
11. ARS. Réduire les inégalités sociales et territoriales liées aux cancers. In: Schéma régional de santé 2018-2023 PROJET RÉGIONAL DE SANTÉ DES HAUTS-DE-FRANCE [Internet]. p. 72-9. Disponible sur: <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/system/files/2018-07/MeP%20SRS-PRS%202018-2023%20%28DYNAMIQUE%29-BAT.pdf>

12. Thomsen C. Définition de « Maladie Chronique ». In: Dictionnaire médical [Internet]. 2015 [cité 1 avr 2025]. Disponible sur: <https://www.dictionnaire-medical.fr/definitions/549-chronique/>
13. OMS. Cancer. In 2022 [cité 28 mars 2025]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
14. Cancer IND. cancer. In [cité 23 avr 2025]. Disponible sur: <https://www.cancer.fr/glossaire/cancer>
15. Cancer IND. définition : TNM. In [cité 23 avr 2025]. Disponible sur: <https://www.cancer.fr/glossaire/tnm>
16. Oglobine J. Les méthodes d'investigation chapitre 14 Les classifications. In: IPA Infirmier en pratique avancée Oncologie et Hémato-Oncologie. édition Foucher. Hatier; 2021. p. 55 à 59. (Métier de la santé).
17. Oglobine J. Les thérapeutiques. In: IPA Infirmier en pratique avancée Oncologie et Hémato-Oncologie. éditions Foucher. Hatier; 2021. p. 73 à 101. (Métier de la santé).
18. La radiothérapie | Ligue contre le cancer [Internet]. [cité 20 janv 2025]. Disponible sur: <https://www.ligue-cancer.net/la-radiotherapie>
19. L'hormonothérapie | Ligue contre le cancer [Internet]. [cité 20 janv 2025]. Disponible sur: <https://www.ligue-cancer.net/les-traitements/lhormonotherapie>
20. Lantheaume S, Buiret G. Les Soins Oncologiques de Support : prévenir, accompagner, promouvoir. Editions in press; 2022.
21. AFSOS. Association Francophone des Soins Oncologiques de Support. [cité 28 mars 2025]. Que sont les soins de support ? - AFSOS. Disponible sur: <https://www.afsos.org/les-soins-de-support/mieux-vivre-cancer/>
22. AFSOS. Que sont les soins de support ? Association Francophone des Soins Oncologiques de Support [Internet]. [cité 13 janv 2025]; Disponible sur: <https://www.afsos.org/les-soins-de-support/mieux-vivre-cancer/>
23. circulaire-dhos-22fev2005.pdf [Internet]. [cité 21 mars 2025]. Disponible sur: <https://sfap.org/system/files/circulaire-dhos-22fev2005.pdf>
24. Houas-Bernat E, Méric JB, Ancellin R, De Luze S, Le Bail M, al. Soins oncologiques de support des patients adultes atteints de cancer / Référentiel organisationnel national / avis d'expert. Institut National du Cancer. 2021. (Recommandations et référentiels).
25. La ministre des affaires sociales et de la santé. 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 - Légifrance [Internet]. février, 2017. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/circulaire/id/41950>
26. Amouroux-Gorsse V, Duhin L, Dr de la Fouchardière C, Gautier S, le Jamtel C, Perruchio S, et al. LES SOINS PALLIATIFS EN FIN DE VIE. Institut National du Cancer (INCa). 2020. (cancer info).

27. Oglobine J. Les méthodes d'investigation chapitre 16 : Les plans Cancers. In: IPA Infirmier en pratique avancée Oncologie et Hémato-Oncologie. éditions Foucher. Hatier; 2021. p. 61 à 64. (Métiers de la santé).
28. Décret n° 2007-388 du 21 mars 2007 relatif aux conditions d'implantation applicables à l'activité de soins de traitement du cancer et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires) - Légifrance [Internet]. 2007-388 mars 21, 2007. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000275848>
29. Pourcel G, Ferrari C, Couëdel C, Derozier N, Bréchet JM, Krakowski I, et al. Axes opportuns d'évolution du panier de soins oncologiques de support /réponse saisine. 2016 oct.
30. Kane H, Gourret Baumgart J, Denis F. Les soins oncologiques de support : une ressource inégalement mobilisée face au cancer. Sci Soc Santé. 2023;Vol. 41(4):5-31.
31. AFSOS. RÉSULTATS DU 3ÈME BAROMÈTRE DES SOINS DE SUPPORT AFSOS. communiqué de presse, Paris [Internet]. 2 juill 2024; Disponible sur: <https://www.afsos.org>
32. AFSOS. Association Francophone des Soins Oncologiques de Support. [cité 29 mai 2025]. Nos formations -. Disponible sur: <https://www.afsos.org/congres- formations/consulter-le-catalogue-de-formations/>
33. institut curie. les soins de Support à Paris et Saint Clou. 2020.
34. Dauchy S, Merx G. Les soins de support : état de la réflexion en France. Oncologie. 2005;
35. Favier L, Bremaud N, Tharin Z, Blanc J, al. RCP soins de support : 12 ans d'expérience d'un centre de lutte contre le cancer. 2020;
36. Laurent M, Henry A, Calvel L, Lamouille-Chevalier C. L'infirmière en pratique avancée au sein d'un service de soins de support : le chaînon manquant ? Bull Cancer (Paris). 1 nov 2022;109(11):1185-92.

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	I
AVERTISSEMENT	II
SOMMAIRE	1
GLOSSAIRE	3
AVANT PROPOS	4
I. INTRODUCTION.....	6
1. LE CANCER.....	6
1.1. Epidémiologie	6
1.2. Définition	7
1.3. Les traitements du cancer	8
1.4. Les effets secondaires des traitements.....	9
2. Les soins de support	10
2.1. Définition	10
2.2. Comment, quand et pour qui instaurer les SOS ?	11
2.3. Différences avec les soins palliatifs	13
3. Réglementation.....	13
3.1. Les Plans Cancer	13
3.2. La législation et référentiels	15
4. Patient et SOS.....	16
4.1. Utilisation des SOS : quelques chiffres.....	16
4.2. Axe d'amélioration.....	18
II. PROBLEMATIQUE.....	19
III. METHODE	21
1.Choix de méthode.....	21
1.1 Type d'étude	21
2. Choix de l'échantillonnage.....	21
2.1 La population cible.....	21
2.2 Le recrutement.....	22

3. L'outil méthodologique	22
3.1 Le guide d'entretien.....	22
4. La procédure.....	23
4.1 Les entretiens.....	23
4.2 La retranscription.....	23
4.3 Cadre légal.....	24
5. L'analyse.....	24
IV. RESULTAT ET ANALYSE	26
1. Participant.....	26
2. Présentation et analyse des données démographiques	26
3. Présentation et analyse des thèmes retrouvés.....	27
3.1 La connaissance des SOS	28
<input type="checkbox"/> La définition	28
<input type="checkbox"/> Les objectifs des SOS.....	29
3.2 La pratique des SOS dans le parcours de soins	30
<input type="checkbox"/> L'intégration dans le parcours de soins	30
<input type="checkbox"/> L'évaluation des besoins des patients.....	30
3.3 Les besoins de coordination	31
<input type="checkbox"/> La pluridisciplinarité	31
<input type="checkbox"/> Les organisations.....	32
<input type="checkbox"/> La coordination	33
3.4 Les freins et leviers à l'instauration des SOS	33
<input type="checkbox"/> Les freins.....	34
<input type="checkbox"/> Les leviers	34
4. Synthèse de l'analyse	35
IV. DISCUSSION.....	37
1. Interprétation des résultats.....	37
<input type="checkbox"/> La définition des SOS : une vision partagée mais inégalement appliquée.....	37
<input type="checkbox"/> Une intégration tardive et conditionnée	38
<input type="checkbox"/> Une coordination essentielle mais inégalement structurée	39
<input type="checkbox"/> Des freins multiples, structurels et culturels	40
<input type="checkbox"/> Des leviers concrets pour renforcer les SOS	40

2. Limites de l'étude.....	41
3. Forces de l'étude	42
4. Perspectives.....	43
5. Projection dans la pratique avancée	43
CONCLUSION	46
Bibliographie.....	47
TABLE DES MATIERES	50
TABLE DES GRAPHIQUES	53
TABLE DES AFFICHES	53
ANNEXES	54
Annexe 1 : Lettre d'information.....	55
Annexe 2 : Grille d'entretien.....	56
Annexe 3 : Lien verbatim.....	58
Annexe 4 : Grille COREQ	59
Annexe 5 : Guides d'évaluation des besoins (onco HDF)	62

TABLE DES GRAPHIQUES

GRAPHIQUE 1 : PANORAMA DES CANCERS EN FRANCE - EDITION 2024 P	6
GRAPHIQUE 2 : QUELLES CONSEQUENCES PHYSIQUES ET PSYCHOLOGIQUES RESSENTIES ? ENQUETE « COORDONNER ET ORIENTER POUR MIEUX PRENDRE EN CHARGE LES CONSEQUENCES DU CANCER ».....	10
GRAPHIQUE 3 : QUELLE ORIENTATION VERS LES PROFESSIONNELS DE SOINS DE SUPPORT ? ENQUETE « COORDONNER ET ORIENTER POUR MIEUX PRENDRE EN CHARGE LES CONSEQUENCES DU CANCER ».....	17
GRAPHIQUE 4 : FREQUENCE DE L'ORIENTATION DES PERSONNES VERS UN ACCOMPAGNEMENT, SELON LES CONSEQUENCES RESSENTIES DU CANCER ENQUETE « COORDONNER ET ORIENTER POUR MIEUX PRENDRE EN CHARGE LES CONSEQUENCES DU CANCER ».....	18

TABLE DES AFFICHES

AFFICHE 1 : LES GRANDES ETAPES. LE PARCOURS DE SOINS - INSTITUT DU CANCER PARIS CARPEM.....	12
--	-----------

ANNEXES

- Annexe 1 : Lettre d'information
- Annexe 2 : Guide d'entretien
- Annexe 3 : Lien verbatim
- Annexe 4 : Grille COREQ
- Annexe 5 : Guides d'évaluation des besoins

Annexe 1 : Lettre d'information

Bonjour, je suis Me FALVO Amélie, étudiante en Pratique Avancée. Dans le cadre de mon mémoire, je souhaite réaliser un entretien semi dirigé en présentiel ou distanciel (par téléphone).

Il s'agit d'une recherche scientifique ayant pour but d'étudier l'utilisation des Soins Oncologiques de Support. Si vous le souhaitez, je vous propose de participer à l'étude. Pour y répondre, vous devez être : professionnel de santé, travaillant auprès de patients atteints d'un cancer. Votre participation à l'étude est facultative. Vous pouvez mettre fin à votre participation à tout moment.

Conformément à la réglementation sur la protection des données personnelles, vous pouvez exercer vos droits d'accès, rectifications, effacement et d'opposition sur les données vous concernant. Pour assurer une sécurité optimale, ces données vous concernant seront traitées dans la plus grande confidentialité et ne seront pas conservées au-delà de la soutenance du mémoire/thèse.

Cette étude fait l'objet d'une déclaration portant le n° 2025-109 au registre des traitements de l'Université de Lille.

Pour toute demande, vous pouvez contacter le délégué à la protection des données à l'adresse suivante : dpo@univ-lille.fr . Sans réponse de notre part, vous pouvez formuler une réclamation auprès de la CNIL.

Merci beaucoup pour votre participation ! Pour accéder aux résultats scientifiques de l'étude, vous pouvez me contacter à cette adresse : amelie.falvo.etu@univ-lille.fr

Annexe 2 : Grille d'entretien

Guide d'entretien semi-directif : Optimisation des soins oncologiques de support pour les patients atteints de cancer

Introduction

- Pouvez-vous vous présenter brièvement (parcours professionnel, situation professionnelle actuelle) ?
- Quelle est votre expérience avec les patients atteints de cancer notamment votre expérience dans la prise en charge de patients atteints de cancer ?

1. Pratique courante dans les soins de support

- Pouvez-vous décrire votre pratique courante lors de la prise en soins de patient atteint d'un cancer ?
- D'autres intervenants interviennent-ils ? Si oui dans quels contextes : cité des exemples ?
- Si non Pourquoi ?

Objectif :

- Connaitre l'utilisation des SOS dans la routine de soins,
- Avoir un aperçu de l'application pratique des soins de support dans la routine quotidienne

2. Compréhension et objectifs des soins de support

- Comment définiriez-vous les soins oncologiques de support ?
- Quels sont les soins de support pour vous ?
- Quels en sont les principaux objectifs pour les patients atteints de cancer ?

Objectif :

- Évaluer la manière dont le personnel soignant comprend les soins oncologiques de support, ainsi que leurs objectifs principaux,
- S'assurer que tous les soignants partagent une vision commune de ce type de soins.

3. Identification et évaluation des besoins des patients

- Comment identifiez-vous les besoins des patients en soins de support ?

En nutrition (poids (variation), psycho (échelle), évaluation de la douleur (échelle), sociale (passage AS sous quel critère)

- Quels outils utilisez-vous ?

L'objectif :

- Comprendre comment le personnel identifie et évalue les besoins des patients en soins de support.
- Mettre en lumière des zones où l'évaluation des besoins pourrait être améliorée.

4. Coordination et organisation des soins

- Comment les soins de support sont-ils organisés dans votre structure ?
- Comment les différents professionnels collaborent-ils ?
- Quelles sont les difficultés ou facilités perçus ?

Objectif :

- Connaitre l'organisation dans l'établissement.
- Savoir s'il existe une approche multidisciplinaire.
- Connaitre les freins et les leviers dans les différentes organisations

5. Freins et leviers

- Selon vous, quels moyens/méthodes/organisations devraient être mis en place pour optimiser les SOS dans la prise en soins des patients dans votre structure ?
- Avez-vous été sensibilisé ou formé aux SOS ? Si oui, Comment ?
- Si non, les formations à destination des soignants seraient-ils bénéfiques pour optimiser l'accès aux SOS ?

Objectif :

- Connaitre les freins à l'utilisation des SOS et leviers

Annexe 3 : Lien verbatim

<https://nextcloud.univ-lille.fr/index.php/s/g5MXaDR3Tqz4YLb>

Annexe 4 : Grille COREQ

Traduction française de la grille COREQ (Gedda, 2014)			
N-	Item	Guide questions/description	Réponse
Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion			
1	Enquêteur/animateur	Quel(s) auteur(s) a (ont) mené l'entretien individuel ?	Amélie Falvo
2	Titres académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur ?	IDE
3	Activité	Quelle était leur activité au moment de l'étude ?	IDE secteur médecine/ oncologie
4	Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?	Femme
5	Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?	Infirmière de Pratique Avancée
6	Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?	4participants Oui 5 Non
7	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ?	Objectifs personnels et académiques
8	Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur/animateur ?	Profession Formation en cours
Domaine 2 : Conception de l'étude			
9	Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ?	Méthode qualitative Analyse thématique
10	Échantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ?	Echantillonnage dirigé
11	Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ?	Par mail et par téléphone

12	Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?	9
13	Non-participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons ?	0
14	Cadre de la collecte de données	Où les données ont-elles été recueillies ?	Lieu de travail
15	Présence de non-participants	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?	Non
16	Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ? Par exemple : données démographiques, date	Professionnel de santé travaillant au contact de patient atteint d'un cancer
17	Guide d'entretien	Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?	Guide d'entretien par l'auteur
18	Entretiens répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?	Non
19	Enregistrement audio/visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?	Enregistrement audio
20	Cahier de terrain	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ?	Non
Domaine 3 : Analyse et résultats			
21	Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ?	De 10 à 40 min
22	Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?	Oui
23	Retour des retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?	Non

24	Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codé les données ?	1
25	Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?	Non
26	Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?	A partir des données
27	Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?	Pas de logiciel
28	Vérification par les participants	Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?	Non
29	Citations présentées	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ? Par exemple : numéro de participant	Oui
30	Cohérence des données et des résultats	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?	Oui
31	Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?	Oui
32	Clarté des thèmes secondaires	Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?	Oui

Annexe 5 : Guides d'évaluation des besoins (onco HDF)

[Guide-dentretien-détaillé-dévaluation-des-besoins.pdf](#)

Evaluation des besoins en soins de support	
Evaluation de la fatigue	Prise en charge proposée - Orientation
<u>Sensation de fatigue</u> : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <u>Troubles du sommeil</u> : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <u>Gênes dans les activités quotidiennes</u> : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <u>Dort dans la journée</u> : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <u>Prend un traitement pour dormir</u> : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <u>Remarques</u> :	<input type="checkbox"/> Prise en charge déjà en cours <u>Préciser</u> : <u>Orientation vers</u> : <input type="checkbox"/> Médecin référent <input type="checkbox"/> Médecin traitant <input type="checkbox"/> Professionnel APA ¹ <input type="checkbox"/> Autre :
Evaluation de la douleur	Prise en charge proposée - Orientation
<u>Douleur</u> : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, localisation : La douleur perturbe-t-elle le sommeil ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non La douleur perturbe-t-elle les activités habituelles ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Y a-t-il un impact psychologique de la douleur ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <u>Traitement antalgique</u> : Nom : Posologie : <u>Evaluation de la douleur (de 0 à 10)</u> : <u>Remarques</u> :	<input type="checkbox"/> Prise en charge déjà en cours <u>Préciser</u> : <u>Orientation vers</u> : <input type="checkbox"/> Médecin référent <input type="checkbox"/> Médecin traitant <input type="checkbox"/> Algologue <input type="checkbox"/> Autre :

Evaluation nutritionnelle	Prise en charge proposée - Orientation
<p>Taille : Poids actuel :</p> <p>IMC : Poids de forme :</p> <p><input type="checkbox"/> Prise de poids : kg</p> <p><input type="checkbox"/> Perte de poids : kg</p> <p>En combien de temps :</p> <p><u>Régime particulier</u> :</p> <p><u>Diminution de l'ingestat</u> : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p><u>Troubles de déglutition</u> : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p><u>Troubles bucco dentaires</u> : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p><u>Autres</u> :</p> <p><u>Remarques</u> :</p>	<p><input type="checkbox"/> Prise en charge déjà en cours</p> <p>Préciser :</p> <p>.....</p> <p><u>Orientation vers</u> :</p> <p><input type="checkbox"/> Médecin référent</p> <p><input type="checkbox"/> Médecin traitant</p> <p><input type="checkbox"/> Diététicienne</p> <p><input type="checkbox"/> Médecin nutritionniste</p> <p><input type="checkbox"/> Chirurgien dentiste</p> <p><input type="checkbox"/> Stomatologue</p> <p><input type="checkbox"/> Autre :</p>

Evaluation psychologique	Prise en charge proposée - Orientation
<p><u>Troubles du sommeil</u> : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p><u>Anxiété</u> : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p><u>Tristesse</u> : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p><u>Difficulté à verbaliser</u> : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p><u>Modification des relations (familiales et sociales)</u> :</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p><u>Antécédents</u> :</p> <p><u>Traitements spécifiques</u> :</p> <p>Nom :</p> <p>Posologie :</p> <p><u>Remarques</u> :</p>	<p><input type="checkbox"/> Prise en charge déjà en cours</p> <p>Préciser :</p> <p>.....</p> <p><u>Orientation vers</u> :</p> <p><input type="checkbox"/> Médecin référent</p> <p><input type="checkbox"/> Médecin traitant</p> <p><input type="checkbox"/> Psychiatre</p> <p><input type="checkbox"/> Psychologue</p> <p><input type="checkbox"/> Autre :</p>

Evaluation sociale	Prise en charge proposée - Orientation
<p><u>Couverture sociale</u> : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <u>Mutuelle</u> : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p><u>ALD demandée</u> : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p><u>Situation de handicap</u> : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p><u>Sous tutelle / curatelle</u> : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p><u>Besoin d'aide pour</u> :</p> <p>Garde d'enfants <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Ménage <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Courses <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Repas <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Toilette <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p><u>Besoin de renseignements administratifs</u> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p><u>Besoin d'une aide financière</u> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>	<p><input type="checkbox"/> Prise en charge déjà en cours</p> <p>Préciser :</p> <p>.....</p> <p><u>Orientation vers</u> :</p> <p><input type="checkbox"/> Médecin référent</p> <p><input type="checkbox"/> Médecin traitant</p> <p><input type="checkbox"/> Assistante sociale</p> <p><input type="checkbox"/> Autre :</p>

Evaluation addictologie	Prise en charge proposée - Orientation
Addictions : <input type="checkbox"/> Tabac Cigarettes / jour : <input type="checkbox"/> Alcool Verres / jour : <input type="checkbox"/> Drogue <input type="checkbox"/> Jeux <input type="checkbox"/> Autres Remarques :	<input type="checkbox"/> Prise en charge déjà en cours Préciser : Orientation vers : <input type="checkbox"/> Médecin référent <input type="checkbox"/> Médecin traitant <input type="checkbox"/> Addictologue <input type="checkbox"/> Psychologue <input type="checkbox"/> Autre :

Automédication et thérapies complémentaires

Automédication :

- Antalgiques Compléments alimentaires
 Phytothérapie Vitaminothérapie
 Autres :

Thérapies complémentaires :

- Acupuncture Homéopathie
 Ostéopathie Autres :

Orientation vers les soins oncologiques

Orientations proposées au patient :

- | | | | |
|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Addictologue | <input type="checkbox"/> Animateur APA ² | <input type="checkbox"/> Assistante Sociale | <input type="checkbox"/> Consultation Fertilité |
| <input type="checkbox"/> Dentiste/Stomatologue | <input type="checkbox"/> Diététicienne | <input type="checkbox"/> Equipe de Soins Palliatifs | <input type="checkbox"/> ERC / Aire cancers |
| <input type="checkbox"/> Ergothérapeute | <input type="checkbox"/> Kinésithérapeute | <input type="checkbox"/> Médecin nutritionniste | <input type="checkbox"/> Médecin / IDE douleur |
| <input type="checkbox"/> Orthophoniste | <input type="checkbox"/> Ostéopathe | <input type="checkbox"/> Pharmacien | <input type="checkbox"/> Psychiatre |
| <input type="checkbox"/> Psychologue | <input type="checkbox"/> Socio- esthétique | <input type="checkbox"/> Stomathérapeute | <input type="checkbox"/> Autres : |
| <input type="checkbox"/> Art-Thérapie | <input type="checkbox"/> Programme ETP ³ : | | |

Le patient accepte de rencontrer :

- | | | | |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Addictologue | <input type="checkbox"/> Animateur APA | <input type="checkbox"/> Assistante Sociale | <input type="checkbox"/> Consultation Fertilité |
| <input type="checkbox"/> Dentiste/Stomatologue | <input type="checkbox"/> Diététicienne | <input type="checkbox"/> Equipe de Soins Palliatifs | <input type="checkbox"/> ERC / Aire cancers |
| <input type="checkbox"/> Ergothérapeute | <input type="checkbox"/> Kinésithérapeute | <input type="checkbox"/> Médecin nutritionniste | <input type="checkbox"/> Médecin / IDE douleur |
| <input type="checkbox"/> Orthophoniste | <input type="checkbox"/> Ostéopathe | <input type="checkbox"/> Pharmacien | <input type="checkbox"/> Psychiatre |
| <input type="checkbox"/> Psychologue | <input type="checkbox"/> Socio- esthétique | <input type="checkbox"/> Stomathérapeute | <input type="checkbox"/> Autres : |
| <input type="checkbox"/> Art-Thérapie | <input type="checkbox"/> Programme ETP : | | |

Evaluation de l'entretien

AUTEUR : Falvo Amélie

Date de la soutenance : 01 juillet 2025

Titre : **OPTIMISATION DES SOINS ONCOLOGIQUES DE SUPPORT DANS LA PRISE EN SOINS DES PATIENTS ATTEINTS D'UN CANCER**

Mots clé : **Optimisation - Soins de support - Prise en soins - Patients – Cancer**

Title : **OPTIMIZING SUPPORTIVE CARE IN THE CARE OF CANCER PATIENTS**

Key words : **Optimisation - Supportive care - Care – Patients – Cancer**

Résumé :

Contexte : Le cancer est un problème de santé publique avec une incidence en constante augmentation. L'amélioration des traitements permet au patient une survie plus longue mais entraînent également des effets secondaires sur le long terme. Pour aider les patients, les soins de support ont été créés permettant d'améliorer la qualité de vie.

Méthode : La diversité des traitements et de prise en charge des patients atteints de cancer m'ont conduit à me demander : pourquoi les Soins Oncologiques de Support ne sont pas expliqués et mis en place de la même façon pour tous les patients pris en charge pour un cancer ? Comment permettre aux patients une meilleure accessibilité aux soins oncologiques de Support à toutes les étapes de leur parcours ? Pour cela, j'ai décidé de faire une recherche qualitative auprès de professionnels de santé dans les différents secteurs pour connaître leur pratique.

Résultats : Ce travail montre une connaissance limitée des SOS par les professionnels en fonction de leur secteur d'activité. De nombreux freins et leviers à leur instauration et optimisation ont été évoqués.

Conclusion : Pour optimiser la prise en soins en SOS, une organisation homogène et une sensibilisation de tous est primordiale

Abstract :

Background : Cancer is a public health problem with a constantly rising incidence. Improved treatments mean that patients survive longer. However, these improvements have long-term side effects. To help patients, support care has been created to improve quality of life.

Method : The diversity of treatments and management of cancer patients led me to ask myself: why is Oncological Support Care not explained and implemented in the same way for all patients being treated for cancer ? How can patients be given better access to supportive cancer care at every stage of their treatment ? To do this, I decided to carry out qualitative research with healthcare professionals in different sectors to find out about their practice.

Results : This study shows that professionals have limited knowledge of SOS, depending on their sector of activity. Numerous obstacles and levers to the introduction and optimisation of SOS have been identified.

Conclusion : To optimise care in SOS, it is essential to have a uniform organisation and to raise awareness among everyone involved.

Directeur de mémoire : Dr Aurélie JOYE