

**GUIDE METHODOLOGIQUE**  
**pour l'utilisation des outils de repérage des besoins**  
**en soins oncologiques de support**

*Les soins de support sont « 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 »*

*Les soins de support ne sont pas une nouvelle spécialité. La prise en charge globale est du domaine de tous les professionnels de santé mais nécessite des recours (expertise) dans des domaines spécifiques tels que douleur, soins palliatifs, psycho-social, rééducation, nutrition....*

Les outils proposés, **mutualisés** entre tous les professionnels concernés, ont pour objectifs de :

- **repérer les besoins en soins de support et le degré d'expertise nécessaire**
- **communiquer entre les professionnels (ville/hôpital/médecins/para médicaux)**
- **anticiper les situations « à risque »**
- **évaluer l'adéquation entre les besoins et l'offre de soins.**

Ces outils ont été élaborés par des professionnels de santé, puis expérimentés par plusieurs équipes, dans le double souci de répondre aux besoins du patient et d'être compatibles avec l'activité professionnelle. Ils feront l'objet d'une réévaluation.

Leur **efficience** est liée à une **utilisation adéquate**, ce guide a donc pour objectif de vous expliquer comment les utiliser.

**A chaque évaluation ou réévaluation**, au cours de la maladie et à la fin du parcours thérapeutique, seront dépistées les thématiques suivantes : Douleur, Nutrition, Psychologie, Sociale et professionnelle, Rééducation et réadaptation fonctionnelle, Habitudes de vie, Autres symptômes.

Pour l'évaluation de post traitement (plan personnalisé de l'après cancer) seuls varient l'item : Social et professionnel.

Ces fiches dites de « **premier niveau** » seront **incluses** dans le classeur du patient (enrichissement du plan personnalisé de soins). **Elles pourront être complétées par les professionnels de ville.**

La présence d'un item positif dans une thématique, sur cette fiche de premier niveau, implique obligatoirement de renseigner la fiche correspondante de deuxième niveau, qui sera adressée au médecin traitant et à l'oncologue.

## **FICHES de PREMIER NIVEAU :**

A mettre dans le classeur patient.

A utiliser lors de la consultation d'accompagnement d'annonce, au cours des hospitalisations de jour (chimiothérapie, radiothérapie) et à chaque fois que cela sera nécessaire, par les professionnels hospitaliers et/ou libéraux.

**Le médecin traitant et/ou l'oncologue doit être informé des résultats de l'évaluation.**

### **Douleur**

La (ou les douleurs) sont très fréquentes en cancérologie, impactant de façon majeure la qualité de vie. Il est du **DEVOIR** des professionnels de santé de tout mettre en œuvre pour la prendre en charge efficacement, encore faut-il l'avoir dépistée et évaluée.

Pour les douleurs par excès de nociception liées au cancer, un traitement efficace (cf SOR) se définit par :

- Une douleur de fond absente ou d'intensité faible.
- Un respect du sommeil.
- Moins de 4 accès douloureux par jour avec une efficacité des traitements supérieure à 50 %.
- Des activités habituelles, qui, bien que limitées par l'évolution du cancer, restent possibles ou peu limitées par la douleur.
- Les effets indésirables des traitements sont mineurs ou absents.

Comment utiliser la fiche ?

- Répondre systématiquement aux questions par oui ou par non.
- Sommeil : le sommeil est une des priorités à respecter en gestion de la douleur.
- Activités habituelles compatibles avec l'état de santé du patient ++.
- Echelles numériques (auto évaluation par le patient) :
  - ⇒ l'EN minimum permet de détecter l'intensité de la douleur de fond minimale
  - ⇒ l'EN maximale permet de détecter l'intensité de la douleur de fond maximale
  - ⇒ l'EN moyenne renseigne sur l'intensité moyenne sur une semaineLe rapport des trois EN guide les prescriptions +++

*ex : un patient avec EN mini = 2 ; EN moyenne = 3 ; EN maxi = 9  
et un patient avec EN mini = 2 ; EN moyenne = 8 ; EN maxi = 9  
**les prescriptions seront différentes !***

- Un seul oui ou une EN supérieure ou égale à 3 doit faire passer à la fiche de niveau 2.

*Fiche 2eme niveau*

### **Nutrition**

Le but de cette rubrique nutrition est de prévenir et dépister d'éventuelles difficultés nutritionnelles, de dénutrition ou prise de poids.

Indépendamment de la maladie et de ses traitements, la qualité de vie et **la courbe de survie** des patients sont en lien **direct** avec l'état nutritionnel à tous les stades de l'évolution du cancer.

Un dépistage précoce permet une prise en charge adaptée sans retard et de donner au patient toutes ses chances.

- Répondre systématiquement aux questions posées par oui ou par non.
- Si toutes les réponses sont négatives, la surveillance régulière du patient reste indispensable et peut être exercée par le médecin traitant.
- Dès qu'une réponse est positive, passer à l'évaluation nutrition de niveau 2.

*Fiche 2eme niveau*

## Psychologie

- Pas de question directe pour ce volet. ++++
- Attendre le milieu de l'entretien pour évoquer cet aspect. L'évaluation de cet aspect sera adapté en fonction des informations relatives aux étapes de cheminement du patient, et de la relation d'aide mise en place
- Orienter le patient sur les différentes étapes de sa vie, avec le vécu de situations difficiles.
- Se renseigner sur la prise actuelle ou antérieure de différents médicaments spécifiques (anxiolytiques, antidépresseurs, somnifères).
- Pas d'analyse, pas de psychothérapie, pas de traitement, mais écoute, aide à comprendre, accepter la situation, soutien de l'entourage, reformulation.
- Pas de fiche de 2eme niveau, tout oui sur la fiche de recueil de données entraine une proposition de soutien psychologique.

## Social

- L'isolement, le logement inadapté, les difficultés sociales, financières, familiales sont des freins connus à une prise en charge adaptée et doivent être dépistés au plus vite.
- Il est parfois opportun que le médecin du travail soit informé de la maladie du patient précocement.
- Ne pas hésiter à prendre contact avec le médecin traitant.

*Fiche 2eme niveau*

## Professionnel

- Recueil de données soins de support (annonce cancer)
  - ⇒ Avez-vous une activité professionnelle ?
    - Connaître le contexte de vie : en activité ou non.
  - ⇒ Pouvez-vous parler de votre pathologie avec votre médecin du travail ?
    - Le médecin du travail a pour mission d'accompagner le salarié-malade en arrêt de travail ou non.
    - La question du travail peut se poser : le salarié-malade peut contacter son médecin du travail pour répondre à ses interrogations à tout moment, gratuitement, qu'il soit en activité professionnelle ou en arrêt de travail.
    - Cet entretien médical peut être totalement confidentiel, sauf souhait du salarié (pour aménagement de poste par exemple). Il n'engage à rien et le médecin du travail délivre une attestation de visite qui ne remet pas en jeu l'aptitude (ou qui n'a pas d'incidence sur la notion d'aptitude).
- Recueil en fin de parcours
  - ⇒ La reprise du travail est souvent anxiogène et difficile à projeter.
  - ⇒ La perspective d'une réinsertion est une porte ouverte sur l'après cancer.
  - ⇒ Un rendez-vous auprès de la médecine du travail dès le début de la prise en charge ou en cours de traitement peut être utile et constructif.
  - ⇒ Cet entretien médical appelé visite de pré-reprise sera totalement confidentiel, sauf souhait du salarié, et permet d'anticiper les conditions de travail et la faisabilité de la reprise : temps partiel thérapeutique, aménagement de poste...
  - ⇒ Le médecin du travail délivre une attestation de visite qui ne remet pas en jeu l'aptitude et cela est gratuit.
  - ⇒ Un entretien social (avec l'Assistante sociale du service de santé, de l'entreprise, de la CARSAT ou de secteur) est aussi possible, il permettra de déterminer les possibilités de reconnaissances particulières et droits, invalidités et/ou allocations particulières.

- ⇒ La question du travail peut se poser aussi lorsque le salarié n'est pas en arrêt de travail : le salarié-malade peut contacter son médecin du travail pour répondre à ses interrogations à tout moment, gratuitement, même s'il est en activité professionnelle.

### **Rééducation et réadaptation fonctionnelle**

- La fatigue est un des symptômes majeurs les plus fréquents présentés par les patients.
- La perte de capacités doit faire orienter le patient vers les professionnels adéquats.
- Le curage ganglionnaire doit donner lieu à une information du patient et à un dépistage le plus précoce possible du lymphoedème (cf. fiche information patients).

### **Habitudes de vie**

- Le dépistage de consommation de tabac, d'alcool peut amener le professionnel de santé à encourager le patient à consulter en addictologie.
- L'activité physique étant un traitement reconnu de l'asthénie et une prévention de la récurrence de certains cancers, il est important de l'aborder avec le patient (cf fiches info patient).

### **Autres**

- Le groupe a fait le choix de ne pas mettre une thématique spécifique « soins palliatifs », même si un pourcentage non négligeable de patients est en situation palliative dès l'annonce.
- Si tel est le cas, une fiche de deuxième niveau sera renseignée et adressée au médecin traitant et à l'oncologue.

*Fiche 2eme niveau*

## FICHES DE DEUXIEME NIVEAU

Ces fiches ne seront pas incluses dans le classeur patient, mais adressées par courrier ou courriel au médecin traitant et à l'oncologue.

- Item localisation à risques :  
Certains cancers sont considérés « à risque » en ce sens qu'ils sont connus comme étant pourvoyeurs de douleur et/ou de problèmes nutritionnels et/ou tout autre symptôme impactant la qualité de vie. Ce sont principalement :
  - ⇒ Douleur : pancréas, ORL, petit bassin
  - ⇒ Nutrition : digestif, ORL, poumon, poly pathologies
  - ⇒ Psychologie : tumeur cérébrale (risque entourage), sein, testicules, ORL, pancréas, ovaires
  - ⇒ Rééducation : sarcome, sein, ORL, cérébral, métastases osseuses
- Le jeune âge et la situation palliative d'emblée sont potentiellement à risque.

Ce sont principalement ces patients là qui auront besoin d'une prise en charge en soins de support, coordonnée, et auront besoin d'avis d'experts.

Plus on anticipe les situations à risque, plus simple ou moins complexe est la prise en charge.

<h3>Douleur</h3>
------------------

Cette fiche a pour but d'évaluer la douleur ou les douleurs du patient, de dépister l'apparition d'une nouvelle douleur, l'existence de douleurs neuropathiques, d'accès douloureux paroxystiques, d'effets secondaires et donc ainsi de faciliter et d'**individualiser** le traitement.

- Pour toute nouvelle douleur : avis médical systématique ++
- Schéma de la douleur : le faire dessiner par le patient (le comparer avec des localisations déjà connues).
- Douleur insomnante : le premier objectif à atteindre : sommeil non perturbé par la douleur.
- Douleur déclenchée par le mouvement, les soins : si oui : traitement préventif à prévoir.
- ADP = accès douloureux paroxystique à dépister (pour traitement spécifique). Un accès douloureux paroxystique est une exacerbation transitoire et de courte durée de la douleur, d'intensité modérée à sévère. Il survient sur une douleur de fond contrôlée par un traitement opioïde fort efficace.
- EN : moyenne, minimum et maximum comme fiche de premier niveau.
- DN4 : dépistage d'une composante neuropathique nécessitant un traitement spécifique : positif quand score  $\geq 4$ .
- Interroger le patient sur les items proposés dans le territoire de sa douleur, et tester l'hypoesthésie au tact et à la pique.
- Bien noter le traitement, posologie +++, heures de prise.
- La non observance est source d'inefficacité et doit être, si elle existe, connue (s'interroger dans ce cas du « pourquoi », il s'agit souvent de craintes personnelles du patient/traitement proposé).
- Les effets indésirables doivent être notés, prévenus autant que faire se peut.

## Nutrition

- L'évaluation nutritionnelle d'un patient doit utiliser plusieurs outils. Seule l'évaluation multicritères est fiable. Ces outils, selon les recommandations de la HAS et de la SFNEP sont :

⇒ L'estimation de la perte pondérale à 1 ou 6 mois

*Exemple : Un patient pesant normalement 70kg, se présente à la consultation d'annonce alors qu'il a perdu 5kg en 1 mois*

$$\text{Calcul : } \frac{70\text{kg} - 65\text{kg}}{70\text{ kg}} \times 100 = 7,14\% \text{ à 1 mois}$$

⇒ La mesure de l'IMC (calculatrice ou réglette IMC)

*Exemple : le patient pèse 65 kg pour 1m70*

$$\text{Calcul : } \frac{65}{1,70 \times 1,70} = 22,49$$

⇒ Le dosage sanguin de l'albumine en g/l

- Dans l'exemple, le dosage de son albuminémie est à 27 g/l et le patient est âgé de 69 ans.
- En se référant au tableau décisionnel, si l'on reprend l'exemple de notre patient de 69 ans, pesant normalement 70 kg pour 1m70 ayant perdu 7,14% de son poids en 1 mois avec un dosage de l'albuminémie abaissé à 27g/l, on peut considérer qu'il souffre d'une dénutrition modérée.

	Age < 70 ans			Age > 70 ans		
	Situation Normale	Dénutrition modérée	Dénutrition sévère	Situation Normale	Dénutrition modérée	Dénutrition sévère
Perte pondérale	< 5% à 1 mois ou < 10% à 6 mois	>5% à 1 mois ou > 10% à 6 mois	>10% à 1 mois ou >15% à 6 mois	< 5% à 1 mois ou <10% à 6 mois	>5% à 1 mois ou >10% à 6 mois	>10% à 1 mois ou >15% à 6 mois
IMC	> 18,5	≤ 18,5	≤ 16	> 21	≤ 21	≤ 18
Albuminémie	≥ 30	< 30	< 20	≥ 35	< 35	< 30

- Une dénutrition modérée justifie de confier le patient à une diététicienne (par exemple : évaluation des ingestas, adaptation des textures des aliments, fractionnement des repas, compléments nutritionnels oraux ou enrichissement alimentaire, contact avec le médecin pour prescription de traitements médicamenteux symptomatiques, etc... en fonction des besoins du patient). La prise en charge par une diététicienne permet également la surveillance régulière des paramètres nutritionnels utilisés et l'adaptation du protocole de renutrition.
- Une dénutrition sévère nécessite dans l'idéal l'avis spécialisé d'un médecin nutritionniste (ou le médecin du service et la diététicienne) qui jugera de l'opportunité d'une alimentation artificielle par voie entérale ou parentérale en fonction de la sévérité de la pathologie et du projet thérapeutique ainsi qu'une surveillance nutritionnelle adaptée.

## Social

- Tous les items doivent être renseignés.
- Un seul 1 = proposition d'orientation vers un service social.

## Soins Palliatifs

- Au-delà de 3 réponses positives, le recours à une équipe de soins palliatifs doit être envisagé, en accord avec le médecin référent du patient.

Documents annexes :

**LES NIVEAUX DE COMPLEXITE :**  
**une gradation selon la complexité des situations,**  
telle que proposée par le Réseau de Santé du Bessin 14400 BAYEUX  
dans le cadre du GCS « Soigner ensemble dans le Bessin »

**Niveau 1 : Situation simple habituelle**

- Inhérente à toute prise en charge,
- Autonomie des équipes référentes,
- Coordination périphérique (médecin traitant).

**Niveau 2 : Situation compliquée**

- Appel à l'interdisciplinarité et à l'expertise d'une compétence supportive pour aide à l'évaluation, conseils et/ou objectif(s) spécifique(s) du PPS. Anticipation.
- Intervention ponctuelle.
- Coordination périphérique (médecin traitant).

**Niveau 3 : Situation complexe**

- Multiplicité des problèmes et des intervenants.
- Inadéquation entre la situation et les ressources de l'équipe référente.
- Ré évaluations très rapprochées.
- Coordination centralisée de proximité pour le suivi du PPS (en lien avec le médecin traitant).

**Niveau 4 : Situation extrême**

- Situation unique.
- Problématique au-delà de nos compétences et organisations, aspects éthiques et/ou législatifs au premier plan.
- Réflexion collégiale. Prise de décision dans une démarche éthique clinique.
- Coordination centralisée de proximité pour l'adaptation du PPS à la problématique (en lien avec le médecin traitant).

## **Complément d'information concernant la fiche sociale**

### Pour les problèmes concernant la perte d'autonomie GIR I à 4:

- Pour les personnes de plus de 60 ans : orientation vers le CLIC (Centre Local d'information et de Coordination) ou vers le service APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie) du Conseil Général.
- Pour les personnes de moins de 60 ans: orientation vers la MDPH (Maison Départementale pour les Personnes Handicapées).

### GIR 5 et 6 :

- Orientation vers le service social de la caisse de retraite dont dépend la personne (CARSAT, MSA, RSI, etc).

### Pour les problèmes concernant l'emploi et l'accès aux droits liés à la santé :

- Orientation vers les caisses d'assurance maladie.

### Pour les problèmes liés aux personnes à charge:

- S'il s'agit d'enfants de moins de 16 ans: orientation vers les organismes d'Allocations Familiales (CAF, MSA).
- S'il s'agit de personnes dépendantes orientation vers le CLIC (Centre Local d'information et de Coordination) ou vers le service APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie) du Conseil Général.

### Pour les problèmes financiers :

- Orientation vers le service social du Conseil Général.

Cette liste n'est pas exhaustive. En cas de doute ou de problématiques autres, vous pouvez contacter le service social de l'établissement de santé de référence ou de secteur.