PSYCHO-ONCOLOGIE, CHAPITRE I

La psycho-oncologie, un modèle d'intégration des soins psychiques en maladie somatique.

Auteurs :

Dauchy S¹, Brédart A^{2,3}, S Dolbeault^{2,4}

Affiliations :

1 Gustave Roussy, Villejuif, France

2 Institut Curie, Paris Cedex, France

3 Institut de Psychologie, LPPS EA 4057, Université Paris Descartes, Boulogne Billancourt

4 Université Paris-Sud et UMR-S0669, Université Paris Descartes, Paris, France

Correspondance :

Dr S Dauchy, chef du DISSPO, Gustave Roussy, 114 rue Edouard Vaillant, 94805 Villejuif

Tel.: +33 1 42 11 46 30 Email : sarah.dauchy@gustaveroussy.fr

1) Contexte

Près de 400 000 nouveaux cancers sont découverts chaque année en France, incidence en augmentation du fait notamment du vieillissement de la population et de la généralisation de certains dépistages. En parallèle, les progrès thérapeutiques entraînant un allongement de la survie ont contribué à augmenter la prévalence des patients guéris ou en rémission prolongée, parfois au prix de séquelles physiques ou psychiques importantes. En 2008 en France, près de 3 millions d'individus de 15 ans et plus avaient été traités pour un cancer (www.unicancer.fr).

Même si les soins psychiques sont longtemps restés une préoccupation marginale dans les services de cancérologie dont les acteurs portaient toute leur attention sur l'objectif médical d'allongement de la survie, la charge émotionnelle inhérente à la maladie cancéreuse et à son risque mortel, pour les patients, leurs proches mais aussi pour les professionnels de santé, a favorisé l'apparition progressive de professionnels de soins psychiques dans les services d'hémo-oncologie. Le caractère intrinsèquement multidisciplinaire de la cancérologie - où collaborent autour du patient chirurgiens, anatomopathologistes, oncologues médicaux, radiothérapeutes – et l'importance croissante donnée aux enjeux de qualité de vie chez les patients, métastatiques ou en rémission, ont permis que ces soins psychiques, structurés autour de l'appellation « psycho-oncologie », deviennent progressivement un enjeu à part entière dans le champ des soins oncologiques.

L'impact du cancer et de ses conséquences en terme de santé publique a par ailleurs conduit la France à élaborer depuis 2003 trois Plans Cancer successifs sous l'égide de l'Institut National du Cancer (www.e-cancer.fr), qui, en favorisant l'organisation de la cancérologie en France, ont également permis l'essor de la psycho-oncologie. Soulignons encore l'impulsion donnée par la société civile : associations de patients et représentants d'usagers ont dénoncé les manques et, rappelant les impacts potentiels multiples de la maladie cancéreuse sur la vie quotidienne des sujets atteints et de leur entourage, promu l'intégration de toutes les dimensions touchées par le cancer, dont la dimension psychique. Les Etats généraux de la Ligue, en 1999, ont joué sur ce point un rôle fondamental, tout comme l'essor des droits des patients et de leurs attentes, tant en terme d'information que d'implication directe [25]. <https://www.ligue-cancer.net/>

Particulièrement développé, particulièrement intégré, le modèle des soins psychiques en cancérologie mérite d'être présenté car il propose des initiatives répondant à des problématiques transversales rencontrées dans d'autres champs de la psychiatrie de liaison et de la psychologie : identification des patients vulnérables (dans une optique de prévention) ou en difficulté (dans une optique de repérage, systématique ou non), continuité des soins (problématiques de la transmission d'information ou de compétence...), modèles collaboratifs, formation des professionnels, recherche et évaluation...

Rappelons que le champ de la cancérologie a permis la réalisation de nombreuses études établissant le lien entre l'existence d'une pathologie psychiatrique et une perte de chance au plan somatique ; on peut citer pour exemple l'association prouvée entre troubles dépressifs et diminution de survie [11, 32, 33]. Que les mécanismes en soient le retard au diagnostic, un défaut d'observance ou une inaccessibilité des soins ou encore impliquent des hypothèses de recherche psycho-neuro-immunologiques, ces données viennent étayer la nécessité de soins psychiques intégrés pour limiter cette perte de chance [21].

2) Définitions et objectifs de la psycho-oncologie

La psycho-oncologie est une des applications de la multidisciplinarité en cancérologie qui vise les aspects psychologiques et sociaux de la maladie cancéreuse pour le patient, ses proches, ainsi que pour les soignants [16,20]. L'objectif n'est pas ici de proposer la prise en charge psychologique de tous les patients - ce qui n'est ni possible ni souhaitable – mais d'intégrer la dimension psycho-sociale aux soins dispensés en cancérologie, et ce à chacun des temps de la prise en charge (de la prévention à la fin des traitements), quelle qu'en soit l'issue (rémission, guérison, récurrence ou fin de vie). Par conséquent, le champ de la psycho-oncologie concerne l'ensemble des acteurs, médecins, soignants et travailleurs sociaux, auxquels les psychiatres et les psychologues cliniciens peuvent apporter la spécificité de leurs compétences cliniques et thérapeutiques.

La psycho-oncologie désigne également la pratique clinique des psychologues et des psychiatres exerçant dans des lieux de soins en cancérologie ; ils sont alors souvent appelés « psycho-oncologues ». Ce terme parfois considéré comme peu explicite reste néanmoins admis pour désigner les professionnels de santé mentale formés à la pratique des soins psychiques en milieu oncologique. Leur formation est un enjeu majeur [13,15].

Le champ de la psycho-oncologie comprend deux axes majeurs, tant du point de vue de l'amélioration des connaissances que de la mise en place d'interventions spécifiques, et en termes de prévention comme de prise en charge :

- les *réactions psychologiques et sociales des personnes confrontées au cancer* (patients, familles, équipes soignantes), avec la mise en jeu des mécanismes d'ajustement et l'identification des situations favorisant la vulnérabilité des sujets face à l'émergence d'une détresse émotionnelle ;
- les *facteurs psychologiques, comportementaux et sociaux qui influencent l'apparition du cancer*, sa récurrence et la survie des patients, avec des questionnements autour des liens possibles avec les domaines de la neuro-psycho-immunologie ou encore de la génétique.

Il s'agit donc de contribuer à assurer aux patients atteints de cancer des soins personnalisés intégrant la prise en compte de leur souffrance psychique, mais aussi de leurs vulnérabilités, et facilitant l'adéquation des soins à leurs particularités et attentes [1]. L'offre de soins concerne les personnes atteintes de cancer et leurs proches (famille, couple, fratrie), et intègre également le soutien, l'accompagnement et la formation des soignants.

Rappelons pour mémoire le caractère multifactoriel de la souffrance psychique en cancérologie, les troubles pouvant être:

- soit directement liés à la survenue de la maladie cancéreuse : réactions émotionnelles à cet événement somatique qui vient bouleverser l'équilibre antérieur, ou effets secondaires ou complications psychiques (liés à la localisation tumorale, iatrogènes ...);
- Soit la réactivation post-traumatique de difficultés antérieures à l'occasion de l'événement somatique.
- Soit liés à une comorbidité psychopathologique ou psychiatrique antérieure.

Les aspects cliniques seront développés au chapitre suivant.

La psycho-oncologie relève ainsi des champs de la psychiatrie de liaison, de la psychologie clinique et de la psychologie de la santé. En France, une grande partie des professionnels sont regroupés au sein de leur société savante, la Société Française de Psycho-Oncologie (SFPO; www.sfpo.fr) et son équivalent international, la Société Internationale de Psycho-Oncologie (IPOS, <http://www.ipos-society.org>).

3) Les grands enjeux cliniques

3-1 L'identification des patients vulnérables ou en difficulté : la problématique du screening

Même si la plupart des patients ne présente pas d'antécédents psychopathologiques et pourra traverser l'expérience de la maladie cancéreuse sans requérir de soins psychiques, repérer ceux qui sont les plus en détresse ou les plus à risque de l'être, surtout s'ils ne font pas spontanément appel aux ressources psycho-oncologiques en place, constitue un enjeu majeur. L'objectif du repérage sera également de permettre une gradation de l'accès aux soins et une clarification des circuits d'adressage afin de réserver les ressources de soins psychiques spécialisés aux patients les plus en difficulté. La structuration du repérage permet ainsi d'aller au-delà de la simple équation demande/offre de soins, en tenant compte à la fois de la limite des ressources (qui ne peuvent pas forcément répondre à toutes les demandes) et du fait que certaines situations peuvent rendre nécessaires l'intervention du psychologue ou du psychiatre même en l'absence de demande du patient [10].

Calqué sur le modèle d'offre de soins de la douleur chronique, où les acteurs potentiels sont nombreux et distincts, le modèle pyramidal proposé par Holland [19] repose sur l'évaluation systématique de la détresse psychique à différents temps de la maladie. La détresse psychique est définie comme « une expérience émotionnelle désagréable, de nature psychologique (émotionnelle, cognitive, comportementale), sociale et spirituelle qui influe sur la capacité à faire face, de façon efficace, au cancer et à ses traitements. La détresse psychologique s'inscrit sur un continuum allant des sentiments

normaux de vulnérabilité, tristesse, craintes, jusqu'à des difficultés pouvant devenir invalidantes, telles que l'anxiété, la dépression, l'isolement social et la crise spirituelle ». Le modèle prônant son évaluation quantitative systématique en fait le « 6^{ème} signe vital » (aux côtés de la température, de la conscience et des constantes cardiorespiratoires). Le modèle de Holland permet selon son intensité de répartir les rôles respectifs des experts et des non experts selon la spécificité et la sévérité de la problématique psycho(patho)logique : l'expression d'une détresse mineure fera l'objet de l'attention des proches ou du réseau des pairs ; plus structurée, elle relèvera de la relation d'aide prodiguée par l'infirmière, tandis qu'une expression psychopathologique sévère nécessitera une prise en charge psycho-oncologique spécialisée (voir les référentiels anglosaxons [9,29,30] ou, sur un mode plus qualitatif, les référentiels francophones [34]).

Un débat à l'origine de nombreuses publications agite la communauté psycho-oncologique internationale autour de la question du recours à un dépistage de la détresse - souvent associé à celui des besoins en soins de support -, cherchant à déterminer l'efficacité d'une procédure **systématique de screening** au regard de son coût [27]. On peut retenir que l'organisation d'un dépistage systématique de la détresse améliore la communication patient-soignant et améliore la capacité du médecin à adresser vers l'expert approprié en cas de besoin identifié. En revanche, l'impact de cette procédure sur le niveau de détresse lui-même reste encore l'objet d'une controverse, notamment par défaut d'accès des patients repérés à des soins psychiques effectifs (par manque de disponibilité de ces soins, refus des patients ou manque de connexion entre screening et soins) : selon les auteurs les plus critiques, seuls 20 à 30% des patients screenés bénéficieraient de soins adaptés [14,39]. La synthèse proposée par Mitchell [28]. identifie les conditions nécessaires pour que la mise en place d'une démarche de dépistage systématique ait un impact positif : il s'agit de structurer la démarche en définissant clairement les paliers d'intervention (ou *stepped care*), eux-mêmes assortis de ressources suffisantes [8,18], d'évaluer simultanément plusieurs symptômes ou besoins, et d'accompagner les patients concernés vers les soins [17]. La question du temps se pose aussi, requérant la participation

de soignants dès le début du parcours de soins puis de manière répétée ; mais doit être analysée au regard du retour sur investissement de ce repérage précoce au fil de la trajectoire de soins.

Que le repérage des patients les plus vulnérables ou les plus en difficulté soit systématique ou pas, la question de l'accompagnement des patients vers une prise en charge (PEC) psychologique adaptée peut être complexe au quotidien : là encore, un travail collectif a permis l'écriture de recommandations adaptées pour les professionnels [36].

3.2 Assurer la continuité des soins

Celle-ci implique en premier lieu une attention particulière à la transmission d'information, comme pour toute activité de liaison dans laquelle les étapes d'échange avec les autres professionnels s'avèrent fondamentales et déterminent la qualité du suivi. La liaison orale fait partie intégrante de l'intervention psycho-oncologique, avec en général un temps pré- et un temps post-intervention. La transmission écrite est également de règle, des éléments de l'entretien clinique étant restitués dans le dossier médical du patient, permettant de confier les informations jugées utiles à l'optimisation de la prise en charge. Il revient au psycho-oncologue de déterminer ce qu'il juge nécessaire de partager avec les autres soignants, en particulier pour évoquer l'état psychologique ou la dimension psychopathologique du sujet, et confier les éléments de subjectivité qui permettent de personnaliser le suivi. L'expert doit garder en mémoire que différents interlocuteurs sont en mesure d'accéder aux informations tracées dans le dossier médical : l'équipe de soins bien sûr; mais aussi le patient lui-même, et ses ayants-droits en cas de décès, ce qui nécessite une vigilance particulière dans la manière de restituer des contenus à l'écrit. La recherche du meilleur équilibre entre une restitution suffisamment explicite pour les collègues, sans heurter le patient qui serait amené à lire des informations issues de l'évaluation psycho-oncologique, constitue une tâche subtile. Dans tous les cas, le patient doit toujours être prévenu de l'élaboration d'un compte-rendu dans son dossier, en en justifiant l'utilité en terme de prise en charge globale et de partage des informations utiles. Les

nombreuses questions suscitées par cette démarche de transmission, qui constitue de fait une étape incontournable pour l'intégration des soins psychiques à la prise en charge oncologique, ont justifié l'élaboration d'un référentiel inter-sociétés (SFPO-AFSOS) ([2]).

La problématique de la continuité des soins renvoie également à l'échange d'information entre les professionnels hospitaliers et de ville, qu'il s'agisse de soin psychique ou de soin somatique. Une des particularités de la psycho-oncologie est en effet la place toute relative des besoins des patients hospitalisés par rapport aux besoins des patients traités en ambulatoire (de plus en plus nombreux aujourd'hui avec l'essor de la chirurgie ambulatoire et des thérapies orales) ou ayant terminé leurs traitements. Une partie de ces soins ambulatoires reste assurée par les professionnels hospitaliers qui vont s'ajuster au calendrier de soins des patients durant les traitements et parfois - lorsque les ressources le permettent -, poursuivre les soins dans l'après-cancer pour d'évidentes raisons de continuité de prise en charge. Mais la place de l'ambulatoire tout comme l'importance des besoins psychiques au décours des traitements sous-tendent le développement d'une psycho-oncologie extrahospitalière, comme elle peut être proposée au sein des réseaux de soins en oncologie et en soins palliatifs. Toute la complexité sera alors de parvenir à maintenir dans cette organisation extrahospitalière les dimensions fondamentales de la prise en charge globale et de la multidisciplinarité, qui passe là encore par la formation des professionnels mais aussi par leur capacité à travailler en partenariat et en réseau, et à organiser des transmissions d'informations pertinentes et réactives.

Pour les professionnels hospitaliers comme pour les acteurs de ville, soulignons l'importance de l'adaptabilité et de la souplesse, puisqu'il s'agira de trouver un équilibre permettant à la fois des interventions parfois urgentes (patients agités, suicidaires, mais aussi contraintes organisationnelles liées à des durées d'hospitalisation parfois très brèves); et de garder un temps dédié pour l'activité de suivi des patients le requérant, à un rythme adapté à chaque situation. Cette double activité offre au psycho-oncologue la possibilité d'une clinique riche, diversifiée, qui améliore sa connaissance des différents temps des parcours de soins de leurs patients et l'aide à mieux s'en représenter les enjeux.

3.3 Les modèles collaboratifs

Il s'agit d'une caractéristique majeure, qui se décline sur différents niveaux :

3.3-1 La collaboration entre champs théoriques et champs disciplinaires

Les problématiques cliniques observées en cancérologie sont diverses et ne relèvent pas d'un champ théorique unique. C'est pourquoi il importe que les équipes de psycho-oncologie (PO) puissent offrir un éventail diversifié en terme de ressources, utilisées ponctuellement ou pour une période de suivi souvent calquée sur la période des traitements mais pouvant s'étendre au-delà [16,20],: approche pharmacologique qui implique des ressources psychiatriques, approche cognitive-comportementale centrée sur des symptômes spécifiques susceptibles d'entraver le bon déroulement des soins (troubles anxieux notamment, par ex phobie de l'hôpital, des odeurs en phase de chimiothérapie, claustrophobie empêchant la passation d'examens radiologiques ou le bon déroulement du traitement de radiothérapie), approche psychodynamique, approche systémique, approche à médiation psychocorporelle – et l'on observe un fort développement de la relaxation, sophrologie et hypnose dans ces lieux de soins. Les approches groupales prennent aussi différents visages, qu'ils soient à visée éducative ou psychothérapeutique : groupes d'échange entre pairs, groupes psycho-éducatifs, cognitivo-comportementaux, supportifs-expressifs..., accessibles au patient et /ou aux proches (par ex groupe pour les enfants de parents malades) [24].

De même, si la grande majorité des intervenants en PO sont des psychologues, un certain nombre de psychiatres ont rejoint les lieux de soin cancérologiques; ils assurent souvent la responsabilité de structurer l'activité psycho-oncologique, dans l'objectif de sa meilleure insertion via une représentation institutionnelle médicale. Dans d'autres lieux, l'équipe est sous la responsabilité d'un psychologue ou encore de la direction du centre de soins; et le psychiatre n'intervient que sous forme de vacations. Quelles que soient les déclinaisons de cette organisation interne à l'activité psycho-oncologique, son bon fonctionnement repose sur une étroite collaboration entre psychologues et

psychiatres, avec possibilité de travailler à plusieurs mains, notamment en binôme psychologue-psychiatre.

3.3-2 La collaboration au sein des Soins de Support

Dans un nombre croissant de lieux de soins, l'activité psycho-oncologique est intégrée dans l'ensemble plus vaste des Soins de Support, définis comme « l'ensemble des soins et du soutien nécessaires aux malades, parallèlement aux traitements spécifiques, tout au long de la maladie grave » [23]. Ces soins de support regroupent et coordonnent un ensemble varié de professionnels de soins, médecins, psychologues, paramédicaux, en particulier dans les situations complexes requérant divers intervenants. La circulaire N° DHOS/SDO/2005/101 du 22 février 2005 relative à l'organisation des soins en cancérologie y intègre la prise en charge (PEC) de «[...] la souffrance psychique, les perturbations de l'image corporelle, les difficultés sociales [...] et l'accompagnement de fin de vie des patients ainsi que de leur entourage. ». Cette intégration oblige à positionner le rôle, les missions, mais aussi les limites d'intervention de chacun dans un ensemble coordonné dont le fil conducteur est établi autour d'un projet de soins personnalisé pour chaque patient [12].

L'enquête nationale récemment réalisée en France [35] pour décrire l'organisation de la psycho-oncologie publique confirme la bonne intégration des psycho-oncologues au sein des structures de soins de support lorsqu'elles existent, et détaille leurs modes de collaboration.

3.3-3 La collaboration avec l'ensemble des équipes médicales et soignantes : dans le respect de son autonomie, le PO travaille en collaboration étroite avec les équipes de soins, soit de manière directe (lorsqu'il contribue directement à la PEC du patient), soit en position "méta" lorsqu'il participe à des réunions de synthèse, staff ou réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) et donne des recommandations ou des orientations sans intervenir directement auprès du patient.

Dans l'idéal, le soutien aux équipes soignantes ne relève pas du rôle direct du psycho-oncologue clinicien – qui intervient comme un membre à part entière de cette équipe et ne peut à ce titre assumer une double mission ; et celle-ci pourra se référer à un psychologue dédié au personnel qui n'est pas lui-même en contact avec les patients. Cependant, dans de nombreux cas où les moyens humains sont limités, cette charge revient au psycho-oncologue de l'équipe, au moins dans le repérage des professionnels en souffrance ou en burn out, et l'adressage éventuel vers des ressources extérieures au service.

Dans tous les cas, les temps de concertation apparaissent essentiels et se déclinent sous différentes formes : liaison ou staff, transmission dans l'équipe de soins, staff ou réunion de concertation pluridisciplinaire, selon des rythmes variables. Aux temps de coordination réguliers peuvent s'ajouter des réunions "sur mesure", notamment dans les cas de complexité ou d'urgence nécessitant des prises de décision rapides.

3.3-4 La collaboration avec les intervenants de ville : la capacité du PO à établir des liens de qualité avec les intervenants de ville sera garante de la continuité des soins et de la qualité de la prise en charge globale. Cela peut concerner les liens avec les intervenants antérieurement connus du patient (généraliste, psychothérapeute, équipe psychiatrique de secteur...) mais aussi la possibilité de réadressage hors de la filière de soins PO de problématiques qui gagneraient à être abordées de façon indépendante (prise en charge au long cours de problématiques chroniques comme les conjugopathies ou les troubles de personnalité).

Ainsi, le travail de coordination interprofessionnelle intervient-il sur de nombreux niveaux dont le PO doit en permanence avoir conscience. La modélisation et la structuration claire du modèle de PEC est un garant de cohésion et par conséquent celui d'une meilleure adhésion du patient. A l'inverse, les flous de répartition des rôles soignants constituent des failles sans lesquelles les patients - notamment

en cas de trouble de la personnalité - s'engouffrent volontiers, ce qui complique très vite la PEC globale.

4) Formation

Les avancées permanentes des soins en oncologie, les connaissances accumulées par les recherches réalisées en psycho-oncologie et la complexité des modèles pluridisciplinaires font de la formation des acteurs un enjeu capital. Des recommandations, rédigées par un groupe de travail national [15] font émerger trois particularités :

- Elles concernent tous les acteurs de la cancérologie.

Et pas simplement les PO eux-mêmes, l'ensemble des autres professions étant amenées à interagir avec les patients et pouvant contribuer à leur soutien ou au repérage de leurs difficultés. La formation à la prise en compte des aspects psychiques du soin doit donc être intégrée dans les parcours de formation de tous les professionnels de santé qui constituent les principaux interlocuteurs des patients et des proches. Ces formations présentent les bases du fonctionnement psychique, mais doivent aussi développer une attention à la souffrance psychique, des outils de repérage et un soutien. Elle associe des formations à la communication, notamment pour les médecins [4, 22, 37].

- Elles impliquent une approche pluridisciplinaire.

Cherchant à éviter le morcèlement, la prise en charge vise l'articulation des expertises en un ensemble dont la force et l'efficacité dépassent l'addition mathématique des compétences individuelles. Cela signifie que la formation doit favoriser les identifications mutuelles, chaque acteur étant capable d'intérioriser, au moins en partie, le regard et la logique des autres acteurs, sans confusion de rôles respectifs de chacun. Il ne s'agit pas tant de former des soignants et des praticiens « complets » : chacun doit garder ses fonctions privilégiées et complémentaires; mais d'apprendre aux divers acteurs

du soin en cancérologie à communiquer, à se comprendre les uns les autres et à trouver du plaisir à travailler ensemble dans la complémentarité [26].

- Elles impliquent une formation initiale et une formation continue.

Pour les psychologues, une formation solide en psychopathologie est nécessaire, permettant l'exercice d'un soin psychique quels que soient le terrain et les situations rencontrées. Les évolutions de la cancérologie impliquent que psychologues et psychiatres réactualisent en permanence leurs connaissances pour garantir la bonne compréhension de l'expérience traversée par le patient et l'intégration de certains enjeux spécifiques au cancer (décisions thérapeutiques, observance...); parallèlement, la dynamique de recherche en psycho-oncologie implique de connaître certaines données publiées afin de proposer en permanence aux patients l'approche la plus adaptée. Une formation continue est donc indispensable, qui peut concerner la mission clinique de soins, mais aussi le travail institutionnel (formation à l'animation de groupes par exemple), l'enseignement et la recherche. La possibilité de supervision clinique est également essentielle, au titre des compétences individuelles comme de la cohésion du groupe.

5) La recherche en psycho-oncologie

La recherche en psycho-oncologie, identifiée comme l'un des domaines de recherche en sciences humaines et sociales, présente des spécificités comme l'articulation entre activité clinique et activité recherche ; ainsi que le maintien d'une évaluation continue des besoins des patients, de leurs proches mais aussi des professionnels de santé. Ainsi les acteurs impliqués dans la recherche en psycho-oncologie sont pour la plupart des cliniciens intervenant auprès des patients, de leurs proches et des équipes soignantes et médicales. Cette implication des cliniciens dans le champ de la recherche en psycho-oncologie permet des collaborations riches avec les équipes oncologiques et favorise la formulation de recommandations cliniques visant l'amélioration des pratiques. Il s'agit bien d'un

modèle de recherche translationnel au double objectif scientifique et d'amélioration des prises en charge.

Ces recherches ont schématiquement pour thématiques :

- (1) L'impact du cancer sur l'individu : évaluation des difficultés psychologiques et des besoins des patients liés à la maladie et aux traitements du cancer, ainsi que de leurs facteurs de risque ; évaluation de la qualité de vie des patients et de leurs proches tout au long du parcours de soin et après la fin des traitements ; cet axe intègre l'étude de l'impact psychique des nouveaux traitements et des nouvelles organisations de soins, mesurable en terme de qualité de vie ou de satisfaction [7];
- (2) L'impact des particularités de l'individu sur le parcours de soin : évaluation et prise en compte des particularités psychologiques et psychiatriques au cours des soins du cancer ;
- (3) L'impact des particularités des soignants sur la qualité du soin (communication soignant-soigné, représentations des soins ...)
- (4) Et plus largement évaluation des diverses approches thérapeutiques en soins psychiques.

Elles répondent aux priorités des différents Plans Cancer en visant notamment la diminution des inégalités en santé dues à des facteurs de vulnérabilité psychique préexistante (pouvant modifier l'accès à l'information médicale, à la prévention et aux soins), et l'amélioration de la qualité de vie des patients et de leurs proches aux différentes étapes du parcours de soins et dans l'après-traitement.

Le terrain que constitue l'oncologie a permis la validation de multiples outils de recherche adaptés à cette population de patients, dont un grand nombre ont été validés en français (5), qu'il s'agisse d'instruments de mesure de la détresse émotionnelle, de l'image corporelle, de la qualité de vie ou de certaines de ses dimensions, des troubles cognitifs (ex : GRECONCO [38]) mais aussi du soutien social, de la satisfaction, de la qualité de l'information... Certains sont même spécifiques du cancer (ex : EORTC IN-PATSAT 32[6], ou OUT-PATSAT35 [31], IOCv2 [3]. La recherche en psycho-

oncologie n'est cependant pas exclusivement quantitative, et l'utilisation de méthodes qualitatives ou mixtes permet souvent des conclusions d'une grande pertinence clinique.

Le choix des revues de publication est vaste et dépendra souvent de la cible prioritaire visée par le chercheur en terme d'impact clinique, selon qu'il s'adresse prioritairement à ses pairs ou aux oncologues.

Conclusion

Ainsi, le modèle collaboratif de la psycho-oncologie repose-t'il sur une dynamique pluridisciplinaire et l'excellente intégration des professionnels dans leur milieu de travail, à l'hôpital comme en ville ; ainsi que la mise à disposition de ressources adaptées sur les plan quantitatif et qualitatif.

Si la psycho-oncologie a pris un développement certain au cours des dernières années, pour autant le chemin à parcourir reste long. Une enquête nationale réalisée par la Société Française de Psycho-Oncologie avec le soutien de l'INCA a permis un état des lieux des ressources PO sur le territoire en terme de pratiques, d'organisation, de formation et de collaboration [35]. Au moins 21% des établissements n'avaient aucune offre de soin PO et 41% disposaient au maximum d'un seul temps plein. Ce chiffre contraste avec l'estimation d'un besoin de 2 à 3 équivalents temps plein (ETP) de ressources PO pour 1000 nouveaux patients pris en charge (calculé sur la base de 900 consultations annuelles pour un ETP) ; ce ratio correspondant à la prise en charge brève d'un patient sur 2 maximum et n'intégrant ni les besoins liés à l'après-cancer, ni les activités d'enseignement et de recherche.

Sur un plan qualitatif, des efforts de formation ont été réalisés ces dernières années mais restent insuffisants pour ces professionnels de la PO, notamment en terme de formation continue.

Ainsi, les experts de la psycho-oncologie doivent-ils poursuivre leurs efforts de développement, d'intégration et de collaboration, dans l'optique de soutenir tous les patients ayant des besoins psychiques dans le contexte du cancer.

Références Bibliographiques

[1] Bacqué MF, Dolbeault S. Quelles missions et fonctions pour le psycho-oncologue ? In: Dolbeault S, Dauchy S, Brédart A, Consoli SM. In : La psycho-oncologie, ed John Libbey Eurotext, 2007, Paris, pp 19–30.

[2] Barruel F, Dauchy S, Charles C, Le Bihan A et le groupe de travail AFSOS SFPO6. Transmission des informations en psycho-oncologie. La Lettre du Cancérologue, 2012 sept, 21, 7, 365-370 et <http://www.sfpo.fr/ressources/recommandations-et-referentiels.html>.

[3] Blanchin M, Dauchy S, Cano A, Brédart A et al. Validation of the French translation-adaptation of the impact of cancer questionnaire version 2 (IOCv2) in a breast cancer survivor population. Health Qual Life Outcomes, 2015 Jul 29;13(1):110.

[4] Brédart A, Bouleuc C, Dolbeault S. Doctor-patient communication and patient satisfaction in oncology. Curr Opin Oncol, 2005, 17:351–4.

[5] Brédart A, Consoli S. La recherche en PO, ses enjeux et ses outils In : La psycho-oncologie, ed John Libbey Eurotext, 2007, Paris, pp 229-253.

[6] Brédart A, Coens C, Aaronson N, Chie WC, et al; EORTC Quality of Life Group and EORTC Quality of Life Unit. Determinants of patient satisfaction in oncology settings from European and Asian countries: preliminary results based on the EORTC IN-PATSAT32 questionnaire. Eur J Cancer, 2007 Jan;43(2):323-30.

[7] Brédart A, Kop JL, Griesser AC et al. Assessment of needs, health-related quality of life, and satisfaction with care in breast cancer patients to better target supportive care. *Ann Oncol*, 2013 Aug;24(8):2151-8.

[8] Bultz BD, Johansen C. Screening for distress, the 6th vital sign: where are we, and where are we going? *Psychooncology*, 2011 Jun;20(6):569-71.

[9] Canadian Association for Psychosocial Oncology. Howell D, Keller-Olaman S, Oliver T et al. A Pan-Canadian Practice Guideline: Screening, Assessment and Care of Psychosocial Distress (Depression, Anxiety) in Adults with Cancer, Toronto: Canadian Partnership Against Cancer (Cancer Journey Action Group) and the Canadian Association of Psychosocial Oncology, August 2010, updated april 2014 (disponible en français: http://www.capo.ca/FRENCH_Depression_Anxiety_Guidelines_for_Posting.pdf).

[10] Carlson LE, Waller A, Mitchell AJ. Screening for distress and unmet needs in patients with cancer: review and recommendations. *J Clin Oncol*, 2012 Apr 10;30(11):1160-77.

[11] Chida Y, Hamer M, Wardle J, Steptoe A. Do stress-related psychosocial factors contribute to cancer incidence and survival? *Nat Clin Pract Oncol*, 2008 Aug;5(8):466-75.

[12] Colombat P(1), Antoun S, Aubry R, Banterla-Dadon I et al. [Setting up supportive care in oncology: reflexions and suggestions]. *Bull Cancer*. 2009 Sep 1;96 Suppl 2:67-79 [Article in French].

[13] Consoli SM, Dauchy S (2007) Place de la psycho-oncologie dans le champ de la cancérologie. In: *La psycho-oncologie*, ed John Libbey Eurotext, 2007, Paris, pp 11–8.

[14] Coyne JC. Benefits of screening cancer patients for distress still not demonstrated. *Br J Cancer*, 2013 Feb 19;108(3):736-7.

[15] Dauchy S, Bacqué MF, Consoli SM, Durdux C et al. L'intégration de la psycho-oncologie dans les formations en cancérologie. Les recommandations de la Société Française de Psycho-Oncologie (SFPO). *Psycho-Oncologie*, March 2014, Volume 8, Issue 1, pp 52-58.

[16] Dolbeault, Dauchy S, Brédart A, Consoli. *La Psycho-oncologie*, Editions John Libbey Eurotext, collection Pathologie Science Formation, 2007, 257 p.

[17] Dolbeault S, Boistard B, Meuric J, Copel L, Brédart A. Screening for distress and supportive care needs during the initial phase of the care process: a qualitative description of a clinical pilot experiment in a French cancer center. *Psychooncology*. 2011 Jun;20(6):585-93.

[18] Holland JC, Bultz BD; National comprehensive Cancer Network (NCCN). The NCCN guideline for distress management: a case for making distress the sixth vital sign. *J Natl Compr Canc Netw*. 2007 Jan;5(1):3-7.

[19] Holland JC, Andersen B, Breitbart WS et al. Distress management. *J Natl Compr Canc Netw*, 2013 Feb 1;11(2):190-209. Review.

[20] Holland JC, Breitbart WS, Jacobsen PB, Loscalzo MJ et al. *Psycho-oncology*, 3rd edition. Oxford University Press, New York, 2015, 808 p.

[21] Howard LM, Barley EA, Davies E et al. Cancer diagnosis in people with severe mental illness: practical and ethical issues. *Lancet Oncol*, 2010 Aug;11(8):797-804.

[22] Kissane DW, Bylund CL, Banerjee SC et al. Communication skills training for oncology professionals. *J Clin Oncol*, 2012;30:1242-1247.

[23] Krakowski I, Chardot C, Bey P, Guillemin F, Philip T. [Coordinated organization of symptoms management and support in all the stages of cancer disease: putting in place pluridisciplinary structures of supportive oncological care]. *Bull Cancer*, 2001 Mar;88(3):321-8.

[24] Landry-Dattée N, Boinon D, Roig G, Bouregba A et al. Telling the Truth...With Kindness: Retrospective Evaluation of 12 Years of Activity of a Support Group for Children and Their Parents With Cancer. *Cancer Nurs*, 2016 Mar-Apr;39(2):E10-8.

[25] Ligue nationale contre le cancer. Les malades prennent la parole : le livre blanc des premiers états généraux des malades du cancer. Paris, 1999, 261 p.

[26] Merckaert I, Libert Y, Razavi D. Communication skills training in cancer care: where are we and where are we going ? *Curr Opin Oncol*, 2005 Jul;17(4):319-30.

[27] Mitchell AJ, Meader N, Davies E, Clover K et al. Meta-analysis of screening and case finding tools for depression in cancer: evidence based recommendations for clinical practice on behalf of the Depression in Cancer Care consensus group. *J Affect Disord*. 2012 Oct;140(2):149-60.

[28] Mitchell AJ. Screening for cancer-related distress: when is implementation successful and when is it unsuccessful? *Acta Oncol*. 2013 Feb;52(2):216-24.

[29] National Cancer Institute (NICE): Adjustment to cancer : anxiety and distress. Health Professional

version.<http://www.cancer.gov/cancertopics/pdq/supportivecare/adjustment/HealthProfessional/page3>.

[30] National Comprehensive Cancer Network. Clinical Practice Guidelines in Oncology, version 3.2015. http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/distress.pdf.

[31] Nguyen TV, Anota A, Brédart A, Monnier A et al. A longitudinal analysis of patient satisfaction with care and quality of life in ambulatory oncology based on the OUT-PATSAT35 questionnaire. *BMC Cancer*, 2014 Jan 25;14:42.

[32] Pinquart M, Duberstein PR. Associations of social networks with cancer mortality: a meta-analysis. *Crit Rev Oncol Hematol*, 2010 Aug;75(2):122-37.

[33] Satin JR, Linden W, Phillips MJ. Depression as a predictor of disease progression and mortality in cancer patients: a meta-analysis. *Cancer*, 2009 Nov15;115(22):5349-61.

[34] Société Française de Psycho-Oncologie. Recommandations et référentiels <http://www.sfpo.fr/ressources/recommandations-et-referentiels.html>

[35] Société Française de Psycho-Oncologie. Enquête sur l'organisation de la prise en charge psychologique au sein des établissements de santé autorisés en cancérologie. Sous l'égide de l'Institut National du cancer, août 2012.

[36] Société Française de Psycho-Oncologie et Association Francophone de Soins Oncologiques de Support. Critères d'orientation : Qui, quand et pourquoi orienter vers les psychologues/psychiatres ? Référentiels inter régionaux en soins oncologiques de support (SFPO-AFSOS), 2015.

<http://www.sfpo.fr/ressources/recommandations-et-referentiels.html>.

[37] Stiefel F, Barth J, Bensing J, Fallowfield L et al. Communication skills training in oncology: a position paper based on a consensus meeting among European experts in 2009. *Ann Oncol*, 2010 Feb;21(2):204-7.

[38] Taillia H., Léger I., Moroni C., Boone M. et al. Batterie du Groupe de Réflexion sur les Evaluations Cognitives en ONCOlogie (GREC-ONCO). In Hugonot-Diener L, Thomas-Antérion, F, Sella (Eds.), GREMOIRE 2 : Tests et échelles des maladies neurologiques avec symptomatologie cognitive. France, Solal. 2015, pp.33 37.

[39] van Scheppingen C, Schroevers MJ, Smink A, van der Linden YM et al. Does screening for distress efficiently uncover meetable unmet needs in cancer patients? *Psychooncology*, 2011Jun; 20(6):655-63.