

LA PSYCHO-ONCOLOGIE À L' HEURE DU VIRAGE

AMBULATOIRE DE LA CANCÉROLOGIE

Dr Reich Georges Michel
Mme Ait-Kaci Fazya
Mme Sedda Anne-Laure
Equipe de Psycho-oncologie
8^{ème} Congrès National des Réseaux
de Cancérologie
Lille le 16 novembre 2017



PAS DE CONFLITS D'INTERET EN
LIEN AVEC CETTE PRESENTATION

- Le terme **ambulatoire** désigne une prise en charge médicale d'un patient, sans nuit passée à l'hôpital, et donc d'une durée d'hospitalisation de **moins de 12h** (entrée et sortie le même jour)
- L'ambulatoire doit pouvoir assurer la **qualité des soins** et la **sécurité** des patients durant ce **bref séjour** tout en préservant confort et réhabilitation rapide (ex en post opératoire)

Houvenaeghel G et al. Oncologie 2015



- Prise en compte de la **dimension psychologique, psychiatrique, comportementale, sociale**, existentielle et spirituelle **des malades et de leur entourage familial** confrontés au cancer et à ses traitements
- Prise en compte du **vécu psychologique des équipes soignantes** prodiguant les soins en cancérologie
- Discipline étudiant les **complications psychosociales et psychiatriques** pouvant survenir à tous les stades de la maladie cancéreuse
 - ⇒ Intègre la **dimension psychosociale** en cancérologie
 - ⇒ **Participe aux soins en cancérologie**
 - ⇒ Intégrée dans **les soins de support** (mesure 42 Plan Cancer 2003)

- **Place croissante de l'ambulatoire dans le traitement du cancer** : chirurgie, chimiothérapie orale, radiologie interventionnelle,....
- **Rendre plus fluide un parcours de soin multidisciplinaire souvent complexe**
Dravet F Oncologie 2015
- **Intérêt médico-financier de l'ambulatoire indéniable** [moins coûteux / CPAM (DMS + courte), moins de risque médicaux associés (iatrogénie, infections nosocomiales,...)]

Rapport HAS avril 2012, Cour des comptes sept 2013, Groupe Unicancer oct 2013

■ Objectif :

- atteindre **50 %** pour la chirurgie ambulatoire en 2020
- standard pour la chirurgie du cancer du sein

Groupe Unicancer 2013; Le Blanc-Onfroy et al. Oncologie 2015

■ Nécessité d' une **adaptation du parcours de soins** à ces pratiques

■ Quels en sont les **limites** ?

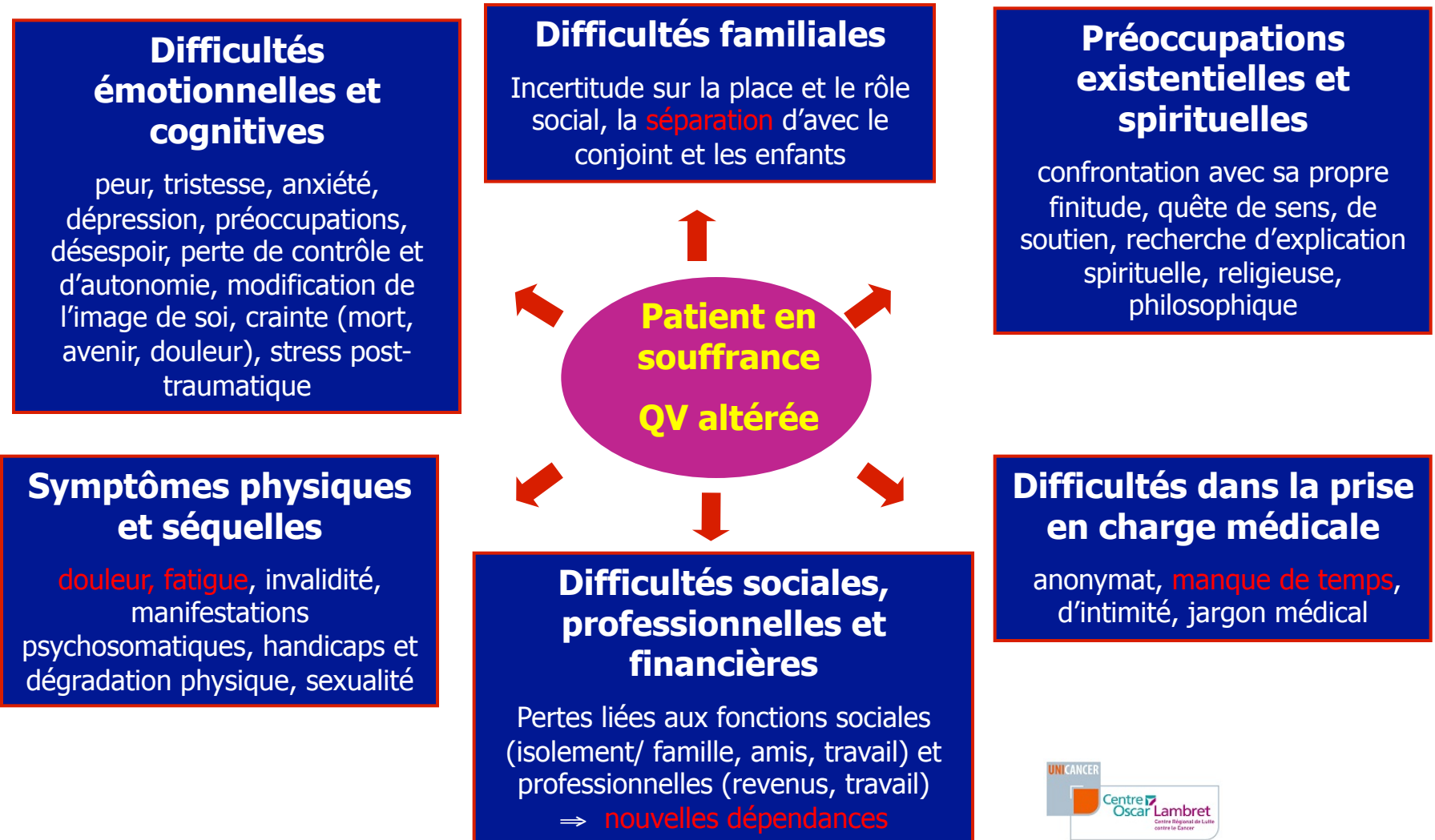
- par rapport aux **effets secondaires** des traitements?
- par rapport au **bien-être** physique et psychologique des patients?

Dans ce contexte du développement croissant de l'ambulatoire:

- **Modification radicale** du rapport patient/famille avec la structure de soins
- De **nouvelles temporalités** apparaissent mais qui accentuent l'inadéquation entre **temps médical** (rationnel, efficient, « rentable » car chiffrable) et **temps psychique** (subjectif, non rentable car non mesurable)
- **Virage ambulatoire** vient incontestablement **bousculer** les représentations et attentes des patients / hôpital et soignants
- Quid des **répercussions psychologiques** pour les patients et leur entourage de cette nouvelle organisation des soins ?

Ensembles des difficultés rencontrées par le patient atteint de cancer, accessibles aux soins de support

adapté de Dolbeault S, 2008





QUESTIONNEMENT DES PSY / AMBULATOIRE ?

Dans ce contexte du développement croissant de l'ambulatoire « pour tout » et « pour tous »:

- Comment **préserver** une prise en charge psychologique optimale des patients ?
- Quel **impact** de cette nouvelle temporalité médicale sur la prise en charge psychologique et sur les **modalités de travail** des professionnels du soin psychique ?
- Comment **intégrer** les soins psychiques au cœur des soins oncologiques, des réseaux, de la ville/hôpital ?
- Comment **anticiper** les **besoins psychosociaux** des patients qui seront confrontés à des séquelles physiques et/ou psychiques de la maladie et des traitements dans plus de 50% ?

PRÉREQUIS POUR ÉVITER L'IMPACT DÉLÉTÈRE DE L'AMBULATOIRE

- Expliciter clairement les **modalités de la prise en charge** ambulatoire au patients et à ses aidants
- S'assurer de leur **bonne compréhension** et de leur **adhésion** à la démarche ambulatoire
- Rassurer sur la **permanence du lien avec l'hôpital** et sur la **qualité du lien ville-hôpital** afin d'éviter tout sentiment d'abandon
- Evaluer les **ressources internes et externes** du patient :
 - stratégies d'adaptation efficaces,
 - bonne gestion de l'anxiété et absence de troubles dépressifs,
 - soutien psychosocial de qualité,
 - capacités à s'appuyer et faire appel aux structures extérieures (MT, HAD, CMP,...)

Rôle du professionnel de soin psychique:

- **Évaluation de la détresse psychosociale**
 - **Diagnostic psychiatrique** (ex: anxiété, dépression, confusion, psychoses, troubles de personnalité, addictions...)
 - **Évaluation des particularités cognitives et comportementales en relation avec les manifestations de détresse psychosociale** (ex: contrôle perçu, croyances, style d'attribution causale)
 - **Évaluation des ressources personnelles et sociales** (ex: «coping », support social, croyances, perception de cohérence, d'auto-efficacité)
 - **Évaluation du bien-être et de la qualité de vie liée à la santé**
 - **Évaluation liées aux options thérapeutiques** (ex : modalités d'intervention, motivation...) et les possibles **interactions médicamenteuses**
- ⇒ In fine **c'est pouvoir** redonner **du sens** aux événements, rétablir la continuité psychique suite à la déstabilisation de la psyché (sidération, coup d'arrêt dans psychisme suite à effet d'annonce)

Soulie O et al Bull Cancer 2011; Lopez C et al Psycho-Oncologie 2010; Koch U Psychooncology 2008

QUAND ORIENTER VERS UN SPÉCIALISTE DU SOIN PSYCHIQUE ?

ADAPTÉ DU RÉFÉRENTIEL INTERRÉGIONAL EN SOINS ONCOLOGIQUES DE SUPPORT SUR LA DÉPRESSION VERSION 2011

Avant tout, cela dépend des ressources disponibles :

▪ Orientation d'emblée vers un psychologue

- en l'absence de facteur de gravité psychiatrique
- si le patient le demande
- si une psychothérapie spécifique est indiquée (association avec un trouble anxieux).

▪ Orientation vers un psychiatre

➤ D'emblée en cas d'éléments de gravité et avant toute prescription de psychotropes :

- en cas de présence de troubles psychiatriques comme schizophrénie, troubles bipolaires
- présence d'un trouble grave de la personnalité
- présence d'un risque suicidaire : idées, ATCD de TS ou TS récente

➤ En deuxième intention :

- pour avoir une confirmation ou infirmation du diagnostic
- devant un patient résistant à un premier traitement (antidépresseur, anxiolytiques...) prescrit par MT ou oncologue
- pour une adaptation thérapeutique des psychotropes



Aspects psychosociaux : Orientation psychologique / psychiatre : Comment préserver ce schéma de fonctionnement en ambulatoire ?

Souffrance psychique repérée dans le discours
du patient et/ou mise en évidence par les
outils de dépistage

Détresse psychologique et/ou
Ressources du patient insuffisantes
et/ou Situations à risque

Antécédents psychiatriques
Risque suicidaire
Décompensation psychiatrique aiguë

Orientation psychologique

Orientation psychiatre

Travail de liaison avec l'équipe de
soins
Orientation si nécessaire vers les soins

Proposition de suivi par le
professionnel de soin psychique ou
continuité d'un suivi antérieur

Instauration d'un
traitement
pharmacologique



- **Limitation** temps d'hospitalisation et retour plus rapide au domicile
- **Rétablissement** des patients **plus rapide** au domicile entourés de ses proches (soutien ++)
Kambouris A Am Surg 1996
- **Satisfaction** meilleure / hospitalisation traditionnelle
McManus SA et al. Am Surg 1994
- **Dédramatisation** de l'acte opératoire / prise en charge simplifiée (ex : épargne morphinique)
Bonnaud Antignac A et al. Oncologie 2015; Francon D et al. Oncologie 2015



AVANTAGES DE L'AMBULATOIRE SUR UN PLAN PSYCHOLOGIQUE

- **QV améliorée** et augmentation du locus de contrôle interne (croyance que le patient a des ressources personnelles lui permettant de maîtriser et de faire face à la situation)
Kambouris A Am Surg 1996
- **Amélioration de la communication intrafamiliale** sur la maladie d'où renforcement des interactions familiales
Bonnema J et al. BMJ 1998
- **Meilleur ajustement psychologique**, moins de détresse Ψ (anxiété, dépression), reprise précoce des activités habituelles
Margolese RG et al. Ann Surg Oncol 2000

INCONVÉNIENTS DE L'AMBULATOIRE SUR UN PLAN PSYCHOLOGIQUE

- Nécessité d'une **information détaillée** de la procédure pour une **acceptation** optimale des patients
- Nécessité de **s'enquérir** des **motivations personnelles** du patient pour une prise en charge ambulatoire vs pression sociale et médicale (HAS, UNICANCER)
Bonnaud Antignac A et al. Oncologie 2015
- **Gestion des craintes** des patients / retour au domicile jugé trop rapide (court séjour) et incapacité à gérer les symptômes (ex de la douleur postopératoire)
Marchal F et al. Eur J Surg Oncol 2005

INCONVÉNIENTS DE L'AMBULATOIRE SUR UN PLAN PSYCHOLOGIQUE

Ne permet pas d'appréhender chez les patients :

- le **vécu** de l'atteinte et/ou de la perte de l'organe (ex du sein)
- le **temps d'élaboration** / peur du cancer et de l'atteinte du corps/émotions associées
- leurs **stratégies d'ajustement** face à l'expérience de l'ambulatoire
- un **dépistage** optimum de la détresse psychologique

⇒ **Vécu difficile** / injonction médicale d'une normalisation de l'adaptation et d'une autonomie à acquérir à tout prix

⇒ Risque de **carence de la relation soigné/soignant** au sein de l'hôpital du fait de soins technico médicaux « compressés » dans le temps

L' hôpital ne remplissant plus sa **fonction contenant** (grâce au groupe formé par l' équipe soignante) et d' **étayage** va laisser certains patients vulnérables en plein désarroi / retour à domicile précoce :

- Sentiment d' **abandon** et d' **incompréhension**
- Majoration de leur **état anxieux**
- Banalisation** de la maladie, des symptômes et des traitements
- Minimisation** des conséquences psychosociales
- Sentiment d' **être une charge** pour l' entourage / fatigue et anxiété chez les proches
- Sentiment de **décalage** entre la gravité de la maladie et le peu de temps passé à l' hôpital
- Détresse psychologique** provoquée par l' importance des symptômes et/ou des effets secondaires des traitements pas forcément pris en charge de façon optimale à l' extérieur de l' hôpital

Bonnaud Antignac A et al. Oncologie 2015



- **Temporalité psychique** du patient n'est pas en adéquation avec la **temporalité médicale** et la DMS
- Ses mécanismes de défense ne respectent pas forcément la logique de l'ambulatoire
- Multiplication des intervenants dans un temps restreint :
 - quid de la prise en compte du niveau d'information requis par les patients
 - quid de l'intégration des différentes informations par les patients

Mekuria AB et al. Patient Prefer Adherence 2016; Shea-Budgell MA et al Curr Oncol 2014; Lock KK et al. Can J Nurs Res 2002

- Non prise en compte des **besoins psychosociaux** des patients dont les AJA

Barakat LP et al. Support Care Cancer 2016; Law WW et al. Breast cancer Res Treat 2011



- **Anticipation** des liens avec les services d'ambulatoire : chirurgie, chimiothérapie orale, autres...
 - anticiper les difficultés psychosociales durant la **phase aiguë** des traitements
 - anticiper les difficultés psychosociales de l'**après-cancer**
- **Sensibiliser** les équipes soignantes d'ambulatoire au **repérage** des **facteurs prédictifs** de souffrance psychologique : **dépistage** +++
- Favoriser l'**accessibilité** des patients **aux soins psychiques**



Cette prise en charge doit permettre:

➤ La mise en place **d' outils de dépistage** et de soutien (DT, HADS, PHQ ...)

Chiang AC et al. J Oncol Pract 2015; Hoodin F et al. Biol Blood Marrow Transplant 2013; Jacobsen PB et al. Cancer 2005

➤ L' apport **d' informations** précises et suffisantes (Cs d' annonce, parcours de soins adapté) : fiches, livrets, DVD...

➤ L' orientation vers les **soins de support** à des temps différents de la maladie et de ses traitements *Garnier SR et al. Bull Cancer 2015; Rhondali W et al. Support Care Cancer 2014; Yennurajalingam S et al. J Pain Symptom Manage 2011*

➤ Aider les patients à devenir acteurs du processus thérapeutique : rôle de **l'éducation thérapeutique ++**



- Prise en charge ambulatoire
⇒ moins de frais d' hospitalisation
- Question de la rentabilité d' un séjour de plus en plus court

Paradoxe :

DMS de plus en plus court :

- ⇒ **Majoration** des CE de psychologues en ambulatoire
(« **non valorisable** » dans le cadre d' un **GHS**)

- ⇒ **Moins** de CE en hospitalisation
(« **valorisable** » dans un GHS type **soins de support / soins palliatifs**)



Propositions :

- **Programmer** un séjour ambulatoire dans le cadre d'une prise en charge soins de support sur une journée

- **Anticiper** la demande de CE en psycho-oncologie :
 - faite par le patient
 - faite par l'entourage familial
 - faite par le praticien (en accord avec le patient)

- **Coupler** CS chirurgien et/ou oncologue avec CS psycho-oncologue le même jour

- La psycho-oncologie doit **s'adapter** à un processus d'organisation clinique différent des hospitalisations traditionnelles
- **Anticiper** les conséquences psychologiques :
 - en **amont** : informations et moyens d'accompagnement suffisants avant le retour à domicile
 - en **aval** : gestion des symptômes psychiques et du retentissement psychologique
- En cas de **décompensation psychiatrique** préopératoire et post opératoire :
 - intervention du psychiatre dans un contexte de CS d'urgence



- L'ambulatoire ne permettra pas à l'oncologue ou au médecin référent de faire l'économie :
 - de la prise en compte de l'**état psychologique** du patient
 - d'une poursuite d'un **partenariat** + collaboration avec soins de support dont la psycho-oncologie
- **Intervention rapide :**
 - lors de situations de **décompensation psychopathologique** où l'expert de terrain (psychiatre) sera indispensable
 - lors de la **gestion de crises** au sein des équipes soignantes est assumée par le médecin référent et l'équipe soignante
- **Intervention différée :**
 - nécessité d'une **présentation** du psycho-oncologue par l'oncologue référent : évoquer, présenter, expliquer simplement son rôle
 - prise de RDV

- Le développement de l'ambulatoire implique une **réflexion** sur la **pratique des soins** et les **modifications** qui en découlent y compris dans le champ de la psycho-oncologie
- **Adaptation de la psycho-oncologie** à ces nouvelles modalités de la prise en charge mais sans pour autant en perdre son **identité** :
 - respect de la **temporalité psychique** des patients
 - amélioration des **techniques de dépistage** de la détresse psychique
 - amélioration des **modalités d'orientation** vers le professionnel de soin psychique ad hoc
 - importance de la **formation** des équipes soignantes mais aussi de la **sensibilisation** des patients