



Grilles d'évaluation des besoins SOS (nouveau référentiel Octobre 2021)



St Malo
24/03/2023

Karine BIDEAU Médecin
Morgane POIRIER IPA

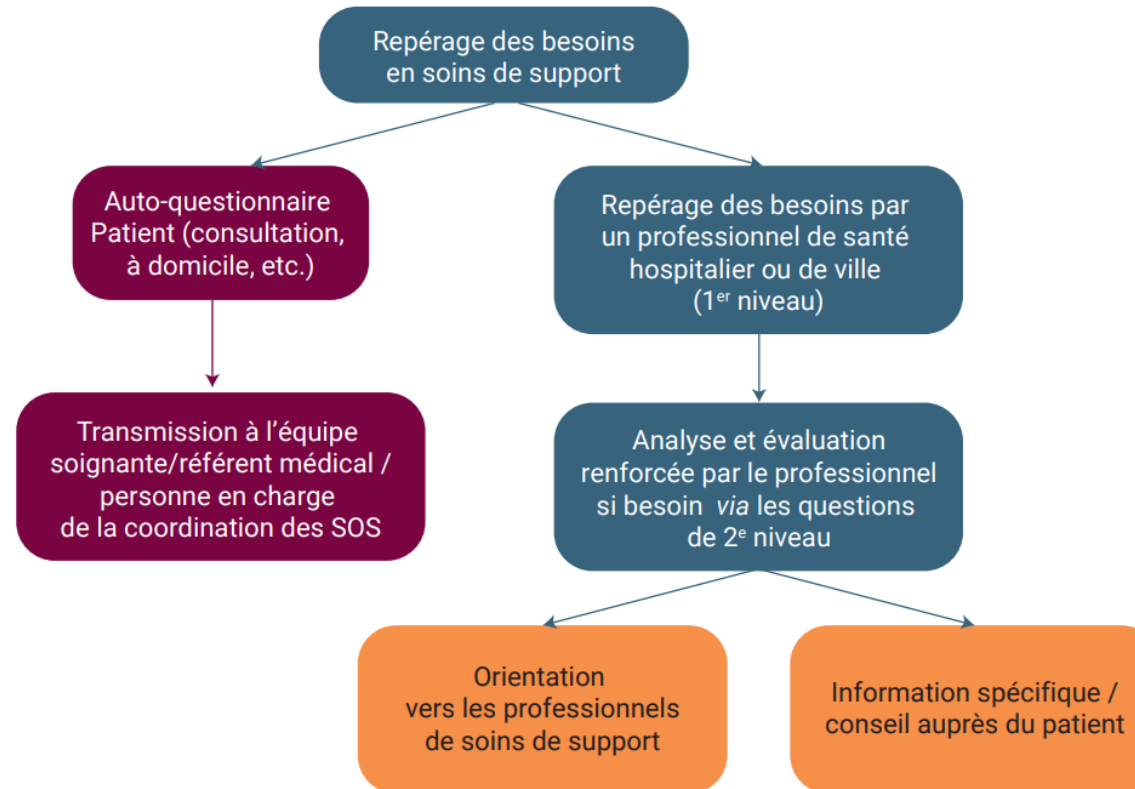
Objectifs et généralités des questionnaires

- ❖ Repérage et identification des points de vigilance
- ❖ Orientation vers les soins de support adaptés
- ❖ Evaluations régulières tout au long du parcours (changement de traitement, récurrence...)
- ❖ 4 questionnaires :
 - ❖ Phase active de traitement :
 - 1^{er} niveau Auto-questionnaire patient
 - 1^{er} et 2^{ème} niveau professionnel
 - ❖ Phase après-cancer
 - Auto-questionnaire patient
 - 1^{er} et 2^{ème} niveau professionnel

L'éducation du patient par l'auto-questionnaire lui permet d'anticiper certains recours.

Organisation du repérage et de l'évaluation des besoins en soins de support

Schéma n° 1 : Organisation du repérage et de l'évaluation des besoins en soins de support



Source INCa

Auto-questionnaire et niveau 1 professionnel

ITEMS

Compréhension
de la maladie et
du traitement

Nutrition

Activité
physique

Douleur

Fatigue

Actions
thérapeutiques

Maintien et
retour à
l'emploi

Psychologie

Social, familial
et
professionnel

Habitudes de
vie

Santé sexuelle

Fertilité

Niveau 2 professionnel

- ❖ Certains points de niveau 1 nécessitent un approfondissement en fonction des réponses pour mieux caractériser et orienter le/les besoins :
 - ❖ **Nutrition** : poids et taille du patient, estimation perte de poids, IMC, modification des habitudes alimentaires.
 - ❖ **Douleur** : caractérisation de la douleur, EVA, DN4, traitement actuel
 - ❖ **Habitudes de vie** : questionnaire FACE pour addiction alcoolique
 - ❖ **Psychologie** : évaluation par échelle de l'HADs
 - ❖ **Santé sexuelle**

Auto-questionnaire après cancer

- A proposer quand le traitement du cancer est terminé, si possible au début de la mise en place de la surveillance
- Les items abordés restent semblables, s'ajoute la rééducation et la réadaptation

Où trouver les questionnaires ?

- ❖ https://www.e-cancer.fr/content/download/333178/4755860/file/RefOrg_PatientsCancers_WEB.pdf
- ❖ <https://www.e-cancer.fr/content/download/333229/4756622/file/Autoquestionnaire%20niveau%201%20-%20patient%20pendant%20traitement.pdf>

Expérience quimpéroise

- Auto-questionnaire inclus dans le livret de suivi avec présentation des soins de support
- Remis lors de la consultation d'annonce par le médecin
- Retour au secrétariat d'HDJ ou des soins de support
- Seulement 50 retours de questionnaires en un peu plus d'un an : manque de moyen, méconnaissance des professionnels, questionnaire peu attractif (noir et blanc, police trop petite...)

Répartition selon les spécialités

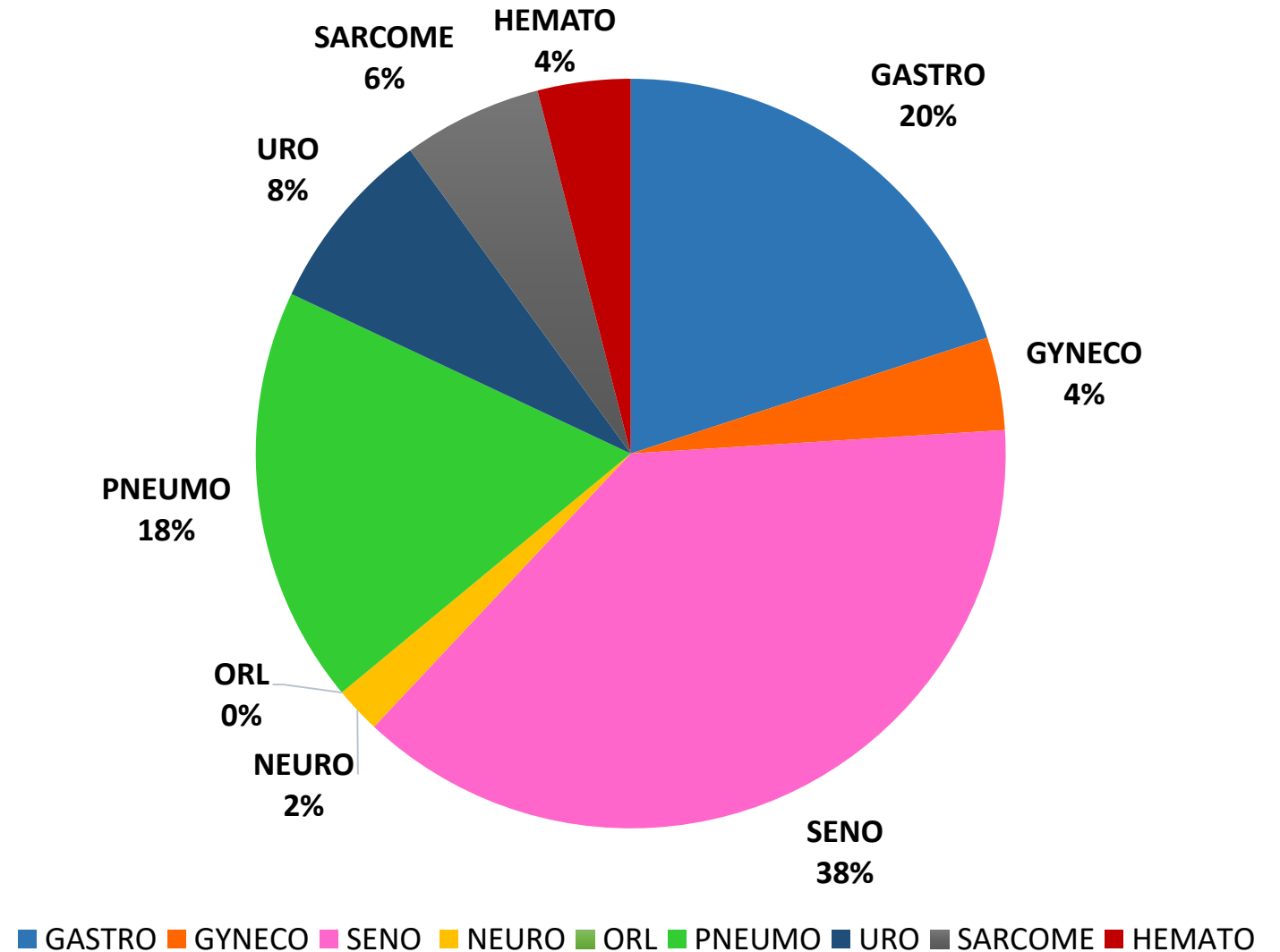
42 % de retour de questionnaires par des patientes suivi en séno-gynéco

Seulement 8% pour les patients d'urologie

Aucun pour les patients atteints d'un cancer ORL

Peu de retour pour l'hématologie : filière spécifique

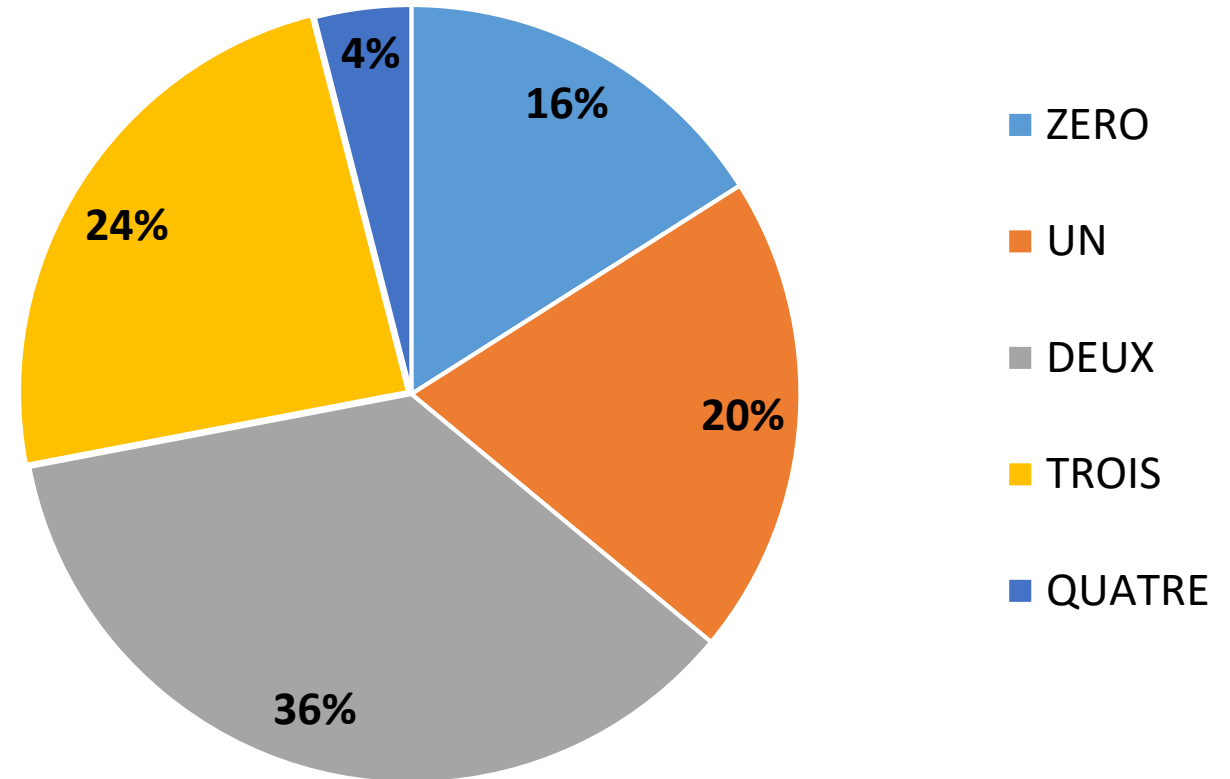
=> **Représentatif des profils patients faisant appel aux soins de support.**



Analyse sur 50 questionnaires

Nombre de questionnaire de 2^{ème} niveau

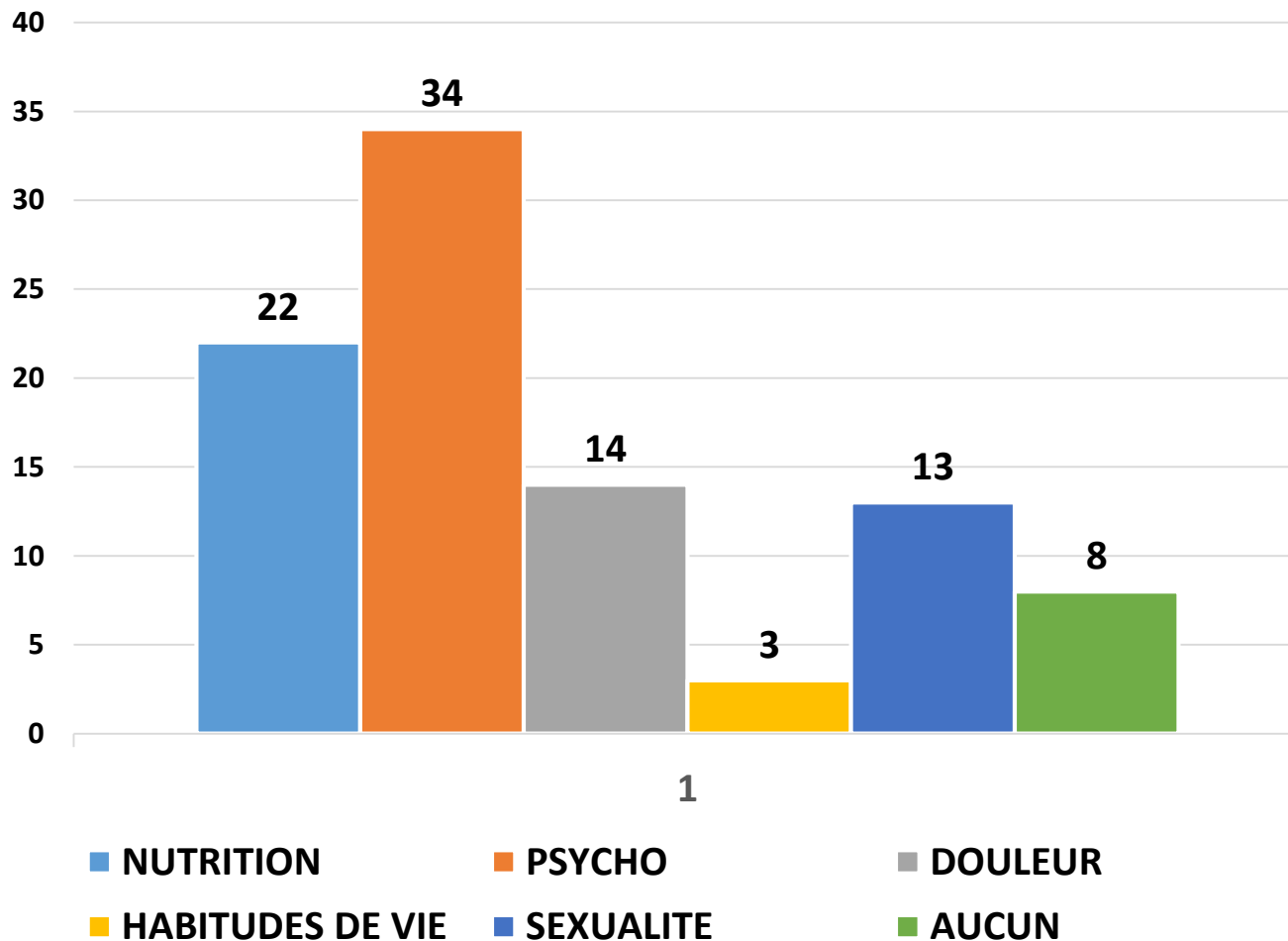
- Questionnaire de 2^{ème} niveau dans la plupart des retours.
- Dans 56 % des cas, il n'y a pas plus de 2 items à approfondir.
- 1/5 nécessite de faire la totalité des questionnaires de 2^{ème} niveau



Analyse sur 50 questionnaires

Items nécessitant un 2^{ème} niveau

Questionnaire 2^{ème} niveau



- La nécessité d'approfondir le besoin de soutien psychologique est très fréquent
- En nutrition, la moitié des patients ayant répondu ont besoin d'une évaluation de 2^{ème} niveau (ou orientation directe vers la diététicienne).
- Dans 1/3 des cas, il faut une caractérisation de la douleur

Difficultés :

- Qui effectue les questionnaires de 2^{ème} niveau ?
- Comment mettre en place à moyens constants ?

Comment améliorer les retours de questionnaires ?

- Faire des réunions d'information auprès des différentes équipes accueillant le patient tout au long de son parcours
- Laisser des questionnaires à disposition dans les salles d'attente de consultation, en hôpital de jour...
- Rendre le questionnaire plus attractif et plus visible.

Exemple d'auto-questionnaire

FICHE DE REPERAGE DES BESOINS DES PATIENTS EN SOINS DE SUPPORT		Avant traitement du cancer ☐ Pendant traitement du cancer ☐ Après traitement (après cancer) ☐	
Cadre réservé à l'équipe de soins Date : Réalisé par (Nom) : Fonction :		Nom du Médecin traitant : Couverture sociale : Sécurité sociale : Oui ☐ Non ☐ Mutuelle : Oui ☐ Non ☐ ALD : Oui ☐ Non ☐	
		IDENTIFICATION DU PATIENT Sexe : M ☐ F ☐ Nom : Nom de Jeune fille : Prénom(s) : Date de naissance (jj/mm/aaaa) : Âge :	
(1) PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR Avez-vous des douleur(s) ? Oui ☐ Non ☐ Si oui, localisation de la douleur : Intensité moyenne de la douleur sur une échelle de 0 à 10 : La douleur perturbe-t-elle votre sommeil ? Oui ☐ Non ☐ La douleur perturbe-t-elle vos activités habituelles ? Oui ☐ Non ☐ Prenez-vous un traitement antalgique ? Oui ☐ Non ☐ Si oui, le(s)quel(s) ? Le(s) traitement(s) vous soulage(nt)-il(s) ? Oui ☐ Non ☐		(3) PRISE EN CHARGE DIETETIQUE & NUTRITION Votre appétit est : Augmenté ☐ Diminué ☐ Inchangé ☐ Aucun appétit ☐ Avez-vous des symptômes associés ? Oui ☐ Non ☐ (Troubles de la déglutition ou mastication, nausées et/ou vomissements...) Si oui, le(s)quel(s) : Perte de poids $\geq$ 5% en 1 mois : Oui ☐ Non ☐ Et / ou perte de poids $\geq$ 10% en 6 mois : Oui ☐ Non ☐ Votre poids actuel (kg) : Votre poids habituel avant la maladie (kg) : Votre taille (m) : IMC (= poids / (taille) ² en kg/m ²) :	
(2) PRISE EN CHARGE SOCIALE, FAMILIALE ET PROFESSIONNELLE Avez-vous des enfants à charge ? Oui ☐ Non ☐ Si oui, nombre d'enfants : Age des enfants : Vivez-vous seul ? Oui ☐ Non ☐ Etes-vous aidant d'un proche ? Oui ☐ Non ☐ Etes-vous isolé ? (Géographiquement, socialement etc.) Oui ☐ Non ☐ Avez-vous des difficultés dans les activités de base de la vie quotidienne ? (Toilette, repas, habillage etc.) Oui ☐ Non ☐ Avez-vous des inquiétude(s) sur le plan financier, professionnel, familial ou sur l'hébergement ? Oui ☐ Non ☐ Information(s) complémentaire(s) :		(4) PRISE EN CHARGE PSYCHOLOGIQUE DES PATIENTS Eprouvez-vous de l'anxiété ou de l'anxiété ? Oui ☐ Non ☐ Avez-vous des troubles du sommeil ? Oui ☐ Non ☐ Avez-vous une baisse de moral ces derniers temps ? Oui ☐ Non ☐ Avez-vous déjà eu des épisodes dépressifs ? Oui ☐ Non ☐ Souhaitez-vous un soutien d'ordre moral ? Oui ☐ Non ☐	
		(5) CONSEILS D'HYGIENE DE VIE Consommation de tabac : Oui ☐ Non ☐ Consommation d'alcool : Oui ☐ Non ☐ Avez-vous d'autre(s) addictions(s) ? Oui ☐ Non ☐ (Cannabis, cocaïne, opioïdes etc.) Si oui, la (les)quelle(s) :	
		ORIENTATION PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR Médecin traitant ☐ Médecin algologue ☐ Autre ☐ Préciser : Nom : Structure : Téléphone : PRISE EN CHARGE SOCIALE, FAMILIALE ET PROFESSIONNELLE Médecin traitant ☐ Assistant(e) social(e) ☐ Autre ☐ Préciser : Nom : Structure : Téléphone : PRISE EN CHARGE DIETETIQUE ET NUTRITION Médecin traitant ☐ Médecin nutritionniste ☐ Diététicien(ne) ☐ Autre ☐ Préciser : Nom : Structure : Téléphone : PRISE EN CHARGE PSYCHOLOGIQUE Médecin traitant ☐ Médecin psychiatre ☐ Psychologue ☐ Autre ☐ Préciser : Nom : Structure : Téléphone : CONSEILS D'HYGIENE DE VIE Médecin traitant ☐ Médecin addictologue ☐ Autre ☐ Préciser : Nom : Structure : Téléphone :	

Réseau Régional de Cancérologie Oncopaca-Corse - Hôpitaux Sud, 270 Bd Ste Marguerite, 13009 Marseille - Tél. 04 91 74 49 58 - Fax. 04 91 74 50 91

1/2

onco Paca-Corse Réseau Régional de Cancérologie

Groupe de travail régional SUD PACA CORSE SOINS DE SUPPORT & CANCER

Logo de la structure

Exemple d'auto-questionnaire

(6) ACTIVITE PHYSIQUE ADAPTEE (APA)	SYNTHESE (Cadre réservé à l'équipe de soin)	ORIENTATION
Faites-vous régulièrement de l'exercice physique ? Oui ☐ Non ☐ Si non, pourquoi ? _____		ACTIVITE PHYSIQUE ADAPTEE Nom : _____ Structure : _____ Téléphone : _____
Savez-vous que l'Activité Physique est conseillée tout au long du parcours et dans l'après-cancer ? Oui ☐ Non ☐		PRISE EN CHARGE DES TROUBLES DE LA SEXUALITE Médecin traitant ☐ Médecin gynécologue ☐ Médecin urologue ☐ Sexologue ☐ Autre ☐ Préciser : _____ Nom : _____ Structure : _____ Téléphone : _____
Souhaitez-vous une consultation APA ? Oui ☐ Non ☐		SOUTIEN A LA MISE EN ŒUVRE DE LA PRESERVATION DE LA FERTILITE Référént oncofertilité ☐ Centre de Préservation de la fertilité ☐ Autre ☐ Préciser : _____ Nom : _____ Structure : _____ Téléphone : _____
(7) PRISE EN CHARGE DES TROUBLES DE LA SEXUALITE Ressentez-vous une altération de votre image corporelle ? Oui ☐ Non ☐ Avez-vous des troubles de la sexualité ? Oui ☐ Non ☐ Avez-vous des troubles gynécologiques/urologiques ? Oui ☐ Non ☐ Si oui, le(s) quel(s) ? _____		SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE PROCHES/AIDANTS Médecin traitant ☐ Médecin psychiatre ☐ Psychologue ☐ Autre ☐ Préciser : _____ Nom : _____ Structure : _____ Téléphone : _____
(8) SOUTIEN A LA MISE EN ŒUVRE DE LA PRESERVATION DE LA FERTILITE (à compléter selon l'âge du patient) Avez-vous un projet parental ? Oui ☐ Non ☐ Avez-vous été informé : Sur d'éventuels risques d'infertilité, selon le traitement que vous devez recevoir ? Oui ☐ Non ☐ Sur les possibilités de prise en charge le cas échéant ? Oui ☐ Non ☐ Une prise en charge est-elle déjà en cours ? Oui ☐ Non ☐ Si oui, préciser : _____		EDUCATION THERAPEUTIQUE DU PATIENT Nom : _____ Structure : _____ Téléphone : _____
(9) SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE PROCHES/AIDANTS Etes-vous entouré d'un proche / aidant ? Oui ☐ Non ☐ Si oui, votre proche/aidant a-t-il besoin d'un soutien psychologique/autre ? Oui ☐ Non ☐	EDUCATION THERAPEUTIQUE DU PATIENT (si dispensé au sein de l'établissement) Intérêt pour un programme d'éducation thérapeutique : Oui ☐ Non ☐	INFORMATIONS UTILES LES PROGRAMMES D'EDUCATION THERAPEUTIQUE DANS VOTRE REGION : Consultez les programmes autorisés par l'ARS dans Oscars ETP : www.oscarsante.org/provence-alpes-cote-d-azur/etp SOINS DE SUPPORT PROCHE DE CHEZ VOUS : Consultez notre Répertoire Régional des Soins de Support : www.soins-support-cancer-paca-corse.org QUESTIONNEZ VOTRE ÉQUIPE DE SOINS SUR L'ACCÈS AUX SOINS DE SUPPORT 

© Réseau Régional de Cancérologie OncoPaca-Corse - Juin 2020



Mersi bras deoc'h