

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?



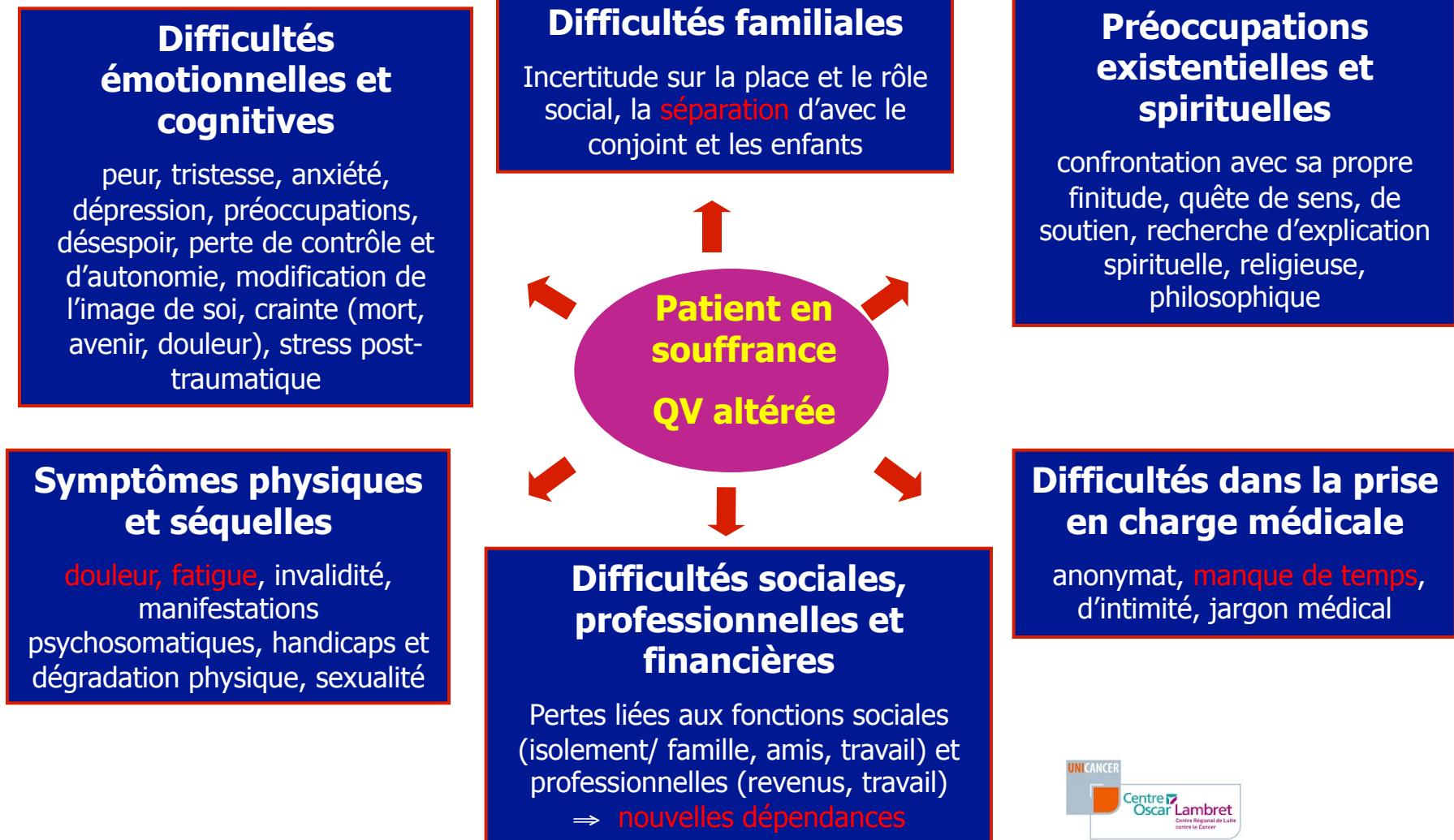
INTRODUCTION

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 efficientes,
 - 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 :

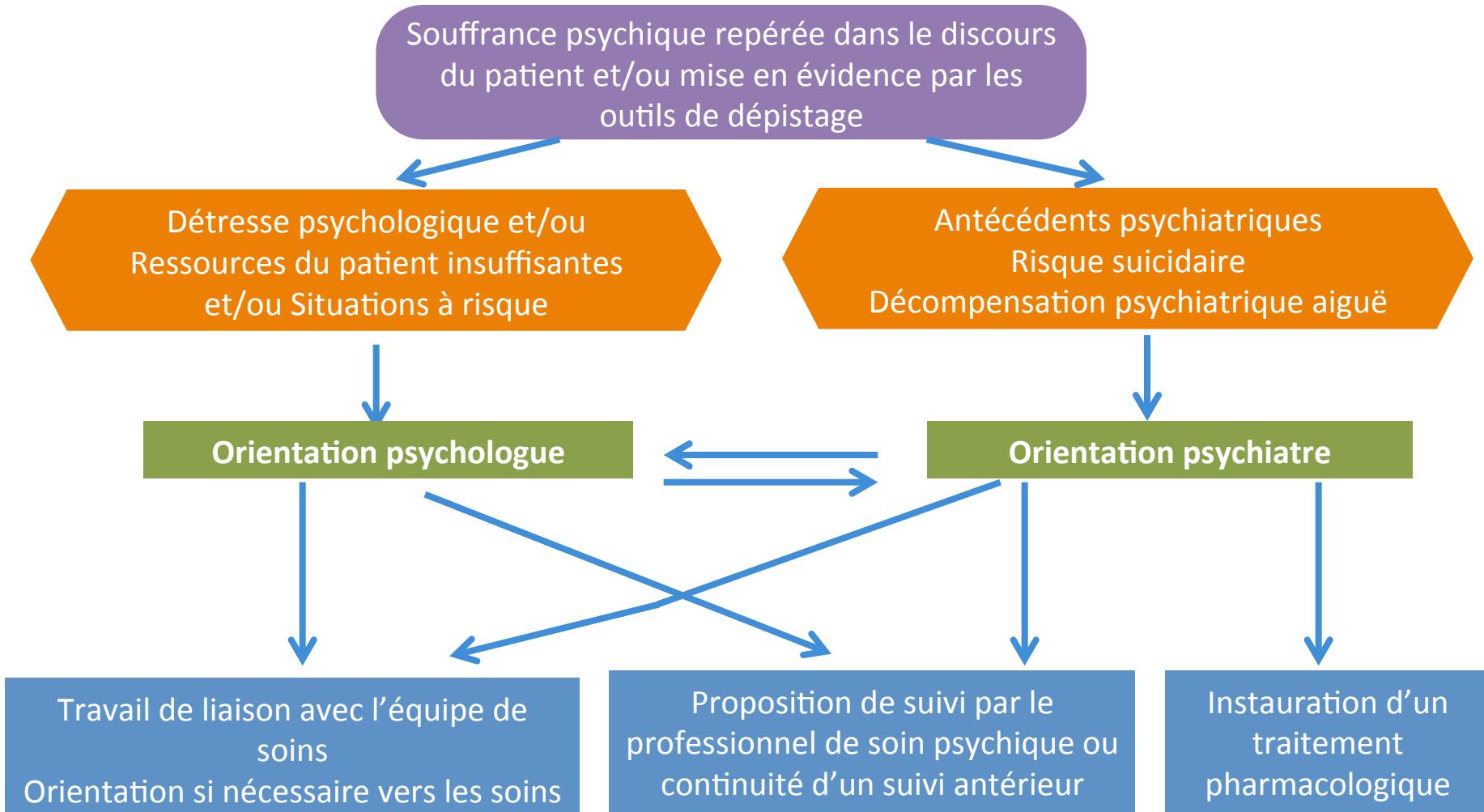
- en cas de présence de troubles psychiatriques comme schizophrénie, troubles bipolaires
- présence d'un trouble grave de la personnalité
- présence d'un risque suicidaire : idées, ATCD de TS ou TS récente

➤ 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 psychologue / psychiatre : Comment préserver ce schéma de fonctionnement en ambulatoire ?





AVANTAGES DE L'AMBULATOIRE SUR UN PLAN PSYCHOLOGIQUE

- **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' apprêhender 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



ENJEUX PSYCHIQUES NEGATIFS DE L' AMBULATOIRE

L' hôpital ne remplissant plus sa **fonction contenante** (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**



ENJEUX PSYCHIQUES DE L'AMBULATOIRE

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**)



ENJEUX PSYCHO-ÉCONOMIQUE DE L' AMBULATOIRE

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



PISTES DE RÉFLEXION POUR LA PSYCHO-ONCOLOGIE

- 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