

**Ministère de la Santé
et des Services sociaux**

Critères d'orientation vers les soins et services psychosociaux en cancérologie

**Recommandations du Comité national
de l'évolution des pratiques psychosociales
en cancérologie à la Direction générale
de cancérologie**

Le présent document ne lie pas le ministère de la Santé et des Services sociaux et ne constitue pas ses orientations. Il représente l'opinion des membres du Comité national de l'évolution des pratiques psychosociales. Son contenu n'engage que ses auteurs.

ÉDITION

La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux

Le présent document s'adresse spécifiquement aux intervenants du réseau québécois de la santé et des services sociaux et n'est accessible qu'en version électronique à l'adresse :

www.msss.gouv.qc.ca section **Publications**.

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2017

Bibliothèque et Archives Canada, 2017

ISBN : 978-2-550-72886-3 (version PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique, mais non commerciales, sont permises à condition d'en mentionner la source.

Coordonnatrice des travaux à la DGC :

M^{me} Elodie Brochu, M. Sc., coordonnatrice du comité, Direction générale de cancérologie (DGC), ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)

Rédactrices principales :

M^{me} Elodie Brochu, M. Sc., coordonnatrice du comité, DGC, MSSS

M^{me} Linda Roy, B.T.S., présidente du comité, travailleuse sociale, CSSS Champlain–Charles-Le Moyne

Collaboration spéciale à la rédaction :

M^{me} Geneviève Nadeau, Dt. P., M. Sc., adjointe à la directrice (pi), Service interprofessionnel -- site L'HDO, Direction des services multidisciplinaires, CHU de Québec – Université Laval

D^{re} Jacynthe Rivest, M.D., médecin psychiatre, CHUM

D^{re} Annie Tremblay, M.D., médecin psychiatre, CHU de Québec – Université Laval

M^{me} Julie Vadeboncoeur, M. A. Ps., psychologue, CISSS de la Montérégie-Centre

Remerciements :

M^{me} Dominique Tremblay, inf., Ph. D., chercheure, Centre de recherche – Hôpital Charles-LeMoyne, Université de Sherbrooke et professeure agrégée, École des sciences infirmières, Université de Sherbrooke

« Ensemble, en réseau, pour vaincre le cancer »

COMPOSITION DU COMITÉ

Le Comité national de l'évolution des pratiques psychosociales en cancérologie est composé des personnes suivantes :

Membres en 2014-2015

M^{me} Linda Roy, B.T.S., présidente du comité, travailleuse sociale, CSSS Champlain–Charles-Le Moyne

M^{me} Elodie Brochu, M. Sc., coordonnatrice du comité, DGC, MSSS

M^{me} Cristina Scholand, M. A. Ps., psychologue, CSSS Rimouski-Neigette

M^{me} Émilie Langlais, B.T.S., travailleuse sociale, CSSS Domaine-du-Roy

D^{re} Annie Tremblay, M.D., médecin psychiatre, CHU de Québec – Université Laval

M^{me} Sylvie Caya, B.T.S., travailleuse sociale, CSSS de Trois-Rivières

M^{me} Josée Tremblay, B.T.S., travailleuse sociale, CHUS

M^{me} Emmanuelle Robert, M. A. Ps., psychologue, Hôpital Notre-Dame, CHUM

D^{re} Jacynthe Rivest, M.D., médecin psychiatre, Hôpital Notre-Dame, CHUM

M^{me} Véronique Després, B.T.S., travailleuse sociale, Hôpital général de Montréal, CUSM

M^{me} Claire Longpré, M. A. Ps., psychologue, CHU Ste-Justine

M^{me} France Gagnon, t. t. s., technicienne en travail social, CSSS Les Eskers

M. Larry Imbeault, B.T.S., travailleur social, CSSS de la Haute-Côte-Nord-Manicouagan

M^{me} Isabelle Jeanson, B.T.S., travailleuse sociale, CSSS de Laval

M^{me} Tamella Wescott, t. t. s., technicienne en travail social, CSSSNL

M^{me} Anne-Marie Lecault, B.T.S., travailleuse sociale, CSSS des Sommets

M^{me} Julie Vadeboncoeur, M. A. Ps., psychologue, CSSS Champlain–Charles-Le Moyne

M^{me} Justine Grenier, agente de planification et de programmation, Régie régionale de la Santé et des Services sociaux (RRSSS) Nunavik

M^{me} Stéphanie Morin, M.A., agente de recherche et de planification socio-économique, DGSSMU, Direction de la santé mentale (DSM), MSSS

Membres en 2015-2016

M^{me} Linda Roy, B.T.S., présidente du comité, travailleuse sociale, CISSS de la Montérégie-Centre

M^{me} Elodie Brochu, M. Sc., coordonnatrice du comité, DGC, MSSS

M^{me} Cristina Scholand, M. A. Ps., psychologue, CISSS du Bas-Saint-Laurent (lien CISSS de la Gaspésie)

M^{me} Annie Guévremont, B.T.S., travailleuse sociale, CIUSSS du Saguenay-Lac-St-Jean (lien CRSSS Baie-James)

M^{me} Sonia Naud, B.T.S., travailleuse sociale, CIUSSS de la Capitale-Nationale

D^{re} Annie Tremblay, M.D., médecin psychiatre, CHU de Québec – Université Laval

M^{me} Geneviève Nadeau, Dt. P., M. Sc., adjointe à la directrice (pi), Service interprofessionnel - site L'HDQ, Direction des services multidisciplinaires, CHU de Québec – Université Laval

M^{me} Mélanie Patoine, B.T.S., travailleuse sociale, Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec – Université Laval (IUCPO)

M^{me} Sylvie Caya, B.T.S., travailleuse sociale, CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec, Centre hospitalier affilié universitaire régional (CHAUR) de Trois-Rivières

M^{me} Josée Tremblay, B.T.S., travailleuse sociale, CIUSSS de l'Estrie – CHUS

M^{me} Rosanna Faria, M. A. Ps., psychologue, CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal

M^{me} Carmen Loiselle, Ph. D., psychologue, professeure associée, du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal

M^{me} Clarisse Defer, M. A. Ps., psychologue, de l'Est-de-l'Île-de-Montréal

M^{me} Emmanuelle Robert, M. A. Ps., psychologue, Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM)

D^{re} Jacynthe Rivest, M.D., médecin psychiatre, CHUM

M^{me} Véronique Després, B.T.S., travailleuse sociale, Centre universitaire de santé McGill (CUSM)

M^{me} Claire Longpré, M. A. Ps., psychologue, Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine

M. Larry Imbeault, B.T.S., travailleur social, CISSS de la Côte-Nord

M. François Dallaire, B.T.S., travailleur social, CISSS de Chaudière-Appalaches

M^{me} Isabelle Jeanson, B.T.S., travailleuse sociale, CISSS de Laval

M^{me} Tammella Wescott, t. t. s., technicienne en travail social, CISSS de Lanaudière

M^{me} Julie Vadeboncoeur, M. A. Ps., psychologue, CISSS de la Montérégie-Centre

M^{me} Justine Grenier, agente de planification et de programmation, RRSSS Nunavik et Conseil Cri de la santé et des services sociaux (SSS) de la Baie James

TABLE DES MATIÈRES

| | | |
|-------|--|----|
| 1. | MANDAT..... | 1 |
| 1.1 | Mandat global | 2 |
| 1.2 | Mandat spécifique..... | 2 |
| 2. | INTRODUCTION | 3 |
| 2.1 | Définition de l'oncologie psychosociale..... | 3 |
| 2.2 | Besoins psychosociaux..... | 4 |
| 2.3 | Définition des services de soutien en cancérologie | 5 |
| 2.4 | Définition des soins et services psychosociaux | 5 |
| 2.5 | Intégration des services psychosociaux en cancérologie : principes et standards | 6 |
| 2.6 | Pratique psychosociale en contexte d'interdisciplinarité et de collaboration interprofessionnelle..... | 6 |
| 3. | MÉTHODOLOGIE..... | 8 |
| 4. | PROCESSUS D'ÉLABORATION..... | 9 |
| 4.1 | Pertinence d'élaborer des critères d'orientation vers les intervenants psychosociaux travaillant en cancérologie | 9 |
| 4.2 | Établissement des critères d'orientation psychosociale : faire des choix et respecter les compétences communes | 9 |
| 5. | CRITÈRES D'ORIENTATION..... | 11 |
| 6. | ORIENTATION PSYCHOSOCIALE EN CANCÉROLOGIE | 16 |
| 6.1 | Soutien de base : réseau primaire, réseau communautaire et équipe médicale..... | 16 |
| 6.2 | Soutien spécialisé : professionnels psychosociaux en cancérologie | 17 |
| 6.3 | Accès aux soins et services psychosociaux en cancérologie | 18 |
| 6.3.1 | Évaluation à la suite d'une rencontre médicale avec le médecin de famille, l'oncologue, le radio-oncologue, le chirurgien ou tout autre médecin spécialiste..... | 18 |
| 6.3.2 | Évaluation à la suite d'une rencontre avec tout professionnel membre de l'équipe de soins..... | 18 |
| 6.3.3 | Évaluation initiale du patient par l'infirmière-pivot (IPO)..... | 18 |
| 6.3.4 | Détection de la détresse effectuée par l'IPO, l'infirmière en oncologie ou autre | 18 |
| 6.3.5 | Demande formulée par le patient ou ses proches..... | 19 |
| 6.4 | Facteurs de risque pour la clientèle oncologique..... | 19 |
| 6.4.1 | Problèmes préexistants..... | 20 |

| | | |
|------|---|----|
| 7. | CONSIDÉRATIONS CLINIQUES DE LA PRATIQUE PSYCHOSOCIALE EN CANCÉROLOGIE | 21 |
| 7.1 | Orientation : moment clé..... | 21 |
| 7.2 | Cadre de l'intervention | 21 |
| 7.3 | Travail patient-proches | 21 |
| 7.4 | Travail en équipe | 22 |
| 7.5 | Travail en réseau | 23 |
| 8. | ENJEUX LIÉS À LA CONTINUITÉ DES SOINS ET SERVICES PSYCHOSOCIAUX EN CANCÉROLOGIE | 24 |
| 8.1 | Orientation vers un autre intervenant..... | 24 |
| 8.2 | Vigilance dans la transmission d'informations et le respect de la confidentialité | 24 |
| 8.3 | Transitions selon les étapes de la trajectoire de soins et services..... | 25 |
| 8.4 | Transitions et survivance : suite à construire | 25 |
| 9. | PORTRAIT PSYCHOSOCIAL EN CANCÉROLOGIE AU QUÉBEC..... | 27 |
| 9.1 | Enquête de l'Institut de la statistique du Québec : soutien émotionnel..... | 27 |
| 9.2 | Analyse de l'accès aux intervenants psychosociaux selon les données de GESTRED | 28 |
| 10. | SUGGESTIONS D'INDICATEURS DE PERFORMANCE | 31 |
| 10.1 | Taux d'orientation vers les soins et services psychosociaux par profession | 31 |
| 10.2 | Taux de réponse à la suite d'une demande d'orientation vers les soins et services psychosociaux | 31 |
| | GLOSSAIRE..... | 33 |
| | RÉFÉRENCES..... | 35 |
| | ANNEXE 1 : AIDE-MÉMOIRE : MOTIFS DE CONSULTATIONS..... | 37 |

LISTE DES ABRÉVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES

| | |
|--------|---|
| ACOP | Association Canadienne d'Oncologie Psychosociale |
| CHU | Centre hospitalier universitaire |
| CHUM | Centre hospitalier de l'Université de Montréal |
| CUSM | Centre universitaire de santé McGill |
| CISSS | Centre intégré de santé et de services sociaux |
| CIUSSS | Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux |
| CPIS | Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé |
| DGC | Direction générale de cancérologie |
| EORTC | <i>European Organisation for Research and Treatment of Cancer</i> |
| ETC | Équivalent temps complet |
| GMF | Groupe de médecine de famille |
| IOM | <i>Institute of Medicine</i> |
| IPO | Infirmière-pivot en oncologie |
| ISQ | Institut de la statistique du Québec |
| NCI | <i>National Cancer Institute</i> |
| ODD | Outil de détection de la détresse |
| PCCC | Partenariat canadien contre le cancer |
| PII | Plan interdisciplinaire individualisé |
| RRSSS | Régie régionale de la santé et des services sociaux |
| RSSS | Réseau de la santé et des services Sociaux |

1. MANDAT

À la demande de la Direction générale de cancérologie (DGC), un nouveau comité a été mis sur pied en 2014. Il s'agit du Comité national de l'évolution des pratiques psychosociales en cancérologie. Ce comité national de consultation réunit actuellement des représentants de chacun des CISSS, CIUSSS, CHU et établissements non fusionnés de la province. La désignation des membres participants s'est ajustée en fonction des changements structurels de l'organisation du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) du Québec. En lien avec l'action 8 du Plan d'action 2013-2015 en cancérologie¹, le comité national s'est réuni pour travailler, dans un premier temps, sur la définition des critères d'orientationⁱ vers les soins et services psychosociauxⁱⁱ. Cette action vise à atteindre l'objectif 1.2 du Plan d'action, soit d'« offrir aux personnes atteintes de cancer des soins adaptés à leur situation tout au long de leur vie avec le cancer »¹.

Le Comité national de l'évolution des pratiques psychosociales en cancérologie a réalisé ce document qui précise les critères d'orientation vers les soins et services psychosociaux en cancérologie et énonce des principes cliniques reliés à leur mise en place et à leur application. La réflexion des membres du comité sur la définition des critères d'orientation s'appuie sur les travaux du Comité d'oncologie psychosociale présentés dans le rapport *Vers des soins centrés sur la personne*², publié en 2011. « Ce rapport se veut un pont entre notre réalité clinique et organisationnelle et les différentes étapes de développement nécessaires pour assurer aux personnes atteintes et à leurs proches des soins en oncologie centrés sur leurs besoins qui répondent aux standards reconnus en oncologie psychosociale »². Dans le rapport actuel se trouvent des recommandations surtout cliniques et parfois organisationnelles essentielles pouvant servir de base pour la réflexion sur la pratique psychosociale et sur l'organisation des soins et services en cancérologie. Cette organisation sera à approfondir et à clarifier en cohérence avec les travaux mis en place actuellement pour l'intégration des soins et services à travers la trajectoire des patients en cancérologie et la réorganisation structurelle du réseau de la santé et des services sociaux.

Le document de 2011 montre l'importance et les bénéfices d'offrir des services psychosociaux en cancérologie et la complexité des choix administratifs, organisationnels et cliniques à effectuer pour actualiser cette pratique avec qualité et pertinence.

S'appuyant sur les balises établies en 2011, le comité national s'est attardé à élaborer les critères d'orientation propres aux intervenants psychosociaux ainsi qu'à cerner les effets cliniques et certains enjeux soulevés par leur application.

En plus de la réalisation du mandat formel pour lequel le comité a été mis en place, une expérience de communauté de pratique nationale émerge des travaux du comité. Cette communauté de pratique contribue à outiller les différents établissements des régions pour la mise en action de leurs propres communautés de pratique et à préserver un climat de rigueur, d'engagement, de collaboration et de créativité en lien avec les soins et services psychosociaux offerts aux patients et à leurs proches.

ⁱ « Critère d'orientation » est l'expression utilisée dans ce document. Elle désigne les critères utilisés par les intervenants afin d'effectuer une demande d'intervention psychosociale.

ⁱⁱ Les critères d'orientation ont été élaborés pour les intervenants psychosociaux suivants : le travailleur social, le psychologue, le psychiatre, le sexologue et l'intervenant en soins spirituels.

1.1 Mandat global

Le comité national est mandaté pour :

- optimiser l'accès aux personnes atteintes d'un cancer et à leurs proches aux soins psychosociaux en cancérologie;
- veiller à ce que la réalité psychosociale soit prise en compte par l'équipe interdisciplinaire en cancérologie tout au long de la trajectoire de soins;
- travailler à l'accomplissement d'un partenariat entre les personnes atteintes d'un cancer, leurs proches ainsi que les intervenants du réseau tout au long du continuum de soins.

1.2 Mandat spécifique

Le comité doit définir les critères d'orientation vers les soins psychosociaux en fonction de la complexité et des particularités situationnelles dans un contexte de fonctionnement en équipe interdisciplinaire en cancérologie. Le mandat spécifique est de recenser, valider et favoriser l'utilisation des critères d'orientation vers les soins et services de soutien psychosociaux en fonction de la complexité et des particularités situationnelles.

2. INTRODUCTION

Au Canada, il a été évalué que près de la moitié des personnes développeront un cancer au cours de leur vie. La prévision est que le quart de ces personnes en mourront. Le cancer est d'ailleurs responsable de près de 30 % des décès et la principale cause de mortalité au Canada³.

Le cancer est une maladie multidimensionnelle dont l'expérience touche l'ensemble des composantes physiques, psychologiques, sociales et spirituelles. Un diagnostic de cancer et ses traitements associés occasionnent des bouleversements qui ont des répercussions multiples sur les différents aspects de la vie d'un patient, ainsi que de celle de sa famille et de ses proches⁴. La plupart des patients atteints de cancer sont en mesure de s'adapter, lorsqu'ils ont accès à du soutien de leur [réseau primaire](#), pour faire face à leur diagnostic, à ses effets et à ceux des traitements.

Par contre, certaines personnes présenteront des difficultés d'adaptation ou des pathologies liées à des facteurs de détresse pour lesquels le [soutien de base](#) ne suffira pas. Ils pourront éprouver une variété de réponses émotionnelles difficiles et des niveaux plus sévères de détresse exigeant des interventions psychosociales spécifiques⁵⁻⁶⁻⁷. Plus de la moitié des patients adultes atteints de cancer et des survivants déclarent avoir ou avoir eu des incapacités importantes, qu'elles soient physiques, psychologiques ou sociales, à un moment de leur traitement, de leur rétablissement ou de la période de survivance. Les personnes atteintes de cancer et leurs familles courent un risque accru de développer de l'anxiété, une dépression ou d'autres problèmes de santé mentale liés à la maladie et à ses exigences⁴.

L'adaptation psychosociale au cancer a été définie comme un processus continu dans lequel le patient tente de s'ajuster à la détresse émotionnelle, de résoudre les problèmes spécifiques générés par le cancer et d'essayer de maîtriser les perturbations de la vie liées à la maladie⁷. Le cancer est considéré comme une maladie chronique, et non un événement unique. C'est une série d'événements comportant des défis adaptatifs répétés avec des réactions associées, changeantes et évolutives dans le temps⁸.

2.1 Définition de l'oncologie psychosociale

L'Association Canadienne d'Oncologie Psychosociale (ACOP) a défini l'oncologie psychosociale comme une spécialité des soins du cancer concernée par la qualité de vie, la compréhension et le traitement des aspects social, psychologique, émotionnel, spirituel et fonctionnel (pratique) associés au cancer et au deuil⁹. Il s'agit d'une approche des soins du cancer centrée sur la personne et ses proches. L'oncologie psychosociale se concentre sur les aspects de la détresse émotionnelle de l'expérience du cancer et est particulièrement préoccupée par l'évaluation et l'intervention par rapport aux questions complexes liées à la détresseⁱⁱⁱ. Les soins sont offerts par des professionnels formés et expérimentés en cancérologie (par exemple des psychologues, des travailleurs sociaux, des intervenants en soins spirituels, des sexologues et des psychiatres). Les professionnels en oncologie psychosociale offrent l'évaluation, le traitement et le suivi qui sont conformes, entre autres, aux lignes directrices de pratique clinique publiées par l'ACOP⁹.

ⁱⁱⁱ La détresse est reconnue internationalement comme le sixième signe vital des soins du cancer¹⁰.

2.2 Besoins psychosociaux

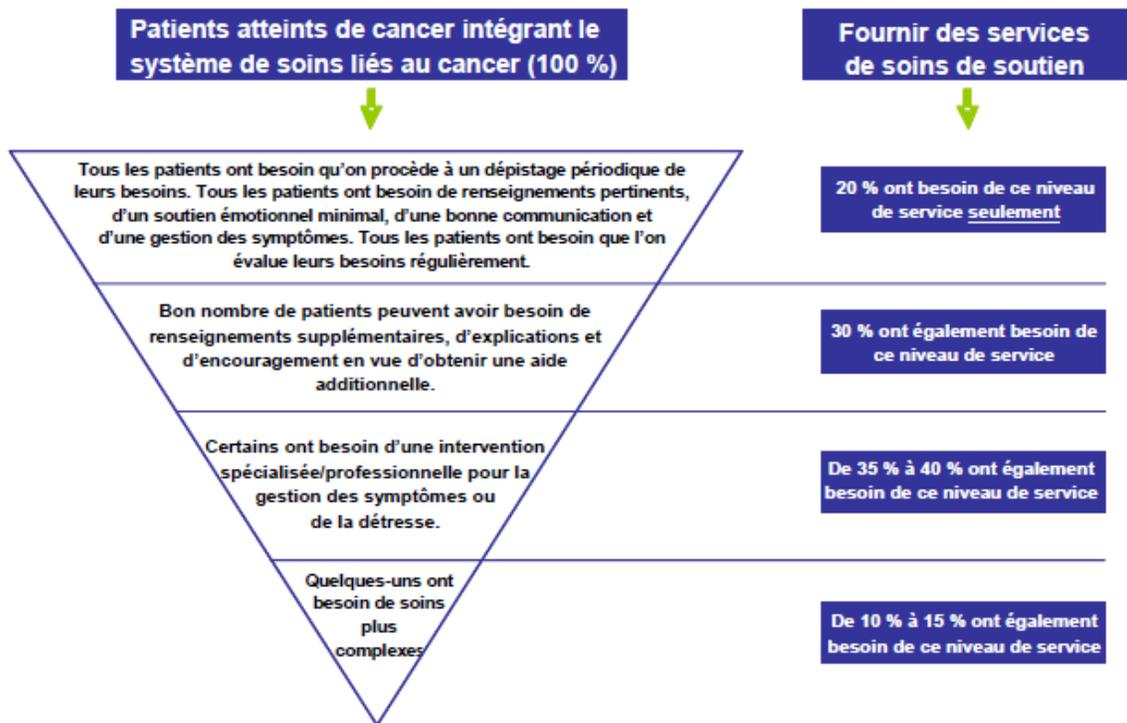
La recherche a démontré que les interventions psychosociales sont efficaces pour réduire la détresse et faciliter l'adaptation des patients aux nouvelles réalités reliées aux effets du cancer et ainsi améliorer leur qualité de vie². Dans certains cas, elles sont aussi reconnues pour réduire la sévérité des symptômes psychologiques et des symptômes physiques dont souffrent les patients¹¹.

Plusieurs travaux de recherche ont permis de mieux cerner les besoins psychosociaux des patients et de leurs proches et de considérer l'offre de services de manière hiérarchisée. Sept dimensions de besoins sont reconnues en oncologie : les besoins physiques, pratiques, informationnels, psychologiques, émotionnels, sociaux et spirituels¹². Les travaux du Partenariat canadien contre le cancer (PCCC) et de Fitch, illustrés à la **figure 1**, permettent de concevoir les besoins psychosociaux des patients en cancérologie :

- 50 % des patients présenteront une détresse émotionnelle dite « normale » répondant principalement au soutien des professionnels au sein des équipes de base^{iv} en oncologie (infirmières, infirmières-pivots, médecins, pharmaciens, etc.)²;
- 35 % à 40 % des patients présenteront des difficultés d'adaptation nécessitant une intervention psychosociale spécialisée (intervenants psychosociaux);
- 10 % à 15 % des patients présenteront des besoins de soins plus complexes, les plus fréquents étant la dépression et les troubles anxieux (intervenants psychosociaux).

^{iv} L'équipe de base est considérée comme étant l'équipe médicale.

Figure 1 : Organisation hiérarchisée des services basée sur la proportion des patients ayant besoin d'aide¹



Source : Fitch, 2008¹²

2.3 Définition des services de soutien en cancérologie

Le soutien est un ensemble d'habiletés de communication comprenant l'écoute active, l'empathie, la clarification et l'exploration du vécu et des préoccupations du patient. Son objectif est d'engager une communication ouverte pour comprendre l'expérience globale des personnes atteintes et de leurs proches. Il permet l'accompagnement des patients et de leurs proches afin de combler divers besoins, dont le contrôle symptomatique global, les préoccupations pratiques et fonctionnelles. L'information médicale offerte aux patients est une composante intrinsèque contribuant à un soutien de qualité¹³. Une variété de disciplines peuvent intervenir dans l'offre de soutien, par exemple les soins infirmiers, la médecine, la nutrition, les services de réadaptation et la pharmacie⁹.

Le soutien peut contribuer à réduire la détresse ou à en prévenir l'exacerbation. Le soutien est une compétence transversale que tous les intervenants doivent développer⁹.

2.4 Définition des soins et services psychosociaux

Selon l'Institute of Medicine (IOM), les soins et services de santé psychosociaux sont des interventions qui permettent aux patients, à leurs familles et aux professionnels de la santé d'optimiser les soins biomédicaux et de faire face aux aspects psychologiques, comportementaux et sociaux de la maladie et à ses effets sur la santé⁴.

2.5 Intégration des services psychosociaux en cancérologie : principes et standards

Le comité de l'IOM s'est penché sur la question des stratégies d'implantation des soins du cancer et a défini un cadre commun pour la prestation efficace des services psychosociaux⁴: On devrait assurer l'accès aux soins et services psychosociaux appropriés pour toutes les équipes de cancérologie en⁴ :

- facilitant la communication entre les patients et les professionnels de la santé;
- cernant les besoins psychosociaux de chaque patient;
- élaborant et mettant en œuvre un plan d'intervention interdisciplinaire, s'il est indiqué, qui :
 - o associe le patient aux services psychosociaux,
 - o coordonne les soins psychosociaux et médicaux,
 - o engage et soutient les patients pour leur permettre de mieux faire face à la maladie;
- suivant systématiquement le plan d'intervention, le réévaluant et l'ajustant si nécessaire.

En résumé, l'accès aux soins relève d'un assemblage entre l'expérience du cancer pour la personne et ses proches, les soins de soutien offerts par tous les professionnels de l'équipe médicale et des soins et services psychosociaux spécialisés, si nécessaire.

2.6 Pratique psychosociale en contexte d'interdisciplinarité et de collaboration interprofessionnelle

Soigner une personne atteinte de cancer est une action collective. Déjà en 2005, un comité de la DGC (anciennement la Direction de lutte contre le cancer) publiait un avis sur les équipes interdisciplinaires en oncologie¹⁴ qui faisait référence à la définition proposée par Hébert : « le regroupement de plusieurs intervenants ayant une formation, une compétence et une expérience spécifiques qui travaillent ensemble à la compréhension globale, commune et unifiée d'une personne en vue d'une intervention concertée à l'intérieur d'un partage complémentaire des tâches »¹⁵. Depuis lors, plusieurs auteurs se sont penchés sur ce concept et ont fait référence à de multiples définitions dans lesquelles on retrouve à la fois des différences et des similitudes. Plusieurs termes ont été utilisés, entre autres « [interdisciplinarité](#) » et « [collaboration interprofessionnelle](#) ». L'ACOP utilise l'expression « collaboration interprofessionnelle » lorsqu'il est question de soins assurés par des professionnels de la santé qui collaborent efficacement entre eux en équipes⁹. Le Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé (CPIS) définit la collaboration interprofessionnelle comme étant le processus de développement et de maintien de relations de travail interprofessionnelles avec des apprenants et des professionnels, des personnes/patients ou des clients, la famille ou les proches et la communauté qui permettent l'atteinte de résultats optimaux en matière de santé et de services sociaux¹⁶. Cette approche permet de préserver l'accessibilité, la continuité et la qualité des soins et services en cancérologie¹⁴.

Ainsi, on peut affirmer que l'interdisciplinarité et la collaboration interprofessionnelle sont des concepts évolutifs et dépendants des nouvelles pratiques en cancérologie (par exemple la médication *per os*), des ressources disponibles et de l'organisation des soins et services. Selon une approche pragmatique, les deux concepts réfèrent à l'idée de « travailler ensemble », incluant les professionnels, les patients et leurs proches, ainsi que les autres personnes concernées par le cancer. Dans sa forme la plus commune, « travailler ensemble » se traduit par une simple transmission de l'information entre les professionnels et les patients sur les soins à offrir. Dans sa forme plus élaborée, dans le cas des patients présentant une situation plus complexe, « travailler ensemble » se concrétise par une prise de décision et des pratiques concertées entre les professionnels, les patients et leurs proches.

Quelle que soit la situation, la [personne touchée par le cancer](#) est à l'origine du travail collectif. Il est d'ailleurs recommandé que l'équipe médicale agisse en partenariat avec le patient. La collaboration interprofessionnelle s'inscrit inévitablement dans un partenariat entre une [équipe soignante](#) et une personne. Elle s'établit dans le cadre d'une approche axée sur la participation, la collaboration et la coordination à l'égard de la prise de décision partagée dans le domaine de la santé et des services sociaux¹⁷. La pratique collaborative centrée sur la personne est une approche de soins qui implique « l'interaction continue de deux ou plusieurs professionnels ou disciplines, organisée dans un effort commun pour résoudre ou étudier tous les aspects des problèmes communs avec la meilleure participation possible » du patient¹⁸. De plus, la nécessité de travailler en équipe tout au long du parcours de soins amène à penser en fonction du concept de leadership partagé¹⁹. Le leadership est un processus d'influence qui permet l'atteinte des objectifs de soins. Lorsqu'il est partagé, chacun des membres de l'équipe, incluant le patient, contribue de manière unique en reconnaissant qu'une personne ne peut à elle seule faire face à la complexité des soins en cancérologie. Le leadership partagé a le potentiel de produire une meilleure coordination des soins en situant le rôle unique de chacun (médecins, intervenants psychosociaux, infirmiers, patients et ses proches). Il favorise la libre circulation des expertises entre les professionnels et les différents milieux de soins, contribue au développement de la confiance mutuelle, à une représentation commune d'un problème et de sa solution ainsi qu'à l'élaboration d'un plan d'intervention interdisciplinaire (PII)²².

Quatre conditions nécessaires mais non exclusives ont été décrites pour favoriser la collaboration interprofessionnelle : une volonté de collaborer, une bonne communication, une confiance mutuelle et le respect²⁰. De surcroît, selon le Référentiel national de compétences en matière d'interprofessionnalisme du CPIS, six domaines de compétences sont indispensables à la pratique dans un contexte de collaboration interprofessionnelle, soit :

- quatre domaines centraux :
 - 1) la clarification des rôles;
 - 2) le travail d'équipe;
 - 3) le leadership collaboratif;
 - 4) la résolution de conflits interprofessionnels;
- et deux domaines de soutien :
 - 5) la communication interpersonnelle;
 - 6) les soins centrés sur la personne, ses proches et la communauté¹⁶.

La collaboration interprofessionnelle permet donc une sensibilité aux besoins des patients par les différentes approches respectives des membres de l'équipe et contribue à l'efficacité des processus d'orientation vers les soins et services psychosociaux.

Dans ce contexte, le travail sur la définition des critères d'orientation permet d'établir des repères pour le fonctionnement des équipes dans un contexte d'interdisciplinarité et de collaboration interprofessionnelle, et d'appréhender quelques éléments de la structure qui relie le travail des intervenants de diverses disciplines aux situations des patients et de leurs proches. L'intervention se construit dans la singularité de chaque situation, autour de la spécificité des rôles professionnels, du partage des responsabilités et des incertitudes. Au fur et à mesure que se met en œuvre la pratique interdisciplinaire et interprofessionnelle, les situations cliniques obligent toutes les personnes concernées, soit les professionnels, les patients et leurs proches, à se soucier de la manière d'être ensemble.

3. MÉTHODOLOGIE

La recension et la mise en commun des critères d'orientation ont d'abord permis de résumer les critères utilisés par les différents intervenants psychosociaux des établissements de oncologie du Québec. Cette synthèse a permis d'explicitier des règles générales traduisant les spécificités du travail des différents intervenants psychosociaux en oncologie. Par la suite, des discussions et un travail collectif ont été menés concernant les critères d'orientation pour qu'ils soient reconnus comme pertinents pour toutes les équipes, et ce, au-delà des multiples disparités d'application. Les informations et les critères d'orientation contenus dans ce rapport sont le fruit d'un consensus des experts du comité national.

Soulignons que le travail en interdisciplinarité ainsi que l'accès aux ressources sont mis en place de manières très variées dans les différents établissements de oncologie du Québec. Lors de l'élaboration des critères, il a donc été important de reconnaître ces différences organisationnelles.

De plus, au cours du travail sur l'élaboration des critères, des enjeux et aspects qui outrepassent le mandat spécifique du comité ont été révélés et consignés. Plusieurs niveaux s'entrecroisent et les critères s'inscrivent dans un processus structurel, clinique, de fonctionnement d'équipe interdisciplinaire, de réseau et, plus largement, de l'organisation du RSSS. D'ailleurs, ce sont les enjeux liés à ces différences qui ont menés à joindre aux critères d'orientation ce document de principes qui permet de les mettre en contexte et d'éclairer leur mise en application. Les critères définis incluent donc des repères quant aux rôles, aux services offerts et aux indicateurs d'orientation pouvant guider l'organisation des soins et services psychosociaux.

4. PROCESSUS D'ÉLABORATION

4.1 Pertinence d'élaborer des critères d'orientation vers les intervenants psychosociaux travaillant en cancérologie

Plusieurs lacunes en matière d'intégration des soins psychosociaux dans les soins usuels en cancérologie ont été rapportés aux États-Unis au cours des dernières années : par exemple, les patients rapportent le peu de reconnaissance des besoins psychosociaux par l'équipe médicale, et ce, même si leur détresse est sévère²¹. De même, il est mentionné que certains intervenants de l'équipe médicale connaissent mal la valeur ajoutée des ressources psychosociales en oncologie et la façon de les utiliser judicieusement²². De ce fait, encore aujourd'hui, plusieurs patients qui pourraient bénéficier du soutien psychosocial ne reçoivent pas l'aide nécessaire²². Compte tenu de ces constats, l'élaboration des critères d'orientation vers les soins et services psychosociaux est jugée essentielle pour faciliter la coordination, favoriser l'accès et faire la promotion des soins psychosociaux en cancérologie.

Expliciter les critères d'orientation favorise la reconnaissance des besoins des patients et l'orientation vers les services adéquats. En précisant les critères d'orientation, le regard singulier de chaque profession sur la crise générée par la maladie contribue à promouvoir une approche globale de la situation, que ce soit pour les patients, les proches ou les intervenants. De plus, les critères servent de guides pour la répartition du travail dans l'équipe, et donc favorisent l'actualisation du travail interdisciplinaire et le fonctionnement d'un réseau de services intégrés. Enfin, travailler avec les critères d'orientation permet de faire connaître l'apport de chacun à l'équipe interdisciplinaire et de faire la promotion des soins et services psychosociaux en cancérologie.

4.2 Établissement des critères d'orientation psychosociale : faire des choix et respecter les compétences communes

Les critères définis pour chaque profession traduisent les spécificités du travail des intervenants psychosociaux des différents domaines, que ce soit en [première ligne](#), dans les groupes de médecine de famille (GMF) ou les CLSC, ou encore dans un hôpital. La pratique amène la prise en compte du fait que certaines interventions psychosociales peuvent être appliquées par plusieurs professionnels; il existe des zones communes de compétences. Ces compétences sont à la fois un défi de collaboration et une opportunité de coordination optimale autour d'un objectif prioritaire : la réponse aux besoins du patient et de ses proches par le professionnel approprié. L'intervention en lien avec le deuil est un exemple de zone de recoupement de compétences. Ces enjeux de similitudes et de limites entre professions apparaissent aussi autour des pratiques en émergence. Comme la connaissance sur le cancer évolue selon le développement de nouveaux traitements et l'amélioration de la survie en général, de nouveaux besoins s'imposent, de nouveaux domaines apparaissent et les professionnels psychosociaux sont amenés à s'ajuster. Des professionnels de domaines émergents font désormais partie de la composition de certaines équipes spécialisées : par exemple le neuropsychologue, le sexologue, le conseiller génétique, l'ergothérapeute en psycho-oncologie et l'infirmier en psycho-oncologie. On peut aussi s'attendre à ce que d'autres professions soient associées aux interventions psychosociales en cancérologie dans le futur et que leur intégration nécessitera de l'adaptation dans leur collaboration interprofessionnelle.

Critères d'orientation vers les soins et services psychosociaux en cancérologie

L'offre de service et l'intervention sont donc balisées non seulement par la spécificité de chaque profession, mais aussi par la situation distincte du patient et de ses proches, les ressources psychosociales disponibles, l'expérience et l'expertise des intervenants. En ce qui concerne l'organisation des services, ces considérations introduisent la nécessité d'une réflexion sur la mise en commun des enjeux liés à la qualité et à la spécificité de l'acte professionnel, à l'accessibilité et à la continuité des services. Ces enjeux seront mis en perspective dans un fonctionnement interdisciplinaire et collaboratif qui favorise un respect des rôles et compétences de chacun, en lien avec les ressources disponibles.

5. CRITÈRES D'ORIENTATION

À noter : Les critères d'orientation vers les différents intervenants psychosociaux sont présentés en ordre alphabétique.

CRITÈRES D'ORIENTATION VERS LES SOINS ET SERVICES PSYCHOSOCIAUX

INTERVENANT EN SOINS SPIRITUELS

Rôle

L'intervenant en soins spirituels en cancérologie évalue la dimension des besoins spirituels, planifie et réalise des activités d'ordre spirituel ou religieux. Il offre à la personne atteinte ainsi qu'à ses proches un soutien et un accompagnement à la vie spirituelle ou religieuse afin de les aider à mieux faire face à l'expérience de la maladie et des soins¹.

L'intervenant en soins spirituels travaille en collaboration étroite avec les autres membres de l'équipe interdisciplinaire, les intervenants partenaires et les communautés de foi impliqués auprès de la personne atteinte de cancer et de ses proches.

L'intervenant en soins spirituels peut jouer un rôle, que ce soit à l'étape de l'élaboration ou par sa participation active, dans des projets de recherche, l'enseignement, la supervision et la formation continue.

Services pouvant être offerts tout au long de la trajectoire de soins et services

- Évaluation de la dimension spirituelle et religieuse¹
- Accompagnement, soutien et intervention pour favoriser le bien-être spirituel ou religieux
- Aide et soutien à l'expression de l'expérience et de l'héritage spirituels
- Animation d'ateliers spirituels de groupe
- Activité de soutien à l'animation de rencontres
- Intervention en situation de crise soulevant des enjeux spirituels
- Intervention ou soutien pour faciliter l'accès aux ressources de la communauté de foi en vue d'accomplir un rituel adapté aux croyances de la personne atteinte de cancer ou de ses proches
- Collaboration à l'élaboration du plan d'intervention interdisciplinaire (PII) ainsi que du plan de service individualisé (PSI) dans les situations qui l'exigent
- Collaboration et consultation au sein de l'équipe interdisciplinaire. En lien avec sa formation professionnelle et ses connaissances spécifiques comme intervenant psychosocial, l'intervenant en soins spirituels participe à l'élaboration d'hypothèses de compréhension des symptômes et peut guider ses collègues en ce qui concerne la pertinence et la préparation d'une référence psychosociale

Motifs de consultation

- Besoin d'accompagnement spirituel ou religieux dans l'expérience de la maladie
- Préoccupation sur le plan des valeurs, des croyances et des dimensions spirituelles ou religieuses dans l'expérience de la maladie
- Quête de sens ou détresse spirituelle ou religieuse dans l'expérience de la maladie
- Préoccupation ou détresse spirituelle ou religieuse par rapport à la souffrance
- Préoccupation ou détresse spirituelle ou religieuse par rapport à la mort
- Perte de repères dans ses croyances et sa dimension spirituelle ou religieuse
- Besoin d'établir un lien avec la communauté de foi du patient et de ses proches
- Besoin de rituel adapté aux croyances
- Demande de suivi exprimée par la personne touchée par le cancer et ses proches

¹ Inspiré des Orientations ministérielles² pour l'organisation du service d'animation spirituelle en établissement de santé et de services sociaux et du site Web de l'Association des intervenantes et intervenants en soins spirituels du Québec www.aiissq.org

1. Québec (Province), Comité d'oncologie psychosociale, Couture, M.-C., Québec (Province) & Direction de la lutte contre le cancer. Rapport du Comité d'oncologie psychosociale vers des soins centrés sur la personne. (Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction des communications, 2011). Disponible en ligne : <http://site.ebrary.com/id/10497997>

2. *Orientations ministérielles pour l'organisation du service d'animation spirituelle en établissement de santé et de services sociaux*. (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2010).

CRITÈRES D'ORIENTATION VERS LES SOINS ET SERVICES PSYCHOSOCIAUX

PSYCHOLOGUE

Rôle

Le psychologueⁱ en cancérologie évalue le fonctionnement psychologique et mental de la personne atteinte et de ses proches, et détermine, recommande et effectue des interventions et des traitements dans le but de favoriser le rétablissement de la santé psychologique et mentale de l'être humain en interaction avec son environnement. Il est sensibilisé et vigilant par rapport aux besoins et demandes de nature psychosociale des personnes atteintes et de leurs proches. Il conçoit des activités d'évaluation, d'orientation, de consultation et de traitements psychologiques adaptés aux besoins de la clientèle et y participe. Ses services offerts à la personne atteinte de cancer et à ses proches visent à améliorer leur santé psychologique, leur capacité d'adaptation et leur qualité de vie. Le psychologue peut aussi apporter son aide pour une meilleure compréhension des conséquences de la maladie et des traitements et participer à la mise en place de moyens pour composer avec celles-ciⁱⁱ.

Le psychologue travaille en collaboration étroite avec les autres membres de l'équipe interdisciplinaire et les intervenants partenaires impliqués auprès de la personne atteinte de cancer et de ses proches.

Le psychologue peut jouer un rôle, que ce soit à l'étape de l'élaboration ou par sa participation active, dans des projets de recherche, l'enseignement, la supervision et la formation continue.

Services pouvant être offerts tout au long de la trajectoire de soins et services

- Évaluation psychologique¹ et évaluation d'un trouble mental selon une classification reconnue
- Intervention ou psychothérapie individuelle², de couple, de famille et auprès des proches
- Animation/intervention au sein de groupes thérapeutiques
- Activité de soutien à l'animation de rencontres
- Intervention en situation de crise
- Collaboration à l'élaboration du plan d'intervention interdisciplinaire (PII) ainsi que du plan de service individualisé (PSI) dans les situations qui l'exigent
- Collaboration et consultation au sein de l'équipe interdisciplinaire. En lien avec sa formation professionnelle et ses connaissances spécifiques comme intervenant psychosocial, le psychologue participe à l'élaboration d'hypothèses de compréhension des symptômes et peut guider ses collègues en ce qui concerne la pertinence et la préparation d'une référence psychosociale

Motifs de consultation

- Détresse psychologique survenant dans l'expérience de la maladie ou problème de santé mentale interférant avec le processus d'adaptation à la maladie (préexistant ou survenant lors de l'expérience du cancer)
- Nécessité d'une précision diagnostique psychologique à la demande d'un autre intervenant
- Difficulté d'adaptation et symptôme psychologique en lien avec l'expérience de la maladie et des traitements (incluant le vécu de pertes et les difficultés relationnelles)
- Difficulté persistante dans la prise de décision et l'adhésion au traitement
- Questionnement identitaire ou existentiel générant une souffrance psychologique
- Demande de suivi exprimée par la personne touchée par le cancer et ses proches

Note : En ce qui concerne les problématiques préexistantes au cancer, une rencontre d'évaluation par le psychologue de l'équipe d'oncologie peut être nécessaire, même si elle mène à l'orientation vers un psychologue ou une autre ressource travaillant à l'extérieur de l'équipe. Les personnes atteintes de cancer avec une problématique psychologique non liée à la maladie oncologique sont soutenues dans leurs démarches pour que le lien avec les intervenants déjà impliqués dans leur suivi ou dans leur recherche de suivis extérieurs à l'équipe d'oncologie soit maintenu. L'orientation psychologique peut alors se faire vers la première ligne ou vers d'autres lieux de consultation (par exemple : vers le privé, le programme d'aide aux employés).

ⁱ Le champ d'expertise du psychologue consiste à évaluer le fonctionnement psychologique et mental ainsi qu'à déterminer, recommander et effectuer des interventions et des traitements dans le but de favoriser la santé psychologique et de rétablir la santé mentale de l'être humain en interaction avec son environnement (Guide explicatif – projet loi no 21 – décembre 2013)

ⁱⁱ Inspiré du site Web de l'Ordre des psychologues du Québec www.ordrepsy.qc.ca

1. Québec (Province), Comité d'oncologie psychosociale, Couture, M.-C., Québec (Province) & Direction de la lutte contre le cancer. *Rapport du Comité d'oncologie psychosociale vers des soins centrés sur la personne*. (Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction des communications, 2011). Disponible en ligne : <http://site.ebrary.com/id/10497997>

2. *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines*. Assemblée nationale (2009).

CRITÈRES D'ORIENTATION VERS LES SOINS ET SERVICES PSYCHOSOCIAUX

PSYCHIATRE

Rôle

Le médecin psychiatre en cancérologie procède à une évaluation psychiatrique complète et globale qui tient compte des dimensions biopsychosociale et existentielle/spirituelle de la personne atteinte. Il offre des interventions psychothérapeutiques et pharmacothérapeutiques dans le but de rétablir et d'optimiser le fonctionnement de la personne atteinte, de même que de favoriser son adaptation à l'expérience de la maladie. En raison de son expertise diagnostique, le médecin psychiatre est habilité à identifier et à traiter les manifestations psychologiques qui parfois sont causées directement par le cancer, ou par les effets secondaires des traitements oncologiquesⁱ.

Le médecin psychiatre travaille en collaboration étroite avec les autres membres de l'équipe interdisciplinaire et les intervenants partenaires impliqués auprès de la personne atteinte de cancer et de ses proches.

Le médecin psychiatre peut jouer un rôle, que ce soit à l'étape de l'élaboration ou par sa participation active, dans des projets de recherche, l'enseignement, la supervision, la formation continue et le soutien aux intervenants psychosociaux.

Services pouvant être offerts tout au long de la trajectoire de soins et services

- Évaluation médicale psychiatrique selon la classification du DSM
- Intervention ou psychothérapie individuelle, de couple, de famille et auprès des proches
- Intervention pharmacologique
- Animation/intervention au sein de groupes thérapeutiques
- Activité de soutien à l'animation de rencontres
- Intervention en situation de crise
- Collaboration à l'élaboration du plan d'intervention interdisciplinaire (PII) ainsi que du plan de service individualisé (PSI) dans les situations qui l'exigent
- Évaluation de la dangerosité et prise de mesures de protection si nécessaire ou participation à l'élaboration d'un plan d'intervention pour la gestion de la dangerosité
- Collaboration et consultation au sein de l'équipe interdisciplinaire. En lien avec sa formation professionnelle et ses connaissances spécifiques comme intervenant psychosocial, le psychiatre participe à l'élaboration d'hypothèses de compréhension des symptômes et peut guider ses collègues en ce qui concerne la pertinence et la préparation d'une référence psychosociale

Motifs de consultation

- Détresse psychologique ou trouble mental d'intensité modérée à sévère survenant dans l'expérience de la maladie et altérant le fonctionnement
- Nécessité d'une précision diagnostique psychiatrique à la demande d'un autre intervenant psychosocial
- Présence d'un trouble psychiatrique nécessitant un suivi conjoint avec un autre intervenant psychosocial
- Présence de confusion, d'idées délirantes ou d'hallucinations (par exemple : prise en charge du délirium, en collaboration avec l'équipe médicale traitante)
- Symptôme psychologique nécessitant une intervention psychopharmacologique en raison de son intensité ou de l'altération sévère du fonctionnement
- Prise de médication ayant des effets neuropsychiatriques suspectés ou altérant le fonctionnement (par exemple : tamoxifène, inhibiteur de l'aromatase et corticoïde)
- Réévaluation de la prise de psychotropes
- Évaluation de l'aptitude à accepter ou à refuser des traitements ou des soins
- Évaluation de l'aptitude à signer des papiers légaux
- Évaluation de l'état mental des patients qui formulent des demandes d'aide médicale à mourir ou d'arrêt de traitements
- Nécessité de coordonner un plan de soins pour une problématique complexe relevant d'un trouble mental
- Demande de suivi exprimée par la personne touchée par le cancer et ses proches

ⁱ Inspiré du site Web de l'Association des médecins psychiatres du Québec www.ampq.org

CRITÈRES D'ORIENTATION VERS LES SOINS ET SERVICES PSYCHOSOCIAUX

SEXOLOGUE

Rôle

Le sexologue clinicien en cancérologie offre des services d'évaluation, d'intervention et de sexothérapie individuelle ou de couple afin d'aider la personne atteinte à s'adapter aux conséquences de la maladie et des traitements sur la sexualité ainsi que la qualité de vie sexuelle, relationnelle et affective. Il intervient dans le but de favoriser un meilleur équilibre sexuel des personnes. Ses interventions visent l'amélioration, le maintien ou le rétablissement de la santé sexuelle^{1, i}.

Le sexologue travaille en collaboration étroite avec les autres membres de l'équipe interdisciplinaire et les intervenants partenaires impliqués auprès de la personne atteinte de cancer et de ses proches.

Le sexologue peut jouer un rôle, que ce soit à l'étape de l'élaboration ou par sa participation active, dans des projets de recherche, l'enseignement, la supervision et la formation continue.

Services pouvant être offerts tout au long de la trajectoire de soins et services

- Évaluation sexologique (développement et fonctionnement sexuel)
- Évaluation du trouble sexuel
- Intervention ou sexothérapie individuelle et de couple
- Animation de groupes et d'ateliers d'information
- Activité de soutien à l'animation de rencontres
- Intervention en situation de crise soulevant des enjeux sexuels
- Collaboration à l'élaboration du plan d'intervention interdisciplinaire (PII) ainsi que du plan de service individualisé (PSI) dans les situations qui l'exigent
- Collaboration et consultation au sein de l'équipe interdisciplinaire. En lien avec sa formation professionnelle et ses connaissances spécifiques comme intervenant psychosocial, le sexologue participe à l'élaboration d'hypothèses de compréhension des symptômes et peut guider ses collègues en ce qui concerne la pertinence et la préparation d'une référence psychosociale

Motifs de consultation

- Difficulté ou préoccupation pouvant interférer avec la sexualité² et la qualité de la vie sexuelle³ (par exemple : douleurs lors des relations sexuelles, baisse ou disparition du désir sexuel)
- Difficulté associée à une modification de la fonction ou de la réponse sexuelle (par exemple : dysfonction érectile, vaginisme, douleur lors des activités sexuelles, orgasme, modification du désir, etc.)
- Difficulté relationnelle de couple en lien avec l'intimité et la vie sexuelle
- Difficulté d'adaptation à l'image de soi dans l'intimité (par exemple : féminité, masculinité, identité sexuelle, etc.)
- Difficulté d'adaptation à l'image corporelle en lien avec la sexualité
- Difficulté avec les différentes formes de séduction (séduire, être séduit, se sentir séduisant)
- Besoin d'information générale et ponctuelle sur la sexualité
- Besoin d'accompagnement décisionnel en matière de fertilité ou de reproduction en lien avec les traitements oncologiques
- Demande de suivi exprimée par la personne touchée par le cancer et ses proches

ⁱ Inspiré du site Web de l'Ordre professionnel des sexologues du Québec www.opsq.org

1. Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines. Assemblée nationale (2009).

2. Krug, E. G. & World Health Organization. *Rapport mondial sur la violence et la santé*. (Organisation mondiale de la Santé, 2002). Disponible en ligne : <http://site.ebrary.com/id/10062388>

3. Organisation mondiale de la santé. *Le financement des systèmes de santé : le chemin vers une couverture universelle*. (Organisation mondiale de la Santé, 2010).

CRITÈRES D'ORIENTATION VERS LES SOINS ET SERVICES PSYCHOSOCIAUX

TRAVAILLEUR SOCIAL

Rôle

Le travailleur socialⁱ en cancérologie évalue les impacts psychosociaux de la maladie sur la personne atteinte et ses proches et intervient au besoin dans le but de favoriser la mobilisation des forces et ressources des uns et des autres et leur adaptation maximale aux changements causés par la maladie. Il se préoccupe plus spécifiquement des aspects du fonctionnement social de la personne, c'est-à-dire la réalisation de ses rôles sociaux, de ses interactions avec les autres, avec sa famille et ses proches, avec les groupes et les collectivités d'appartenance, dans un but mutuel de développement humain et social optimal.

Le travailleur social intervient également dans les enjeux relationnels, principalement en ce qui concerne la relation aux autres et la relation aux ressources. Son rôle consiste entre autres à soutenir la restauration et le maintien de l'équilibre dynamique qui existe entre la personne atteinte de cancer et son environnement, équilibre déstabilisé par la maladieⁱⁱ.

Le travailleur social travaille en collaboration étroite avec les autres membres de l'équipe interdisciplinaire, les intervenants partenaires et les groupes communautaires impliqués auprès de la personne atteinte de cancer et de ses proches.

Le travailleur social peut jouer un rôle, que ce soit à l'étape de l'élaboration ou par sa participation active, dans des projets de recherche, l'enseignement, la supervision et la formation continue.

Services pouvant être offerts tout au long de la trajectoire de soins et services

- Évaluation du fonctionnement social
- Intervention individuelle, de couple, de famille et auprès des proches
- Animation/intervention au sein de groupes thérapeutiques
- Activité de soutien à l'animation de rencontres
- Intervention en situation de crise
- Intervention en résolution de problèmes et collaboration pour l'utilisation de diverses ressources disponibles
- Collaboration à l'élaboration du plan d'intervention interdisciplinaire (PII) ainsi que du plan de service individualisé (PSI) dans les situations qui l'exigent
- Collaboration et consultation au sein de l'équipe interdisciplinaire. En lien avec sa formation professionnelle et ses connaissances spécifiques comme intervenant psychosocial, le travailleur social participe à l'élaboration d'hypothèses de compréhension des symptômes et peut guider ses collègues en ce qui concerne la pertinence et la préparation d'une référence psychosociale

Motifs de consultation

- Difficulté ou besoin lié à l'organisation de la vie quotidienne et aux conditions socio-économiques associées à l'épisode de maladie
- Difficulté d'adaptation psychosociale liée à l'expérience de la maladie et des traitements
- Difficulté ou besoin lié à l'information, à la connaissance des ressources gouvernementales et communautaires, et aux mécanismes d'orientation
- Demande d'accompagnement dans les démarches concernant l'accès aux ressources gouvernementales et communautaires, et le soutien à la défense des droits
- Difficulté liée au retour à domicile et à l'hébergement
- Difficulté ou besoin concernant les aspects légaux et administratifs
- Suspicion concernant l'inaptitude du patient à gérer ses biens et sa personne ou relative à un besoin de protection
- Besoin de protection et défense des droits du patient ou de ses proches (incluant le risque d'abus, de violence ou de négligence d'une personne vulnérable)
- Demande de suivi exprimée par la personne touchée par le cancer et ses proches

ⁱ Le champ d'exercice du travailleur social est d'évaluer le fonctionnement social, de déterminer un plan d'intervention et d'en assurer la mise en œuvre dans une perspective de soutien et de rétablissement du fonctionnement social de la personne en réciprocité avec son milieu dans le but de favoriser le développement optimal de l'être humain en interaction avec son environnement (Guide explicatif – PL no 21 – Décembre 2013)

ⁱⁱ Inspiré du site Web de l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec www.otstcfq.org

6. ORIENTATION PSYCHOSOCIALE EN CANCÉROLOGIE

6.1 Soutien de base : réseau primaire, réseau communautaire et équipe médicale

Les résultats de recherche de Fitch présentés à la [figure 1](#) mettent en évidence le fait que plusieurs patients et leurs proches ont les ressources nécessaires pour traverser la crise générée par la maladie. De manière générale, il est considéré que le patient est en interaction avec son entourage (proches, famille, amis, etc.). Le [soutien de base](#) pour la plupart des patients atteints de cancer provient de leur famille et de leurs proches⁴. L'accès au soutien affectif et matériel venant des membres de leur [réseau primaire](#)^v, l'accès au soutien et aux informations venant des professionnels des différentes équipes d'intervention^{vi}, dont l'[équipe médicale](#), ainsi que du [réseau communautaire](#) en oncologie permettent aux patients et à leurs proches de retrouver un nouvel équilibre et de faire face à la période de turbulence générée par la maladie. L'orientation d'emblée vers un professionnel psychosocial n'est donc pas toujours cliniquement requise ni pertinente, mais elle doit être considérée et offerte selon la demande et les besoins.

Il est d'ailleurs important que les professionnels soient sensibilisés au fait qu'ils doivent éviter de prendre la place des membres du réseau primaire, considérés comme importants par les patients, et de participer ainsi involontairement à l'effritement ou au désengagement de ce réseau de soutien de proximité du patient. Ces liens demeurent importants tout au long de la trajectoire de la maladie et pourront se poursuivre tout au long de la vie de la personne atteinte.

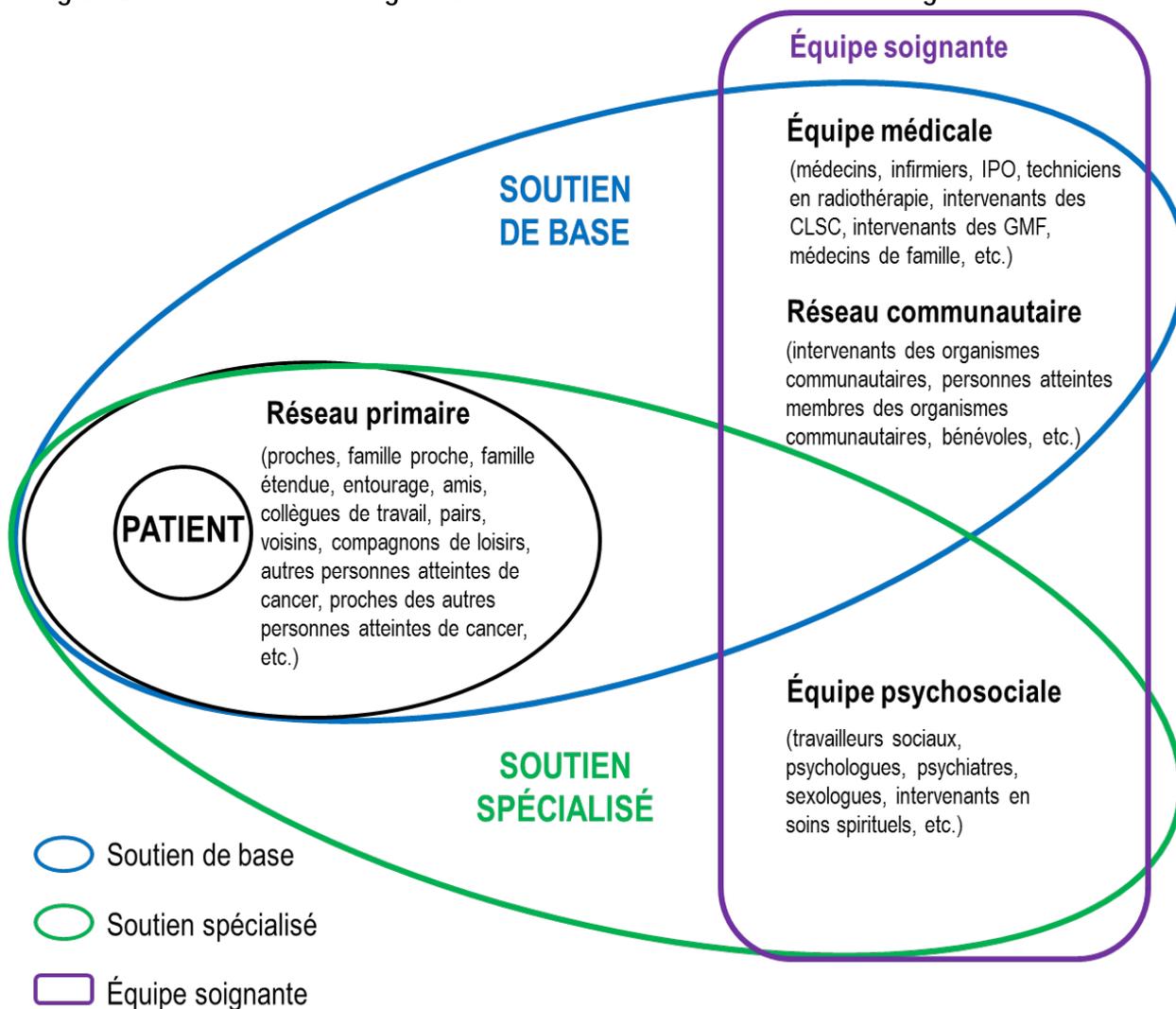
La [figure 1](#) permet aussi de comprendre que les professionnels de l'équipe médicale (médecins, infirmiers^{vii}, IPO, techniciens en radiothérapie, etc.) sont inévitablement sollicités pour soutenir les patients et leurs proches dans la résolution de problèmes spécifiques liés au cancer et à la détresse²⁴. L'information médicale offerte aux patients est une composante intrinsèque contribuant à un soutien de qualité¹³.

^v « Le réseau primaire est défini comme une entité microsociologique constituée d'un ensemble d'individus qui communiquent entre eux sur une base d'affinités personnelles, hors de tout contexte institutionnalisé. Le réseau primaire d'une personne comprend la totalité de ses liens sociaux dans le cadre de sa vie quotidienne. » Tiré de : Elkaim, 1987²³.

^{vi} Dans un contexte d'intervention liée à la maladie grave qu'est le cancer, plusieurs membres de différentes équipes peuvent être mobilisés pour le soutien du patient. L'engagement des différentes équipes et des professionnels s'articulent selon les enjeux de la trajectoire de soins, l'évolution de la maladie et l'organisation des soins et services.

^{vii} Un travail sur le rôle et les critères d'orientation vers les soins infirmiers est actuellement mené par le Comité national de l'évolution de la pratique des soins infirmiers en cancérologie.

Figure 2 : Soutien selon l'organisation des soins et services en cancérologie



6.2 Soutien spécialisé : professionnels psychosociaux en cancérologie

Les intervenants psychosociaux seront le plus souvent interpellés dans les situations complexes constatées précédemment par leurs collègues de l'équipe médicale, les principaux acteurs de l'orientation vers un intervenant psychosocial.

Le travail des intervenants psychosociaux en cancérologie s'inscrit dans un contexte de soin médical^{viii}. En plus de leur compréhension des situations complexes et des symptômes psychologiques et sociaux, il s'avère important pour ces derniers d'être attentifs aux dimensions physiques liées aux symptômes psychosociaux qui peuvent révéler une progression de la maladie ou une complication médicale. Les intervenants psychosociaux ont à considérer les

^{viii} Contexte de soin médical : comorbidité (de maladies graves), phase prolongée de traitement, troubles cognitifs, interventions chirurgicales, effets secondaires du traitement, médication actuelle induisant de l'anxiété ou de la dépression ou le fait d'avoir un suivi avec un médecin spécialiste¹⁰.

symptômes psychologiques des patients comme une possible expression d'un effet direct ou indirect du cancer ou de ses traitements¹⁰. Une collaboration bidirectionnelle entre les intervenants psychosociaux et les professionnels médicaux est nécessaire afin d'offrir des soins et services de qualité optimale en cancérologie.

6.3 Accès aux soins et services psychosociaux en cancérologie

En dépit de la disponibilité des services psychosociaux, un comité d'experts de l'IOM a constaté qu'il y a encore place à l'amélioration, afin que les dimensions psychosociales soient prises en compte dans les soins⁴. Les lignes directrices canadiennes ont récemment mis à jour les normes en matière de détection et de gestion de la détresse, de l'anxiété et de la dépression et recommandent l'accès à des interventions psychosociales appropriées²⁴. Aux États-Unis, l'ASCO exige depuis peu la mise en place d'un système de détection de la détresse qui mène à des soins psychosociaux spécialisés²⁵. La place des interventions psychosociales en cancérologie devient de plus en plus déterminante dans l'offre de soins de qualité aux personnes atteintes du cancer et à leurs proches.

Les principales portes d'entrée d'une orientation psychosociale tout au long de la trajectoire des soins et services en cancérologie sont les suivantes :

6.3.1 Évaluation à la suite d'une rencontre médicale avec le médecin de famille, l'oncologue, le radio-oncologue, le chirurgien ou tout autre médecin spécialiste

Certains patients, lors des rencontres avec leurs médecins, présenteront un état de détresse ou de désorganisation requérant l'orientation immédiate vers des services psychosociaux.

6.3.2 Évaluation à la suite d'une rencontre avec tout professionnel membre de l'équipe de soins

Lors d'une rencontre avec un professionnel, il peut arriver que celui-ci estime que le patient devrait consulter un autre intervenant plus spécialisé étant donné sa condition.

6.3.3 Évaluation initiale du patient par l'infirmière-pivot (IPO)

L'évaluation initiale par l'IPO permet la compréhension des enjeux du patient et de son contexte ainsi que la clarification de ses demandes et de ses besoins. Les résultats de cette évaluation détermineront la nécessité ou non de l'orientation vers des services psychosociaux.

6.3.4 Détection de la détresse effectuée par l'IPO, l'infirmière en oncologie ou autre

La mise en place de la détection de la détresse permet, tout au long de la trajectoire, de repérer les besoins non comblés et de reconnaître la présence de symptômes ou de problèmes nécessitant une évaluation et une intervention ciblée et approfondie¹⁰.

Des recommandations quant à la détection de la détresse pour la clientèle oncologique au Québec ont été formulées par le Comité ad hoc sur la détection de la détresse du Comité national des gestionnaires de la DGC. L'outil de détection de la détresse (ODD) permet l'objectivation et l'orientation vers les ressources adéquates dans des contextes de détresse modérée à sévère^{ix}.

^{ix} Pour de plus amples informations, vous pouvez consulter le rapport *La détresse des personnes atteintes de cancer : un incontournable de soin - Recommandations du Comité ad hoc sur la détection de la détresse du Comité national des gestionnaires de la Direction générale de cancérologie*¹⁰.

6.3.5 Demande formulée par le patient ou ses proches

Les intervenants psychosociaux seront aussi interpellés lorsque la demande est formulée par le patient ou ses proches, peu importe s'ils avaient ou non des antécédents de consultations ou des difficultés psychosociales. Cette demande doit être respectée et explorée, en partenariat avec le patient, afin de cerner le motif de consultation menant à l'évaluation et à l'intervention.

6.4 Facteurs de risque pour la clientèle oncologique

Une situation complexe peut apparaître tout au cours de la trajectoire en cancérologie. Certaines conditions ou facteurs sont reconnus pour contribuer à l'aggravation des difficultés psychosociales ou à l'augmentation de façon significative de la détresse des patients.

Tableau 1 - Facteurs de risque associés à la détresse pour la clientèle oncologique

| Facteurs de risque | Exemples |
|--|--|
| Conditions de vie/famille | Vivre seul, être dépendant d'autrui, avoir des problèmes financiers, (statut socio-économique faible), changement de statut de la famille |
| Situation de famille | Célibataire, séparé, divorcé ou veuf |
| Statut de sevrage | Utilisation de drogue ou d'alcool |
| Périodes de vulnérabilité | Récidive de la maladie, maladie avancée ou progressive (métastases), transition vers les soins palliatifs ^x , accumulation d'événements stressants de la vie, changements du fonctionnement ou des rôles |
| Antécédents médicaux et psychologiques | Attaques de panique, trouble d'anxiété généralisée (TAG), antécédents de dépression, antécédents de troubles de l'humeur, histoire d'autres troubles psychiatriques ^{xi} |
| Conditions médicales | Comorbidité (maladies graves), phase prolongée de traitement, troubles cognitifs, interventions chirurgicales, effets secondaires des traitements, anxiété ou dépression induite par la médication actuelle, avoir un suivi avec un médecin spécialiste |
| Autres facteurs | Âge plus jeune, femme, manque de soutien social, mauvais fonctionnement matrimonial ou familial, mauvaise communication avec l'équipe de soins, manque de réseau de soutien, mauvais contrôle de la douleur ou d'autres symptômes, conflits entre les proches ou avec le personnel soignant, barrières de communication, style d'adaptation anxieux ou destructeur (langue, littératie, physique). |

Traduit de : Howell *et al.*, 2015²⁴

^x Dans le contexte québécois actuel, une réflexion sur la fin de vie et l'aide médicale à mourir pourrait être considérée comme un facteur de risque.

^{xi} Inclut les problématiques en émergence dont la déficience intellectuelle (DI) et le trouble du spectre de l'autisme (TSA).

6.4.1 Problèmes préexistants

Les membres de l'équipe interdisciplinaire seront vigilants par rapport aux besoins des patients présentant des problèmes psychosociaux préexistants, particulièrement les problèmes de santé mentale sévères et persistants, qu'ils soient engagés ou non dans un suivi. Il est essentiel de procéder à l'évaluation de ces antécédents et parfois de coordonner un PII en collaboration avec les services de santé mentale ou psychosociaux généraux du RSSS.

Dans des situations particulières, l'évaluation de la dangerosité des patients envers eux-mêmes (autoagressivité) ou envers autrui (hétéroagressivité) est une responsabilité interdisciplinaire partagée. Les personnes atteintes de cancer présentent un risque de suicide plus élevé que la population générale, ou même que les patients atteints d'autres maladies chroniques²⁶. L'ACOP rappelle qu'en présence de trouble anxieux ou dépressif chez une personne atteinte de cancer, tout intervenant en cancérologie devrait évaluer la dangerosité envers soi ou autrui pour établir un plan d'intervention sécuritaire²⁴.

En présence d'idées suicidaires ou hétéroagressives, l'intervenant en cancérologie devrait toujours orienter le patient vers un intervenant psychosocial habilité à évaluer le potentiel de dangerosité. Néanmoins, lorsque ces idées apparaissent dans une situation instable ou qu'il y a des éléments de dangerosité immédiate (un plan établi, une intention de passage à l'acte, l'impossibilité de déceler des facteurs de protection, etc.), il est préférable d'accompagner la personne à l'urgence psychiatrique la plus proche afin qu'on procède à une évaluation formelle de la dangerosité dans un milieu sécuritaire et où il y a un accès aux mesures de mise en place d'un plan d'urgence ou d'intervention de crise¹⁰.

7. CONSIDÉRATIONS CLINIQUES DE LA PRATIQUE PSYCHOSOCIALE EN CANCÉROLOGIE

Le rapport du Comité d'oncologie psychosociale de 2011 a établi certaines balises quant à la pratique psychosociale en oncologie. Dans ce rapport du comité national sont exposés quelques repères et réflexions cliniques concernant la pratique psychosociale en cancérologie.

7.1 Orientation : moment clé

L'orientation est un processus complexe qui ne peut se résumer à une procédure en fonction de critères. Ce processus engage la relation entre le patient, ses proches et les intervenants. Certains intervenants préparent l'orientation et d'autres accueillent la demande : tous sont un maillon du processus.

Il est cliniquement avantageux que l'intervenant qui désigne les motifs de consultation puisse discuter avec le patient de son désir d'une évaluation spécialisée et entendre les réflexions de ce dernier en rapport avec cette demande de consultation. En général, l'accord du patient évite des malentendus et des tentatives de consultations que les patients finissent parfois par esquiver. L'intervenant qui recevra la demande d'orientation s'appropriera le processus en clarifiant son contexte, son offre de service et en permettant au patient de préciser ses attentes. Il est donc pertinent de penser que le patient doit donner son consentement à rencontrer un intervenant psychosocial, sauf dans certaines situations particulières telles que des situations de protection ou de dangerosité.

7.2 Cadre de l'intervention

L'intervention psychosociale s'inscrit dans une structure organisationnelle. La rencontre de l'intervenant psychosocial avec les patients et les proches leur permet de se mettre d'accord sur le sens de l'orientation, les modalités et les objectifs de l'intervention. L'intervention varie selon la pratique des professionnels, les ressources disponibles, l'étape de la maladie, le lieu pour offrir les soins, les mandats des équipes, les demandes, les besoins, l'histoire singulière (projet de vie) des patients et de leurs proches, etc. De façon générale, l'intervention psychosociale en oncologie demeurera centrée sur la situation de crise oncologique et limitée dans le temps. Le plan de l'intervention sera modulé par les attentes et demandes de la personne orientée et articulé autour d'objectifs spécifiques favorisant le contrôle des symptômes psycho-émotionnels, l'amélioration de la qualité de vie et le rétablissement fonctionnel incluant l'observance des traitements.

7.3 Travail patient-proches

Les patients doivent puiser dans leurs ressources personnelles et s'appuyer sur leur [réseau primaire](#) (de soutien affectif et matériel) pour entreprendre une traversée obligée et exigeante. Les personnes atteintes et leurs proches sont ensemble projetés hors de leur contexte familial; ils vivent un moment de réorganisation inévitable. Le cancer est une maladie qui n'affecte pas seulement un individu, mais tout son système interpersonnel². Il crée des peurs, fait vivre de l'incertitude, occasionne des changements de plans de vie, d'horaires et de routines, provoque des remises en question de valeurs, oblige les personnes touchées à faire face à la maladie et à la finalité de la vie².

Le conjoint, les enfants, les parents ou les autres membres de la famille, de même que les amis significatifs qui soutiennent et accompagnent les personnes atteintes de cancer tout au long de la trajectoire de soins sont considérés comme les proches¹⁰.

La première source de soutien pour la plupart des patients atteints de cancer est donc constituée de leurs proches. Les proches, touchés eux-mêmes par l'expérience de la maladie du patient, peuvent être dépassés par l'intensité du vécu et le volume des besoins qui apparaissent. On rapporte notamment que les partenaires conjuguux ou maritaux des personnes atteintes de cancer ont de multiples besoins²⁷ :

- informationnels (tant dans la gestion des symptômes physiques que des aspects psychologiques);
- émotionnels (soutien de la part de l'équipe soignante et de l'entourage, besoin de connaître des moyens concrets pour gérer le stress au quotidien et faire face à l'expérience du cancer);
- communicationnels (les partenaires ont besoin de conseils pour maintenir une communication efficace favorisant du même coup l'intimité relationnelle et la qualité de vie);
- d'autogestion (les partenaires ont besoin de se sentir compétents dans les soins, dans leur participation à la gestion de la douleur ou dans la capacité à prendre soin de leur propre santé)²⁸.

Il est présumé que les proches qui aident des personnes atteintes de cancer prodiguent des soins complexes, et ce, avec peu de préparation et de soutien²⁹. Des études sur les proches et les soignants de femmes atteintes d'un cancer du sein ont permis de constater un effet direct sur la santé mentale de leurs partenaires en ce qui a trait à l'anxiété, à la dépression, à la fatigue et aux symptômes de détresse du patient⁴. Lorsqu'une détresse est décelée chez un proche, le professionnel de la santé doit d'abord l'écouter et le soutenir en l'orientant au besoin vers la ressource adéquate et disponible. Les services psychosociaux généraux, les médecins de famille, les ressources de santé mentale ou d'organismes communautaires (par exemple la Société canadienne du cancer, la Fondation québécoise du cancer, etc.) offrent du soutien aux proches des personnes atteintes de cancer.^{xii} Certains milieux testent actuellement des outils d'évaluation de la détresse des proches ou de la détresse conjugale. Toutefois, il n'y a pas de recommandations claires basées sur les données probantes à ce sujet.

Les intervenants qui collaborent avec les proches doivent s'assurer d'être sensibles aux bouleversements vécus par ceux-ci. Pour les intervenants, soutenir des proches, intervenir auprès d'eux et les aider à trouver leur propre ajustement est un défi. Rien ne justifie le fait qu'un proche puisse être mis au service du malade en fonction d'attentes décidées et appliquées sans le consulter, sans tenir compte de ses compétences et de ses limites et sans vérifier où il en est rendu dans ses propres adaptations par rapport à la crise engendrée par la maladie³⁰.

La pratique démontre qu'intégrer les proches à l'offre de service psychosociale exige une rigueur de la part des intervenants concernant les enjeux de confidentialité, de demandes et du cadre d'intervention. « Il faut parfois un grand art pour faire alliance sans faire de coalition contre le patient »³¹.

7.4 Travail en équipe

Le contexte de travail en équipe en oncologie a été présenté dans la section [2.6 Pratique psychosociale en contexte d'interdisciplinarité et de collaboration interprofessionnelle](#).

^{xii} Il est à noter qu'une formation sur le risque d'homicide a été conçue par le Centre de recherche appliquée en intervention psychosociale (CRAIP) de la région 02 et est offerte aux intervenants des services sociaux généraux, selon les données probantes à ce sujet.

7.5 Travail en réseau

Le réseau est un circuit de liens et de services dans lequel s'organisent différentes interventions liées aux spécialisations des professions et des organismes ayant pour but de mieux répondre aux exigences des situations des patients en oncologie. Pour les intervenants du réseau, il est important de connaître l'organisation des services, les ressources disponibles, de situer l'offre de service de chacun et d'en informer les patients et leurs proches.

Le travail en réseau exige la collaboration entre tous les intervenants du RSSS et des organismes communautaires. Travailler en réseau permet d'offrir aux patients et à leurs proches le plus de choix possible en ce qui a trait aux ressources et au soutien. Travailler en réseau, c'est aussi concevoir une pratique de concertation entre les partenaires, afin de mieux comprendre la singularité des situations des patients rencontrés et d'apporter des réponses ajustées respectueuses des missions et des ressources de chaque équipe.

La question de l'orientation illustre bien la nécessité de développer un lien de collaboration entre les intervenants tout au long de la trajectoire. D'un point de vue organisationnel, l'orientation requiert que les établissements définissent leur offre de service et mettent en place des trajectoires spécifiques (corridors de services) liées à leurs ressources.

Les intervenants psychosociaux ont un rôle actif à jouer dans l'élaboration et la planification clinique de la trajectoire de soins et services des patients et la collaboration entre les différents professionnels de l'équipe de oncologie, les autres secteurs du RSSS et les organismes communautaires. Cette collaboration est bidirectionnelle et implique le transfert de connaissances et d'informations entre les différents intervenants.

8. ENJEUX LIÉS À LA CONTINUITÉ DES SOINS ET SERVICES PSYCHOSOCIAUX EN CANCÉROLOGIE

8.1 Orientation vers un autre intervenant

En raison d'une relation de confiance établie et soutenue à un moment important de la vie du patient, la fin des suivis par l'orientation vers un autre intervenant peut être exigeante émotionnellement pour le patient et ses proches ainsi que pour l'intervenant concerné. Elle s'effectue avec délicatesse et précaution afin de soutenir les patients et leurs proches. Impliquer les autres partenaires de soins et de services incite les intervenants à maîtriser les enjeux de continuité, c'est-à-dire à comprendre et à intégrer les limites de chaque profession et du mandat de l'équipe partenaire (par exemple le mandat du CLSC). La continuité des soins en réseau exige que les intervenants demeurent responsables de leurs gestes sans disqualifier les autres intervenants. Considérer la compétence des collègues, c'est honorer ce qui est offert en collaboration.

La coordination de l'orientation vers les soins et les services psychosociaux est à construire selon la dynamique et les ressources dans chaque établissement. L'offre de service devrait répondre aux questions « qui est le mieux placé pour intervenir? » et « comment répondre au besoin avec pertinence? », que ce soit à l'intérieur d'une équipe ou parmi les intervenants du réseau. L'orientation et le travail de continuité exigent aussi d'être attentifs au possible dédoublement de services.

8.2 Vigilance dans la transmission d'informations et le respect de la confidentialité

Le travail en réseau et l'orientation vers un autre intervenant incitent les professionnels qui travaillent conjointement à s'échanger et à s'appropriier les informations cliniques pertinentes concernant leurs patients. Cette appropriation exige que les professionnels s'en remettent à ce qui a été construit et transmis et qu'ils poursuivent l'intervention en fonction de nouveaux enjeux (évolution de la maladie, mandat de l'équipe, etc.). Avec l'accord du patient, il est souhaitable de transmettre les informations objectives (par exemple le PII) et le sens de l'orientation aux partenaires qui prendront la relève, afin d'éviter au patient de devoir répéter des informations et de dédoubler les interventions. Les patients auront aussi à ajuster et à redéfinir leurs demandes en fonction des nouveaux éléments de leur contexte de vie et du contexte médical.

Le travail en réseau, l'orientation et la transmission d'information entre les professionnels met en lumière la nécessité de réfléchir à la notion de confidentialité.

Les codes de déontologie des intervenants psychosociaux balisent bien les règles générales de la confidentialité. Au Québec, tous les professionnels, c'est-à-dire toutes les personnes qui sont membres d'une corporation professionnelle reconnue selon le Code des professions, sont tenus au secret professionnel, selon les dispositions de l'article 60.4 du Code : « Le professionnel doit respecter le secret de tout renseignement de nature confidentielle qui vient à sa connaissance dans l'exercice de sa profession »³².

Dans les situations d'orientation, la question de la confidentialité est délicate, même si tous les membres de l'équipe interdisciplinaire partagent les mêmes obligations de confidentialité. Une réflexion critique sur la question de ce qui doit être dit ou non aux collègues dans ces moments de transition est nécessaire au regard du respect des règles balisant la confidentialité et du bon fonctionnement des suivis. Il est aussi primordial d'informer le patient quant au contexte de travail interdisciplinaire et de réseau au sein de l'équipe de cancérologie.

Savoir quoi dire se révèle un exercice de jugement critique pour l'intervenant et devrait être discuté en partenariat avec le patient. Adopter ce positionnement critique, c'est accepter de vivre une tension constante et inévitable entre les attentes légitimes des collègues par rapport à l'accès aux éléments qui permettent de mieux comprendre les enjeux du patient et de ses proches et le souci de préserver certains éléments de leur vie privée non reliés aux symptômes. Ces réflexions sont d'autant plus pertinentes dans le contexte de l'informatisation des dossiers et de leur transmission électronique. Dans une volonté d'engagement, l'intervenant doit se situer entre confidentialité et appel aux ressources de l'entourage.

8.3 Transitions selon les étapes de la trajectoire de soins et services

Les multiples étapes transitoires de la trajectoire de soins liées à l'état et à l'évolution de la maladie du patient provoquent des changements inévitables d'intervenants et d'équipes. La nature des suivis en oncologie (récidive, suivi palliatif, survivance, nouveau cancer, etc.) fait en sorte qu'il est difficile de décider du moment de la fin de ces suivis. Au-delà des règles générales des établissements sur la durée des suivis², certains contextes ou situations cliniques doivent être pris en compte. La fin du suivi est liée à l'expérience de vie des patients et de leurs proches et peut éveiller des sensibilités préexistantes. Cliniquement, l'intervenant conserve le lien pendant le processus d'orientation et facilite le passage vers un autre intervenant. S'assurer de bien terminer la relation et ainsi soutenir la suite du processus thérapeutique s'avère donc nécessaire. L'orientation s'accompagne de renoncements relationnels, même si la maladie évolue favorablement.

Par ailleurs, il est important de trouver un équilibre entre les possibilités d'assurer le suivi des patients selon leurs besoins et d'assurer la capacité des intervenants psychosociaux à intervenir auprès de nouveaux patients. Une tension inévitable existe entre la volonté de maintenir la relation et l'offre de service.

8.4 Transitions et survivance : suite à construire

La détection précoce et l'innovation médicale ont permis des progrès majeurs dans les soins pour les cancers les plus communs, de prolonger la vie et d'ouvrir des fenêtres d'espoir là où il n'en existait pas auparavant⁴. Au cours des deux dernières décennies, le taux de survie à cinq ans des 15 cancers les plus fréquents est passé de 43 % à 64 % pour les hommes et de 57 % à 64 % pour les femmes⁴.

La DGC s'est inspirée des travaux de l'European Organisation for Research and Treatment of Cancer (EORTC) pour définir la notion de survivance. Toute personne qui a été diagnostiquée avec un cancer, qui a terminé son traitement primaire (à l'exception du traitement de maintien) et qui n'a pas d'évidence de maladie active est considérée comme survivante au cancer³³. Par ailleurs, inspirée par la définition du National Cancer Institute (NCI), la DGC intègre aussi le vécu des proches dans la notion de survivance. Toutefois, actuellement il n'existe pas de consensus international sur la définition de la survivance.

L'offre de services psychosociaux en oncologie s'étend à la période de survivance, afin de répondre aux besoins psychosociaux liés aux effets tardifs et à long terme du cancer et de ses traitements. Selon l'ACOP, les personnes survivantes au cancer devraient se voir offrir un plan de soins de survie qui résume les traitements reçus, un calendrier de suivis indiquant la fréquence des rendez-vous en oncologie et en [première ligne](#), une liste de contrôle des effets tardifs pouvant apparaître à la suite des traitements reçus et un guide des ressources psychosociales³⁴. Les survivants rapportent des difficultés d'adaptation et de retour à la vie « normale » après l'expérience du cancer³⁴. Malgré que le cancer soit contrôlé et éliminé, ils peuvent pendant longtemps éprouver la peur d'une récurrence et manifester des problèmes de dépression, d'anxiété et des troubles cognitifs³⁵. Ils peuvent aussi éprouver des difficultés de plusieurs ordres, tels des problèmes d'image corporelle, d'altération sexuelle, des changements fonctionnels à long terme, des difficultés relationnelles, des difficultés associées au rôle social, des préoccupations par rapport au retour au travail, des défis financiers, etc³⁵.

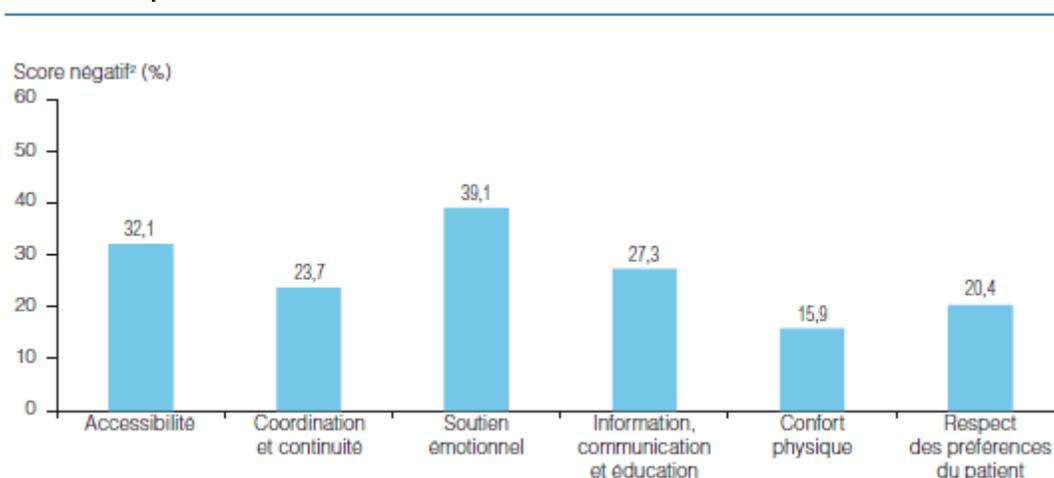
9. PORTRAIT PSYCHOSOCIAL EN CANCÉROLOGIE AU QUÉBEC

Afin de mieux saisir l'évolution de la pratique psychosociale en cancérologie au Québec, et de façon à anticiper l'avenir, quelques données et statistiques semblent nécessaires à l'analyse de la situation psychosociale au Québec.

9.1 Enquête de l'Institut de la statistique du Québec : soutien émotionnel

Selon la dernière *Enquête québécoise sur la qualité des services de lutte contre le cancer 2013* de l'Institut de la statistique du Québec (ISQ)³⁶, le soutien émotionnel est la dimension qui a été évaluée la moins satisfaisante pour les patients, avec un score négatif (c'est-à-dire la proportion d'items évalués négativement par les patients) de 39 % (figure 3).

Figure 3 : Dimensions de la qualité des services de lutte contre le cancer, patients¹ ayant été traités pour un cancer, Québec, 2013



¹ Par patients, on entend les personnes de 18 ans et plus, résidant au Québec et ayant subi au moins un des trois types de traitement visés par l'enquête (chirurgie, chimiothérapie ou radiothérapie, incluant la curiethérapie) entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 2010.

² Le « score négatif » peut être interprété par la proportion d'items évalués de manière négative (entièrement ou partiellement) parmi tous les items composant la dimension, et ce, pour l'ensemble des patients.

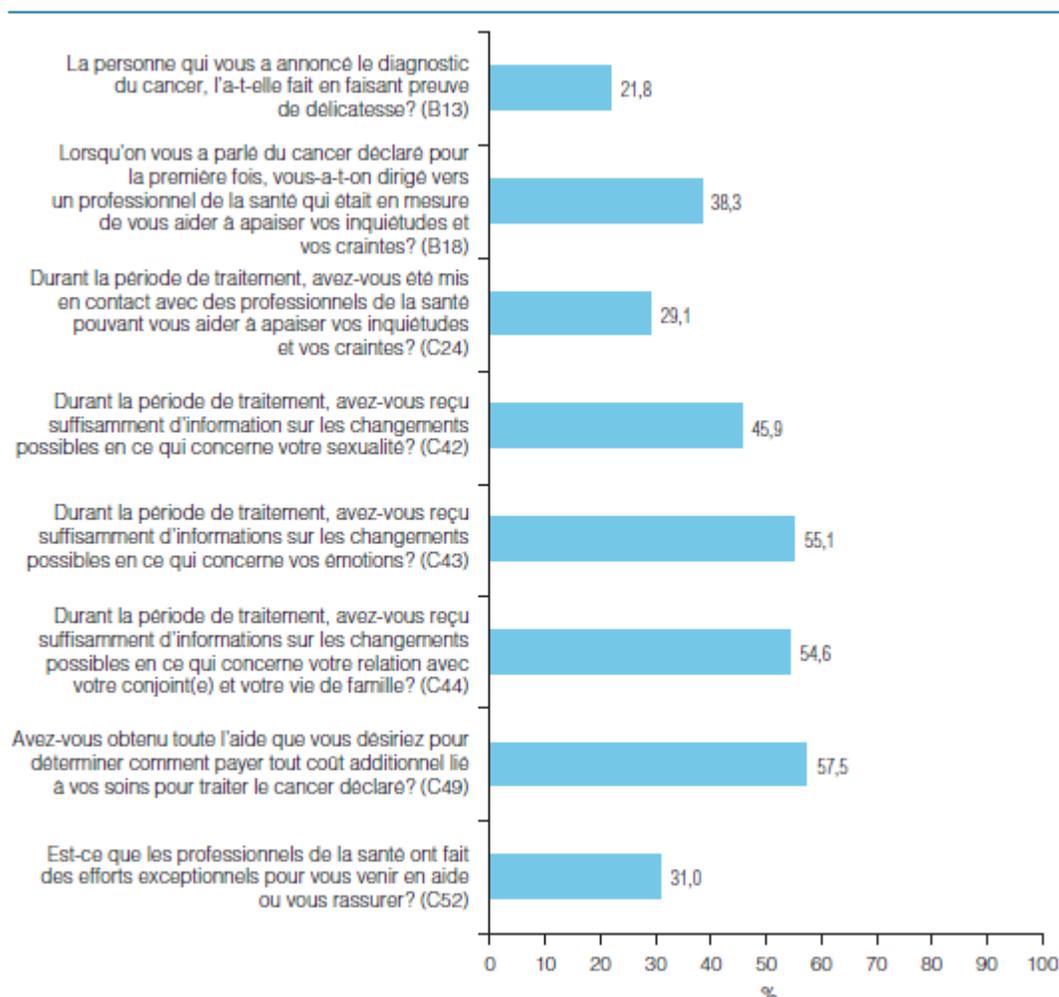
Tiré de : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la qualité des services de lutte contre le cancer 2013*³⁶

Les items indicateurs de la dimension du soutien émotionnel qui apparaissent les plus problématiques sont :

- l'aide pour déterminer comment payer tout coût additionnel lié aux soins (C49);
- l'information reçue sur les changements possibles en ce qui a trait aux émotions (C43);
- la relation avec le conjoint ou la vie familiale (C44).

Il a été évalué que plus de la moitié des patients considèrent « ne pas avoir reçu toute l'aide désirée (57 %), ne pas avoir reçu suffisamment d'informations sur les changements possibles en ce qui a trait aux émotions (C43) (55 %) et sur les changements possibles en ce qui concerne la sexualité (C44) (55 %) » (figure 3).

Figure 4 : Proportion de patients¹ qui évaluent de manière négative (entièrement ou partiellement) les items relatifs à la dimension *Soutien émotionnel*², Québec, 2013



¹ Par patients, on entend les personnes de 18 ans et plus, résidant au Québec et ayant subi au moins un des trois types de traitement visés par l'enquête (chirurgie, chimiothérapie ou radiothérapie, incluant la curiethérapie) entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 2010.

² Certains items ne s'appliquent pas à la situation de tous les patients. Les estimations portent donc sur les patients concernés uniquement.

Tiré de : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la qualité des services de lutte contre le cancer 2013*³⁶

9.2 Analyse de l'accès aux intervenants psychosociaux selon les données de GESTRED

Le **tableau 2** permet d'estimer les ressources psychosociales en cancérologie qui sont répertoriées pour le Québec. Ces données concernant l'estimation des ressources de l'ensemble des centres de cancérologie proviennent du système de suivi de gestion et de reddition de comptes GESTRED et couvrent l'année 2013-2014. Les estimations sur la projection de la population et de l'incidence du cancer ont été calculées pour 2015³. Par conséquent, il est important de considérer que les données du tableau 2 représentent la relation entre l'incidence des nouveaux cas de cancer projetés et les ressources humaines qui leur sont consacrées. Cela ne représente donc pas directement le nombre de patients suivis par des intervenants psychosociaux. De plus, il est à noter que la notion d'« intervenants

psychosociaux » présentée dans ce tableau fait référence seulement aux statistiques sur les travailleurs sociaux et les psychologues, faute de données quant aux autres professions impliquées dans le suivi psychosocial des patients.

Ce survol statistique permet un questionnement par rapport à un estimé des besoins d'interventions psychosociales en fonction des ressources en place. Ce tableau vise à guider la réflexion sur les orientations possibles vers les intervenants psychosociaux en cancérologie et il met aussi en perspective le fait que l'orientation se construit en fonction des ressources disponibles. Les données indiquent que 171 intervenants psychosociaux, soit 108 travailleurs sociaux et 63 psychologues, travaillent en cancérologie au Québec. Cela représente un total de 116 équivalents temps complet (ETC), soit 72 ETC travailleurs sociaux et 44 ETC psychologues.

La colonne « Ratio ETC Psy + Ts \ 1000 **nouveaux cas** » est celle principalement utilisée pour la présente analyse. Les données de cette colonne illustrent le nombre d'intervenants (seulement les travailleurs sociaux et les psychologues) disponibles dans chaque établissement pour 1000 nouveaux cas de cancer estimés pour la région concernée.

Les détails des calculs sont les suivants :

$$\text{Ratio ETC Psy + Ts} \backslash 1000 \text{ nouveaux cas} = \frac{\text{ETC Psy + Ts}}{(\text{Incidence projetée (2015) Nb nouveaux cas}) \times 1000}$$

Le nombre moyen d'intervenants psychosociaux au Québec est de 2,25 ETC pour 1000 nouveaux cas de cancer.

Tableau 2 : État de situation psychosociale au Québec en 2013-2014, selon l'analyse de l'accès aux intervenants psychosociaux du logiciel de reddition de comptes GESTRED

| RÉGION | Établissement | Population projetée 2015 | Incidence projetée (2015) Tx ajusté pour 100 000 | Incidence projetée (2015) Nb nouveaux cas | Nb Psychologues (psy) | Nb travailleurs sociaux (Ts) | ETC Psy | ETC Ts | ETC Ts+Psy | Ratio ETC Psy / 1000 nouveaux cas | Ratio ETC Ts / 1000 nouveaux cas | Ratio ETC Psy + Ts / 1000 nouveaux cas | Proportion Ts + Psy / région | Ratio ETC Psy / 100 000 de population | Ratio ETC Ts / 100 000 de population | Ratio ETC Psy + Ts / 100 000 de population | Ratio Psy/Psy + TS |
|---------------|-------------------------------------|--------------------------|---|--|-----------------------|------------------------------|-----------|-----------|------------|--------------------------------------|-------------------------------------|---|---------------------------------|--|---|---|--------------------|
| 01 | CISSS BAS-SAINT-LAURENT | 200 920 | 530 | 1 512 | 2 | 4 | 1 | 2 | 3 | 1 | 1 | 2,12 | 3 | 1 | 1 | 2 | 44 |
| 02 | CISSS SAGUENAY-LAC-SAINT-JEAN | 278 560 | 602 | 2 115 | 2 | 4 | 1 | 2 | 3 | 1 | 1 | 1,56 | 3 | 0 | 1 | 1 | 33 |
| 03 | CIUSSS CAPITALE-NATIONALE | 736 787 | 571 | 5 101 | 5 | 12 | 3 | 8 | 12 | 1 | 2 | 2,25 | 10 | 0 | 1 | 2 | 28 |
| 04 | CIUSSS MAURICIE ET CENTRE-DU-QUÉBEC | 510 163 | 525 | 3 543 | 5 | 2 | 4 | 2 | 6 | 1 | 1 | 1,55 | 5 | 1 | 0 | 1 | 64 |
| 05 | CIUSSS ESTRIE | 476 108 | 533 | 2 098 | 2 | 7 | 1 | 5 | 6 | 1 | 2 | 2,86 | 5 | 0 | 1 | 1 | 20 |
| 06 | MONTRÉAL | 1 992 106 | 516 | 11 061 | 26 | 42 | 22 | 36 | 58 | 2 | 3 | 5,20 | 49 | 1 | 2 | 3 | 38 |
| 07 | CISSS OUTAOUAIS | 389 496 | 491 | 1 989 | 1 | 4 | 1 | 2 | 3 | 0 | 1 | 1,41 | 2 | 0 | 0 | 1 | 32 |
| 08 | CISSS ABITIBI-TÉMISCAMINGUE | 148 596 | 491 | 832 | 0 | 5 | 0 | 1 | 1 | 0 | 2 | 1,68 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 |
| 09 | CISSS CÔTE-NORD | 95 404 | 637 | 658 | 2 | 3 | 0 | 2 | 2 | 0 | 2 | 2,74 | 2 | 0 | 2 | 2 | 17 |
| 10 | CRSSS BAIE-JAMES | 14 122 | 588 | 82 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 11 | GASPÉSIE-ÎLES-DE-LA-MADELEINE | 92 879 | 656 | 909 | 1 | 3 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1,10 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 |
| 12 | CISSS CHAUDIÈRE-APPALACHES | 423 065 | 551 | 2 830 | 1 | 4 | 1 | 2 | 3 | 0 | 1 | 1,13 | 3 | 0 | 1 | 1 | 25 |
| 13 | CISSS DE LAVAL | 429 430 | 541 | 2 504 | 2 | 2 | 2 | 2 | 4 | 1 | 1 | 1,40 | 3 | 0 | 0 | 1 | 57 |
| 14 | CISSS DE LANAUDIÈRE | 502 846 | 561 | 3 097 | 1 | 3 | 1 | 2 | 3 | 0 | 1 | 0,87 | 2 | 0 | 0 | 1 | 33 |
| 15 | CISSS DES LAURENTIDES | 595 202 | 562 | 3 715 | 4 | 5 | 2 | 2 | 5 | 1 | 1 | 1,21 | 4 | 0 | 0 | 1 | 49 |
| 16 | TOTAL MONTÉRÉGIE | 1 374 896 | 555 | 9 507 | 9 | 8 | 5 | 4 | 9 | 0 | 0 | 0,92 | 7 | 0 | 0 | 1 | 53 |
| 17 | NUNAVIK | 13 114 | 754 | 40 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 18 | TERRES-CRIES-DE-LA-BAIE-JAMES | 17 661 | 453 | 38 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| QUÉBEC | | 8 291 355 | 545 | 51 721 | 63 | 108 | 44 | 72 | 116 | 1 | 1 | 2,25 | 100 | 1 | 1 | 1 | 38 |

Légende : ETC : Équivalent temps complet; Tx : taux; Nb : nombre; Psy : psychologue; Ts : travailleur social

10. SUGGESTIONS D'INDICATEURS DE PERFORMANCE

Les indicateurs de mesure de la performance présentés ci-dessous s'inscrivent dans le cadre d'une démarche évolutive d'amélioration continue. En effet, ceux-ci représenteraient une première étape dans la mesure et le suivi de l'implantation des critères d'orientation vers les soins et services psychosociaux. Ces indicateurs viseraient des objectifs d'amélioration de l'accessibilité, ensuite de la qualité des soins et services, et finalement de la qualité de vie des personnes atteintes de cancer.

Dans le cadre de ce rapport, deux indicateurs d'accessibilité sont proposés. Ces indicateurs de première génération permettraient de donner un aperçu quant à la gestion de l'accès aux services déjà en place ou à la planification des ressources humaines. Pour le moment, ces indicateurs ne seront pas inclus dans les ententes de gestion et d'imputabilité. D'autres indicateurs pourraient être définis, par exemple le suivi de l'accès en fonction de délais cibles établis par les experts, le taux de patients orientés vers les services psychosociaux en fonction du nombre de patients diagnostiqués ou suivis, etc.

Afin d'évaluer la performance, il est essentiel de tenir compte du contexte global dans lequel se met en place l'orientation et d'être sensibilisé au fait qu'il peut sembler plus naturel d'orienter les patients lorsque la ressource existe. La demande d'orientation n'est donc pas en soi représentative des besoins des patients.

10.1 Taux d'orientation vers les soins et services psychosociaux par profession

Ce premier indicateur aurait pour fonction de déterminer la proportion des demandes d'orientation vers les soins et services psychosociaux selon la profession vers qui l'orientation est acheminée. Cette mesure permettrait donc au gestionnaire d'être mieux informé en vue d'une planification des ressources. L'indicateur tient compte des demandes d'orientation et non pas des consultations effectuées, permettant la planification des ressources en fonction des besoins des patients.

Mesure d'indicateur :

$$\frac{\text{Nombre de demandes d'orientation selon la profession}}{\text{Nombre total de demandes d'orientation}} \times 100$$

10.2 Taux de réponse à la suite d'une demande d'orientation vers les soins et services psychosociaux

Ce second indicateur viserait à mesurer la proportion des demandes d'orientation vers les soins et services psychosociaux qui ont obtenu une réponse. Tout comme pour le premier indicateur présenté, celui-ci permettrait d'évaluer la capacité de réponse aux besoins des patients en matière de soins et services psychosociaux et favoriserait la planification des ressources humaines en vue de satisfaire les besoins et de combler l'écart pouvant être observé.

Plusieurs mesures d'indicateur peuvent être proposées. Ainsi, l'indicateur pourrait permettre de mesurer le taux de réponse pour l'ensemble des demandes d'orientation effectuées ou le taux de réponse en fonction d'une profession spécifique.

Critères d'orientation vers les soins et services psychosociaux en cancérologie

Mesure d'indicateur (exemple 1) :

$$\frac{\text{Nombre total de consultations effectuées}}{\text{Nombre total de demandes d'orientation}} \times 100$$

Mesure d'indicateur (exemple 2) :

$$\frac{\text{Nombre de consultations effectuées selon la profession}}{\text{Nombre de demandes d'orientation selon la profession}} \times 100$$

GLOSSAIRE

| | |
|------------------------------------|--|
| Collaboration interprofessionnelle | <p>L'ACOP utilise l'expression « collaboration interprofessionnelle » lorsqu'il est question de soins assurés par des professionnels de la santé qui collaborent efficacement entre eux en équipes⁹.</p> <p>Le Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé (CPIS) définit la collaboration interprofessionnelle comme étant le processus de développement et de maintien de relations de travail interprofessionnelles avec des apprenants et des professionnels, des personnes/patients ou des clients, la famille ou les proches et la communauté qui permettent l'atteinte de résultats optimaux en matière de santé et de services sociaux¹⁶.</p> <p>La collaboration interprofessionnelle s'inscrit également dans un partenariat entre une équipe soignante et une personne, établi dans le cadre d'une approche axée sur la participation, la collaboration et la coordination à l'égard de la prise de décision partagée dans le domaine de la santé et des services sociaux¹⁷. La pratique collaborative centrée sur la personne est une approche de soins qui implique « l'interaction continue de deux ou plusieurs professionnels ou disciplines, organisée dans un effort commun pour résoudre ou étudier tous les aspects des problèmes communs avec la meilleure participation possible » du patient¹⁸.</p> |
| Continuum de soins et de services | <p>La représentation de la liste des soins et services qu'une personne atteinte de cancer pourrait recevoir aux différentes étapes de son parcours. Cela comprend les activités de prévention et de dépistage et s'étend aux soins de fin de vie et de survivance¹⁰. Le ministère de la Santé et des Services sociaux réserve le terme « dépistage » pour les programmes de dépistage de la Santé publique. Dans le cas de la détresse, le terme est à proscrire pour l'utilisation du libellé « détection » de la détresse.</p> |
| Détresse | <p>L'expérience émotionnelle désagréable et multidimensionnelle, de nature psychologique (cognitive, comportementale, émotionnelle), sociale ou spirituelle, qui peut interférer sur la capacité à faire face de façon efficace au cancer, à ses symptômes physiques et à ses traitements. La détresse peut se manifester selon un spectre qui s'étend des sentiments courants et normaux de vulnérabilité, de tristesse et de peur à des problèmes potentiellement invalidants tels que la dépression, l'anxiété, la panique, l'isolement social ainsi que la crise existentielle et spirituelle⁸.</p> |
| Équipe médicale | <p>L'équipe qui offre les soins médicaux (les médecins, les infirmiers, les IPO, les techniciens en radiothérapie, les intervenants des CLSC, les intervenants des groupes de médecine de famille (GMF), les médecins de famille, etc.). Dans ce document, les intervenants psychosociaux sont distincts de l'équipe médicale et font plutôt partie de l'équipe psychosociale.</p> |

Critères d'orientation vers les soins et services psychosociaux en cancérologie

| | |
|--------------------------------|--|
| Équipe psychosociale | L'ensemble des intervenants occupant une profession psychosociale, tels les travailleurs sociaux, les psychologues, les psychiatres, les sexologues, les intervenants en soins spirituels, etc. |
| Équipe soignante | L'ensemble des intervenants qui participent à l'offre de soins et services au patient durant un épisode de soins ³⁷ . |
| Interdisciplinarité | Le regroupement de plusieurs intervenants ayant une formation, une compétence et une expérience spécifiques qui travaillent ensemble à la compréhension globale, commune et unifiée d'une personne en vue d'une intervention concertée à l'intérieur d'un partage complémentaire des tâches ¹⁵ . |
| Orientation | L'exécution d'une demande d'intervention. Le patient est dirigé vers une ressource afin qu'elle intervienne. Le but de l'orientation est de mener à la consultation. |
| Personne atteinte de cancer | La personne atteinte de cancer inclut le patient, l'utilisateur ou le client. |
| Personne touchée par le cancer | La personne touchée par le cancer inclut la personne atteinte de cancer et ses proches. |
| Première ligne | Le premier niveau d'accès qui s'appuie sur des infrastructures légères. Les services de première ligne regroupent deux grands types de services : les services généraux qui s'adressent à l'ensemble de la population et des services spécifiques pour des problématiques particulières (jeunes en difficulté, déficience intellectuelle, dépendances, maladies chroniques, etc.). À l'intérieur de ces deux grands types de services, on trouve des activités de promotion-prévention et des activités cliniques et d'aide ³⁸ . |
| Proche | Le conjoint, les enfants, les parents ou les autres membres de la famille de même que les amis significatifs qui soutiennent et accompagnent les personnes atteintes de cancer tout au long de la trajectoire de soins sont considérés comme les proches ¹⁰ . |
| Réseau communautaire | Le réseau ou l'organisation des organismes communautaires en cancérologie ou toute organisation pertinente. Les intervenants des organismes communautaires, les personnes atteintes membres des organismes communautaires, les bénévoles, etc. |
| Réseau primaire | L'entité microsociologique constituée d'un ensemble d'individus qui communiquent entre eux sur une base d'affinités personnelles, hors de tout contexte institutionnalisé. Le réseau primaire d'une personne comprend la totalité de ses liens sociaux dans le cadre de sa vie quotidienne ²³ . Par exemple, on peut entendre par « réseau » : les proches, la famille proche, la famille étendue, l'entourage, les amis, les collègues de travail, les pairs, les voisins, les compagnons de loisirs, les autres personnes atteintes de cancer, les proches des autres personnes atteintes de cancer, etc. |
| Soutien de base | La famille et les proches pour la plupart des patients atteints de cancer ⁴ . L'entourage du patient (proches, famille, amis, etc.). Le réseau primaire, l'équipe médicale et le réseau communautaire font partie du soutien de base. |

RÉFÉRENCES

1. Québec (Province) & Ministère de la santé et des services sociaux. *Ensemble, en réseau, pour vaincre le cancer plan d'action en cancérologie*. (Santé et services sociaux Québec, 2013).
2. Québec (Province), Comité d'oncologie psychosociale, Couture, M.-C., Québec (Province) & Direction de la lutte contre le cancer. *Rapport du Comité d'oncologie psychosociale vers des soins centrés sur la personne*. (Ministère de la santé et des services sociaux, Direction des communications, 2011).
3. Société canadienne du cancer. *Comité consultatif de la Société canadienne du cancer : Statistiques canadiennes sur le cancer 2015*. (Société canadienne du cancer, 2015).
4. *Cancer care for the whole patient : meeting psychosocial health needs*. (National Academies Press, 2008).
5. Bisson, J. I. et al. *The prevalence and predictors of psychological distress in patients with early localized prostate cancer*. *BJU Int.* **90**, 56–61 (2002).
6. MJ Massie, Holland, J. & Rowland, J. *Overview of normal reactions and prevalence of psychiatric disorders*. (New York: Oxford University Press, 1989).
7. Brennan, J. *Adjustment to cancer - coping or personal transition?* *Psychooncology.* **10**, 1–18 (2001).
8. Holland, J. et al. *Distress management National Comprehensive Cancer Network*. (2014).
9. Committee Canadian Association of Psychosocial Oncology (CAPO). *Standards of Psychosocial Health Services for Persons with Cancer and their Families*. 31 (2010).
10. Rivest, J., Robitaille, M.-A. & Joannette, S. *Le dépistage de la détresse auprès des personnes atteintes de cancer au Québec*. (Gouvernement du Québec, 2016).
11. NHMRC National Breast Cancer Centre (Australia) & National Cancer Control Initiative (Australia). *Clinical practice guidelines for the psychosocial care of adults with cancer*. (NHMRC, 2003).
12. Fitch, M. *Cadre des soins de soutien*. 1, 15–24 (2008).
13. National Institute for Clinical Excellence, Great Britain & National Health Service. *Improving supportive and palliative care for adults with cancer: the manual*. (National Institute for Clinical Excellence, 2004).
14. Conseil québécois de lutte contre le cancer, Comité des équipes interdisciplinaires de lutte contre le cancer, Québec (Province) & Direction de la lutte contre le cancer. *Les équipes interdisciplinaires en oncologie avis*. (Direction de la lutte contre le cancer, Santé et services sociaux Québec, 2005).
15. HÉBERT, R. *Définition du concept d'interdisciplinarité*. (1997).
16. Gilbert, J. H. V., Orchard, C. & Bainbridge, L. *Référentiel national de compétences en matière d'interprofessionnalisme*. (College of Health Disciplines Université de la Colombie-Britannique, 2010).
17. Orchard, C., Curran, V. & Kabene, S. *Creating a culture of interdisciplinary collaborative professional practice* Available from <http://www.med-ed-online.org>. *Med Educ* (2005).
18. Herbert, C. P. *Changing the culture: interprofessional education for collaborative patient-centred practice in Canada*. *J. Interprof. Care* **19 Suppl 1**, 1–4 (2005).
19. Tremblay, D. et al. *Improving the Transition From Oncology to Primary Care Teams: A Case for Shared Leadership*. *J. Oncol. Pract.* **12**, 1012–1019 (2016).
20. San Martín-Rodríguez, L., Beaulieu, M.-D., D'Amour, D. & Ferrada-Videla, M. *The determinants of successful collaboration: a review of theoretical and empirical studies*. *J. Interprof. Care* **19 Suppl 1**, 132–147 (2005).
21. Fann, J. R., Ell, K. & Sharpe, M. *Integrating Psychosocial Care Into Cancer Services*. *J. Clin. Oncol.* **30**, 1178–1186 (2012).

22. Zebrack, B. et al. *Psychosocial Distress Screening Implementation in Cancer Care: An Analysis of Adherence, Responsiveness, and Acceptability*. *J. Clin. Oncol.* **33**, 1165–1170 (2015).
23. *Les Pratiques de réseau: santé mentale et contexte social*. (Editions E.S.F, 1987).
24. Howell, D. et al. *A Pan Canadian Practice Guideline: Screening, Assessment and Care of Psychosocial Distress, Depression, and Anxiety in Adults with Cancer*. (Canadian Partnership Against Cancer and the Canadian Association of Psychosocial Oncology, 2015).
25. Pirl, W. F. et al. *Recommendations for the implementation of distress screening programs in cancer centers: Report from the American Psychosocial Oncology Society (APOS), Association of Oncology Social Work (AOSW), and Oncology Nursing Society (ONS) joint task force: Distress Screening Recommendations*. *Cancer* **120**, 2946–2954 (2014).
26. Pessin, H. & William, S. *Suicide, in Psycho-Oncology*. (Oxford University Press, 2015).
27. *Spouse Caregivers of Cancer Patients, in Psycho-Oncology*. (2015).
28. Keefe, F. J. et al. *The self-efficacy of family caregivers for helping cancer patients manage pain at end-of-life*. *Pain* **103**, 157–162 (2003).
29. Northouse, L., Williams, A.-L., Given, B. & McCorkle, R. *Psychosocial care for family caregivers of patients with cancer*. *J. Clin. Oncol. Off. J. Am. Soc. Clin. Oncol.* **30**, 1227–1234 (2012).
30. Gagnier, J.-P. & Roy, L. in *Comprendre les familles pour mieux intervenir. Repères conceptuels et stratégies d'action*. 209–227 (Gaëtan Morin Éditeur, 2009).
31. REYNAERT, C., JANNE, P., ZDANOWICZ, N. & NAVIAUX, A. F. *PLACE DE L'ENTOURAGE DANS LA RELATION MÉDECIN-PATIENT*. S211–S223 (1998).
32. *Code des professions, L .R.Q. Code des professions c. C-26.*,
33. Dirven, L., van de Poll-Franse, L. V., Aaronson, N. K. & Reijneveld, J. C. *Controversies in defining cancer survivorship*. *Lancet Oncol.* **16**, 610–612 (2015).
34. Howell, D. et al. *A Pan-Canadian Practice Guideline: Screening, Assessment and Care of Psychosocial Distress (Depression, Anxiety) in Adults with Cancer*. (Canadian Partnership Against Cancer (Cancer Journey Action Group) and the Canadian Association of Psychosocial Oncology, 2010).
35. *From cancer patient to cancer survivor: lost in transition*. (National Academies Press, 2006).
36. Dubé-Linteau, A. et al. *Enquête québécoise sur la qualité des services de lutte contre le cancer 2013: qualité des services de santé offerts aux patients atteints de cancer : données provinciales et régionales*. (2014).
37. Jean, A., Rossignol, M. & Boothroyd, L. *Les niveaux de soins*. (Institut national d'excellence en santé et services sociaux, 2016).
38. Juhel, A., Anctil, H., Québec (Province) & Ministère de la santé et des services sociaux. *L'architecture des services de santé et des services sociaux les programmes-services et les programmes-soutien*. (Santé et services sociaux, 2004).

ANNEXE 1 : AIDE-MÉMOIRE : MOTIFS DE CONSULTATIONS



Direction générale de cancérologie

AIDE-MÉMOIRE MOTIFS DE CONSULTATIONS PSYCHOSOCIALES EN CANCÉROLOGIE

| Échelle de priorité clinique | |
|--|---|
| <i>Indiquer le délai maximal pour réaliser la consultation</i> | |
| <p>Très urgent</p>  <p>Non urgent</p> | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Urgence : Idées suicidaires avec plan <input type="checkbox"/> ≤ 48 h : Détresse sévère, idées suicidaires sans plan, ambivalence par rapport à l'orientation ou au congé et interférence avec l'adhésion aux traitements <input type="checkbox"/> A : ≤ 3 j : Ambivalence par rapport aux traitements ou décision importante, nécessité de ressource imminente <input type="checkbox"/> B : ≤ 10 j : Anxiété importante/généralisée, trouble du sommeil, crise existentielle, crise familiale, peur de mourir, soutien <input type="checkbox"/> C : ≤ 28 j : Quête de sens, difficultés liées aux ressources non urgentes |
| Motifs de consultation | |
| <i>Lorsque c'est indiqué, veuillez joindre les résultats de l'outil de détection de la détresse (ODD)</i> | |
| <input type="checkbox"/> Intervenant en soins spirituels | |
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Besoin d'accompagnement spirituel ou religieux dans l'expérience de la maladie <input type="checkbox"/> Préoccupation sur le plan des valeurs, des croyances et des dimensions spirituelles ou religieuses dans l'expérience de la maladie <input type="checkbox"/> Quête de sens ou détresse spirituelle ou religieuse dans l'expérience de la maladie <input type="checkbox"/> Préoccupation ou détresse spirituelle ou religieuse par rapport à la souffrance <input type="checkbox"/> Préoccupation ou détresse spirituelle ou religieuse par rapport à la mort <input type="checkbox"/> Perte de repères dans ses croyances et sa dimension spirituelle ou religieuse <input type="checkbox"/> Besoin d'établir un lien avec la communauté de foi du patient et de ses proches <input type="checkbox"/> Besoin de rituel adapté aux croyances <input type="checkbox"/> Demande de suivi exprimée par la personne touchée par le cancer et ses proches | |
| <input type="checkbox"/> Psychiatre | |
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Détresse psychologique ou trouble mental d'intensité modérée à sévère survenant dans l'expérience de la maladie et altérant le fonctionnement <input type="checkbox"/> Nécessité d'une précision diagnostique psychiatrique à la demande d'un autre intervenant psychosocial <input type="checkbox"/> Présence d'un trouble psychiatrique nécessitant un suivi conjoint avec un autre intervenant psychosocial <input type="checkbox"/> Présence de confusion, d'idées délirantes ou d'hallucinations (par exemple : prise en charge du délirium, en collaboration avec l'équipe médicale traitante) <input type="checkbox"/> Symptôme psychologique nécessitant une intervention psychopharmacologique en raison de son intensité ou de l'altération sévère du fonctionnement <input type="checkbox"/> Prise de médication ayant des effets neuropsychiatriques suspectés ou altérant le fonctionnement (par exemple : tamoxifène, inhibiteur de l'aromatase et corticoïde) <input type="checkbox"/> Réévaluation de la prise de psychotropes <input type="checkbox"/> Évaluation de l'aptitude à accepter ou à refuser des traitements ou des soins <input type="checkbox"/> Évaluation de l'aptitude à signer des papiers légaux <input type="checkbox"/> Évaluation de l'état mental des patients qui formulent des demandes d'aide médicale à mourir ou d'arrêt de traitements <input type="checkbox"/> Nécessité de coordonner un plan de soins pour une problématique complexe relevant d'un trouble mental <input type="checkbox"/> Demande de suivi exprimée par la personne touchée par le cancer et ses proches | |

© Direction générale de cancérologie



Direction générale de cancérologie

AIDE-MÉMOIRE

MOTIFS DE CONSULTATIONS PSYCHOSOCIALES EN CANCÉROLOGIE

Motifs de consultation

Lorsque c'est indiqué, veuillez joindre les résultats de l'outil de détection de la détresse (ODD)

Psychologue

- Détresse psychologique survenant dans l'expérience de la maladie ou problème de santé mentale interférant avec le processus d'adaptation à la maladie (préexistant ou survenant lors de l'expérience du cancer)
- Nécessité d'une précision diagnostique psychologique à la demande d'un autre intervenant
- Difficulté d'adaptation et symptôme psychologique en lien avec l'expérience de la maladie et des traitements (incluant le vécu de pertes et les difficultés relationnelles)
- Difficulté persistante dans la prise de décision et l'adhésion au traitement
- Questionnement identitaire ou existentiel générant une souffrance psychologique
- Demande de suivi exprimée par la personne touchée par le cancer et ses proches

Sexologue

- Difficulté ou préoccupation pouvant interférer avec la qualité de la vie sexuelle et la sexualité (par exemple : douleurs lors des relations sexuelles, baisse ou disparition du désir sexuel)
- Difficulté associée à une modification de la fonction ou de la réponse sexuelle (par exemple : dysfonction érectile, vaginisme, douleur lors des activités sexuelles, orgasme, modification du désir, etc.)
- Difficulté relationnelle de couple en lien avec l'intimité et la vie sexuelle
- Difficulté d'adaptation à l'image de soi dans l'intimité (par exemple : féminité, masculinité, identité sexuelle, etc.)
- Difficulté d'adaptation à l'image corporelle en lien avec la sexualité
- Difficulté avec les différentes formes de séduction (séduire, être séduit, se sentir séduisant)
- Besoin d'information générale et ponctuelle sur la sexualité
- Besoin d'accompagnement décisionnel en matière de fertilité ou de reproduction en lien avec les traitements oncologiques
- Demande de suivi exprimée par la personne touchée par le cancer et ses proches

Travailleur social

- Difficulté ou besoin lié à l'organisation de la vie quotidienne et aux conditions socio-économiques associées à l'épisode de maladie
- Difficulté d'adaptation psychosociale liée à l'expérience de la maladie et des traitements
- Difficulté ou besoin lié à l'information, à la connaissance des ressources gouvernementales et communautaires, et aux mécanismes d'orientation
- Demande d'accompagnement dans les démarches concernant l'accès aux ressources gouvernementales et communautaires, et le soutien à la défense des droits
- Difficulté liée au retour à domicile et à l'hébergement
- Difficulté ou besoin concernant les aspects légaux et administratifs
- Suspicion concernant l'incapacité du patient à gérer ses biens et sa personne ou relative à un besoin de protection
- Besoin de protection et défense des droits du patient ou de ses proches (incluant le risque d'abus, de violence ou de négligence d'une personne vulnérable)
- Demande de suivi exprimée par la personne touchée par le cancer et ses proches

© Direction générale de cancérologie