

UNIVERSITE DE STRASBOURG
FACULTE DE MEDECINE DE STRASBOURG

ANNEE : 2020

N° :14

THESE
PRESENTEE POUR LE DIPLOME DE
DOCTEUR EN MEDECINE

Diplôme d'Etat
Mention Médecine Générale

PAR

Sabine COCHOIS - BOCKSTAHLER

née le 02/07/1988 à Strasbourg

**Evaluation de l'intérêt d'un dépistage des besoins oncologiques en soins de support,
à partir d'une enquête réalisée auprès de 134 patients traités au Centre de Lutte
Contre le Cancer de Strasbourg**

Président de thèse : Professeur Gabriel Malouf

Directeur de thèse : Docteur Véronique Frasie

Liste des professeurs et maitres de conférence de la faculté



1
FACULTÉ DE MÉDECINE
(U.F.R. des Sciences Médicales)

- **Président de l'Université** M. DENEKEN Michel
- **Doyen de la Faculté** M. SIBILIA Jean
- **Assesseur du Doyen (13.01.10 et 08.02.11)** M. GOICHOT Bernard
- Doyens honoraires :** (1976-1983) M. DORNER Marc
- (1983-1989) M. MANTZ Jean-Marie
- (1989-1994) M. VINCENDON Guy
- (1994-2001) M. GERLINGER Pierre
- (3.10.01-7.02.11) M. LODES Bertrand
- **Chargé de mission auprès du Doyen** M. VICENTE Gilbert
- **Responsable Administratif** M. BITSCH Samuel

Edition SEPTEMBRE 2019
Année universitaire 2019-2020

HOPITAUX UNIVERSITAIRES
DE STRASBOURG (HUS)

Directeur général :
M. GAUTIER Christophe



A1 - PROFESSEUR TITULAIRE DU COLLEGE DE FRANCE

MANDEL Jean-Louis Chaire "Génétique humaine" (à compter du 01.11.2003)

A2 - MEMBRE SENIOR A L'INSTITUT UNIVERSITAIRE DE FRANCE (I.U.F.)

BAHRAM Séiamak Immunologie biologique (01.10.2013 au 31.09.2018)
DOLLFUS Hélène Génétique clinique (01.10.2014 au 31.09.2019)

A3 - PROFESSEUR(E)S DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS (PU-PH)

PO214

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
ADAM Philippe P0001	NRP6 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de chirurgie orthopédique et de Traumatologie / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
AKLADIOS Cherif P0191	NRP6 CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique/ HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
ANDRES Emmanuel P0002	NRP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques / HC	53.01 Option : médecine Interne
ANHEIM Mathieu P0003	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou-CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
ARNAUD Laurent P0186	NRP6 NCS	• Pôle MIRNED - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre	50.01 Rhumatologie
BACHELLIER Philippe P0004	RP6 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation / HP	53.02 Chirurgie générale
BAHRAM Seiamak P0005	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil Institut d'Hématologie et d'Immunologie / Hôpital Civil / Faculté	47.03 Immunologie (option biologique)
BALDAUF Jean-Jacques P0006	NRP6 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
BAUMERT Thomas P0007	NRP6 CU	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Unité d'Hépatologie - Service d'Hépto-Gastro-Entérologie / NHC	52.01 Gastro-entérologie ; hépatologie Option : hépatologie
Mme BEAU-FALLER Michèle M0007 / PO170	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
BEAUJEU Rémy P0008	NRP6 Resp	• Pôle d'Imagerie - CME / Activités transversales • Unité de Neuroradiologie interventionnelle / Hôpital de Hautepierre	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
BECMEUR François P0009	RP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
BERNA Fabrice P0192	NRP6 CS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; Addictologie Option : Psychiatrie d'Adultes
BERTSCHY Gilles P0013	NRP6 CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie II / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
BIERRY Guillaume P0178	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie II - Neuroradiologie-imagerie ostéoarticulaire-Pédiatrie / Hôpital Hautepierre	43.02 Radiologie et Imagerie médicale (option clinique)
BILBAULT Pascal P0014	NRP6 CS	• Pôle d'Urgences / Réanimations médicales / CAP - Service des Urgences médico-chirurgicales Adultes / Hôpital de Hautepierre	48.02 Réanimation ; Médecine d'urgence Option : médecine d'urgence
BLANC Frédéric P0213	NRP6 NCS	- Pôle de Gériatrie - Service de Médecine Interne - Gériatrie - Hôpital de la Robertsau	53.01 Médecine interne ; addictologie Option : gériatrie et biologie du vieillissement
BODIN Frédéric P0187	NRP6 NCS	• Pôle de Chirurgie Maxillo-faciale, morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie maxillo-faciale et réparatrice / Hôpital Civil	50.04 Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique ; Brûlologie
Mme BOEHM-BURGER Nelly P0016	NCS	• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
BONNOMET François P0017	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie orthopédique et de Traumatologie / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
BOURCIER Tristan P0018	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophthalmologie / SMO - Service d'Ophthalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
BOURGIN Patrice P0020	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital Civil	49.01 Neurologie
Mme BRIGAND Cécile P0022	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale

NHC = Nouvel Hôpital Civil HC = Hôpital Civil HP = Hôpital de Hautepierre PTM = Plateau technique de microbiologie

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités	
BRUANT-RODIER Catherine P0023	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie Maxillo-faciale et réparatrice / Hôpital Civil	50.04	Option : chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
Mme CAILLARD-OHLMANN Sophie P0171	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Transplantation / NHC	52.03	Néphrologie
CASTELAIN Vincent P0027	NRP6 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital Hautepierre	48.02	Réanimation
CHAKFE Nabil P0029	NRP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire / Option : chirurgie vasculaire
CHARLES Yann-Philippe M0013 / P0172	NRP6 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Chirurgie B / HC	50.02	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme CHARLOUX Anne P0028	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02	Physiologie (option biologique)
Mme CHARPIOT Anne P0030	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01	Oto-rhino-laryngologie
CHELLY Jameleddine P0173	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / NHC	47.04	Génétique (option biologique)
Mme CHENARD-NEU Marie-Pierre P0041	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03	Anatomie et cytologie pathologiques (option biologique)
CLAVERT Philippe P0044	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie / CCOM d'Ilkirsch	42.01	Anatomie (option clinique, orthopédie traumatologique)
COLLANGE Olivier PO193	NRP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation Chirurgicale / NHC	48.01	Anesthésiologie-Réanimation ; Médecine d'urgence (option Anesthésiologie-Réanimation - Type clinique)
CRIBIER Bernard P0045	NRP6 CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03	Dermato-Vénérologie
DANION Jean-Marie P0046	NRP6 NCS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie 1 / Hôpital Civil	49.03	Psychiatrie d'adultes
de BLAY de GAIX Frédéric P0048	RP6 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01	Pneumologie
de SEZE Jérôme P0057	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01	Neurologie
DEBRY Christian P0049	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01	Oto-rhino-laryngologie
DERUELLE Philippe P0199	NRP6 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03	Gynécologie-Obstétrique; gynécologie médicale: option gynécologie-obstétrique
DIEMUNSCH Pierre P0051	RP6 CS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie-Réanimation Chirurgicale / Hôpital de Hautepierre	48.01	Anesthésiologie-réanimation (option clinique)
Mme DOLLFUS-WALTMANN Hélène P0054	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Hautepierre	47.04	Génétique (type clinique)
EHLINGER Matthieu P0188	NRP6 NCS	• Pôle de l'Appareil Locomoteur - Service de Chirurgie Orthopédique et de Traumatologie/Hôpital de Hautepierre	50.02	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Mme ENTZ-WERLE Natacha P0059	NRP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01	Pédiatrie
Mme FACCA Sybille P0179	NRP6 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de la Main et des Nerfs périphériques / CCOM Ilkirsch	50.02	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme FAFI-KREMER Samira P0060	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01	Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie-Virologie biologique
FALCOZ Pierre-Emmanuel P0052	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
FORNECKER Luc-Matthieu P0208	NRP6 NCS	• Pôle d'Oncolo-Hématologie - Service d'hématologie et d'Oncologie / Hôp. Hautepierre	47.01	Hématologie ; Transfusion Option : Hématologie
GALLIX Benoit P0214	NCS	• IHU - Institut Hospitalo-Universitaire - Hôpital Civil	43.02	Radiologie et imagerie médicale
GANGI Afshin P0062	RP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02	Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GAUCHER David P0063	NRP6 NCS	• Pôle des Spécialités Médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02	Ophtalmologie
GENY Bernard P0064	NRP6 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02	Physiologie (option biologique)
GEORG Yannick P0200	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire / Option : chirurgie vasculaire
GICQUEL Philippe P0065	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Hautepierre	54.02	Chirurgie infantile
GOICHOT Bernard P0066	RP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et de nutrition / HP	54.04	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme GONZALEZ Maria P0067	NRP6 CS	• Pôle de Santé publique et santé au travail - Service de Pathologie Professionnelle et Médecine du Travail / HC	46.02	Médecine et santé au travail Travail

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
GOTTENBERG Jacques-Eric P0068	NRP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Haute-pierre	50.01 Rhumatologie
HANNEDOUCHE Thierry P0071	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Dialyse / Nouvel Hôpital Civil	52.03 Néphrologie
HANSMANN Yves P0072	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / Nouvel Hôpital Civil	45.03 Option : Maladies infectieuses
Mme HELMS Julie M0114 / P0209	NRP6 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Médecine Intensive-Réanimation
HERBRECHT Raoul P0074	RP6 NCS	• Pôle d'Oncolo-Hématologie - Service d'hématologie et d'Oncologie / Hôp. Haute-pierre	47.01 Hématologie ; Transfusion
HIRSCH Edouard P0075	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie
IMPERIALE Alessio P0194	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Haute-pierre	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
ISNER-HOROBETI Marie-Eve P0189		• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05 Médecine Physique et Réadaptation
JAULHAC Benoît P0078	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté de Méd.	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme JEANDIDIER Nathalie P0079	NRP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, diabète et nutrition / HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme JESEL-MOREL Laurence P0201	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
KALTENBACH Georges P0081	RP6 CS	• Pôle de Gériatrie - Service de Médecine Interne - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau	53.01 Option : gériatrie et biologie du vieillissement
KEMPF Jean-François P0083	RP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Centre de Chirurgie Orthopédique et de la Main-CCOM / Illkirch	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme KESSLER Laurence P0084	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, Diabète, Nutrition et Addictologie / Méd. B / HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
KESSLER Romain P0085	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
KINDO Michel P0195	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
KOPFERSCHMITT Jacques P0086	NRP6 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service d'Urgences médico-chirurgicales adultes/Nouvel Hôpital Civil	48.04 Thérapeutique (option clinique)
Mme KORGANOW Anne-Sophie P0087	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
KREMER Stéphane M0038 / P0174	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service Imagerie 2 - Neuroradio Ostéoarticulaire - Pédiatrie / HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
KUHN Pierre P0175	NRP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Néonatalogie et Réanimation néonatale (Pédiatrie II) / Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
KURTZ Jean-Emmanuel P0089	NRP6 CS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'hématologie et d'Oncologie / Hôpital Haute-pierre	47.02 Option : Cancérologie (clinique)
Mme LALANNE-TONGIO Laurence P0202	NRP6 NCS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; Addictologie (Option : Addictologie)
LANG Hervé P0090	NRP6 NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
LANGER Bruno P0091	RP6 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Haute-pierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale ; option gynécologie-Obstétrique
LAUGEL Vincent P0092	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 / Hôpital Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
LE MINOR Jean-Marie P0190	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine - Service de Neuroradiologie, d'imagerie Ostéoarticulaire et interventionnelle/ Hôpital de Haute-pierre	42.01 Anatomie
LIPSKER Dan P0093	NRP6 NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-vénéréologie
LIVERNEAUX Philippe P0094	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la main - CCOM / Illkirch	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
MALOUF Gabriel P0203	NRP6 NCS	• Pôle d'Onco-hématologie - Service d'Hématologie et d'Oncologie / Hôpital de Haute-pierre	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie
MARK Manuel P0098	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Cytogénétique, Cytologie et Histologie quantitative / Hôpital de Haute-pierre	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MARTIN Thierry P0099	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Mme MASCAUX Céline P0210	NRP6 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie ; Addictologie
Mme MATHELIN Carole P0101	NRP6 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Unité de Sénologie - Hôpital Civil	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; Gynécologie Médicale
MAUVIEUX Laurent P0102	NRP6 CS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Hautepierre • Institut d'Hématologie / Faculté de Médecine	47.01 Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique
MAZZUCOTELLI Jean-Philippe P0103	RP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
MERTES Paul-Michel P0104	NRP6 CS	• Pôle d'Anesthésiologie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation chirurgicale / Nouvel Hôpital Civil	48.01 Option : Anesthésiologie-Réanimation (type mixte)
MEYER Nicolas P0105	NRP6 NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / Hôpital Civil	46.04 Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication (option biologique)
MEZIANI Ferhat P0106	NRP6 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Réanimation
MONASSIER Laurent P0107	NRP6 CS	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie • Unité de Pharmacologie clinique / Nouvel Hôpital Civil	48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
MOREL Olivier P0108	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
MOULIN Bruno P0109	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Transplantation / Nouvel Hôpital Civil	52.03 Néphrologie
MUTTER Didier P0111	RP6 CS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Digestive / NHC	52.02 Chirurgie digestive
NAMER Izzie Jacques P0112	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / Hautepierre / NHC	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
NOEL Georges P0114	NCS	• Centre Régional de Lutte Contre le Cancer Paul Strauss (par convention) - Département de radiothérapie	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option Radiothérapie biologique
Mme OHANA Mickael P0211	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Serv. d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
OHLMANN Patrick P0115	NRP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
Mme OLLAND Anne P0204	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie Thoracique - Service de Chirurgie thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme PAILLARD Catherine P0180	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgicale de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
PELACCIA Thierry P0205	NRP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimation chirurgicales / SAMU-SMUR - Service SAMU/SMUR / HP	48.05 Réanimation ; Médecine d'urgence Option : Médecine d'urgences
Mme PERRETTA Silvana P0117	NRP6 NCS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service d'Urgence, de Chirurgie Générale et Endocrinienne / NHC	52.02 Chirurgie digestive
PESSAUX Patrick P0118	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Urgence, de Chirurgie Générale et Endocrinienne / NHC	53.02 Chirurgie Générale
PETIT Thierry P0119	CDp	• Centre Régional de Lutte Contre le Cancer - Paul Strauss (par convention) - Département de médecine oncologique	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
PIVOT Xavier P0206	NRP6 NCS	• Centre Régional de Lutte Contre le Cancer - Paul Strauss (par convention) - Département de médecine oncologique	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
POTTECHER Julien P0181	NRP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie et de Réanimation Chirurgicale / Hôpital de Hautepierre	48.01 Anesthésiologie-réanimation ; Médecine d'urgence (option clinique)
PRADIGNAC Alain P0123	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et nutrition / HP	44.04 Nutrition
PROUST François P0182	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - Service de Neurochirurgie / Hôpital de Hautepierre	49.02 Neurochirurgie
Pr RAUL Jean-Sébastien P0125	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et NHC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03 Médecine Légale et droit de la santé
REIMUND Jean-Marie P0126	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépto-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01 Option : Gastro-entérologie
Pr RICCI Roméo P0127	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
ROHR Serge P0128	NRP6 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
Mme ROSSIGNOL -BERNARD Sylvie P0196	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
ROUL Gérald P0129	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
Mme ROY Catherine P0140	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Serv. d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (opt clinique)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
SANANES Nicolas P0212	NRPô CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique/ HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique : gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
SAUDER Philippe P0142	NRPô CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Réanimation
SAUER Arnaud P0183	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
SAULEAU Erik-André P0184	NRPô NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / HC	46.04 Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication (option biologique)
SAUSSINE Christian P0143	RPô CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
SCHNEIDER Francis P0144	RPô CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de HautePierre	48.02 Réanimation
Mme SCHRÖDER Carmen P0185	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychothérapie pour Enfants et Adolescents / Hôpital Civil	49.04 Pédopsychiatrie ; Addictologie
SCHULTZ Philippe P0145	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
SERFATY Lawrence P0197	NRPô NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépatogastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01 Gastro-entérologie ; Hépatologie ; Addictologie Option : Hépatologie
SIBILIA Jean P0146	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital HautePierre	50.01 Rhumatologie
Mme SPEEG-SCHATZ Claude P0147	RPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
STEIB Jean-Paul P0149	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Hôpital Civil	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
STEPHAN Dominique P0150	NRPô CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service des Maladies vasculaires - HTA - Pharmacologie clinique / Nouvel Hôpital Civil	51.04 Option : Médecine vasculaire
THAVEAU Fabien P0152	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Option : Chirurgie vasculaire
Mme TRANCHANT Christine P0153	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de HautePierre	49.01 Neurologie
VEILLON Francis P0155	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie 1 - Imagerie viscérale, ORL et mammaire / Hôpital HautePierre	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
VELTEN Michel P0156	NRPô NCS CS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Département de Santé Publique / Secteur 3 - Epidémiologie et Economie de la Santé / Hôpital Civil • Laboratoire d'Epidémiologie et de santé publique / HC / Fac de Médecine • Centre de Lutte contre le Cancer Paul Strauss - Serv. Epidémiologie et de biostatistiques	46.01 Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique)
VETTER Denis P0157	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques/HC	52.01 Option : Gastro-entérologie
VIDAILHET Pierre P0158	NRPô NCS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
VIVILLE Stéphane P0159	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Pathologies tropicales / Fac. de Médecine	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
VOGEL Thomas P0160	NRPô CS	• Pôle de Gériatrie - Service de soins de suite et réadaptations gériatriques / Hôpital de la Robertsau	51.01 Option : Gériatrie et biologie du vieillissement
WEBER Jean-Christophe Pierre P0162	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne / Nouvel Hôpital Civil	53.01 Option : Médecine Interne
WOLF Philippe P0207	NRPô NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Générale et de Transplantations multiorganes / HP - Coordonnateur des activités de prélèvements et transplantations des HU	53.02 Chirurgie générale
Mme WOLFF Valérie P0001	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - Service de Neurochirurgie / Hôpital de HautePierre	49.01 Neurologie

HC : Hôpital Civil - HP : Hôpital de HautePierre - NHC : Nouvel Hôpital Civil

* : CS (Chef de service) ou NCS (Non Chef de service hospitalier) Cspi : Chef de service par intérim CSp : Chef de service provisoire (un an)

CU : Chef d'unité fonctionnelle

Pô : Pôle

Cons. : Consultanat hospitalier (poursuite des fonctions hospitalières sans chefferie de service) RPô (Responsable de Pôle) ou NRPô (Non Responsable de Pôle)

(1) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2018

(3)

(5) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2019

(6) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2017

(7) Consultant hospitalier (pour un an) éventuellement renouvelable --> 31.08.2017

(8) Consultant hospitalier (pour une 2ème année) --> 31.08.2017

(9) Consultant hospitalier (pour une 3ème année) --> 31.08.2017

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
----------------	-----	--	--

A4 - PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES

HABERSETZER François	CS	Pôle Hépato-digestif 4190 Service de Gastro-Entérologie - NHC	52.01 Gastro-Entérologie
CALVEL Laurent	NRPô CS	Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO Service de Soins palliatifs / NHC	55.02 Ophtalmologie
SALVAT Eric		Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur	

MO128	B1 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (MCU-PH)		
--------------	---	--	--

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités	
AGIN Arnaud M0001		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Haute-pierre	43.01	Biophysique et Médecine nucléaire
Mme ANTAL Maria Cristina M0003		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Haute-pierre • Faculté de Médecine / Institut d'Histologie	42.02	Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
Mme ANTONI Delphine M0109		• Centre de lutte contre le cancer Paul Strauss	47.02	Cancérologie ; Radiothérapie
ARGEMI-Xavier M0142 (En disponibilité)		• Pôle de Spécialités médicales – Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / Nouvel Hôpital Civil	45.03	Maladies infectieuses ; Maladies tropicales Option : Maladies infectieuses
Mme AYME-DIETRICH Estelle M0117		• Pôle de Pharmacologie - Unité de Pharmacologie clinique / Faculté de Médecine	48.03	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie Option : pharmacologie fondamentale
Mme BARNIG Cindy M0110		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations Fonctionnelles / NHC	44.02	Physiologie
Mme BIANCALANA Valérie M0008		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04	Génétique (option biologique)
BLONDET Cyrille M0091		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Haute-pierre	43.01	Biophysique et médecine nucléaire
BONNEMAIS Laurent M0099		• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	54.01	Pédiatrie
BOUSIGES Olivier M0092		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01	Biochimie et biologie moléculaire
CARAPITO Raphaël M0113		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03	Immunologie
CAZZATO Roberto M0118		• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / NHC	43.02	Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
Mme CEBULA Hélène M0124		• Pôle Tête-Cou - Service de Neurochirurgie / HP	49.02	Neurochirurgie
CERALINE Jocelyn M0012		• Pôle d'Oncologie et d'Hématologie - Service d'Oncologie et d'Hématologie / HP	47.02	Cancérologie ; Radiothérapie (option biologique)
CHOQUET Philippe M0014		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / HP	43.01	Biophysique et médecine nucléaire
COLLONGUES Nicolas M0016		• Pôle Tête et Cou-CETD - Centre d'Investigation Clinique / NHC et HP	49.01	Neurologie
DALI-YOUCHEF Ahmed Nassim M0017		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC	44.01	Biochimie et biologie moléculaire
Mme de MARTINO Sylvie M0018		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Bactériologie / PTM HUS et Faculté de Médecine	45.01	Bactériologie-virologie Option bactériologie-virologie biologique
Mme DEPIENNE Christel M0100 (En disponibilité)	CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Cytogénétique / HP	47.04	Génétique
DEVYS Didier M0019		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04	Génétique (option biologique)
DOLLÉ Pascal M0021		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01	Biochimie et biologie moléculaire
Mme ENACHE Irina M0024		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02	Physiologie
FILISSETTI Denis M0025		• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Faculté	45.02	Parasitologie et mycologie (option biologique)
FOUCHER Jack M0027		• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	44.02	Physiologie (option clinique)
GUERIN Eric M0032		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03	Biologie cellulaire (option biologique)
GUFFROY Aurélien M0125		• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine interne et d'Immunologie clinique / NHC	47.03	Immunologie (option clinique)
Mme HARSAN-RASTEI Laura M0119		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / Hôpital de Haute-pierre	43.01	Biophysique et médecine nucléaire
Mme HEIMBURGER Céline M0120		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Haute-pierre	43.01	Biophysique et médecine nucléaire
HUBELE Fabrice M0033		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / HP et NHC	43.01	Biophysique et médecine nucléaire
Mme JACAMON-FARRUGIA Audrey M0034		• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et HC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03	Médecine Légale et droit de la santé
JEGU Jérémie M0101		• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Santé Publique / Hôpital Civil	46.01	Epidémiologie, Economie de la santé et Prévention (option biologique)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
JEHL François M0035		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
KASTNER Philippe M0089		• Pôle de Biologie - Laboratoire de diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme KEMMEL Véronique M0036		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
KOCH Guillaume M0126		- Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine	42.01 Anatomie (Option clinique)
Mme LAMOUR Valérie M0040		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme LANNES Béatrice M0041		• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine • Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
LAVAUZ Thomas M0042		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire
LAVIGNE Thierry M0043	CS	• Pôle de Santé Publique et Santé au travail - Service d'Hygiène hospitalière et de médecine préventive / PTM et HUS - Equipe opérationnelle d'Hygiène	46.01 Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique)
Mme LEJAY Anne M0102		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (Biologique)
LENORMAND Cédric M0103		• Pôle de Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
Mme LETSCHER-BRU Valérie M0045		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
LHERMITTE Benoît M0115		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques
Mme LONSDORFER-WOLF Evelyne M0090		• Institut de Physiologie Appliquée - Faculté de Médecine • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie
LUTZ Jean-Christophe M0046		• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Serv. de Chirurgie Maxillo-faciale, plastique reconstructrice et esthétique/HC	55.03 Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
MEYER Alain M0093		• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
MIGUET Laurent M0047		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hôpital de Hautepierre et NHC	44.03 Biologie cellulaire (type mixte : biologique)
Mme MOUTOU Céline ép. GUNTNER M0049	CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic préimplantatoire / CMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MULLER Jean M0050		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme NICOLAE Alina M0127		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et Cytologie Pathologiques (Option Clinique)
NOLL Eric M0111		• Pôle d'Anesthésie Réanimation Chirurgicale SAMU-SMUR - Service Anesthésiologie et de Réanimation Chirurgicale - Hôpital Hautepierre	48.01 Anesthésiologie-Réanimation ; Médecine d'urgence
Mme NOURRY Nathalie M0011		• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Pathologie professionnelle et de Médecine du travail - HC	46.02 Médecine et Santé au Travail (option clinique)
PENCREAC'H Erwan M0052		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / Nouvel Hôpital Civil	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
PAFF Alexander M0053		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS	45.02 Parasitologie et mycologie
Mme PITON Amélie M0094		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / NHC	47.04 Génétique (option biologique)
PREVOST Gilles M0057		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme RADOSAVLJEVIC Mirjana M0058		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
Mme REIX Nathalie M0095		• Pôle de Biologie - Labo. d'Explorations fonctionnelles par les isotopes / NHC • Institut de Physique biologique / Faculté de Médecine	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
RIEGEL Philippe M0059		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
ROGUE Patrick (cf. A2) M0060		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire (option biologique)
Mme ROLLAND Delphine M0121		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hautepierre	47.01 Hématologie ; transfusion (type mixte : Hématologie)
ROMAIN Benoît M0061		• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Mme RUPPERT Elisabeth M0106		• Pôle Tête et Cou - Service de Neurologie - Unité de Pathologie du Sommeil / Hôpital Civil	49.01 Neurologie
Mme SABOU Alina M0096		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme SCHEIDECKER Sophie M0122		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique
Mme SCHNEIDER Anne M0107		• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie pédiatrique / Hôpital de Hautepierre	54.02 Chirurgie Infantile
SCHRAMM Frédéric M0068		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie-virologie (biologique)
Mme SOLIS Morgane M0123		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital de Hautepierre	45.01 Bactériologie-Virologie ; hygiène hospitalière Option : Bactériologie-Virologie
Mme SORDET Christelle M0069		• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre	50.01 Rhumatologie
TALHA Samy M0070		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option clinique)
Mme TALON Isabelle M0039		• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Infantile / Hôpital Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
TELETIN Marius M0071		• Pôle de Biologie - Service de Biologie de la Reproduction / CMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
Mme URING-LAMBERT Béatrice M0073		• Institut d'Immunologie / HC • Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
VALLAT Laurent M0074		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Hautepierre	47.01 Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique
Mme VELAY-RUSCH Aurélie M0128		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital Civil	45.01 Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie-Virologie biologique
Mme VILLARD Odile M0076		• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Fac	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme WOLF Michèle M0010		• Chargé de mission - Administration générale - Direction de la Qualité / Hôpital Civil	48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
Mme ZALOSZYC Ariane ép. MARCANTONI M0116		• Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
ZOLL Joffrey M0077		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / HC	44.02 Physiologie (option clinique)

B2 - PROFESSEURS DES UNIVERSITES (monoappartenant)

Pr BONAHE Christian	P0166	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des sciences et des techniques
Mme la Pr RASMUSSEN Anne	P0186	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques

B3 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES (monoappartenant)

Mr KESSEL Nils		Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques
Mr LANDRE Lionel		ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMIS / Faculté de Médecine	69. Neurosciences
Mme THOMAS Marion		Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques
Mme SCARFONE Marianna	M0082	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques

B4 - MAITRE DE CONFERENCE DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

Mme CHAMBE Juliette	M0108	Département de Médecine générale / Faculté de Médecine	53.03 Médecine générale (01.09.15)
---------------------	-------	--	------------------------------------

C - ENSEIGNANTS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE
C1 - PROFESSEURS ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)

Pr Ass. GRIES Jean-Luc	M0084	Médecine générale (01.09.2017)
Pr Ass. KOPP Michel	P0167	Médecine générale (depuis le 01.09.2001, renouvelé jusqu'au 31.08.2016)

C2 - MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE - TITULAIRE

Dre CHAMBE Juliette	M0108	53.03 Médecine générale (01.09.2015)
---------------------	-------	--------------------------------------

C3 - MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)

Dre BERTHOU anne	M0109	Médecine générale (01.09.2015 au 31.08.2018)
Dr BREITWILLER-DUMAS Claire		Médecine générale (01.09.2016 au 31.08.2019)
Dr GUILLOU Philippe	M0089	Médecine générale (01.11.2013 au 31.08.2016)
Dr HILD Philippe	M0090	Médecine générale (01.11.2013 au 31.08.2016)
Dr ROUGERIE Fabien	M0097	Médecine générale (01.09.2014 au 31.08.2017)
Dr SANSELME Anne-Elisabeth		Médecine générale

D - ENSEIGNANTS DE LANGUES ETRANGERES
D1 - PROFESSEUR AGREGE, PRAG et PRCE DE LANGUES

Mme ACKER-KESSLER Pia	M0085	Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.03)
Mme CANDAS Peggy	M0086	Professeure agrégée d'Anglais (depuis le 01.09.99)
Mme SIEBENBOUR Marie-Noëlle	M0087	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.11)
Mme JUNGER Nicole	M0088	Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.09)
Mme MARTEN Susanne	M0098	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.14)

E - PRATICIENS HOSPITALIERS - CHEFS DE SERVICE NON UNIVERSITAIRES

Dr ASTRUC Dominique	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Serv. de Néonatalogie et de Réanimation néonatale (Pédiatrie 2) / Hôpital de Hautepierre
Dr ASTRUC Dominique (par intérim)	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Réanimation pédiatrique spécialisée et de surveillance continue / Hôpital de Hautepierre
Dr CALVEL Laurent	NRP6 CS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Soins Palliatifs / NHC et Hôpital de Hautepierre
Dr DELPLANCQ Hervé	NRP6 CS	- SAMU-SMUR
Dr GARBIN Olivier	CS	- Service de Gynécologie-Obstétrique / CMCO Schiltigheim
Dre GAUGLER Elise	NRP6 CS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - UCSA - Centre d'addictologie / Nouvel Hôpital Civil
Dre GERARD Bénédicte	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Département de génétique / Nouvel Hôpital Civil
Mme GOURIEUX Bénédicte	RP6 CS	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Service de Pharmacie-Stérilisation / Nouvel Hôpital Civil
Dr KARCHER Patrick	NRP6 CS	• Pôle de Gériatrie - Service de Soins de suite de Longue Durée et d'hébergement gériatrique / EHPAD / Hôpital de la Robertsau
Pr LESSINGER Jean-Marc	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biologie et biologie moléculaire / Nouvel Hôpital Civil + Hautepierre
Mme Dre LICHTBLAU Isabelle	NRP6 Resp	• Pôle de Biologie - Laboratoire de biologie de la reproduction / CMCO de Schiltigheim
Mme Dre MARTIN-HUNYADI Catherine	NRP6 CS	• Pôle de Gériatrie - Secteur Evaluation / Hôpital de la Robertsau
Dr NISAND Gabriel	RP6 CS	• Pôle de Santé Publique et Santé au travail - Service de Santé Publique - DIM / Hôpital Civil
Dr REY David	NRP6 CS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - «Le trait d'union» - Centre de soins de l'infection par le VIH / Nouvel Hôpital Civil
Dr TCHOMAKOV Dimitar	NRP6 CS	• Pôle Médico-chirurgical de Pédiatrie - Service des Urgences Médico-Chirurgicales pédiatriques - HP
Mme Dre TEBACHER-ALT Martine	NRP6 NCS Resp	• Pôle d'Activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Maladies vasculaires et Hypertension - Centre de pharmacovigilance / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre TOURNOUD Christine	NRP6 CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Centre Antipoison-Toxicovigilance / Nouvel Hôpital Civil

F1 - PROFESSEURS ÉMÉRITES

- o **de droit et à vie** (membre de l'Institut)
CHAMBON Pierre (Biochimie et biologie moléculaire)
- o *pour trois ans (1er septembre 2017 au 31 août 2020)*
BELLOCQ Jean-Pierre (Anatomie Cytologie pathologique)
CHRISTMANN Daniel (Maladies Infectieuses et tropicales)
MULLER André (Thérapeutique)
- o *pour trois ans (1er septembre 2018 au 31 août 2021)*
Mme DANION-GRILLIAT Anne (Pédopsychiatrie, addictologie)
- o *pour trois ans (1er avril 2019 au 31 mars 2022)*
Mme STEIB Annick (Anesthésie, Réanimation chirurgicale)
- o *pour trois ans (1er septembre 2019 au 31 août 2022)*
DUFOUR Patrick (Cancérologie clinique)
NISAND Israël (Gynécologie-obstétrique)
PINGET Michel (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques)
Mme QUOIX Elisabeth (Pneumologie)

F2 - PROFESSEUR des UNIVERSITES ASSOCIE (mi-temps)

M. SOLER Luc CNU-31 IRCAD (01.09.2009 - 30.09.2012 / renouvelé 01.10.2012-30.09.2015-30.09.2021)

F3 - PROFESSEURS CONVENTIONNÉS* DE L'UNIVERSITE

Dr BRAUN Jean-Jacques	ORL (2012-2013 / 2013-2014 / 2014-2015 / 2015-2016)
Pr CHARRON Dominique	Université Paris Diderot (2016-2017 / 2017-2018)
Mme GUI Yali	(Shaanxi/Chine) (2016-2017)
Mme Dre GRAS-VINCENDON Agnès	Pédopsychiatrie (2010-2011 / 2011-2012 / 2013-2014 / 2014-2015)
Dr JENNY Jean-Yves	Chirurgie orthopédique (2014-2015 / 2015-2016 / 2016-2017 / 2017-2018)
Mme KIEFFER Brigitte	IGBMC (2014-2015 / 2015-2016 / 2016-2017)
Dr KINTZ Pascal	Médecine Légale (2016-2017 / 2017-2018)
Dr LAND Walter G.	Immunologie (2013-2014 à 2015-2016 / 2016-2017)
Dr LANG Jean-Philippe	Psychiatrie (2015-2016 / 2016-2017 / 2017-2018)
Dr LECOCQ Jehan	IURC - Clémenceau (2016-2017 / 2017-2018)
Dr REIS Jacques	Neurologie (2017-2018)
Pr REN Guo Sheng	(Chongqing / Chine) / Oncologie (2014-2015 à 2016-2017)
Dr RICCO Jean-Baptiste	CHU Poitiers (2017-2018)

(* 4 années au maximum)

G1 - PROFESSEURS HONORAIRES

ADLOFF Michel (Chirurgie digestive) / 01.09.94	KURTZ Daniel (Neurologie) / 01.09.98
BABIN Serge (Orthopédie et Traumatologie) / 01.09.01	LANG Gabriel (Orthopédie et traumatologie) / 01.10.98
BAREISS Pierre (Cardiologie) / 01.09.12	LANG Jean-Marie (Hématologie clinique) / 01.09.11
BATZENSCHLAGER André (Anatomie Pathologique) / 01.10.95	LEVY Jean-Marc (Pédiatrie) / 01.10.95
BAUMANN René (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.10	LONSDORFER Jean (Physiologie) / 01.09.10
BERGERAT Jean-Pierre (Cancérologie) / 01.01.16	LUTZ Patrick (Pédiatrie) / 01.09.16
BERTHEL Marc (Gériatrie) / 01.09.18	MAILLOT Claude (Anatomie normale) / 01.09.03
BLICKLE Jean-Frédéric (Médecine Interne) / 15.10.17	MAITRE Michel (Biochimie et biol. moléculaire) / 01.09.13
BLOCH Pierre (Radiologie) / 01.10.95	MANDEL Jean-Louis (Génétique) / 01.09.16
BOURJAT Pierre (Radiologie) / 01.09.03	MANGIN Patrice (Médecine Légale) / 01.12.14
BRECHENMACHER Claude (Cardiologie) / 01.07.99	MANTZ Jean-Marie (Réanimation médicale) / 01.10.94
BRETTES Jean-Philippe (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.10	MARESCAUX Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.16
BROGARD Jean-Marie (Médecine interne) / 01.09.02	MARK Jean-Joseph (Biochimie et biologie cellulaire) / 01.09.99
BURGHARDT Guy (Pneumologie) / 01.10.86	MESSER Jean (Pédiatrie) / 01.09.07
BURSZTEJN Claude (Pédopsychiatrie) / 01.09.18	MEYER Christian (Chirurgie générale) / 01.09.13
CANTINEAU Alain (Médecine et Santé au travail) / 01.09.15	MEYER Pierre (Biostatistiques, informatique méd.) / 01.09.10
CAZENAVE Jean-Pierre (Hématologie) / 01.09.15	MINCK Raymond (Bactériologie) / 01.10.93
CHAMPY Maxime (Stomatologie) / 01.10.95	MONTEIL Henri (Bactériologie) / 01.09.11
CINQUALBRE Jacques (Chirurgie générale) / 01.10.12	MOSSARD Jean-Marie (Cardiologie) / 01.09.09
CLAVERT Jean-Michel (Chirurgie infantile) / 31.10.16	OUDET Pierre (Biologie cellulaire) / 01.09.13
COLLARD Maurice (Neurologie) / 01.09.00	PASQUALI Jean-Louis (Immunologie clinique) / 01.09.15
CONRAUX Claude (Oto-Rhino-Laryngologie) / 01.09.98	PATRIS Michel (Psychiatrie) / 01.09.15
CONSTANTINESCO André (Biophysique et médecine nucléaire) / 01.09.11	Mme PAULI Gabrielle (Pneumologie) / 01.09.11
DIETEMANN Jean-Louis (Radiologie) / 01.09.17	POTTECHER Thierry (Anesthésie-Réanimation) / 01.09.18
DOFFOEL Michel (Gastroentérologie) / 01.09.17	REYS Philippe (Chirurgie générale) / 01.09.98
DORNER Marc (Médecine Interne) / 01.10.87	RITTER Jean (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.02
DUPEYRON Jean-Pierre (Anesthésiologie-Réa.Chir.) / 01.09.13	RUMPLER Yves (Biol. développement) / 01.09.10
EISENMANN Bernard (Chirurgie cardio-vasculaire) / 01.04.10	SANDNER Guy (Physiologie) / 01.09.14
FABRE Michel (Cytologie et histologie) / 01.09.02	SAUVAGE Paul (Chirurgie infantile) / 01.09.04
FISCHBACH Michel (Pédiatrie) / 01.10.16	SCHAFF Georges (Physiologie) / 01.10.95
FLAMENT Jacques (Ophtalmologie) / 01.09.09	SCHLAEDER Guy (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.01
GAY Gérard (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.13	SCHLIENGER Jean-Louis (Médecine Interne) / 01.08.11
GERLINGER Pierre (Biol. de la Reproduction) / 01.09.04	SCHRAUB Simon (Radiothérapie) / 01.09.12
GRENIER Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.97	SCHWARTZ Jean (Pharmacologie) / 01.10.87
GROSSHANS Edouard (Dermatologie) / 01.09.03	SICK Henri (Anatomie Normale) / 01.09.06
GUT Jean-Pierre (Virologie) / 01.09.14	STIERLE Jean-Luc (ORL) / 01.09.10
HASSELMANN Michel (Réanimation médicale) / 01.09.18	STOLL Claude (Génétique) / 01.09.09
HAUPTMANN Georges (Hématologie biologique) / 01.09.06	STOLL-KELLER Françoise (Virologie) / 01.09.15
HEID Ernest (Dermatologie) / 01.09.04	STORCK Daniel (Médecine interne) / 01.09.03
IMBS Jean-Louis (Pharmacologie) / 01.09.09	TEMPE Jean-Daniel (Réanimation médicale) / 01.09.06
IMLER Marc (Médecine interne) / 01.09.98	TREISSER Alain (Gynécologie-Obstétrique) / 24.03.08
JACQMIN Didier (Urologie) / 09.08.17	VAUTRAVERS Philippe (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.16
JAECK Daniel (Chirurgie générale) / 01.09.11	VETTER Jean-Marie (Anatomie pathologique) / 01.09.13
JAEGER Jean-Henri (Chirurgie orthopédique) / 01.09.11	VINCENDON Guy (Biochimie) / 01.09.08
JESEL Michel (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.04	WALTER Paul (Anatomie Pathologique) / 01.09.09
KEHR Pierre (Chirurgie orthopédique) / 01.09.06	WEITZENBLUM Emmanuel (Pneumologie) / 01.09.11
KEMPF Jules (Biologie cellulaire) / 01.10.95	WIHLM Jean-Marie (Chirurgie thoracique) / 01.09.13
KREMER Michel (Parasitologie) / 01.05.98	WILK Astrid (Chirurgie maxillo-faciale) / 01.09.15
KRIEGER Jean (Neurologie) / 01.01.07	WILLARD Daniel (Pédiatrie) / 01.09.96
KUNTZ Jean-Louis (Rhumatologie) / 01.09.08	
KUNTZMANN Francis (Gériatrie) / 01.09.07	

Légende des adresses :

FAC : Faculté de Médecine : 4, rue Kirschleger - F - 67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.68.85.35.20 - Fax : 03.68.85.35.18 ou 03.68.85.34.67

HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG (HUS) :

- NHC : **Nouvel Hôpital Civil** : 1, place de l'Hôpital - BP 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03 69 55 07 08

- HC : **Hôpital Civil** : 1, Place de l'Hôpital - B.P. 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.67.68

- HP : **Hôpital de Hautepierre** : Avenue Molière - B.P. 49 - F - 67098 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.12.80.00

- **Hôpital de La Robertsau** : 83, rue Himmerich - F - 67015 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.55.11

- **Hôpital de l'Elsau** : 15, rue Cranach - 67200 Strasbourg - Tél. : 03.88.11.67.68

CMCO - Centre Médico-Chirurgical et Obstétrical : 19, rue Louis Pasteur - BP 120 - Schiltigheim - F - 67303 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.62.83.00

C.C.O.M. - Centre de Chirurgie Orthopédique et de la Main : 10, avenue Baumann - B.P. 96 - F - 67403 Illkirch Graffenstaden Cedex - Tél. : 03.88.55.20.00

E.F.S. : Etablissement Français du Sang - Alsace : 10, rue Spielmann - BP N°36 - 67065 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.21.25.25

Centre Régional de Lutte contre le cancer "Paul Strauss" - 3, rue de la Porte de l'Hôpital - F-67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.25.24.24

IURC - Institut Universitaire de Réadaptation Clemenceau - CHU de Strasbourg et UGECAM (Union pour la Gestion des Etablissements des Caisses d'Assurance Maladie) - 45 boulevard Clemenceau - 67082 Strasbourg Cedex

RESPONSABLE DE LA BIBLIOTHÈQUE DE MÉDECINE ET ODONTOLOGIE ET DU DÉPARTEMENT SCIENCES, TECHNIQUES ET SANTÉ DU SERVICE COMMUN DE DOCUMENTATION DE L'UNIVERSITÉ DE STRASBOURG

Monsieur Olivier DIVE, Conservateur

LA FACULTÉ A ARRÊTÉ QUE LES OPINIONS ÉMISES DANS LES DISSERTATIONS
QUI LUI SONT PRÉSENTÉES DOIVENT ÊTRE CONSIDÉRÉES COMME PROPRES
À LEURS AUTEURS ET QU'ELLE N'ENTEND NI LES APPROUVER, NI LES IMPROUVER

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure au nom de l'Être suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admise à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.

Ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Respectueuse et reconnaissante envers mes maîtres je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis restée fidèle à mes promesses. Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.

Remerciements

A mon Président du jury, **Monsieur le Professeur Malouf,**

Je vous remercie de me faire l'honneur de présider le jury de cette thèse. Merci pour votre disponibilité. Veuillez trouver ici l'expression de ma reconnaissance et de ma gratitude.

A ma Directrice de thèse, **Madame le Docteur Véronique Frasie,**

Merci de m'avoir proposé ce sujet de thèse et de m'avoir épaulée tout au long de ce travail jusqu'à ta présence dans le jury. Je te remercie pour ta persévérance lors de l'élaboration de notre projet, ton soutien et pour tout ce que tu m'as apporté aussi bien humainement que professionnellement. Sois assurée de ma profonde reconnaissance.

A mesdames et messieurs les membres du jury, **Monsieur le Professeur Velten et Madame le Docteur Antoni,**

Vous avez accepté avec gentillesse de faire partie du jury de cette thèse, recevez ici mon profond respect.

A **Madame le Docteur Alicia Thiery,**

Vous m'avez aidée et conseillée dans la réalisation et la compréhension de mon étude. Vous avez rendu ce travail possible. Merci pour votre disponibilité et votre aide.

A **Mme Valérie Sartori et l'équipe de recherche clinique du Centre Paul Strauss,**

Vous m'avez aidée dans la réalisation de mon enquête et m'avez accueillie dans vos bureaux. Sans vous, ce travail n'aurait pu aboutir. Veuillez recevoir mes sincères remerciements.

Aux équipes du SSAJ, de l'hôpital de jour de chimiothérapie et de l'hôpital de jour de radiothérapie,

Merci pour votre investissement lors du recrutement des patients.

A mes parents,

Vous avez fait de moi ce que je suis. Vous m'avez soutenue de façon inconditionnelle et encouragée depuis le premier jour. A travers toutes les épreuves, nous resterons une famille.

Merci d'avoir cru en moi. Maman, merci pour l'intérêt particulier que tu as porté à mon travail.

Je vous aime.

A Benoît, mon mari,

Depuis bientôt 14 ans, tu marches à mes côtés, pour le meilleur et pour le pire. Tu es le phare dans la nuit, l'épaule sur laquelle j'ai pleuré, celui avec lequel je ris. Mon amour, mon meilleur ami, l'amour de ma vie. Tu es un mari aimant et un père extraordinaire. Tu fais de moi une meilleure personne. Merci pour tout, merci d'être toi. Je t'aime...

A mes enfants, Henri et Lucie,

Vous êtes la plus belle chose qui me soit arrivée dans la vie. Vous êtes le Soleil, la Lune et les étoiles. Je suis si fière de vous. Je vous aime toujours et pour toujours...

A ma petite sœur Stéphanie,

Tu as été ma première patiente lors de nos jeux d'enfant ! Tu es une personne forte sur laquelle j'ai pu m'appuyer en toute confiance. Ton amour et ton soutien inconditionnel depuis toujours m'ont aidé à trouver la force d'avancer. Je t'aime au moins pour 150 ans !

A mes beaux-parents, **Solange et Gilbert,**

Merci pour votre soutien tout au long de ces années et pour les heures de baby-sitting pour me dégager du temps pour ma thèse.

A **Stéphane, Audrey, Ethan et Margot,**

Les Bockstahler jeune génération, je n'ai pas pu être aussi disponible que je l'aurais souhaité.

A mon neveu et à ma filleule que j'aime, vous pourrez toujours compter sur moi. Merci pour votre compréhension.

A **Mamie** et à mon regretté **Papi,**

J'espère pouvoir vous rendre fiers de moi. Avec toute ma reconnaissance et mon affection.

A **Sabrina, Laurent, Clément et Charline,**

Les amis sont la famille que l'on se choisit. Depuis plus de 15 ans, tu es ma grande sœur et au fil de années nos moitiés et nos bébés ont agrandi notre famille. Merci pour votre soutien, votre confiance et vos attentions. Je vous aime fort.

A **Caroline, Etienne et Valérian,**

Même quand des milliers de kilomètres nous séparaient, nous avons toujours réussi à garder intact le lien qui nous unit. Tu es une amie fidèle et attentionnée, et depuis bientôt 1 an une maman incroyable. Merci pour ton amitié. Je vous aime fort.

A **Hélène, Pierre-Alexandre et Antoine,**

Ma Puce tu es ma plus vieille amie, depuis nos premiers barbotages à la piscine. Ensemble, nous avons passé des nuits à refaire le monde, nous avons partagé nos joies, nos peines (de

cœur) et surtout nos plus grands bonheurs : l'amour de nos moitiés et de nos merveilleux enfants. Merci pour ces 25 années et celles à venir.

A Anne-Claude,

Nous avons fait nos premiers pas d'interne ensemble et avons surmonté les difficultés. J'ai découvert une personne formidable sur laquelle j'ai toujours pu compter... Mais surtout, j'ai gagné une amie. Merci.

A Marylène,

Tu as été mon binôme tout au long de ses années d'études. On a ri, pleuré, refait le monde ensemble. Merci pour ton soutien.

A Audrey et Elodie,

Mes wonder mums depuis notre stage aux Urgences de Sélestat. Nous avons partagé tellement de choses : le quotidien de nos bébés, des rires, mais aussi des moments plus difficiles. Vous avez été un soutien constant et un moteur à sourires avec vos petites princesses. Sans compter nos séances régulières de groupe de pairs ! Merci.

A Céline,

Merci de m'avoir donné ma chance et de me permettre de concilier mes vies privée et professionnelle.

A Fabrice, Arzou, Mathieu, Adel et Aïda,

Merci pour votre soutien et pour tous les bons moments passés ensemble... et ceux à venir !

Résumé

Introduction : L'objectif 7 du Plan Cancer 2014-2019 est d'assurer des prises en charge globales et personnalisées, incluant l'amélioration de la qualité de vie par l'accès aux soins de support. De nombreuses études montrent que les patients ayant un cancer ont des besoins en soins de support insatisfaits importants et que leur prise en charge améliore leur qualité de vie. Dans ce contexte, un dépistage précoce et systématique des besoins en soins de support est indiqué.

Matériel et méthodes : Notre étude descriptive, prospective, non randomisée s'est déroulée au Centre Paul Strauss de Strasbourg dans les services d'hôpitaux de jour de soins de support, de chimiothérapie et dans le département de radiothérapie. Elle se fonde sur deux questionnaires comprenant six rubriques : évaluations nutritionnelle, sociale, psychologique, kinésithérapique, de la douleur et des besoins en soins palliatifs. Le premier fournit des informations sur le patient et permet de dépister les besoins en soins de support. Il doit être lu par les équipes soignantes. Notre objectif principal était d'étudier le recours aux professionnels de soins de support par le 2^{ème} questionnaire réalisé 4 à 6 semaines plus tard lors d'un appel téléphonique pour déterminer la prise en charge réalisée par les équipes. 134 patients ont été interrogés de septembre 2018 à janvier 2019.

Résultats : Nous avons retrouvé au moins un besoin insatisfait chez plus de deux tiers des patients (70.9%), indépendamment du sexe ($p=0.58$), de l'âge ($p=0.94$) et de la localisation tumorale ($p=0.58$), contrairement à la détresse psychologique qui semble accroître les besoins en soins de support ($p=0.12$). Le genre et le type de cancer semblent avoir une influence sur le type de besoins. Les patients ayant un cancer consultent au moins deux fois plus leur médecin traitant que la population générale. Lors de la réévaluation à 4 à 6 semaines, nous avons pu établir le taux de couverture de ces différents besoins. Les recours à la diététicienne ($p<0.001$) et au kinésithérapeute ($p=0.002$), notamment grâce à la sollicitation du médecin traitant, ont été améliorés et tendent à l'être également au niveau des besoins psychologiques et des troubles du sommeil ($p=0.18$).

Conclusion : Les besoins en soins de support chez les patients ayant un cancer sont très importants. Un questionnaire d'autoévaluation des besoins en soins de support s'avère utile ; la prise de connaissance par les professionnels hospitaliers facilite voire accélère le recours aux professionnels des soins de support. Un dépistage systématique et répété améliorerait la prise en charge des patients.

Table des matières

RESUME	19
INTRODUCTION	28
I. CONTEXTE	30
A. Définitions	30
B. Plans cancer	32
1. La Charte de Paris contre le cancer	32
2. La Ligue contre le cancer	32
3. Le premier plan cancer 2003-2007.....	33
4. Le second plan cancer 2009-2013	34
5. Plan cancer 2014-2019	35
C. Epidémiologie	36
D. Médecine générale et cancer.....	37
E. Revue de la littérature.....	38
1. Besoins en soins de support	38
2. Bénéfices des soins de support	44
3. Intégration précoce des soins de support.....	46
4. Dépistage des soins de support.....	47
5. Freins au recours aux soins de support.....	48
II. MATERIEL ET METHODES	50
A. Plan expérimental.....	50
B. Conception du questionnaire.....	51
C. Objectifs et critères d'évaluation	52
1. Objectif principal	52
2. Objectifs secondaires	53
D. Critères d'inclusion et de non inclusion	54
E. Nombre de sujets à inclure	55
F. Analyse statistique	55
G. Considérations éthiques.....	56
H. Information et consentement du patient	57

III. RESULTATS	59
A. Profil des patients répondants.....	59
B. Analyse descriptive des besoins : Résultats du 1^{er} questionnaire	63
1. Evaluation initiale des besoins	63
2. Quantification des besoins	71
3. Besoins initiaux en soins de support et recours au médecin traitant et/ou au professionnel expert en soins de support.....	73
4. Analyses univariées	82
5. Consultations chez le médecin traitant.....	90
C. Résultats du second questionnaire : évolution des besoins et recours aux professionnels des soins de support	94
1. Réévaluation à 4 à 6 semaines	94
2. Critère de jugement principal : comparaison de la couverture des besoins avant et après le questionnaire	99
D. Autres critères de jugement secondaires.....	100
1. Lecture du questionnaire par les soignants	100
2. Sollicitation du médecin traitant.....	101
V. DISCUSSION	102
A. Etat des lieux des besoins en soins de support.....	102
B. Facteurs influençant les besoins en soins de support.....	105
C. Recours au médecin traitant	108
D. Couverture des besoins en soins de support	110
CONCLUSION	114
BIBLIOGRAPHIE	117
ANNEXES	130
ANNEXE 1 : Questionnaire 1.....	131
ANNEXE 2 : Questionnaire 2.....	134
ANNEXE 3 : Fiche d'évaluation des besoins en soins de support – AFSOS et réseaux de cancérologie	138
ANNEXE 4 : Fiche d'évaluation sociale – INCa et réseaux de cancérologie	140

ANNEXE 5 : Note d'information ⁽¹⁾ destinée aux personnes participant au protocole de recherche interventionnel DBSOS et attestation de consentement	141
Annexe 6 : Déclaration d'Helsinki de l'Association Médicale Mondiale	148
ANNEXE 7 : Avis du CPP	156
ANNEXE 8 : Score PALLIA 10 (SFAP).....	158
Annexe 9 : Attestation sur l'honneur	159

Table des illustrations

Figure 1 - Schéma « Projet de soins curatifs et soins de support » - Dr V. Frasier	31
Figure 2 - Schéma « Projet de soins palliatifs et soins de support » - Dr V. Frasier	31
Figure 3 - Répartition des patients en fonction du sexe	59
Figure 4 - Répartition des patients en fonction du service de soins	60
Figure 5 - Répartition des patients en fonction de l'âge	60
Figure 6 - Répartition des patients en fonction du type de cancer.....	61
Figure 7 - Consultations chez le médecin traitant lors du dernier trimestre	62
Figure 8 - Besoin nutritionnel.....	64
Figure 9 - Besoin social.....	65
Figure 10 - Besoin psychologique.....	66
Figure 11- Autoévaluation de la qualité du sommeil	67
Figure 12 - Besoin sommeil	67
Figure 13- Besoin en kinésithérapie	68
Figure 14- Besoin douleur	69
Figure 15 - Besoin en soins palliatifs	70
Figure 16 - Proportions de patients ayant des besoins en soins de support insatisfaits	71
Figure 17 - Besoins insatisfaits chez les patients ressentant une détresse psychologique	72
Figure 18 - Besoins insatisfaits chez les patients ne ressentant pas de détresse psychologique	72
Figure 19 - Consultation diététique.....	74
Figure 20 - Besoin nutritionnel et consultation chez le médecin traitant.....	74
Figure 21 – Besoin social et rencontre avec un assistant social.....	75
Figure 22 - Besoin social et consultation chez le MT	75
Figure 23 - Besoin psychologique et consultation avec un psychologue ou psychiatre	76
Figure 24 - Besoin psychologique et consultation chez le médecin traitant.....	76
Figure 25 - Troubles du sommeil et consultation chez le médecin traitant.....	77
Figure 26 – Besoin et prise en charge kinésithérapiques.....	78
Figure 27 - Besoin en kinésithérapie et consultation chez le MT.....	78
Figure 28 - Douleurs évoquées avec le médecin hospitalier et le médecin généraliste	79
Figure 29 - Besoin douleur insatisfait évoqué avec le médecin hospitalier et le médecin traitant.....	79
Figure 30 – Besoin et suivi par l'équipe de soins palliatifs.....	80
Figure 31 - Besoin en soins palliatifs en consultations chez le MT	80
Figure 32 - Graphique des besoins totaux par catégorie	81

Figure 33 - Besoins par catégorie et par âge	83
Figure 34 - Nombre de besoins insatisfaits par âge	84
Figure 35 - Besoins par catégorie et par sexe	86
Figure 36 - Nombre de besoins selon le sexe.....	86
Figure 37 - Besoins par catégorie et par localisation tumorale	89
Figure 38 - Nombre de besoins par localisation tumorale	90
Figure 39 - Nombre de patients ayant consulté leur médecin durant le dernier trimestre en fonction de l'âge	91
Figure 40 - Nombre de patients ayant consulté leur médecin durant le dernier trimestre en fonction du sexe.....	91
Figure 41 - Nombre de patients ayant consulté leur médecin durant le dernier trimestre en fonction de la localisation tumorale	92
Figure 42 - Nombre de consultations chez leur médecin traitant durant le dernier trimestre en fonction de l'âge, du sexe et du type de cancer.....	93
Figure 43 - Consultation diététique.....	94
Figure 44 - Proposition et consultation avec une assistante sociale.....	95
Figure 45 - Proposition et consultation avec un psychiatre ou une psychologue	96
Figure 46 - Patients traités ou non par hypnotique	97
Figure 47 - Proposition et prise en charge kinésithérapique	97
Figure 48 - Plaintes douloureuses et interlocuteur du patient	98
Tableau 1 - Tableau récapitulatif du profil des patients	62
Tableau 2 - Besoins en soins de support totaux et insatisfaits	73
Tableau 3 - Besoins en soins de support et recours au médecin traitant.....	73
Tableau 4 - Tableau des besoins totaux par catégorie.....	81
Tableau 5 - Tableau des besoins totaux par catégorie et par âge.....	82
Tableau 6 - Tableau des besoins par catégorie et par sexe	85
Tableau 7 - Tableau des besoins par catégorie et par localisation tumorale.....	87
Tableau 8 - Couverture des besoins à 4 à 6 semaines après analyse Chi2 MacNemar.....	99

Liste des abréviations

AC : Annonce du Cancer

ASCO : American Society of Clinical Oncology

AFSOS : Association Francophone des Soins Oncologiques de Support

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé

ARS : Agence Régionale de Santé

CPP : Comité de Protection des Personnes

CPS : Comités de Protection des Personnes

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

DIM : Département d'Information Médicale

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

EMSA : Equipe Mobile de Soins et d'Accompagnement

ERI : Espaces de Rencontres et d'Information

ESAS : Edmonton Symptom Assessment System

F1 : Hôpital de jour de chimiothérapie

HAS : Haute Autorité de Santé

IMC : Indice de Masse Corporelle

INCa : Institut National Du Cancer

MH : Médecin Hospitalier

MT : Médecin traitant

NYHA : New York Heart Association

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PPAC : Programme Personnalisé de l'Après-Cancer

RGPD : Règlement Général sur la Protection des Données

SFMG : Société Française de Médecine Générale

SOS : Soins Oncologiques de Support

SSAJ : Service de Soins d'Accompagnement de Jour

VADS : Voies Aérodigestives Supérieures

Introduction

Le cancer est la première cause de mortalité en France, devant les maladies cardiovasculaires. Environ 920 000 personnes sont traitées chaque année.(1)

Le 3^{ème} Plan Cancer(1) a été présenté par François Hollande, alors Président de la République, en février 2014 avec la volonté de donner les mêmes chances à tous, partout en France, de guérir de cette maladie. Une des grandes priorités est d'améliorer la vie des malades pendant et après les traitements du cancer. En effet, l'objectif 7 du Plan Cancer 2014-2019 est d'assurer des prises en charge globales et personnalisées, incluant l'amélioration de la qualité de vie par l'accès aux soins de support dès le début du diagnostic, durant les soins puis dans l'après-cancer.

De nombreuses études montrent que les patients ayant un cancer ont des besoins en soins de support insatisfaits importants alors que leur prise en compte contribue à leur qualité de vie et prolonge leur survie. En France, il n'existe pas d'étude pouvant servir de référence et établissant les besoins insatisfaits des patients ayant un cancer. Par ailleurs, les résultats dans la littérature sont très disparates. Début 2018, l'Association Francophone des Soins Oncologiques de Support (AFSOS) confirme l'absence d'étude de référence à ce jour en France.

Notre hypothèse étant que le repérage précoce et systématique des besoins en soins de support optimise leur prise en charge et améliore la qualité de vie des patients ayant un cancer, notre étude prospective a été conduite de septembre 2018 à janvier 2019, auprès de 134 patients du Centre Paul Strauss de Strasbourg, dans les services d'hôpital de jour de

chimiothérapie, de radiothérapie et d'hôpital de jour de soins de support : service de soins et d'accompagnement de jour (SSAJ).

Après avoir réalisé un état des lieux des six principaux besoins en soins oncologiques de support (nutritionnel, social, psychologique, kinésithérapique, algologique et en soins palliatifs), nous avons étudié le pourcentage de recours aux professionnels de soins de support, défini par un appel téléphonique 4 à 6 semaines après auto-évaluation des besoins du patient par questionnaire.

Quelle est l'ampleur des besoins en soins de support de nos patients ? Quels facteurs les influencent ? Ces problématiques sont-elles évoquées avec le médecin traitant ? Sont-ils pris en charge par les équipes hospitalières ? Telles sont les questions auxquelles nous allons tenter de répondre.

I. Contexte

A. Définitions

Le terme « soins de support » vient de l'anglais « supportive care »(2). Ce sont « l'ensemble des soins et soutiens nécessaires aux personnes malades, parallèlement aux traitements spécifiques, lorsqu'il y en a, tout au long des maladies graves ». Les soins de support sont proposés dès le début de la prise en charge (dispositif d'annonce), pendant les traitements et après les traitements. En parallèle des traitements spécifiques de la maladie, les différents intervenants, professionnels experts des soins de support le plus souvent intrahospitaliers et les médecins traitants travaillent à diminuer les effets secondaires des traitements et des conséquences de la maladie afin d'assurer une meilleure qualité de vie possible aux patients et leurs proches, sur les plans physique, psychologique et social. D'après l'Association Francophone des soins oncologiques de support (AFSOS), pour les professionnels de santé les soins de support(3) ne se définissent pas comme une nouvelle spécialité mais plutôt comme une organisation coordonnée de différentes compétences impliquées, conjointement aux soins spécifiques oncologiques dans la prise en charge des malades.

Le « panier » des soins de support, défini par la DGOS comprend : la nutrition, la prise en charge sociale, la psychologie, la kinésithérapie, la prise en charge de la douleur et les soins palliatifs ; mais une réflexion est actuellement en cours avec la DGOS, afin de définir clairement le socle des soins de support en tenant compte de l'émergence de nouvelles disciplines.

En 2014, le deuxième baromètre des soins de support de l'AFSOS(4) a questionné 700 médecins et 1500 patients. Les résultats ont montré que seulement 34% des patients ont déjà

entendu le terme soins de support et que 23% des personnes interrogées ont déclaré que les infirmiers référents leur avaient proposé des soins de support.

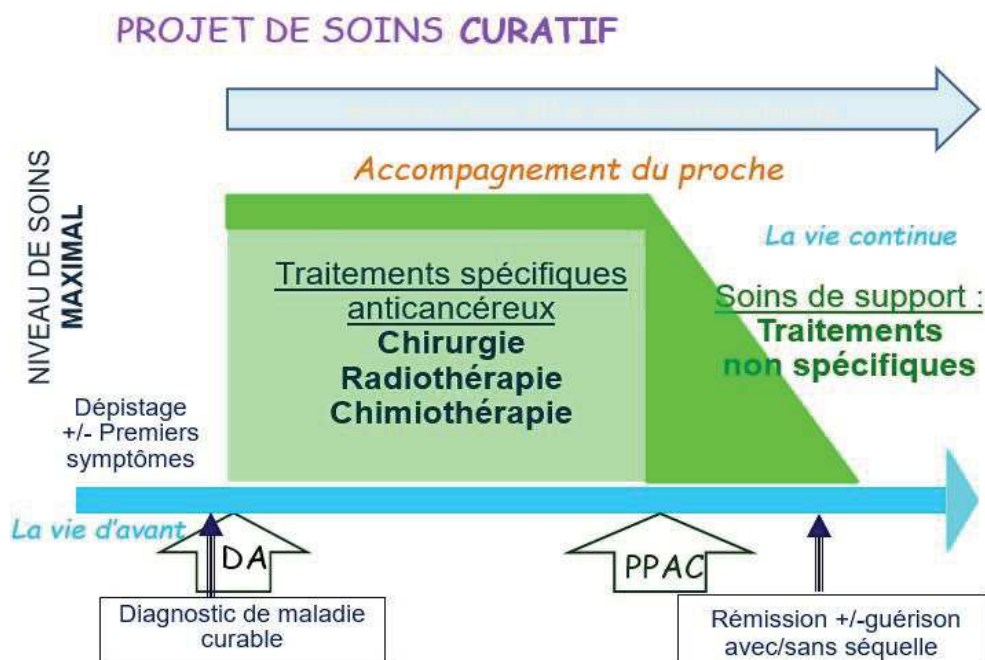


Figure 1 - Schéma « Projet de soins curatifs et soins de support » - Dr V. Frasier

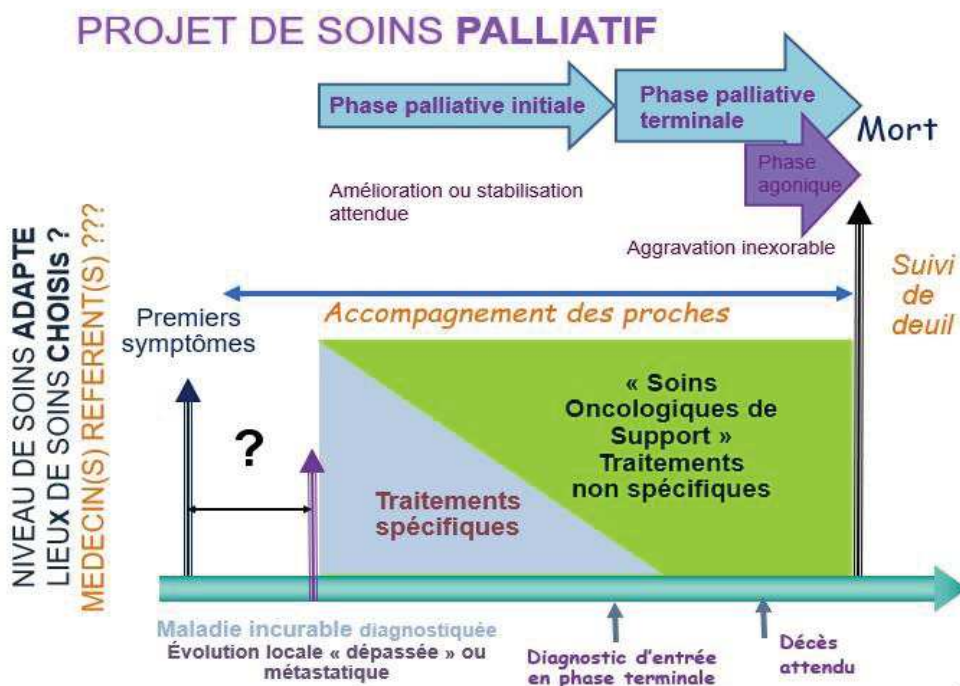


Figure 2 - Schéma « Projet de soins palliatifs et soins de support » - Dr V. Frasier

B. Plans cancer

1. La Charte de Paris contre le cancer

Le 4 février 2000, lors du sommet mondial contre le cancer, la France, comme une vingtaine d'autres Etats, signe la charte de Paris contre le cancer(5) initiée par le Pr David Khayat, oncologue français. Cette charte internationale est le texte fondateur de la lutte mondiale contre le cancer et en établit les principes généraux. Son préambule alerte autorités et opinion publique sur l'accroissement rapide de l'incidence du cancer et appelle à la mobilisation pour accélérer une prise en charge de qualité des patients afin d'accroître leurs chances de survie. Elle comporte 10 articles et vise à améliorer l'accès et la qualité des soins des malades. Le 10^{ème} article fait du 4 février la journée mondiale contre le cancer.

2. La Ligue contre le cancer

Créée en 1918, la Ligue franco-anglo-américaine contre le cancer(6) a été renommée Ligue française contre le cancer en 1927 puis Ligue contre le cancer en 1992. Elle participe au financement de la recherche contre le cancer et à sa prévention, soutient les patients face à la maladie en mettant à leur disposition des services d'aides dont les Espaces de Rencontres et d'Information (ERI). Elle est reconnue comme le porte-parole des patients ayant un cancer et a largement participé à l'élaboration des plans cancer, notamment grâce au travail lors des premiers Etats généraux de Ligue en 1998 donnant alors pour la première fois la parole à 1300 patients. L'expérience est renouvelée en 2000 et 2004 ; en 2008 elle organise la Convention de la société face au cancer. En 2018, ont lieu les premiers Etats généraux de la prévention des cancers.

3. Le premier plan cancer 2003-2007

Le 14 juillet 2002, Jacques Chirac, alors Président de la République Française, fait de cette lutte une des trois priorités de son second mandat, lançant le 24 mars 2003, le premier Plan de mobilisation nationale contre le cancer (2003-2007)⁽⁷⁾ préparé en association avec les « patients experts » identifiés lors des Etats généraux de la Ligue.

Il comporte six chapitres : prévenir, dépister, soigner, accompagner, enseigner, comprendre et découvrir afin « de vaincre la maladie et de se battre pour la vie ».

Du point de vue de la prévention, le Plan a permis de faire reculer la consommation de tabac (chute des ventes de 25%) grâce notamment à l'augmentation des prix de 35%. Il a également été à l'origine de l'interdiction de la vente aux moins de 16 ans et de la promotion du tabac. Des campagnes d'information et des actions ciblées vers les jeunes et les femmes enceintes ont été mises en place ainsi que le développement des aides à l'arrêt du tabac (consultation hospitalière anti-tabac et expérimentation d'une prise en charge de l'assurance maladie des aides au sevrage).

Le programme de dépistage organisé du cancer du sein a été généralisé en 2004 tandis que le programme de dépistage organisé du cancer colorectal faisait l'objet d'une expérimentation de 2002 à 2007 dans 23 départements pilotes.

Il propose aussi la fondation d'un Institut National du Cancer qui sera officiellement créé le 24 mai 2005. L'INCa est une agence d'expertise sanitaire et scientifique en cancérologie de l'État chargée de coordonner les actions de lutte contre le cancer et qui édite des recommandations et référentiels avec la Haute Autorité de Santé. Les établissements de santé doivent désormais répondre à des critères de qualité définissant le standard minimum de

qualité en vue d'obtenir l'agrément pour traiter des malades atteints de cancer (en chirurgie, en radiothérapie et en chimiothérapie).

Une nouvelle dynamique a été impulsée dans la recherche sur le cancer et les 7 cancéropôles ont été mis en place pour animer la recherche en régions.

Par ailleurs, la circulaire DH05/500/201/101 du 22 février 2005(8,9), en lien avec ce premier plan cancer, donne la première définition officielle des soins de support comme étant « l'ensemble des soins et soutiens nécessaires aux personnes malades tout au long de la maladie conjointement aux traitements oncohématologiques, lorsqu'il y en a ».

Cependant, le Haut Conseil de la Santé Publique a révélé en 2008(10) que seulement un tiers des 70 mesures ont été mises en place et signale l'absence de prise en compte des inégalités sociales et d'accès aux soins en tant qu'objectif autonome. Selon toute vraisemblance, même si les valeurs moyennes se sont améliorées, des écarts se sont accrues pendant la période du plan. Le bilan actuel du plan cancer se montre contrasté, marqué par d'un côté, des mesures bénéfiques et de l'autre, des difficultés à l'application de ces mesures.

4. Le second plan cancer 2009-2013

Le 15 octobre 2008, le président de la République Nicolas Sarkozy missionne le Pr Jean-Pierre Grünfeld, néphrologue français à l'hôpital Necker à Paris, afin d'élaborer des recommandations préparatoires au Plan cancer 2009-2013(7).

Il s'est structuré autour de cinq grands axes (Recherche, Observation, Prévention-dépistage, Soins, Vivre pendant et après le cancer), 30 mesures et 118 actions. L'axe « soins » garantit à chaque patient un parcours de soins personnalisé et efficace impliquant le médecin

traitant. L'axe « vivre pendant et après le cancer » s'articule autour de deux grandes lignes : améliorer la qualité de vie pendant et après la maladie en prenant notamment en compte les besoins individuels de surveillance médicale, de soutien psychologique et social et, combattre toute forme d'exclusion en particulier en aidant à la réinsertion professionnelle (mesure 29).

5. Plan cancer 2014-2019

Le 3e plan cancer(1) a été présenté par le président de la République, François Hollande en février 2014 avec la volonté de donner les mêmes chances à tous, partout en France, de guérir de cette maladie.

Une des grandes priorités est d'améliorer la vie des malades pendant et après le cancer. En effet, l'objectif 7 du plan cancer 2014-2019 est d'assurer des prises en charge globales et personnalisées, incluant l'amélioration de la qualité de vie par l'accès aux soins de support qui doivent être intégrés au sein des programmes personnalisés de soins et de l'après-cancer. Ils font aujourd'hui partie intégrante de ce qui est attendu d'une prise en charge de qualité. Malheureusement, l'accès aux soins de support pour les personnes atteintes de cancer, comme pour les aidants et les proches, est limité par des difficultés de lisibilité de l'offre. Il est notifié dans ce 3^{ème} plan cancer que la détection des besoins en soins de support doit être organisée dès le début de la prise en charge, puis tout au long du parcours, pour toutes les personnes atteintes de cancer afin d'éviter des inégalités d'accès et, d'activer précocement les équipes compétentes. L'offre en soins de support doit être accessible pour les patients suivis en ville et les professionnels de ville impliqués doivent pouvoir facilement orienter le patient vers une prise en charge adaptée.

Les objectifs 8 et 9 se concentrent respectivement sur la réduction des risques de séquelles et de second cancer et sur la diminution de l'impact du cancer sur la vie personnelle.

Le bilan 2017-2018(11) sur le plan cancer en cours montre que pour répondre aux attentes des patients en soins de support l'offre en place en région doit évoluer. Le 23 février 2017, une réflexion régionale sur ce sujet a été lancée. Ainsi, la DGOS et l'Institut national du cancer ont demandé aux ARS de mieux organiser l'offre, et d'en assurer une meilleure lisibilité, notamment pour la médecine de ville. Cependant l'objectif 7.7 d'améliorer l'accès à des soins de support de qualité, dans sa mise en œuvre, présente un retard supérieur à 9 mois. Afin de créer un « Référentiel national de processus d'évaluation/orientation/accompagnement de patients en souffrance psychique » (objectif 7.6) un groupe de travail a été mis en place.

Début février 2019, la ministre de la Santé, Agnès Buzyn, a officiellement missionné l'INCa pour proposer une stratégie de lutte contre le cancer au premier semestre 2020.

C. Epidémiologie

Le cancer est la première cause de mortalité en France, devant les maladies cardiovasculaires. L'incidence du cancer en France en 2017 était de 400 000 cas dont 214 000 hommes et 186 000 femmes(12). La situation du cancer dans le Grand Est (notre étude est réalisée en Alsace) est proche de celle de la France métropolitaine(13). Elle est comparable chez les femmes mais a une incidence légèrement plus importante chez l'homme (+4%). Chez l'homme, les cancers les plus fréquents sont ceux de la prostate (48 427 nouveaux cas en 2013), du poumon (32 260 en 2017) et du colon-rectum (24 035). Chez la femme, ce sont les

cancers du sein (58 968 nouveaux cas en 2017), du colon-rectum (20 837) et du poumon (16 849).

D. Médecine générale et cancer

Le médecin généraliste intervient à toutes les étapes de la maladie. Il est le premier acteur de la prévention en recherchant et en accompagnant les patients pour lutter contre les expositions cancérogènes, et dans les dépistages de masse et individuel selon leurs facteurs de risques. Il réalise la démarche de soins qui amène au diagnostic. Dans la majorité des cas, la consultation d'annonce est faite à l'hôpital. Bien souvent, le médecin traitant revoit ensuite le patient. Il reformule les propos du médecin hospitalier, rassure le patient et répond à ses questions. Dès lors, il est présent auprès du patient durant les phases curative et palliative : il surveille et traite les effets secondaires, coordonne les soins de support en ville et accompagne le patient en fin de vie et ses proches.

En 2015, les médecins généralistes avaient en moyenne une patientèle(14) de 1918 personnes pour 2.8 actes par patient et par an en moyenne. En 2013, la Société Française de Médecine Générale(15) a estimé approximativement à 7 nouveaux cas de cancer par an par médecin généraliste, avec une prévalence en 2012 de 40 patients atteints d'un cancer suivis dans la patientèle d'un médecin généraliste.

En mai 2018, A. Hurtaud(16) a chiffré, que parmi les patients cancéreux, 25% des patients sont en rupture de contact avec leur généraliste lors du diagnostic de cancer alors qu'on constate chez les autres une augmentation globale du nombre et de la fréquence des

consultations chez leur médecin traitant. Ce temps est un temps d'évaluation des symptômes et des besoins en soins de support.

Par ailleurs, une étude de la DRESS de 2017(17) a interrogé les médecins généralistes sur leur pratique autour du cancer. Ces derniers considèrent comme très important leur rôle dans le suivi psychologique de ces patients et l'accompagnement de la fin de vie. Cependant, les deux tiers expriment des difficultés pour accompagner le patient en fin de vie et ses proches, gérer les effets indésirables des traitements ou prendre en charge les séquelles du cancer. La moitié des médecins généralistes signalent ne pas savoir à qui adresser un patient en cas de difficultés sociales ou nutritionnelles et être peu informés par l'hôpital de la prise en charge des patients. Ces thématiques font partie des soins de support.

E. Revue de la littérature

1. Besoins en soins de support

a. Proportions des besoins en soins de support

Il n'existe pas d'étude en France et à l'international, pouvant servir de référence pour établir un pourcentage de besoins insatisfaits des patients ayant un cancer ; les résultats dans la littérature sont très disparates.

Une étude danoise chez les patientes ayant un cancer du sein retrouve un taux de 82.6% des femmes ayant au moins un besoin en soins de support insatisfaits(18) ; ce taux est de 50% dans une population de patients iraniens ayant des types de cancer différents(19), de 27% chez des patients britanniques atteints d'un mélanome dans les 3 mois à 5 ans après le

traitement chirurgical(20), de 44% chez des patients canadiens dans le même contexte(21). Une étude américaine(22) chez les patients ayant un cancer du poumon retrouve des besoins insatisfaits chez 80% des patients dans le domaine des symptômes physiques, 78% dans le domaine psychologique et 66% dans le manque d'informations. Une étude allemande retrouve des besoins de soutien psychologique pour 90% des patients(23). Une étude sur les femmes ayant un cancer du sein comparant les populations allemande et chinoise retrouve un taux de 11% seulement de femmes ne signalant aucun besoin insatisfait en soins de support(24). Plusieurs études en Australie fournissent des résultats très disparates : 57% de besoins en soins de support insatisfaits(25) ; 60% des patientes ayant un cancer du sein signalent au moins un besoin en soins de support(26) ; chez 43% des femmes ayant eu un cancer gynécologique persiste au moins un besoin insatisfait après la fin des traitements(27), 30% chez des patients ayant un cancer hématologique(28), 95% chez des patients ayant un cancer incurable(29), et jusqu'à 100% dans l'étude de C. Pigott et al.(30).

Des besoins en soins de support persistent même après la fin des traitements spécifiques du cancer alors que la personne soignée est considérée en rémission. L'étude VICAN 2(31–34) a montré que trois personnes sur cinq conservent des séquelles du cancer (physiques, psychologiques, sexuelles, des douleurs ou de la fatigue).

Une étude américaine comparant les besoins recensés en 2005 à une précédente étude utilisée comme référence datant de 1986(35) a montré que près de deux tiers des patients présentaient des besoins en soins de support insatisfaits malgré les évolutions sur la prise en charge des besoins en soins de support. « Pattern and Predictors of Unmet Supportive Care Needs in Cancer Patients »(36) est une revue de la littérature sur les besoins en soins de

support et les facteurs les influençant. La majorité des études retrouvent les besoins les plus élevés dans les domaines de l'information avant et durant les traitements, puis les besoins psychologiques.

b. Facteurs influençant les besoins en soins de support

Différentes études cherchent à déterminer les facteurs influençant les besoins en soins de support chez les patients ayant un cancer.

✓ Localisation tumorale

Dans les études internationales, on ne constate globalement pas de différence en fonction de la localisation du cancer, mais des différences selon la culture et le niveau socio-économique. Une large étude française réalisée en 2004(37) au niveau national chez des patients survivant du cancer à deux ans du diagnostic, montre que la morbidité au niveau psychologique n'est pas influencée par le type de cancer. Le type de cancer a une influence sur les symptômes physiques et la qualité de vie, notamment les cancers des voies aérodigestives et du sein. Si le type de cancer n'influence pas l'importance des besoins en soins de support insatisfaits(37,38), il peut modifier le type de besoins. Le Corroller-Soriano et al. ont montré que les patients ayant un cancer des VADS, du poumon ou hématologique présentent davantage de symptômes physiques ayant un impact sur leur qualité de vie(37), quand Li et al. ont retrouvé une détresse psychologique plus importante chez les femmes ayant un cancer du sein que celles ayant un cancer colorectal(38).

✓ Contexte socio-économique et culturel

Le niveau socio-économique a une influence sur les besoins en soins de support avec des populations plus fragiles (faibles revenus et niveau d'éducation).

Nous pouvons citer notamment une étude chinoise comparant les besoins en soins de support chez les patients ayant un cancer du sein et un cancer colorectal retrouvant près de 90% de patients ayant au moins un besoin insatisfait en soins de support, de façon indifférente au type de cancer(38). La comparaison de populations chinoises et allemandes(24) de patientes ayant un cancer du sein a mis en évidence de moindres besoins insatisfaits en soins de support chez les femmes allemandes par rapport aux chinoises (14% de femmes contre 8% ne signalaient aucun besoin en soins de support). Barbaret et al. ont montré que les patients américains sont plus inquiets des répercussions au niveau financier mais ont une meilleure qualité de vie que les patients français(39).

La culture nationale influe sur l'importance des besoins en soins de support(24,40,41). L'intensité des besoins est pondérée par le niveau socioculturel et les traditions : les sociétés conservatrices ont des besoins psychologiques insatisfaits plus importants(19,24,40).

En effet, ceux avec des niveaux d'éducation ou des revenus moins élevés(20,37,42,43) ont des besoins plus intenses. Nksic et al. ont étudié un très large échantillon de près de 50 000 patients et ont plusieurs hypothèses : une moins bonne reconnaissance des difficultés liées au cancer et plus d'obstacles à l'accès à des services de santé appropriés et rapides(44) par des patients à faible statut socio-économique.

✓ Evolution des besoins dans le temps

L'étude australienne « Predictors of change in unmet supportive care needs in cancer »(25) a ainsi suivi près de 300 patients pendant 6 mois. Initialement près de deux tiers des patients ont signalé des besoins insatisfaits puis ultérieurement la moitié d'entre eux.

✓ Sexe

Mac Dowell et al. ont constaté que les femmes avaient globalement des besoins en soins de support insatisfaits de façon plus importante comme dans l'étude « Common, important, and unmet needs of cancer outpatients »(45). Cependant cette influence du genre ne fut pas retrouvée à deux ans du diagnostic dans l'étude française « Does cancer survivors' health-related quality of life depend on cancer type? Findings from a large French national sample 2 years after cancer diagnosis »(37). Les études sur l'influence du sexe sur les besoins en soins de support sont discordantes. Certaines tendent à montrer que les femmes auraient des besoins en soins de support plus importants(19,46) (notamment au niveau psychosocial(40,47,48)) alors même que Li et al. (38) n'ont pas retrouvé de lien statistiquement significatif entre le genre et les besoins insatisfaits en soins de support sur leur population de 210 patients chinois ayant un cancer du sein ou colorectal. D'autres études ne retrouvent également pas d'influence du genre sur les besoins en soins de support(49). Sheth et al.(50) évoquent la possibilité que les femmes seraient moins satisfaites que les hommes dans leur prise en charge expliquant cette différence. Cette discordance de données est synthétisée dans la revue de la littérature de l'étude Pattern and Predictors of Unmet Supportive Care Needs in Cancer Patients(36).

✓ Détresse psychologique

Les équipes d'Hodgkinson en Australie ont étudié des populations de femmes ayant un cancer du sein(51,52) ou gynécologique(53) et ont mis en évidence que l'anxiété et la dépression sont associées à des besoins en soins de support plus importants. La comparaison de patientes chinoises ayant un cancer du sein à celles ayant un cancer colorectal montrent une détresse psychologique plus importante chez les premières, détresse elle-même associée à des besoins accrus en soins de support(38).

✓ L'âge

Les études s'accordent à dire que l'âge est un facteur influençant les besoins en soins de support : les patients les plus jeunes(35,42,45,53) ont les besoins les plus importants. Smith et al. ont montré que les malades ayant un cancer de la prostate les plus jeunes ont des besoins plus importants, les moins de 50 ans ayant notamment cinq fois plus de risque d'avoir un besoin psychologique que 65 à 69 ans(42). De la même façon, en 2014, Champion et al. ont confirmé, chez les patients ayant un cancer du sein, que les moins de 45 ans présentent davantage de besoins que les 55 à 70 ans.(54)

✓ Type de besoins

« Pattern and Predictors of Unmet Supportive Care Needs in Cancer Patients »(36) est une revue de la littérature sur les besoins en soins de support et les facteurs les influençant. La

majorité des études retrouvent les besoins les plus hauts dans les domaines de l'information avant et durant les traitements, puis les besoins psychologiques. L'intensité des besoins est pondérée par le niveau socioculturel et les traditions : les sociétés conservatrices ont des besoins psychologiques insatisfaits plus importants.

Le profil du patient est déterminant. En effet, l'âge est le facteur qui a le plus d'influence sur les besoins en soins de support : plus le patient est jeune, plus ses besoins insatisfaits sont intenses. La détresse psychologique accroît les besoins. Le type de cancer semble avoir une influence sur le type de besoins, mais pas sur leur nombre. Au contraire, les études sur l'influence du sexe sont discordantes. Un niveau socio-économique faible majore les besoins. Notre étude ayant un objectif plus organisationnel que sociologique, ce dernier facteur n'a pas été étudié dans notre étude. Ces différents éléments nous ont confirmé l'intérêt de faire une étude en France.

2. Bénéfices des soins de support

Dans la littérature, les travaux s'accordent tous à dire que la prise en compte des besoins en soins de support insatisfaits améliore la qualité de vie des patients.

Plusieurs études, "Supportive Care Needs and Association With Quality of Life of Mexican Adults With Solid Cancers"(43), " The relation between information provision and health-related quality of life, anxiety and depression among cancer survivors"(55), "Unmet Needs and Their Relationship with Quality of Life among Women with Recurrent Breast Cancer"(56)

ont prouvé que l'absence de prise en charge des besoins en soins de support est associée à une réduction de la qualité de vie. Selon la culture les besoins peuvent être différents mais leur insatisfaction entraîne toujours une altération de la qualité de vie.

Rosenbaum(57) a montré dans son étude que les soins de support améliorent la qualité de vie. De la même façon, les études de Temel(58) et d'Andersen(59) ont mis en évidence des bénéfices sur la qualité de vie et même une survie prolongée avec la mise en place précoce de soins de support chez les patients ayant respectivement un cancer pulmonaire à petites cellules et un cancer du sein. Dans cette dernière population, une survie prolongée a également été retrouvée dans l'étude " Psychologic Intervention Improves Survival for Breast Cancer Patients »(59). Dalal et al.(60) ont montré un allongement de la survie médiane chez les patients ayant un cancer avancé de tout type(58).

Une étude chez les patients ayant un cancer des VADS en France publiée en 2014 a montré une amélioration de la qualité de vie notamment avec les soins de support(61). Ces derniers permettent notamment de diminuer les symptômes dépressifs(59,62) et améliorent le ressenti des symptômes par les patients(63) et leur perception des soins de la fin de vie(58,64).

Des bénéfices de la prise en charge des besoins en soins de support ont également été observés sur les aidants en augmentant leur satisfaction(65).

Les soins de support ont donc toute leur place dans la prise en charge globale des patients ayant un cancer.

3. Intégration précoce des soins de support

En France, en 2009, P. Colombat et al. ont proposé des pistes d'organisation des soins de support en se basant sur une revue de la littérature depuis 2001(66). Bruera et al. ont été les premiers à montrer, à partir du cas d'un patient Tom, l'importance de l'intégration précoce des soins de support(67). Aux Etats-Unis, en 2010, Temel et al.(58) ont étudié les bénéfices de l'intégration précoce des soins palliatifs dans les 8 semaines suivant le diagnostic de cancer pulmonaire métastatique non à petites cellules chez 151 patients. Leurs résultats ont montré une amélioration significative de la qualité de vie à 12 semaines mais aussi une survie prolongée (de 2,7 mois de la survie médiane avec dans le groupe n'ayant pas bénéficié des soins de support précocement une survie médiane de 8,9 mois et pour le groupe en ayant reçus 11,6 mois ($p=0,02$)). Leurs conclusions ont eu un impact majeur dans le monde des soins oncologiques, amenant l'ASCO (American Society of Clinical Oncology) à publier précocement des recommandations sous forme d'un avis provisoire, recommandant l'intégration précoce des soins de support. L'intégration précoce des soins de support est officiellement recommandé par l'ASCO depuis 2011(68,69).

En 2011, Dalal et al. confirmaient ces conclusions en montrant que le recours était d'autant plus précoce qu'on parlait de soins de support et non de soins palliatifs(60) ; tout comme l'étude ENABLE III(70) en montrant que la survie à un an était plus importante dans le groupe ayant bénéficié d'une intégration des soins de support 3 mois avant l'autre groupe.

Par ailleurs, l'intégration des soins de support permettraient de diminuer le recours à des thérapeutiques agressives comme la chimiothérapie(58,63).

4. Dépistage des soins de support

Selon le second baromètre de l'AFSOS(4), moins d'un quart (23%) des patients ont déclaré que les infirmiers référents leur avaient proposé des soins de support, au stade des soins palliatifs 87%, contre 41% au stade adjuvant et 63 % lors du stade diagnostic. L'étude ICARE(71) a montré que les patients ayant des problèmes physiques ne recherchent des soins de soutien que dans un tiers des cas, et que ceux ayant des problèmes psychosociaux ne demandent de l'aide que dans un cas sur huit. Ce comportement paradoxal de par l'intensité de leur détresse justifie que, les patients n'allant pas à l'aide, c'est à l'aide de venir à eux ». C'est donc aux professionnels soignants, médecins ou non, intra ou extra-hospitaliers, d'aider la personne à identifier ses difficultés pour solliciter ou accepter l'aide, en particulier des professionnels en soins de support. Un dépistage précoce et systématique des besoins en soins de support en améliorerait leur prise en charge globale et la qualité de vie des patients.

« Patients' needs assessment in cancer care: a review of assessment tools »(72) est une revue de la littérature faite en 2006. Les auteurs concluaient alors qu'il n'existait pas d'outil de dépistage des besoins en soins de support complet et efficace.

En 2017, Vivat et al. ont validé à l'international, dans 14 pays et en 10 langues différentes une échelle de mesure de la qualité de vie : EORTC QLQ- SWB32(73). Cette échelle est très sensible pour déterminer si le patient a une réduction de la qualité de vie nécessitant une intervention (seuil interventionnel) mais elle ne permet pas d'identifier les besoins en soins de support des patients.

L'ESAS (Edmonton Symptom Assessment System) est une échelle de symptômes souvent utilisée mais elle n'est validée qu'en phase palliative(74,75). Elle n'explore pas tous les domaines des soins de support et implique une réalisation quotidienne, plusieurs jours consécutifs de l'autoévaluation ne permettant pas sa réalisation en service ambulatoire.

Malgré l'absence d'échelle d'évaluation des besoins, l'implication et la formation des professionnels sont essentielles au dépistage et à la prise en charge des besoins en soins de support(76,77).

5. Freins au recours aux soins de support

Le terme « soins palliatifs » est très angoissant pour les patients pour qui ces mots sont synonymes d'une fin de vie assurée et imminente. Préférer celui de « soins de support » permet de diminuer cet a priori négatif et d'inciter au recours(68,78).

Une équipe américaine a étudié cette perception des points de vue des médecins et des patients. Ils ont mis en évidence que les professionnels préféraient le terme de « soins de support » ($p < 0,0001$) et admettaient qu'ils adresseraient probablement plus et plus tôt leurs patients à une équipe en soins de support qu'à une équipe en soins palliatifs ($p < 0,0001$)(78). Ces résultats ont été confirmés quand ils ont comparé, dans un même établissement, le recours à une structure de soins palliatifs ou de soins de support. Le recours fut plus précoce (médiane de 9,2 mois contre 13,2 mois ($p < 0,001$)) avec une survie globale prolongée de 1,5 mois chez les patients ayant un cancer avancé (médiane de 4,7 mois contre 6,2 mois ($p < 0,001$))(60).

Cependant, d'autres freins persistent à la mise en place des soins de support souvent proposés par les oncologues comme la carte à jouer lors de la décision d'arrêt des soins curatifs, par possible amalgame entre traitements spécifiques et projet curatif, et selon eux, pour certains patients, le besoin d'y recourir est ressenti comme une faiblesse(79).

II. Matériel et méthodes

A. Plan expérimental

Il s'agit d'une étude monocentrique, descriptive, transversale, prospective interventionnelle.

L'étude se déroule de septembre 2018 à janvier 2019, au Centre de lutte contre le cancer Paul Strauss (CPS) de Strasbourg dans les services de l'hôpital de jour de soins de support (le SSAJ : service de soins et d'accompagnement de jour), de l'hôpital de jour de chimiothérapie (F1) et de radiothérapie. Il s'agit uniquement de services ambulatoires. Elle inclut 134 patients, exclusivement adultes. L'étude se fonde sur deux questionnaires comprenant six rubriques : évaluation nutritionnelle, évaluation sociale, évaluation psychologique, évaluation kinésithérapique, évaluation de la douleur, évaluation des besoins en soins palliatifs. Le premier de 43 questions est présenté au patient pour dépister ses besoins, le second de 38 questions est réalisé téléphoniquement après quatre à six semaines pour déterminer la prise en charge réalisée par les équipes. Le premier questionnaire rempli par les personnes soignées devait être lu par l'un des professionnels de l'équipe selon sa disponibilité. Il existe à la fin du premier questionnaire une partie réservée aux soignants qui ont lu le questionnaire pour identifier leur fonction et transmettre les actions prévues pour le recours aux professionnels des soins de support. Le second questionnaire téléphonique permet de quantifier l'intervention d'un professionnel des soins de support, de mesurer l'évolution des besoins et de renseigner l'éventuel recours au médecin traitant.

Les questionnaires ont été remis par les équipes systématiquement à tous les patients répondant aux critères d'inclusion. Les questionnaires ont été récupérés par le personnel soignant et transmis par courrier interne au secrétariat de l'hôpital de jour de soins de support.

L'étude a été réalisée avec l'aide d'un attaché de recherche clinique. Les patients ont reçu la note d'information et un formulaire de consentement (Annexe 5) remis par l'oncologue en hôpital de jour lors de la consultation pré-thérapeutique ou par le radiothérapeute lors de la consultation hebdomadaire de suivi ou par le médecin référent du SSAJ lors de l'évaluation.

B. Conception du questionnaire

Le premier questionnaire comporte une partie permettant de définir le profil du patient : localisation tumorale, âge, sexe, facteurs pouvant influencer les besoins en soins de support, et le nombre de consultations auprès de leur médecin traitant. La seconde partie se décompose en six rubriques : évaluations nutritionnelle, sociale, psychologique, kinésithérapique, de la douleur et des besoins en soins palliatifs. Il s'agit du socle de base des soins de support qui bénéficient d'un financement par la sécurité sociale.

Pour les évaluations nutritionnelle, sociale et kinésithérapique, nous utilisons les données des référentiels de l'AFSOS (Annexes 4 et 5). Au niveau des besoins en kinésithérapie nous graduons les réponses selon des échelles reconnues (OMS(80), NYHA(81)...). Pour l'évaluation psychologique, nous recourons au questionnaire ultra-court de dépistage de la dépression

testé dans plusieurs études dont les résultats sont rassemblés dans la méta-analyse de De Meyere(82). Pour l'évaluation de la douleur, nous utilisons l'échelle d'évaluation numérique. Pour l'évaluation des besoins en soins palliatifs, nous avons choisi de nous concentrer sur le ressenti des patients sur leur maladie et les informations reçues. Le questionnaire est principalement à questions fermées pour une lecture plus facile par les soignants.

Le deuxième questionnaire, réalisé lors d'un appel téléphonique 4 à 6 semaines après le premier, reprend ces six rubriques en 38 questions fermées. Les patients sont interrogés sur les propositions de consultation qui leur ont été faites, leur acceptation et la concrétisation.

C. Objectifs et critères d'évaluation

1. Objectif principal

L'objectif principal est d'évaluer l'intérêt d'un dépistage systématique des besoins en soins de support chez les patients atteints d'un cancer et traités en hôpital de jour ou en radiothérapie.

Nous étudions le pourcentage de recours aux professionnels de soins de support défini par un appel téléphonique quatre à six semaines après autoévaluation des besoins du patient par questionnaire.

2. Objectifs secondaires

Les objectifs secondaires sont :

- de réaliser un état des lieux des besoins en soins de support chez les patients ayant un cancer,
- de les corrélés à l'âge, au sexe et au type de cancer,
- d'évaluer si la lecture validée du questionnaire par l'un des professionnels des hôpitaux de jour ou de radiothérapie systématise l'organisation du recours aux professionnels des soins de support,
- de comparer la prise en compte des besoins selon la fonction du soignant ayant pris en compte le questionnaire,
- d'estimer la fréquence de sollicitation du médecin traitant.

Les critères d'évaluation secondaires sont en conséquence :

- La réalisation d'un état des lieux des besoins par estimation du pourcentage de besoins initiaux en soins de support évalués par le questionnaire d'autoévaluation.
- La corrélation du pourcentage de ces besoins en soins de support selon le sexe, l'âge et le type de cancer.
- La comparaison du pourcentage de recours aux professionnels de soins de support selon que le questionnaire a été lu ou non par les professionnels des hôpitaux de jours ou de radiothérapie.
- La comparaison du pourcentage de recours aux professionnels de soins de support selon la fonction du soignant ayant lu le questionnaire.

- Ainsi que le pourcentage de la sollicitation du médecin traitant 4 à 6 semaines après le début de l'étude.

D. Critères d'inclusion et de non inclusion

Les critères d'inclusion sont :

- patient suivi pour un cancer,
- patient âgé de 18 ans ou plus,
- patient en cours de radiothérapie et/ou de chimiothérapie en hôpital de jour et/ou pris en charge au sein de l'hôpital de jour de soins de support,
- patient parlant, lisant et comprenant le français, capable de répondre au téléphone, ayant donné par écrit son consentement éclairé, et ayant une couverture sociale.

Les critères d'exclusion sont :

- patient n'ayant pas de cancer,
- patient mineur ou incapable majeur,
- personne ne lisant pas le français,
- patient n'étant pas en capacité physique ou psychologique de répondre par écrit et par oral,
- patient privé de liberté, patient sous sauvegarde de justice, femme enceinte ou allaitante.

E. Nombre de sujets à inclure

En l'absence d'étude pouvant servir de référence et établissant le pourcentage de besoins insatisfaits des patients ayant un cancer, nous attendons un pourcentage de patients avec mise en place de soins de support de 80%. Un nombre de 100 patients répondants permettrait d'obtenir une précision de plus ou moins 8 points (intervalle de confiance à 95%), ce qui nous paraît cliniquement pertinent. Compte tenu des risques importants de décès et de non réponse, il nous a semblé préférable d'ajouter une marge d'au moins 30% soit 30 patients ce qui amène le nombre nécessaire de sujets à 130 patients. 134 ont finalement retourné le questionnaire.

F. Analyse statistique

L'essentiel de l'étude est descriptive notamment pour le critère de jugement principal. Les comparaisons de moyennes ou pourcentages sont nécessaires pour certains critères de jugements secondaires. Le risque alpha utilisé est de 5%. Pour les analyses descriptives, les variables qualitatives sont décrites par les effectifs et leurs pourcentages ainsi que l'intervalle de confiance de ces pourcentages ; les variables quantitatives sont décrites par leurs moyennes et écart type.

Pour les analyses inférentielles, les variables qualitatives sont comparées par des tests de χ^2 si les effectifs théoriques sont suffisants ou par des tests exacts de Fisher dans le cas contraire. Les variables quantitatives sont comparées par des tests de Students si leurs distributions sont normales ou par des tests de Mann Whitney le cas contraire.

Les analyses sont réalisées à l'aide du logiciel R dans sa version 3.6.1 avec le soutien du Dr Alicia Thiery, médecin DIM du Département de Santé Publique.

G. Considérations éthiques

L'étude a été conduite conformément :

- aux principes éthiques de la dernière version en vigueur de la déclaration d'Helsinki (annexe 6),
- aux Bonnes Pratiques Cliniques du 24 novembre 2006 définies par la Conférence internationale sur l'harmonisation (ICH-E6, 17/07/96) à la loi Huriot-Serusclat (n° 88-1138) du 20 décembre 1988 relative à la Protection des Personnes se prêtant à la Recherche Biomédicale et modifiée par la loi d'orientation de Santé Publique (n° 2004-806) du 9 août 2004,
- à la loi Informatique et Libertés n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée par la loi n° 2004-801 du 6 août 2004 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel,
- à la loi bioéthique n° 2004-800 du 06 août 2004,
- à la réglementation des essais HPS modifiée par la loi du 09, août 2004 (n° 2004-806) relative à la politique de santé publique et par son décret d'application du 26 avril 2006 (N°2006-477),
- à la Directive Européenne (2001/20/CE) sur la conduite des essais cliniques,
- à la Loi Jardé n°2012-300 du 12 mars 2012 (application par décret du 16 novembre 2016 relatif aux recherches impliquant la personne humaine),
- au Règlement Européen no 2016/679 des données personnelles (RGPD) du 25 mai 2018.

Conformément à la réglementation en vigueur, le promoteur a procédé à la demande d'avis contraignant auprès du CPP et à une demande d'autorisation auprès de l'Autorité

compétente (AC). Le protocole a été soumis au Comité de Protection des Personnes SUD-MEDITERRANEE 1 qui a rendu un avis favorable en date du 17 août 2018. (Annexe 7)

Aucune inclusion ou pré-inclusion n'a eu lieu avant l'obtention de l'autorisation de l'AC et de l'avis favorable du CPP et de la visite de mise en place de l'étude par le promoteur.

L'avis du CPP a été soumis pour information à l'ANSM.

H. Information et consentement du patient

Les consentements libres, éclairés et écrits des patients ont été recueillis après qu'ils aient été informés de façon exhaustive, par l'investigateur lors d'une consultation et après un délai de réflexion suffisant.

Les formulaires d'information et de consentement éclairé étaient associés sur un même document afin de s'assurer que la totalité de l'information était donnée au participant à la recherche. Le sujet était libre de refuser de participer à l'étude, et il pouvait retirer à tout moment son consentement et ce, qu'elle qu'en soit la raison, et sans encourir aucune responsabilité, ni aucun préjudice.

Le formulaire de consentement doit être daté et signé personnellement par le participant à la recherche et l'investigateur (original archivé par l'investigateur, une copie sera remise au participant à la recherche).

L'original est classé dans le classeur investigateur et le double remis au participant à la recherche. Cette information personnelle est conservée dans le dossier du médecin participant et traitée de manière strictement confidentielle, répondant au Règlement européen no 2016/679 des données personnelles (RGPD) du 25 mai 2018, mais doit pouvoir être examinée par les autorités compétentes et les personnes dûment autorisées.

III. Résultats

A. Profil des patients répondants

134 patients ont répondu au questionnaire initial : 89 femmes (66,4%) et 45 hommes (33,6%).

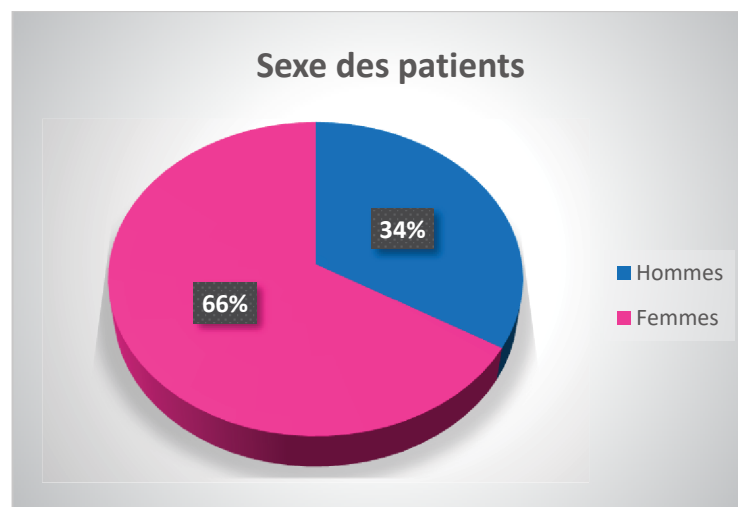


Figure 3 - Répartition des patients en fonction du sexe

94 patients (70,7%) ont été recrutés en hôpital de jour de chimiothérapie, 22 (16,5%) en radiothérapie et 17 (12,8%) au service de soins et d'accompagnement de jour (SSAJ).

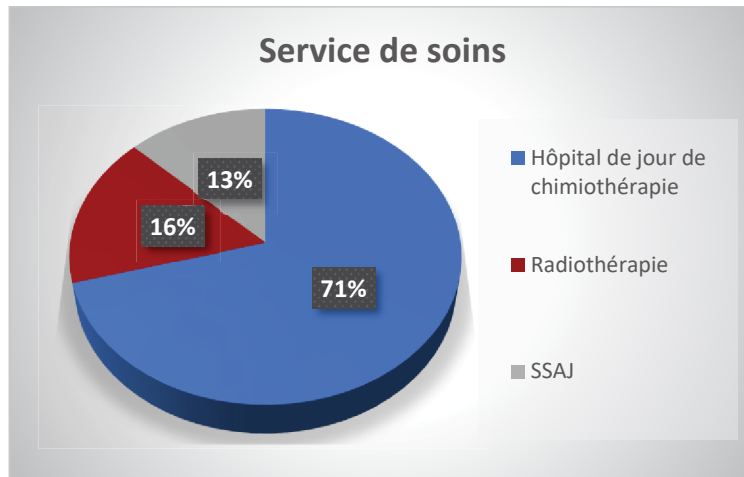


Figure 4 - Répartition des patients en fonction du service de soins

31 patients (23,1%) ont moins de 50 ans (1 patiente a moins de 30 ans, 30 patients ont entre 30 et 49 ans), 91 patients (67,9%) ont entre 50 et 74 ans et 12 (9,0%) ont plus de 75 ans. 65 patients ont plus de 62 ans (48,5%), l'âge de la retraite.

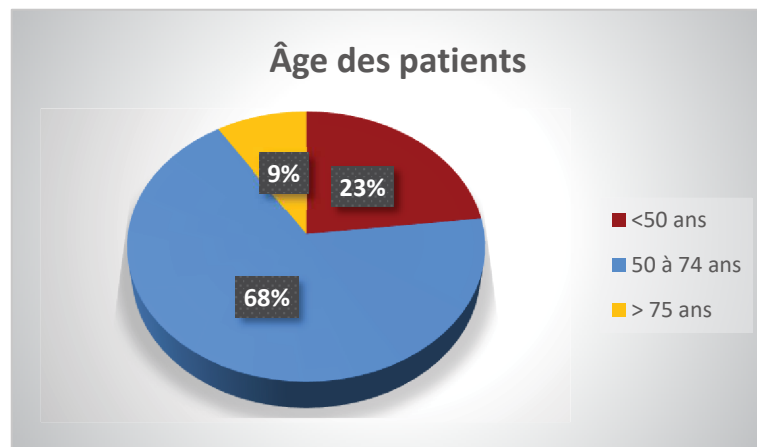


Figure 5 - Répartition des patients en fonction de l'âge

Cette répartition est cohérente avec l'incidence du cancer : plus on vieillit, plus elle augmente.

La majorité des patients sont atteints d'un cancer du sein avec 75 malades (56,0%), 23 (17,2%) d'un cancer des voies aérodigestives (dont 2 (1,5%) un cancer de l'œsophage), 11 (8,2%) d'un cancer colorectal, 9 (6,7%) d'un cancer digestif (6 pancréas, 1 estomac, 1 foie et 1 voies biliaires), 4 (3,0%) d'un cancer du poumon, 1 (0,8%) d'une tumeur cérébrale, 4 (3,0%) d'un cancer gynécologique (dont 1 de l'utérus et 3 des ovaires), 1 (0,8%) d'un cancer de la prostate et 6 (4,5%) d'un autre cancer (1 un sarcome, 2 un cancer de la vessie, 1 cancer du rein, 1 un cancer hématologique, 1 patient avec des localisations multiples).

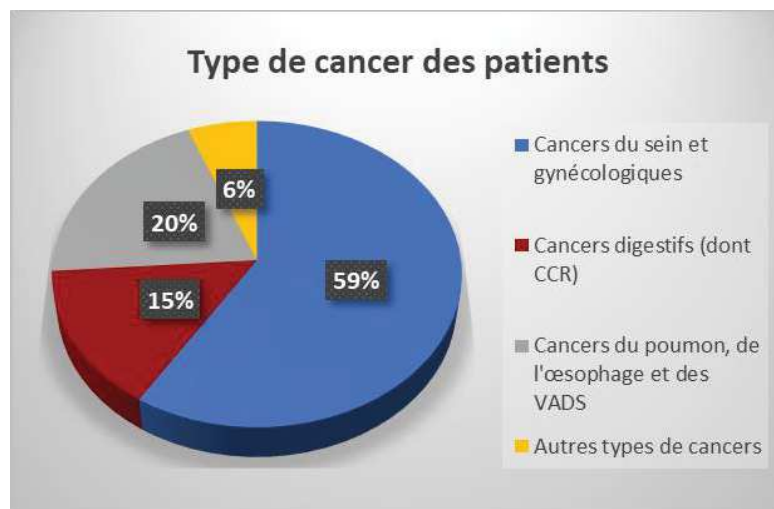


Figure 6 - Répartition des patients en fonction du type de cancer

Huit patients (6,0%) n'ont pas répondu à la question du nombre de consultations chez leur médecin traitant lors du dernier trimestre ; sur les 126 autres (94,0%), 16 (12,7%) ne l'ont pas consulté les 3 derniers mois, 110 (87,3%) l'ont consulté au moins une fois : 68 (54,0%) une à deux fois dans les 3 derniers mois et 42 (33,3%) au moins trois fois.

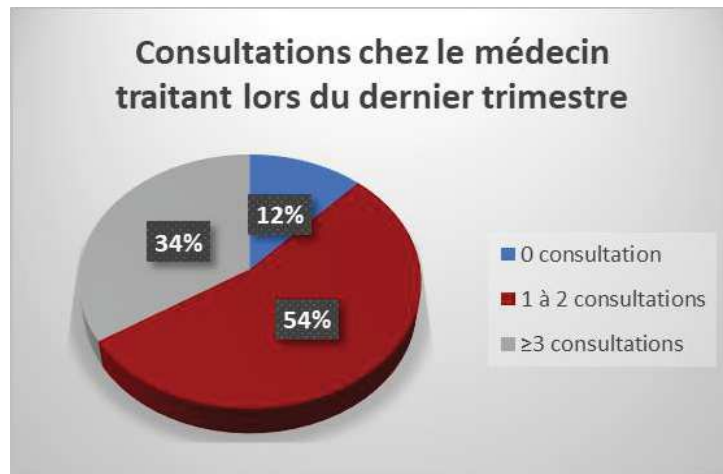


Figure 7 - Consultations chez le médecin traitant lors du dernier trimestre

Tableau 1 - Tableau récapitulatif du profil des patients

	N=134 patients (%)	Intervalle de confiance
Age		
< 50 ans	31 (23,1%)	[16.3 ; 31.2]
Entre 50 et 74 ans	91 (67,9%)	[59.3 ; 75.7]
>75 ans	12 (9,0%)	[4.7 ; 15.1]
Sexe		
Hommes	45 (33,6%)	[25.7 ; 42.3]
Femmes	89 (66,4%)	[57.8 ; 74.3]
Localisation tumorale		
Sein	75 (56,0%)	[47.1 ; 64.5]
Digestif	9 (6,7%)	[3.1 ; 12.4]
Colorectal	11 (8,2%)	[4.2 ; 14.2]
Poumon	4 (3,0%)	[0.8 ; 7.5]
VADS et œsophage	23 (17,2%)	[11.2 ; 24.6]
Gynécologique	4 (3,0%)	[0.8 ; 7.5]
Prostate	1 (0,8%)	[0.02 ; 4.1]
Autres	6 (4,5%)	[1.7 ; 9.5]
Consultations médecin traitant		
0	16 (12,7%)	[7.4 ; 19.8]
1 à 2	68 (54,0%)	[44.9 ; 62.9]
≥3	42 (33,3%)	[25.2 ; 42.3]
Non répondants	8 (6,0%)	
Service		
Chimiothérapie	94 (70,7%)	[62.2 ; 78.2]
Radiothérapie	22 (16,5%)	[10.7 ; 23.9]
SSAJ	17 (12,8%)	[7.6 ; 19.7]
Non-répondants	1 (0,8%)	

B. Analyse descriptive des besoins : Résultats du 1^{er} questionnaire

1. Evaluation initiale des besoins

a. Evaluation nutritionnelle

58 personnes (48,3%) ont perdu du poids, 62 (51,7%) n'ont pas perdu de poids, 14 (10,45%) n'ont pas communiqué les données permettant de répondre à cette question. Les patients ayant un cancer du poumon ou des VADS sont 16 (69,57%) à avoir perdu du poids, alors qu'ils sont 11 (57,89%) pour les patients ayant un cancer digestif, 26 (36,11%) pour les patientes ayant un cancer du sein ou gynécologique et enfin 5 (83,33%) pour ceux ayant un autre type de cancer ($p=0,006$). L'IMC moyen est de 25,7kg/m².

L'appétit est conservé chez 79 patients (59,9%), diminué chez 31 (23,5%), nul chez 6 (4,6%) et augmenté chez 16 (12,1%) d'entre eux. Les goûts et les odeurs sont agréables pour 96 patients (75,0%) et désagréables pour 32 (25,0%) ; 6 patients (4,5%) n'ont pas répondu à cette question. 30 patients (22,4%) ont des difficultés à mâcher et 25 (12,7%) à avaler. 46 patients (35,4%) se plaignent de nausées et 12 (9,2%) de vomissements.

22 patients (18,8%) ont des selles plus fréquentes, 27 (23,1%) moins fréquentes et 68 (58,1%) normales. Les selles sont plus dures pour 23 patients (24,2%), plus molles pour 25 patients (26,3%), plus liquides pour 12 patients (12,6%) et normales pour 35 (36,8%) d'entre eux.

Ces résultats ont permis de déterminer que 118 patients (88,06%) présentent un besoin au niveau nutritionnel. Celui-ci a été défini comme étant un patient ayant perdu du poids et/ou un appétit diminué ou nul et/ou aux moins deux symptômes digestifs différents (difficultés à s'alimenter, nausées, vomissements). 27 patients (20,61%) ont eu une consultation avec une diététicienne, 104 (79,4%) n'ont pas bénéficié d'une consultation.

Dans la sous-population des 55 patients ayant perdu du poids, 18 (32,7%) contre 37 (67,3%) ont vu la diététicienne ($p=0,019$). 51 patients sur les 121 (42,15%) ayant répondu à cette question en ont parlé à leur médecin traitant. A noter que les patients ayant perdu du poids ne consultent pas davantage leur médecin traitant ($p=0,35$).

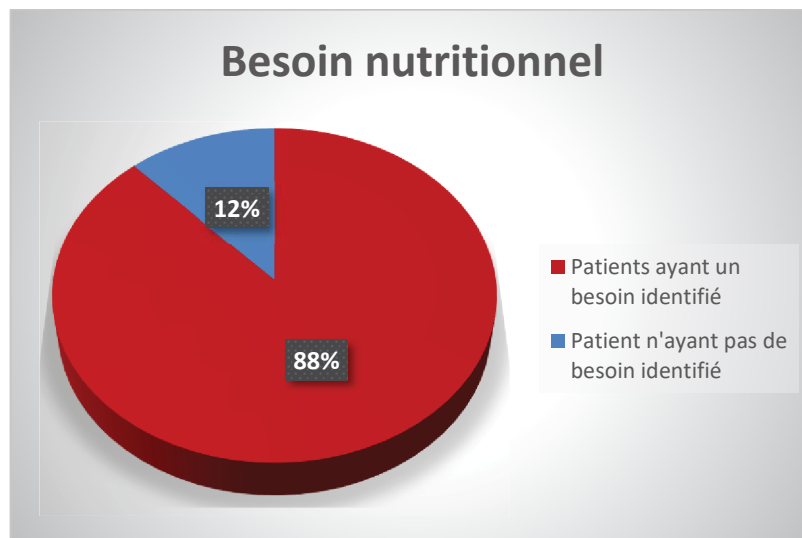


Figure 8 - Besoin nutritionnel

b. Evaluation sociale

12 patients (9,0%) ont plus de 75 ans. 33 patients (25,0%) déclarent vivre seuls. 49 patients (36,8%) ont au moins une personne à charge dont dans 38 cas (77,6%) des enfants, 8

(16,3%) un conjoint, 4 (8,2%) un parent et 3 (6,1%) une autre personne. 3 patients (6,1%) déclarent avoir plusieurs types de personne à charge. 16 personnes (13,7%) sur 117 déclarent rencontrer des difficultés professionnelles.

Dans la gestion du quotidien, 46 patients (35,4%) ressentent des difficultés pour le ménage, 33 (25,6%) pour les courses, 24 (18,6%) pour les repas et 9 (7,1%) pour la gestion des finances ; de plus 38 malades (30,2%) redoutent que la maladie déstabilise leur situation financière. 11 patients (8,21%) ne peuvent pas compter sur leur entourage pour être aidés.

110 patients (82,09%) présentent donc un besoin au niveau social. Pour définir celui-ci nous avons utilisé la fiche sociale de l'INCa (Annexe 4). 42 patients (31,58%) ont déjà rencontré une assistante sociale et 29 (23,58%) ont parlé de leurs difficultés à leur médecin traitant.

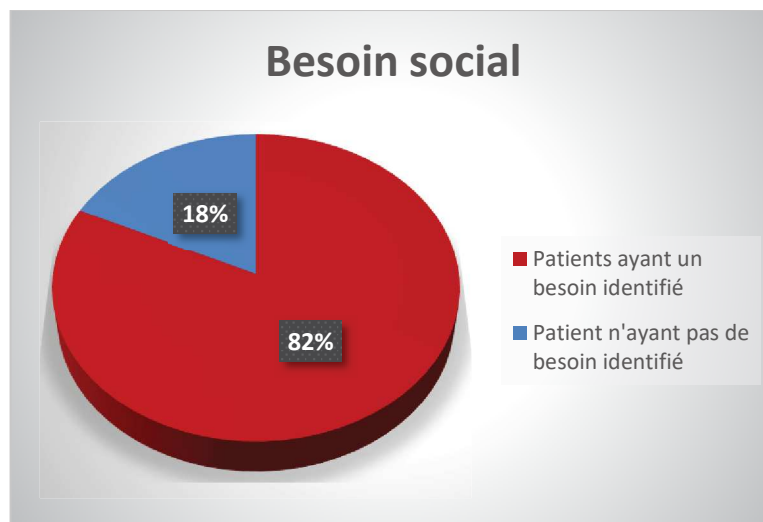


Figure 9 - Besoin social

c. Evaluation psychologique

57 patients (44,19%) déclarent avoir été perturbés par un « cafard », une « déprime » ou une « perte d'espoir » et 51 (39,84%) perturbés dans leurs activités. 34 patients sur 128 (26,56%) ont répondu oui à ces deux questions et ont donc un besoin psychologique. Cependant, seuls 21 patients (17,21%) souhaitent être aidés. 43 patients (33,08%) ont déjà rencontré psychologue ou psychiatre.

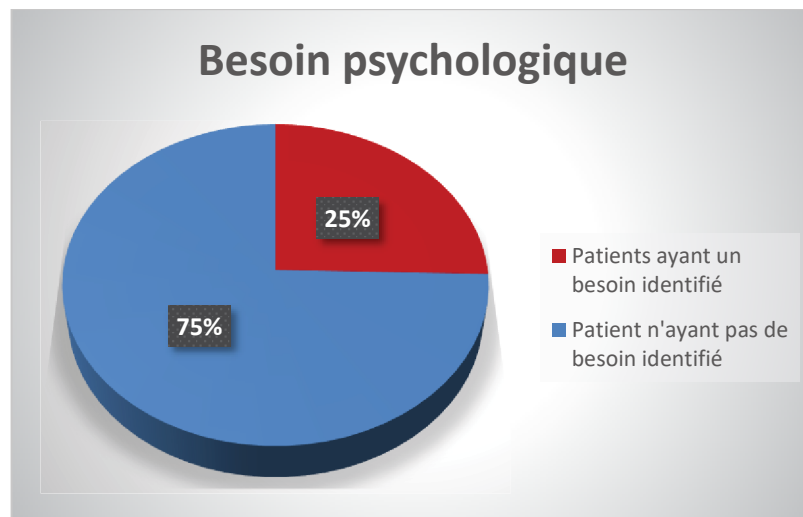


Figure 10 - Besoin psychologique

13 patients (9,8%) qualifient leur sommeil de très bon, 70 assez bon. 50 (37,1%) signalent un sommeil perturbé (43 (32,3%) assez mauvais, 7 (5,3%) très mauvais), définissant le besoin d'une aide pour leur sommeil.

47 patients (40,17%) ont évoqué ces problématiques avec leur médecin traitant.

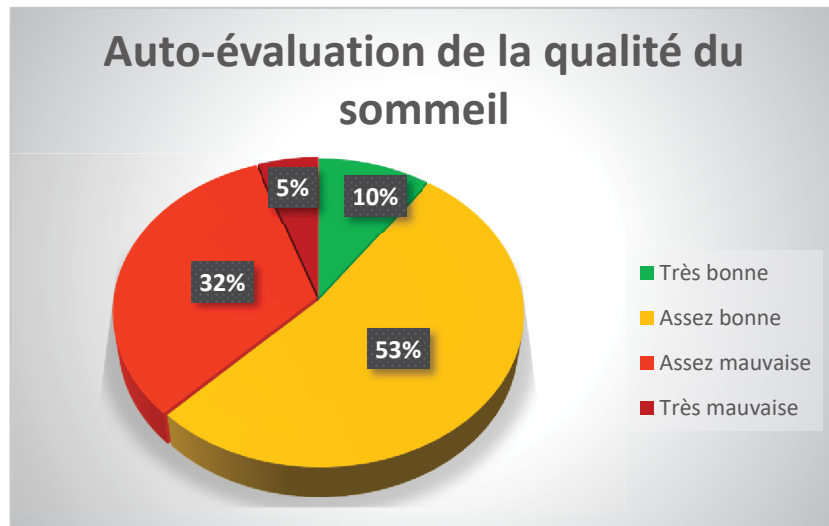


Figure 11- Autoévaluation de la qualité du sommeil

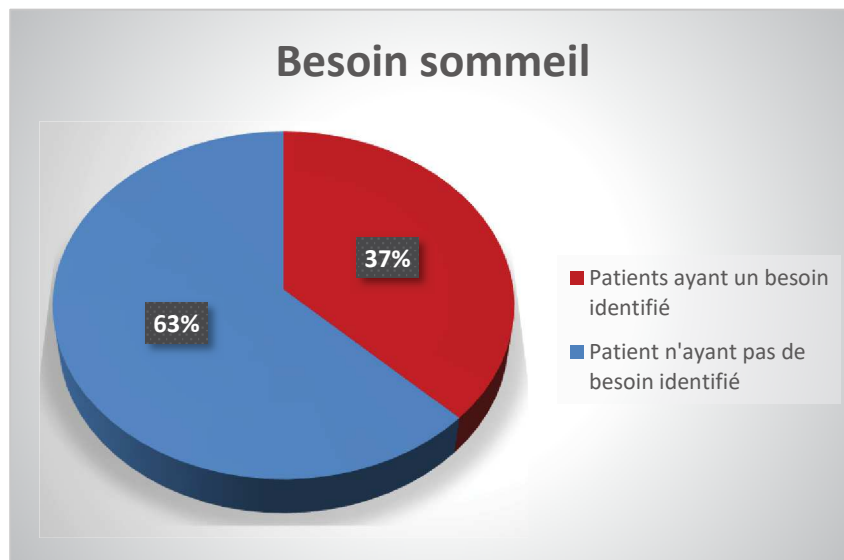


Figure 12 - Besoin sommeil

d. Evaluation kinésithérapique

21 patients (16,4%) sont alités ou au fauteuil plus de 50% de la journée (OMS 3 à 4, dont 2, alités en permanence soit OMS 4) et 45 (33,8%) ont des difficultés à se lever ou se

déplacer (OMS 1 à 2 : un peu pour 13 patients (30,2%), moyennement pour 19 (44,2%), beaucoup pour 9 (20,9%) d'entre eux et 2 (4,7%) sont alités en permanence).

16 patients (12,5%) signalent des œdèmes.

40 patients (31,0%) ont des difficultés à respirer : 24 patients (63,2%) au stade NYHA 1, 10 (26,3%) au stade NYHA 2, 1 (2,63%) au stade NYHA 3 et 3 (7,9%) au stade NYHA 4. 21 patients (16,9%) signalent un encombrement dont 9 (47,4%) un peu, 7 (36,8%) moyennement et 3 (15,8%) beaucoup.

74 patients (55,22%) présentent une difficulté physique ou respiratoire ou des œdèmes et nécessitent une prise en charge kinésithérapique. 38 sur 134 patients (31,67%) sont soignés par un kinésithérapeute et 33 (30,84%) ont parlé de leurs difficultés à leur médecin traitant.

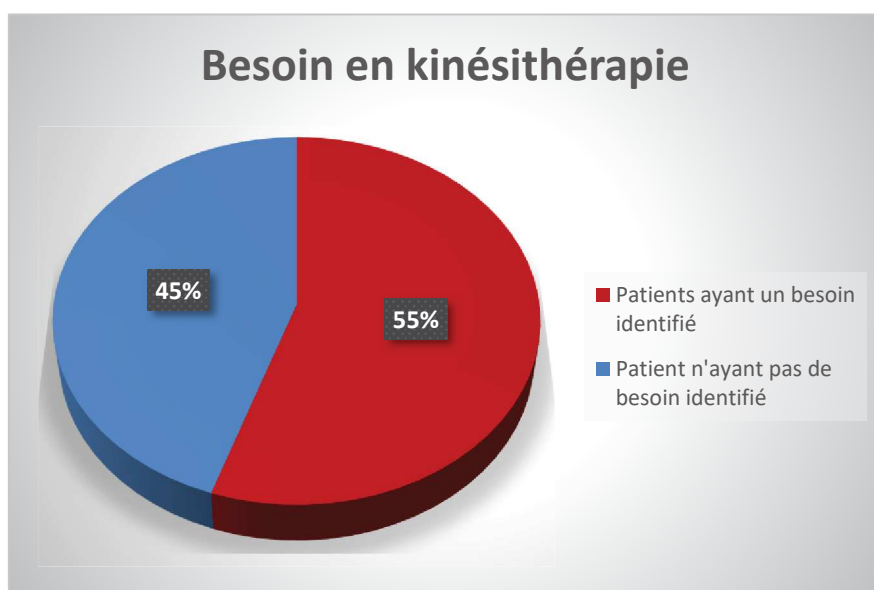


Figure 13- Besoin en kinésithérapie

e. Evaluation de la douleur

70 patients (56%) déclarent avoir des douleurs. Elles sont cotées en moyenne au minimum à 2,3 (de 0 à 8), au maximum à 5,6 (de 1 à 10) et la nuit à 3,5 (de 0 à 9).

24 patients (30,77%), sur 78 ayant répondu à cette question, sont insatisfaits de leur traitement antalgique. 65 patients (74,71%) en ont parlé au médecin hospitalier et 43 (50,0%) à leur médecin traitant.

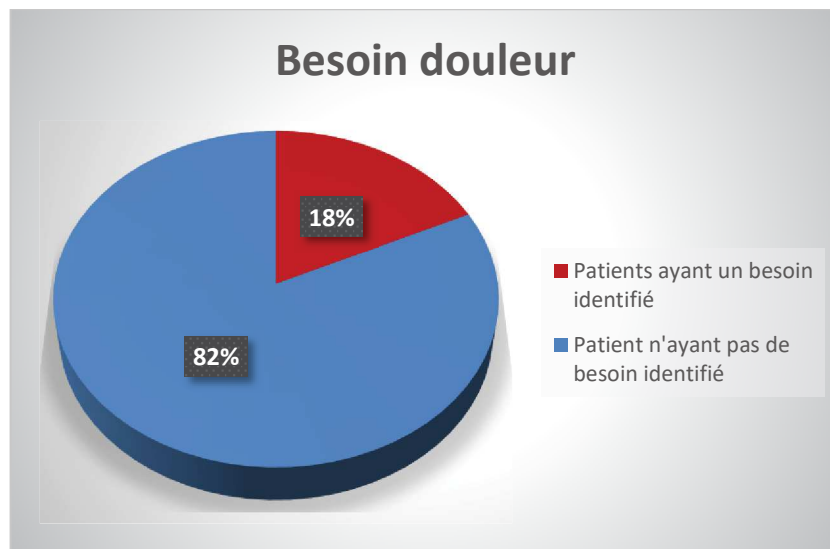


Figure 14- Besoin douleur

f. Evaluation des besoins en soins palliatifs

69 patients (56,6%) estiment pouvoir guérir de leur cancer, 14 (11,5%) pensent que ce ne sera pas le cas et 39 (32,0%) déclarent ne pas savoir.

21 patients sur 120 s'estiment insuffisamment informés (17,5%) : 15 patients (12,5%) sur leur maladie et 16 (14,04%) sur leurs traitements. 107 patients (89,92%) en ont parlé avec leurs proches, 79 (68,7%) avec leur médecin traitant.

Concernant le niveau de leur prise en charge, 2 patients (4,55%) estiment que l'équipe soignante « en fait trop » alors qu'ils pensent ne pas pouvoir guérir ; 42 estiment (95,45%) qu'elle « fait » juste ce qu'il faut. Aucun patient n'estime que les professionnels n'en font « pas assez ».

Enfin 52 patients (38,81%) des patients pensent ne pas guérir, s'estiment insuffisamment informés et pourraient recourir à une équipe de soins palliatifs. 13 patients (12,26%) sont suivis par l'équipe de soins palliatifs du CPS, dénommée « Equipe Mobile de Soins et d'Accompagnement » (EMSA).

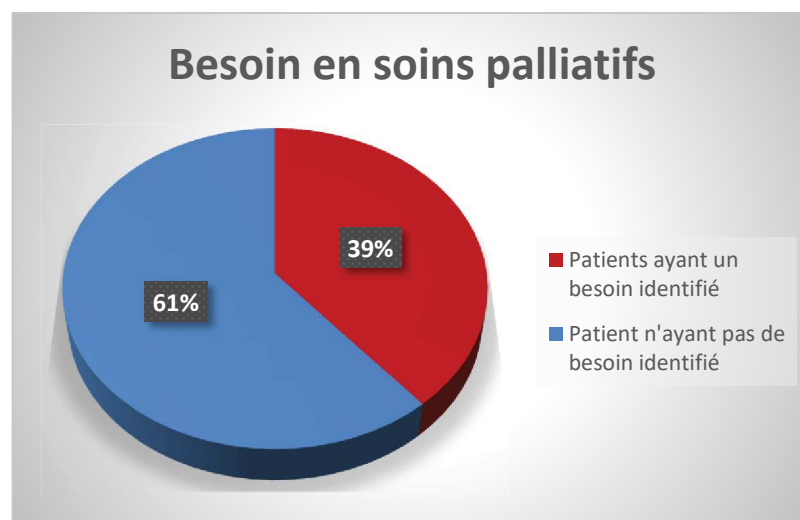


Figure 15 - Besoin en soins palliatifs

2. Quantification des besoins

95 (70,9%) patients ont au moins un besoin en soins de support insatisfait : 75 (55,97%) patients, 1 à 2 besoins insatisfaits et 20 (14,93%) malades, 3 ou plus. 39 patients (29,1%) ne justifient pas d'une prise en charge.

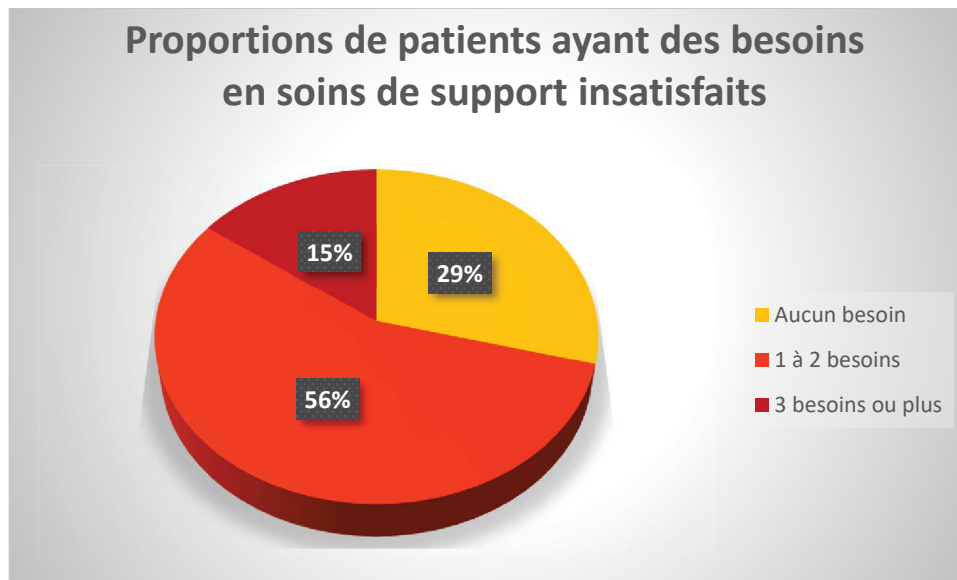


Figure 16 - Proportions de patients ayant des besoins en soins de support insatisfaits

Le nombre de besoins a été corrélé à l'âge, au sexe et à la localisation tumorale (cf infra). Ces résultats ont été croisés avec le besoin psychologique ($p=0,12$). Les patients ayant un besoin psychologique sont 13 (21,3%), à n'avoir aucun besoin insatisfait, 36 (59,0%) à en avoir 1 à 2 et 12 (19,7%) plus de 3.

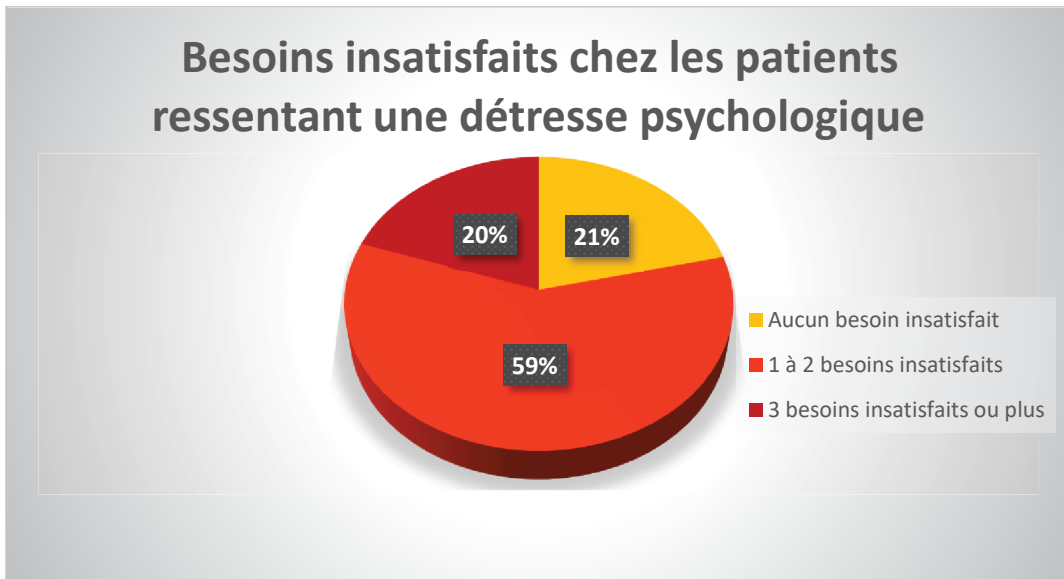


Figure 17 - Besoins insatisfaits chez les patients ressentant une détresse psychologique

Les patients ne ressentant pas de détresse psychologique sont 26 (35,6%) à ne présenter aucun besoin insatisfait, 39 (53,4%) 1 à 2 besoin et 8 (11,0%) malades 3 besoins ou plus ($p=0,12$).

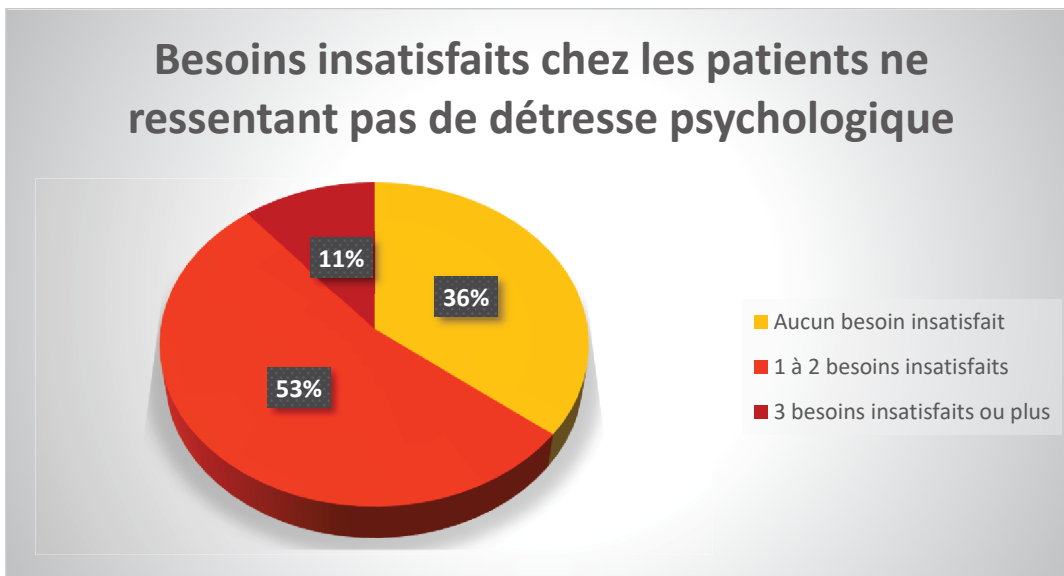


Figure 18 - Besoins insatisfaits chez les patients ne ressentant pas de détresse psychologique

3. Besoins initiaux en soins de support et recours au médecin traitant et/ou au professionnel expert en soins de support

Lors de l'état des lieux initial quelle est la proportion de patients ayant consulté l'expert concerné par le besoin spécifique ou ayant évoqué ces problématiques avec leur médecin traitant?

Tableau 2 - Besoins en soins de support totaux et insatisfaits

Type de besoins	Besoins initiaux		Dont besoins insatisfaits (non pris en charge)		
	En nombre de patients	En % et intervalle de confiance	En nombre de patients	En %	p=
Nutritionnel	118	88,06 [81.33 ; 93.02]	92	80	0,74
Social	110	82,09 [74.53 ; 88.17]	72	66,1	0,31
Psychologique	34	25,37 [18.26 ; 33.61]	19	55,9	0,17
Troubles du sommeil	50	37,31 [29.12 ; 46.08]	27	54	0,02
Kinésithérapique	74	55,22 [46.4 ; 63.82]	40	62,5	0,2
Algologique	24	17,91 [11.83 ; 25.47]	14	33,3	0,49
Soins palliatifs	52	38,91 [30.52 ; 47.6]	33	84,6	0,54

Tableau 3 - Besoins en soins de support et recours au médecin traitant

Type de besoins	Besoins initiaux		Dont besoins évoqués avec le médecin traitant		
	En nombre de patients	En % et intervalle de confiance	En nombre de patients	En %	p=
Nutritionnel	118	88,06 [81.33 ; 93.02]	45	42,45	1
Social	110	82,09 [74.53 ; 88.17]	24	23,76	1
Psychologique	34	25,37 [18.26 ; 33.61]	13	44,83	0,66
Troubles du sommeil	50	37,31 [29.12 ; 46.08]	26	56,52	<0,01
Kinésithérapique	74	55,22 [46.4 ; 63.82]	27	46,55	<0,01
Algologique	24	17,91 [11.83 ; 25.47]	10	47,62	1
Soins palliatifs	52	38,91 [30.52 ; 47.6]	18	47,37	<0,01

a. Besoin nutritionnel

118 patients (88,1%) présentent un besoin au niveau nutritionnel. Sur cet effectif, 45 patients (42,5%) en ont parlé à leur médecin traitant (61 patients soit 57,6% n'en ont pas

discuté avec lui). Sur les patients ayant un besoin nutritionnel, 23 (20,0%) ont consulté une diététicienne. 92 patients (80,0%) ont donc un besoin nutritionnel insatisfait ($p=0,74$). Cependant, pour le critère de la perte de poids qui concerne 26 patients, 18 (69,2%) contre 8 (30,8%) ont rencontré une diététicienne ($p=0,019$). Rappelons que la perte de poids est un critère de dénutrition, souvent masqué par un poids encore satisfaisant, en lien avec le surpoids préexistant.

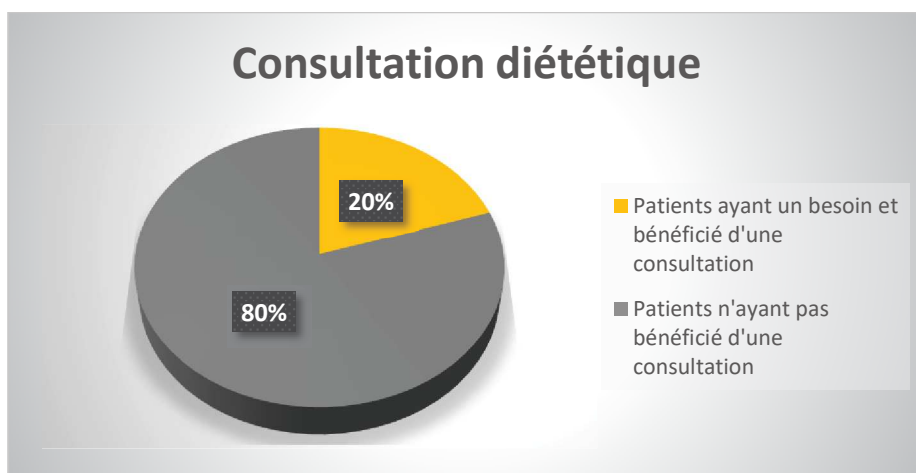


Figure 19 - Consultation diététique

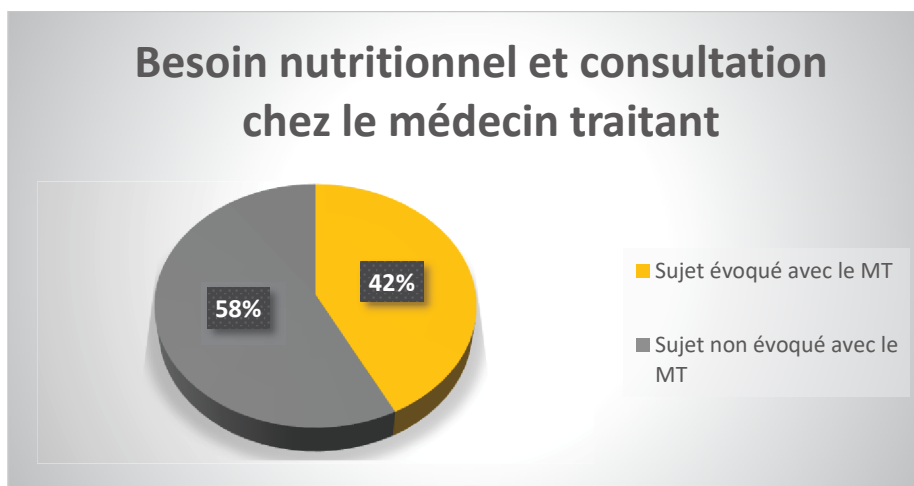


Figure 20 - Besoin nutritionnel et consultation chez le médecin traitant

b. Besoin social

110 patients (82,1%) présentent un besoin au niveau social dont 37 patients (33,9%) ont rencontré une assistante sociale ($p=0,31$). 72 patients (66,1%) ont donc un besoin social insatisfait. 24 (23,8%) en ont discuté avec leur médecin traitant contrairement aux 77 autres (76,2%).

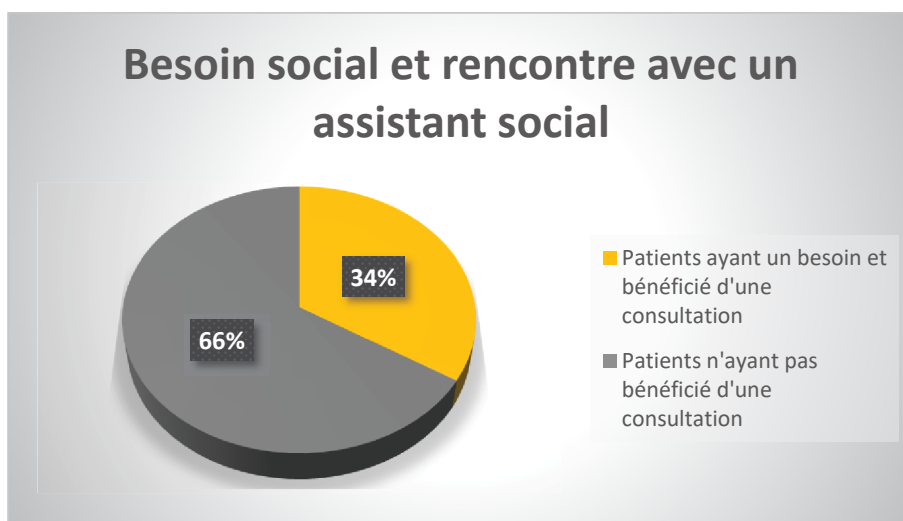


Figure 21 – Besoin social et rencontre avec un assistant social

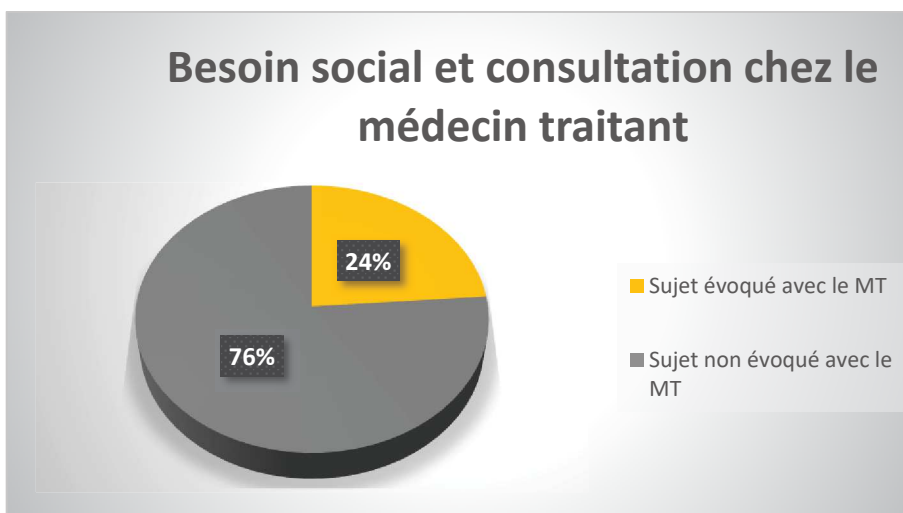


Figure 22 - Besoin social et consultation chez le MT

c. Besoin psychologique et troubles du sommeil

34 (25,4%) patients ont un besoin psychologique dont 15 (44,2%) ont déjà consulté un psychologue ou psychiatre. 19 patients (55,9%) ont un besoin psychologique insatisfait ($p=0,17$). 13 (44,8%) en ont parlé à leur médecin traitant.

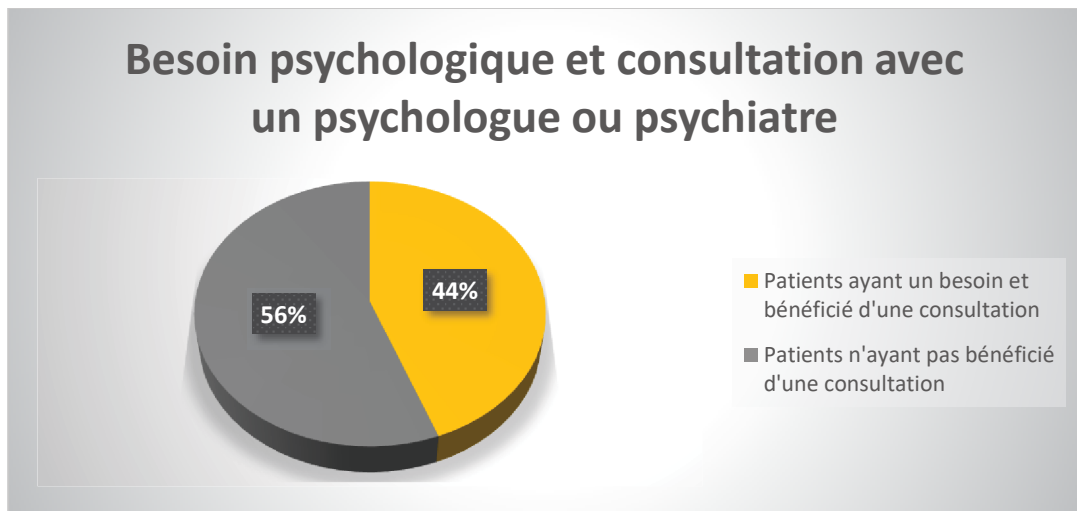


Figure 23 - Besoin psychologique et consultation avec un psychologue ou psychiatre

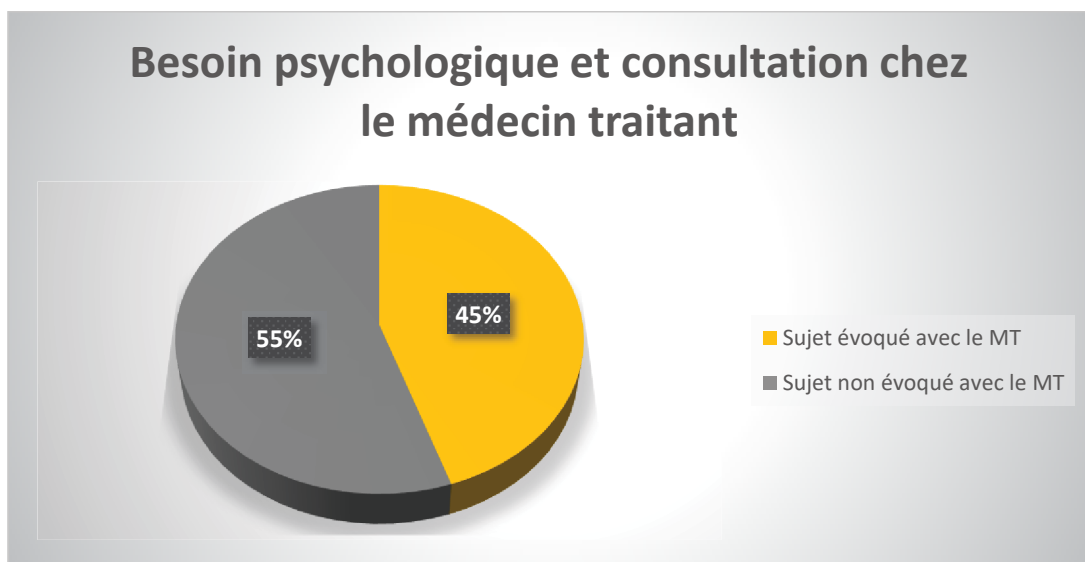


Figure 24 - Besoin psychologique et consultation chez le médecin traitant

50 patients (37,1%) signalent un sommeil perturbé et 23 (46,0%) ont consulté pour ces troubles. 27 patients (54,0%) ont donc un besoin non pris en charge ($p=0,02$). 26 patients (56,5%) en ont discuté avec leur médecin traitant.

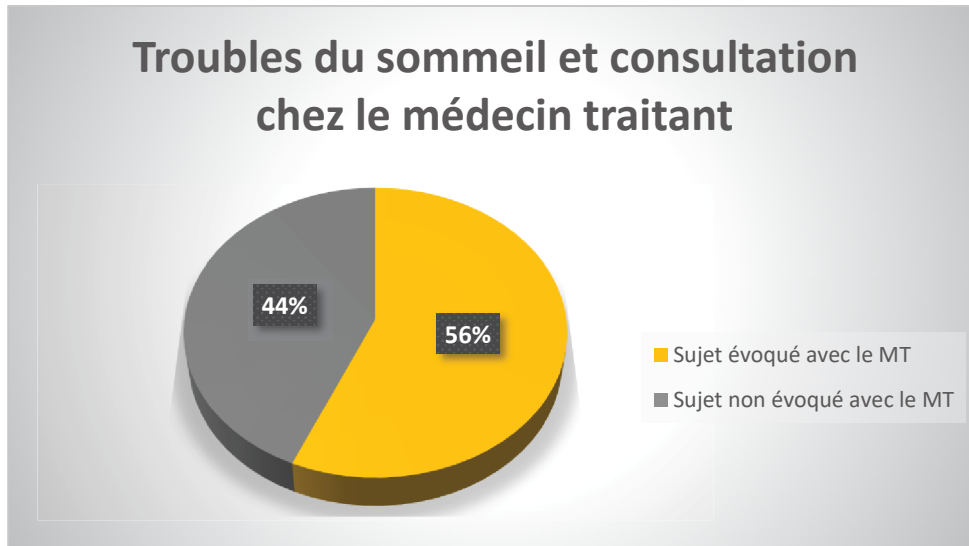


Figure 25 - Troubles du sommeil et consultation chez le médecin traitant

d. Besoin kinésithérapique

74 patients (55,2%) nécessitent une prise en charge kinésithérapique. Parmi ces patients, 24 (37,5%) sont pris en charge par un kinésithérapeute, dans la majorité des cas en ville. 40 (62,5%) ont donc un besoin kinésithérapique insatisfait ($p=0,20$). 27 (46,6%) ont abordé ces thématiques avec leur médecin traitant, principalement les patients ayant des difficultés respiratoires. En effet, sur les 38 patients concernés, 21 (55,3%) lui en ont parlé ($p<0,01$).

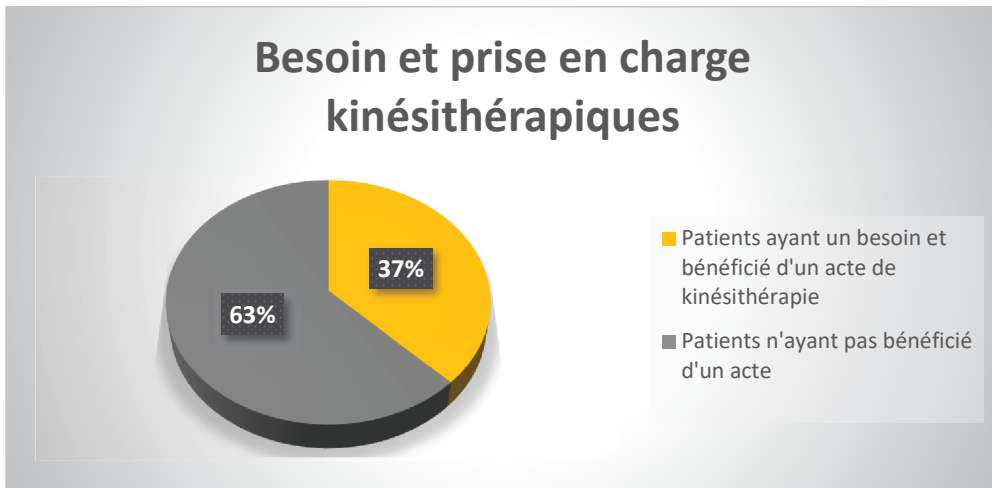


Figure 26 – Besoin et prise en charge kinésithérapiques

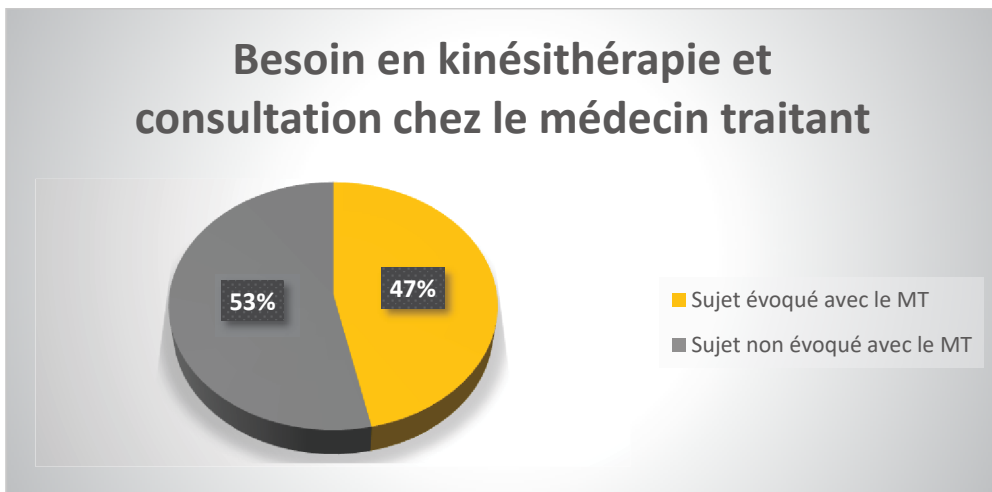


Figure 27 - Besoin en kinésithérapie et consultation chez le MT

e. Besoin de prise en charge de la douleur

70 patients (56,0%) déclarent avoir des douleurs. 65 patients (74,7%) en ont parlé au médecin hospitalier et 43 (50,0%) à leur médecin traitant.

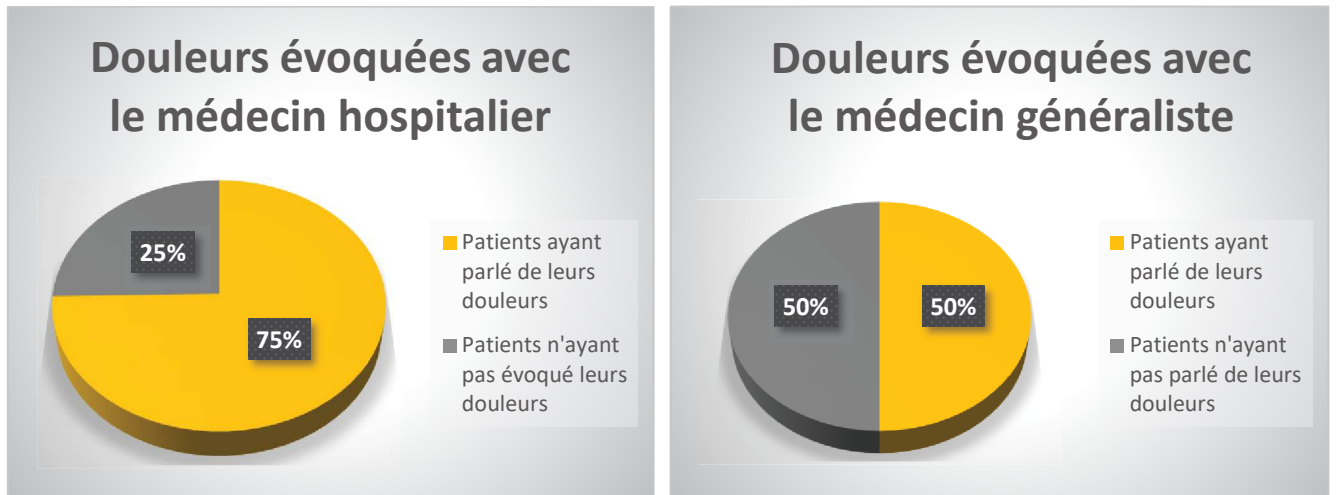


Figure 28 - Douleurs évoquées avec le médecin hospitalier et le médecin généraliste

24 patients sur 78 (30,8%) sont insatisfaits de leur traitement antalgique. 21 de ces 24 patients ont répondu à la question du référent douleur. Parmi ces 21 malades (24,1%) 14 (66,67%) en ont parlé avec le médecin hospitalier, contre 7 non (33,3%) ($p=0,49$). Sur les patients insatisfaits de leur traitement antalgique, 10 (47,6%) en ont parlé avec leur médecin traitant ($p=1$).

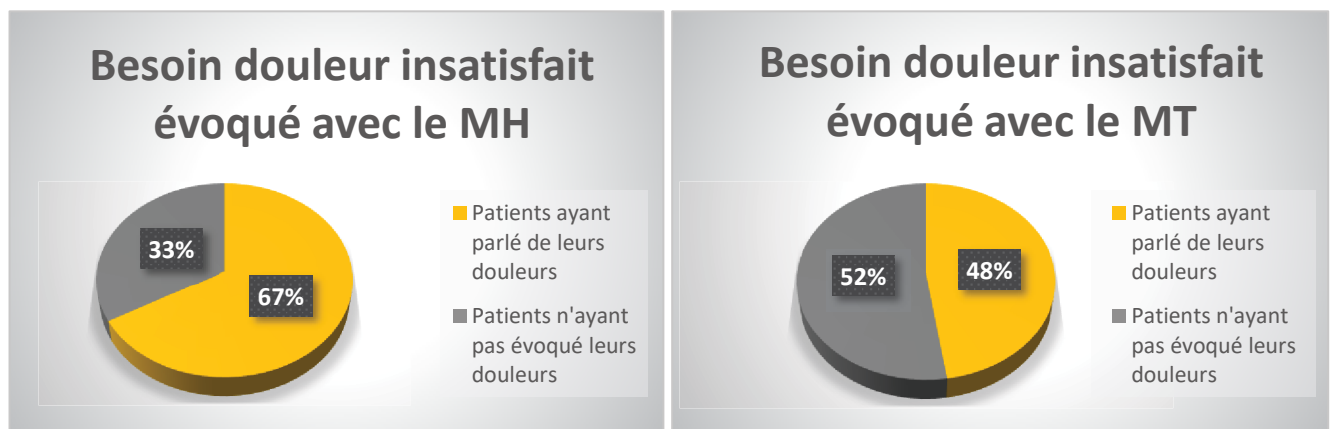


Figure 29 - Besoin douleur insatisfait évoqué avec le médecin hospitalier et le médecin traitant

f. Besoin en soins palliatifs

52 patients (38,8%) des patients ont un besoin en soins palliatifs (manque d'informations ou absence d'espoir de guérison), dont 21 (17,5%) un besoin d'informations. Parmi eux, 6 patients (15,4%) sont suivis par l'équipe mobile de soins palliatifs ($p=0,54$). 33 des patients concernés (84,6%) ont un besoin en information et soins palliatifs non pris en charge. 18 (47,4%) en ont parlé avec leur médecin traitant.

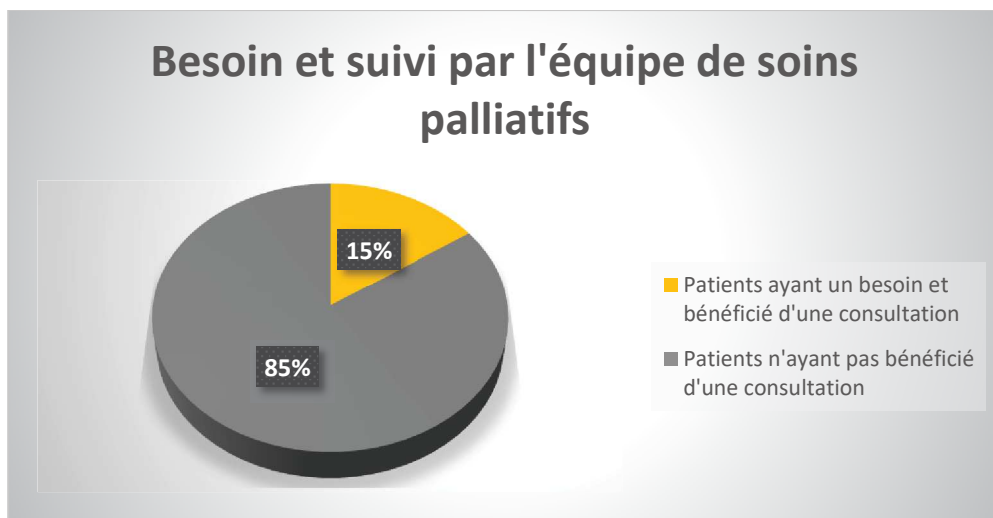


Figure 30 – Besoin et suivi par l'équipe de soins palliatifs

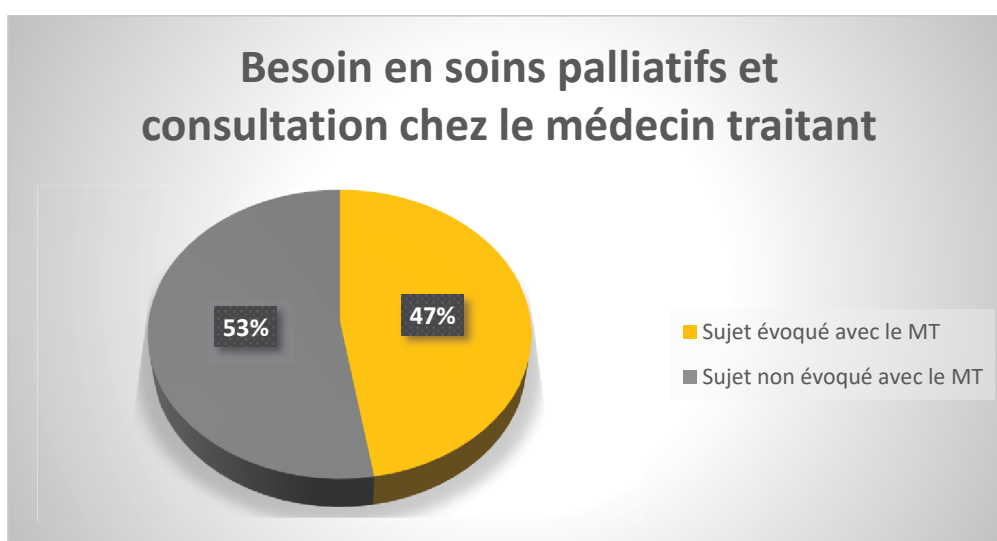


Figure 31 - Besoin en soins palliatifs en consultations chez le MT

g. Besoins totaux par catégorie

Tableau 4 - Tableau des besoins totaux par catégorie

	Oui	Intervalle de confiance
Besoin nutritionnel	118 (88,1%)	[81.3 ; 93.0]
Besoin social	110 (82,1%)	[74.5 ; 88.2]
Besoin psychologique	34 (25,4%)	[18.3 ; 33.6]
Besoin sommeil	50 (37,3%)	[29.1 ; 46.1]
Besoin en kinésithérapie	74 (55,2%)	[46.4 ; 63.8]
Besoin douleur	24 (17,9%)	[11.8 ; 25.5]
Besoin en soins palliatifs	52 (38,8%)	[30.5 ; 47.6]

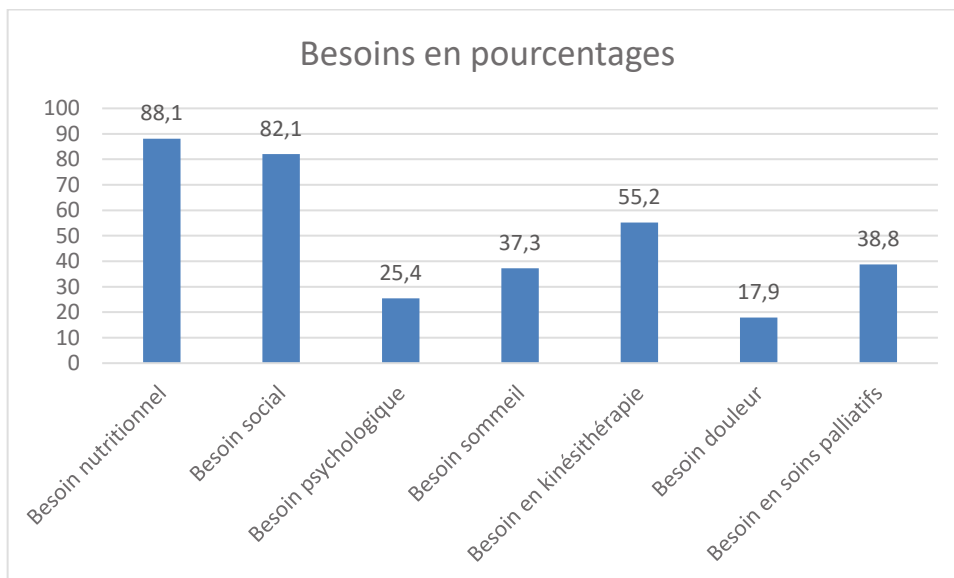


Figure 32 - Graphique des besoins totaux par catégorie

4. Analyses univariées

Nous choisissons de présenter pour chaque partie les résultats globaux, puis réalisons des analyses complémentaires en sous-groupes qui sont illustrées par des graphiques plus lisibles.

a. Besoins selon l'âge

31 patients (23,1%) ont moins de 50 ans, 91 patients (67,9%) ont entre 50 et 74 ans et 12 (9,0%) ont plus de 75 ans.

Tableau 5 - Tableau des besoins totaux par catégorie et par âge

	Total	Age			p=
		<50 ans	De 50 à 74 ans	>75 ans	
Besoin nutritionnel	118 (88,1%)	27 (87,1%)	81 (89,0%)	10 (83,3%)	0,76
Besoin social	110 (82,1%)	29 (93,6%)	69 (75,8%)	12 (100,0%)	0,02
Besoin psychologique	34 (25,4%)	8 (25,8%)	24 (26,4%)	2 (16,7%)	0,86
Besoin sommeil	50 (37,3%)	17 (54,8%)	31 (34,1%)	2 (16,7%)	0,04
Besoin en kinésithérapie	74 (55,2%)	14 (45,2%)	54 (59,3%)	6 (50,0%)	0,38
Besoin douleur	24 (17,9%)	7 (22,6%)	15(16,5%)	2 (16,7%)	0,74
Besoin en soins palliatifs	52 (38,8%)	9 (29%)	38 (41,8%)	5 (41,7%)	0,45

Sur les 31 patients de moins de 50 ans, 27 (87,1%) ont un besoin nutritionnel ($p=0,76$), 29 (93,6%) un besoin social ($p=0,22$), 7 (22,6%) un besoin de prise en charge de la douleur ($p=0,74$), 9 (29,0%) un besoin en soins palliatifs ($p=0,45$), 14 (45,16%) un besoin

kinésithérapique ($p=0,38$), 8 (25,8%) un besoin psychologique ($p=0,86$) et 17 (54,8%) un besoin de sommeil ($p=0,036$).

Parmi les 91 patients de 50 à 74 ans, 81 (89,01%) ont un besoin nutritionnel, 69 (75,82%) un besoin social, 15 (16,48%) un besoin de prise en charge de la douleur, 38 (41,76%) un besoin en soins palliatifs, 54 (59,34%) un besoin kinésithérapique, 24 (26,37%) un besoin psychologique et 31 (34,07%) un besoin de sommeil.

Sur les 12 patients de plus de 75 ans, 10 (83,33%) ont un besoin nutritionnel, 12 (100%) un besoin social, 2 (16,67%) un besoin de prise en charge de la douleur, 5 (41,67%) un besoin en soins palliatifs, 6 (50,00%) un besoin kinésithérapique, 2 (16,67%) un besoin psychologique et 2 (16,67%) un besoin de sommeil.

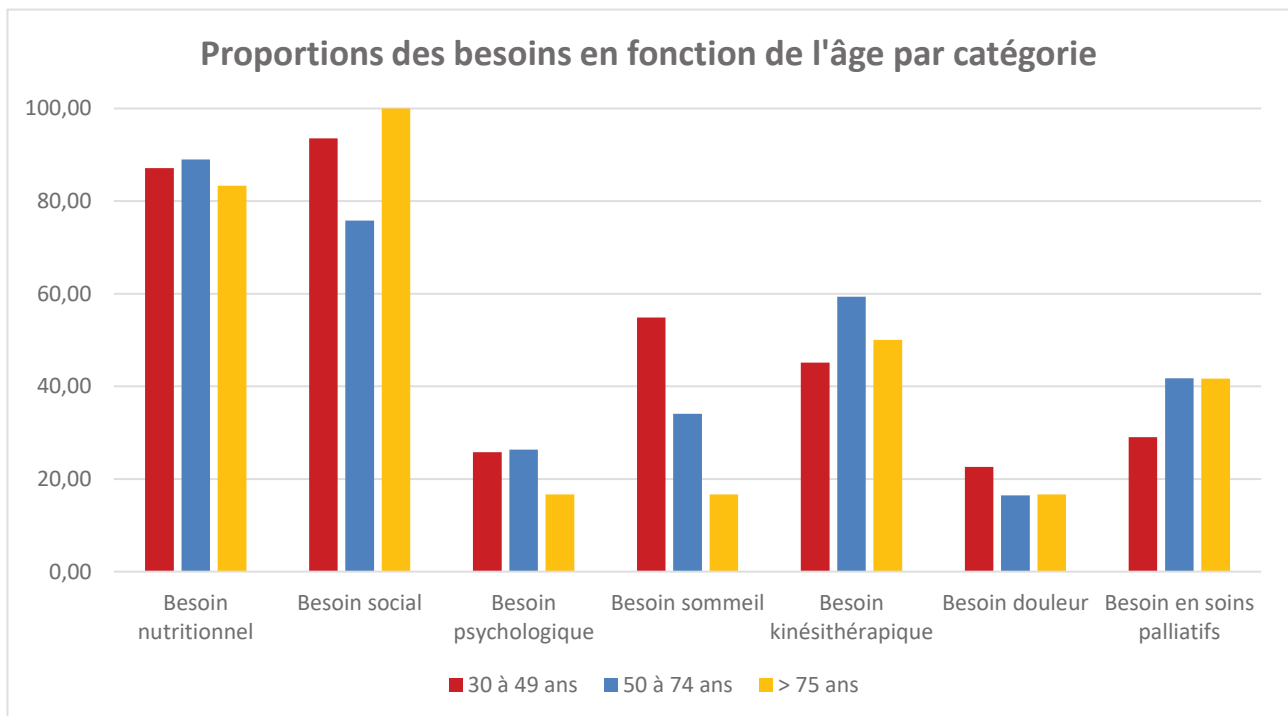


Figure 33 - Besoins par catégorie et par âge

Parmi les moins de 50 ans, 8 (25,8%) ne signalent pas de besoins insatisfaits, 19 (61,3%) 1 à 2 besoins et 4 (12,9%) 3 patients ou plus. De 50 à 74 ans, 27 patients (29,7%) ne présentent pas de besoin insatisfait, 49 (53,8%) 1 à 2 besoins et 15 patients (16,5%) 3 ou plus. Après 75 ans, les malades sont 4 (33,3%) à ne pas mentionner de besoin insatisfait, 7 (58,3%) ont 1 à 2 besoins et 1 (8,3%) 3 ou plus ($p=0,94$).

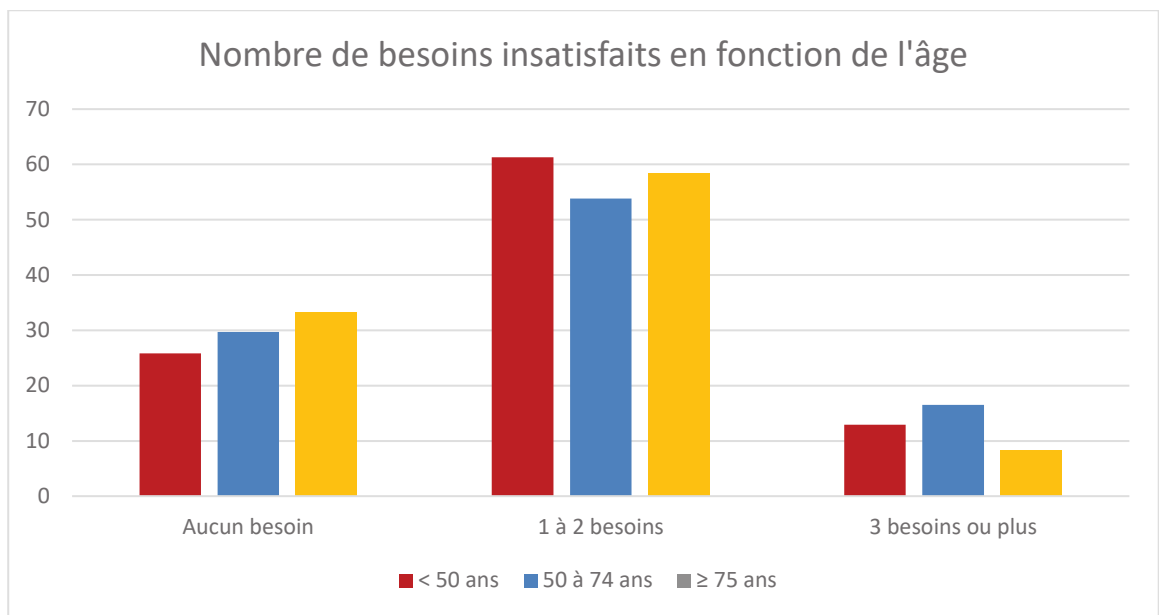


Figure 34 - Nombre de besoins insatisfaits par âge

b. Besoins selon le sexe

Notre échantillon se compose de 89 femmes (66,4%) et 45 hommes (33,6%).

Tableau 6 - Tableau des besoins par catégorie et par sexe

	Total	Sexe		p=
		Femmes	Hommes	
Besoin nutritionnel	118 (88,1%)	78 (87,6%)	40 (88,9%)	1
Besoin social	110 (82,1%)	73 (82,0%)	37 (82,2%)	1
Besoin psychologique	34 (25,4%)	26 (29,2%)	8 (17,8%)	0,01
Besoin sommeil	50 (37,3%)	42 (47,2%)	8 (17,8%)	0,22
Besoin en kinésithérapie	74 (55,2%)	49 (55,1%)	25 (55,6%)	1
Besoin douleur	24 (17,9%)	18 (20,2%)	6 (13,3%)	0,47
Besoin en soins palliatifs	52 (38,8%)	34 (38,2%)	18 (40,0%)	0,99

Chez les femmes, 78 (87,64%) ont un besoin nutritionnel ($p=1$), 73 (82,02%) un besoin social ($p=1$), 18 (20,22%) un besoin de prise en charge de la douleur ($p=0,47$), 34 (38,20%) un besoin en soins palliatifs ($p=0,99$), 49 (55,06%) un besoin kinésithérapique ($p=1$), 26 (29,21%) un besoin psychologique ($p=0,01$) et 42 (47,19%) un besoin de sommeil ($p=0,22$).

Chez les hommes, 40 (88,89%) ont un besoin nutritionnel ($p=1$), 37 (82,22%) un besoin social ($p=1$), 6 (13,3%) un besoin de prise en charge de la douleur ($p=0,47$), 18 (40,0%) un besoin en soins palliatifs ($p=0,99$), 25 (55,56%) un besoin kinésithérapique ($p=1$), 8 (17,78%) un besoin psychologique ($p=0,01$) et 8 (17,8%) un besoin de sommeil ($p=0,22$).

Par ailleurs, 21 hommes (48,8%) et 49 femmes (59,8%) sont douloureux ($p=0,32$).

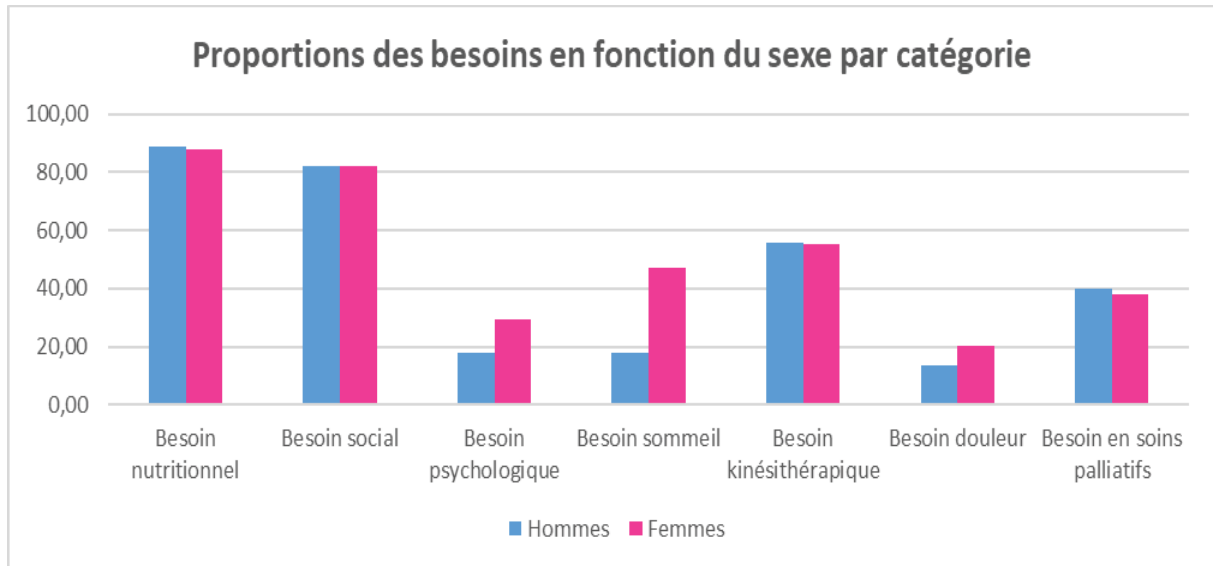


Figure 35 - Besoins par catégorie et par sexe

Parmi les hommes, 11 (24,4%) n'ont pas de besoin insatisfait, 28 (62,2%) en ont de 1 à 2 et 6 (13,3%) 3 ou plus. Chez les femmes, 28 (31,5%) ne présentent pas de besoin insatisfait, 47 (52,8%) 1 à 2 besoins et 14 patients (15,7%) ont 3 besoins ou plus ($p=0,58$).

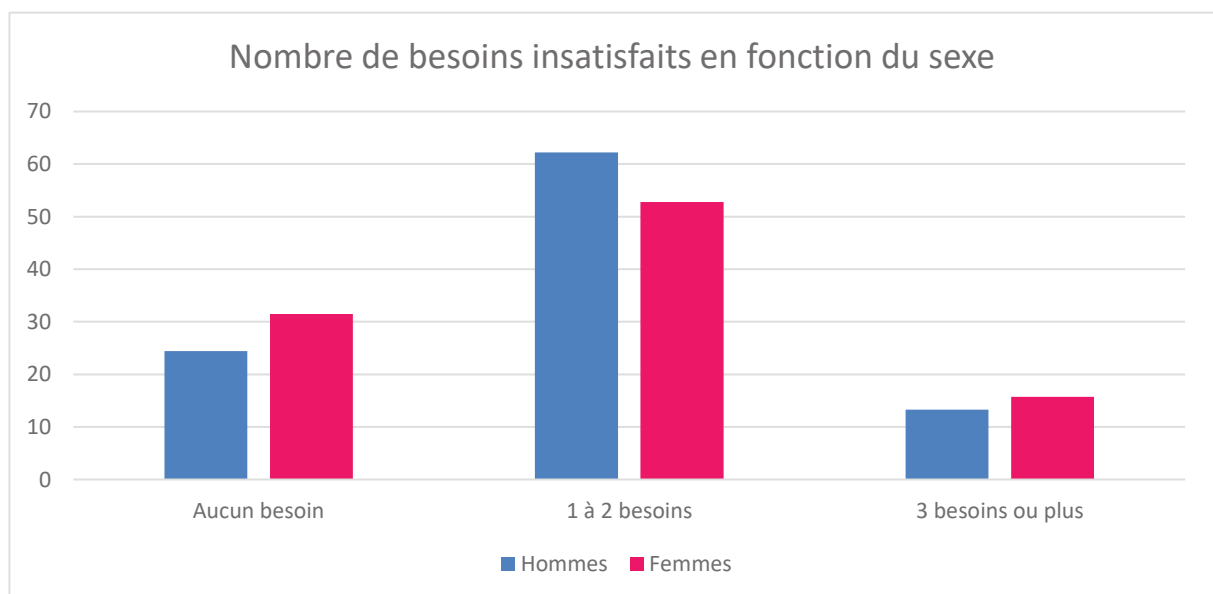


Figure 36 - Nombre de besoins selon le sexe

c. Besoins selon la localisation tumorale

Afin de faciliter l'analyse statistique les différents types de cancer ont été regroupés comme suit : 79 cancers gynécologiques et du sein (79,0%), 27 cancers du poumon des VADS et de l'œsophage (20,15%), 20 cancers digestifs (14,93%) et 8 autres cancers (5,97%).

Tableau 7 - Tableau des besoins par catégorie et par localisation tumorale

	Total	Localisation tumorale				p=
		Cancers du sein et gynécologiques	Cancers digestifs	Cancers des VADS et poumon	Autres cancers	
Besoin nutritionnel	118 (88,1%)	67 (84,8%)	19 (95,0%)	25 (92,5%)	7 (87,5%)	0,57
Besoin social	110 (82,1%)	67 (84,8%)	16 (80,0%)	21 (77,8%)	6 (75%)	0,69
Besoin psychologique	34 (25,4%)	28 (35,4%)	0 (0%)	4 (14,8%)	2 (25,0%)	0,002
Besoin sommeil	50 (37,3%)	37 (46,8%)	5 (25,0%)	6 (22,2%)	2 (25,0%)	0,06
Besoin en kinésithérapie	74 (55,2%)	42 (53,2%)	9 (45,0%)	17 (62,9%)	6 (75,0%)	0,42
Besoin douleur	24 (17,9%)	15 (18,9%)	4 (20,0%)	4 (14,8%)	1 (12,5%)	0,96
Besoin en soins palliatifs	52 (38,8%)	30 (37,9%)	9 (45,0%)	7 (25,9%)	6 (75,0%)	0,09

Chez les 79 patientes ayant un cancer du sein ou gynécologique, 67 (84,81%) ont un besoin nutritionnel ($p=0,57$), 67 (84,81%) un besoin social (0,69), 15 (18,99%) un besoin de prise en charge de la douleur ($p=0,96$), 30 (37,97%) un besoin en soins palliatifs ($p=0,091$), 42 (53,16%) un besoin kinésithérapique ($p=0,42$), 28 (35,44%) un besoin psychologique ($p=0,002$) et 37 (46,84%) un besoin de sommeil ($p=0,06$).

Parmi les 20 patients ayant un cancer digestif, 19 (95,0%) signalent un besoin nutritionnel, 16 (80,00%) un besoin social, 4 (20,0%) un besoin de prise en charge de la douleur, 9 (45,0%) un besoin en soins palliatifs, 9 (45,0%) un besoin kinésithérapique, aucun besoin psychologique et 5 (25,0%) un besoin de sommeil.

Chez les 27 patients ayant un cancer pulmonaire, de l'œsophage ou des VADS, 25 (92,50%) présentent un besoin nutritionnel, 21 (77,78%) un besoin social, 4 (14,81%) un besoin de prise en charge de la douleur, 7 (25,93%) un besoin en soins palliatifs, 17 (62,96%) un besoin kinésithérapique, 4 (14,81%) un besoin psychologique et 6 (22,22%) un besoin de sommeil.

Dans les 8 autres types de cancer, 7 patients (87,50%) ont un besoin nutritionnel, 6 (75,0%) un besoin social, 1 (12,5%) un besoin de prise en charge de la douleur, 6 (75,0%) un besoin en soins palliatifs, 6 (75,0%) un besoin kinésithérapique, 2 (25,0%) un besoin psychologique et 2 (25,0%) un besoin de sommeil.

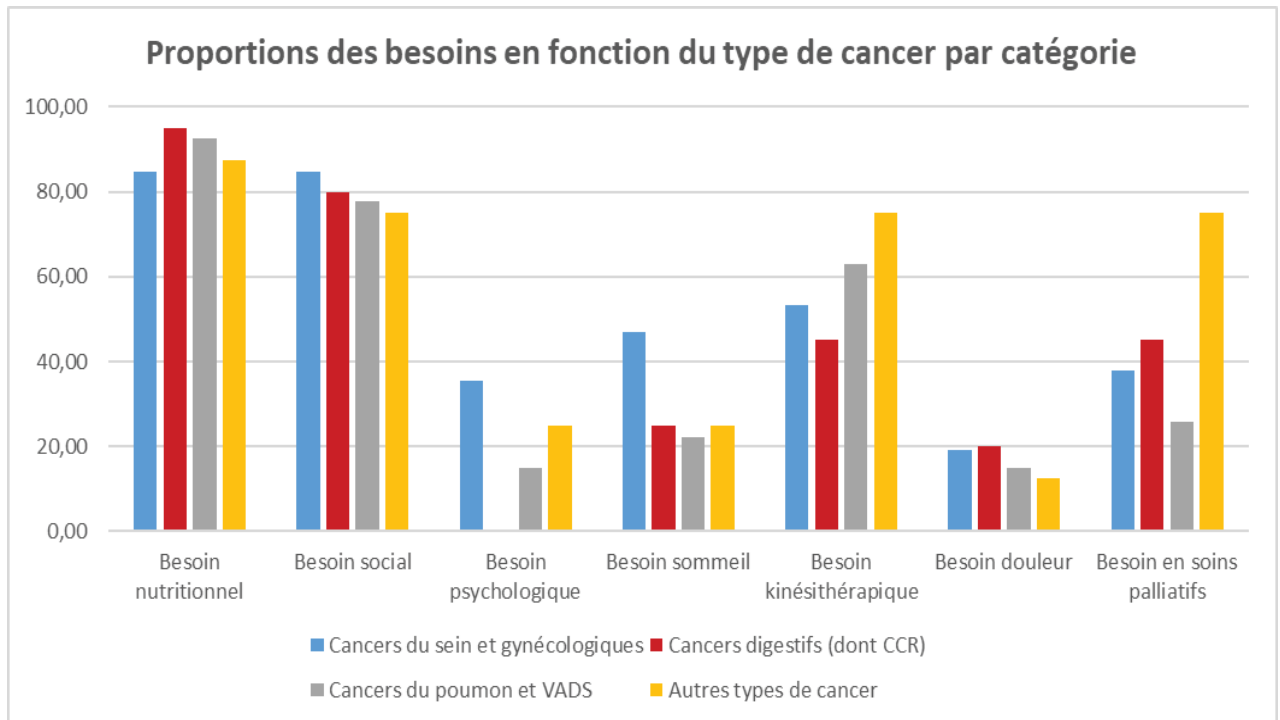


Figure 37 - Besoins par catégorie et par localisation tumorale

Parmi les patientes ayant un cancer du sein ou gynécologique, 22 (27,8%) n'ont pas signalé de besoin insatisfait, 47 (59,4%) en ont 1 à 2 et 10 (12,7%) ont 3 besoins ou plus. Parmi les patients ayant un cancer des voies aérodigestives supérieures ou du poumon 9 (33,3%) n'ont pas de besoin insatisfait, 14 (51,9%) en ont 1 à 2 et 4 (14,8%) 3 ou plus. 7 (35,0%) patients ayant un cancer digestif ne présentent pas de besoin insatisfait, 9 (45,0%) 1 à 2 besoins et 4 (20,0%) 3 besoins ou plus. Parmi ceux ayant un autre type de cancer, 1 (12,5%) n'a aucun besoin, 5 (62,5%) en ont 1 à 2 et 2 (25,0%) en signalent 3 ou plus ($p=0,74$).

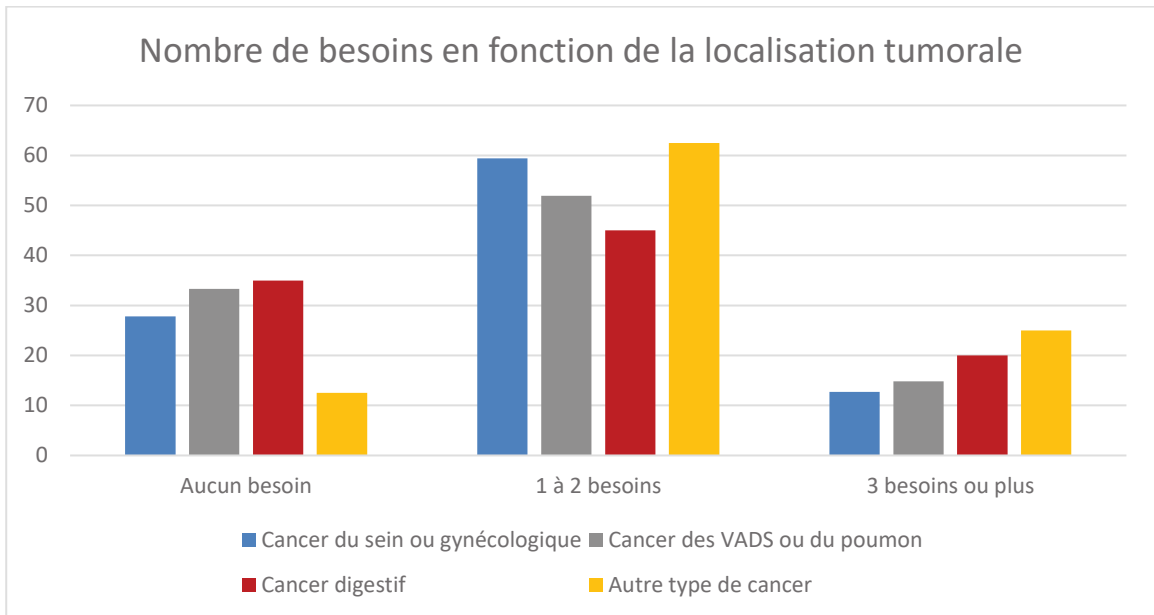


Figure 38 - Nombre de besoins par localisation tumorale

5. Consultations chez le médecin traitant

Huit patients (6,0%) n'ont pas répondu à la question du nombre de consultation chez leur médecin traitant. Sur les 126 autres, 16 (12,0%) ne l'ont pas consulté les 3 derniers mois, 110 (82,0%) l'ont consulté au moins une fois : 68 une à deux fois dans les 3 derniers mois et 42 au moins trois fois.

110 patients (82,0%) ont consulté leur médecin dans les 3 derniers mois. On compte au minimum 1,81 consultations par patient sur le dernier trimestre. La moyenne française est de 2,8 consultations par an par patient soit moins d'une fois par trimestre.

14 patients (43,7%) de moins de 50 ans ont consulté 1 à 2 fois leur médecin traitant durant le dernier trimestre, 14 (43,7%) plus de 3 fois et 4 (12,5%) pas du tout. 51 patients (59,3%) de 50 à 74 ans l'ont consulté 1 à 2 fois, 24 (27,9%) plus de 3 fois et 11 (12,8%) pas du

tout. Tous les patients de plus de 75 ans l'ont consulté durant le dernier trimestre, dont 4 (44,4%) jusqu'à 2 fois, 5 (55,6%) plus de 3 fois ($p=0,24$).

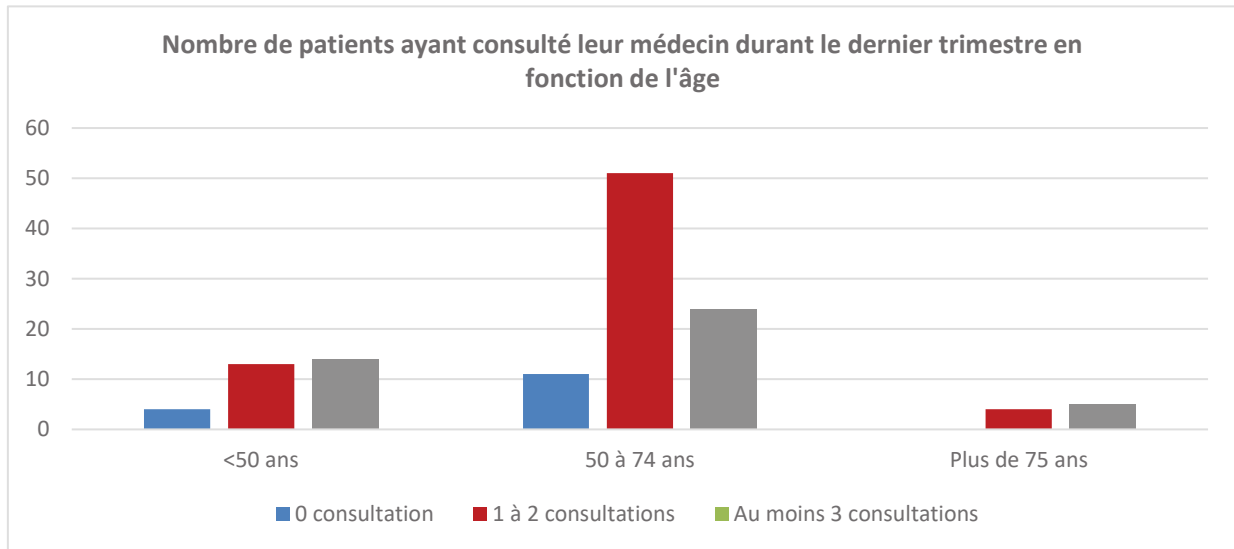


Figure 39 - Nombre de patients ayant consulté leur médecin durant le dernier trimestre en fonction de l'âge

Chez les hommes et les femmes, respectivement 22 (52,4%) et 46 (54,8%) l'ont vu 1 à 2 fois, 15 (35,7%) et 27 (32,1%) au moins trois fois, enfin 5 (11,9%) et 11 (13,1%) ne l'ont pas consulté.

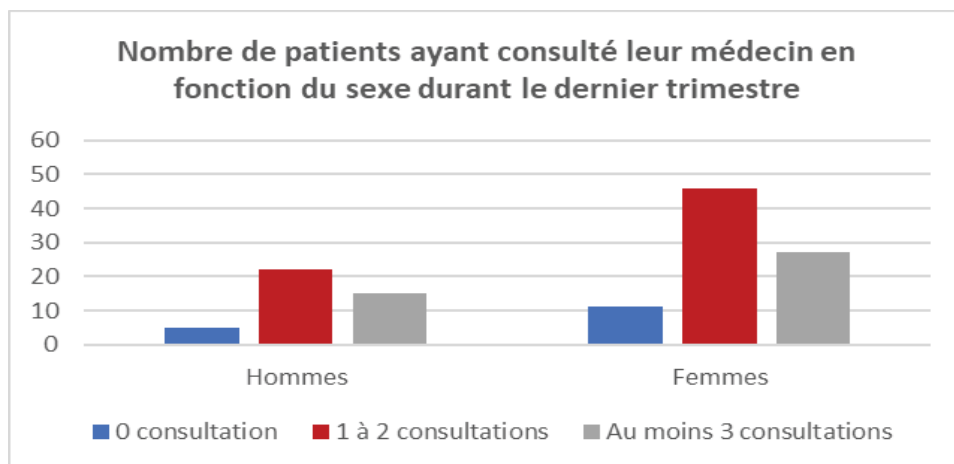


Figure 40 - Nombre de patients ayant consulté leur médecin durant le dernier trimestre en fonction du sexe

Concernant le type de cancer, les patientes ayant un cancer du sein ou gynécologiques l'ont consulté pour 42 (54,5%) d'entre elles 1 à 2 fois, 24 (31,2%) au moins 3 fois et 11 (14,3%) pas du tout. 9 (50,0%) patients ayant un cancer digestif l'ont vu 1 à 2 fois, 7 au moins 3 fois et 2 pas du tout. Les patients ayant un cancer du poumon l'ont sollicité 1 à 2 fois pour 14 (58,3%) d'entre eux, au moins 3 fois pour 7 (29,2%) autres et 3 (12,5%) ne l'ont pas fait. Les patients ayant un autre type de cancer l'ont tous consulté : 1 à 2 fois pour 3 (42,9%) d'entre eux, et au moins 3 fois pour les 4 autres (57,1%) ($p=0,89$).

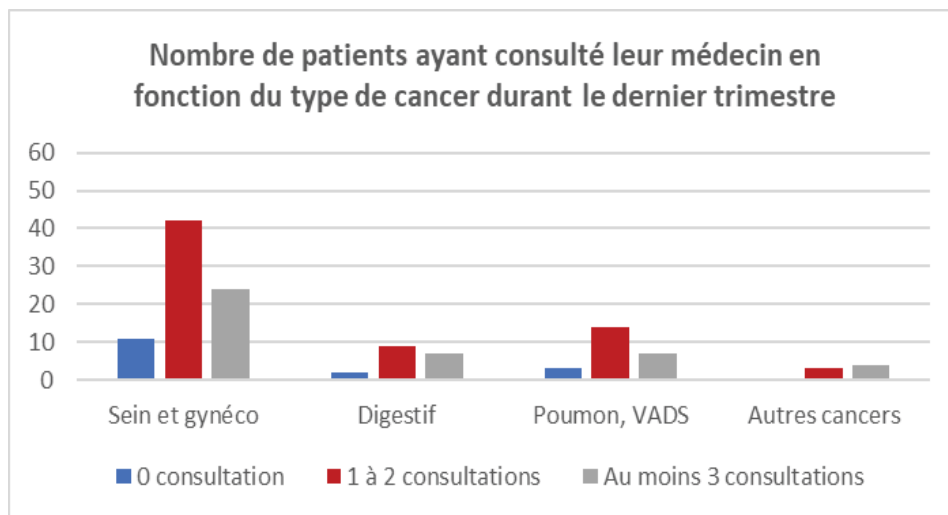


Figure 41 - Nombre de patients ayant consulté leur médecin durant le dernier trimestre en fonction de la localisation tu morale

Nombre moyen de consultations auprès du médecin traitant :

Les patients de moins de 50 ans consultent davantage avec un nombre de consultations moyen en valeur absolu au dernier trimestre de 1,98, contre 1,73 entre 50 et 74 ans et 2,33 au-delà de 75 ans. On compte 1,86 consultations pour les hommes et 1,79 pour les femmes. Les patients ayant un cancer du sein, gynécologique ou des poumons et VADS comptent 1,75 consultations par patient, contre 1,92 pour ceux ayant un cancer digestif. Ce

sont les patients ayant un autre type de cancer qui consultent le plus avec 2,36 consultations par patient sur les 3 derniers mois.

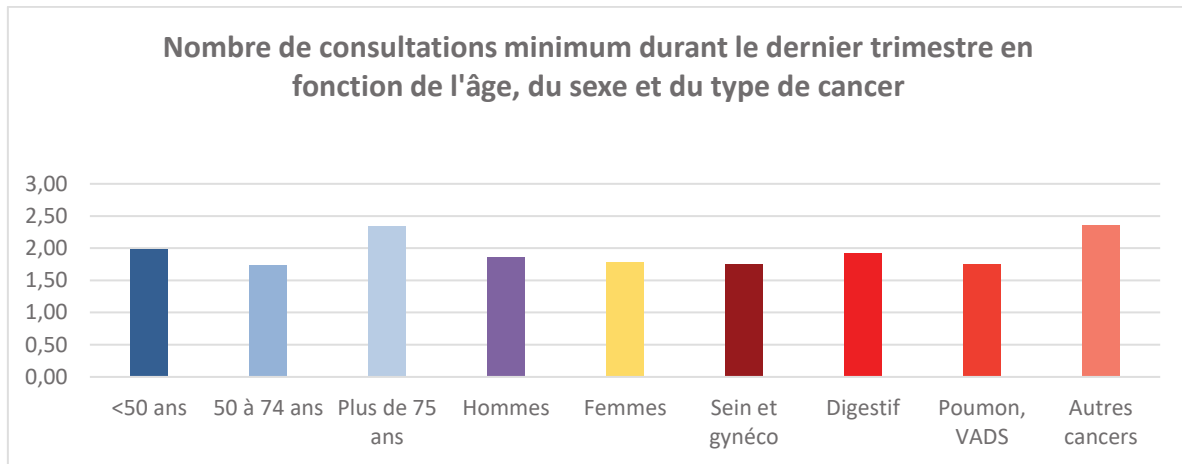


Figure 42 - Nombre de consultations chez leur médecin traitant durant le dernier trimestre en fonction de l'âge, du sexe et du type de cancer

Les patients de plus de 75 ans et ceux ayant un « autre type de cancer » ont tous consulté au moins une fois.

Après avoir réalisé cet état des lieux initial des besoins en soins de support chez les 134 patients, nous avons étudié l'évolution des besoins et le recours aux professionnels de soins de support, par un appel téléphonique 4 à 6 semaines après.

C. Résultats du second questionnaire : évolution des besoins et recours aux professionnels des soins de support

1. Réévaluation à 4 à 6 semaines

121 (90,3%) patients répondent à l'appel téléphonique. Parmi les 13 non-répondants (8,7%), 3 sont décédés, deux sont hospitalisés lors du rappel, 6 refusent et 2 sont perdus de vue.

a. Evaluation diététique

Il a été proposé à 84 patients (69,4%) une consultation diététique dont 56 (66,7%) ont accepté. 55 (45,8%) ont finalement rencontré une diététicienne dont 50 (90,9%) et bénéficié de conseils diététiques, alors que 33 (60,0%) se sont vus prescrire des compléments nutritionnels oraux. Une nutrition artificielle a été mise en place chez 7 patients : entérale pour 4 patients (7,3%), parentérale pour 3 d'entre eux (5,5%).

14 patients (21,5%) sur les 65 n'en ayant pas rencontré en expriment le souhait lors de l'évaluation téléphonique.

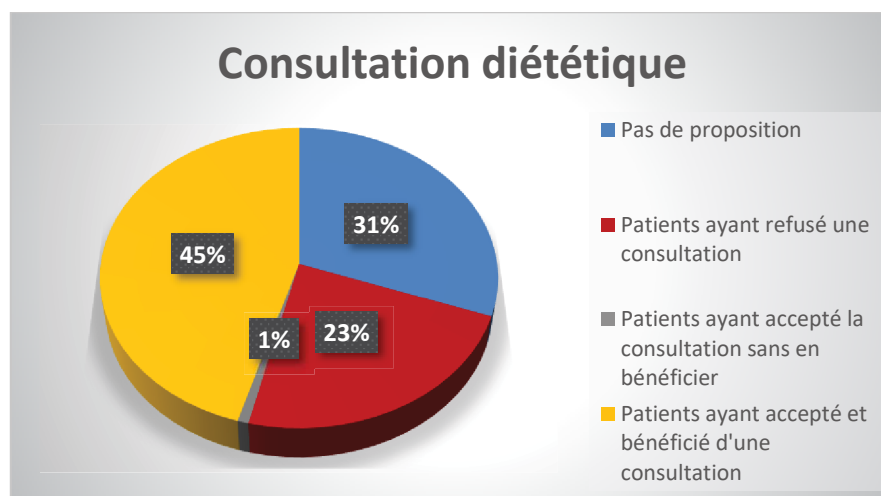


Figure 43 - Consultation diététique

b. Evaluation sociale

Une rencontre avec une assistante sociale a été proposée à 60 patients (50,4%) dont 26 (41,9%) ont accepté. Au total, 32 patients (26,9%) ont rencontré une assistante sociale. Différentes aides ont été mises en place : pour 1 patient (3,0%) un portage de repas, pour 11 (34,4%) une aide-ménagère, pour 17 (53,1%) une aide financière, pour 1 (3,1%) une consultation avec le médecin du travail et pour 9 (28,1%) une autre aide.

Parmi les autres patients, 13 (14,4%) souhaitent voir une assistante sociale.

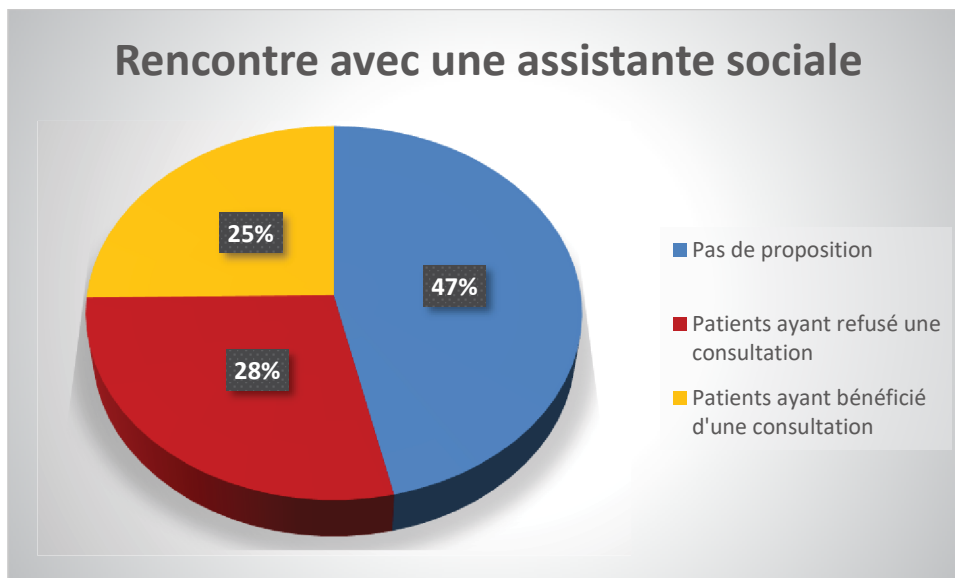


Figure 44 - Proposition et consultation avec une assistante sociale

c. Evaluation psychologique

81 patients (66,9%) ont eu la possibilité de rencontrer une psychologue et 44 (53,7%) ont accepté. 50 patients (41,7%) ont finalement été vus par une psychologue ou un psychiatre. 6 autres aimeraient bénéficier d'une consultation.

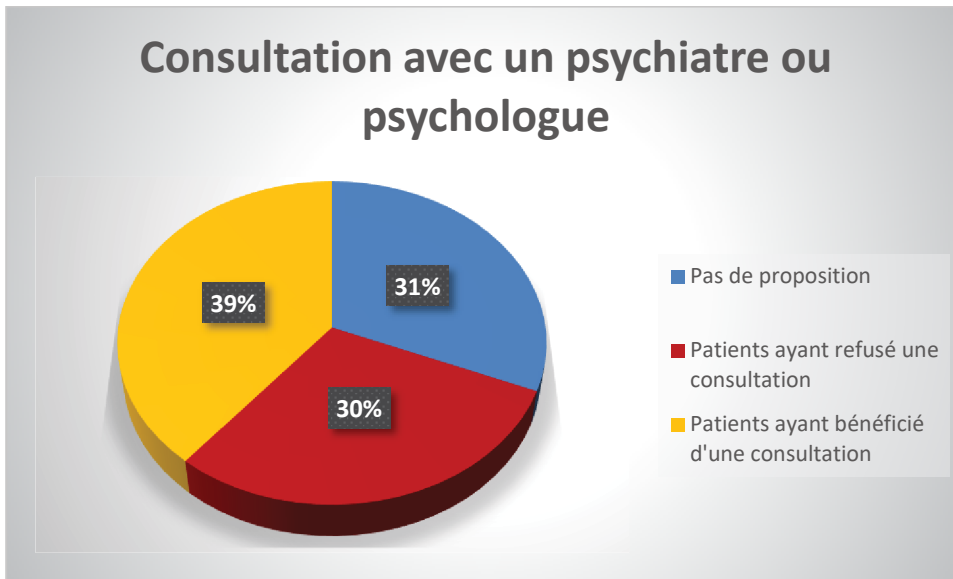


Figure 45 - Proposition et consultation avec un psychiatre ou une psychologue

16 patients ayant un besoin psychologique ne souhaitent pas être aidés initialement. 13 de ces 16 patients ont eu la proposition d'une consultation auprès d'un psychiatre ou d'une psychologue et 7 (53,85%) ont accepté.

Concernant les troubles du sommeil, 39 patients (32,2%) ont un traitement hypnotique. 48 patients présentent toujours des troubles du sommeil (39,7%) : 39 patients (32,23%) estiment leur sommeil d'assez mauvaise qualité et 9 (7,44%) de très mauvaise qualité. 19 patients (15,7%) qualifient leur sommeil de très bonne qualité et 54 (44,63%) d'assez bonne.

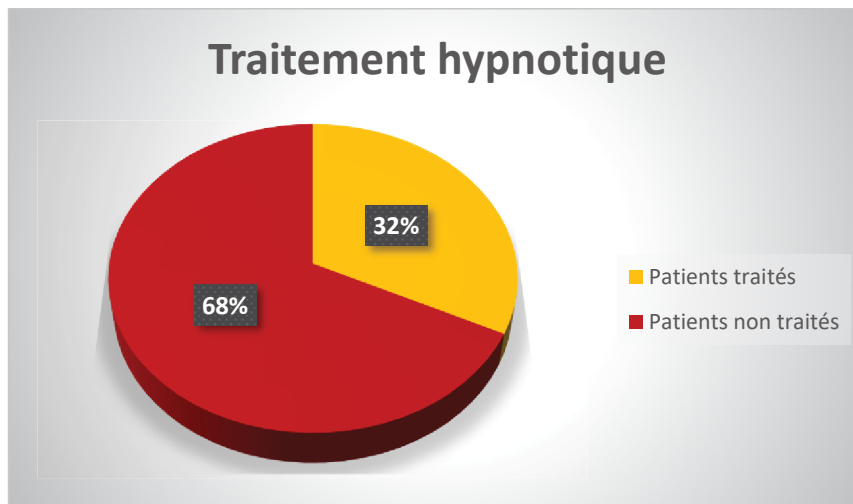


Figure 46 - Patients traités ou non par hypnotique

d. Evaluation kinésithérapique

Une prise en charge kinésithérapique a été prescrite à 52 patients (43,0%) dont 43 (84,3%) ont accepté. 58 patients font des séances de kinésithérapie (48,7%). Le prescripteur était pour 18 cas (29,5%) le médecin traitant et pour 41 (67,2%) le médecin hospitalier.

Parmi les autres patients, 14 patients souhaiteraient être suivis par un kinésithérapeute.

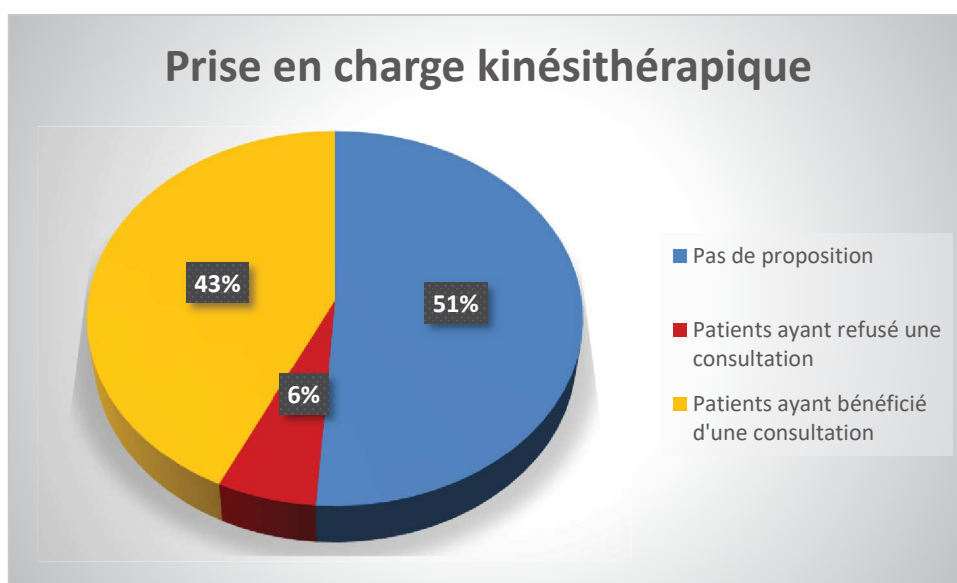


Figure 47 - Proposition et prise en charge kinésithérapique

e. Evaluation de la douleur

66 patients (54,6%) sont algiques. 81 patients (82,6%) ont un traitement antalgique. 17 patients (17,35%) sont insatisfaits de leur traitement antalgique. 85 patients (91,4%) en ont parlé à leur médecin : 6 (7,1%) à leur médecin traitant, 13 (15,3%) au médecin hospitalier et 66 (77,6%) aux deux.

11 patients (11,1%) aimeraient bénéficier d'une consultation avec un médecin de la douleur.

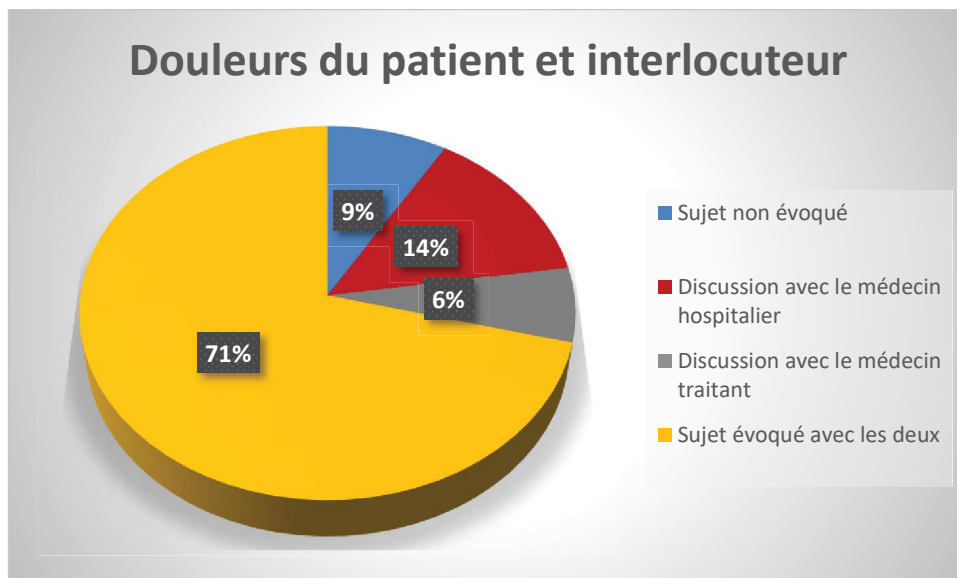


Figure 48 - Plaintes douloureuses et interlocuteur du patient

f. Evaluation des besoins en soins palliatifs

4 patients (3,3%) sur 120 répondants ont été suivis par l'équipe mobile de soins palliatifs. 3 (2,7%) autres le souhaiteraient.

2. Critère de jugement principal : comparaison de la couverture des besoins avant et après le questionnaire

Après une analyse par des tests Chi2 de McNemar, on observe un recours aux soins de support statistiquement significatif pour les besoins nutritionnels ($p < 0,001$) et kinésithérapique ($p = 0,0019$) lors du second questionnaire et une tendance pour les besoins psychologiques ($p = 0,18$) (besoin en sommeil $p = 0,13$ et besoin psychologique hors sommeil $p = 0,18$). En effet, 20,6% des patients ont initialement bénéficié d'une consultation diététique puis 45,8% lors de la réévaluation, 31,7% d'une prise en charge kinésithérapique puis 48,7%. 33,1% des patients ont consulté un psychiatre ou psychologue puis 41,7%.

Les résultats n'apparaissent pas comme statistiquement significatifs dans les autres catégories : besoin social ($p = 0,42$), besoin en soins palliatifs ($p = 0,45$) et prise en charge de la douleur ($p = 0,45$). Respectivement, les patients ont rencontré un assistant social dans 31,6% des cas puis 26,9%, l'équipe de soins palliatifs pour 12,3% d'entre eux puis 3,3% (parmi les patients non répondants au second questionnaire, ils étaient plusieurs à être suivis par l'équipe de soins palliatifs). Enfin, si initialement 56,0% des patients sont douloureux, lors de la réévaluation, ils sont encore 54,55% lors du rappel.

Tableau 8 - Couverture des besoins à 4 à 6 semaines après analyse Chi2 MacNemar

Type de besoins	Taux initial de consultation du professionnel en soins de support (en %)	Taux de consultation du professionnel en soins de support lors de la réévaluation (en %)	p=
Nutritionnel	20,6	45,8	<0,001
Social	31,6	26,9	0,42
Psychologique	33,1	41,7	0,18
Kinésithérapique	31,7	48,7	0,0019
Algologique	56,0	54,6	0,45
Soins palliatifs	12,3	3,3	0,45

D. Autres critères de jugement secondaires

1. Lecture du questionnaire par les soignants

Seuls 11 questionnaires sur les 134 ont été lus par les soignants.

Parmi ces 11 patients, 9 malades ont été orientés vers une diététicienne ($p=0,005$) et 2 vers l'équipe mobile de soins palliatifs ($p=0,004$). 4 patients ont été adressés à une assistante sociale ($p=0,46$), 2 à une psychologue ($p=0,12$), 7 à un kinésithérapeute ($p=0,197$) et 7 à un algologue ($p=0,75$). Le faible taux de lecture n'a pas permis une analyse selon la fonction des soignants.

Parmi les 11 questionnaires lus, l'adressage aux professionnels en soins de support a été analysé en fonction de l'identification de besoins. 9 patients ayant un besoin nutritionnel ont été orientés vers une diététicienne ($p<0,01$) et en soins palliatifs, 2 ont été adressés à l'équipe mobile de soins palliatifs ($p=0,004$). 2 patients ayant un besoin social ont été adressés à une assistante sociale ($p=1$). Une rencontre avec une psychologue a été proposée à 2 patients ressentant un besoin psychologique ($p=0,39$), et avec un kinésithérapeute à 5 patients ayant un besoin en kinésithérapie ($p=1$). 2 patients insatisfaits de leur traitement antalgique ont été orientés vers une consultation douleur ($p=0,49$). Le recours à l'équipe mobile de soins palliatifs a été conseillé à 1 patient ayant un besoin identifié en soins palliatifs ($p=0,13$).

2. Sollicitation du médecin traitant

Les patients ont pour 51 d'entre eux (42,15%) parlé avec leur médecin traitant de leurs problèmes nutritionnels ($p=1$), 29 (23,58%) de leurs problèmes sociaux ($p=1$), 13 (44,83%) de leurs difficultés psychologiques ($p=0,66$) et 26 (56,52%) de leurs troubles du sommeil ($p=0,006$).

33 patients (30,84%) ont évoqué leurs difficultés physiques (respiration, mobilisation) ($p<0,001$). Chez les patients ayant un besoin en soins de kinésithérapie, près de la moitié (46,6%) a évoqué cette problématique ($p<0,01$), principalement les patients ayant des difficultés respiratoires. En effet, sur les 38 patients concernés, 21 (55,3%) en ont parlé à leur médecin de famille ($p<0,01$).

79 patients (68,1%) ont évoqué la question de l'espoir de guérison et de l'information sur les traitements et la maladie ($p=0,001$).

Au sujet de leurs douleurs, 43 patients (50,0% des 86 répondants à cette question), en ont discuté avec leur médecin traitant contre 65 (74,71%) avec le médecin hospitalier ($p=1$). Les douleurs sont évoquées par 72 patients (84,7%) contre 13 (15,3%) avec leur médecin traitant, lors du second questionnaire. L'analyse croisée des consultations des patients douloureux chez le médecin traitant lors des premier et deuxième questionnaires retrouve un recours accru ($p<0,01$).

V. Discussion

L'objectif en nombre de patients a été atteint. La majorité des patients de l'étude sont des femmes ayant un cancer du sein car la majeure partie du recrutement s'est faite en hôpital de jour de chimiothérapie, lors des journées dédiées à l'administration des traitements des femmes suivies pour un cancer du sein.

A. Etat des lieux des besoins en soins de support

Les patients présentent des besoins en soins de support importants dans tous les domaines. Plus de deux tiers des patients (70,9%) présentent au moins un besoin en soins de support non pris en charge dont plus d'un sur cinq, trois besoins ou plus. Dans la littérature, les chiffres des besoins sont très disparates mais montrent globalement des taux de besoins très importants, présents chez au moins un patient sur deux(18,25,30,35,83).

✓ Besoin nutritionnel

Au niveau nutritionnel, on observe un besoin de prise en charge fréquent concernant près de 9 patients sur 10 mais seul 1 sur 5 a bénéficié d'une consultation diététique. Le critère de la perte de poids n'est pas un signal d'appel fort pour référer le patient à la diététicienne. En effet, les patients ayant perdu du poids sont 1 sur 3 à avoir rencontré une diététicienne ($p=0,019$) ce qui est davantage que le reste de notre échantillon mais reste faible.

✓ Besoin social

Au niveau social, 8 patients sur 10 présentent au moins un critère justifiant qu'on leur propose une rencontre avec une assistante sociale.

✓ Besoin psychologique

Au niveau psychologique, le « Two-Question Screen » est un dépistage sensible et rapide de la dépression(84,85). Plus d'un quart des patients présente un résultat positif. La prévalence de la dépression dans la population générale française était de 7,5% en 2010(86). Les patients ayant un cancer sont donc une population nécessitant une vigilance accrue comme l'ont d'ailleurs montré Carlson L. et al. dans leur méta-analyse avec des prévalences de la dépression de 16,3% et de troubles de l'adaptation de 19,3% chez les patients cancéreux(77). Cette attention particulière est d'autant plus importante que les patients ayant des difficultés psychosociales ne recherchent de l'aide que dans un cas sur 8(71). Qui plus est, les patients ayant un besoin psychologique (troubles du sommeil et besoin psychologique) ont une nette tendance à avoir plus de besoins insatisfaits que les autres patients ($p=0,12$) tout comme l'ont démontré les équipes d'Akeshi et Hodgkinson(53,62). Les chiffres de « notre besoin psychologique » peuvent sembler peu élevés par rapport à certaines études retrouvant des proportions de 64,99%(35) à 90,0%(23), mais nous nous sommes concentrés sur les patients dépressifs dont le besoin est le plus urgent. Dans ces études, l'évaluation se centrait sur l'anxio-dépression quasiment exclusivement avec donc davantage de questions sur ces thématiques que notre questionnaire qui se veut un dépistage général, généralisable et reproductible. Par ailleurs, les chiffres de la littérature restent très disparates. Nos résultats sont cohérents par exemple avec ceux de l'équipe mexicaine du Dr Doubova(43) qui retrouvait

de l'anxiété chez 20% des patients et de la dépression chez 11,4% ou encore ceux de 23 à 30% selon le moment de l'évaluation d'Oberoi et al. (28).

✓ Troubles du sommeil

Près de 4 patients sur 10 signalent des troubles du sommeil. Ces résultats concordent avec ceux du Dr Sonia Ancoli-Israel(87,88), psychiatre à l'Université de Californie, qui notait dans sa revue de la littérature, de 30 à 75% de troubles du sommeil chez les patients cancéreux nouvellement diagnostiqués ou encore ceux de l'équipe de Savard avec 52% des patientes ayant un cancer du sein concernées(89). Notre étude apporte un regard sur cette problématique en France.

✓ Besoin kinésithérapique

Dans notre étude, plus de la moitié des patients présentent des symptômes justifiant une prise en charge kinésithérapique ; une problématique largement évoquée avec leur médecin traitant ($p<0,01$), notamment en cas de difficultés respiratoires ($p<0,01$). C'est probablement pour cela que dans près d'un tiers des cas, l'ordonnance de kinésithérapie a été rédigée par le médecin traitant.

✓ Besoin douleur

Plus d'un patient sur deux est douloureux, ce qui concorde avec les résultats de 2010 de l'enquête l'Inca (48% de patients douloureux)(90). Cependant, malgré ces douleurs, seul un tiers des patients s'estiment insatisfaits de leur traitement antalgique. L'INCa, en 2010, estimait que 62% des patients étaient sous-traités ; peut-on espérer une amélioration des pratiques en 8 ans ou craindre une certaine résignation à la douleur chez les patients ? Il est

certainement nécessaire d'améliorer l'évaluation de la douleur et la prise en charge antalgique.

✓ Besoin en soins palliatifs

Le besoin d'informations ne concerne qu'un patient sur six, bien moins que dans les études internationales(36) dont les chiffres oscillent de 36 à 70,7%. Les politiques d'intégration du patient dans sa prise en charge portent-elles leurs fruits ? Notre dépistage du besoin d'une intervention de l'équipe de soins palliatifs (52 patients (38,8%)) pourrait être précisé par la suite par la réalisation d'un score PALLIA 10 selon les recommandations de 2016 de l'AFSOS(91,92).

B. Facteurs influençant les besoins en soins de support

Tout comme Li et al. nous avons mis en évidence que le sexe n'a globalement pas d'influence sur le nombre de besoins différents ($p=0,58$)(38).

Cependant, les femmes signalent de façon statistiquement significative davantage de troubles du sommeil que les hommes, comme dans les données du Dr Ancoli-Israel(88,93,94). Elles semblent avoir plus de besoins dans le domaine psychologique et dans une moindre mesure dans le soulagement de la douleur. Ces résultats sont concordants avec ceux des études qui retrouvent une détresse psychologique plus importante chez les femmes que chez les hommes(49) ; de plus la dépression, en France, touche deux fois plus les femmes que les hommes(86). Du point de vue de la douleur, s'il n'y a pas de différence significative, les femmes pourraient être plus douloureuses ($p=0,32$) et sembler davantage insatisfaites de leur

traitement antalgique ($p=0,46$) alors que dans la littérature, les femmes sont davantage douloureuses que les hommes et leurs douleurs peuvent même être plus intenses (95).

Dans les autres catégories, aucune différence n'a été constatée ($p=1$).

Les études ont montré que les patients jeunes ont des besoins en soins de support plus importants que les autres(20,42,54). En 2005, on comptait 180 cas de cancers chez les femmes de moins de 30 ans pour 49 634 cas chez les patientes de plus de 30 ans et pour tous cancers confondus une incidence de 5 408 chez les moins de 30 ans dont 3 060 majeurs pour 313 972 après 30 ans. A l'échelle de notre étude, cela représenterait environ 1,2 patients de moins de 30 ans sur les 134(96). De façon cohérente, dans notre étude, seule une patiente a moins de 30 ans, cette catégorie étant sous-représentée, il n'était pas possible d'en tirer des conclusions. Elle a été intégrée au groupe des moins de 50 ans.

Dans notre étude, l'âge n'influence pas le nombre de besoins insatisfaits ($p=0,94$) mais il influe sur le type de besoin. En effet, les moins de 50 ans sont ceux qui manifestent le plus de troubles du sommeil ($p=0,036$). Dans le domaine social, de façon statistiquement significative, les moins de 50 ans et les plus de 75ans ont davantage de besoins ($p=0,022$). Les moins de 50 ans ont le plus souvent des personnes à charge et sont actifs professionnellement; les plus de 75 ans constituent une population plus fragile avec potentiellement des terrains polyopathologiques et un risque de dépendance accru, pouvant complexifier des situations sociales déjà fragiles. Les autres besoins ne sont pas impactés par l'âge.

Le type de cancer n'a pas d'impact sur la quantité de besoins en soins de support ($p=0,74$) comme le montre la littérature(37,38). Il semble par contre avoir une influence sur le type de besoins. Les patients ayant un cancer du sein ou gynécologique ont des besoins supérieurs

dans le domaine psychologique ($p=0,0019$). Il faut noter qu'il s'agit d'une population exclusivement féminine et que ces mêmes besoins ont tendance à être plus intenses chez les femmes. Tout comme dans la littérature(94), ses femmes ont tendance à avoir davantage de troubles du sommeil ($p=0,06$), tendance statistiquement significative quand on les corrèle au sexe des patients. L'anxiété prédit l'insomnie (97) ; ces symptômes sont donc liés. Le sexe et le type de cancer ont donc probablement une double influence et les femmes ayant un cancer du sein ou gynécologiques sont donc une population nécessitant une attention particulière dans ces domaines. Aucun patient de notre étude ayant un cancer digestif n'a manifesté de besoin psychologique.

Les patients ayant des cancers colorectaux, hépatobiliaires, pancréatiques, de l'estomac, du poumon, des VADS et de l'œsophage sont ceux ayant le plus souvent perdu du poids ($p=0,006$) sans qu'ils nécessitent significativement plus de prise en charge diététique ($p=0,57$) que les patients suivis pour une autre localisation tumorale et gênés par des troubles digestifs. En dehors du cancer du poumon, tous ces cancers touchent le tube digestif ou des organes intervenant dans la digestion. La Ligue nationale contre le cancer recommande de prendre des précautions nutritionnelles d'emblée devant ce type de cancer(98), avec un suivi diététique rapproché. Ces patients ne nécessitent peut-être pas plus une prise en charge diététique, car on peut imaginer que cette dernière est organisée de façon systématique en post-opératoire par exemple.

Les patients ayant un besoin en soins palliatifs (manque d'informations ou absence d'espoir de guérison) représentent 45% des patients ayant un cancer digestif, 38% de ceux atteints d'un cancer gynécologique ou du sein et enfin 26% de ceux ayant un cancer du poumon et des VADS ($p=0,09$). Les autres types de cancers semblent regrouper le plus de besoins en soins palliatifs ($p=0,09$) avec trois quarts des patients concernés.

Le type de cancer apparait comme n'ayant pas d'influence sur le vécu de la douleur ($p=0,96$) ni sur les besoins sociaux ($p=0,69$) ou en kinésithérapie ($p=0,42$).

De multiples études internationales (aucune étude en France) ont mis en évidence que les patients en situation de détresse psychologique présentent plus de besoins en soins de support insatisfaits (20,28,52,53,99), ce que nos résultats tendent à confirmer ($p=0,12$). Par ailleurs, les études montrent bien que ce lien est à double sens : l'anxiodépression augmente les besoins en soins de support, mais les besoins insatisfaits majorent la détresse psychologique(28).

L'âge ($p=0,94$), le sexe ($p=0,58$) et la localisation tumorale ($p=0,58$), contrairement à l'état psychologique des patients ($p=0,12$) ne montrent pas d'influence sur l'importance des besoins en soins de support insatisfaits. Cependant, le sexe et le type de cancer semblent influencer sur le type de besoin. En effet, les femmes ayant un cancer du sein ou gynécologique ont davantage de besoins psychologiques ($p=0,0019$) et ont tendance à signaler plus de troubles du sommeil ($p=0,06$).

C. Recours au médecin traitant

Les prises en charge ambulatoires sont privilégiées et les hospitalisations en service conventionnel qui amenaient à des comptes-rendus d'hospitalisation sont moins fréquentes. L'étude s'est déroulée dans des services ambulatoires ; les médecins traitants ne reçoivent systématiquement de compte-rendu que suite à la venue en hôpital de jour de soins oncologiques de support, ce qui ne facilite pas la communication ville-hôpital comme l'a

souligné la DRESS dans son étude en 2017(17). Ces difficultés de communication sont internationales : un vrai « programme de suivi » ne leur est envoyé que dans 9 % des cas en Italie(100) et 13% aux Etats-Unis(101).

Le nombre de consultations chez le médecin traitant a été analysé en fonction de l'âge, du sexe et de la localisation tumorale.

Comme dans l'étude épidémiologique d'Aline Hurtaud et al.(16), les patients ayant un cancer consultent davantage leur médecin traitant que le reste de la population, au moins deux fois plus, indifféremment du sexe ($p=0,91$), et du type de cancer ($p=0,89$). L'âge a tendance à influencer sur le nombre de consultations ($p=0,24$) : les patients de plus de 75 ans consultent davantage leur médecin traitant.

Cependant, une donnée diffère : un patient sur 8 de notre échantillon n'a pas consulté son médecin traitant durant le dernier trimestre et s'avère en rupture de soins avec celui-ci. Ce chiffre est deux fois moins important que les 25% retrouvés dans l'étude d'A. Hurtaud(16).

On constate que parmi ces consultations plus fréquentes, les besoins en soins de kinésithérapie, en « soins palliatifs » et les troubles du sommeil sont les thématiques significativement les plus abordées par les patients avec le médecin traitant. Dans un tiers des cas, c'est notamment lui qui rédige l'ordonnance de kinésithérapie. Ces soins sont le plus souvent réalisés en ville et le médecin généraliste rencontre le patient dans son environnement lui permettant d'observer des difficultés auxquelles il peut être confronté. Par ailleurs, le recours à un traitement hypnotique dans le cadre des troubles du sommeil est simple à mettre en place. Les patients consultent leur généraliste notamment pour chercher des réponses à leurs interrogations sur la maladie et les traitements. Il reformule et explique, autant que possible, à partir des informations, souvent incomplètes, dont il dispose. Les prises

en charge palliatives se font bien souvent à domicile, remplaçant le médecin traitant au centre des soins.

Comme dans l'étude par l'équipe de Thierry Delorme pour l'INCa(90), on remarque que le médecin hospitalier semble être le premier référent en terme de prise en charge de la douleur pour près de deux tiers des patients douloureux ($p=0,49$). Les besoins nutritionnels, sociaux, la prise en charge de la douleur ($p=1$ dans ces trois catégories) et les difficultés psychologiques ($p=0,66$) sont peu évoqués. Le manque de lisibilité de l'offre en soins de support, et le recours plus facile à une diététicienne, une assistante sociale ou une psychologue à l'hôpital peuvent expliquer que le patient se tourne moins vers le médecin traitant. Ce dernier ne peut prendre en charge les difficultés dont on ne lui parle pas. Il voit le patient dans sa globalité et dans son quotidien, l'impliquer dans le dépistage des besoins en soins de support serait pertinent. La facilité d'accès à certains professionnels des soins de support au niveau hospitalier mériterait de renforcer le dialogue ville-hôpital.

D. Couverture des besoins en soins de support

Après une analyse par des tests Chi2 de McNemar, on observe une couverture des besoins en soins de support améliorée avec un recours aux soins de support statistiquement significatif pour les besoins nutritionnels ($p<0,001$) et kinésithérapique ($p=0,002$) lors du second questionnaire. La couverture en soins de kinésithérapie relève dans un tiers des cas d'une prescription par le médecin traitant. On peut penser que le questionnaire a pu amener les patients à une réflexion et que n'étant pas orientés vers le spécialiste compétent par la structure hospitalière, ils ont sollicité leur médecin traitant ; particulièrement en cas de

difficultés respiratoires ($p < 0,001$). Concernant les autres besoins il n'y a pas eu d'amélioration de la prise en charge des besoins de façon statistiquement significative bien qu'on constate une tendance à une couverture également des besoins psychologiques et des troubles du sommeil ($p = 0,18$). Plus de la moitié des patients ayant un besoin psychologique et ayant initialement refusé une consultation spécialisée a finalement accepté de rencontrer psychiatre ou psychologue lors de la réévaluation. Dans les autres domaines, nous n'avons constaté une amélioration statistiquement significative de la couverture des besoins.

Ces données confirment la place du dépistage des besoins en soins de support à toutes les étapes de la maladie. Il doit être reproductible et répété : les besoins évoluent et les patients peuvent changer d'avis quant à la prise en charge de leurs besoins. Les difficultés persistant bien souvent dans l'après cancer(31), le dépistage doit pouvoir être réalisé à l'hôpital comme à la ville et même après la fin des traitements spécifiques. Un questionnaire standardisé, accessible à tous, patients et professionnels hospitaliers ou du domicile, serait idéal.

Peu de questionnaires ont été lus, mais nous avons obtenu des résultats statistiquement significatifs. En effet, la lecture du questionnaire a permis d'améliorer le recours au spécialiste des soins de support vers une diététicienne ($p = 0,005$) et l'équipe de soins palliatifs ($p = 0,004$). Les patients dont le questionnaire a été lu ont tendance à avoir été davantage pris en charge par un kinésithérapeute ($p = 0,197$), phénomène non retrouvé pour le recours à l'assistante sociale et l'expert de la douleur. La douleur est potentiellement prise en charge sans recours à ce dernier. Au niveau psychologique, on observe étonnement une tendance inverse ($p = 0,12$). En effet, les patients dont le questionnaire a été parcouru ont moins consulté un psychologue. Plusieurs hypothèses sont possibles : ces patients, enclins à

communiquer sur leurs difficultés, peuvent avoir sollicité d'eux-mêmes un psychologue sans passer par les soignants,. Leur donner la parole, leur permettre d'être entendus, de voir leurs besoins pris en compte, peut-il faire qu'ils n'aient plus ressenti le besoin de consulter un psychologue ? En ce sens, Hack et al. ont montré qu'un patient passif dans sa prise en charge a plus de besoins insatisfaits(102). Par ailleurs, plus de la moitié des patients ayant un besoin psychologique et ayant initialement refusé une prise en charge psychologique a secondairement accepté de rencontrer un spécialiste. Il est donc nécessaire de ne pas hésiter à reproposer une prise en charge aux patients même en cas de refus initial.

L'adressage aux professionnels en soins de support a été analysé également en fonction de l'identification de besoins, les résultats restent statistiquement significatifs quant au recours à une diététicienne ($p < 0,01$) et on observe une tendance pour celui à l'équipe de soins palliatifs ($p = 0,13$). Pour les autres spécialités, l'effectif étant encore plus réduit les résultats ne sont pas significatifs.

Notre étude présente certaines limites. Les inclusions se sont faites sur la base du volontariat : il est à craindre que les patients les moins à même d'évoquer leurs besoins en soins de support aient refusé d'y participer. Par ailleurs, bien qu'il réponde à notre objectif de nombre de sujets à inclure, notre échantillon comporte peu de sujets jeunes ce qui ne nous a pas permis d'obtenir de résultats statistiquement significatifs et la population des patients de moins de 30 ans justifiera une étude ciblée.

Il s'agit d'une population principalement constituée de femmes ayant un cancer du sein. Les autres types de cancer étant nettement moins représentés, il est plus difficile d'exploiter les données sur l'influence de la localisation tumorale. Nous avons néanmoins pu

mettre en évidence plusieurs corrélations fortes et dégager des tendances avec des besoins importants en soins de support chez les patients.

Un questionnaire d'autoévaluation est utile, même non lu par les professionnels hospitaliers. Il semble ouvrir le droit à exprimer des difficultés et à les transformer en besoin, et augmente le recours au médecin généraliste confirmant la complémentarité ville hôpital et la nécessité de renforcer les échanges dans les deux sens.

Conclusion

La littérature fait état de besoins en soins de support insatisfaits importants chez les patients ayant un cancer, mais pas ou peu de données étaient disponibles en France.

L'enquête prospective que nous avons menée nous a permis de réaliser un état des lieux des principaux besoins en soins de support : nutritionnel, social, psychologique, kinésithérapique, algologique et en soins palliatifs.

Nous avons retrouvé au moins un besoin insatisfait chez plus de deux tiers des patients (70,9%).

Le type de cancer, le sexe et l'âge n'influencent pas la quantité de besoins en soins de support contrairement à l'état psychologique des patients : les patients présentant des signes de dépression tendent à avoir davantage de besoins. Par ailleurs, la localisation tumorale et le sexe semblent avoir une influence sur le type de besoins. Les femmes ayant un cancer du sein ou gynécologique ont tendance à signaler plus de difficultés psychologiques et troubles du sommeil. Le dépistage systématique pourrait être effectué par un interrogatoire rapide.

Notre échantillon, bien que représentatif, ne comporte pas assez de sujets de moins de 30 ans pour obtenir des résultats statistiquement significatifs. De nombreuses études ayant montré des besoins accrus chez les sujets jeunes, une future étude pourrait se concentrer sur cette tranche d'âge, souvent regroupés sous le terme AJA (adolescents et jeunes adultes).

Il a été démontré que prendre en compte les besoins en soins de support des patients, en parallèle des traitements spécifiques du cancer, améliore leur qualité de vie et prolonge leur survie. Lors de la réévaluation à 4 à 6 semaines, nous avons pu établir le taux de

couverture de ces différents besoins. Les recours à la diététicienne et au kinésithérapeute, notamment grâce à la sollicitation du médecin traitant, ont été améliorés. Le questionnaire a permis au patient de prendre conscience de ses difficultés, sans les minimiser, de les exprimer et de solliciter de l'aide en conséquence. Par ailleurs, alors que peu de questionnaires ont été lus, nous avons pu obtenir quelques résultats statistiquement significatifs. Lorsque le questionnaire a été lu le recours à l'équipe de soins palliatifs a, en plus de celui des intervenants précédents, augmenté alors que celui du psychologue a paradoxalement diminué. Prendre en compte les difficultés de ces patients peut avoir diminué leur anxiété et par la même leurs besoins psychologiques, même si les troubles du sommeil persistent.

Un questionnaire d'autoévaluation s'avère utile ; la prise de connaissance par les professionnels hospitaliers facilite voire accélère le recours aux professionnels des soins de support. Il autorise la personne soignée à reconnaître et exprimer ses difficultés et à les transformer en besoin, et augmente le recours au médecin généraliste confirmant la complémentarité ville hôpital.

Cependant, on peut disposer d'un réseau solide d'intervenants en soins de support, mais sans dépistage organisé, les besoins des patients ne peuvent être correctement pris en charge. Pour ce faire, un dépistage reproductible et répété, à l'hôpital comme à la ville doit être mis en place et les données récoltées devraient pouvoir être traitées. Le manque de temps des équipes hospitalières et des médecins traitants compliquent le dépistage. Un questionnaire d'auto-évaluation est donc plus simple à réaliser. Qui plus est, le domaine de la e-santé ouvre des possibilités. Pourquoi ne pas envisager une application qui inclurait le

questionnaire et traiterai les résultats avec mise en place d'une alarme pour les soignants en cas de besoin détecté, éventuellement en lien avec l'équipe du réseau de cancérologie ?

Notre étude apporte un regard inédit sur la situation des soins de support en France. A l'aube du nouveau plan cancer, les avancées possibles sont nombreuses pour permettre d'améliorer encore la prise en charge de nos patients, en complémentarité entre la ville et l'hôpital, entre les médecins et les autres professionnels. La lisibilité de l'évaluation des besoins essentiels potentialisera la lisibilité de l'offre et son développement.

VU

Strasbourg, le...12...décembre 2019

Le président du Jury de Thèse

Professeur Gabriel Malouf



VU et approuvé

Strasbourg, le...12 DEC. 2019

Le Doyen de la Faculté de Médecine de Strasbourg

Professeur Jean SIBILIA



Bibliographie

1. Plan Cancer 2014-2019 - Ref : PLANKPNRT14 | Institut National Du Cancer [Internet]. Institut National du cancer. [cité 6 juin 2017]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Plan-Cancer-2014-2019>
2. Définition - Soins de support | Institut National Du Cancer [Internet]. Institut National du cancer. [cité 6 juin 2017]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Qualite-de-vie/Soins-de-support/Definition>
3. Que sont les soins de support ? - AFSOS [Internet]. Association Francophone des Soins Oncologiques de Support. [cité 14 nov 2017]. Disponible sur: <http://www.afsos.org/les-soins-de-support/mieux-vivre-cancer/>
4. Baromètre support | Infographie : Baromètre 2014 [Internet]. [cité 12 déc 2017]. Disponible sur: <http://www.barometresupport.org/actualites/analyses/infographie-barometre-2014.html>
5. Charte de Paris contre le cancer. In: Wikipédia [Internet]. 2017 [cité 21 sept 2019]. Disponible sur: https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Charte_de_Paris_contre_le_cancer&oldid=141293354
6. La Ligue contre le cancer en quelques dates clés [Internet]. Ligue contre le cancer. [cité 4 févr 2019]. Disponible sur: /article/26006_la-ligue-contre-le-cancer-en-quelques-dates-cles
7. Le Plan cancer 2003-2007 - Les Plans cancer de 2003 à 2013 [Internet]. [cité 16 févr 2019]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Plan-cancer/Les-Plans-cancer-de-2003-a-2013/Le-Plan-cancer-2003-2007>
8. Circulaire N° DHOS/SDO/2005/101 du 22 février 2005 relative à l'organisation des soins en cancérologie. févr 22, 2005.

9. Rapport DHOS juin 2004 Soins de support dans le plan cancer [Internet]. [cité 21 janv 2018]. Disponible sur: <http://www.oncolie.fr/wp-content/uploads/2009/08/Rapport-DHOS-juin2004-SS-dans-plan-cancer.pdf>
10. Haut Conseil de la Santé Publique Évaluation du plan cancer Rapport final Janvier 2009 [Internet]. [cité 21 sept 2019]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_cancer_230209.pdf
11. INCa. Plan cancer 2014-2019 : 4ème rapport au Président de la République Février 2018.
12. Cancers : les chiffres clés - Qu'est-ce qu'un cancer ? | Institut National Du Cancer [Internet]. [cité 27 nov 2017]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/Comprendre-prevenir-depister/Qu-est-ce-qu-un-cancer/Chiffres-cles>
13. Velten M. Estimations régionales et départementales d'incidence et de mortalité par cancers en France, 2007-2016 - Grand Est. 2019.
14. ameli.fr - Patientèle [Internet]. [cité 13 déc 2018]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/professionnels-de-sante-liberaux/patientele/patientele-des-medecins.php>
15. Godard J. Médecine générale et cancers. :18.
16. Hurtaud A, Aubin M, Ferrat E, Lebreton J, Paillaud E, Bastuji-Garin S, et al. Continuité des soins en médecine générale au diagnostic de cancer (COOC-GP study) : une étude de cohorte nationale sur 5840 patients. Rev D'Épidémiologie Santé Publique. 1 mai 2018;66:S185.
17. Rey D, Lescher S, Verger P, Zaytseva A. Suivi des patients atteints de cancer : les généralistes favorables à des échanges renforcés avec l'hôpital [Internet]. 2017 [cité 13 déc 2018]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1034.pdf>

18. Ellegaard M-BB, Grau C, Zachariae R, Bonde Jensen A. Fear of cancer recurrence and unmet needs among breast cancer survivors in the first five years. A cross-sectional study. *Acta Oncol Stockh Swed.* févr 2017;56(2):314-20.
19. Jabbarzadeh Tabrizi F, Rahmani A, Asghari Jafarabadi M, Jasemi M, Allahbakhshian A. Unmet Supportive Care Needs of Iranian Cancer Patients and its Related Factors. *J Caring Sci.* 1 déc 2016;5(4):307-16.
20. Molassiotis A, Brunton L, Hodgetts J, Green AC, Beesley VL, Mulatero C, et al. Prevalence and correlates of unmet supportive care needs in patients with resected invasive cutaneous melanoma. *Ann Oncol.* 1 oct 2014;25(10):2052-8.
21. Hetz S, Tomasone JR. Besoins en soins de soutien, au Canada, des survivants du mélanome et des individus atteints de cette pathologie. *Can Oncol Nurs J Rev Can Soins Infirm En Oncol.* 2012;22(4):252-6.
22. Sanders SL, Bantum EO, Owen JE, Thornton AA, Stanton AL. Supportive care needs in patients with lung cancer. *Psychooncology.* mai 2010;19(5):480-9.
23. Rosenberger C, Höcker A, Cartus M, Schulz-Kindermann F, Härter M, Mehnert A. Angehörige und Patienten in der ambulanten psychoonkologischen Versorgung: Zugangswege, psychische Belastungen und Unterstützungsbedürfnisse. *PPmP - Psychother · Psychosom · Med Psychol.* mai 2012;62(05):185-94.
24. Lam WWT, Au AHY, Wong JHF, Lehmann C, Koch U, Fielding R, et al. Unmet supportive care needs: a cross-cultural comparison between Hong Kong Chinese and German Caucasian women with breast cancer. *Breast Cancer Res Treat.* nov 2011;130(2):531-41.
25. McDowell ME, Occhipinti S, Ferguson M, Dunn J, Chambers SK. Predictors of change in unmet supportive care needs in cancer. *Psychooncology.* mai 2010;19(5):508-16.

26. Minstrell M, Winzenberg T, Rankin N, Hughes C, Walker J. Supportive care of rural women with breast cancer in Tasmania, Australia: changing needs over time. *Psychooncology*. janv 2008;17(1):58-65.
27. Beesley V, Eakin E, Steginga S, Aitken J, Dunn J, Battistutta D. Unmet needs of gynaecological cancer survivors: implications for developing community support services. *Psychooncology*. avr 2008;17(4):392-400.
28. Oberoi D, White VM, Seymour JF, Miles Prince H, Harrison S, Jefford M, et al. The influence of unmet supportive care needs on anxiety and depression during cancer treatment and beyond: a longitudinal study of survivors of haematological cancers. *Support Care Cancer Off J Multinatl Assoc Support Care Cancer*. 30 juin 2017;10.
29. Rainbird K, Perkins J, Sanson-Fisher R, Rolfe I, Anseline P. The needs of patients with advanced, incurable cancer. *Br J Cancer*. 1 sept 2009;101(5):759-64.
30. Pigott C, Pollard A, Thomson K, Aranda S. Unmet needs in cancer patients: development of a supportive needs screening tool (SNST). *Support Care Cancer*. 1 janv 2009;17(1):33-45.
31. Peretti-Watel P. VICAN2 : Etude transversale sur la vie deux ans après le cancer.
32. Bendiane M-K, Janah A, Cortaredona S, Bouhnik A-D, Peretti-Watel P. Accès aux soins palliatifs et aux antalgiques quatre ans après un diagnostic de cancer données du dispositif VICAN (Vie après un CANcer). Congrès annuel de la SFAP, Dijon6; 2016 juin 16.
33. Bouhnik A-D, Bendiane M-K, Cortaredona S, Teyssier LS, Rey D, Berenger C, et al. The labour market, psychosocial outcomes and health conditions in cancer survivors: protocol for a nationwide longitudinal survey 2 and 5 years after cancer diagnosis (the VICAN survey). *BMJ Open*. 1 mars 2015;5(3):e005971.

34. Alleaume C, Bouhnik A-D, Bendiane M-K, Rey D, Davin B, Marino P, et al. Inégalités de genre sur le marché du travail en France : quand la maladie s'en mêle. Résultats des données enquêtes VICAN (Vie après le CANcer). Congrès International des Sociologues de Langue Française; 2016 juill; Montréal.
35. Barg FK, Cronholm PF, Straton JB, Keddem S, Knott K, Grater J, et al. Unmet psychosocial needs of Pennsylvanians with cancer: 1986–2005. *Cancer*. 2007;110(3):631-9.
36. Okediji PT, Salako O, Fatiregun OO. Pattern and Predictors of Unmet Supportive Care Needs in Cancer Patients. *Cureus*. 9 mai 2017;9(5):e1234.
37. Corroller-Soriano A-GL, Bouhnik A-D, Preau M, Malavolti L, Julian-Reynier C, Auquier P, et al. Does cancer survivors' health-related quality of life depend on cancer type? Findings from a large French national sample 2 years after cancer diagnosis. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 20 déc 2010;20(1):132-40.
38. Li WWY, Lam WWT, Au AHY, Ye M, Law WL, Poon J, et al. Interpreting differences in patterns of supportive care needs between patients with breast cancer and patients with colorectal cancer. *Psychooncology*. 2013;22(4):792-8.
39. Barbaret C, Delgado-Guay MO, Sanchez S, Brosse C, Ruer M, Monsarrat L, et al. Inequalities in Financial Distress, Symptoms, and Quality of Life Among Patients with Advanced Cancer in France and the U.S. *The Oncologist*. 15 mars 2019;theoncologist.2018-0353.
40. ACTION Study Group. Health-related quality of life and psychological distress among cancer survivors in Southeast Asia: results from a longitudinal study in eight low- and middle-income countries. *BMC Med*. 13 janv 2017;15(1):10.

41. Fiszler C, Dolbeault S, Sultan S, Brédart A. Prevalence, intensity, and predictors of the supportive care needs of women diagnosed with breast cancer: a systematic review. *Psychooncology*. 1 avr 2014;23(4):361-74.
42. Smith DP, Supramaniam R, King MT, Ward J, Berry M, Armstrong BK. Age, Health, and Education Determine Supportive Care Needs of Men Younger Than 70 Years With Prostate Cancer. *J Clin Oncol*. 20 juin 2007;25(18):2560-6.
43. Doubova SV, Casales-Hernández MG, Perez-Cuevas R. Supportive Care Needs and Association With Quality of Life of Mexican Adults With Solid Cancers: *Cancer Nurs*. avr 2017;1.
44. Niksic M, Racht B, Warburton FG, Wardle J, Ramirez AJ, Forbes LJJ. Cancer symptom awareness and barriers to symptomatic presentation in England—are we clear on cancer? *Br J Cancer*. 28 juill 2015;113(3):533-42.
45. Morrison V, Henderson BJ, Zinovieff F, Davies G, Cartmell R, Hall A, et al. Common, important, and unmet needs of cancer outpatients. *Eur J Oncol Nurs Off J Eur Oncol Nurs Soc*. avr 2012;16(2):115-23.
46. Sanson-Fisher R, Girgis A, Boyes A, Bonevski B, Burton L, Cook P, et al. The unmet supportive care needs of patients with cancer. *Cancer*. 1 janv 2000;88(1):226-37.
47. McIlmurray MB, Thomas C, Francis B, Morris S, Soothill K, Al-Hamad A. The psychosocial needs of cancer patients: findings from an observational study. *Eur J Cancer Care (Engl)*. déc 2001;10(4):261-9.
48. Clarke S-A, Booth L, Velikova G, Hewison J. Social Support: Gender Differences in Cancer Patients in the United Kingdom. *Cancer Nurs*. 1 janv 2006;29(1):66-72.

49. Hagedoorn M, Buunk BP, Kuijjer RG, Wobbles T, Sanderman R. Couples dealing with cancer: role and gender differences regarding psychological distress and quality of life. *Psychooncology*. juin 2000;9(3):232-42.
50. Sheth N, Sarker SJ, Harries M, Healy C, Russell-Jones R, Acland K. Predictors of patient satisfaction with initial diagnosis and management of malignant melanoma. *Clin Exp Dermatol*. 2010;35(6):599-602.
51. Hodgkinson K, Butow P, Hunt GE, Wyse R, Hobbs KM, Wain G. Life after cancer: couples' and partners' psychological adjustment and supportive care needs. *Support Care Cancer*. 1 avr 2007;15(4):405-15.
52. Hodgkinson K, Butow P, Hunt GE, Pendlebury S, Hobbs KM, Wain G. Breast cancer survivors' supportive care needs 2-10 years after diagnosis. *Support Care Cancer Off J Multinatl Assoc Support Care Cancer*. mai 2007;15(5):515-23.
53. Hodgkinson K, Butow P, Fuchs A, Hunt GE, Stenlake A, Hobbs KM, et al. Long-term survival from gynecologic cancer: psychosocial outcomes, supportive care needs and positive outcomes. *Gynecol Oncol*. févr 2007;104(2):381-9.
54. Champion VL, Wagner LI, Monahan PO, Daggy J, Smith L, Cohee A, et al. Comparison of younger and older breast cancer survivors and age-matched controls on specific and overall QoL domains. *Cancer*. 1 août 2014;120(15):2237-46.
55. Husson O, Mols F, van de Poll-Franse LV. The relation between information provision and health-related quality of life, anxiety and depression among cancer survivors: a systematic review. *Ann Oncol Off J Eur Soc Med Oncol*. avr 2011;22(4):761-72.
56. Park B-W, Hwang SY. Unmet Needs and Their Relationship with Quality of Life among Women with Recurrent Breast Cancer. *J Breast Cancer*. déc 2012;15(4):454-61.

57. Rosenbaum E, Gautier H, Fobair P, Neri E, Festa B, Hawn M, et al. Cancer supportive care, improving the quality of life for cancer patients. A program evaluation report. *Support Care Cancer*. 1 mai 2004;12(5):293-301.
58. Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, Gallagher ER, Admane S, Jackson VA, et al. Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *N Engl J Med*. 19 août 2010;363(8):733-42.
59. Andersen BL, Yang H-C, Farrar WB, Golden-Kreutz DM, Emery CF, Thornton LM, et al. Psychologic Intervention Improves Survival for Breast Cancer Patients. *Cancer*. 15 déc 2008;113(12):3450-8.
60. Dalal S, Palla S, Hui D, Nguyen L, Chacko R, Li Z, et al. Association Between a Name Change from Palliative to Supportive Care and the Timing of Patient Referrals at a Comprehensive Cancer Center. *The Oncologist*. janv 2011;16(1):105-11.
61. Babin E, Heutte N, Grandazzi G, Prévost V, Robard L. Qualité de vie des patients et soins de support en cancérologie des VADS. *Bull Cancer (Paris)*. mai 2014;101(5):505-10.
62. Akechi T, Okuyama T, Endo C, Sagawa R, Uchida M, Nakaguchi T, et al. Patient's perceived need and psychological distress and/or quality of life in ambulatory breast cancer patients in Japan. *Psychooncology*. mai 2011;20(5):497-505.
63. Bandieri E, Banchelli F, Artioli F, Mucciarini C, Razzini G, Cruciani M, et al. Early versus delayed palliative/supportive care in advanced cancer: an observational study. *BMJ Support Palliat Care*. 14 juin 2019;bmjspcare-2019-001794.
64. El-Jawahri A, Greer JA, Temel JS. Does palliative care improve outcomes for patients with incurable illness? A review of the evidence. *J Support Oncol*. juin 2011;9(3):87-94.

65. McDonald J, Swami N, Hannon B, Lo C, Pope A, Oza A, et al. Impact of early palliative care on caregivers of patients with advanced cancer: cluster randomised trial. *Ann Oncol Off J Eur Soc Med Oncol*. 01 2017;28(1):163-8.
66. Colombat P, Antoun S, Aubry R, Banterla-Dadon I, Barruel F, Bonel J-M, et al. A propos de la mise en place des soins de support en oncologie: pistes de réflexions et propositions. *Hématologie*. 2009;15(1):72–90.
67. Bruera E, Hui D. Integrating Supportive and Palliative Care in the Trajectory of Cancer: Establishing Goals and Models of Care. *J Clin Oncol*. 26 juill 2010;28(25):4013-7.
68. Davis MP, Bruera E, Morganstern D. Early integration of palliative and supportive care in the cancer continuum: challenges and opportunities. *Am Soc Clin Oncol Educ Book Am Soc Clin Oncol Meet*. 2013;144-50.
69. Ferrell BR, Temel JS, Temin S, Alesi ER, Balboni TA, Basch EM, et al. Integration of Palliative Care Into Standard Oncology Care: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Update. *J Clin Oncol*. 28 oct 2016;35(1):96-112.
70. Bakitas MA, Tosteson TD, Li Z, Lyons KD, Hull JG, Li Z, et al. Early Versus Delayed Initiation of Concurrent Palliative Oncology Care: Patient Outcomes in the ENABLE III Randomized Controlled Trial. *J Clin Oncol*. 1 mai 2015;33(13):1438-45.
71. Wieldraaijer T, Duineveld L a. M, van Asselt KM, van Geloven A a. W, Bemelman WA, van Weert HCPM, et al. Follow-up of colon cancer patients; causes of distress and need for supportive care: Results from the ICARE Cohort Study. *Eur J Surg Oncol J Eur Soc Surg Oncol Br Assoc Surg Oncol*. janv 2017;43(1):118-25.
72. Richardson A, Medina J, Brown V, Sitzia J. Patients' needs assessment in cancer care: a review of assessment tools. *Support Care Cancer*. 1 oct 2007;15(10):1125-44.

73. Vivat B, Young T e., Winstanley J, Arraras J i., Black K, Boyle F, et al. The international phase 4 validation study of the EORTC QLQ-SWB32: A stand-alone measure of spiritual well-being for people receiving palliative care for cancer. *Eur J Cancer Care (Engl)*. :n/a-n/a.
74. Hui D, Anderson L, Tang M, Park M, Liu D, Bruera E. Examination of referral criteria for outpatient palliative care among patients with advanced cancer. *Support Care Cancer* [Internet]. 1 mai 2019 [cité 22 juin 2019]; Disponible sur: <https://doi.org/10.1007/s00520-019-04811-3>
75. Evaluation des symptômes - Echelle ESAS [Internet]. [cité 22 juin 2019]. Disponible sur: <http://aspm-reseauwospel.fr/docprof/Evaluation-des-symptomes-ESAS.pdf>
76. Dolbeault S, Boistard B, Meuric J, Copel L, Brédart A. Screening for distress and supportive care needs during the initial phase of the care process: a qualitative description of a clinical pilot experiment in a French cancer center. *Psychooncology*. 1 juin 2011;20(6):585-93.
77. Carlson LE, Waller A, Mitchell AJ. Screening for Distress and Unmet Needs in Patients With Cancer: Review and Recommendations. *J Clin Oncol*. 10 avr 2012;30(11):1160-77.
78. Fadul N, Elsayem A, Palmer JL, Del Fabbro E, Swint K, Li Z, et al. Supportive versus palliative care: What's in a name?: A survey of medical oncologists and midlevel providers at a comprehensive cancer center. *Cancer*. 1 mai 2009;115(9):2013-21.
79. Rhondali W, Burt S, Wittenberg-Lyles E, Bruera E, Dalal S. Medical oncologists' perception of palliative care programs and the impact of name change to supportive care on communication with patients during the referral process. A qualitative study. *Palliat Support Care*. oct 2013;11(5):397-404.
80. Grille d'évaluation du « Performance status de l'OMS » [Internet]. [cité 2 oct 2017]. Disponible sur: <http://www.antalvite.fr/pdf/SCORE%20OMS.pdf>

81. Échelles cliniques de la dyspnée - Respir [Internet]. 2006 [cité 3 oct 2017]. Disponible sur: <http://www.respir.com/doc/abonne/seméiologie/dyspnee/SemeioDyspneeEchelles.asp>
82. De Meyere M. Un questionnaire ultracourt de dépistage de la dépression valide en première ligne de soins ? [Internet]. Minerva Website. 2008 [cité 12 sept 2017]. Disponible sur: <http://www.minerva-ebm.be/FR/Article/548>
83. Griesser A-C, Vlastos G, Morel L, Beaume C, Sappino A-P, Haller G. Socio-demographic predictors of high support needs in newly diagnosed breast cancer patients. *Eur J Cancer Care (Engl)*. juill 2011;20(4):466-74.
84. Arroll B, Smith FG, Kerse N, Fishman T, Gunn J. Effect of the addition of a “help” question to two screening questions on specificity for diagnosis of depression in general practice: diagnostic validity study. *BMJ*. 13 oct 2005;331(7521):884.
85. Akechi T, Okuyama T, Sugawara Y, Shima Y, Furukawa TA, Uchitomi Y. Screening for Depression in Terminally Ill Cancer Patients in Japan. *J Pain Symptom Manage*. 1 janv 2006;31(1):5-12.
86. Dépression [Internet]. Inserm - La science pour la santé. [cité 20 août 2019]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/depression>
87. Ancoli-Israel Sonia, Moore PJ, Jones V. The relationship between fatigue and sleep in cancer patients: a review. *Eur J Cancer Care (Engl)*. déc 2001;10(4):245-55.
88. Fiorentino L, Ancoli-Israel S. Sleep Dysfunction in Patients with Cancer. *Curr Treat Options Neurol*. sept 2007;9(5):337-46.
89. Savard J, Simard S, Blanchet J, Ivers H, Morin CM. Prevalence, Clinical Characteristics, and Risk Factors for Insomnia in the Context of Breast Cancer. *Sleep*. 1 août 2001;24(5):583-90.

90. Delorme DT. Douleur du cancer : quelles sont les problématiques identifiées par l'enquête réalisée en France en 2010 ? :23.
91. Molin Y, Gallay C, Gautier J, Lardy-Cleaud A, Mayet R, Grach M, et al. PALLIA-10, a screening tool to identify patients needing palliative care referral in comprehensive cancer centers: A prospective multicentric study (PREPA-10). *Cancer Med.* 4 mai 2019;8(6):2950-61.
92. Grille d'évaluation Pallia 10 : quand avoir recours à une équipe de soins palliatifs? [Internet]. [cité 14 sept 2017]. Disponible sur: <http://www.sfap.org/system/files/pallia10.pdf>
93. Fiorentino L, Ancoli-Israel S. Insomnia and its Treatment in Women with Breast Cancer. *Sleep Med Rev.* déc 2006;10(6):419-29.
94. Ancoli-Israel S, Liu L, Rissling M, Natarajan L, Neikrug AB, Palmer BW, et al. Sleep, Fatigue, Depression and Circadian Activity Rhythms in Women with Breast Cancer Before and After Treatment: A 1-year longitudinal study. *Support Care Cancer Off J Multinatl Assoc Support Care Cancer.* sept 2014;22(9):2535-45.
95. Fillingim RB, King CD, Ribeiro-Dasilva MC, Rahim-Williams B, Riley JL. Sex, Gender, and Pain: A Review of Recent Clinical and Experimental Findings. *J Pain Off J Am Pain Soc.* mai 2009;10(5):447-85.
96. Institut de Veille Sanitaire. Estimation nationale de l'incidence des cancers de 1980 à 2005 - Répartition par âge en 2005 : Nombre de cas [Internet]. [cité 8 févr 2019]. Disponible sur: http://invs.santepubliquefrance.fr//surveillance/cancers/estimations_cancers/donnees_generales/repar_age.htm
97. Trudel-Fitzgerald C, Savard J, Ivers H. Which Symptoms Come First? Exploration of Temporal Relationships Between Cancer-Related Symptoms over an 18-Month Period. *Ann Behav Med.* 1 juin 2013;45(3):329-37.

98. L'alimentation de l'adulte traité pour un cancer Quelques conseils pratiques - La Ligue Nationale contre le cancer.
99. Baudry A-S, Lelorain S, Mahieuxe M, Christophe V. Impact of emotional competence on supportive care needs, anxiety and depression symptoms of cancer patients: a multiple mediation model. *Support Care Cancer*. 4 août 2017;1-8.
100. Numico G, Pinto C, Gori S, Ucci G, Di Maio M, Cancian M, et al. Clinical and Organizational Issues in the Management of Surviving Breast and Colorectal Cancer Patients: Attitudes and Feelings of Medical Oncologists. *PLoS ONE* [Internet]. 1 juill 2014 [cité 23 sept 2019];9(7). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4077745/>
101. Forsythe LP, Parry C, Alfano CM, Kent EE, Leach CR, Haggstrom DA, et al. Use of Survivorship Care Plans in the United States: Associations With Survivorship Care. *JNCI J Natl Cancer Inst*. 16 oct 2013;105(20):1579-87.
102. Hack TF, Pickles T, Ruether JD, Weir L, Bultz BD, Mackey J, et al. Predictors of distress and quality of life in patients undergoing cancer therapy: impact of treatment type and decisional role. *Psychooncology*. juin 2010;19(6):606-16.

Annexes

Annexe 1 : Questionnaire 1

Annexe 2 : Questionnaire 2

Annexe 3 : Fiche de dépistage des besoins en soins de support – AFSOS et réseaux de cancérologie

Annexe 4 : Fiche sociale de l'INCa

Annexe 5 : Note d'information destinée aux personnes participant au protocole de recherche interventionnel DBSOS et attestation de consentement

Annexe 6 : Déclaration d'Helsinki de l'Association Médicale Mondiale

Annexe 7 : Avis du CPP

Annexe 8 : Score PALLIA 10

Annexe 9 : Déclaration sur l'honneur

ANNEXE 1 : Questionnaire 1

Pour **améliorer la prise en compte de vos difficultés**, nous vous soumettons ce questionnaire qui sera secondairement anonymisé.

Date :

Service :

Nom :

Prénom :

Âge : Moins de 30 ans De 30 à 49 ans De 50 à 74 ans Plus de 75 ans

Nombre de consultations chez votre médecin traitant les 3 derniers mois : 0 1 à 2 ≥3

EVALUATION NUTRITIONNELLE :

1. **Poids actuel :** _____ kg **Poids habituel :** _____ kg **Taille :** _____ cm

2. **Votre appétit est :** Augmenté ? Stable ? Diminué ? Nul (perte totale d'appétit) ?

3. **Le goût et/ou les odeurs des aliments sont :** Agréables ? Désagréables ?

4. **Rencontrez-vous des difficultés pour mâcher ?** oui non

5. **Rencontrez-vous des difficultés pour avaler ?** oui non

6. **Avez-vous des nausées ou des hauts le cœur ?** oui non

7. **Avez-vous des vomissements ?** oui non

8. **Vos selles sont :**

- Plus fréquentes ? Moins fréquentes ? Normales ?
- Dures ? Molles ? Liquides ? Normales ?

9. **Êtes-vous suivi(e) par une diététicienne ?** oui non

10. **En avez-vous discuté avec votre médecin traitant ?** oui non

EVALUATION SOCIALE :

11. **Vivez-vous seul(e) ?** oui non

12. **Avez-vous une personne à charge ?** oui non

Si oui, voulez-vous préciser :

parent conjoint enfant autre

13. **Rencontrez-vous des difficultés professionnelles ?** oui non

14. **Rencontrez-vous des difficultés dans la gestion du quotidien ?**

- Pour faire le ménage ? oui non
- Pour faire les courses ? oui non
- Pour préparer les repas ? oui non
- Pour gérer vos comptes ? oui non

15. Etes-vous aidé(e) par votre entourage en cas de besoin ? oui non
16. Craignez-vous que la maladie déstabilise votre situation financière ? oui non
17. Avez-vous déjà rencontré une assistante sociale ? oui non
18. Avez-vous discuté de ces difficultés avec votre médecin traitant ? oui non

EVALUATION PSYCHOLOGIQUE :

19. Durant le mois écoulé, avez-vous été perturbé(e) par un « cafard », une déprime, une perte d'espoir ?
 oui non
20. Durant le mois écoulé, avez-vous été souvent perturbé(e) par peu d'intérêt ou de plaisir dans vos activités ? oui non
21. Désirez-vous être aidé(e) ? oui non
22. Avez-vous déjà été aidé(e) par un psychologue ou psychiatre ? oui non
23. Au cours du mois dernier, comment évalueriez-vous globalement la qualité de votre sommeil ?
 très bonne assez bonne assez mauvaise très mauvaise
24. En avez-vous discuté avec votre médecin traitant ? oui non

EVALUATION KINESITHERAPIQUE :

25. Etes-vous alité ou au fauteuil plus de 50% du temps de veille ? oui non
26. Avez-vous des œdèmes ? oui non
27. Avez-vous des difficultés pour vous lever et/ou vous déplacer ? oui non
Si oui :
 un peu moyennement beaucoup énormément : alitement permanent
28. Avez-vous des difficultés à respirer ? oui non
Si oui : un peu : difficultés à respirer à la montée deux étages
 moyennement : difficultés à respirer à la marche rapide ou à la montée d'un étage
 beaucoup : difficultés à respirer à la marche normale
 énormément : difficultés à respirer ne permettant aucun effort possible et/ou au repos
29. Vous sentez-vous encombré(e) ? oui non
Si oui : un peu moyennement beaucoup énormément
30. Etes-vous pris en charge par un kinésithérapeute ? oui non
31. En avez-vous discuté avec votre médecin traitant ? oui non

EVALUATION DE LA DOULEUR :

32. Avez-vous des douleurs ? oui non

Si oui, quelle est leur intensité au cours des dernières 24 heures : (entourer la réponse correspondante)

- Intensité minimale ?

- Intensité maximale ?

- Intensité nocturne ?

Pas de Douleur	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Douleur maximale imaginable
----------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------------------------

Pas de Douleur	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Douleur maximale imaginable
Pas de Douleur	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Douleur maximale imaginable

33. Etes-vous satisfait(e) de votre traitement contre la douleur? oui non

34. En avez-vous parlé au médecin hospitalier? oui non

35. En avez-vous discuté avec votre médecin traitant ? oui non

EVALUATION DES BESOINS EN SOINS PALLIATIFS :

36. Pensez-vous guérir de votre maladie ? oui non ne sais pas

37. Vous estimez vous suffisamment informés :

- sur votre maladie ? oui non

- sur vos traitements ? oui non

38. En avez-vous parlé avec votre ou vos proche(s) ? oui non

39. En avez-vous discuté avec votre médecin traitant ? oui non

40. Si vous pensez ne pas guérir, estimez-vous que l'équipe soignante en fait :

Trop ? Juste ce qu'il faut ? Pas assez ?

41. Etes-vous suivi par une équipe de soins palliatifs ? Oui Non

Si oui, est-ce : Au Centre Paul Strauss ? A domicile ? Dans une autre structure de soins ?

Je vous remercie d'avoir participé à ce questionnaire.

Partie réservée aux professionnels du service :

Ce questionnaire a été lu par :

l'aide soignante l'infirmier(e) le médecin du service autre

Le patient a été adressé à :

une diététicienne une assistante sociale un kinésithérapeute un psychologue

EMSA Autre

ANNEXE 2 : Questionnaire 2

**Dépistage des besoins en soins de support
Hétéroévaluation téléphonique après six semaines**

Date :

Numéro :

Nom :

Prénom :

Evaluation nutritionnelle :**1. Vous a-t-on proposé de rencontrer un(e) diététicien(ne) ?** oui non**2. Si oui avez-vous accepté ?** oui non**3. Avez-vous rencontré un(e) diététicien(ne) ?** oui nonSi oui, où était-ce : au Centre Paul Strauss ? à domicile ? dans une autre structure ?**4. Si oui, qu'est-ce qui a été mis en place :**

- Des conseils nutritionnels ? oui non
- Des compléments alimentaires (CNO) ? oui non
- Une nutrition entérale ? oui non
- Une nutrition parentérale ? oui non

5. Si vous n'avez pas rencontré de diététicienne, le souhaiteriez-vous ? oui non**Evaluation sociale :****6. Vous a-t-on proposé de rencontrer une assistante sociale ?** oui non**7. Si oui, avez-vous accepté ?** oui non**8. Avez-vous rencontré une assistante sociale ?** oui nonSi oui, était-ce : au Centre Paul Strauss ? dans une autre structure ?

9. Si oui, quelles aides ont été mises en place ?

- portage de repas aide-ménagère aide financière consultation avec le médecin du travail
 autre(s) :
-
-
-

10. Si vous n'avez pas rencontré d'assistante sociale, le souhaiteriez-vous ?

- oui non

Evaluation psychologique :**11. Vous a-t-on proposé de rencontrer une psychologue ?**

- oui non

12. Si oui, avez-vous accepté ?

- oui non

13. Avez-vous rencontré une psychologue ou un psychiatre ?

- oui non

14. Si oui, l'avez-vous vu :

- une fois ? Plusieurs fois ?

15. Où était-ce :

- au Centre Paul Strauss ? dans une autre structure ?

16. Si non, souhaiteriez-vous rencontrer une psychologue ?

- oui non

17. Au cours du mois dernier, comment évalueriez vous globalement la qualité de votre sommeil ?

- très bonne assez bonne assez mauvaise très mauvaise

18. Un traitement pour faciliter le sommeil vous a-t-il été prescrit ?

- oui non

Evaluation kinésithérapique :**19. Vous a-t-on proposé de rencontrer un kinésithérapeute ?**

- oui non

20. Si oui, avez-vous accepté ?

- oui non

21. Avez-vous fait des séances kinésithérapie ? oui non**22. Si oui, était-ce :** au Centre Paul Strauss ? à domicile ? Au cabinet ?**23. Le kinésithérapeute était-il disponible ?** oui non**24. Qui a rédigé l'ordonnance :** votre médecin traitant? un médecin hospitalier ?**25. Etes-vous alité ou au fauteuil plus de 50% du temps ?** oui non**26. Avez-vous des œdèmes ?** oui non**27. Avez-vous des difficultés pour vous lever et/ou vous déplacer ?** oui nonSi oui : un peu moyennement beaucoup énormément : alitement permanent**28. Avez-vous des difficultés à respirer ?** oui nonSi oui : un peu : à la montée de deux étages moyennement : à la marche rapide ou après un étage beaucoup : à la marche normale énormément : aucun effort possible ou au repos**29. Vous sentez-vous encombré(e) ?** oui nonSi oui : un peu moyennement beaucoup énormément**30. Si vous n'avez pas fait de séances de kinésithérapie, le souhaiteriez-vous ?** oui non**Evaluation de la douleur :****31. Avez-vous des douleurs ?** oui non**32. Si oui, quelle est leur intensité lors des dernières 24 heures : (entourer la réponse correspondante)**

- Intensité minimale ?

Pas de Douleur	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Douleur maximale imaginable
----------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------------------------

Pas de Douleur	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Douleur maximale imaginable
----------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------------------------

- Intensité maximale ?
- Intensité nocturne ?

Pas de Douleur	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Douleur maximale imaginable
-------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------------------------------

33. Etes-vous satisfait(e) de votre traitement ?

oui non

34. En avez-vous parlé à votre médecin ?

oui non

Si oui, était-ce : votre médecin traitant ? un médecin hospitalier ?

35. Avez-vous rencontré un spécialiste de la douleur ?

oui non

Si oui, était-ce : au Centre Paul Strauss ? au domicile ? dans une autre structure ?

36. Si non, le souhaiteriez-vous ?

oui non

Evaluation des besoins en soins palliatifs :

37. Êtes-vous suivi par une équipe de soins palliatifs ?

oui non

Si oui, est-ce :

au Centre Paul Strauss ? au domicile ? dans une autre structure de soins ?

38. Si non, le souhaiteriez-vous ?

oui non

Merci pour votre participation.

Avez-vous des remarques ?

ANNEXE 3 : Fiche d'évaluation des besoins en soins de support – AFSOS et réseaux de cancérologie

Recueil de données soins de support

Initial Pendant traitement

Nom- prénom
Date de naissance

Date :
Réalisé par (Nom)
Fonction

DOULEUR		OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
Si oui : Perturbe-t-elle le sommeil ?		OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
Perturbe-t-elle les activités habituelles ?		OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
EN (dernière semaine)	Moyenne :	Minimum :	Maximum :
Traitement :			
<i>Patient orienté vers</i> Autre (coordonnées) <input type="checkbox"/>		Médecin traitant <input type="checkbox"/>	Oncologue <input type="checkbox"/>

NUTRITION		OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
Avez-vous perdu du poids depuis 6 mois ?		OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
Présentez-vous une anorexie, des nausées, vomissements ?		OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
Avez-vous des troubles de la déglutition ou mastication ?		OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
Prenez-vous des compléments alimentaires :		OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
<i>Patient orienté vers</i>	Médecin traitant <input type="checkbox"/>	Nutritionniste (coordonnées) <input type="checkbox"/>	
Autre (coordonnées) <input type="checkbox"/>		Diététicienne (coordonnées) <input type="checkbox"/>	

PSYCHOLOGIE		OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
Avez-vous des antécédents de dépression ?		OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
Avez-vous déjà bénéficié d'une prise en charge psychologique ?		OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
Êtes-vous demandeur d'un soutien psychologique ?		OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
Soutien psychologique proposé :		OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
Le patient refuse <input type="checkbox"/>		accepte <input type="checkbox"/>	en attente <input type="checkbox"/>
<i>Patient orienté vers (coordonnées)</i>			

REEDUCATION ET READAPTATION FONCTIONNELLE

Vous sentez-vous fatigué ? OUI NON

Avez-vous des difficultés à maintenir votre activité physique habituelle? OUI NON

Avez-vous perdu une ou des capacités ? OUI NON

(ex : voir, parler, marcher, avaler, entendre.....)

Avez-vous eu un curage ganglionnaire ? OUI NON

Localisation

Patient orienté vers

Médecin traitant

Autre (coordonnées)

SOCIAL ET PROFESSIONNEL

Vivez-vous seul ? OUI NON

Votre logement est-il adapté ? OUI NON

Avez-vous des difficultés dans les activités quotidiennes ? OUI NON

Avez-vous une activité professionnelle ? OUI NON

Si oui, laquelle ? :

Pensez-vous parler de votre pathologie avec votre médecin du travail ? OUI NON

Avez-vous des difficultés au plan professionnel, financier, familial ? OUI NON

Patient orienté vers

Médecin traitant

Assistante sociale (coordonnées)

Autre (coordonnées)

HABITUDES DE VIE

Consommation Tabac Aucune Occasionnelle Journalière

Consommation Alcool Aucune Occasionnelle Journalière

Activité physique Aucune Occasionnelle Journalière

AUTRE

Patient orienté vers (coordonnées)

ANNEXE 4 : Fiche d'évaluation sociale – INCa et réseaux de cancérologie

FICHE SOCIALE

Nom- prénom
Date de naissance

Date :
Réalisé par (Nom)
Fonction

	OUI	NON
1. L'âge du patient est égal ou supérieur à 75 ans	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
2. Le patient vit seul	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
3. Le patient est veuf	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
4. Le patient a des personnes à charge ¹	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
5. Le patient vit chez lui ²	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
6. Le patient bénéficie d'aide de son entourage en cas de besoin	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
7. Le patient a eu des contacts amicaux et/ou des activités de loisirs, sportives, culturelles ou associatives au cours des 12 derniers mois	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
8. Le patient a eu des contacts familiaux au cours des 6 derniers mois	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
9. Le patient rencontre des difficultés dans ses gestes de la vie quotidienne	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
10. Le patient bénéficie d'une couverture sociale et/ou complémentaire	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
11. Le patient exerce une activité professionnelle (si le patient est retraité, passer directement à la question 12)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
12. Son emploi est stable ³ (ne pas répondre en cas d'inactivité)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
13. Le patient craint que la situation financière de son foyer soit déstabilisée par la maladie	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
14. Le patient aurait besoin d'une aide humaine et/ou technique	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0

Une case « 1. » cochée -> proposer orientation vers un service social

Fragilité sociale détectée:

Oui Non

- Le patient souhaite rencontrer une assistante sociale

Oui Non

- Commentaires

¹Personnes à charge enfants, personnes âgées, handicapées.

²La notion de vivre chez soi s'oppose à celle de vivre chez un parent, un on/une tante, une tierce personne ou dans une institution.

³Contrat à Durée Indéterminée.

ANNEXE 5 : Note d'information⁽¹⁾ destinée aux personnes participant au protocole de recherche interventionnel DBSOS et attestation de consentement



(1) Toutes les pages de cette note d'information doivent être paraphées par la participante à la recherche et l'investigateur

Evaluation de l'intérêt d'un dépistage systématique des besoins en soins de support chez les patients ayant un cancer

Madame, Monsieur,

Présentation du chercheur

Cette recherche est réalisée dans le cadre du projet de doctorat de médecine générale de Sabine Bockstahler, dirigé par Dr Frasier Véronique, médecin au Centre Paul Strauss à Strasbourg.

Avant que vous preniez votre décision, il est important que vous lisiez attentivement ces pages qui vous apporteront les informations nécessaires concernant les différents aspects de cette étude. Ce document décrit l'étude pour laquelle votre participation est sollicitée. Il précise vos droits ainsi que notre responsabilité à votre égard. Il résume aussi les informations que nous possédons sur cette étude.

Prenez votre temps pour prendre votre décision. Parlez-en avec votre famille, vos amis et n'hésitez pas à poser à votre médecin toutes les questions qui vous interpellent et à lui demander toutes les informations que vous désirez savoir.

QUEL EST LE BUT DE CETTE ÉTUDE ?

La recherche a pour but de mettre en place un dépistage systématique des besoins en soins de support chez les patients ayant un cancer. Les soins de supports sont l'ensemble des soins et soutiens nécessaires aux personnes malades, parallèlement aux traitements spécifiques. Les soins de support ont pour objectif de diminuer les effets secondaires des traitements et les effets de la maladie et d'assurer une **meilleure qualité de vie possible aux patients et leurs proches.**

COMMENT CETTE ÉTUDE SERA-T-ELLE ORGANISÉE ?

Votre participation à cette recherche consiste à répondre à un questionnaire, qui vous sera remis lors de votre venue en hôpital de jour ou lors d'une séance de radiothérapie. Son remplissage vous prendra entre dix et quinze minutes. Il portera sur les éléments suivants:

- éléments d'information vous concernant
- éléments sur votre état nutritionnel, psychologique et vos symptômes physiques
- éléments sur vos besoins sociaux, en soins de kinésithérapie et de soutien.

L'équipe soignante est à votre disposition pour vous écouter et vous accompagner dans votre questionnement et vos difficultés éventuelles. Les modalités et la qualité de votre prise en charge ne sera pas remise en cause si vous refusiez de participer à cette étude.

Six semaines plus tard, vous serez contacté par téléphone par Sabine BOCKSTAHLER, étudiante en médecine générale, pour répondre à un second questionnaire d'une durée de dix minutes. Il portera sur les mêmes thèmes que le premier afin de savoir si des aides ont été mises en place et si oui lesquelles.

MA PARTICIPATION À CETTE ÉTUDE SERA-T-ELLE BÉNÉFIQUE ?

Le fait de participer à cette recherche vous permet de faire le point sur votre situation, sociale, physique et psychologique. Cela peut donner une base de réflexion aux équipes pour vous aider.

Il est possible que le fait de réfléchir à votre situation vous amène à un questionnement. Si c'est le cas, n'hésitez à interroger les équipes vous prenant en charge.

Dans le cas d'un refus de participation de votre part, soyez assurés qu'il n'y aura pas de retentissement sur la relation avec votre médecin et l'équipe soignante, ni sur la qualité de votre prise en charge.

EST-CE QUE MES DONNÉES PERSONNELLES SERONT PROTÉGÉES ?

Dans le cadre de l'étude à laquelle le Centre Paul Strauss vous propose de participer, un traitement de vos données personnelles va être mis en œuvre pour permettre d'analyser les résultats de l'étude au regard de l'objectif de cette dernière, qui vous a été présenté.

A cette fin, les données collectées et générées pour cette étude seront utilisées de manière confidentielle et dans le respect de la réglementation en vigueur, notamment le Règlement (UE) n° 2016/679 relatif à la protection des données personnelles (RGPD) et la Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 dite « Loi Informatique et Libertés » modifiée.

Ces données ne feront pas apparaître votre identité qui sera remplacée par un numéro d'identification. Les informations concernant votre identité ne seront connues que par l'équipe médicale et l'équipe de recherche en charge de la gestion de l'étude. Les personnes engagées dans cette étude sont toutes tenues à un devoir de confidentialité.

Ces données pourront également être transmises aux autorités de santé françaises ou étrangères, dans des conditions assurant leur confidentialité.

Le Centre Paul Strauss, responsable du traitement et propriétaire des données, contrôlera l'utilisation et prendra toutes les mesures nécessaires pour assurer la protection de vos données personnelles.

Conformément à la réglementation sur la protection des données personnelles (loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée et Règlement Général sur la Protection des Données), vous disposez d'un droit d'accès,

de modification, de rectification, de limitation, de portabilité et d'effacement des données vous concernant. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.

L'ensemble de ces droits pourra être exercé à tout moment en adressant un courrier par voie postale au Délégué à la Protection des Données, 3 rue de la Porte de l'Hôpital, 67065 STRASBOURG Cedex.

Nous conserverons vos données personnelles uniquement le temps nécessaire à l'accomplissement de la finalité pour laquelle elles ont été collectées ou pour remplir des obligations légales ou réglementaires.

En cas de difficulté en lien avec la gestion de vos données personnelles, vous pouvez également adresser une réclamation auprès de l'autorité de contrôle : la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés. »

QUEL EST MON ENGAGEMENT EN TANT QUE PARTICIPANT À CETTE ÉTUDE ?

Pendant que vous êtes inclus dans l'étude, il vous sera demandé de bien suivre les instructions du protocole de l'étude et de votre médecin. Entre autre, il est important de vous rendre disponible pour compléter le questionnaire et répondre à l'appel téléphonique.

CONCERNANT LE CADRE RÉGLEMENTAIRE

Cette recherche biomédicale est conforme :

- aux articles du code de la santé publique relatifs notamment les articles L1111-7, L.1121-1 à L.1126-7 et R.1121-1 à R.1125-13.
- aux règles et recommandations de bonnes pratiques cliniques internationales (ICH-E6) et française (règles de bonnes pratiques cliniques pour les recherches biomédicales portant sur des médicaments à usage humain - décisions du 24 novembre 2006),
- à la loi « informatique et liberté » (loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés et ses modifications notamment la loi du 6 août 2004 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel).

Conformément aux dispositions réglementaires :

- le promoteur a souscrit un contrat de responsabilité Promoteur couvrant la recherche impliquant la personne humaine sous le n° du contrat 0100534514058180063, société Biomedicine.
- le protocole a reçu l'avis favorable du comité de protection des personnes CPP SUD-MEDITERRANNE 1, le 17 août 2018.

CONSENTEMENT

Votre participation à cette étude ne peut être que volontaire. Aussi, nous vous demandons, si vous consentez à y participer, de signer le formulaire ci-joint (comme le demande la loi).

LE MEDECIN REFERENT :

Pour toute question, remarque ou information vous pouvez joindre votre médecin.

Nom du médecin référent :

Numéro de téléphone :

Adresse mail :@strasbourg.unicancer.fr

LE MEDECIN COORDONNATEUR DE L'ETUDE :

Dr Véronique FRASIE

Département de soins de support (DISSPO)

Centre Paul Strauss

3 rue de la Porte de l'hôpital

67065 STRASBOURG CEDEX

Tél : 03 88 25 85 92

vfrasie@strasbourg.unicancer.fr

ATTESTATION DE CONSENTEMENT**Evaluation de l'intérêt d'un dépistage systématique des besoins en soins de support chez les patients ayant un cancer****DBSOS**N°ID RCB : **2018-A01425-50**

Version 1 du 14 mai 2018

Le docteur m'a proposé de participer à la recherche biomédicale, organisée par Centre Paul Strauss, 3 rue de la Porte de l'Hôpital, 67065 STRASBOURG CEDEX et ayant obtenu un avis favorable de la part du CPP SUD-MEDITERRANNE 1, pour la mise en œuvre de l'étude, le 17 août 2018 (Annexe 7).

J'ai été informé de l'objectif et des modalités de réalisation de cette recherche biomédicale ainsi que de mes conditions de participation, de mes droits, des contraintes et des risques prévisibles et **j'ai obtenu les réponses** aux questions que j'ai posées.

J'ai pris connaissance du document d'information qui m'a été expliqué **et j'en conserverai** un exemplaire avec la présente attestation complétée et signée.

Je déclare sur l'honneur être affiliée à un régime de sécurité sociale ou bénéficiaire d'un tel régime.

J'accepte pour des raisons liées à ma sécurité et pour le bon déroulement de la recherche biomédicale :

- de répondre aux questions qui me seront posées à propos de mes antécédents médicaux et de suivre toutes les consignes et instructions qui me seront données par le médecin-investigateur ou son équipe, dont celles qui sont détaillées dans le document d'information ;
- de contacter le médecin-investigateur ou son équipe dans les délais les plus brefs si je présente un événement anormal ou si je suis amené à prendre un médicament durant la présente recherche biomédicale ;
- que l'ensemble de mon dossier médical soit consulté par les personnes habilitées dans le cadre de cette recherche ;
- le recueil des données médicales et personnelles décrites dans le document d'information ainsi que leur traitement informatique par le promoteur ou par des personnes ou sociétés agissant pour son compte.

J'ai noté que :

- les coordonnées de l'équipe du médecin-investigateur que je peux contacter pour toute question, remarque ou information sont :

Dr Véronique FRASIE
Département de soins de support (DISSPO)
Centre Paul Strauss
3 rue de la Porte de l'hôpital
67065 STRASBOURG CEDEX
Tél : 03 88 25 85 92
vfrasie@strasbourg.unicancer.fr

- je peux à tout moment décider d'interrompre ma participation à cette recherche-biomédicale sans pénalité ni préjudice ;
- et que j'ai un droit d'accès et de rectification, soit directement, soit par l'intermédiaire du médecin de mon choix, aux données informatisées qui me concernent.

À compléter par le patient :

Indiquer votre numéro de téléphone : ____/____/____/____/____/

Je soussigné Mme (nom et prénom)

..... déclare être d'accord avec
les dispositions de la présente attestation de consentement et déclare, après un délai de réflexion
suffisant, donner librement mon consentement éclairé pour participer à cette recherche
biomédicale.

Date :

Signature :

Médecin Investigateur

J'ai expliqué au patient la nature et les objectifs de l'étude ainsi que les obligations et risques associés à celle-ci, notamment les effets secondaires.

J'ai discuté avec lui des autres options thérapeutiques.

Je lui remettrai avant le début de l'étude un exemplaire de la note d'information et de l'attestation de consentement.

Nom :

Prénom :

Date :

Signature :

Annexe 6 : Déclaration d'Helsinki de l'Association Médicale Mondiale
Principes éthiques applicables à la recherche médicale impliquant des êtres humains

- Adoptée par la 18e Assemblée générale de l'AMM, Helsinki, Finlande, Juin 1964 et amendée par les
- 29e Assemblée générale de l'AMM, Tokyo, Octobre 1975
- 35e Assemblée générale de l'AMM, Venise, Octobre 1983
- 41e Assemblée générale de l'AMM, Hong Kong, Septembre 1989
- 48e Assemblée générale de l'AMM, Somerset West (Afrique du Sud), Octobre 1996
- 52e Assemblée générale de l'AMM, Edimbourg, Ecosse, Octobre 2000
- 53e Assemblée générale de l'AMM, Washington, Etats Unis, 2002 (ajout d'une note de clarification pour le paragraphe 29)
- 55e Assemblée générale de l'AMM, Tokyo, Japon 2004 (ajout d'une note de clarification concernant le paragraphe 30)
- 59e Assemblée générale de l'AMM, Séoul, Corée, Octobre 2008
- 64e Assemblée générale de l'AMM, Fortaleza, Brésil, Octobre 2013

A. Préambule

1. L'Association Médicale Mondiale (AMM) a élaboré la Déclaration d'Helsinki comme un énoncé de principes éthiques applicables à la recherche médicale impliquant des êtres humains, y compris la recherche sur du matériel biologique humain et sur des données identifiables.

La Déclaration est conçue comme un tout indissociable. Aucun paragraphe ne peut être appliqué sans tenir compte de tous les autres paragraphes pertinents.

2. Conformément au mandat AMM, cette déclaration s'adresse en priorité aux médecins. L'AMM invite cependant les autres personnes engagées dans la recherche médicale des êtres humains à adopter ces principes.

B. Principes généraux

3. La Déclaration de Genève de l'AMM engage les médecins en ces termes: «La santé de mon patient prévaudra sur toutes les autres considérations » et le Code International d'Ethique Médicale déclare qu'un «médecin doit agir dans le meilleur intérêt du patient lorsqu'il le soigne».
4. Le devoir du médecin est de promouvoir et de sauvegarder la santé des patients, le bien-être et les droits du patient, y compris celles des personnes impliquées dans la recherche médicale. Le médecin consacre son savoir et sa conscience à l'accomplissement de ce devoir.
5. Le progrès médical est basé sur la recherche qui, en fin de compte, doit impliquer des êtres humains.
6. L'objectif premier de la recherche médicale impliquant des êtres humains est de comprendre les causes, le développement et les effets des maladies et d'améliorer les interventions préventives, diagnostiques et thérapeutiques (méthodes, procédures et traitements). Même les meilleures interventions éprouvées doivent être évaluées en permanence par des recherches portant sur leur sécurité, leur efficacité, leur pertinence, leur accessibilité et leur qualité.
7. La recherche médicale est soumise à des normes éthiques qui promeuvent et assurent le respect de tous les êtres humains et qui protègent leur santé et leurs droits.
8. Si l'objectif premier de la recherche médicale est de générer de nouvelles connaissances, cet objectif ne doit jamais prévaloir sur les droits et les intérêts de personnes impliquées dans la recherche.
9. Il est du devoir des médecins engagés dans la recherche médicale de protéger la vie, la santé, la dignité, l'intégrité, le droit à l'auto-détermination, la vie privée et la confidentialité des informations des personnes impliquées dans la recherche. La responsabilité de protéger des personnes impliquées dans la recherche doit toujours incomber à un médecin ou à un autre professionnel de santé et jamais aux personnes impliquées dans la recherche même si celles-ci ont donné leur consentement.
10. Dans la recherche médicale impliquant des êtres humains, les médecins doivent tenir compte des normes et standards éthiques, légaux et réglementaires applicables dans leur propre pays ainsi que des normes et standards internationaux. Les protections garanties par la présente Déclaration aux personnes impliquées dans la recherche ne peuvent être restreintes ou exclues par aucune disposition éthique, légale ou réglementaire, nationale ou internationale.
11. La recherche médicale devrait être conduite de sorte qu'elle réduise au minimum les nuisances éventuelles à l'environnement.

12. La recherche médicale impliquant des êtres humains doit être conduite uniquement par des personnes ayant acquis une éducation, une formation et des qualifications appropriées en éthique et en science. La recherche impliquant des patients ou des volontaires en bonne santé nécessite la supervision d'un médecin ou d'un autre professionnel de santé qualifié et compétent.
13. Des possibilités appropriées de participer à la recherche médicale devraient être offertes aux groupes qui y sont sous-représentés.
14. Les médecins qui associent la recherche médicale à des soins médicaux devraient impliquer leurs patients dans une recherche uniquement dans la mesure où elle se justifie par sa valeur potentielle en matière de prévention, de diagnostic ou de traitement et si les médecins ont de bonnes raisons de penser que la participation à la recherche ne portera pas atteinte à la santé des patients concernés.
15. Une compensation et un traitement adéquats doivent être garantis pour les personnes qui auraient subi un préjudice en raison de leur participation à une recherche.

C. Risques, contraintes et avantages

16. Dans la pratique médicale et la recherche médicale, la plupart des interventions comprennent des risques et des inconvénients.

Une recherche médicale impliquant des êtres humains ne peut être conduite que si l'importance de l'objectif dépasse les risques et inconvénients pour les personnes impliquées.

17. Toute recherche médicale impliquant des êtres humains doit préalablement faire l'objet d'une évaluation soigneuse des risques et des inconvénients prévisibles pour les personnes et les groupes impliqués, par rapport aux bénéfices prévisibles pour eux et les autres personnes ou groupes affectés par la pathologie étudiée.

Toutes les mesures destinées à réduire les risques doivent être mises en œuvre. Les risques doivent être constamment surveillés, évalués et documentés par le chercheur.

18. Les médecins ne peuvent pas s'engager dans une recherche impliquant des êtres humains sans avoir la certitude que les risques ont été correctement évalués et pourront être gérés de manière satisfaisante.

Lorsque les risques s'avèrent dépasser les bénéfices potentiels ou dès l'instant où des conclusions définitives ont été démontrées, les médecins doivent évaluer s'ils continuent, modifient ou cessent immédiatement une recherche.

D. Populations et personnes vulnérables

19. Certains groupes ou personnes faisant l'objet de recherches sont particulièrement vulnérables et peuvent avoir une plus forte probabilité d'être abusés ou de subir un préjudice additionnel.

Tous les groupes et personnes vulnérables devraient bénéficier d'une protection adaptée.

20. La recherche médicale impliquant un groupe vulnérable se justifie uniquement si elle répond aux besoins ou aux priorités sanitaires de ce groupe et qu'elle ne peut être effectuée sur un groupe non vulnérable. En outre, ce groupe devrait bénéficier des connaissances, des pratiques ou interventions qui en résultent.

E. Exigences scientifiques et protocoles de recherche

21. La recherche médicale impliquant des êtres humains doit se conformer aux principes scientifiques généralement acceptés, se baser sur une connaissance approfondie de la littérature scientifique, sur d'autres sources pertinentes d'informations et sur des expériences appropriées en laboratoire et, le cas échéant, sur les animaux. Le bien-être des animaux utilisés dans la recherche doit être respecté.
22. La conception et la conduite de toutes les recherches impliquant des êtres humains doivent être clairement décrites et justifiées dans un protocole de recherche.

Ce protocole devrait contenir une déclaration sur les enjeux éthiques en question et indiquer comment les principes de la présente Déclaration ont été pris en considération. Le protocole devrait inclure des informations concernant le financement, les promoteurs, les affiliations institutionnelles, d'autres conflits d'intérêts potentiels, les incitations pour les personnes impliquées dans la recherche et des informations concernant les mesures prévues pour soigner et/ou dédommager celles ayant subi un préjudice en raison de leur participation à l'étude.

Dans les essais cliniques, le protocole doit également mentionner les dispositions appropriées prévues pour l'accès à l'intervention testées après l'essai clinique.

F. Comités d'éthique de la recherche

23. Le protocole de recherche doit être soumis à un comité d'éthique de la recherche concerné pour évaluation, commentaires, conseils et approbation avant que la recherche ne commence. Ce comité doit être transparent dans son fonctionnement, doit être indépendant du chercheur, du promoteur et

de toute autre influence indue et doit être dûment qualifié. Il doit prendre en considération les lois et réglementations du ou des pays où se déroule la recherche, ainsi que les normes et standards internationaux, mais ceux-ci ne doivent pas permettre de restreindre ou exclure l'une des protections garanties par la présente Déclaration aux personnes impliquées dans la recherche.

Le comité doit avoir un droit de suivi sur les recherches en cours. Le chercheur doit fournir au comité des informations sur le suivi, notamment concernant tout événement indésirable grave. Aucune modification ne peut être apportée au protocole sans évaluation et approbation par le comité. A la fin de la recherche, les chercheurs doivent soumettre au comité un rapport final contenant un résumé des découvertes et des conclusions de celles-ci.

G. Vie privée et confidentialité

24. Toutes les précautions doivent être prises pour protéger la vie privée et la confidentialité des informations personnelles concernant les personnes impliquées dans la recherche.

H. Consentement éclairé

25. La participation de personnes capables de donner un consentement éclairé à une recherche médicale doit être un acte volontaire. Bien qu'il puisse être opportun de consulter les membres de la famille ou les responsables de la communauté, aucune personne capable de donner un consentement éclairé ne peut être impliquée dans une étude sans qu'elle ait donné son consentement libre et éclairé.
26. Dans la recherche médicale impliquant des personnes capables de donner un consentement éclairé, toute personne pouvant potentiellement être impliquée doit être correctement informé des objectifs, des méthodes, des sources de financement, de tout éventuel conflit d'intérêts, des affiliations institutionnelles du chercheur, des bénéfices escomptés et des risques potentiels de la recherche, des désagréments qu'elle peut engendrer, des mesures qui seront prises après l'essai clinique et de tout autre aspect pertinent de la recherche.

La personne pouvant potentiellement être impliquée dans la recherche doit être informé de son droit de refuser d'y participer ou de s'en retirer à tout moment sans mesure de rétorsion. Une attention particulière devrait être accordée aux besoins d'informations spécifiques de chaque personne pouvant potentiellement être impliquée dans la recherche ainsi qu'aux méthodes adoptées pour fournir les informations.

Lorsque le médecin ou une autre personne qualifiée en la matière a la certitude que la personne concernée a compris les informations, il doit alors solliciter son consentement libre et éclairé, de préférence par écrit. Si le consentement ne peut pas être donné par écrit, le consentement non écrit doit être formellement documenté en présence d'un témoin.

Toutes les personnes impliquées dans les recherches médicales devraient avoir le choix d'être informées des conclusions générales de celles-ci.

27. Lorsqu'il sollicite le consentement éclairé d'une personne pour sa participation à une recherche, le médecin doit être particulièrement attentif lorsque cette dernière est dans une relation de dépendance avec lui ou pourrait donner son consentement sous la contrainte. Dans ce cas, le consentement éclairé devrait être sollicité par une personne qualifiée en la matière et complètement indépendante de cette relation.
28. Lorsque la recherche implique une personne incapable de donner un consentement éclairé, le médecin doit solliciter le consentement éclairé de son représentant légal. Les personnes incapables ne doivent pas être incluses dans une recherche qui n'a aucune chance de leur être bénéfique sauf si celle-ci vise à améliorer la santé du groupe qu'elles représentent, qu'elle ne peut pas être réalisée avec des personnes capables de donner un consentement éclairé et qu'elle ne comporte que des risques et des inconvénients minimes.
29. Lorsqu'une personne considérée comme incapable de donner un consentement éclairé est en mesure de donner son assentiment concernant sa participation à la recherche, le médecin doit solliciter cet assentiment en complément du consentement de son représentant légal. Le refus de la personne pouvant potentiellement être impliquée dans la recherche devrait être respecté.
30. La recherche impliquant des personnes physiquement ou mentalement incapables de donner leur consentement, par exemple des patients inconscients, peut être menée uniquement si l'état physique ou mental empêchant de donner un consentement éclairé est une caractéristique nécessaire du groupe sur lequel porte cette recherche.

Dans de telles circonstances, le médecin doit solliciter le consentement éclairé du représentant légal. En l'absence d'un représentant légal et si la recherche ne peut pas être retardée, celle-ci peut être lancée sans le consentement éclairé. Dans ce cas, le protocole de recherche doit mentionner les raisons spécifiques d'impliquer des personnes dont l'état les rend incapables de donner leur consentement éclairé et la recherche doit être approuvée par le comité d'éthique de la recherche concerné. Le consentement pour maintenir la personne concernée dans la recherche doit, dès que possible, être obtenu de la personne elle-même ou de son représentant légal.

31. Le médecin doit fournir des informations complètes au patient sur la nature des soins liés à la recherche. Le refus d'un patient de participer à une recherche ou sa décision de s'en tirer ne doit jamais nuire à la relation patient-médecin.
32. Pour la recherche médicale utilisant des tissus ou des données d'origine humaine, telles que les recherches sur tissus et données contenues dans les biobanques ou des dépôts similaires, les médecins doivent solliciter le consentement éclairé pour leur analyse, stockage et/ou la réutilisation. Il peut se présenter des situations exceptionnelles où il est impraticable, voire impossible d'obtenir le consentement. Dans de telles situations, la recherche peut être entreprise uniquement après évaluation et approbation d'un comité d'éthique de la recherche concerné.

I. Utilisation de placebo

33. Les bénéfices, les risques, les inconvénients, ainsi que l'efficacité d'une nouvelle intervention doivent être testés et comparés à ceux des meilleures interventions avérées, sauf dans les circonstances suivantes :
 - Lorsqu'il n'existe pas d'intervention avérée, l'utilisation de placebo, ou la non intervention est acceptable ; ou
 - lorsque pour des raisons de méthodologie incontournables et scientifiquement fondées l'utilisation de toute intervention moins efficace que la meilleure éprouvée, l'utilisation d'un placebo, ou la non intervention, est nécessaire afin de déterminer l'efficacité ou la sécurité d'une intervention.
 - Et lorsque les patients recevant une intervention moins efficace que la meilleure éprouvée, un placebo, ou la non intervention, ne courent pas de risques supplémentaires de préjudices graves ou irréversibles du fait de n'avoir pas reçu la meilleure intervention éprouvée.

Le plus grand soin doit être apporté afin d'éviter tout abus de cette option

J. Conditions de l'accès à l'intervention testée après l'essai clinique

34. En prévision d'un essai clinique, les promoteurs, les chercheurs et les gouvernements des pays d'accueil devraient prévoir des dispositions pour que tous les participants qui ont encore besoin d'une intervention identifiée comme bénéfique dans l'essai puissent y accéder après celui-ci. Cette information doit également être communiquée aux participants au cours du processus de consentement éclairé.

K. Enregistrement des recherches, publication et dissémination des résultats

35. Toute recherche clinique impliquant des êtres humains doit être enregistrée dans une banque de données accessible au public avant que ne soit recrutée la première personne impliquée dans la recherche.
36. Les chercheurs, auteurs, promoteur, rédacteurs et éditeurs ont tous des obligations éthiques concernant la publication et la dissémination des résultats de la recherche. Les auteurs ont le devoir de mettre à la disposition du public les résultats de leurs recherches impliquant des êtres humains. Toutes les parties ont la responsabilité de fournir des rapports complets et précis. Ils devraient se conformer aux directives acceptées en matière d'éthique pour la rédaction de rapports.

Les résultats aussi bien négatifs et non concluants que positifs doivent être publiés ou rendus publics par un autre moyen. La publication doit mentionner les sources de financement, les affiliations institutionnelles et les conflits d'intérêts. Les rapports de recherche non-conformes aux principes de la présente Déclaration ne devraient pas être acceptés pour publication.

L. Intervention non avérées dans la pratique clinique

37. Dans le cadre du traitement d'un patient, faute d'interventions avérées ou faute d'efficacité de ces interventions, le médecin, après avoir sollicité les conseils d'experts et avec le consentement éclairé du patient ou de son représentant légal, peut recourir à une intervention non avérée si, selon son appréciation professionnelle, elle offre une chance de sauver la vie, rétablir la santé ou alléger les souffrances du patient.

Cette intervention devrait par la suite faire l'objet d'une recherche pour en évaluer la sécurité et l'efficacité. Dans toute la mesure du possible, cette intervention devrait faire l'objet d'une recherche pour en évaluer la sécurité et l'efficacité. Dans tous les cas, les nouvelles informations devraient être enregistrées et, le cas échéant, rendues publiques.

ANNEXE 7 : Avis du CPP

COMITE DE PROTECTION DES PERSONNES SUD MÉDITERRANÉE I

Président
Docteur Stéphane RANQUE

AVIS

Collège technique
Personnes qualifiées en recherche

Yves JAMMES
Aurélien MORAND (Pedatre)
Stéphane RANQUE (méthodologique)
Aymeric BOYER CHAMMARD

Marc GAVER
Thierry BEGE
Jean Gaudart (méthodologie)
Karim BOYDANE

Médecins généralistes
Gérard SPANO
Jean Charles REYNER

Pharmaciens hospitaliers
Nicola ROATTINO
Charléric BORNET

Infirmières
Dominique CHANAUD

Collège social

Personnes qualifiées en éthique
Christine ASSAANTE
Cécile CHISPORTICH

Psychologues

Pierre DE ALCALA
Christine BOCCARDI

Travailleurs sociaux

Lucie CAMILLI

Juristes

Jean-Pierre BINON
Cécilie SIBONNE
Andréa DRICHOUE

Représentants d'associations et usagers

Marie Odile MEYER
Odile DALMONT

Le Comité de Protection des Personnes Sud-Méditerranée I, agréé par arrêté ministériel en date du 1^{er} juin 2018, constitué selon l'arrêté du Préfet de la Région Provence Alpes Côte d'Azur en date du 29 juin 2018,

en application du code de la santé publique et de la réglementation en vigueur relative aux recherches mentionnée au 1^{er} ou 2^o de l'article L.1121-1 du Code de la santé Publique ne portant pas sur un produit mentionné à l'article L.5311-1 du Code de la Santé Publique

ayant été saisi par un courrier du CRLCC Paul Strauss promoteur d'un dossier de recherche intitulée :

-EVALUATION DE L'INTERET D'UN DEPISTAGE SYSTEMATIQUE DES BESOINS EN SOINS DE SUPPORT ONCOLOGIQUES-

Identifiée sous le numéro ID RCB : 2018-A01425-50 et dont l'investigateur (coordinateur) est Mme le Dr Véronique FRASIE

Ayant, après vérification de la conformité réglementaire, enregistré ce dossier le **31 mai 2018** sous la référence interne **18 48**

Lors de sa séance plénière du **13 juin 2018** au cours de laquelle
Mesdames : A. BOYER-CHAMMARD, C. CHISPORTICH, D. CHANAUD, O. DALMONT, M-O MEYER, N. ROATTINO
Messieurs : P. DE ALCALA, T. BEGE, J-P BINON, Y. JAMMES, S. RANQUE, G. SPANO

Après avoir entendu le rapporteur du collège technique, le rapporteur du collège social et l'avis du méthodologiste ont délibéré,

Le Comité a demandé des modifications mineures à réception desquelles il délivrera un avis favorable

Le Comité ayant reçu le 13 août 2018 les modifications conformes aux demande du Comité et ayant examiné le dossier de recherche ainsi constitué :

- Courrier de demande d'avis daté et signé du 25 mai 2018
- Courrier de réponses aux demandes du CPP daté du 10 août 2018
- Formulaire de demande d'avis daté et signé du 25 mai 2018
- Attestation d'assurance datée du 25 mai 2018
- Résumé du protocole version n° 1 du 14 mai 2018
- Protocole version n° 2 en date du 8 août 2018
- Note d'information et formulaire de consentement version 2 du 8 août 2018
- Tableau comparatif des modifications effectuées
- Curriculum vitae des investigateurs

COMITE DE PROTECTION DES PERSONNES SUD MÉDITERRANÉE I

Président
Docteur Stéphane RANQUE

- Justification de l'adéquation des moyens humains, matériels et techniques au projet de recherche et de leur compatibilité avec les impératifs de sécurité des personnes qui s'y prêtent version 1 du 25 mai 2018

a émis un **AVIS FAVORABLE**

à la mise en œuvre de cette recherche considérant que les conditions de validité de la recherche, notamment celles définies dans l'article L. 1123-7 du code de la santé publique, étaient réunies.



Docteur Stéphane RANQUE

ANNEXE 8 : Score PALLIA 10 (SFAP)

Chaque professionnel de santé aura à mettre en place une démarche palliative et d'accompagnement au cours de son exercice.

QUI PEUT UTILISER PALLIA 10 ?

Tout soignant

DANS QUEL BUT UTILISER PALLIA 10 ?

Pallia 10 est un outil conçu pour vous aider à mieux repérer le moment où le recours à une équipe spécialisée de soins palliatifs devient nécessaire.

La mise en œuvre de la démarche palliative tirera profit de la collaboration avec une équipe mobile (patient hospitalisé), un réseau (patient à domicile) ou une unité de soins palliatifs.

QUAND UTILISER PALLIA 10 ?

Chez des patients atteints de maladies ne guérissant pas en l'état actuel des connaissances.

Quand l'**accumulation des besoins** rend complexe la démarche d'accompagnement : élaboration du projet de soin le plus adapté, **priorisation et coordination des interventions**.

COMMENT UTILISER PALLIA 10 ?

Elaboré par un groupe d'experts de la Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs (SFAP), avec le soutien institutionnel des laboratoires Nycomed, Pallia 10 explore les différents axes d'une prise en charge globale.

Répondez à chacune des questions.

Au-delà de 3 réponses positives, le recours à une équipe spécialisée en soins palliatifs doit être envisagé

	QUESTIONS	COMPLEMENT	OUI/ NON
1	Le patient est atteint d'une maladie qui ne guérira pas, en l'état actuel des connaissances	Une réponse positive à cette question est une condition nécessaire pour utiliser Pallia 10 et passer aux questions suivantes	
2	Il existe des facteurs pronostiques péjoratifs	Validés en oncologie : hypo albuminémie, syndrome inflammatoire, lymphopénie, Performans Status >3 ou Index de Karnofsky	
3	La maladie est rapidement évolutive		
4	Le patient ou son entourage sont demandeurs d'une prise en charge palliative et d'un accompagnement	Loi n° 99-477 du 9 juin 1999 visant à garantir le droit d'accès aux soins palliatifs	
5	Il persiste des symptômes non soulagés malgré la mise en place des traitements de première intention	Douleur spontanée ou provoquée lors des soins, dyspnée, vomissements, syndrome occlusif, confusion, agitation ...	
6	Vous identifiez des facteurs de vulnérabilité d'ordre psychique pour le patient et/ou son entourage	Tristesse, angoisse, repli, agressivité ou troubles du comportement, troubles de la communication, conflits familiaux, psycho-pathologie préexistante chez le patient et son entourage	
7	Vous identifiez des facteurs de vulnérabilité d'ordre social chez le patient et/ou l'entourage	Isolement, précarité, dépendance physique, charge en soins, difficultés financières, existence dans l'entourage d'une personne dépendante, enfants en bas âge	
8	Le patient ou l'entourage ont des difficultés d'intégration de l'information sur la maladie et/ou sur le pronostic	Face à l'angoisse générée par la maladie qui s'aggrave, les patients, l'entourage peuvent mettre en place des mécanismes de défense psychologique qui rendent la communication difficile et compliquent la mise en place d'un projet de soin de type palliatif	
9	Vous constatez des questionnements et/ou des divergences au sein de l'équipe concernant la cohérence du projet de soin	Ces questionnements peuvent concerner : <ul style="list-style-type: none"> • prescriptions anticipées • indication : hydratation, alimentation, antibiothérapie, pose de sonde, transfusion, surveillance du patient (HGT, monitoring ...) • indication et mise en place d'une sédation • lieu de prise en charge le plus adapté • statut réanimatoire 	
10	Vous vous posez des questions sur l'attitude adaptée concernant par exemple : <ul style="list-style-type: none"> • un refus de traitement • une limitation ou un arrêt de traitement • une demande d'euthanasie • la présence d'un conflit de valeurs 	La loi Léonetti relative au droit des malades et à la fin de vie traite des questions de refus de traitement et des modalités de prise de décisions d'arrêt et de limitation de traitement autant chez les patients compétents que chez les patients en situation de ne pouvoir exprimer leur volonté	

Annexe 9 : Attestation sur l'honneur

Université

de Strasbourg

Faculté
de médecine**DECLARATION SUR L'HONNEUR****Document avec signature originale devant être joint :****- à votre mémoire de D.E.S.****- à votre dossier de demande de soutenance de thèse**Nom : BockstahlerPrénom : Sabine

Ayant été informé(e) qu'en m'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans mon propre mémoire de spécialité ou dans mon mémoire de thèse de docteur en médecine, je me rendrais coupable d'un délit de contrefaçon au sens de l'article L335-1 et suivants du code de la propriété intellectuelle et que ce délit était constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 23 décembre 1901 dite de répression des fraudes dans les examens et concours publics,

Ayant été avisé(e) que le président de l'université sera informé de cette tentative de fraude ou de plagiat, afin qu'il saisisse la juridiction disciplinaire compétente,

Ayant été informé(e) qu'en cas de plagiat, la soutenance du mémoire de spécialité et/ou de la thèse de médecine sera alors automatiquement annulée, dans l'attente de la décision que prendra la juridiction disciplinaire de l'université

J'atteste sur l'honneur

Ne pas avoir reproduit dans mes documents tout ou partie d'œuvre(s) déjà existante(s), à l'exception de quelques brèves citations dans le texte, mises entre guillemets et référencées dans la bibliographie de mon mémoire.

A écrire à la main : « J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète ».

" J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète. "

Signature originale :

A Berlischheim, le 24.11.19

Photocopie de cette déclaration devant être annexée en dernière page de votre mémoire de D.E.S. ou de Thèse.

RESUME :

Introduction : L'objectif 7 du Plan Cancer 2014-2019 est d'assurer des prises en charge globales et personnalisées, incluant l'amélioration de la qualité de vie par l'accès aux soins de support. De nombreuses études montrent que les patients ayant un cancer ont des besoins en soins de support insatisfaits importants et que leur prise en charge améliore leur qualité de vie. Dans ce contexte, un dépistage précoce et systématique des besoins en soins de support est indiqué.

Matériel et méthodes : Notre étude descriptive, prospective, non randomisée s'est déroulée au Centre Paul Strauss de Strasbourg dans les services d'hôpitaux de jour de soins de support, de chimiothérapie et dans le département de radiothérapie. Elle se fonde sur deux questionnaires comprenant six rubriques : évaluations nutritionnelle, sociale, psychologique, kinésithérapique, de la douleur et des besoins en soins palliatifs. Le premier fournit des informations sur le patient et permet de dépister les besoins en soins de support. Il doit être lu par les équipes soignantes. Notre objectif principal était d'étudier le recours aux professionnels de soins de support par le 2^{ème} questionnaire réalisé 4 à 6 semaines plus tard lors d'un appel téléphonique pour déterminer la prise en charge réalisée par les équipes. 134 patients ont été interrogés de septembre 2018 à janvier 2019.

Résultats : Nous avons retrouvé au moins un besoin insatisfait chez plus de deux tiers des patients (70,9%), indépendamment du sexe ($p=0,58$), de l'âge ($p=0,94$) et de la localisation tumorale ($p=0,58$), contrairement à la détresse psychologique qui semble accroître les besoins en soins de support ($p=0,12$). Le genre et le type de cancer semblent avoir une influence sur le type de besoins. Les patients ayant un cancer consultent au moins deux fois plus leur médecin traitant que la population générale. Lors de la réévaluation à 4 à 6 semaines, nous avons pu établir le taux de couverture de ces différents besoins. Les recours à la diététicienne ($p<0,001$) et au kinésithérapeute ($p=0,002$), notamment grâce à la sollicitation du médecin traitant, ont été améliorés et tendent à l'être également au niveau des besoins psychologiques et des troubles du sommeil ($p=0,18$).

Conclusion : Les besoins en soins de support chez les patients ayant un cancer sont très importants. Un questionnaire d'autoévaluation des besoins en soins de support s'avère utile ; la prise de connaissance par les professionnels hospitaliers facilite voire accélère le recours aux professionnels des soins de support. Un dépistage systématique et répété améliorerait la prise en charge des patients.

Rubrique de classement : Médecine générale

Mots clés : Cancer, dépistage, soins de support, médecine générale

Président : Pr Gabriel Malouf

Assesseurs : Pr Michel Velten, Dr Delphine Antoni, Dr Véronique Frasier