

## ANNEXE 3

### GRILLE DE REPÉRAGE DE 1<sup>er</sup> ET 2<sup>e</sup> NIVEAU DES BESOINS EN SOINS DE SUPPORT PENDANT LA PHASE ACTIVE DE TRAITEMENT

#### Version Professionnels de santé

Date de remplissage du questionnaire :

Identification du patient :

Civilité :  Madame  Monsieur  Mademoiselle

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

N° de téléphone :

Courriel :

Nous vous remercions de bien vouloir répondre à ce questionnaire.

Vos réponses permettront aux professionnels de santé qui vous suivent de vous proposer des soins de support. Ces soins visent à améliorer votre qualité de vie, la tolérance et l'efficacité du traitement.

Les informations que vous transmettez permettront d'identifier vos besoins en soins oncologiques de support puis de vous proposer un accompagnement personnalisé par des professionnels.



#### Compréhension de la maladie et du traitement

(0 = Pas du tout d'accord et 10 = Tout à fait d'accord)

Les questions proposées s'intègrent dans un dispositif d'annonce de la maladie et d'accompagnement du patient. Elles ne remplacent pas une écoute active des patients, par exemple par l'infirmier d'annonce, mais permettent une expression potentielle de besoins.

- |   |   |   |
|---|---|---|
| 1 | Les informations concernant votre maladie (et son évolution) ont-elles été suffisantes et complètes ? | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10<br><input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> |
| 2 | Les informations concernant les traitements sont-elles compréhensibles et claires ?                   | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10<br><input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> |
| 3 | Vous avez reçu des informations sur les directives anticipées et/ou les soins palliatifs.             | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10<br><input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> |
| 4 | Vous sentez-vous soutenu(e) par votre entourage pour bien comprendre ce qui vous arrive ?             | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10<br><input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> |



#### Nutrition

- 5 Si l'on considère que, avant l'annonce de votre maladie, vous mangiez « 10 sur 10 », combien mangez-vous actuellement sur une échelle de 0 à 10 (0 = vous ne mangez rien et 10 = vous mangez des quantités comme d'habitude) ?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

- 6 Votre poids avant l'annonce de la maladie :      kg

Votre poids actuel :      kg

Votre taille :    m

- 7 Avez-vous des difficultés à avaler ?  
 Oui  Non
- 8 Avez-vous des nausées/vomissements/diarrhées qui impactent votre prise alimentaire ?  
 Oui  Non
- 9 Faites-vous un ou des régime(s) restrictif(s) (jeûne, régime pauvre en sucre, en gras...) sans prescription médicale telle que pour le diabète, le cholestérol... ?  
 Oui  Non
- 10 Avez-vous déjà eu un suivi/reçu des conseils adaptés en nutrition ?  
 Oui  Non

#### Questions de repérage de 2<sup>e</sup> niveau

- 1 – Peser le patient (tracer le suivi de l'évolution du poids)
- 2 – Perte de poids (en kg)  
Si % perte de poids  $\geq 5\%$  en 1 mois ou  $\geq 10\%$  en 6 mois, orientation pour suivi nutritionnel.
- 3 – Taille en m
- 4 – IMC : P (kg) /T<sup>2</sup> (cm)  
Si  $< 18,5 \text{ kg/m}^2$  ou 21 pour les personnes de plus de 70 ans (critère de dénutrition), orientation vers une consultation diététique/nutritionnelle  
Si  $> 25 \text{ kg/m}^2$  (critère de surpoids/obésité), selon le cancer, orientation vers une consultation diététique/nutritionnelle
- 5 – Des changements des habitudes alimentaires ont-ils été observés ?  
– À l'annonce de la maladie :  Oui  Non  
– Pendant les traitements :  Oui  Non  
– Depuis l'arrêt des traitements :  Oui  Non
- 6 – Une réduction de la masse musculaire et/ou de la fonction musculaire a-t-elle été identifiée ? (lorsque les normes et/ou les outils sont disponibles).  
 Oui  Non (si oui = critère de dénutrition)

#### **Activité physique [= activité physique quotidienne (marche, ménage, jardinage, vélo...) et activité sportive]**

- 11 Avant l'annonce de la maladie, sur une échelle de 0 à 10, vous étiez pas du tout actif(ve) = 0 à vous étiez très actif(ve) = 10 ?  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- 12 Depuis l'annonce de votre maladie, êtes-vous moins actif(ve) physiquement ?  
 Oui  Non
- 13 En ce moment, avez-vous des difficultés à être actif(ve) au quotidien entre 0 (= aucune difficulté) et 10 (= difficulté extrême) ?  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- 14 En ce moment, vous sentez-vous capable de poursuivre, reprendre ou débiter une activité physique régulière seul(e) ?  
 Oui  Non
- 15 Lors d'une journée ordinaire, en ce moment passez-vous en moyenne :  
 Plus de 7 h assis(e)  
 Moins de 7 h assis(e) ?

#### **Fatigue**

- 16 Sur une échelle de 0 à 10, vous évaluez votre fatigue entre 0 (= pas de fatigue) et 10 (= fatigue extrême)  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

## RÉFÉRENTIEL ORGANISATIONNEL NATIONAL

### SOINS ONCOLOGIQUES DE SUPPORT DES PATIENTS ADULTES ATTEINTS DE CANCER / avis d'experts



#### Psychologie

- 17 Êtes-vous triste ?  
 Souvent  Parfois  Rarement  Jamais
- 18 Êtes-vous angoissé(e) ou anxieux(se) ?  
 Souvent  Parfois  Rarement  Jamais
- 19 Vous êtes-vous senti(e) déprimé(e) ou anxieux(se) au cours de votre vie ?  
 Oui  Non  
 Si oui, avez-vous eu ou avez-vous un suivi psychologique pour vos difficultés psychiques ?  
 Oui  Non
- 20 Prenez-vous un traitement (anxiolytique ou antidépresseur) en ce moment ?  
 Oui  Non
- 21 Êtes-vous déjà suivi(e) par un professionnel ?  
 Oui  Non
- 22 Ressentez-vous le besoin d'un soutien psychologique ?  
 Oui  Non

#### Questions de repérage de 2<sup>e</sup> niveau

Réaliser une évaluation en utilisant l'échelle de l'HADs « Hospital Anxiety and Depression scale » (*Annexe 3a*). Le score obtenu permettra d'orienter le patient vers le médecin, des pratiques psychocorporelles, ou le psychiatre et le psychologue.

Tout score  $\geq 8$  à l'échelle HADs nécessite d'orienter vers une consultation médicale (médecin traitant ou psychiatre) ou vers un psychologue.



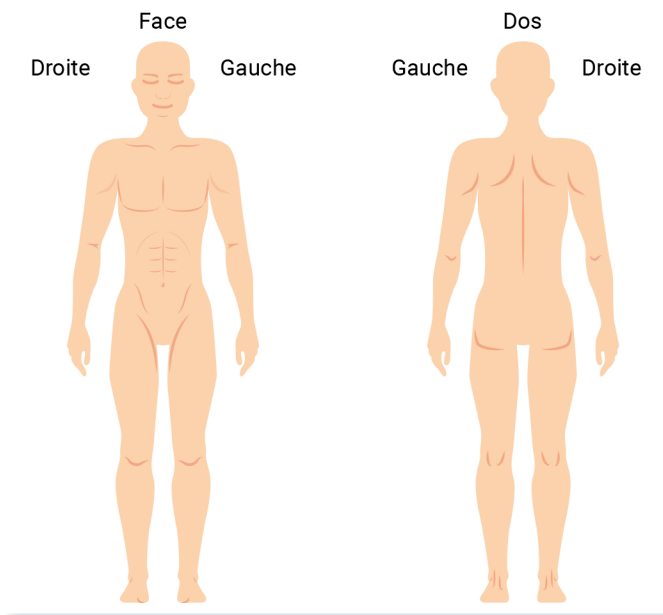
#### Douleur

- 23 Ressentez-vous des douleurs ces derniers jours ?  
 Oui  Non
- 24 Si oui, vous évaluez vos douleurs avec une note de 0 à 10 qui décrit le mieux l'importance de **vos douleur maximale au cours des 8 derniers jours** (la note 0 correspond à pas de douleur, et la note 10 correspond à la douleur maximale imaginable)  
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- 25 Si oui, vous évaluez vos douleurs avec une note de 0 à 10 qui décrit le mieux **vos douleur habituelle au cours des 8 derniers jours** (la note 0 correspond à pas de douleur, et la note 10 correspond à la douleur maximale imaginable)  
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- 26 Cette douleur perturbe-t-elle...  
 ... votre sommeil ?  Oui  Non  Non concerné(e)  
 ... vos activités habituelles ?  Oui  Non  Non concerné(e)
- 27 Prenez-vous actuellement un traitement pour vos douleurs ?  
 Oui  Non  Non concerné(e)
- 28 Si oui, le traitement vous soulage-t-il ?  
 Complètement  Partiellement  Pas du tout

#### Questions de repérage de 2<sup>e</sup> niveau

- 1 – S'agit-il d'une douleur connue et identifiée ?  
 Oui  Non
- 2 – Est-elle permanente ?  
 Oui  Non
- 3 – Est-elle déclenchée par :  
 • Les mouvements ?  Oui  Non  
 • Les soins ?  Oui  Non  
 • Autres (précisez) ?

4 – Localisation : Indiquez sur ce schéma où se trouve votre douleur en noircissant la zone.



5 – Accès douloureux paroxystiques<sup>1</sup> ?

Oui  Non

Si oui, nombre par 24 heures ?

6 – Échelle numérique de 0 à 10 (sur la dernière semaine) :

Moyenne :  0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Minimum :  0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Maximum :  0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

7 – Si score du questionnaire DN4<sup>2</sup> ≥ 4 ? (Annexe 3b)

Oui  Non

8 – Traitement actuel :

• Observance (faire préciser la posologie prise, l'horaire...) :

• Effets indésirables :



### Social, familial et professionnel

29 Avez-vous besoin d'informations sur les conséquences sociales et financières de votre maladie (Affection Longue Durée, droits, prestations, démarches à effectuer, impact sur l'activité professionnelle...) ?

Oui  Non

30 Vivez-vous seul(e) ?

Oui  Non

31 Avez-vous des enfants ou personnes à charge ?

Oui  Non

32 Avez-vous des aidants (une ou plusieurs personne(s) dans mon entourage qui vous aide(nt) au quotidien) ?

Oui  Non

Si oui, lesquels (membre de ma famille, amis, etc.) ?

1. L'accès douloureux paroxystiques (ADP) correspond à une augmentation transitoire de la douleur, de survenue rapide (moins de 3 minutes), de courte durée (de 30 minutes à 1 heure en moyenne) d'intensité sévère à insoutenable, survenant sur un fond de douleur stable, chez des patients recevant un traitement opioïde de fond. On différencie « les accès douloureux prévisibles » lorsque la douleur est liée à des actions volontaires du patient (ex la marche) involontaire (ex la toux) ou procédurale, des accès douloureux non prévisibles.

2. Questionnaire élaboré et validé chez l'adulte pour estimer la probabilité d'une composante neuropathique à la douleur. <https://www.sfetcd-douleur.org/wp-content/uploads/2019/08/dn4ok.pdf>



## RÉFÉRENTIEL ORGANISATIONNEL NATIONAL

### SOINS ONCOLOGIQUES DE SUPPORT DES PATIENTS ADULTES ATTEINTS DE CANCER / avis d'experts

- 33 Du fait de votre maladie et des traitements, avez-vous besoin d'aide dans votre quotidien (aide-ménagère, garde d'enfants, suivi de la scolarité de mes enfants...) ?  
 Oui  Non
- 34 Votre logement est-il adapté à votre état de santé ?  
 Oui  Non
- 35 Avez-vous des difficultés  
 Familiales  Financières  
 Professionnelles  Non concerné(e)



#### Maintien et retour à l'emploi

- 36 Poursuivez-vous votre activité professionnelle durant vos traitements de façon :  
 Très satisfaisante  Satisfaisante  Peu satisfaisante  Compliquée  
 Très compliquée  Impossibilité de poursuivre
- 37 Concernant la reprise de votre activité professionnelle :  
 Vous souhaitez reprendre une activité professionnelle  
 Vous vous sentez pas capable de reprendre  
 Non concerné(e)
- 38 Quelles seraient la ou les conditions favorables à votre reprise d'activité professionnelle ?  
 Information de votre employeur  Formation de l'entreprise à votre accueil  
 Aménagement de votre espace de travail (bureau, atelier...)  Aménagement de votre temps de travail  
 Accompagnement par le médecin du travail  Réorientation professionnelle  
 Connaître vos droits  
 Autre. Laquelle ?   
 Non concerné(e)



#### Habitudes de vie

- 39 Est-ce que vous prenez des médicaments sans prescription de votre médecin (automédication comme par exemple la prise d'antidouleur, d'anti inflammatoires, de somnifères...)  
 Oui  Non
- 40 Est-ce que vous prenez d'autres traitements ou compléments (phytothérapie, compléments alimentaires...) ?  
 Oui  Non
- 41 Fumez-vous ?  
 Oui  Non  
 Si oui, quelle(s) substance(s) ?
- 42 Avez-vous arrêté de fumer depuis moins d'un an ?  
 Oui  Non  Non concerné(e)
- 43 Consommez-vous de l'alcool ?  
 Oui  Non  
 Si oui, combien de verres par semaine ?  verres

#### Questions de repérage de 2<sup>e</sup> niveau

Alcool : Questionnaire FACE pour orientation (Annexe 3c.)

<http://www.resapsad.org/sites/resapsad.cpm.aquisante.priv/files/u35/FACE.pdf>



#### Santé sexuelle

- 44 La maladie a-t-elle un retentissement sur votre vie intime et sexuelle ?  
 Oui  Non  Non concerné(e)

- 45 La maladie a-t-elle changé la relation avec votre partenaire ?  
 Oui  Non  Non concerné(e)
- 46 Si c'est le cas, ressentez-vous le besoin d'en parler avec un professionnel spécialisé  
 Oui  Non

#### Questions de repérage de 2<sup>e</sup> niveau

- 1 – Cela occasionne-t-il une insatisfaction ou une souffrance dans votre vie personnelle ?  
 Oui  Non
- 2 – Cela occasionne-t-il une insatisfaction ou une souffrance dans votre vie de couple ?  
 Oui  Non



#### Fertilité

- 47 Souhaitez-vous des informations et une aide concernant les conséquences de la maladie et des traitements sur votre capacité à avoir des enfants à l'avenir ?  
 Oui  Non



#### Actions thérapeutiques

- 48 Vous sentez-vous capable de gérer vos traitements et leurs effets secondaires dans le quotidien ?  
 Oui  Non
- 49 Avez-vous eu accès à un programme d'éducation thérapeutique ?  
 Oui  Non

Commentaires :

Je vous remercie d'avoir répondu à ce questionnaire. L'équipe soignante reviendra vers vous pour décider ensemble des éventuels accompagnements à mettre en place.

Je vous informe que vos réponses seront utilisées strictement dans le cadre de l'évaluation de vos besoins en soins de support.

Je vous informe que les données à caractère personnel vous concernant issues de ce questionnaire sont collectées et traitées sous la responsabilité de l'établissement de santé qui assure votre prise en charge. Vous pouvez vous rapprocher de ce dernier et de son délégué à la protection des données pour toute information concernant le traitement de vos données et vos droits issus du Règlement général sur la protection des données.