

GUIDE D'ENTRETIEN DU TEMPS D'ACCOMPAGNEMENT SOIGNANT DANS LE PARCOURS PATIENT ATTEINT DE CANCER A L'USAGE DE L'IDEC

BPA-GUIDETAS 2501

Ce guide d'entretien élaboré par un groupe de soignants de la région AURA est destiné à l'usage des IDEC¹ impliqués dans le parcours patient atteint de cancer.

Il répond à un besoin exprimé lors d'une enquête menée par le Réseau Régional de Cancérologie ONCO-AURA en 2018-20.

Il s'inspire du référentiel organisationnel national soins oncologiques de support des patients adultes atteints de cancer 10/2021 (annexe III -version professionnel de santé).

Il a pour but d'aider l'IDEC lors la conduite du premier entretien et des suivants afin d'identifier les fragilités du patient et l'orienter vers des ressources adaptées. Il sert de support à la synthèse des entretiens pour incrémenter le dossier patient.

Des échelles de cotation de fragilités, nationales et internationales figurent en annexe (liste non exhaustive).

RENSEIGNEMENTS 	
Date de l'entretien :	
Identification du patient :	
Civilité :	
Nom :	
Prénom :	
Date de naissance :	
Lieu d'habitation :	
Type d'habitation (maison, appartement, étage, chauffage (bois, ...)) :	
Coordonnées : (téléphone, mail,) :	
Coordonnées des libéraux (médecin généraliste, IDEL, pharmacien, kiné, ...) :	
Médecin spécialiste hospitalier référent :	
Personne de confiance (vérifier si présent dans DPI) :	

Réaliser le score EPICES : Si celui-ci est utilisé, certaines questions de la grille d'entretien (paragraphes 1 et 2) seront inutiles (redondantes).

¹ IDEC : Infirmier Diplôme d'Etat de Coordination

1. EVALUATION SOCIOPROFESSIONNELLE ET HABITUDES DE VIE SOCIAL			
CONDITIONS DE VIE	Oui	Non	NC ²
1. Vivez-vous seul(e) ?			
2. Avez-vous des enfants ou personnes à charge ?			
3. Avez-vous des aidants (une ou plusieurs personne(s) dans votre entourage qui vous aide(nt) au quotidien ?			
Si oui, lesquels (membre de la famille, amis, etc.) ?			
4. Avez-vous besoin d'aide dans votre quotidien (aide-ménagère, garde d'enfants, suivi de la scolarité de mes enfants...) ?			
SYNTHESE ET ORIENTATION (<i>texte libre</i>)			
ACTIVITE PROFESSIONNELLE, REVENUS	Oui	Non	NC
5. Quel métier exercez-vous ? Retraite ? Statut (libéral, salarié, ...)			
6. Envisagez-vous de poursuivre votre activité professionnelle ?			
7. Pensez-vous avoir une baisse de revenus du fait de votre arrêt de travail ? (<i>Difficultés financières prévisibles ?</i>)			
8. Savez-vous si votre Déclaration d'Affection de longue durée (ALD) a été faite par votre médecin traitant ?			
9. Avez-vous une Mutuelle ?			
10. Avez-vous besoin d'aide pour vos démarches ? (Assistante sociale, droits...)			
SYNTHESE ET ORIENTATION (<i>texte libre</i>)			
ACTIVITE	Oui	Non	NC
11. Quels sont vos loisirs, vos centres d'intérêt, vos activités au quotidien (courses, jeux, marche, vélo, sport...) ?			
12. Depuis l'annonce de votre maladie et/ou depuis la mise en route des traitements, êtes-vous moins actif ?			
Comment cela se traduit-il au quotidien (sieste, sommeil +++, ...) ?			
Pouvez-vous expliquer pourquoi (douleur, appréhension, fatigue, représentations de la maladie, ...) ?			
13. En ce moment, vous sentez-vous capable de poursuivre, reprendre ou débiter une activité physique régulière seul(e) ?			
SYNTHESE ET ORIENTATION (<i>texte libre</i>)			
ADDICTIONS	Oui	Non	NC
14. Fumez-vous du tabac ?			
Si non, l'arrêt est-il inférieur à 1 an (préciser) ?			
Combien de cigarettes par jour ?			
Avez-vous envie d'arrêter ?			
Avez-vous des substituts nicotiniques en cours ?			
15. Consommez-vous de l'alcool ?			
Si oui, à quelle fréquence consommez-vous ?			
Quels types d'alcools ?			
Votre consommation d'alcool a-t-elle des répercussions sur votre vie ? (Préciser)			
Avez-vous envie d'arrêter ?			

² NC : Non Concerné

16. Consommez-vous des produits stupéfiants ?			
Quelles substances ?			
Sous quelles formes ?			
A quelle fréquence ?			
17. Auriez-vous envie de rencontrer un professionnel à ce sujet (alcool, tabac, autres addictions) ?			
SYNTHESE ET ORIENTATION (<i>texte libre</i>)			

2. DOULEUR			
	Oui	Non	NC
18. Ressentez-vous des douleurs ? (<i>Préciser depuis quand, où, fréquence, ...</i>)			
Si oui, évaluez vos douleurs avec une note de 0 à 10 qui décrit le mieux l'importance de votre 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).			
Cette douleur perturbe-t-elle votre vie quotidienne (sommeil, activités...)?			
Prenez-vous actuellement un traitement pour vos douleurs ? (<i>Faire préciser lequel, observance, tolérance...</i>)			
Votre traitement est-il efficace ?			
Si non, ou partiellement, pourquoi ?			
19. Seriez-vous d'accord de rencontrer un spécialiste de la douleur ?			
SYNTHESE ET ORIENTATION (<i>texte libre</i>)			

3. NUTRITION			
	Oui	Non	NC
20. Avez-vous perdu du poids ces derniers mois ?			
21. Votre appétit s'est-il modifié ces derniers mois ?			
Si oui, pourquoi ? (Nausées, vomissements, diarrhées, dysphagie, anorexie...)			
22. Suivez-vous un ou des régimes restrictifs (jeûne, régime pauvre en sucre, en gras...)?			
23. Avez-vous déjà eu un suivi/reçu des conseils adaptés en nutrition ?			
24. Depuis l'annonce de votre cancer avez-vous modifié vos habitudes alimentaires ?			
25. Souhaitez-vous rencontrer une diététicienne ?			
SYNTHESE ET ORIENTATION (<i>texte libre</i>)			

4. PSYCHOLOGIE			
	Oui	Non	NC
26. Comment vous sentez-vous ? (Tristesse, anxiété, qualité du sommeil, ...)			
27. Comment avez-vous vécu l'annonce de votre maladie et/ou du traitement ?			
28. Qu'est-ce qui vous aide dans cette période difficile ? (Avez-vous mis en place quelque chose pour surmonter cette période difficile ?)			
29. Bénéficiez-vous d'un traitement (anxiolytique ou antidépresseur) et/ou d'un accompagnement psychologique ?			

30. La survenue de la maladie a-t-elle modifié la relation avec votre entourage ?			
31. Ressentez-vous le besoin d'un soutien psychologique ?			
SYNTHESE ET ORIENTATION (<i>texte libre</i>)			

5. SANTE SEXUELLE- FERTILITE			
	Oui	Non	NC
32. Le médecin vous a-t-il parlé de la fertilité et/ou la contraception (<i>en fonction du traitement envisagé</i>) ?			
33. Avez-vous besoin de davantage d'information à ce sujet ?			
34. Du fait de la maladie et du traitement avez-vous des questions par rapport à votre vie intime, votre sexualité ?			
35. La maladie a-t-elle changé la relation avec votre partenaire ?			
36. La maladie a-t-elle un retentissement sur votre vie intime et sexuelle ? Si c'est le cas, ressentez-vous le besoin d'en parler avec un professionnel spécialisé ?			
SYNTHESE ET ORIENTATION (<i>texte libre</i>)			

6. COMPREHENSION DE LA MALADIE ET DU TRAITEMENT			
	Oui	Non	NC
37. Avez-vous des difficultés à la lecture de vos ordonnances (vue, français, vocabulaire, ...) ?			
38. Qu'avez-vous compris de votre maladie et de votre traitement ? (<i>Reformuler et compléter explications si besoin</i>)			
SYNTHESE ET ORIENTATION (<i>texte libre</i>)			

7. ACTIONS THERAPEUTIQUES			
Reprendre le PPS, les ordonnances et reformuler.			
	Oui	Non	NC
39. Vous sentez-vous en capacité de gérer SEUL vos traitements et leurs effets secondaires dans le quotidien ? Si non, avez-vous besoin d'aide ? (<i>Suggérer IDE à domicile</i>)			
40. Avez-vous recours à des médecines non conventionnelles et/ou prenez-vous des traitements sans prescription médicale ? (<i>Orienter vers médecin/pharmacien si besoin</i>)			
41. Connaissez-vous les soins de support ? (<i>Expliquer brièvement offre de l'établissement +/- orientation</i>)			
42. Souhaiteriez-vous intégrer un programme d'éducation thérapeutique ? (<i>Si existant dans l'établissement</i>) ?			
SYNTHESE ET ORIENTATION (<i>texte libre</i>)			

ANNEXE I

Liste non exhaustive d'échelles de cotation des fragilités utilisables par l'IDEC en vue d'une orientation vers des soins de support adaptés

Domaine	Echelles	Auteur /source
EVALUATION SOCIOPROFESSIONNELLE ET HABITUDES DE VIE SOCIAL	Score EPICES : Evaluation de la précarité et des Inégalités de santé dans les Centres d'Examen de Santé. 2006	CETAF (Centre Technique d'Appui et de Formation des Centres d'examens de Santé) et CNAM (Caisse Nationale d'Assurance Maladie)
	DETA : Diminuer Entourage Trop Alcool	ANPAA (Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie)
	CAGE-DETA Alcool 2014	HAS (Haute Autorité de Santé)
	Test de FAGERSTRÖM : test de dépendance à la nicotine (ou à la cigarette) 2012	FAGERSTRÖM K.-0. CPAM (Caisse Primaire d'Assurance Maladie)
	Echelle de ZARIT : Evaluation de la charge matérielle et affective des aidants. 1985	ZARIT Steven H.
DOULEUR	Echelle visuelle analogique (EVA) DOLOPLUS ALGOPLUS	
NUTRITION	SEFI (Score d'Evaluation Facile des Ingesta)	Société Francophone de Nutrition clinique et Métabolique
PSYCHOLOGIE	HAMILTON Risque dangerosité urgence : Evaluation risque suicidaire	
	PALLIA 10 Outil d'aide à la décision de soins palliatifs	SFAP et Laboratoire NYCOMED
SANTE SEXUELLE- FERTILITE		
COMPREHENSION DE LA MALADIE ET DU TRAITEMENT		
ACTIONS THERAPEUTIQUES	Score G8 : outil de dépistage gériatrique pour les personnes atteintes de cancer âgées de 75 ans et plus nécessitant une évaluation plus approfondie par un gériatre.	ONCODAGE INCa (Institut National du Cancer) Plan Cancer 2009-20