



Pour des soins de support de l'après cancer

Grégory Ninot¹, Philippe Debourdeau², Françoise Blanc-Legier², Françoise De Crozals², Gaëtan De Rauglaudre², Samy Khouri², Sylvie Kirscher², Laurent Mineur², Isabelle Piollet², Isabelle Sant², Pierre Schillinger², Daniel Serin²

Reçu le 29 novembre 2016
Reçu sous la forme révisée le 6 avril 2018

Accepté le 6 avril 2018
Disponible sur internet le :
7 août 2018

1. Institut de cancérologie de Montpellier, 208, avenue des Apothicaires, parc Euromédecine, 34298 Montpellier cedex 5, France
2. Institut Sainte-Catherine, 250, chemin de Baigne-Pieds, 84000 Avignon, France

Correspondance :
Auteur correspondant.
gregory.ninot@umontpellier.fr

Mots clés

Soins de support
Oncologie
Prévention des récurrences
Après cancer

■ Résumé

Les progrès dans le dépistage précoce et les thérapeutiques ont fait basculer en quelques décennies la prise en charge de cancers d'un modèle de préparation optimale à la fin de vie à celui d'accompagnement d'une maladie chronique. Cette évolution accélère le développement des soins de support dans deux directions, d'une part vers le meilleur accompagnement possible de la fin de vie à cause d'un cancer avancé (soins palliatifs) et d'autre part vers la limitation des toxicités et séquelles des traitements de cancers moins graves, la prévention des récurrences et le retour à une vie la plus normale possible (soins pour l'après cancer). Si les soins palliatifs bénéficient désormais d'une légitimité et d'un socle réglementaire solides en France, ce n'est pas encore le cas des soins de support. Leur contenu et leur organisation diffèrent selon l'établissement, le choix des cliniciens et les préférences des patients. Des réseaux sociaux et les médias véhiculent des messages qui brouillent les pratiques fondées sur la science. Cet article vise à faire le point sur les leviers et les freins de cette mise en place.

Keywords

Integrated and comprehensive supportive care
Oncology
Prevention
After cancer

■ Summary

Supportive care for survivors

Advances in early detection and treatment have pushed in a few decades the management of cancers from a management model of the end of life to the management of a chronic disease. This evolution has accelerated the development of supportive care in two directions, firstly towards the best possible support to the end of life in advanced cancer patients (palliative care) and secondly to the limitation of treatment toxicities, the prevention of relapse and the return to life as "normal" as possible (care for after cancer). If palliative care now has a legitimacy and a solid regulatory base, this is not yet the case of supportive care in France. The content and organization differ depending on the institution, the choice of clinicians and patient preferences. Social networks and media convey messages that blur evidence-based practices. This article aims to review the facilitators and obstacles of this perspective.

Introduction

Les progrès dans le dépistage précoce et les thérapeutiques ont fait basculer en quelques décennies la prise en charge de cancers d'un modèle de prise en charge de la fin de vie à celui d'un accompagnement d'une maladie chronique [1]. Cette évolution encourage l'amélioration de la qualité des soins de support dans deux directions dès le diagnostic établi et l'annonce faite [2]. D'une part, vers des soins palliatifs de cancers avancés dont l'objectif est un meilleur accompagnement possible de la fin de vie, de la prise en charge de la douleur jusqu'à l'aide des proches [3,4]. D'autre part, vers des soins préparant l'après cancer dont les objectifs sont de limiter les séquelles des traitements, de prévenir les récurrences, d'encourager un mode de vie plus sain et de faciliter une vie sociale et professionnelle aussi « normale » que possible [5-8]. Si les équipes peuvent être composées des mêmes professionnels, leurs objectifs, leurs missions et leurs lieux d'intervention se spécialisent progressivement. Elles doivent faire face quotidiennement à des amalgames, à des croyances et à des offres de soins infondés scientifiquement qui prolifèrent dans les médias et les réseaux sociaux.

Si les soins palliatifs bénéficient désormais d'une lisibilité et d'une organisation claires dans les établissements de santé [9], ce n'est pas encore le cas des soins préparant l'après cancer. Leur contenu et leur organisation diffèrent selon l'établissement, le choix des cliniciens, les préférences des patients et ce, en fonction du contexte sanitaire et économique de chaque pays [10]. Cet article vise à faire le point sur les facilitateurs et les freins de cette mise en place.

Facilitateurs et freins sur le plan scientifique et médical

D'un côté, de récentes études cliniques, revues de question et méta-analyses encouragent l'intégration de soins de support dans le parcours de soins des patients traités pour un cancer dans une visée curative. De nombreuses publications démontrent l'innocuité et l'efficacité de la prise en charge des symptômes [1], d'interventions psychologiques dans la diminution de l'anxiété et de la dépression liées au cancer [11,12], d'interventions diététiques dans la limitation de la sarcopénie et de la prise de masse grasse abdominale [13], de programmes d'activités physiques adaptées dans la réduction de la fatigue [14,15]. Il est à noter que les études cliniques sur les programmes de soins de support ont une ambition grandissante si l'on regarde le choix du critère de jugement principal. En effet, les études interventionnelles sont passées de stratégies visant l'amélioration de la qualité de vie dans les années 1990 (par exemple, programme d'activité physique ludique visant à améliorer la qualité de vie globale), à la diminution de symptômes ciblés dans les années 2000 (par exemple, programme supervisé d'activité physique visant à réduire la fatigue perçue durant

les traitements), à l'amélioration de marqueurs biologiques pour potentialiser les thérapeutiques dans les années 2010 (par exemple, programme supervisé et personnalisé d'activité physique aérobie visant à compléter les traitements) et jusqu'à l'augmentation de la durée de vie (par exemple, programme supervisé et personnalisé d'activité physique à « haute intensité » visant à diminuer le risque de récurrence) [16].

Des méta-analyses soulignent l'intérêt d'interventions psychologiques [17], nutritionnelles [18] et corporelles [19,20]. Des publications font la synthèse des mécanismes potentiellement impliqués [7]. Des sociétés savantes recommandent l'instauration en routine des soins de support dans les établissements de santé [12,13,21,22]. De grands organismes de recherche attestent de leur importance (Institut national de la santé et de la recherche médicale [INSERM], Institut national du cancer [INCa], *International Agency for Research on Cancer* [IARC]). Des associations internationales soutiennent la démarche en soulignant leur nécessité dans une logique de soins (« care ») et de prévention des récurrences (par exemple, *World Cancer Research Fund International* [WCRF]). Des organismes nationaux et des fondations consentent d'énormes efforts financiers pour soutenir la recherche dans cette direction (par exemple, INCa, Ligue contre le cancer, Fondation ARC).

Et pourtant, malgré une ambition croissante de la recherche dans le domaine, les connaissances sur les soins de support sont essentiellement issues d'études de cohorte. Montrer que les personnes les plus physiquement actives vivent plus longtemps avec un cancer (en contrôlant certaines variables comme le tabagisme) ne suffit pas à affirmer qu'un programme d'activité physique adaptée et supervisée doit être proposé systématiquement à tout patient sédentaire. Des extrapolations sont faites à partir de populations saines. Les résultats des études pilotes sur l'activité physique ou la nutrition, par exemple, restent discutables. Des essais randomisés contrôlés manquent pour préciser les contenus des programmes au-delà des messages hygiéno-diététiques génériques [11,17,19]. Les conclusions des revues systématiques et des méta-analyses restent prudentes sur les doses à recommander (par exemple, sur l'intensité d'un programme d'activité physique adaptée [23], sur sa fréquence et sur la durée des séances), sur leur nature (par exemple, pratique individuelle ou collective), sur la période optimale pour débiter ces interventions (dès l'annonce d'un cancer, dès le premier traitement ou après les traitements), sur leur association (par exemple, liens entre le programme diététique et le programme d'activité physique adaptée), sur leur lieu de pratique (par exemple, établissement de santé, domicile, centre de fitness), sur leur mode d'encadrement (par exemple, à distance ou non, supervisé ou pas) et sur leur référentiel théorique (par exemple, changement de comportements de santé) [24,25]. Les études manquent encore de puissance dans l'évaluation de la potentialisation de traitements (par exemple, respect des doses programmées de chimiothérapie) et de leur

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/10220282>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/10220282>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)