

Guide de pratique multidisciplinaire sur les soins de suite oncologiques en soins primaires

Auteurs : K. Van Puyenbroeck, B. Fauquert, L. Dams, P. Van Royen, C. Mahieu, A. De Groef, J. Wens, F. Defraigne, A. Bellens, G. Stassijns, I. Theunissen, J. Van Loven, K. Delabye, L. Godderis, S. De Keersmaecker, M. Mertens, J. Thibo (†), N. Neutjens, R. Heeb, J. Van Olmen

Version validée : 25/02/2025



University
of Antwerp



ÉCOLE
DE SANTÉ
PUBLIQUE



Ce guide de pratique a été développé au sein du réseau Evikey avec le soutien financier du SPF Santé publique. www.evikey.be

Contribution du patient et évaluation par le praticien de soins primaires

Les guides de pratique clinique donnent des indications sur lequel le praticien de soins primaires peut s'appuyer, et qui constituent un point de repère lors de la prise de décisions diagnostiques ou thérapeutiques. Pour le praticien de soins primaires, ils résument la meilleure prise en charge d'un point de vue scientifique pour le patient. Par ailleurs, il convient de prendre en compte le contexte du patient, celui-ci étant un partenaire, à titre égal, dans la prise de décisions. C'est la raison pour laquelle le praticien clarifie la demande du patient par une communication adaptée et l'informe sur tous les aspects des options thérapeutiques possibles. Il peut donc arriver que le praticien et le patient fassent ensemble un autre meilleur choix de manière responsable et raisonnée. Pour des raisons pratiques, ce principe n'est pas soulevé à chaque fois, mais est mentionné ici de manière explicite.

Ce modèle est basé sur le modèle du Groupe de travail Développement de Guides de pratique de Première ligne (WOREL).

Contenu

INTRODUCTION	8
MOTIVATION DU GUIDE DE PRATIQUE CLINIQUE	8
OBJECTIFS DU GUIDE	9
POPULATION CIBLE DU GUIDE DE PRATIQUE CLINIQUE	9
UTILISATEURS DU GUIDE	11
DÉFINITIONS	11
ABRÉVIATIONS	11
GRADATION DES RECOMMANDATIONS (GRADE)	12
SYNTHÈSE DES MESSAGES CLÉS	14
PARTIE 1 : INTERVENTIONS (THÉRAPEUTIQUES) BIOMÉDICALES ET PSYCHOSOCIALES POUR AMÉLIORER LE RÉSULTAT DU PARCOURS DE REVALIDATION DE LA PERSONNE VIVANT AVEC UN CANCER	22
QUESTION CLINIQUE 1 : QUELLES INTERVENTIONS PHARMACOLOGIQUES SONT NÉCESSAIRES POUR LA PRISE EN CHARGE DES PLAINTES PHYSIQUES MAJEURES DURANT LE PARCOURS DE REVALIDATION ?	24
DOULEUR	24
RECOMMANDATIONS	24
EXPLICATIONS	25
ARGUMENTAIRE	26
FATIGUE	34
RECOMMANDATION	34
EXPLICATIONS	34
ARGUMENTAIRE	34
ANXIÉTÉ/DÉPRESSION	35
RECOMMANDATIONS	35
EXPLICATIONS	36
ARGUMENTAIRE	37
QUESTION CLINIQUE 2 : QUELLES INTERVENTIONS DE REVALIDATION PHYSIQUE SONT INDIQUÉES POUR LES PERSONNES VIVANT AVEC UN CANCER AUX DIFFÉRENTES PHASES DES SOINS DE SUITE ?	41
RECOMMANDATIONS	41
EXPLICATIONS	41
ARGUMENTAIRE	43
QUESTION CLINIQUE 3 : QUELS CONSEILS D'HYGIÈNE DE VIE SONT INDIQUÉS POUR LES PERSONNES VIVANT AVEC UN CANCER AUX DIFFÉRENTES PHASES DES SOINS DE SUITE ?	51
RECOMMANDATIONS	51
EXPLICATIONS	51
ARGUMENTAIRE	52

<u>QUESTION CLINIQUE 4 : QUELLES INTERVENTIONS DE SOUTIEN PSYCHOSOCIAL, D'AUTOSOINS ET AUTO-PRISE EN CHARGE SONT INDIQUÉES POUR LES PERSONNES VIVANT AVEC UN CANCER AU COURS DES DIFFÉRENTES PHASES DES SOINS DE SUITE ?</u>	54
RECOMMANDATIONS	54
EXPLICATIONS	54
ARGUMENTAIRE	55
<u>PARTIE 2 : COLLABORATION ENTRE LES DIFFÉRENTS PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ DURANT LE PARCOURS DE REVALIDATION DES PATIENTS ONCOLOGIQUES</u>	59
<u>TÂCHE 5A. IDENTIFICATION DES BESOINS ET DES OBJECTIFS DES PERSONNES VIVANT AVEC UN CANCER</u>	61
RECOMMANDATIONS	61
EXPLICATIONS	61
ARGUMENTAIRE	61
<u>TÂCHES 5B. RÉPARTITION DES TÂCHES ET DES FONCTIONS ENTRE LES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ CONCERNÉS</u>	64
RECOMMANDATIONS	64
EXPLICATIONS	64
ARGUMENTAIRE	65
<u>TÂCHE 5C. RÉPARTITION DES TÂCHES ET DES FONCTIONS ENTRE LES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ CONCERNÉS</u>	67
RECOMMANDATION	67
EXPLICATIONS	67
ARGUMENTAIRE	67
<u>TÂCHE 5D. DONNER ACCÈS AUX INFORMATIONS, TANT AU PATIENT QU'AUX PROFESSIONNELS DE SANTÉ IMPLIQUÉS DANS L'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES VIVANT AVEC UN CANCER</u>	69
RECOMMANDATION	69
EXPLICATIONS	69
ARGUMENTAIRE	69
<u>CRITÈRES D'ÉVALUATION ET MISE EN OEUVRE</u>	71
<u>LIMITATIONS ET QUESTIONS POUR L'AVENIR</u>	76
LIMITATIONS PAR RAPPORT À L'ÉTENDUE DU SUJET	76
EXHAUSTIVITÉ DES SOURCES	76
MISE EN ŒUVRE DE CE GUIDE	77
<u>ÉLABORATION</u>	77
AUTEURS	77
AUTRES PARTIES IMPLIQUÉES	79
PARTIES PRENANTES (POUR LES QUESTIONS CLINIQUES DE LA PARTIE 1)	79
FOCUSGROUPS (POUR LES QUESTIONS CLINIQUES DE LA PARTIE 2)	80

PROCÉDURE DE CONSENSUS DELPHI	81
PARTICIPATION DES PATIENTS	82
MÉTHODOLOGIE	82
CONFLITS D'INTÉRÊTS ET FINANCEMENT	83
VALIDATION	83
MISE À JOUR	84
RÉFÉRENCES	85

Introduction

Motivation du guide de pratique clinique

Chaque année, environ 68.000 personnes se voient diagnostiquer un cancer en Belgique. La majorité d'entre eux (65 %) survivent à ce diagnostic, mais ces "personnes ayant survécu un cancer" sont confrontés à toutes sortes d'effets indésirables du cancer (traitement). Des plaintes hétérogènes telles que la fatigue (à long terme) (25 - 33% jusqu'à 10 ans après le traitement), la douleur (chronique) (30%), les problèmes cognitifs (15-25%), mais aussi psychologiques (dépression 16%, anxiété 18%) ou sociaux. Ces plaintes varient en fonction de la pathologie cancéreuse et du type de traitement, la phase du parcours de soins et le profil du patient (1).

Les troubles, les contraintes et les problèmes de participation qui y sont liés, entravent souvent ou rendent difficile la réintégration du patient cancéreux à ses activités quotidiennes. Le reprise du travail après un cancer varie entre 60 et 92 % (pour ceux qui étaient professionnellement actifs au moment du diagnostic) (2). Par ailleurs, une grande partie des patients se voient nécessairement prêter moins d'heures ou sont affectés à d'autres tâches.

En Belgique, beaucoup de (ex-)patients cancéreux consultent leur médecin généraliste, le kinésithérapeute ou font appel aux programmes hospitaliers existants de revalidation oncologique pour gérer leurs effets secondaires. L'afflux vers ces programmes de revalidation spécialisés est limité en raison de barrières telles que le transport vers l'hôpital, les horaires et la fréquence des séances de revalidation en groupe, ainsi que des obstacles mentaux et financiers. L'offre hospitalière est relativement limitée et souvent centrée sur une population spécifique de patients vivant avec un cancer (principalement le cancer du sein), avec un accent mis sur le reconditionnement général après un traitement aigu (3). En outre, il n'est pas toujours nécessaire que chaque (ex-)patient cancéreux confronté à des plaintes accomplisse un programme spécialisé de ce genre. On constate, par ailleurs, qu'en première ligne de soins, il n'existe pas d'accords sur la répartition des tâches et la communication entre l'équipe de soins oncologiques et les professionnels de la santé concernés.

Pour assurer des soins de qualité pendant et après un traitement oncologique, le médecin généraliste et le kinésithérapeute, mais aussi l'infirmière à domicile et le psychologue, jouent un rôle important. Une revalidation globale et de qualité, effectuée à proximité du domicile ou à domicile, impliquant à la fois le médecin généraliste et le kinésithérapeute, pourrait significativement favoriser la participation sociale, la reprise du travail, ainsi qu'améliorer le bien-être personnel et la qualité de vie.

Pour garantir des soins continus et centrés sur la personne tout au long des différentes phases de la maladie dans le but de prendre en charge la personne vivant avec un cancer autant que possible à domicile, il s'avère nécessaire de développer un guide de pratique clinique qui fixe des accords sur le rôle de chacun. Il existe des guides de pratique clinique internationaux d'ordre général, entre autres sur l'activité physique chez les personnes ayant survécu un cancer, notamment ceux de l'American College of Sports Medicine. Par ailleurs, on retrouve aussi un guide de pratique clinique interprofessionnel développé par l'Integraal Kenniscentrum aux Pays-Bas (2018), qui traite de la revalidation pendant et après un traitement oncologique. Ces guides de pratique clinique internationaux traitant de l'activité physique et de la revalidation des personnes ayant survécu un cancer (American College of Sports Medicine, Integraal Kankercentrum Nederland) ne tiennent cependant pas compte de la symptomatologie (combinée et hétérogène,

liée au site du cancer et à son traitement) du patient individuel, ni des objectifs des différentes phases du parcours de soins (revalidation avant, pendant et après le traitement oncologique ou dans le cadre d'une phase d'entraînement sportif spécifique), ni du contexte de l'organisation des soins de santé primaires en Belgique. Le guide de pratique « Survivorship » du NCCN (4) qui a été mise à jour en 2022 (au cours de l'élaboration de ce guide) répond davantage à ces critères mais n'est pas adapté au contexte belge. On accorde également peu d'attention aux aspects autres que le fonctionnement physique, comme la participation sociale, et au contexte propre à l'environnement des patients. Il est par conséquent indispensable d'avoir un guide de pratique clinique multidisciplinaire sur le sujet. Ce guide sera en partie développé de novo et en partie adapté au contexte belge.

Ce guide devra également être assorti d'initiatives favorisant sa mise en œuvre. Celles-ci peuvent se situer au niveau individuel entre le prestataire de soins et le patient (modules de formation adaptés aux professionnels de la santé concernés), au niveau de la pratique et de l'hôpital (réseaux régionaux) et au niveau du système de soins (par exemple, les parcours de soins oncologiques existants et éventuellement plus récents). Les suggestions à cet égard sont décrites dans une proposition séparée détaillant la mise en œuvre.

L'objectif est de mettre à jour ce guide de pratique après une période de cinq ans.

Ce guide de pratique a été élaboré grâce au financement du SPF Santé publique. Le bailleur de fonds n'est intervenu à aucun moment et d'aucune manière au cours de son développement.

Objectifs du guide

Ce guide de pratique clinique multidisciplinaire vise à aider les prestataires de soins de santé et les personnes vivant avec un cancer dans la prise de décisions relatives aux soins de suite et aux modalités de revalidation les plus appropriés.

Ce guide de pratique clinique est destiné à être utilisé dans les soins de santé (primaires) belges par tous les prestataires de soins qui sont impliqués dans la prise en charge des personnes vivant avec un cancer après leur sortie de l'hôpital ainsi que dans leur suivi ultérieur en collaboration avec les spécialistes d'organes et les services d'oncologie respectifs.

Ce guide de pratique clinique multidisciplinaire se compose de deux parties. La première partie aborde les questions cliniques liées aux soins nécessaires dans la prise en charge (traitement et soutien) des plaintes physiques et psychologiques majeures pendant la période de revalidation des personnes vivant avec un cancer.

La deuxième partie du guide se concentre sur la collaboration mutuelle entre les différents prestataires de soins primaires et la collaboration entre ces prestataires de soins primaires et la seconde ligne de soins pour les personnes vivant avec un cancer se situant dans la même phase de soins (soins de suite et revalidation).

Population cible du guide de pratique clinique

Ce guide de pratique clinique s'applique aux personnes vivant avec un cancer non hospitalisées ayant terminé un traitement oncologique curatif (hormonothérapie et immunothérapie peuvent encore être en cours). Les recommandations s'appliquent aux personnes vivant avec un cancer dont l'espérance de vie est supérieure à un an. Les enfants ne sont pas spécifiquement abordés dans ce guide.

Le champ d'application de ce guide a été déterminé à l'aide du PIPOH suivant :

	Partie 1	Partie 2
	Quelles interventions thérapeutiques biomédicales et psychosociales sont recommandées pour améliorer le résultat du processus de revalidation de la personne vivant avec un cancer ? Chez quels patients oncologiques (indication) ?	Comment la collaboration devrait-elle se dérouler et quels accords devraient être conclus à ce sujet entre les prestataires de soins impliqués pour améliorer le résultat du processus de revalidation du patient oncologique ?
P(opulation of interest)	Personnes vivant avec un cancer non hospitalisées, ayant terminé un traitement intensif en milieu spécialisé : tant les patients en rémission que les patients chroniques ne pouvant plus être traités de manière curative, mais qui ne se trouvent pas en phase palliative (décès non attendus dans l'année).	
I(ntervention(s) of interest)	<ul style="list-style-type: none"> • Interventions biomédicales • Interventions psychosociales 	<ul style="list-style-type: none"> • Outils et procédures de collaboration entre prestataires de soins
P(rofessionals targeted)	Prestataires et professionnels de la santé en soins primaires : <ul style="list-style-type: none"> • Médecins généralistes, pharmaciens • Paramédicaux : ergothérapeutes, diététiciens, kinésithérapeutes et autres professions connexes • Psychologues • Aidants informels et les soignants professionnels (par exemple, les aides-ménagères, les aides-soignants, etc.) • Infirmiers à domicile, infirmiers en soins palliatifs • Médecins du travail, médecins de revalidation, médecins physiques • Assistants sociaux, gestionnaires de cas (case-managers), coordinateurs de soins Prestataires de soins secondaires : <ul style="list-style-type: none"> • Oncologues et spécialistes médicaux pertinents, personnel infirmier spécialisé, psychologues spécialisés en oncologie 	
O(utcome and endpoints of interest)	<ul style="list-style-type: none"> • Douleur ressentie, fatigue ressentie • Fonctionnement physique • Bien-être mental : stress ressenti, anxiété, dépression • Bien-être/qualité de vie • Activités quotidiennes, réinsertion au travail, participation sociale 	<ul style="list-style-type: none"> • Amélioration de la collaboration entre les différents prestataires de soins • Réponse aux besoins médicaux et psychosociaux du patient • Réponse aux besoins des prestataires de soins • Amélioration de l'accès aux soins pour les groupes vulnérables • Participation du patient à la prise de décisions

Utilisateurs du guide

Ce guide (partie 1 et partie 2) est destiné aux différents acteurs de santé impliqués dans les soins de suite des personnes vivant avec un cancer: médecins généralistes, pharmacien.ne.s, ergothérapeutes, diététicien.ne.s, kinésithérapeutes et autres professions connexes, psychologues, aidants informels et soignants professionnels (p.ex. aide-ménagères, aides-soignants), infirmier.ière.s à domicile, infirmier.ière.s spécialisé.e.s en soins palliatifs, médecins du travail, médecins de revalidation, médecins spécialistes en médecine physique, assistant.e.s social.es.ux, gestionnaires de cas (case-managers), coordinateur.trice.s de soins, oncologues et spécialistes médicaux compétents, personnel infirmier spécialisé, psychologues spécialisés en oncologie et autres prestataires de soins/professionnels de la santé qui sont responsables des soins en phase de soins de suite des patients oncologiques.

Définitions

- Analgésiques adjuvants : médicaments dont l'indication principale n'est pas la douleur, mais ayant des propriétés analgésiques dans certaines circonstances.
- Entraînement aérobie : entraînement nécessitant plus d'oxygène via la fréquence cardiaque et les poumons et favorisant l'oxygénation des muscles.
- Gestionnaire de cas : en concertation avec le patient, l'aidant informel, le coordinateur des soins, le médecin généraliste et les autres acteurs impliqués dans les soins, le gestionnaire de cas ou case-manager veille à ce que les soins restent conformes aux objectifs de soins déterminés conjointement par le patient et son environnement.
- Revalidation physique : permet aux personnes de se rétablir physiquement.
- Thérapie par l'exercice : intervention centrée sur le mouvement et le fonctionnement et la dispensation de soins centrés sur la personne.
- Entraînement en résistance : exercices consistant à confronter la force de son corps à une autre force pendant un certain temps.
- Coordinateur des soins : le coordinateur de soins sert d'intermédiaire entre les soins à domicile et les soins hospitaliers. Lors d'une admission, le coordinateur des soins est la personne de contact pour les soins hospitaliers et les soins à domicile.

Abréviations

- GPP : Good Practice Point (« Point de bonne pratique »)
- GDG : Guideline Development Group (« Groupe d'élaboration du guide de pratique »)
- CIPN : Chemotherapy-induced peripheral neuropathy (« Polyneuropathie induite par la chimiothérapie »)
- QOL : Quality of Life (« Qualité de vie »)
- AINS : Anti-inflammatoires non stéroïdiens
- RCT : Randomised Controlled Trial (« essai contrôlé randomisé »)
- ATC : Antidépresseurs tricycliques
- ISRS : Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine
- ISRN : Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la noradrénaline
- TSPT : Trouble de stress post-traumatique
- HIIT : High Intensity Interval Training (« Entraînement par intervalles de haute intensité »)
- VO₂ max : capacité maximale d'absorption d'oxygène

Gradation des recommandations (GRADE)

Dans ce texte est utilisée la classification GRADE (Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation (5, 6)). GRADE est une méthode développée par le groupe de travail GRADE pour avoir un aperçu pratique de la certitude des preuves sous-jacentes et de la force de la recommandation à l'aide d'un codage uniforme (tableau 1). Les critères d'application de GRADE ont été révisés en 2016 (7).

L'approche GRADE comporte deux démarches :

- Une évaluation de la certitude des preuves (pour tous les résultats qui ont été décisifs dans la formulation de la recommandation). Dans le présent guide de pratique clinique, ceci est exprimé en niveau de certitude (élevé = A, modéré = B et faible = C).
- Une évaluation ou gradation (« grading ») de la force de la recommandation, traduite par un chiffre (forte = 1 ou faible = 2).

En outre, il existe des « points de bonne pratique », en anglais, good practice points (GPP). Il s'agit de recommandations fortes qui ne sont pas directement étayées, mais qui sont le fruit d'un processus de consensus formel (Delphi). Un GPP est attribué lorsqu'il n'existe que des preuves indirectes, lorsque la recommandation est nécessaire pour fournir des soins de qualité et que ses avantages sont clairs. Un GPP est donc toujours une recommandation forte, mais sans preuves directes à l'appui.

TABLEAU 1 : CLASSIFICATION GRADE, SIGNIFICATION DES CODES.

GRADE		Avantages par rapport aux inconvénients ou risques	Signification de la certitude des preuves	Implications
1A	Recommandation forte, certitude élevée des preuves	Les avantages l'emportent clairement sur les inconvénients ou les risques	Notre confiance quant au fait que l'effet réel est proche de l'effet estimé est forte.	Forte recommandation, peut être appliquée à la plupart des patients et dans la plupart des circonstances
1B	Forte recommandation, niveau modéré de certitude des preuves		Nous sommes assez confiants dans l'effet estimé. Cet effet peut être proche de l'effet réel, mais il est aussi possible que l'écart entre eux soit important.	
1C.	Forte recommandation, faible niveau de certitude des preuves		Notre confiance dans l'effet estimé est limitée. L'effet réel peut être très différent de l'effet estimé.	
2A	Faible recommandation, niveau élevé de certitude des preuves	Équilibre entre les avantages et les inconvénients ou les risques	Nous sommes convaincus que l'effet réel est proche de l'effet estimé.	Faible recommandation, la meilleure action peut différer selon les circonstances, les patients ou les valeurs sociales.
2B	Faible recommandation, niveau modéré de certitude des preuves		Nous sommes assez confiants dans l'effet estimé. Celui-ci peut être proche de l'effet réel, mais il est aussi possible que l'écart entre eux soit important.	
2C.	Faible recommandation, faible niveau de certitude des preuves	Incertitude sur les avantages ou les inconvénients - un équilibre entre les deux est possible	Notre confiance dans l'effet estimé est limitée. L'effet réel peut être très différent.	Recommandation très faible, les alternatives peuvent tout aussi bien être justifiées
GPP	Recommandation forte sans justification directe et sans indication de GRADE.			

Synthèse des messages clés

Question clinique 1 : Quelles interventions pharmacologiques sont nécessaires pour la prise en charge des plaintes physiques majeures durant le parcours de revalidation ?

Section	Recommandation	GRADE/GPP
Douleur	Réalisez une évaluation approfondie de la douleur (type, intensité et impact) afin d'en identifier la cause.	GPP
	Pensez toujours à une récurrence ou à une progression du cancer en présence d'une douleur nouvelle et aiguë.	GPP
	Envisagez éventuellement la duloxétine comme traitement principal pour divers syndromes douloureux, tels que la neuropathie induite par la chimiothérapie et l'arthralgie associée aux inhibiteurs de l'aromatase, pendant la phase des soins de suite chez les personnes vivant avec un cancer.	GRADE 2C
	Si des opioïdes sont nécessaires, fixez des objectifs thérapeutiques en concertation avec le patient et les prestataires de soins et utilisez la dose efficace la plus légère durant la période la plus courte possible.	GPP
	Fournissez des informations au patient et à l'aidant informel sur l'utilisation sécuritaire des opioïdes, en abordant les risques (y compris la dépendance et l'addiction psychologique et/ou physique), ainsi que leur stockage et leur élimination en toute sécurité.	GPP
	Discutez clairement avec les patients et les soignants du résultat attendu du traitement par opioïdes (c'est-à-dire l'amélioration de la fonction et/ou de la douleur), des modalités de suivi des résultats, de l'observance et des aspects de sécurité ; documentez ces informations dès le début et tout au long du traitement.	GPP
	Réévaluez régulièrement l'efficacité, l'innocuité et la nécessité des opioïdes.	GPP

	Reconnaissez les problèmes médicaux résultant de l'utilisation chronique d'opioïdes ou de l'utilisation de fortes doses d'opioïdes et assurez une prise en charge appropriée, y compris le traitement, le renvoi ou la réduction de dose.	GPP
	Adressez au spécialiste les personnes vivant avec un cancer pouvant bénéficier d'interventions antalgiques complémentaires (médecine physique et réhabilitation, soins palliatifs, spécialiste de la douleur, urologie, gynécologie, chirurgie orthopédique, gastro-entérologie, etc.). Orientez le patient le plus tôt possible au cours du traitement.	GPP
Fatigue	Dépistez la fatigue chez toutes les personnes ayant survécu un cancer afin d'identifier celles qui souffrent de fatigue modérée à sévère et de leur offrir un traitement rapide et efficace.	GPP
Anxiété/dépression	Dépistez l'anxiété, la dépression et le stress chez toutes les personnes vivant avec un cancer, en particulier lors des transitions de la maladie, face à des situations de perte importante, des événements de vie majeurs, ou en cas d'isolement social.	GPP
	Utilisez les inhibiteurs sélectifs de la sérotonine (ISRS) et les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSN) chez les patients souffrant de dépression modérée à sévère, d'anxiété généralisée ou de trouble de stress post-traumatique (TSPT).	GRADE 1C
	Orientez les patients pour une évaluation et un traitement psychiatriques en cas de suspicion d'un diagnostic psychiatrique grave, notamment la manie ou la psychose, surtout chez ceux ayant des antécédents psychiatriques significatifs et présentant un risque sécuritaire modéré à élevé.	GPP
	Orientez le patient vers les soins de santé mentale si l'effet du traitement en soins primaires s'avère insuffisant.	GPP

Question clinique 2 : Quelles interventions de revalidation physique (thérapie manuelle, thérapie psychomotrice, thérapie par l'exercice, etc.) sont indiquées pour les patients oncologiques à travers les différentes phases des soins de suite ?

Recommandation	GRADE/GPP
Envisagez la thérapie par l'exercice dans le traitement de la douleur chez les personnes vivant avec un cancer en phase de soins de suite.	GRADE 2C
Conseillez aux personnes vivant avec un cancer en phase de soins de suite de pratiquer une activité physique régulière pour réduire la fatigue, l'anxiété et la dépression	GRADE 1C
Envisagez de recommander des exercices combinés modérément intensifs d'aérobic et de résistance, 2 à 3 fois par semaine pendant au moins 12 semaines, afin de réduire la fatigue et d'améliorer la qualité de vie liée à la santé (HRQOL) et la fonction cardiopulmonaire chez les personnes vivant avec un cancer en phase de soins de suite.	GRADE 2C
Conseillez et orientez le patient vers des programmes d'entraînement supervisés pour améliorer la QVLS.	GPP

Question clinique 3 : Quels conseils d'hygiène de vie (exercices, alimentation, sommeil, consommation limitée d'alcool, absence de tabagisme) sont indiqués pour les patients oncologiques aux différentes phases des soins de suite ?

Recommandation	GRADE/GPP
Proposez aux personnes vivant avec un cancer une éducation à l'auto-prise en charge et un soutien à un mode de vie sain (incluant des exercices quotidiens, une alimentation équilibrée et l'arrêt du tabagisme) afin d'améliorer la qualité de vie liée à la santé et les résultats physiologiques et de réduire le risque de récurrence.	GPP
Conseillez aux personnes vivant avec un cancer de pratiquer régulièrement une activité physique	GPP

Question clinique 4 : Quelles interventions de soutien psychosocial, d'autosoins et d'auto-prise en charge, de gestion du stress, de réduction de l'anxiété... sont indiquées pour les patients oncologiques aux différentes phases des soins de suite ?

Recommandation	GRADE/GPP
Envisagez de proposer un soutien psychosocial pour le patient souffrant de douleur chronique afin de réduire les symptômes de la douleur.	GRADE 2C

Envisagez de proposer aux personnes vivant avec un cancer des interventions psychosociales pour réduire les symptômes de fatigue lors de la phase des soins de suite.	GRADE 2B
Envisagez de proposer aux personnes vivant avec un cancer la pleine conscience et la méditation pour réduire l'anxiété et la dépression lors de la phase des soins de suite.	GRADE 2C

Question clinique 5 : De quelle manière la collaboration doit-elle se dérouler et quels accords devraient être conclus entre les différents professionnels de la santé impliqués dans la revalidation des patients oncologiques, afin d'améliorer les résultats du parcours de revalidation ?

Section	Recommandations	GRADE/GPP
Identification des besoins et objectifs	Organisez des réunions interdisciplinaires afin de fixer des objectifs communs.	GPP
	Organisez de préférence une téléconsultation avec plusieurs professionnels et le patient	GPP
Répartition des tâches et fonctions	Élaborez un plan de soins de suite. Ce plan permet la répartition des tâches et des fonctions à condition qu'il soit élaboré de manière multidisciplinaire et rédigé dans un langage accessible à tous	GPP
	Utilisez le dossier médical informatisé partagé ou des messageries électroniques	GPP
Tâches de coordination	La coordination de tous les acteurs s'effectue par l'intermédiaire d'un interlocuteur unique et clairement défini, tel que l'infirmière coordinatrice en oncologie ou le gestionnaire de cas.	GPP
Offrir un accès à l'information	Informez les patients à la fois oralement et par écrit.	GPP

Liste alternative des messages clés en fonction des symptômes cliniques et des besoins en matière de soins

Douleur

Section	Recommandations	GRADE/GPP
Inventaire et démarche diagnostique	Réalisez une évaluation approfondie de la douleur (type, intensité et impact) afin d'en identifier la cause.	GPP
	Pensez toujours à une récurrence ou à une progression du cancer en présence d'une douleur nouvelle et aiguë.	GPP
Pharmacothérapie	Envisagez chez les personnes vivant avec un cancer les analgésiques adjuvants non opioïdes comme traitement principal de divers syndromes douloureux durant la phase des soins de suite.	GRADE 2C
	Si des opioïdes sont nécessaires, fixez des objectifs thérapeutiques en concertation avec le patient et les prestataires de soins et utilisez la dose efficace la plus légère durant la période la plus courte possible.	GPP
	Fournissez des informations au patient et à l'aidant informel sur l'utilisation sécuritaire des opioïdes, en abordant les risques (y compris la dépendance et l'addiction psychologique et/ou physique), ainsi que leur stockage et leur élimination en toute sécurité).	GPP
	Discutez clairement avec les patients et les soignants du résultat attendu du traitement par opioïdes (c'est-à-dire l'amélioration de la fonction et/ou de la douleur), des modalités de suivi des résultats, de l'observance et des aspects de sécurité ; documentez ces informations dès le début et tout au long du traitement.	GPP
	Réévaluez régulièrement l'efficacité, l'innocuité et la nécessité des opioïdes.	GPP
	Reconnaissez les problèmes médicaux résultant de l'utilisation chronique d'opioïdes ou de l'utilisation de fortes doses d'opioïdes et assurez une prise en charge appropriée, y compris le traitement, le renvoi ou la réduction de dose.	GPP

Thérapie par l'exercice	Envisagez la thérapie par l'exercice dans le traitement de la douleur chez les personnes ayant survécu un cancer.	GRADE 2C
Soutien psychosocial	Envisagez la possibilité d'une orientation vers un soutien psychosocial ou une thérapie intégrative pour réduire la douleur. Ceci a également un effet sur la fatigue, l'anxiété et les symptômes dépressifs.	GRADE 2C
Renvoi	Adressez au spécialiste les personnes vivant avec un cancer pouvant bénéficier d'interventions antalgiques complémentaires (médecine physique et réhabilitation, soins palliatifs, spécialiste de la douleur, urologie, gynécologie, chirurgie orthopédique, gastro-entérologie, etc.). Orientez le patient le plus tôt possible au cours du traitement.	GPP

Fatigue

Section	Recommandations	GRADE/GPP
Inventaire et démarche diagnostique	Dépistez la fatigue chez toutes les personnes ayant survécu un cancer afin d'identifier celles qui souffrent de fatigue modérée à sévère et de leur offrir un traitement rapide et efficace.	GPP
Exercice physique, activité physique et thérapie par l'exercice	Conseillez aux personnes vivant avec un cancer de pratiquer régulièrement une activité physique	GPP
	Conseillez une activité physique régulière pour réduire la fatigue. Ceci a également un effet favorable sur l'anxiété et les symptômes dépressifs.	GRADE 1C
	Envisagez de recommander des exercices combinés modérément intensifs d'aérobic et de résistance, 2 à 3 fois par semaine pendant au moins 12 semaines. Ceci a également des effets favorables sur la fonction cardiopulmonaire, l'anxiété et la dépression, ainsi que sur la qualité de vie liée à la santé.	GRADE 2C

Soutien psychosocial	Envisagez d'orienter les personnes ayant survécu un cancer vers un soutien psychosocial ou une thérapie intégrative afin de réduire la douleur, la fatigue, l'anxiété et la dépression. Ceci a également un effet sur la douleur, l'anxiété et les symptômes dépressifs.	GRADE 2C
----------------------	--	----------

[Anxiété/dépression](#)

Section	Recommandations	GRADE/GPP
Inventaire et démarche diagnostique	Dépistez l'anxiété, la dépression et le stress chez toutes les personnes vivant avec un cancer, en particulier lors des transitions de la maladie, face à des situations de perte importante, des événements de vie majeurs, ou en cas d'isolement social.	GPP
Pharmacothérapie	Utilisez les inhibiteurs sélectifs de la sérotonine (ISRS) et les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSN) chez les patients souffrant de dépression modérée à sévère, d'anxiété généralisée ou de trouble de stress post-traumatique (TSPT).	GRADE 1C
Thérapie par l'exercice	Conseillez une activité physique régulière pour un effet favorable sur les symptômes d'anxiété et de dépression. Ceci a également un effet sur la fatigue.	GRADE 1C
Soutien psychosocial	Envisagez la possibilité d'une orientation vers un soutien psychosocial ou une thérapie intégrative pour réduire l'anxiété et les symptômes dépressifs. Ceci a également un effet sur la douleur et la fatigue.	GRADE 2C
Renvoi	Orientez les patients pour une évaluation et un traitement psychiatriques en cas de suspicion d'un diagnostic psychiatrique grave, notamment la manie ou la psychose, surtout chez ceux ayant des antécédents psychiatriques significatifs et présentant un risque sécuritaire modéré à élevé.	GPP
	Orientez le patient vers les soins de santé mentale si l'effet du traitement en soins primaires est insuffisant.	GPP

[Conseils sur le mode de vie \(exercices, alimentation, sommeil, limitation de la consommation d'alcool et du tabagisme\)](#)

Recommandation	GRADE/GPP
Proposez aux personnes vivant avec un cancer une éducation à l'auto-prise en charge et un soutien à un mode de vie sain (incluant des exercices quotidiens, une alimentation équilibrée et l'arrêt du tabagisme) afin d'améliorer la qualité de vie liée à la santé et les résultats physiologiques et de réduire le risque de récurrence.	GPP
Conseillez aux personnes vivant avec un cancer de pratiquer régulièrement une activité physique	GPP

Collaboration et accords entre les différents prestataires de soins de santé et avec le patient et les aidants informels

Section	Recommandations	GRADE/GPP
Identification des besoins et objectifs	Organisez des réunions interdisciplinaires afin de fixer des objectifs communs.	GPP
	Organisez de préférence une téléconsultation avec plusieurs professionnels et le patient	GPP
Répartition des tâches et fonctions	Élaborez un plan de soins de suite. Ce plan permet la répartition des tâches et des fonctions à condition qu'il soit élaboré de manière multidisciplinaire et rédigé dans un langage accessible à tous	GPP
	Utilisez le dossier médical informatisé partagé ou des messageries électroniques	GPP
Tâches de coordination	La coordination de tous les acteurs s'effectue par l'intermédiaire d'un interlocuteur unique et clairement défini, tel que l'infirmière coordinatrice en oncologie ou le gestionnaire de cas.	GPP
Offrir un accès à l'information	Informez les patients à la fois oralement et par écrit.	GPP

Partie 1 : interventions (thérapeutiques) biomédicales et psychosociales pour améliorer le résultat du parcours de revalidation de la personne vivant avec un cancer

Pour répondre à la question **partie 1 'Quelles interventions (thérapeutiques) biomédicales et psychosociales peuvent améliorer le résultat du parcours de revalidation de la personne vivant avec un cancer ?'** plusieurs sous-questions ont été définies :

1. Quelles interventions pharmacologiques sont nécessaires dans la prise en charge des plaintes physiques majeures durant le parcours de revalidation ?
2. Quelles interventions de revalidation physique sont indiquées pour les personnes vivant avec un cancer aux différentes phases des soins de suite ?
3. Quels conseils d'hygiène de vie sont indiqués pour les personnes vivant avec un cancer aux différentes phases des soins de suite ?
4. Quelles interventions de soutien psychosocial, d'autosoins et autogestion sont indiqués pour les personnes vivant avec un cancer aux différentes phases des soins de suite ?

Dans le parcours des soins de suite des personnes vivant avec un cancer, des plaintes très différentes peuvent se manifester. Dans le cadre de ce guide, nous abordons une sélection de plaintes courantes qui ne sont pas forcément liées à la pathologie. Cette sélection de plaintes est basée sur un consensus au sein du GDG et du groupe de parties prenantes.

Pour ces sous-questions cliniques, nous avons examiné les mesures de résultat suivantes :

1. Interventions pharmacologiques : douleur, fatigue, anxiété, dépression
2. Revalidation physique : douleur, fatigue, anxiété/dépression, qualité de vie liée à la santé (QVLS), fonction physique, fonction cardiopulmonaire
3. Recommandations d'hygiène de vie : douleur, fatigue, anxiété/dépression, QVLS
4. Soutien psychosocial : douleur, fatigue, anxiété/dépression, QVLS, acceptation, sens de la vie

Les recommandations de ce guide de pratique clinique sont regroupées par sous-question clinique et par mesure de résultat.

L'ordre des interventions recommandées dans ce guide est déterminé par les questions cliniques, et non par la priorité dans l'offre. Plusieurs des plaintes mentionnées dans ce guide de pratique clinique demandent une approche multidisciplinaire, nécessitant souvent une combinaison d'interventions pharmacologiques et non pharmacologiques.

Différentes recommandations sont applicables aux différentes questions cliniques. Pour des raisons de lisibilité, les explications et l'argumentaire ne sont discutées que pour la première question clinique.

Plus loin dans ce guide, vous trouverez un aperçu de toutes les recommandations pour chaque question clinique.

Question clinique 1 : Quelles interventions pharmacologiques sont nécessaires pour la prise en charge des plaintes physiques majeures durant le parcours de revalidation ?

Douleur

Recommandations

- 1. Réalisez une évaluation approfondie de la douleur (type, intensité et impact) afin d'en identifier la cause.**
- 2. Pensez toujours à une récurrence ou à une progression du cancer en présence d'une douleur nouvelle et aiguë.**
- 3. Envisagez éventuellement la duloxétine comme traitement principal pour divers syndromes douloureux, tels que la neuropathie induite par la chimiothérapie et l'arthralgie associée aux inhibiteurs de l'aromatase, pendant la phase des soins de suite chez les personnes vivant avec un cancer (GRADE 2C).**
- 4. Si des opioïdes sont nécessaires, fixez des objectifs thérapeutiques en concertation avec le patient et les prestataires de soins et utilisez la dose efficace la plus légère durant la période la plus courte possible (GPP).**
- 5. Fournissez des informations au patient et à l'aidant informel sur l'utilisation sécuritaire des opioïdes, en abordant les risques (y compris la dépendance et l'addiction psychologique et/ou physique), ainsi que leur stockage et leur élimination en toute sécurité) (GPP).**
- 6. Discutez clairement avec les patients et les soignants du résultat attendu du traitement par opioïdes (c'est-à-dire l'amélioration de la fonction et/ou de la douleur), des modalités de suivi des résultats, de l'observance et des aspects de sécurité ; documentez ces informations dès le début et tout au long du traitement (GPP).**
- 7. Réévaluez régulièrement l'efficacité, l'innocuité et la nécessité des opioïdes (GPP).**

- 8. Reconnaissez les problèmes médicaux résultant de l'utilisation chronique d'opioïdes ou de l'utilisation de fortes doses d'opioïdes et assurez une prise en charge appropriée, y compris le traitement, le renvoi ou la réduction de dose (GPP).**
- 9. Adressez au spécialiste les personnes vivant avec un cancer pouvant bénéficier d'interventions antalgiques complémentaires. Orientez le patient le plus tôt possible au cours du traitement (GPP).**

Explications

Environ un tiers des personnes vivant avec un cancer souffrent de douleurs durant la phase de soins de suite entraînant des conséquences importantes : activité réduite, séquelles psychologiques et réduction de la qualité de vie (8-12).

Plusieurs causes biomédicales et psychosociales peuvent être à l'origine de la douleur durant la phase de soins de suite. Certains syndromes douloureux importants qui se manifestent fréquemment sont les douleurs neuropathiques, les douleurs chroniques après amputation, thoracotomie, etc., les myalgies, les arthralgies, les douleurs squelettiques, les douleurs viscérales, les douleurs myofasciales et les douleurs après radiothérapie.

Une anamnèse de la douleur est nécessaire à intervalles réguliers chez toutes les personnes vivant avec un cancer durant la phase de soins de suite afin d'évaluer l'intensité et la nature de la douleur.

L'intensité de la douleur peut être évaluée à l'aide d'échelles numériques ou catégorielles, telles que l'échelle visuelle analogique (EVA). Cependant, ces échelles peuvent ne pas être aussi simples pour certains patients ; une alternative utile pour les personnes âgées, les enfants ou les personnes dont la langue maternelle n'est pas le français est alors l'échelle d'évaluation de la douleur Faces (13-15).

Un outil utile pour vérifier l'impact de la douleur sur le fonctionnement, en plus de l'intensité, est le Brief Pain Inventory (16-18). Pour pouvoir traiter les douleurs de manière adéquate, il est important de rechercher la cause exacte des douleurs et d'évaluer correctement le syndrome douloureux sous-jacent.

Le but du traitement de la douleur est d'améliorer le confort, la fonction et la qualité de vie. Les résultats fonctionnels sont des mesures importantes pour les patients qui suivent un traitement par opioïdes. Le traitement de la douleur nécessite une approche multidisciplinaire, impliquant souvent une combinaison d'interventions pharmacologiques et non pharmacologiques. Les interventions pharmacologiques comprennent les analgésiques non opioïdes (tels que les AINS), les analgésiques adjuvants (tels que les antidépresseurs, les anticonvulsifs, les agents topiques, les corticostéroïdes) et les analgésiques opioïdes.

Les opioïdes sont prescrits souvent et à long terme aux personnes vivant avec un cancer pendant la phase de soins de suite(19, 20). Ceci donne souvent lieu à des effets secondaires importants. La

constipation, les nausées, les vomissements et la sédation sont fréquents(21). Tout effet secondaire doit être soigneusement surveillé.

En fonction de la nature de la douleur et de sa cause, une orientation vers la deuxième ligne de soins peut être envisagée pour d'autres interventions sur la douleur. Nous pensons entre autres aux disciplines suivantes : médecine physique et de réadaptation, soins palliatifs, spécialistes de la douleur, urologie, gynécologie, chirurgie orthopédique, gastro-entérologie et autres.

Argumentaire

Recommandation 1 : Réalisez une évaluation approfondie de la douleur (type, intensité et impact) afin d'en identifier la cause (**GPP**).

Ce GPP a été repris du guide de pratique « Survivorship » du NCCN de 2022 (4) et est basé sur un consensus. Ce GPP a été soumis à un panel d'experts et de parties prenantes dans le cadre d'une procédure de consensus Delphi et a été validé au premier tour.

Considérations

Les considérations suivantes ont joué un rôle dans la formulation de ce GPP :

- **Évaluation globale des effets et certitude des preuves pour les mesures de résultats critiques** : aucune preuve directe disponible. Des preuves indirectes sont disponibles dans le guide sur la douleur chronique (22). Le guide du SIGN de 2013 souligne l'absence de preuves d'un avantage clinique significatif en faveur d'une évaluation initiale, quelque soit la forme. Cependant, il existe un consensus en faveur de l'évaluation du type de douleur, de sa gravité et de son impact avant de décider d'un plan de soins (23).
- **Rapport bénéfices-risques** : l'inconvénient de la charge de temps est compensé par la possibilité d'un traitement ciblé et causal de la douleur. Cela se traduira finalement par un gain de temps.
- **Valeurs et préférences** : aucune variabilité à prévoir ; l'identification rapide de la cause de la douleur est importante pour chaque patient et chaque prestataire de soins de santé.
- **Applicabilité** : applicable en soins primaires en Belgique. Le plan de mise en œuvre mentionne des obstacles génériques. Sur le plan individuel, il s'agit d'un manque (de connaissance) d'outils pouvant aider dans ce domaine et d'un manque de temps ; sur le plan institutionnel, il s'agit d'un financement en partie incomplet des interventions éventuelles disponibles.

Conclusion : Il n'existe pas de preuves scientifiques permettant de formuler une recommandation uniforme pour les plaintes liées à la douleur des patients oncologiques pendant la phase des soins de suite. Compte tenu de l'étiologie large, une évaluation complète de la douleur (type, gravité, impact) est nécessaire pour estimer correctement la cause de la douleur et initier un traitement et/ou orienter le patient.

Recommandation 2 : Pensez toujours à une récurrence ou à une progression du cancer en présence d'une douleur nouvelle et aiguë.

Ce GPP a été repris du guide de pratique « Survivorship » du NCCN de 2022 (4) et est basé sur un consensus. Ce GPP a été soumis à un panel d'experts et de parties prenantes dans le cadre d'une procédure de consensus Delphi et a été validé au premier tour.

Considérations

Les considérations suivantes ont joué un rôle dans la formulation de ce GPP :

- **Évaluation globale des effets et certitude des preuves pour les mesures de résultats critiques :** aucune preuve directe disponible. Il existe des preuves indirectes dans le guide belge sur la douleur chronique (22). Le guide du SIGN de 2013 souligne l'absence de preuves d'un avantage clinique significatif en faveur d'une évaluation initiale, quelque soit la forme. Cependant, il existe un consensus en faveur de l'évaluation du type de douleur, de sa gravité et de son impact avant de décider d'un plan de soins (23).
- **Rapport bénéfices-risques :** en faveur de la recommandation en raison de la possibilité d'un traitement ciblé et causal de la douleur
- **Valeurs et préférences :** aucune variabilité à prévoir ; l'identification rapide de la cause est importante pour chaque patient et chaque prestataire de soins de santé.
- **Applicabilité :** applicable en soins primaires en Belgique. Le plan de mise en œuvre mentionne des obstacles génériques. Sur le plan individuel, il s'agit d'un manque (de connaissance) d'outils pouvant aider dans ce domaine et d'un manque de temps ; sur le plan institutionnel, il s'agit d'un financement en partie incomplet des interventions éventuelles disponibles.

Conclusion : En cas d'antécédents de cancer, il est important de toujours être conscient de la possibilité d'une récurrence ou d'une progression lorsque des plaintes se manifestent, et ce dans le but de la détecter et traiter à temps. Le groupe d'élaboration de ce guide a repris cette recommandation des guides du NCCN et l'a formulée comme GPP par consensus formel en raison de preuves indirectes.

Recommandation 3 : Envisagez éventuellement la duloxétine comme traitement principal pour divers syndromes douloureux, tels que la neuropathie induite par la chimiothérapie et l'arthralgie associée aux inhibiteurs de l'aromatase, pendant la phase des soins de suite chez les personnes vivant avec un cancer (**GRADE 2C**).

La recommandation a été adaptée du guide de pratique clinique du NCCN « Survivorship » de 2022 (4). Une recherche complémentaire a été effectuée pour identifier les revues systématiques des quinze dernières années. Aucune revue systématique complémentaire n'a été trouvée.

La recommandation du guide « Survivorship » du NCCN (4) est basée sur plusieurs revues systématiques et RCTs chez des personnes vivant avec un cancer, mais pas spécifiquement dans

le cadre des soins de suite. Plusieurs études sur divers antalgiques et divers syndromes douloureux sont citées :

- Le guide de pratique d'ASCO de Hershman et coll. (2014) (24), recommande l'utilisation des anticonvulsifs gabapentine et prégabaline dans le traitement des douleurs chimio-induites. Cependant, ces médicaments n'ont pas été bien étudiés dans un contexte oncologique ou dans le cadre des soins de suite. Les auteurs concluent que les résultats obtenus dans le cas des neuropathies périphériques chimio-induites peuvent être extrapolés à d'autres contextes et que ces médicaments peuvent également être recommandés dans le cadre des soins de suite, à condition que le patient soit correctement informé du fait que les preuves scientifiques, les inconvénients, avantages et coûts possibles sont peu clairs.
- La revue systématique de Kundakci et coll. (2013) (25) a inclus 30 études et a étudié l'effet des antidépresseurs, des anticonvulsifs et d'autres analgésiques et opioïdes adjuvants sur la douleur neuropathique chez les personnes vivant avec un cancer. Cette étude ne se concentre pas sur les patients en phase de soins de suite. Les chercheurs concluent qu'en cas de douleurs neuropathiques chez les personnes vivant avec un cancer, il est préférable d'envisager les antidépresseurs, les anticonvulsifs ou d'autres analgésiques adjuvants, plutôt que les opioïdes, ou en complément d'un traitement par opioïdes.
- La revue systématique de Bennett et coll. (2011) (26) a inclus 8 études et a examiné l'effet complémentaire des antidépresseurs et des anticonvulsifs sur la douleur chez les personnes vivant avec un cancer sous traitement d'opioïdes. Les chercheurs concluent qu'il y a un effet analgésique complémentaire limité des antidépresseurs et anticonvulsifs dans le traitement par opioïdes de la douleur cancéreuse par rapport au traitement par opioïdes seul. Cependant, l'effet est significativement plus faible que celui observé dans le traitement de la douleur neuropathique non cancéreuse.
- La revue systématique de Finnerup et coll. (2010) (27) a inclus 174 études et a étudié l'effet des analgésiques adjuvants sur la douleur neuropathique, pas spécifiquement dans le contexte du cancer. Les auteurs concluent que l'effet analgésique de ces médicaments sur la douleur neuropathique est limité.
- La revue Cochrane de Saarto et coll. (2010) (28) a inclus 61 RCT, mais n'examine pas spécifiquement l'effet des antidépresseurs sur la douleur neuropathique dans un contexte oncologique. Les auteurs concluent que les antidépresseurs tricycliques et la venlafaxine sont efficaces dans le traitement de la douleur neuropathique.
- L'essai contrôlé randomisé de Paulsen et coll. (2014) (29) examine l'effet additionnel des corticostéroïdes chez les personnes vivant avec un cancer sous traitement par opioïdes. Les auteurs concluent que les corticostéroïdes ne présentent aucun effet analgésique additionnel.
- L'essai contrôlé randomisé de Smith et coll. (2013) (30) a inclus 231 personnes vivant avec un cancer et étudié l'effet de la duloxétine dans les neuropathies périphériques chimio-induites (NPIC). Les chercheurs concluent qu'avec la duloxétine, on obtient un meilleur soulagement de la douleur par rapport au placebo.

- L'essai contrôlé randomisé de Jiang et coll. (2018) (31) mené sur 128 patients montre l'effet de la prégabaline sur la douleur liée à la radiothérapie pour les tumeurs de la tête et du cou.

Quelques études montrent l'effet de la duloxétine dans les NPIC et l'arthralgie :

- Le guide de pratique d'ASCO (Hershman et coll. 2014) (24)a inclus 48 études (42 sur la prévention des NPIC et 6 études sur le traitement des NPIC existantes). Les auteurs recommandent la duloxétine chez les personnes vivant avec un cancer en phase de soins de suite dans le cadre de la prévention et du traitement des NPIC (niveau de certitude des preuves modéré).
- L'essai contrôlé randomisé de Henry et coll. (2018) (32)a examiné l'effet de la duloxétine dans les arthralgies chez 299 patientes ménopausées vivant avec un cancer du sein en phase de soins de suite. Les auteurs concluent que la duloxétine peut améliorer l'arthralgie liée à un traitement par inhibiteurs de l'aromatase.

Considérations

Les considérations suivantes ont joué un rôle dans la formulation de la recommandation :

- **Évaluation globale des effets et certitude des preuves pour les mesures de résultats critiques** : faible certitude des preuves
- **Rapport bénéfices-risques** : avantage net limité de la recommandation
- **Valeurs et préférences** : aucune variabilité à prévoir. Certains patients peuvent plus être enclins à utiliser des antidouleurs, tandis que d'autres chercheront plutôt d'autres moyens pour soulager la douleur. Il est important d'informer correctement les patients sur les différentes options thérapeutiques.
- **Ressources** : pas de problèmes majeurs avec l'intervention recommandée (remboursement des médicaments).
- **Équité** : le remboursement des médicaments est important pour qu'ils soient accessibles à tous les patients.
- **Applicabilité** : applicable en soins primaires en Belgique.

Conclusion : Il existe des preuves de faible certitude indiquant que la duloxétine a un effet dans le traitement et la prévention des NPIC. Il existe des preuves de faible certitude indiquant que la duloxétine peut améliorer l'arthralgie induite par l'aromatase. Il existe peu de preuves indirectes indiquant que les antidépresseurs et les anticonvulsifs peuvent réduire la douleur neuropathique chez les personnes vivant avec un cancer en phase de soins de suite, en complément d'un traitement par opioïdes ou comme traitement primaire.

Recommandation 4 : Si des opioïdes sont nécessaires, fixez des objectifs thérapeutiques en concertation avec le patient et les professionnels de la santé et utilisez la dose efficace la plus légère durant la période la plus courte possible (**GPP**).

Ce GPP a été repris du guide de pratique « Survivorship » du NCCN de 2022 (4) et est basé sur un consensus. Ce GPP a été soumis à un panel d'experts et de parties prenantes dans le cadre d'une procédure de consensus Delphi et a été validé au premier tour.

Considérations

Les considérations suivantes ont joué un rôle dans la formulation de ce GPP :

- **Évaluation globale des effets et certitude des preuves pour les mesures de résultats critiques** : aucune preuve directe disponible. Il existe des preuves indirectes dans le guide sur la douleur chronique(22) préconisant la prescription de la dose active minimale lors de l'instauration d' un traitement par opioïdes.
- **Bénéfice net substantiel** compte tenu des effets secondaires limités, les avantages l'emportent sur les inconvénients
- **Rapport bénéfices-risques** : en faveur de la recommandation
- **Valeurs et préférences** : aucune variabilité à prévoir
- **Applicabilité** : applicable en soins primaires en Belgique.
- **Faisabilité** : pas de problèmes majeurs, un suivi adéquat et des informations concernant les médicaments peuvent être intégrés dans les consultations normales.

Recommandation 5 : Fournissez des informations au patient et à l'aidant informel sur l'utilisation sécuritaire des opioïdes et des risques (y compris la dépendance et l'addiction psychologique et/ou physique, le stockage et l'élimination en toute sécurité) (**GPP**).

Ce GPP a été repris du guide de pratique « Survivorship » du NCCN de 2022 (4) et est basé sur un consensus. Ce GPP a été soumis à un panel d'experts et de parties prenantes dans le cadre d'une procédure de consensus Delphi et a été validé au premier tour.

Considérations

Les considérations suivantes ont joué un rôle dans la formulation de ce GPP :

- **Évaluation globale des effets et certitude des preuves pour les mesures de résultats critiques** : aucune preuve directe disponible. Il existe des preuves indirectes dans le guide sur la douleur chronique (22) indiquant que l'utilisation d'opioïdes demande certaines précautions concernant le risque de surdose, ainsi que du CDC Clinical Practice Guideline for Prescribing Opioids for Pain — United States, 2022 (33) qui préconise que : “Clinicians should ensure that patients are aware of expected benefits of, common risks of, serious risks of, and alternatives”
- **Rapport bénéfices-risques** : en faveur de la recommandation
- **Valeurs et préférences** : aucune variabilité à prévoir

- **Ressources** : pas de problèmes majeurs, possibilité de prévoir du matériel pédagogique.
- **Applicabilité** : applicable en soins primaires en Belgique.
- **Faisabilité** : pas de problèmes majeurs, la fourniture d'informations peut être intégrée dans les consultations normales.

Recommandation 6 : Discutez clairement du résultat attendu (c'est-à-dire amélioration de la fonction et/ou de la douleur) et des conditions de suivi des résultats, de l'observance et de la sécurité avec les patients et les professionnels de la santé ; documentez ces informations au début et au cours du traitement (**GPP**).

Ce GPP a été repris du guide de pratique « Survivorship » du NCCN de 2022 (4) et est basé sur un consensus. Ce GPP a été soumis à un panel d'experts et de parties prenantes dans le cadre d'une procédure de consensus Delphi et a été validé au premier tour.

Considérations

Les considérations suivantes ont joué un rôle dans la formulation de ce GPP :

- **Évaluation globale des effets et certitude des preuves pour les mesures de résultats critiques** : aucune preuve directe disponible. Cohérent avec ce que recommande le CDC Clinical Practice Guideline for Prescribing Opioids for Pain – United States, 2022(32): “Patient education and discussion before starting outpatient opioid therapy are critical so that patient preferences and values can be understood and used to inform clinical decisions.
- Rapport entre les avantages et les inconvénients : avantages nets substantiels de la recommandation.
- **Ressources** : pas de problèmes majeurs, mais nous soulignons l'importance de la connaissance et de l'existence de bons outils de dépistage pour surveiller la douleur et les résultats fonctionnels.
- **Valeurs et préférences** : aucune variabilité à prévoir.
- **Applicabilité/faisabilité** : pas de problèmes majeurs, peut en principe être intégré dans les consultations ; cependant, il faut prévoir suffisamment de temps pour un suivi approprié et pour documenter le suivi de manière détaillée.

Recommandation 7 : Réévaluez régulièrement l'efficacité, l'innocuité et la nécessité des opioïdes (**GPP**).

Ce GPP a été repris du guide de pratique « Survivorship » du NCCN de 2022 (4) et est basé sur un consensus. Ce GPP a été soumis à un panel d'experts et de parties prenantes dans le cadre d'une procédure de consensus Delphi et a été validé au premier tour.

Considérations

Les considérations suivantes ont joué un rôle dans la formulation de ce GPP :

- **Évaluation globale des effets et certitude des preuves pour les mesures de résultats critiques** : aucune preuve directe disponible. Les preuves indirectes sont basées sur d'autres guides de pratique, tels que le 'CDC Clinical Practice Guideline for Prescribing Opioids for Pain' (29) et celui de la NHG sur la douleur (30).
- **Rapport bénéfices-risques** : Bénéfice net substantiel, les avantages l'emportent sur les inconvénients. En ce qui concerne l'innocuité et les effets secondaires des opioïdes
- **Valeurs et préférences** : aucune variabilité à prévoir ;
- **Ressources** : pas de problèmes majeurs ; du matériel éducatif destiné aux patients et aux soignants doit être fourni.
- **Équité** : pas de problèmes majeurs
- **Acceptabilité** : pas de problèmes majeurs
- **Faisabilité** : pas de problèmes majeurs ; peut être intégré dans les consultations normales du médecin généraliste. Il faut prévoir suffisamment de temps durant la consultation.
- **Applicabilité** : applicable en soins primaires en Belgique.

Recommandation 8 : Reconnaissez les problèmes médicaux résultant de l'utilisation chronique d'opioïdes ou de l'utilisation de fortes doses d'opioïdes et assurez une prise en charge appropriée, avec traitement, orientation ou réduction de dose (**GPP**).

Ce GPP a été repris du guide de pratique « Survivorship » du NCCN de 2022 (4) et est basé sur un consensus. Ce GPP a été soumis à un panel d'experts et de parties prenantes dans le cadre d'une procédure de consensus Delphi et a été validé, après reformulation, au troisième tour.

Considérations

Les considérations suivantes ont joué un rôle dans la formulation de ce GPP :

- **Évaluation globale des effets et certitude des preuves pour les mesures de résultats critiques** : aucune preuve directe disponible. Des preuves indirectes proviennent du CDC Clinical Practice Guideline for Prescribing Opioids for Pain - United States, 2022 (29) recommandant aux cliniciens de surveiller les signes d'effets secondaires et/ou de surdosage.
- **Rapport bénéfices-risques** : en faveur de la recommandation
- **Valeurs et préférences** : aucune variabilité à prévoir
- **Applicabilité** : applicable en soins primaires en Belgique.

Conclusion : Il est important que le patient et le professionnel de la santé conviennent d'objectifs thérapeutiques clairs au début du traitement par opioïdes. Compte tenu des effets secondaires et du risque de dépendance au médicament, la durée du traitement doit être la plus courte possible et à la dose la plus faible possible.

De plus, il est important de bien informer les patients et les aidants informels sur l'utilisation des opioïdes, notamment à cause du risque de dépendance et la survenue d'effets secondaires

importants. Ces informations leur permettent d'utiliser ce médicament de manière adéquate et sûre.

Dans ce contexte, il est important de vérifier régulièrement si le traitement aux opioïdes est toujours suffisamment efficace, sûr et nécessaire. Il faut toujours être conscient des conséquences de l'utilisation d'opioïdes sur le long terme ou à forte doses. Si des effets indésirables surviennent, ils doivent être traités de manière adéquate en réduisant la dose, en ciblant les effets indésirables ou en les référant si nécessaire. **Le groupe d'élaboration du guide a repris ces recommandations des guides du NCCN et les a formulées en tant que GPP en raison de preuves indirectes. Le GPP a été validé par le biais d'un consensus formel.**

Recommandation 9 : Adressez au spécialiste les personnes vivant avec un cancer pouvant bénéficier d'interventions antalgiques complémentaires. Orientez le patient le plus tôt possible durant le traitement (**GPP**).

Ce GPP a été repris du guide de pratique « Survivorship » du NCCN de 2022 (4) et est basé sur un consensus. Ce GPP a été soumis à un panel d'experts et de parties prenantes dans le cadre d'une procédure de consensus Delphi et a été validé au premier tour.

Le guide de pratique clinique sur la douleur chronique (22) préconise une approche multidisciplinaire car celle-ci répond probablement mieux aux attentes des patients souffrant de douleurs chroniques. Le guide recommande en outre un programme spécifique pour le traitement de la douleur chronique intégré à la vie quotidienne du patient et impliquant les professionnels de la première ligne de soins. Les critères de renvoi vers des programmes multidisciplinaires de gestion de la douleur (généralement dans la deuxième ou troisième ligne de soins en Belgique) ne sont pas clairs.

Considérations

Les considérations suivantes ont joué un rôle dans la formulation de ce GPP :

- **Évaluation globale des effets et certitude des preuves pour les mesures de résultats critiques** : aucune preuve directe disponible. Des preuves indirectes proviennent du guide de la NHG sur la douleur (30), qui aborde l'orientation du patient vers les différents spécialistes médicaux pertinents.
- **Rapport bénéfices-risques** : Bénéfice net substantiel, les avantages d'un traitement précoce l'emportent sur les inconvénients et permet un parcours de traitement potentiellement plus court.
- **Valeurs et préférences** : Certains patients qui viennent d'achever le parcours spécialisé peuvent souhaiter être traités plutôt en soins primaires.
- **Applicabilité** : applicable en soins primaires en Belgique.

Conclusion : Un traitement multidisciplinaire de la douleur est important et, par conséquent, une orientation rapide vers la deuxième ou la troisième ligne de soins s'impose. **Le groupe d'élaboration de ce guide a repris cette recommandation des guides du NCCN et l'a formulée comme GPP par consensus formel en raison de preuves indirectes.**

Il y a un manque de preuves à propos des critères de renvoi et le moment auquel le patient doit être renvoyé, mais le GDG et les parties prenantes sont d'avis que cela doit avoir lieu le plus tôt possible.

Fatigue

Recommandation

Dépistez la fatigue chez toutes les personnes vivant avec un cancer afin d'identifier celles qui souffrent de fatigue modérée à sévère et de les traiter rapidement et efficacement (GPP).

Explications

La fatigue est une plainte fréquente chez les personnes vivant avec un cancer : environ 80% se plaignent de fatigue pendant le traitement (35, 36). Environ 20 à 30 % disent que les symptômes de fatigue persistent durant de nombreuses années après le traitement oncologique (34-36). Ces symptômes de fatigue peuvent avoir un impact significatif sur la qualité de vie dans la phase des soins de suite (40, 41).

Il est donc extrêmement important d'identifier ces plaintes à temps afin de mettre en place une prise en charge adéquate en temps opportun. Que ce soit pour la fatigue ou pour d'autres troubles, les *NCCN Guidelines for Patients* (42), une brochure d'information destinée aux patients souffrant de troubles courants, peuvent être utiles dans la pratique pour informer les patients sur les troubles courants et abaisser le seuil pour en discuter avec le professionnel de la santé.

Le Brief Fatigue Inventory peut être utilisé comme outil de dépistage de la fatigue. (43)

Argumentaire

Ce GPP a été repris du guide de pratique « Survivorship » du NCCN de 2022 (4) et est basé sur un consensus. Ce GPP a été soumis à un panel d'experts et de parties prenantes dans le cadre d'une procédure de consensus Delphi et a été validé au premier tour.

Considérations

Les considérations suivantes ont joué un rôle dans la formulation de ce GPP :

- **Évaluation globale des effets et certitude des preuves pour les mesures de résultats critiques** : aucune preuve directe disponible. Des preuves indirectes sont fournies par le guide du NCCN

Guideline cancer related Fatigue (44) et par le guide néerlandais de l'IKN sur le rétablissement après un cancer (45) indiquant que le traitement commence au moment du dépistage.

- **Rapport bénéfices-risques** : Bénéfice net substantiel grâce à une prise en charge précoce des plaintes. Il existe quelques preuves en faveur de certaines interventions, telles que la thérapie cognitivo-comportementale pour la fatigue à long terme liée au cancer.
- **Valeurs et préférences** : aucune variabilité à prévoir ;
- **Applicabilité** : applicable en soins primaires en Belgique
- **Faisabilité** : pas de problèmes majeurs ; il est important d'avoir à disposition des instruments de dépistage, ainsi que suffisamment de temps durant la consultation.

Conclusion : Il est important de dépister la fatigue chez toutes les personnes vivant avec un cancer afin d'instaurer rapidement un traitement en cas de symptômes sévères. **Le groupe d'élaboration de ce guide a repris cette recommandation des guides du NCCN et l'a formulée comme GPP par consensus formel en raison de preuves indirectes.**

Le moment et les intervalles du dépistage varient considérablement d'une personne à l'autre, en fonction du type de cancer, de la durée de la phase des soins de suite, etc. Par conséquent, le prestataire de soins de santé doit estimer l'intervalle de dépistage en fonction du contexte du patient.

Anxiété/dépression

Recommandations

- 1. Dépistez l'anxiété, la dépression et le stress chez toutes les personnes vivant avec un cancer, surtout en période de transition de la maladie, en cas de situation de perte majeure, d'événements de vie majeurs et d'isolement social (GPP).**
- 2. Envisagez l'utilisation d'inhibiteurs sélectifs de la sérotonine (ISRS) et d'inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSN) chez les personnes vivant avec un cancer souffrant de dépression modérée à sévère, d'anxiété généralisée ou de trouble de stress post-traumatique (TSPT). (GRADE 1C).**
- 3. Orientez pour une évaluation et un traitement psychiatriques les personnes vivant avec un cancer chez qui un diagnostic psychiatrique grave est suspecté, notamment la manie ou la psychose, et qui ont des antécédents**

psychiatriques importants et présentent un risque sécuritaire modéré à élevé (GPP).

4. Orientez le patient vers les soins de santé mentale si l'effet du traitement en soins primaires s'avère insuffisant (GPP).

Explications

Les personnes vivant avec un cancer ont un risque accru d'anxiété, de dépression et d'autres formes de stress psychologique. Les problèmes mentaux peuvent persister longtemps après le diagnostic (46).

L'anxiété liée à la possibilité d'une récurrence de la maladie est très fréquente (jusqu'à 80 % des personnes vivant avec un cancer en phase de soins de suite) et augmente souvent au moment des contrôles de routine ou lorsque des plaintes physiques se manifestent, liées ou non au diagnostic de cancer (47-52).

Il existe plusieurs facteurs de risque de développer un stress psychologique, une anxiété ou une dépression dans la phase des soins de suite, comme des problèmes de santé physique persistants, une image corporelle négative, des soucis financiers, peu de ressources sociales (48, 51, 53-55).

De plus, il est important que professionnels de la santé soient toujours conscients des symptômes d'anxiété, de dépression et de stress dans des situations de perte importantes. Ces symptômes dépendent de la personne et du contexte ; il est aussi nécessaire de prendre en compte l'avis du prestataire de soins, de l'aidant informel et du patient même.

Toutes les personnes vivant avec un cancer en phase de soins de suite doivent être dépistés à intervalles réguliers dans le but de détecter des symptômes d'anxiété, de dépression et de stress, en particulier en présence de facteurs de risque et en cas de situations et d'événements de perte importants.

Pour les outils de dépistage spécifiques, nous renvoyons le lecteur au guide sur le trouble de l'adaptation en oncologie (GGZ standaard Aanpassingsstoornis bij kanker) (56).

Ceci permet d'initier un accompagnement en temps utile. Cet accompagnement peut être assuré par le médecin généraliste, le psychologue de première ligne, etc.. Un traitement médicamenteux par ISRS et IRSN peut également être envisagé en cas de plaintes sévères.

Si les options de traitement en soins primaires sont insuffisantes, il convient d'orienter le patient vers les soins de santé mentale spécialisés, y compris les patients présentant un diagnostic psychiatrique sous-jacent ou un risque sécuritaire important.

Argumentaire

Recommandation 1 : Dépistez l'anxiété, la dépression et le stress chez toutes les personnes vivant avec un cancer, surtout en période de transition de la maladie, en cas de situation de perte majeure, d'événements de vie majeurs et d'isolement social (**GPP**).

Ce GPP a été repris du guide de pratique « Survivorship » du NCCN de 2022 (4) et est basé sur un consensus. Ce GPP a été soumis à un panel d'experts et de parties prenantes dans le cadre d'une procédure de consensus Delphi et a été validé au premier tour.

Pour les outils de dépistage spécifiques, nous renvoyons le lecteur au guide sur le trouble de l'adaptation en oncologie (GGZ standaard Aanpassingsstoornis bij kanker) (56).

Considérations

Les considérations suivantes ont joué un rôle dans la formulation de ce GPP :

- **Évaluation globale des effets et certitude des preuves pour les mesures de résultats critiques** : aucune preuve directe disponible. Des preuves indirectes sont fournies par le guide NCCN Guideline cancer related Fatigue (44) et par le guide néerlandais de l'IKN sur le rétablissement après un cancer, indiquant que le traitement commence dès le dépistage (45).
- **Rapport bénéfices-risques** : Bénéfice net substantiel grâce à une prise en charge précoce des plaintes.
- **Valeurs et préférences** : aucune variabilité à prévoir
- **Applicabilité** : applicable en soins primaires en Belgique.
- **Faisabilité** : pas de problèmes majeurs ; il est important d'avoir à disposition des instruments de dépistage, ainsi que suffisamment de temps durant la consultation.

Conclusion : Il est important de dépister les symptômes d'anxiété, de dépression et de stress chez tous les patients en phase de soins de suite. **Le groupe d'élaboration de ce guide a repris cette recommandation des guides du NCCN et l'a formulée comme GPP par consensus formel en raison de preuves indirectes.**

Une attention particulière s'impose en présence de facteurs de risque et en cas d'événements et de situations de perte importants. Au cours du parcours hospitalier, chaque personne vivant avec un cancer est soumise à un dépistage réalisé par un.e psychologue spécialisé.e en oncologie. Un transfert adéquat et une bonne collaboration entre la première et la deuxième ligne de soins lors de la transition entre le parcours de traitement en seconde ligne et la phase des soins de suite sont indispensables.

Recommandation 2 : Envisagez l'utilisation d'inhibiteurs sélectifs de la sérotonine (ISRS) et d'inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSN) chez les personnes

vivant avec un cancer souffrant de dépression modérée à sévère, d'anxiété généralisée ou de trouble de stress post-traumatique (TSPT) (**GRADE 1C**).

Cette recommandation a été reprise du guide de pratique « Survivorship » du NCCN de 2022 (4) et est basée sur plusieurs études portant sur des personnes vivant avec un cancer, mais qui ne se trouvent pas spécialement en phase de soins de suite, ainsi que sur une revue Cochrane se focalisant sur d'autres affections physiques. Les preuves scientifiques par rapport à la phase des soins de suite font défaut. Dans ce groupe de patients, les médicaments ont été étudiés dans le contexte des symptômes vasomoteurs, dans lequel ils sont donc (4) toujours recommandés selon le guide du NCCN. Les bases de la recommandation reposent sur :

- La méta-analyse de Rayner et coll. (2011) (57) a inclus 25 études. Les auteurs ont conclu que les antidépresseurs sont efficaces et supérieurs au placebo dans le traitement de la dépression chez les patients palliatifs.
- La revue Cochrane de Rayner (2010) (58) a inclus 51 études. Les auteurs sont arrivés à la conclusion que les antidépresseurs sont supérieurs au placebo dans le traitement de la dépression liée à la maladie, mais que plus d'études sont nécessaires pour comparer l'effet des différents antidépresseurs dans cette population.
- La revue systématique de Williams et coll. (2006) (59) a examiné l'effet des antidépresseurs et de la psychothérapie sur la dépression et les symptômes dépressifs chez les personnes vivant avec un cancer. Les auteurs ont conclu qu'il existe peu de données basées sur des essais contrôlés randomisés montrant l'effet des antidépresseurs chez les personnes vivant avec un cancer.
- L'essai contrôlé randomisé de Fish et coll. (2003) (60) a étudié l'effet de la fluoxétine (ISRS) par rapport au placebo chez 163 personnes vivant avec un cancer avancé et ayant une espérance de vie de maximum 2 ans. Les auteurs ont conclu que la fluoxétine améliore les symptômes de la dépression et la qualité de vie.
- L'essai contrôlé randomisé de Holland et coll. (1998) (61) a inclus 40 femmes vivant avec un cancer et a étudié l'effet de la fluoxétine (ISRS) par rapport à la désipramine (ATC) sur les symptômes d'anxiété et de dépression. Les auteurs ont conclu que la fluoxétine, tout comme la désipramine, améliore les symptômes de la dépression et la qualité de vie.
- L'essai contrôlé randomisé de Wald et coll. (1993) (62) avec inclusion de 36 femmes vivant avec un cancer a examiné l'effet de l'alprazolam (benzodiazépine) par rapport à un placebo sur les symptômes d'anxiété. Les chercheurs ont conclu qu'il n'y avait pas de différences significatives dans la réduction de l'anxiété entre les deux groupes.
- L'essai contrôlé randomisé de Holland et coll. (1991) (63) avec inclusion de 147 personnes vivant avec un cancer a examiné l'effet de l'alprazolam (benzodiazépine) versus thérapie comportementale de relaxation musculaire. Les chercheurs ont conclu que l'alprazolam et la thérapie de relaxation musculaire réduisent considérablement les symptômes d'anxiété et de dépression.

Dans ce contexte, nous faisons également référence au guide de pratique clinique sur la dépression chez l'adulte (2016)(64). Celui-ci propose la prescription d'un antidépresseur en cas

de dépression modérée à sévère et de choisir un ISRS ou un ATC en soins primaires. Les ISRS sont souvent le premier choix dans le traitement de la dépression chez les patients souffrant de maladies physiques chroniques.

Considérations

Les considérations suivantes ont joué un rôle dans la formulation de la recommandation :

- **Évaluation globale des effets et certitude des preuves pour les mesures de résultats critiques :** preuves indirectes disponibles.
- **Rapport bénéfices-risques :** en faveur de la recommandation
- **Valeurs et préférences :** variabilité à prévoir en fonction de la préférence du patient pour un traitement médicamenteux ou non médicamenteux
- **Équité :** les modalités de remboursement des patients ont un impact sur l'accessibilité et la disponibilité pour les patients
- **Applicabilité :** applicable en soins primaires en Belgique

Conclusion : Il existe des preuves scientifiques indirectes indiquant que l'utilisation des ISRS et des IRSN est susceptible de réduire l'anxiété et la dépression chez les personnes vivant avec un cancer en phase de soins de suite.

Recommandation 3 : Orientez pour une évaluation et un traitement psychiatriques les personnes vivant avec un cancer chez qui un diagnostic psychiatrique grave est suspecté, notamment la manie ou la psychose, et qui ont des antécédents psychiatriques importants et présentent un risque sécuritaire modéré à élevé (**GPP**).

Ce GPP a été repris du guide de pratique « Survivorship » du NCCN de 2022 (4) et est basé sur un consensus. Ce GPP a été soumis à un panel d'experts et de parties prenantes dans le cadre d'une procédure de consensus Delphi et a été validé au premier tour.

Considérations

Les considérations suivantes ont joué un rôle dans la formulation de ce GPP :

- **Évaluation globale des effets et certitude des preuves pour les mesures de résultats critiques :** La recherche documentaire n'a pas révélé de preuves directes. Il n'est pas non plus justifié, d'un point de vue éthique, de réaliser un essai contrôlé randomisé sur ce sujet. Le guide concernant les soins de santé mentale (Pays-Bas) souligne l'importance d'un dépistage et d'un traitement précoces. Les preuves indirectes concernent les conséquences de troubles psychiatriques sévères pour les patients, leur environnement et la société.
- **Rapport bénéfices-risques :** Bénéfice net substantiel en raison de l'approche ciblée et appropriée
- **Valeurs et préférences :** possibilité de stigmatisation et de patients qui évitent les soins ou privilégient les soins de première ligne.

- **Équité** : la mesure dans laquelle les soins de santé mentale spécialisés sont ou non remboursés a une influence importante sur l'équité et l'accessibilité pour tous les patients.
- **Faisabilité** : Les problèmes concernent principalement l'accessibilité des soins psychiatriques. Il est également important de disposer d'instruments de dépistage et de prévoir un temps de consultation suffisant à cet effet.

Recommandation 4 : Orientez le patient vers les soins de santé mentale si l'effet du traitement en soins primaires s'avère insuffisant (**GPP**).

Ce GPP a été repris du guide de pratique « Survivorship » du NCCN de 2022 (4) et est basé sur un consensus. Ce GPP a été soumis à un panel d'experts et de parties prenantes dans le cadre d'une procédure de consensus Delphi et a été validé au premier tour.

Considérations

Les considérations suivantes ont joué un rôle dans la formulation de ce GPP :

- **Évaluation globale des effets et certitude des preuves pour les mesures de résultats critiques** : La littérature n'a pas révélé de preuves directes de l'effet de l'intervention. Des preuves indirectes sont fournies par d'autres guides sur les troubles mentaux en soins primaires, tels que la dépression et l'anxiété.
- **Rapport bénéfices-risques** : Bénéfice net substantiel
- **Ressources** : Pour les soins de santé mentale spécialisés, 10 à 20 séances individuelles sont remboursées par l'INAMI pour la population belge en général.
- **Valeurs et préférences** : variabilité à prévoir en fonction du montant dû par le patient
- **Applicabilité** : applicable en soins primaires en Belgique. Les listes d'attente en psychiatrie peuvent constituer un obstacle.

Conclusion : Il est important que les personnes vivant avec un cancer chez qui l'effet du traitement sur les symptômes d'anxiété et de dépression s'avère insuffisant en soins primaires, soient orientés vers une prise en charge plus spécialisée et prolongée. Nous pensons à des psychologues et psychothérapeutes ayant de l'expérience dans le domaine des soins (de suite) oncologiques.

De plus, il est important d'orienter les personnes vivant avec un cancer et qui ont des antécédents psychiatriques ou chez qui un diagnostic psychiatrique est suspecté, pour une évaluation psychiatrique plus poussée.

Le groupe d'élaboration du guide a repris ces recommandations des guides du NCCN et les a formulées en tant que GPP en raison de preuves indirectes. Le GPP a été validé par le biais d'un consensus formel.

Question clinique 2 : Quelles interventions de revalidation physique sont indiquées pour les personnes vivant avec un cancer aux différentes phases des soins de suite ?

Recommandations

- 1. Envisagez une thérapie par l'exercice dans le traitement de la douleur chez les personnes vivant avec un cancer en phase de soins de suite (GRADE 2C).**
- 2. Proposez aux personnes vivant avec un cancer en phase de soins de suite de pratiquer une activité physique régulière pour réduire la fatigue, l'anxiété et la dépression (GRADE 1C).**
- 3. Envisagez de recommander une combinaison d'exercices aérobies et de résistance d'intensité modérée 2 à 3 fois par semaine pendant au moins 12 semaines pour réduire la fatigue et améliorer la QVLS et la fonction cardiopulmonaire chez les personnes vivant avec un cancer en phase de soins de suite (GRADE 2C).**
- 4. Conseillez et orientez le patient vers des programmes d'entraînement supervisés pour améliorer la QVLS (GPP).**

Explications

En plus de la fatigue, de l'anxiété et de la dépression, la qualité de vie ainsi que la fonction cardiorespiratoire constituent également des mesures de résultats essentielles pour évaluer les résultats des interventions physiques de revalidation.

La qualité de vie est considérée comme l'une des mesures de résultats les plus importantes dans la période des soins de suite, tant par les personnes vivant avec un cancer que par les prestataires de soins. C'est la raison pour laquelle une approche ciblée s'impose. En effet, un diagnostic de cancer et un traitement oncologique ont un impact significatif sur la qualité de vie à long terme, même après le traitement(65).

La fonction cardiorespiratoire est également une mesure de résultat importante dans les soins de suite des personnes vivant avec un cancer. Durant le traitement oncologique, il est fréquent d'observer une diminution de la capacité cardiorespiratoire (VO₂max). Les principaux facteurs déclenchants sont l'inactivité physique pendant le traitement et les médicaments. En effet, la chimiothérapie et les autres médicaments utilisés peuvent s'avérer très toxiques et endommager

le cœur et le foie (66). L'amélioration de la fonction cardiorespiratoire est susceptible de réduire la mortalité chez les personnes vivant avec un cancer(67).

Une activité physique régulière et un programme d'exercices supervisé peuvent améliorer plusieurs plaintes courantes en phase de soins de suite, telles que la douleur, la fatigue, l'anxiété et la dépression.

L'objectif de la thérapie par l'exercice dans le traitement de la douleur des personnes vivant avec un cancer en phase de soins de suite est principalement de maintenir et d'améliorer la mobilité, avec, en conséquence, une réduction de la douleur. De plus, la pratique régulière d'une activité physique est fortement recommandée en première ligne pour réduire les symptômes d'anxiété et de dépression.

En outre, l'objectif d'un programme d'exercices est d'atteindre la même fonction cardiorespiratoire qu'avant la maladie.

Les exercices aérobies et de résistance à intensité modérée comprennent (68):

Exercices aérobies :

- À 40-59 % de la réserve de fréquence cardiaque, déterminée selon la formule de Karvonen :
 - $\text{Fréquence cardiaque d'entraînement} = \text{fréquence cardiaque au repos} + (\% \text{ de charge souhaitée} \times \text{réserve de fréquence cardiaque})$

OU

- RPE (Borg Rating of Perceived Exhaustion : mesure de l'intensité d'un exercice, le score indiquant la difficulté d'un exercice vécue par la personne) : 11-13 (fairly easy, moderate, somewhat hard)

ET

Exercices de résistance :

- 2 séries de 60% à 80% 1-RM (une répétition maximum (1-RM) est le poids maximum qu'une personne peut soulever en une répétition)

OU

- RPE 12-14 (moderate, somewhat hard) et 12-15 répétitions.

Les exercices supervisés dont il est question dans cette recommandation peuvent être réalisés individuellement assistés par un kinésithérapeute ou dans le cadre de programmes de révalidation spécialisés en groupe. En ce qui concerne les exercices en groupe, en plus de l'aspect physique qui influence directement le fonctionnement physique et la qualité de vie, l'aspect social joue également un rôle. Les patients affirment que la structure et le contact avec les pairs jouent un rôle précieux durant la période de révalidation. De plus, la supervision permet généralement aux patients de pratiquer une activité physique d'intensité modérée recommandée, tout en se sentant davantage socialement obligés, ce qui améliore l'observance thérapeutique.

Argumentaire

Recommandation 1 : Envisagez une thérapie par l'exercice dans le traitement de la douleur chez les personnes vivant avec un cancer en phase de soins de suite (**GRADE 2C**).

Cette recommandation a été reprise du guide de pratique « Survivorship » du NCCN de 2022 (4) et est basée sur :

- La revue Cochrane de Mishra et coll. (2012) (69) comprenant 40 études portant sur des personnes vivant avec un cancer pendant et après le traitement a montré une réduction significative de la douleur après avoir suivi des programmes d'exercices comprenant de la musculation, des exercices de résistance, de la marche, du vélo, du yoga, du qi gong ou du tai-chi, après un suivi de 12 semaines.
- La revue Cochrane de Carvalho et coll. (2012) (70) a inclus 3 études. Les auteurs ont conclu qu'il existe des preuves limitées que les exercices de résistance progressive est plus efficace pour le dysfonctionnement de l'épaule en cas de tumeurs de la tête et du cou.
- L'essai contrôlé randomisé d'Irwin et coll. (2015) (71) portant sur 121 personnes vivant avec un cancer du sein en phase de soins de suite, a observé une amélioration des plaintes d'arthralgie induites par la thérapie à l'aromatase après une thérapie par l'exercice consistant en 150 minutes par semaine d'exercices aérobies et de musculation supervisés deux fois par semaine.
- L'essai contrôlé randomisé de Fernandez-Lao et coll. (2012) (72) chez 44 personnes vivant avec un cancer du sein en phase de soins de suite a montré qu'un programme de 3 séances par semaine sur une période de 8 semaines comprenant des exercices d'étirements progressifs, de mobilité et de renforcement, permet une amélioration plus significative de la douleur par rapport à une thérapie par l'exercice standard consistant en des informations écrites assorties de recommandations succinctes pour améliorer la condition physique.
- L'essai contrôlé randomisé de McNeely et coll. (2008) (73) portant sur 52 patients vivant avec un cancer de la tête et du cou en phase de soins de suite a étudié l'effet des exercices de résistance progressive par rapport à la thérapie par l'exercice standard. Les chercheurs ont conclu que les exercices de résistance progressive peuvent améliorer la douleur à l'épaule de manière significative.

Une recherche documentaire complémentaire a donné les résultats suivants :

- La méta-analyse de Lara Paloma (2021) (74) a examiné l'effet de la thérapie myofasciale par rapport à un placebo sur la douleur à court et à long terme chez les personnes vivant avec un cancer du sein en phase de soins de suite. Les auteurs ont conclu qu'il n'y a pas de différences significatives quant à l'effet de la thérapie myofasciale à court ou à plus long terme, seule ou associée à la kinésithérapie standard par rapport au placebo ou à la kinésithérapie standard.
- La méta-analyse de Pinheiro da Silva (2019) (75) avec inclusion de 5 études a examiné l'effet de la thérapie manuelle sur la douleur musculosquelettique chez les personnes vivant avec un cancer du sein en phase de soins de suite. Les auteurs ont conclu que la thérapie manuelle est

efficace dans le traitement des douleurs musculosquelettiques chroniques des membres supérieurs et du thorax chez les patientes vivant avec un cancer du sein en phase de soins de suite.

Considérations

Les considérations suivantes ont joué un rôle dans la formulation de la recommandation :

- **Évaluation globale des effets et certitude des preuves pour les mesures de résultats critiques** : faible niveau de certitude des preuves
- **Rapport bénéfices–risques** : en faveur de la recommandation
- **Valeurs et préférences** : pas de problèmes majeurs. Les préférences du patient sont déterminantes.
- **Ressources** : le remboursement n'est pas intégral pour tout le monde.
- **Équité** : accessibilité variable pour les patients en fonction du remboursement.
- **Applicabilité** : applicable en soins primaires en Belgique. Ces interventions impliquent un changement de comportement ; ce faisant des obstacles peuvent se présenter sur le plan individuel, social et dans l'environnement du patient.

Conclusion : Il existe des preuves affirmant que la kinésithérapie est susceptible de réduire la douleur chez les patients cancéreux en phase de soins de suite. Les différentes interventions étudiées s'avèrent cependant très hétérogènes.

Recommandation 2 : Proposez aux personnes vivant avec un cancer en phase de soins de suite de pratiquer une activité physique régulière pour réduire la fatigue, l'anxiété et la dépression (**GRADE 1C**).

Cette recommandation a été reprise du guide de pratique « Survivorship » du NCCN de 2022 (4) et est basée sur plusieurs méta-analyses, revues systématiques et RCT portant sur des personnes vivant avec un cancer en phase de soins de suite.

Le niveau de certitude des preuves est modéré quant à l'effet de la pratique d'une activité physique pour réduire les symptômes de fatigue chez les personnes vivant avec un cancer et se trouvant en phase de soins de suite. Cette recommandation est étayée par plusieurs études portant sur des personnes vivant avec un cancer durant le traitement et en phase de soins de suite :

- La méta-analyse de Mustian et coll. (2017) (76) avec inclusion de 113 études a examiné l'effet de la thérapie par l'exercice (exercices aérobies et en résistance), le traitement psychologique et le traitement pharmacologique sur la fatigue chez les personnes vivant avec un cancer. Les auteurs ont conclu que la thérapie par l'exercice et le traitement psychologique sont efficaces pour réduire la fatigue durant et après le traitement oncologique.

- La méta-analyse de Meneses-Echavez et coll. (2015) (77) a inclus 9 études. Les auteurs ont conclu que la thérapie par l'exercice supervisé (à la fois thérapie aérobie et thérapie en résistance) améliore la fatigue chez les personnes vivant avec un cancer du sein durant le traitement.
- La méta-analyse de Mishra et coll. (2014) (78) avec inclusion de 40 études montre que les programmes d'exercices (notamment les exercices en résistance, la marche, le vélo, le yoga, le qi gong ou le tai-chi) ont un effet positif sur la QVLS.
- La méta-analyse de Brown et coll. (2011) (79) a inclus 44 études avec 3.254 personnes vivant avec un cancer en phase de soins de suite. Les chercheurs ont conclu que la thérapie par l'exercice (thérapie aérobie et en résistance) peut améliorer les symptômes de fatigue liés au cancer.
- La méta-analyse de Mc Millan et coll. (2011) (80) a inclus 16 études. Les auteurs ont conclu que les programmes d'exercices aérobies peuvent réduire la fatigue liée au cancer chez les patients en cours de traitement et en phase de soins de suite(78).
- La méta-analyse de Speck et coll. (2010) (81) montre un effet positif de l'activité physique (interventions physiques en dehors de la pratique du kinésithérapeute) sur les plaintes de fatigue pendant et après le traitement oncologique.
- La méta-analyse de McNeely et coll. (2006) (82) a examiné l'effet de la thérapie par l'exercice (comprenant une thérapie aérobie seule ou associée à l'entraînement en résistance) chez les personnes vivant avec un cancer du sein en cours de traitement et en phase de soins de suite. La méta-analyse a inclus 14 études. Les auteurs arrivent à la conclusion que la thérapie par l'exercice est susceptible d'améliorer la fatigue, la qualité de vie, la fonction cardiorespiratoire et la fonction physique.
- La revue systématique de Hunter et coll. (2017) (83)). Les auteurs arrivent à la conclusion qu'il existe des preuves solides de l'effet de la thérapie par l'exercice sur la réduction de la fatigue liée au cancer. Le type de thérapie examiné dans cette revue systématique varie et comprend l'entraînement en résistance aérobie, léger et lourd, le yoga, le qi gong et le tai-chi.
- L'article de synthèse de McNeil et coll. (2010) (84) montre que les programmes d'exercices (comprenant la thérapie aérobie seule ou associée à l'entraînement en résistance) ont un effet positif sur la fatigue chez les patients vivant avec un cancer en cours de traitement et en phase de soins de suite.
- L'essai contrôlé randomisé de Kampshoff et coll. (2015) (85) a étudié l'effet d'une combinaison d'entraînement aérobie et en résistance à une intensité élevée et faible à modérée sur la fatigue chez 277 personnes vivant avec un cancer en phase de soins de suite. Les chercheurs ont conclu que l'entraînement associant les exercices aérobies et e résistance peut considérablement améliorer la fatigue et que la thérapie à haute intensité peut être utilisée en toute sécurité.
- L'essai contrôlé randomisé de Larkey et coll. (2015) (86) a étudié l'effet du tai chi chez 87 personnes vivant avec un cancer du sein se plaignant de fatigue en phase de soins de suite. Les chercheurs ont conclu que le tai chi avait un effet positif sur la fatigue.

- L'essai contrôlé randomisé de Courneya et coll. (2003) (87) a inclus 53 personnes vivant avec un cancer du sein en phase de soins de suite. Les chercheurs ont conclu que la thérapie par exercices aérobies (comprenant des séances d'entraînement sur vélo ergomètre 3 x par semaine pendant 15 semaines) a un effet positif sur la fonction cardiopulmonaire et la qualité de vie.
- L'étude-pilote de Baruth et coll. (2015) (88) a été menée chez 32 personnes vivant avec un cancer du sein. Les auteurs ont examiné l'effet d'un programme de marche sur la fatigue et la qualité de vie. Ils concluent qu'un tel programme peut avoir un effet positif sur certains effets secondaires associés au traitement.
- En outre, le guide de pratique du NCCN « Cancer Related Fatigue » fait référence à la revue Cochrane de Lahart et coll. (89) qui a examiné l'effet de l'activité physique (thérapie aérobique, thérapie de résistance et la combinaison des deux) chez les personnes vivant avec un cancer du sein immédiatement après le traitement. Cette méta-analyse a inclus 63 études et arrive à la conclusion que l'activité physique est susceptible d'avoir un effet favorable (faible à modéré) sur la QVLS, le fonctionnement émotionnel et social et le fonctionnement physique et l'anxiété autodéclarés. L'interprétation des résultats doit cependant se faire avec prudence vu l'hétérogénéité des interventions et des mesures de résultats et de la qualité faible à modérée des études.

Le niveau de certitude des preuves est modéré quant à l'effet de la pratique d'une activité physique régulière pour réduire les symptômes d'anxiété et de dépression chez les personnes vivant avec un cancer et se trouvant en phase de soins de suite. Cette recommandation est étayée par plusieurs études :

- La méta-analyse de Patsou et coll. (2017) (90) a étudié l'effet de l'activité physique (entraînement aérobique, entraînement en résistance, entraînement combiné aérobique et en résistance ou yoga) sur les symptômes dépressifs chez les personnes vivant avec un cancer du sein en phase de soins de suite. Les auteurs concluent que les programmes d'exercices progressifs (thérapie aérobique ou entraînement combinant aérobique et résistance) peuvent avoir un effet positif sur les symptômes dépressifs.
- La méta-analyse de Zhu et coll. (2016) (91) incluant 33 RCT a étudié l'effet de la thérapie par l'exercice (thérapie aérobique, entraînement en résistance ou étirements) chez les personnes vivant avec un cancer du sein en phase de soins de suite. Les auteurs ont conclu que la thérapie par l'exercice durant et après le traitement peut avoir un effet positif sur les symptômes d'anxiété et de dépression.
- La méta-analyse de Brown et coll. (2012) (79) a inclus 44 études. Les auteurs concluent que la thérapie par l'exercice (comprenant la thérapie aérobique, la thérapie de résistance ou le yoga) réduit la fatigue chez les personnes vivant avec un cancer en phase de soins de suite. Cependant, la plupart de ces interventions ont eu lieu au cours du traitement oncologique.

Une recherche documentaire complémentaire a identifié la méta-analyse de Gao et coll. (2020)(92). Cette méta-analyse de 3 essais contrôlés randomisés conclut qu'il n'y a aucune preuve concernant l'effet de la thérapie aérobique sur la dépression.

Considérations

Les considérations suivantes ont joué un rôle dans la formulation de la recommandation :

- **Évaluation globale des effets et certitude des preuves pour les mesures de résultats critiques :** niveau de preuve modéré
- **Rapport bénéfices–risques :** Bénéfice net substantiel
- **Valeurs et préférences :** peu de variabilité à prévoir
- **Ressources :** pas de problèmes majeurs, l'activité physique peut également être pratiquée en dehors du cabinet de kinésithérapie, etc...
- **Équité :** pas de problèmes majeurs
- **Acceptabilité :** pas de problèmes majeurs
- **Applicabilité/faisabilité :** pas de problèmes majeurs, applicable en soins primaires en Belgique. Ces interventions impliquent un changement de comportement ; ce faisant des obstacles peuvent se présenter sur le plan individuel, social et dans l'environnement du patient.

Recommandation 3 : Envisagez de recommander une combinaison d'exercices aérobies et d'exercices en résistance d'intensité modérée 2 à 3 fois par semaine pendant au moins 12 semaines pour réduire la fatigue et améliorer la QVLS et la fonction cardiopulmonaire chez les personnes qui ont survécu un cancer (**GRADE 2C**).

Cette recommandation a été adaptée du guide de pratique du NCCN « Survivorship » (4) et du guide de pratique Campbell et coll (93).

Il existe des preuves indirectes de certitude modérée qu'une activité aérobie hebdomadaire intensive ou à intensité modérée diminue la fatigue chez les personnes vivant avec un cancer en phase de soins de suite. La recommandation est étayée par :

- La méta-analyse de Juvet et coll. (2017) (94) a inclus 25 études portant sur des personnes vivant avec un cancer du sein en cours de traitement et après le traitement. Les auteurs ont conclu qu'une intervention physique (comprenant un entraînement aérobie, un entraînement en résistance ou une combinaison des deux) après le traitement a un effet favorable sur les symptômes de fatigue.
- La méta-analyse de Meneses-Echavez (2015) (77) a inclus 9 études portant sur des personnes vivant avec un cancer du sein en phase de soins de suite. Les auteurs ont conclu que l'entraînement aérobie a un effet positif sur les symptômes de fatigue.
- La méta-analyse de Tomlinson et coll (2014)(95). Cette méta-analyse arrive à la conclusion que la thérapie par l'exercice a un effet modéré sur la réduction de la fatigue. Dans cette étude, différentes modalités de thérapie par l'exercice ont été étudiées, à savoir la thérapie aérobie, l'entraînement en résistance, une combinaison des deux et le yoga. Les auteurs concluent que le type de traitement n'a pas d'influence sur le résultat.

En outre, plusieurs études montrent globalement leur effet chez les personnes vivant avec un cancer, mais pas spécifiquement dans un contexte de soins de suite :

- La méta-analyse de van Vulpen et coll. (2016) (96) a inclus 31 RCT. Les auteurs ont conclu que la thérapie par l'exercice (entraînement aérobic, entraînement en résistance ou une combinaison des deux) réduit considérablement les symptômes de fatigue pendant le traitement.
- La méta-analyse Cochrane de Cramp et coll. (2012) (97) conclut que l'entraînement aérobic et en résistance a des effets positifs sur les symptômes de fatigue durant le traitement oncologique.
- La méta-analyse de Brown et coll. (2011) (79) a inclus 44 études. Les auteurs concluent que la thérapie par l'exercice (comprenant la thérapie aérobic, la thérapie de résistance ou le yoga) réduit la fatigue chez les personnes vivant avec un cancer en phase de soins de suite. Cependant, la plupart de ces interventions ont eu lieu au cours du traitement oncologique.

Le niveau de certitude des preuves est faible quant à l'effet de la combinaison d'exercices aérobics et en résistance d'intensité modérée, 2 à 3 fois par semaine pendant au moins 12 semaines, sur l'amélioration de la QVLS chez les personnes vivant avec un cancer en phase de soins de suite ; ceci est étayé par :

- La méta-analyse Cochrane de Lahart et coll. (2018) (89) avec inclusion de 22 études portant sur des personnes vivant avec un cancer du sein. Les auteurs ont conclu que les interventions d'activité physique (thérapie aérobic, thérapie de résistance et la combinaison des deux) apportent une légère amélioration à une amélioration modérée de la QVLS immédiatement après le traitement.
- La méta-analyse de Sweegers et coll. (2018) (98) a inclus 67 études portant sur des personnes vivant avec un cancer. Les auteurs ont conclu que l'entraînement physique - qu'il s'agisse d'une thérapie aérobic, d'un entraînement en résistance ou d'une combinaison des deux - entraîne une amélioration significative, que l'intervention se déroule pendant ou après le traitement.
- La méta-analyse de Buffart et coll. (2017) (99) a inclus 34 études. Les auteurs ont conclu que les interventions physiques (exercices aérobics, entraînement en résistance ou combinaison des deux) améliorent la qualité de vie.
- La méta-analyse de Sweegers et coll. (98) montre également, avec une faible certitude des preuves, que la combinaison de l'entraînement aérobic et l'entraînement en résistance produit une plus grande amélioration de la qualité de vie que l'entraînement aérobic ou l'entraînement en résistance seul chez les personnes vivant avec un cancer en phase de soins de suite.

Le niveau de certitude des preuves est faible quant à l'effet de la combinaison d'exercices aérobics et d'exercices en résistance d'intensité modérée, 2 à 3 fois par semaine pendant au moins 12 semaines sur l'amélioration de la fonction cardiopulmonaire ; ceci est étayé par la méta-analyse de Lavin Perez (2020) (66). Cette étude a inclus 483 personnes vivant avec un cancer provenant de 6 études. Les auteurs ont conclu que l'entraînement par intervalles à haute intensité (EHI) peut améliorer la VO2 max.

Considérations

Les considérations suivantes ont joué un rôle dans la formulation de la recommandation :

- **Évaluation globale des effets et certitude des preuves pour les mesures de résultats critiques :** faible certitude des preuves
- **Rapport bénéfices–risques :** en faveur de la recommandation
- **Valeurs et préférences :** variabilité possible selon le prix de l'intervention/montant dû par le patient
- **Applicabilité :** applicable en soins primaires en Belgique. Ces interventions impliquent un changement de comportement ; ce faisant des obstacles peuvent se présenter sur le plan individuel, social et dans l'environnement du patient.

Conclusion : Il existe des preuves que l'activité physique est susceptible de réduire la fatigue, l'anxiété et la dépression chez les personnes vivant avec un cancer en phase de soins de suite. En particulier, la combinaison d'exercices aérobies et d'exercices en résistance peut améliorer la fatigue, la qualité de vie et la santé cardiopulmonaire.

Recommandation 4 : Conseillez et orientez le patient vers des programmes d'entraînement supervisés pour améliorer la QVLS (**GPP**).

Il existe de faibles preuves scientifiques que les programmes d'entraînement supervisés améliorent davantage la QVLS par rapport aux programmes non supervisés ou réalisés à domicile ; ceci est étayé par la méta-analyse de Sweegers et coll. (2018) (98)).

Ce GPP a été soumis à un panel d'experts et de parties prenantes dans le cadre d'une procédure de consensus Delphi et a été validé au premier tour.

Considérations

Les considérations suivantes ont joué un rôle dans la formulation de ce GPP :

- **Évaluation globale des effets et certitude des preuves pour les mesures de résultats critiques :** Aucune preuve directe disponible (analyse de sous-groupes)
- **Rapport bénéfices–risques :** Bénéfice net limité, faible certitude des preuves
- **Valeurs et préférences :** variabilité possible selon le prix de l'intervention/montant dû par le patient. Les préférences du patient sont déterminantes.
- **Applicabilité :** applicable en soins primaires en Belgique.
- **Ressources :** les modalités de remboursement d'un tel programme d'exercices dans le cadre d'une kinésithérapie spécialisée ne sont pas claires.
- **Équité :** pas accessible à tous, en fonction des modalités de remboursement.
- **Acceptabilité/faisabilité :** pas de problèmes majeurs, applicable en soins primaires en Belgique.

Conclusion : Il est important d'orienter les personnes vivant avec un cancer vers des programmes supervisés. **Le groupe d'élaboration a repris cette recommandation du guide du NCCN et l'a formulée via consensus formel en tant que GPP en raison de preuves indirectes.**

Ces programmes supervisés peuvent avoir lieu en groupe ou individuellement dans des cabinets de kinésithérapie indépendants ou dans le cadre de programmes de révalidation spécifiques dans les hôpitaux.

Question clinique 3 : Quels conseils d'hygiène de vie sont indiqués pour les personnes vivant avec un cancer aux différentes phases des soins de suite ?

Recommandations

- 1. Proposez aux personnes vivant avec un cancer une éducation à l'auto-prise en charge et un soutien à un mode de vie sain (incluant des exercices quotidiens, une alimentation équilibrée et l'arrêt du tabagisme) afin d'améliorer la qualité de vie liée à la santé et les résultats physiologiques et de réduire le risque de récurrence (GPP).**
- 2. Conseillez aux personnes vivant avec un cancer de pratiquer régulièrement une activité physique (GPP).**

Explications

Un mode de vie sain, comprenant des exercices quotidiens, une alimentation saine et l'arrêt du tabagisme, peut améliorer la qualité de vie et la santé. Dans certains cancers, il peut être associé à un risque réduit de récurrence et à une mortalité plus faible(4).

La médecine du mode de vie est une discipline émergente qui adopte une approche systématique visant à prévenir et traiter les maladies chroniques. Cette forme de médecine s'inscrit dans le concept de « Santé Positive » tel que défini par M. Huber (100, 101) à savoir, "la capacité de s'adapter et de s'autogérer face aux défis sociaux, physiques et émotionnels de la vie".

L'auto-prise en charge comprend la prise de décisions et les actions d'un individu basées sur des choix personnels dans le but de gérer l'impact de la maladie sur sa vie. Elle englobe les autosoins, l'auto-assistance et l'autodirection. Si souhaité, cela se déroule en concertation avec les proches et avec l'appui de professionnels.

L'éducation recommandée comprend des conseils sur le mode de vie dans le cadre d'une consultation ou d'un processus d'accompagnement et de l'éducation du patient concernant les aspects tels que la nutrition, l'activité physique et le sommeil.

Dans le cadre des soins de suite des personnes vivant avec un cancer, il faut accorder une attention particulière au soutien nutritionnel en cas de troubles nutritionnels liés au cancer ou à la prise en charge des autres séquelles sur le long terme. La collaboration avec un.e diététicien.ne en cas de problèmes nutritionnels spécifiques au cours de la phase des soins de suite est donc essentielle. Cependant, cette collaboration dépasse le cadre de ce guide. Des recommandations

nutritionnelles spécifiques sont disponibles dans les guides ESPEN (102, 103) et dans "Kompas ondervoeding" (conseils en matière de nutrition dans un contexte de malnutrition) (56).

Argumentaire

Recommandation 1 : Proposez aux personnes vivant avec un cancer une éducation visant l'auto-prise en charge et un accompagnement vers un mode de vie sain (y compris exercices quotidiens, alimentation équilibrée et arrêt du tabagisme) afin d'améliorer la qualité de vie liée à la santé et les résultats physiologiques et de réduire le risque de récurrence (**GPP**).

Ce GPP a été repris du guide de pratique « Survivorship » du NCCN de 2022 (4) et est basé sur un consensus. Ce GPP a été soumis à un panel d'experts et de parties prenantes dans le cadre d'une procédure de consensus Delphi et a été validé au premier tour.

Considérations

Les considérations suivantes ont joué un rôle dans la formulation de ce GPP :

- **Évaluation globale des effets et certitude des preuves pour les mesures de résultats critiques** : aucune preuve directe disponible. La qualité des preuves concernant les interventions de mode de vie sur la qualité de vie liée à la santé des personnes vivant avec un cancer est faible, comme le montre l'étude de Smits et coll. (2015) (104)).
- **Rapport bénéfices-risques** : Faible bénéfice net en faveur de la recommandation
- **Valeurs et préférences** : les préférences du patient sont déterminantes.
- **Ressources** : pas de problèmes majeurs, mais aspect important en cas de programmes d'intervention spécifiques, selon leurs coûts/ modalités de remboursement.
- **Équité** : pas de problèmes majeurs, mais aspect important lorsque des programmes d'intervention spécifiques sont mis en place, selon leurs coûts/ modalités de remboursement. L'offre numérique, en pleine expansion, joue un rôle croissant de soutien, mais la fracture numérique reste un obstacle majeur.
- **Acceptabilité** : pas de problèmes majeurs
- **Faisabilité** : Ces interventions comprennent un changement de comportement ; des obstacles peuvent se présenter sur la plan individuel, social et dans l'environnement du patient - voir également question clinique 2. Nécessitent une consultation prolongée ou un autre programme/une autre séance en présence d'une infirmière ou d'un coach en hygiène de vie. L'établissement de contacts entre les organisations promouvant l'hygiène de vie peut favoriser l'atteinte de l'objectif. Les outils numériques offrant un soutien se développent rapidement.

Recommandation 2 : Conseillez aux patients de pratiquer régulièrement une activité physique (GPP).

Ce GPP a été repris du guide de pratique « Survivorship » du NCCN de 2022 (4) et est basé sur un consensus. Ce GPP a été soumis à un panel d'experts et de parties prenantes dans le cadre d'une procédure de consensus Delphi et a été validé au premier tour.

Considérations

Voir question clinique 2, recommandation 3, à la page 41.

Conclusion : Il est essentiel d'encourager les patients en phase de soins de suite à rester actifs et à intégrer une activité physique régulière dans leur mode de vie sain, afin d'améliorer leur qualité de vie et leur état de santé général. **Le groupe d'élaboration de ce guide a repris cette recommandation des guides du NCCN et l'a formulée comme GPP par consensus formel en raison de preuves indirectes.**

Question clinique 4 : Quelles interventions de soutien psychosocial, d'autosoins et auto-prise en charge sont indiqués pour les personnes vivant avec un cancer au cours des différentes phases des soins de suite ?

Recommandations

- 1. Envisagez un soutien psychosocial pour les patients souffrant de douleur chronique afin d'atténuer leurs symptômes de douleur (GRADE 2C).**
- 2. Envisagez des interventions psychosociales pour réduire les symptômes de fatigue chez les personnes vivant avec un cancer en phase de soins de suite (GRADE 2B).**
- 3. Envisagez la pleine conscience et la méditation pour réduire l'anxiété et la dépression chez les personnes vivant avec un cancer en phase de soins de suite (GRADE 2C).**

Explications

Par soutien psychosocial ou thérapie intégrative, nous entendons le soutien psychosocial pouvant être offert en soins primaires et qui comprend les interventions suivantes :

- Autosoins et auto-prise en charge en matière de santé mentale, aspects psychosociaux
- Gestion du stress
- Pleine conscience, thérapie psychomotrice
- Réduction de l'anxiété
- Yoga, qi gong, tai-chi

Ces interventions peuvent être proposées par différents professionnels de la santé tels que le/la psychologue de première ligne, le médecin généraliste, un coach, etc. Ce guide de pratique n'aborde pas les formes spécifiques de traitements psychothérapeutiques, telles que la thérapie cognitivo-comportementale. Cependant, celles-ci peuvent constituer une forme de traitement possible pour des plaintes telles que la douleur, la fatigue, l'anxiété et la dépression. Dans ce contexte, nous faisons référence à d'autres guides de pratique, tels que le guide sur la 'douleur chronique', et des projets à ce sujet, comme 'Bepro' et 'BeONCOsup'. (53).

Argumentaire

Recommandation 1 : Envisagez un soutien psychosocial pour les patients souffrant de douleur chronique afin d'atténuer leurs symptômes de douleur (**GRADE 2C**).

Cette recommandation a été adaptée à partir du guide NCCN "Survivorship" (4).

Il existe des preuves de faible certitude que le soutien psychosocial et l'orientation vers des services psychologiques peuvent réduire la douleur chez les personnes vivant avec un cancer en phase de soins de suite. Plusieurs études examinant différentes interventions suggèrent un effet positif sur la douleur :

- Une méta-analyse réalisée par Johannsen et coll. (2013) (105) a examiné l'effet de différentes interventions (relaxation, formation aux techniques d'adaptation, éducation, soutien psychologique) sur la douleur, notamment chez les personnes vivant avec un cancer du sein. Les auteurs ont conclu que les résultats suggèrent un effet, mais que des études supplémentaires sont nécessaires.
- Une méta-analyse de Sheinfeld et coll. (2012) (106) a examiné l'effet d'un soutien psychosocial chez les personnes vivant avec un cancer, mais qui ne se trouvent pas spécifiquement en phase de soins de suite. Cette étude portait sur des interventions telles que l'entraînement aux compétences, la relaxation et la thérapie expressive de soutien.
- La revue de Kwekkeboom et coll. (2010) (107) a étudié 34 interventions psychocorporelles. Les auteurs ont conclu que ces interventions peuvent avoir un effet positif sur la douleur chez les personnes vivant avec un cancer en phase de soins de suite.

Dans l'ensemble, les études examinant l'effet des interventions psychosociales sur la douleur restent limitées et ne ciblent pas spécifiquement la phase des soins de suite.

Considérations

Les considérations suivantes ont joué un rôle dans la formulation de la recommandation :

- **Évaluation globale des effets et certitude des preuves pour les mesures de résultats critiques** : faible certitude des preuves
- **Rapport bénéfices-risques** : Bénéfice net limité en faveur de la recommandation
- **Valeurs et préférences** : les préférences du patient sont déterminantes
- **Ressources** : dépend des modalités de remboursement
- **Équité** : pas accessible à tous les patients et dépend fortement des coûts et des modalités de remboursement
- **Acceptabilité** : variation possible entre patients et prestataires de soins de santé.
- **Faisabilité** : pas de problèmes majeurs
- **Applicabilité** : applicable en soins primaires en Belgique.

Recommandation 2 : Envisagez des interventions psychosociales pour réduire les symptômes de fatigue chez les personnes vivant avec un cancer en phase de soins de suite (**GRADE 2B**).

Cette recommandation a été adaptée à partir du guide NCCN "Survivorship" (4).

Il existe des preuves de faible certitude que les interventions psychosociales réduisent la fatigue chez les personnes vivant avec un cancer en phase de soins de suite ; les preuves sont fournies par les études suivantes :

- Études dans une population générale de personnes vivant avec un cancer, pas spécifiquement en phase de soins de suite :
 - La méta-analyse de Mustian et coll. (2017) (76) incluant 113 études a montré une amélioration des symptômes de fatigue grâce aux interventions psychosociales. De même, les résultats doivent être analysés avec précaution en raison de l'hétérogénéité des interventions.
 - La méta-analyse de Jacobsen et coll. (2007) (108) a inclus 2610 personnes vivant avec un cancer, provenant de 18 études. Les auteurs ont conclu que les interventions psychosociales sont susceptibles d'avoir un effet sur les symptômes de fatigue. Cependant, les interventions analysées dans cette méta-analyse présentaient une grande hétérogénéité.
 - La revue descriptive de Mustian et coll. (2007) (109) a examiné l'effet d'une variété d'interventions psychologiques pendant le traitement oncologique.
 - La méta-analyse de Bennet et coll. (2016) (110) a examiné l'effet de l'éducation sur la fatigue.
- Plusieurs études ciblant la phase des soins de suite :
 - La méta-analyse de Duijts et coll. (2011) (111) a étudié l'effet de plusieurs interventions (programmes d'exercices, techniques comportementales, dont la TCC, techniques de relaxation, counseling, soutien social, hypnose et rétroaction biologique) chez des personnes vivant avec un cancer du sein pendant et après le traitement. Les auteurs ont conclu que le soutien psychosocial pourrait contribuer à atténuer les symptômes de fatigue.
 - L'essai contrôlé randomisé de Lengacher et coll. (2016) (112) a étudié l'effet de la pleine conscience sur la fatigue chez 332 personnes vivant avec un cancer du sein en phase de soins de suite. Les chercheurs ont observé une réduction significative des symptômes de fatigue après 6 semaines.

Considérations

Les considérations suivantes ont joué un rôle dans la formulation de la recommandation :

- **Évaluation globale des effets et certitude des preuves pour les mesures de résultats critiques** : faible certitude des preuves

- **Rapport bénéfices-risques** : Bénéfice net limité en faveur de la recommandation
- **Valeurs et préférences** : les préférences du patient sont déterminantes
- **Ressources** : dépend des modalités de remboursement
- **Équité** : pas accessible à tous les patients et dépend fortement des coûts et des modalités de remboursement
- **Acceptabilité** : variation possible entre patients et prestataires de soins de santé.
- **Faisabilité** : pas de problèmes majeurs
- **Applicabilité** : applicable en soins primaires en Belgique.

Recommandation 3 : Envisagez la pleine conscience et la méditation pour réduire l'anxiété et la dépression chez les personnes vivant avec un cancer en phase de soins de suite (**GRADE 2C**).

Cette recommandation a été adaptée à partir du guide NCCN "Survivorship" (4).

Il existe des preuves de faible certitude que la pleine conscience et la méditation réduisent l'anxiété et la dépression chez les personnes vivant avec un cancer en phase de soins de suite ; les preuves sont fournies par :

- Le guide de pratique clinique développé par Greenlee et coll. (2017) (113) arrive à la conclusion que la méditation, le yoga et la relaxation peuvent avoir un effet positif sur les troubles de l'anxiété et de l'humeur.
- La revue Cochrane de Salhofer et coll. (2016) (114) a étudié l'effet de la méditation sur la dépression chez les patients atteints d'une malignité hématologique. Cette revue n'a inclus qu'un seul essai contrôlé randomisé. Les auteurs estiment qu'il y avait trop peu d'études examinant l'effet de la méditation chez les patients hématologiques pour en tirer des conclusions.
- La méta-analyse de Huang et coll. (2016) (115) a étudié l'effet de la pleine conscience sur la dépression et l'anxiété chez les personnes vivant avec un cancer du sein, pendant et après le traitement. Les auteurs ont conclu, à partir des données de 536 patients provenant de 6 études, que la pleine conscience a un effet favorable sur la dépression. A partir des données de 429 patients provenant de 4 études, les auteurs ont conclu à un effet favorable de la pleine conscience sur l'anxiété.
- La méta-analyse de Cramer et coll. (2012) (116) a inclus 12 essais contrôlés randomisés examinant l'effet du yoga chez les personnes vivant avec un cancer du sein en phase de soins de suite. Les auteurs ont conclu que le yoga pourrait avoir un effet positif à court terme sur la santé mentale au cours du traitement du cancer du sein.
- La revue de Stan et coll. (2012) (117) a examiné diverses interventions (Tai Chi, yoga, Pilates) chez des personnes vivant avec un cancer du sein en phase de soins de suite. Les auteurs ont conclu que le yoga pourrait améliorer l'anxiété et la dépression.

- L'essai contrôlé randomisé de Lengacher et coll. (2016) (112) a étudié l'effet de la pleine conscience sur l'anxiété chez 322 personnes vivant avec un cancer du sein en phase de soins de suite. Les chercheurs ont conclu que la pleine conscience pourrait réduire les symptômes d'anxiété.
- L'essai contrôlé randomisé de Bower et coll. (2015) (118) a étudié l'effet de la méditation de pleine conscience chez 71 jeunes personnes vivant avec un cancer du sein. Les auteurs ont conclu que la pleine conscience pourrait avoir un effet temporaire à court terme sur les symptômes du stress.
- L'essai contrôlé randomisé de Carlson et coll. (2013) (119) a examiné l'effet de la pleine conscience par rapport à l'expression émotionnelle chez 271 personnes vivant avec un cancer du sein en phase de soins de suite. Les chercheurs ont conclu que la pleine conscience était supérieure pour faire face au stress. L'essai contrôlé randomisé de Carlson et coll. (2016) (120) confirme ces résultats après une période de suivi d'un an.

Considérations

Les considérations suivantes ont joué un rôle dans la formulation de la recommandation :

- **Évaluation globale des effets et certitude des preuves pour les mesures de résultats critiques** : faible certitude des preuves
- **Rapport bénéfices-risques** : Bénéfice net limité en faveur de la recommandation
- **Valeurs et préférences** : les préférences du patient sont déterminantes
- **Ressources** : dépend des modalités de remboursement
- **Équité** : pas accessible à tous les patients et dépend fortement des coûts et des modalités de remboursement
- **Acceptabilité** : variation possible entre patients et prestataires de soins de santé.
- **Faisabilité** : pas de problèmes majeurs
- **Applicabilité** : applicable en soins primaires en Belgique.

Conclusion : Il existe des preuves scientifiques limitées, principalement indirectes, affirmant que les interventions psychosociales peuvent réduire les symptômes de douleur, de fatigue, d'anxiété et de dépression. Les interventions étudiées sont très hétérogènes. La plupart des preuves sont en relation avec la pleine conscience.

Partie 2 : Collaboration entre les différents professionnels de la santé durant le parcours de revalidation des patients oncologiques

Pour répondre à la question clinique de la **partie 2 'De quelle manière la collaboration doit-elle se dérouler et quels accords doivent être conclus entre les différents professionnels de la santé durant le parcours de revalidation de personnes vivant avec un cancer pour améliorer le résultat du processus de revalidation ?'**, plusieurs sous-questions ont été formulées :

1. Quels sont les outils et procédures permettant d'identifier les priorités et objectifs communs ?
2. Quels sont les outils et procédures permettant de se répartir les tâches et fonctions entre professionnels ?
3. Quels sont les outils et procédures permettant de standardiser la collaboration ?
4. Quels sont les outils et procédures permettant la coordination ?
5. Quels sont les outils et procédures permettant de donner accès à l'information ?
6. Quels sont les outils et procédures permettant d'acquérir des compétences en collaboration ?

Les sous-questions 3 et 6 concernent principalement les conditions pour promouvoir la mise en œuvre des recommandations restantes. Elles ont donc été incluses dans le plan de mise en œuvre accompagnant ce guide de pratique.

Les résultats (outcomes) pris en compte sont les suivants :

- Besoins physiques et psychologiques des patients : douleur vécue, fatigue vécue, anxiété, dépression, réduction des réadmissions
- Besoins sociaux des patients : intégration professionnelle des patients, participation des patients aux activités quotidiennes, participation sociale des patients, satisfaction de la vie sexuelle et affective, qualité de vie, satisfaction des patients
- Besoins des professionnels : amélioration de la collaboration entre les professionnels de la santé, réduction de l'épuisement professionnel chez les professionnels de la santé, satisfaction professionnelle, meilleure connaissance des rôles respectifs des professionnels concernés, motivation des professionnels, gestion des conflits entre les professionnels, capacité d'innovation des professionnels.

Les questions cliniques ont été regroupées en 4 tâches :

- A. A. Identification des besoins et des objectifs des personnes vivant avec un cancer
- B. B. Répartition des tâches et des fonctions entre les professionnels de la santé concernés

- C. C. Les tâches de coordination nécessaires pour répondre aux besoins des personnes vivant avec un cancer
- D. D. Donner accès aux informations, tant au patient qu'aux professionnels de santé impliqués dans l'accompagnement des personnes vivant avec un cancer

Les recommandations qui répondent à cette question clinique sont regroupées par tâche. Plusieurs recommandations sont applicables à plusieurs tâches. Par souci de lisibilité, les explications et l'argumentaire ne sont discutés que pour la première tâche de cette question clinique.

Tâche 5A. Identification des besoins et des objectifs des personnes vivant avec un cancer

Recommandations

- 1. Organisez des réunions interdisciplinaires afin de fixer des objectifs communs (GPP).**
- 2. Privilégiez l'organisation de téléconsultations réunissant plusieurs professionnels et le patient (GPP).**

Explications

Actuellement, les Consultations Oncologiques Multidisciplinaires (COM) permettent l'institutionnalisation des réunions interdisciplinaires au sein des hôpitaux. Toutefois, ces réunions se concentrent principalement sur les aspects biomédicaux et non sur les aspects psychosociaux. La création d'un autre type de MOC – plus biopsychosocial – qui ne se concentre pas sur le diagnostic du cancer, mais sur le suivi des personnes ayant survécu un cancer, pourrait être une solution.

La téléconsultation (TC) menée par plusieurs professionnels avec le patient permet de prendre en compte ses besoins et préférences dans la définition des objectifs. Elle augmente la compréhension du travail de chacun et développe une confiance mutuelle et un dialogue plus riche entre les professionnels. Cette téléconsultation dite multipartite permet, notamment aux médecins généralistes, d'acquérir de l'expérience dans le partage des responsabilités à travers les différentes phases des soins et favorise la réactivité. Elle permet d'accroître la réactivité, mais demande une confiance mutuelle entre médecin généraliste et spécialiste. Deux formats existent : la TC d'urgence, généralement par téléphone, et la TC planifiée, qui permet de définir des objectifs communs.

Voir le paragraphe « conditions de mise en œuvre » pour les modalités pratiques de ces téléconsultations multipartites. L'accessibilité aux services numériques et le temps nécessaire pour organiser ces téléconsultations pour chaque patient restent une limite actuellement.

Argumentaire

Ces recommandations reposent sur une revue de la littérature ayant principalement identifié des études qualitatives ou des recherches-actions. Un focusgroup d'experts a permis de formuler et d'adapter les recommandations au contexte belge des soins de santé. Ces recommandations ont été validées à travers une procédure de consensus Delphi. Les modalités identifiées par la littérature et adaptées par le focusgroup sont les suivantes :

- Les réunions interdisciplinaires (121, 122)

- La téléconsultation (123, 124)

Recommandation 1 : Organisez des réunions interdisciplinaires afin de fixer des objectifs communs (GPP).

Les considérations suivantes ont joué un rôle dans la formulation du GPP :

- **Rapport bénéfices-risques** : le risque principal est une violation du secret professionnel en dehors de la consultation. Ce risque est considéré comme limité, en particulier comparé à l'ampleur des avantages. L'avantage net est considérable, car les réunions interdisciplinaires permettent de fixer des objectifs (de soins) communs. Cela permet également de centrer davantage les soins sur le patient.
- **Valeurs et préférences** : la définition des objectifs de soins contribue à rendre les soins plus accessibles aux patients et plus opérationnels pour les professionnels. Cependant, cela se produit rarement durant les COM, qui demeurent principalement centrées sur les objectifs au sein de l'hôpital, sans aborder les aspects psychosociaux ni ceux liés à la vie quotidienne avant le retour à domicile.
- **Ressources** : la COM est déjà financée mais cette compensation financière doit être élargie à tous les professionnels de la santé concernés : une meilleure rémunération des professionnels se réunissant autour d'un cas patient, avec une indemnisation systématique accessible à un plus grand nombre de soignants et de professionnels de la santé.
- **Équité** : tous les patients oncologiques peuvent bénéficier d'une COM, dans des conditions garantissant son accessibilité.
- **Acceptabilité** : ces pratiques peuvent augmenter la satisfaction des patients et des professionnels. Le défi consistera à trouver le temps nécessaire pour les organiser.
- **Faisabilité** : seulement en visioconférence pour les médecins généralistes. Les invitations aux COM de la part des hôpitaux sont encore trop rares. Une téléconsultation pour chaque patient semble difficile à mettre en place en raison des contraintes de temps des professionnels.

Recommandation 2 : Privilégiez l'organisation de téléconsultations réunissant plusieurs professionnels et le patient (GPP).

Les considérations suivantes ont joué un rôle dans la formulation du GPP :

- **Rapport bénéfices-risques** : la téléconsultation permet de fixer rapidement des objectifs communs étant donné le petit nombre d'acteurs et l'implication du patient. Le respect du secret médical est assuré grâce à l'implication du patient.
- **Valeurs et préférences** : permet la personnalisation des objectifs (adaptés à chaque patient).
- **Ressources** : besoin de bloquer les plages horaires nécessaires à ce type de consultation (accord sur des plages horaires communes entre professionnels de 1^{ère} et 2^{ème} ligne). La téléconsultation doit être sécurisée. Une tarification correcte est nécessaire.
- **Équité ('equity')** : l'utilisation de la téléconsultation nécessite une sélection rigoureuse des participants pouvant en bénéficier. Il faut tenir compte des inégalités sociales de santé

(familiarité avec les outils numériques, difficultés financières, problèmes d'audition ou de vue, etc.)

- **Acceptabilité** : l'organisation régulière des réunions, ainsi que la possibilité d'y participer en visioconférence de manière simple et sécurisée, sont bien acceptées par la plupart des acteurs, à l'exception de ceux qui restent réticents à la technologie et au partage de données informatisées.
- **Faisabilité** : Les visioconférences sont plus accessibles en termes d'investissement en temps. Les outils existent déjà et leur utilisation est assez simple. Certains acteurs auront besoin d'une formation (continue) à cet égard. La téléconsultation peut être réalisée depuis le cabinet du médecin généraliste, avec le patient présent, tout en permettant une communication à distance avec l'équipe d'oncologie et/ou les autres professionnels impliqués. De cette manière, on évite les problèmes liés à l'utilisation de l'outil par le patient.

Tâches 5B. Répartition des tâches et des fonctions entre les professionnels de la santé concernés

Recommandations

- 1. Élaborez un plan de soins de suite. Ce plan permet la répartition des tâches et des fonctions à condition qu'il soit multidisciplinaire et rédigé dans un langage accessible de tous (GPP).**
- 2. Utilisez le dossier médical informatisé partagé ou des messageries électroniques pour répartir les tâches et fonctions (GPP).**
- 3. Privilégiez l'organisation de téléconsultations réunissant plusieurs professionnels et le patient (GPP).**

Explications

Le plan de soins de suite doit être harmonisé entre les différentes institutions. Ce plan doit comprendre :

- Un résumé complet des soins, les guides de pratique clinique (y compris les responsabilités des différents acteurs),
- Les détails sur les services hospitaliers supplémentaires reçus, informations sur les problèmes courants liés au type de cancer et recommandations sur les comportements favorisant un mode de vie sain.
- Ressources permettant de promouvoir l'autonomie ainsi que des informations sur les services communautaires disponibles.

Chaque contexte devrait inclure les grands thèmes communs à tous les types de cancer (reprise du travail, santé sexuelle, acceptation corporelle, acceptation des traitements...). Cela facilite l'utilisation du plan par toutes les parties concernées. Le plan de soins de suite peut être interactif : les tâches peuvent être marquées comme achevées, les résultats et les informations peuvent être téléchargés et partagés, les patients et professionnels peuvent ajouter des mesures, des notes et partager des documents.

Aujourd'hui, les réseaux de santé (hubs et méta-hubs) organisent le partage des documents de santé informatisés selon une matrice d'accès qui catégorise chaque type d'information en fonction de chaque profession (toutes les professions de l'aide et des soins n'étant pas reprises). Il existe déjà des « portails patients » et d'autres applications facilitant le partage d'informations, mais aucun outil informatique pleinement mature n'est encore disponible pour cette fonction.

La TC avec le patient permet d'impliquer le patient dans le suivi de son problème de santé. Elle augmente la compréhension du travail de chacun et développe une confiance mutuelle et un

dialogue plus riche entre les professionnels. Elle permet de faire l'expérience d'un partage de responsabilités au cours des différentes phases des soins, notamment pour les médecins généralistes et accroît la réactivité. Elle demande cependant une confiance mutuelle entre médecins généralistes et spécialistes. Deux formats existent : la TC d'urgence, généralement par téléphone, et la TC planifiée, qui permet de définir des objectifs communs.

Argumentaire

Ces recommandations reposent sur une revue de la littérature ayant principalement identifié des études qualitatives ou des recherches-actions. Les modalités identifiées par la littérature et adaptées par le focusgroup sont les suivantes : le plan de soins de suite, le dossier informatisé et la téléconsultation. Un focusgroup d'experts a permis de formuler et d'adapter les recommandations au contexte belge des soins de santé. Ces recommandations ont été validées à travers une procédure de consensus Delphi.

Les considérations suivantes ont joué un rôle dans la formulation des recommandations par le groupe d'experts :

Recommandation 1 : Élaborez un plan de soins de suite. Ce plan permet la répartition des tâches et des fonctions à condition qu'il soit multidisciplinaire et rédigé dans un langage accessible de tous (**GPP**).

Les considérations suivantes ont joué un rôle dans la formulation du GPP :

- **Rapport bénéfices-risques** : le plan de soins formalise les décisions et facilite la continuité des soins
- **Valeurs et préférences** : toutes les parties concernées soutiennent cette approche, sauf si le patient s'y oppose formellement (opt-out).
- **Ressources** : l'élaboration de ces plans doit être financée. Des recommandations européennes sont en cours d'élaboration et prévoient également cette obligation. Ce plan de soins de suite devra donc satisfaire aux exigences de qualité.
- **Équité** : si ce plan de soins de suite est recommandé au niveau national, il pourra favoriser une plus grande équité dans le suivi des patients, car cette procédure renforce la responsabilisation.
- **Faisabilité** : dépend des investissements financiers dans ces outils ainsi que de la formation des professionnels

Recommandation 2 : Utilisez le dossier médical informatisé partagé ou des messageries électroniques pour répartir les tâches et fonctions (**GPP**).

Les considérations suivantes ont joué un rôle dans la formulation du GPP :

- **Rapport bénéfices-risques** : l'avantage de cette approche est qu'elle implique plus activement les professionnels et le patient dans la prise en charge de sa maladie.

- **Valeurs et préférences** : la matrice d'accès pourrait être remplacée par un partage anticipé des données de santé avec tous les professionnels ayant un lien thérapeutique avec le patient, sauf si le patient s'y oppose formellement (opt-out). Toutefois cette méthode ne prend pas en compte le fait que certains patients, par manque d'information, ne mesurent pas toujours les implications. Une autre approche consisterait à laisser le patient accorder l'accès à ses données médicales aux praticiens de son choix (opt-in). Cela supposerait une attitude proactive de la part des patients, qui devraient également être bien informés pour prendre des décisions éclairées.
- **Ressources** : le coût de l'informatisation est loin d'être négligeable. Pour l'utilisation optimale du dossier de soins informatisé (DSI), il est essentiel de faciliter le partage des données entre les professionnels en interconnectant tous les logiciels existants en Belgique.
- **Équité** : il faut prévoir une alternative non numérique pour les patients qui n'ont pas accès à ces services.
- **Acceptabilité** : de manière générale, la réticence à l'informatisation diminue, et cette tendance devrait se poursuivre à condition que les avantages soient tangibles et que la sécurité soit garantie. Une information de qualité demeure essentielle pour les patients.
- **Faisabilité** : la formation des professionnels à l'utilisation correcte du dossier de soins informatisé (DSI) est indispensable.

Tâche 5C. Répartition des tâches et des fonctions entre les professionnels de la santé concernés

Recommandation

La coordination de tous les acteurs s'effectue par l'intermédiaire d'un interlocuteur unique et clairement défini, tel que l'infirmière coordinatrice en oncologie ou le gestionnaire de cas (GPP).

Explications

Si un gestionnaire de cas est nécessaire, ses tâches peuvent inclure : la collecte des rapports de suivi réguliers et leur transmission aux différents professionnels, la répartition des tâches afin d'éviter toute confusion des rôles et les conflits, la gestion du flux de travail de chaque partie, l'orientation du patient vers les acteurs adéquats, le développement du réseau et l'acquisition de la confiance de tous afin qu'il ne soit pas ignoré par le personnel de santé et le patient lui-même. Un coordinateur doit veiller à ce que les différents professionnels de la santé communiquent entre eux, et surtout de manière systématique avec le médecin traitant. Il assure des messages cohérents et renforce la confiance entre les différents professionnels.

Argumentaire

Ces recommandations sont basées sur une revue de littérature d'études qualitatives. Les modalités identifiées par la littérature et adaptées par le focusgroup sont les suivantes : le gestionnaire de cas (125-127), la téléconsultation multidisciplinaire (123, 124) et le plan de soins de suite informatisé et interactif (128-132). Un focusgroup d'experts a permis de formuler et d'adapter les recommandations au contexte belge des soins de santé. Ces recommandations ont été validées à travers une procédure de consensus Delphi.

Les considérations suivantes ont joué un rôle dans la formulation du GPP :

- **Rapport bénéfices-risques** : ce rôle garantit une prise en charge coordonnée à l'intersection de chaque discipline.
- **Valeurs et préférences** : le rôle de coordination assure une approche humaine et respectueuse envers les professionnels et les patients.
- **Ressources** : il est probablement nécessaire d'augmenter le nombre d'infirmières coordinatrices en oncologie.
- **Équité** : ce rôle, assumé par une infirmière, garantit une approche humaine.
- **Acceptabilité** : le suivi réalisé par le coordinateur dépend du spécialiste, qui définit ce que le coordinateur est autorisé ou non à faire.

- **Faisabilité** : il semble exister une différence entre le rôle théorique du coordinateur et la pratique actuelle en Belgique. L'amélioration de la formation et des missions des coordinateurs en oncologie apparaît comme une nécessité.

Tâche 5D. Donner accès aux informations, tant au patient qu'aux professionnels de santé impliqués dans l'accompagnement des personnes vivant avec un cancer

Recommandation

Informez les patients à la fois oralement et par écrit (GPP).

Explications

Les informations orales peuvent être fournies lors de réunions interdisciplinaires, par téléconsultation ou par téléphone. Les informations écrites peuvent être fournies par e-mail, via le dossier informatisé, le dossier de liaison ou le plan de soins de suite. Le DSI permet une mise à jour rapide et précise du protocole. Le plan de soins de suite permet à toutes les lignes de soins de suivre le patient et synthétise les informations importantes. Le téléphone et la messagerie électronique permettent de transmettre directement les informations aux personnes concernées. La téléconsultation facilite l'accès aux informations sur l'environnement et le contexte psychosocial du patient, et dans une moindre mesure les informations biomédicales. Celles-ci requièrent des outils spécialisés, tels que les dossiers informatisés.

Argumentaire

Ces recommandations reposent sur une revue de littérature ayant principalement identifié des études qualitatives ou des recherches-actions. Les modalités identifiées par la littérature et priorisées par le panel d'experts sont les suivantes : la réunion interdisciplinaire (121, 122), la téléconsultation ou le contact téléphonique (123, 124), la messagerie électronique, le dossier informatisé (133), le dossier de liaison, et le plan de soins de suite (128-132). Un focusgroup d'experts a permis de formuler et d'adapter les recommandations au contexte belge des soins de santé. Ces recommandations ont été validées à travers une procédure de consensus Delphi.

Les considérations suivantes ont joué un rôle dans la formulation du GPP :

- **Rapport bénéfices-risques** : évite les malentendus pour le patient et permet de l'alerter.
- **Valeurs et préférences** : on veille, en collaboration avec le patient, à ce que certaines informations puissent être partagées avec l'ensemble des acteurs présents lors de la réunion de suivi.
- **Équité** : plus d'informations sont fournies à mesure que l'accès aux données est systématisé. Nécessité d'un langage adapté aux différents interlocuteurs.
- **Acceptabilité** : les dossiers de liaison doivent être aussi utilisés par les soignants de la 2ème ligne.

- **Faisabilité** : les lignes de soins doivent pouvoir échanger rapidement les informations de santé, y compris les rapports médicaux.

Critères d'évaluation et mise en œuvre

Des indicateurs et des critères d'évaluation ont été élaborés afin de garantir la qualité des soins et la mise en œuvre du guide de pratique.

Les indicateurs sont des éléments mesurables qui permettent d'évaluer la qualité des soins prodigués (134).

On distingue généralement trois types d'indicateurs (135):

- Les indicateurs structurels offrent une vision des conditions (organisationnelles) encadrant la prestation des soins.
- Les indicateurs de processus fournissent des informations sur les mesures prises dans le processus de soins pour garantir la qualité.
- Les indicateurs de résultats fournissent des données sur l'impact des processus de soins à l'échelle individuelle.

La description des indicateurs s'est appuyée sur la concertation avec les parties prenantes. Au cours des réunions organisées pendant l'élaboration du guide, des informations implicitement pertinentes ont été recueillies, puis complétées par des données issues de la littérature et des expériences pratiques.

Les critères d'évaluation sont précisés pour chaque question clinique et chaque recommandation dans le tableau ci-dessous.

Un plan spécifique aborde la faisabilité et les conditions de mise en œuvre des recommandations, et suggère des démarches pouvant faciliter la mise en œuvre. Dans un premier temps, nous analysons les stratégies générales de mise en œuvre des interventions cliniques et leur adéquation avec l'application du présent guide. Dans une seconde partie, nous étudions le contexte belge de mise en œuvre pour chaque question clinique, en mettant en lumière les obstacles et les opportunités. La méthodologie adoptée pour l'élaboration du plan de mise en œuvre est présentée dans le document dédié.

Section	Recommandation	Critère d'évaluation
Question clinique 1 : Quelles interventions pharmacologiques sont nécessaires pour la prise en charge des plaintes physiques majeures durant le parcours de revalidation ?		
Douleur	Réalisez une évaluation approfondie de la douleur (type, intensité, impact) afin d'en identifier la cause.	
	Pensez toujours à une récurrence ou à une progression du cancer en présence d'une douleur nouvelle et aiguë.	
	Envisagez chez les personnes vivant avec un cancer les analgésiques adjuvants non opioïdes comme traitement principal de divers syndromes douloureux durant la phase des soins de suite.	Nombre de patients auxquels des analgésiques adjuvants ont été prescrits
	Si des opioïdes sont nécessaires, fixez des objectifs thérapeutiques en concertation avec le patient et les prestataires de soins et utilisez la dose efficace la plus légère durant la période la plus courte possible.	Nombre de patients auxquels des opioïdes ont été prescrits
	Fournissez des informations au patient et à l'aidant informel sur l'utilisation sécuritaire des opioïdes, en abordant les risques (y compris la dépendance et l'addiction psychologique et/ou physique), ainsi que leur stockage et leur élimination en toute sécurité).	
	Discutez clairement avec les patients et les soignants du résultat attendu du traitement par opioïdes (c'est-à-dire l'amélioration de la fonction et/ou de la douleur), des modalités de suivi des résultats, de l'observance et des aspects de sécurité ; documentez ces informations dès le début et tout au long du traitement.	
	Réévaluez régulièrement l'efficacité, l'innocuité et la nécessité des opioïdes.	
	Reconnaissez les problèmes médicaux résultant de l'utilisation chronique d'opioïdes ou de l'utilisation de fortes doses d'opioïdes et assurez une prise en charge appropriée, y compris le traitement, le renvoi ou la réduction de dose.	

	Adressez au spécialiste les personnes vivant avec un cancer pouvant bénéficier d'interventions antalgiques complémentaires (médecine physique et réhabilitation, soins palliatifs, spécialiste de la douleur, urologie, gynécologie, chirurgie orthopédique, gastro-entérologie, etc.). Orientez le patient le plus tôt possible au cours du traitement.	
Fatigue	Dépistez la fatigue chez toutes les personnes ayant survécu un cancer afin d'identifier celles qui souffrent de fatigue modérée à sévère et de leur offrir un traitement rapide et efficace.	
Anxiété/dépression	Dépistez l'anxiété, la dépression et le stress chez toutes les personnes vivant avec un cancer, en particulier lors des transitions de la maladie, face à des situations de perte importante, des événements de vie majeurs, ou en cas d'isolement social.	
	Utilisez les inhibiteurs sélectifs de la sérotonine (ISRS) et les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSN) chez les patients souffrant de dépression modérée à sévère, d'anxiété généralisée ou de trouble de stress post-traumatique (TSPT).	
	Orientez les patients pour une évaluation et un traitement psychiatriques en cas de suspicion d'un diagnostic psychiatrique grave, notamment la manie ou la psychose, surtout chez ceux ayant des antécédents psychiatriques significatifs et présentant un risque sécuritaire modéré à élevé.	
	Orientez le patient vers les soins de santé mentale si l'effet du traitement en soins primaires est insuffisant.	

Question clinique 2 : Quelles interventions de revalidation physique (thérapie manuelle, thérapie psychomotrice, thérapie par l'exercice, etc.) sont indiquées pour les patients oncologiques à travers les différentes phases des soins de suite ?		
Douleur	Envisagez la thérapie par l'exercice dans le traitement de la douleur chez les personnes ayant survécu un cancer en phase de soins de suite.	Existence d'offres éducatives et de soutien pour patients, au cabinet et/ou dans leur environnement
Fatigue, anxiété, dépression	Conseillez aux personnes ayant survécu un cancer de pratiquer une activité physique régulière en phase de soins de suite pour réduire la fatigue, l'anxiété et la dépression	
Fatigue, anxiété, dépression, QVLS	Envisagez de recommander une combinaison d'exercices aérobies et en résistance d'intensité modérée 2 à 3 fois par semaine pendant au moins 12 semaines pour réduire la fatigue, l'anxiété et la dépression et améliorer la QVLS chez les personnes ayant survécu un cancer.	
QVLS	Conseillez et orientez le patient vers des programmes d'entraînement supervisés pour améliorer la QVLS.	Offre de programmes supervisés à proximité du cabinet
Question clinique 3 : Quels conseils d'hygiène de vie (exercices, alimentation, sommeil, consommation limitée d'alcool, absence de tabagisme) sont indiqués pour les patients oncologiques aux différentes phases des soins de suite ?		
Proposez aux personnes vivant avec un cancer une éducation à l'auto-prise en charge et un soutien à un mode de vie sain (incluant des exercices quotidiens, une alimentation équilibrée et l'arrêt du tabagisme) afin d'améliorer la qualité de vie liée à la santé et les résultats physiologiques et de réduire le risque de récurrence.		Offre d'un soutien numérique en complément d'un accompagnement personnalisé
Conseillez aux personnes vivant avec un cancer de pratiquer régulièrement une activité physique		
Question clinique 4 : Quelles interventions de soutien psychosocial, d'autosoins et d'auto-prise en charge, de gestion du stress, de réduction de l'anxiété... sont indiquées pour les patients oncologiques aux différentes phases des soins de suite ?		
Douleur, fatigue, anxiété, dépression	Envisagez d'orienter la personne ayant survécu un cancer vers un soutien psychosocial ou une thérapie intégrative afin de réduire la douleur, la fatigue, l'anxiété et la dépression.	Nombre de personnes orientées vers un soutien psychologique par an.

Question clinique 5 : De quelle manière la collaboration doit-elle se dérouler et quels accords devraient être conclus entre les différents professionnels de la santé impliqués dans la revalidation des patients oncologiques, afin d'améliorer les résultats du parcours de revalidation ?		
Identification des besoins et objectifs	Organisez des réunions interdisciplinaires afin de fixer des objectifs communs.	Participation annuelle à des réunions interdisciplinaires.
	Organisez de préférence une téléconsultation avec plusieurs professionnels et le patient.	
Répartition des tâches et fonctions	Élaborez un plan de soins de suite. Ce plan permet la répartition des tâches et des fonctions à condition qu'il soit élaboré de manière multidisciplinaire et rédigé dans un langage accessible à tous	Nombre de personnes ayant survécu un cancer en médecine générale pour lesquelles un plan de soins de suite a été mis en place
	Utilisez le dossier médical informatisé partagé ou des messageries électroniques	
Tâches de coordination	La coordination de tous les acteurs s'effectue par l'intermédiaire d'un interlocuteur unique et clairement défini, tel que l'infirmière coordinatrice en oncologie ou le gestionnaire de cas.	
Offrir un accès à l'information	Informez les patients à la fois oralement et par écrit.	

Limitations et questions pour l'avenir

Ce guide présente un certain nombre de limitations par rapport à a) l'étendue du sujet (scope), b) à l'exhaustivité des sources.

Limitations par rapport à l'étendue du sujet

Ce guide multidisciplinaire est destiné à être utilisé dans le cadre des soins primaires et s'adresse à un groupe large et diversifié de personnes vivant avec un cancer. Les recommandations formulées sont donc des recommandations générales applicables à ce groupe hétérogène de patients.

Le nombre et la diversité des plaintes et interventions en phase de soins de suite sont considérables. Dans ce guide, nous avons ciblé certaines plaintes courantes ainsi qu'une sélection d'interventions. Ce choix a été fait sur la base d'une enquête et d'un consensus entre les différents membres du GDG. Cela ne signifie en aucun cas que les plaintes et interventions non abordées dans ce guide sont moins importantes, mais simplement qu'elles dépassent le cadre de ce guide.

Une recherche documentaire approfondie a été menée afin d'identifier la littérature portant sur les interventions liées au mode de vie en général. Les interventions spécifiques, comme les conseils diététiques par exemple, n'ont pas fait l'objet de recherches. En effet, d'autres guides existants abordent ces informations. Nous y faisons référence autant que possible.

Pour la question clinique 4, nous nous focalisons sur le soutien psychosocial, tel qu'il est décrit dans les explications, sans traiter les différentes formes de psychothérapie existantes et pertinentes en phase de soins de suite. Rien ne s'oppose à l'intégration de ces éléments dans un prochain guide de pratique.

La deuxième partie de ce guide a permis de définir cinq tâches collaboratives pour lesquels des GPP ont été formulés. Aucune question clinique ne précise les tâches spécifiques à réaliser par un professionnel de la santé donné. Cela relève du processus de mise en œuvre.

Exhaustivité des sources

Le thème des soins de suite des personnes vivant avec un cancer et le rôle des soins primaires sont en pleine évolution.

La recherche documentaire a eu lieu en 2021-2022. Un certain nombre de nouveaux documents pertinents ont été élaborés par la suite, tels que les [ESMO Expert Consensus Statements on Cancer Survivorship](#).

Dans les plans de mise en œuvre de ce guide, ces documents ainsi que de nouveaux, connus des parties prenantes clés, pourront contribuer à l'amélioration de la qualité de l'implémentation.

Mise en œuvre de ce guide

La mise en œuvre des recommandations de ce guide repose sur des stratégies ciblant le niveau individuel (relation entre le professionnel de la santé et le patient), le niveau de la pratique et de l'hôpital, ainsi que le niveau du système de soins de santé. Ces stratégies sont décrites dans le plan de mise en œuvre dédié.

Élaboration

Auteurs

Le groupe d'élaboration (GDG), dont les membres sont auteurs de ce guide, est composé d'un panel d'académiciens, d'experts de fond (cliniques) et méthodologistes spécifiques au domaine et de représentants des patients.

Les membres du GDG sont :

Nom	Discipline	Affiliation	Rôle
An De Groef	Kinésithérapeute	Université d'Anvers et KULeuven	Lecture critique du guide, contribution à l'élaboration des questions 1 et 2
Anne Bellens	Gynécologue oncologique	Gynécologie Anne Bellens - Lokeren	A fourni des conseils à propos des questions 1 et 2
Benjamin Fauquet	Médecin généraliste, méthodologiste	Université Libre de Bruxelles	Soutien et encadrement du groupe de projet 2
Céline Mahieu	Sociologue	Université Libre de Bruxelles	Supervision et élaboration question 2
Fabian Defraïne	Sociologue	Université Libre de Bruxelles	Équipe de recherche, élaboration question 2
Gaetane Stassijns	Médecine physique et réadaptation	Université d'Anvers	A fourni des conseils à propos de la question 1
Nom	Discipline	Affiliation	Rôle
Ingrid Theunissen	Gynécologue oncologique	Clinique du sein, CHIREC-Delta	A fourni des conseils à propos des questions 1 et 2

Johan Thibo (†)	Patient		Contribution individuelle (point de vue patient)
Johan Wens	Médecin généraliste, méthodologiste	Université d'Anvers	Supervision de l'élaboration de l'analyse documentaire de la question 1
Jolien Van Loven	Psychologue	MOCA-UZA	A fourni des conseils à propos des questions 1 et 2
Josefien Van Olmen	Médecin généraliste	Université d'Anvers	Supervision et élaboration des questions 1 et 2, et mise en œuvre
Karolien Van Puyenbroeck	Médecin généraliste	Université d'Anvers	Équipe de recherche, élaboration question 1
Kathy Delabye	Infirmière	Université Catholique de Louvain	Contribution à la question 2 et à la mise en œuvre
Lode Godderis	Médecin du travail	KULeuven	A fourni des conseils à propos des questions 1 et 2
Lore Dams	Kinésithérapeute	Université d'Anvers et KULeuven	A fourni des conseils à propos des questions 1 et 2 et de l'analyse documentaire question 1
Magali Mertens	Patient et coach	Travail et Cancer	Patients et soutien à l'auto-prise en charge
Nadia Neutjens	Patient		Contribution individuelle (point de vue patient)
Nom	Discipline	Affiliation	Rôle
Paul Van Royen	Médecin généraliste, professeur ordinaire de médecine générale, président du département de médecine	Université d'Anvers	Membre de l'équipe centrale, expert en méthodologie

	générale et de santé des populations		
Rita Heeb	Patient		Contribution individuelle (point de vue patient)
Sven De Keersmaecker	Infirmier	MOCA-UZA	Question clinique 1 :

Autres parties impliquées

Parties prenantes (pour les questions cliniques de la partie 1)

Un groupe de parties prenantes a également été constitué. Ce panel a apporté un retour intermédiaire sur les recommandations et a donné des conseils sur leur applicabilité et leur acceptabilité.

Les membres du panel de parties prenantes, leurs rôles et affiliations :

Nom	Fonction/expertise	Affiliation
An Lebacqz	Experte Soins et soutien	Stichting tegen Kanker/Fondation contre le cancer
Carolien Cavents	Infirmière à domicile	Croix Jaune et Blanche
Dimitri Vrancken	Expert en charge physique et du mouvement durant la convalescence	Artevelde Hogeschool
Ellen Daly	Soutien psychosocial aux personnes vivant avec un cancer	Institut Cedric Hèle
Erika Vanhauwaert	Diététicienne	Association professionnelle flamande des diététiciens, UCLL

Nom	Fonction/expertise	Affiliation
Hans Neefs	Chargé de mission	Kom op tegen kanker
Flore Herman	Chargé de projet en oncologie	UZ Gent
Ilse Weeghmans	Professionnalisation participation des patients	Vlaams patiëntenplatform
Luc Van Leemput	Infirmier à domicile	Croix Jaune et Blanche
Marc Peeters	Oncologue	Collège des oncologues
Mieke Van Croonenburg	Groupe de travail national sur la revalidation oncologique	Stichting tegen Kanker/Fondation contre le cancer
Nele Adriaenssens	Kinésithérapeute	Axxon
Patricia De Vriendt	Participation et fonctionnement au cours de la revalidation	UGent
Sigrid Brisack	Soins informels et soutien	Aidants proches
Stijn De Baets	Ergothérapeute	Association d'ergothérapie de Flandre
Stijn Van Holle	Association scientifique des médecins généralistes de Flandre	Domus Medica
Therese Van Durme	Organisation faitière de la première ligne en Wallonie	BeHive
Sarah Van Holder	Diététicienne	Association professionnelle flamande des diététiciens

Focusgroups (pour les questions cliniques de la partie 2)

Étant donné le faible nombre de revues systématiques issues de la recherche documentaire pour la partie 2 de ce guide, une recherche qualitative complémentaire a été menée à l'aide de focusgroups.

Les participants aux focusgroups étaient les suivants :

Nom	Fonction, affiliation
Anne Santi	Pharmacienne, Health and care manager de la société coopérative Multipharma - représentante de l'OPHACO au sein de la Plateforme de

	Première Ligne Wallonne (PPLW) – membre du groupe de travail permanent de suivi des projets INTEGREGO – membre du Comité d'évaluation des pratiques médicales en matière de médicaments (CEM)
Laura Caulier	Infirmière en oncologie, master en santé publique, infirmière hospitalière, service d'onco-hématologie depuis 4 ans, infirmière coordinatrice en oncologie depuis un an et demi, membre du comité d'éthique de l'hôpital Ambroise Paré à Mons.
Lawrence Cuvelier	Médecin généraliste travaillant dans une Maison Médicale, vice-président du GBO et président d'Abrumet, qui gère le réseau de santé bruxellois.
Mickael Bernier	Médecin généraliste exerçant dans un cabinet de groupe avec 3 autres médecins généralistes, trésorier du Centre Universitaire de Médecine Générale (CUMG) et du Département de Médecine Générale (DMG), maître de stage SPF, chargé de cours ULB, membre du Conseil Supérieur de la Santé, vice-président du Centre de Coordination Francophone pour la Formation en Médecine Générale (CCFFMG), membre du comité MedicoMut et d'autres comités à l'INAMI, directeur du BVSM/ABSYM.

Procédure de consensus Delphi

Les recommandations fortes, présentant une nette prépondérance des avantages sur les inconvénients potentiels et ne reposant que sur des preuves indirectes ou absentes, ont été soumises sous forme de propositions à un panel composé du groupe d'auteurs (non impliqués dans leur rédaction) et de parties prenantes, dans le cadre d'une procédure Delphi modifiée en trois tours (décembre 2022, février 2023 et avril 2023). Les propositions qui ont fait l'objet d'un consensus ont donné lieu à la formulation d'un GPP.

Les personnes suivantes ont été invitées à la procédure Delphi :

Nom	Langue	Expertise/discipline
Marc Peeters	NL	Oncologue
Hans Neefs	NL	Kennis en Beleid Kom op Tegen Kanker
Ellen Daly	NL	Coordinatrice psycho-oncologie
Mieke Van Croonenburg	NL	Groupe de travail national sur la revalidation oncologique
Therese Van Durme	NL	Organisation faitière de la première ligne en Wallonie
Stijn Van Holle	NL	Association scientifique des médecins généralistes
Carolien Cavents	NL	Infirmière à domicile
Luc Van Leemput	NL	Infirmier à domicile
Nele Adriaenssens	NL	Kinésithérapeute
Stijn De Baets	NL	Ergothérapeute

Nom	Langue	Expertise/discipline
Ilse Weeghmans	NL	Professionnalisation participation des patients
Dimitri Vrancken	NL	Expert en charge physique et du mouvement durant la convalescence
Patricia De Vriendt	NL	Participation et fonctionnement au cours de la revalidation
Sigrid Brisack	NL	Soins informels et soutien
Johan Wens	NL	Médecin généraliste
Fabian Defraîne	FR	Sociologue
Benjamin Fauquert	FR	Médecin généraliste
An De Groef	NL	Kinésithérapeute
Anne Bellens	NL	Gynécologue oncologique
Nadia Neutjens	NL	Patient
Johan Thibo (†)	NL	Patient
Rita Heeb	NL	Patient
Magali Mertens	FR	Patient et coach
Sven Keersemaeker	NL	Infirmier
Kathy Delabye	FR	Infirmière
Jolien Van Loven	NL	Psychologue
Gaetane Stassijns	NL	Médecin spécialiste en rééducation
Ingrid Theunissen	NL	Gynécologue oncologique
Lode Godderis	NL	Médecin du travail

Participation des patients

Trois personnes du GDG ont assuré la participation des patients. La fondation Kom Op Tegen Kanker a sélectionné les patients et les a informés avant le processus d'élaboration, ainsi qu'à chaque réunion du GDG, sur l'ordre du jour et le contenu. L'objectif visait à assurer une implication totale dans le GDG. Ces patients ont activement contribué aux discussions au sein du GDG. Leur contribution fait donc partie intégrante des recommandations. Cela restera important lors de la mise à jour du guide.

Méthodologie

Ce guide a été en partie élaboré de novo et en partie adaptée. Pour l'adaptation, la méthode Adapte a été suivie (136). Cependant, une recherche simultanée a été menée sur les guidelines existants, les revues systématiques et les méta-analyses.

Deux questions fondamentales constituent le point de départ de ce guide :

1. Quelles sont les interventions biomédicales et psychosociales (thérapeutiques) qui devraient ou ne devraient pas être mises en œuvre afin d'améliorer les résultats du parcours de revalidation des patients oncologiques ? Chez quels patients oncologiques (indications) ces interventions devraient-elles être mises en place ?
2. Comment la collaboration entre les professionnels de la santé impliqués devrait-elle se dérouler, et quels accords devraient être établis afin d'améliorer les résultats du processus de revalidation du patient oncologique ?

Les questions ont été élaborées par deux groupes de recherche, ce qui a conduit à la rédaction de deux rapports méthodologiques : l'un en néerlandais pour la première question primordiale, et l'autre en français pour la deuxième.

Toutes les informations concernant les études sélectionnées, leur description et leur évaluation de qualité sont disponibles dans le rapport méthodologique (disponible sur demande).

Conflits d'intérêts et financement

Les auteurs et les autres personnes impliquées ont déclaré leurs intérêts. Aucun auteur, expert ou partie prenante n'a signalé de conflit d'intérêts, à l'exception des conflits d'intérêts intellectuels dans le domaine de la recherche. Ceux-ci n'ont pas eu d'impact sur le contenu de ce guide de pratique clinique. Ces documents sont disponibles sur demande.

Deux membres du groupe d'élaboration n'ont pas soumis de déclaration d'intérêt : Magali Mertens et Ingrid Theunissen. Elles n'ont pas été incluses dans la liste des auteurs de ce guide. Les membres suivants du panel des parties prenantes n'ont pas non plus soumis de déclaration d'intérêt : Ellen Daly, Flore Herman, Ilse Weeghmans, Sigrid Brisack, Sarah Van Holder, Carolien Cavents, Marc Peeters, Mieke Van Croonenburg, Stijn De Baets et Stijn Van Holle.

Les éventuels conflits d'intérêts ont été discutés au sein du groupe d'élaboration et n'ont pas donné lieu à des conflits sur le fond.

Le groupe d'élaboration a pu travailler en toute indépendance. Ce guide n'a pas été influencé par les opinions ou les intérêts de l'organisme de financement, le Service public fédéral (SPF) Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement.

Validation

Le guide de pratique a été validé par le Cebam le 25 février 2025.

Mise à jour

Pour ce guide de pratique clinique, la littérature a été examinée jusque fin 2022. *Pour plus de détails, nous renvoyons le lecteur au rapport méthodologique (disponible sur demande).*

Ce guide de pratique sera pris en compte pour une mise à jour après cinq ans. Pour la mise à jour, la même stratégie de recherche que celle utilisée pour l'élaboration de ce guide sera appliquée (*voir le rapport méthodologique, disponible sur demande*).

Références

1. <https://www.kanker.be/alles-over-kanker/kanker-cijfers> [
2. https://health.ec.europa.eu/system/files/2022-02/eu_cancer-plan_en_0.pdf [
3. <https://www.allesoverkanker.be/leven-met-kanker/sociale-voorzieningen/revalidatie/oncorevalidatie> [
4. Network NCC. Survivorship (Version 1.2022) 2022 [Available from: https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/survivorship.pdf.
5. Guyatt GH, Oxman AD, Vist GE, Kunz R, et al, for the GRADE Working Group. GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ* 2008;336:924-926.
6. Guyatt GH, Oxman AD, Kunz R, Vist GE, Falck-Ytter Y, Schünemann HJ; GRADE Working Group. What is "quality of evidence" and why is it important to clinicians? *BMJ* 2008;336(7651):995-998.
7. [Criteria for using GRADE 2016](#)
8. Meretoja TJ, Leidenius MHK, Tasmuth T, Sipilä R, Kalso E. Pain at 12 months after surgery for breast cancer. *Jama*. 2014;311(1):90-2.
9. Pachman DR, Barton DL, Swetz KM, Loprinzi CL. Troublesome symptoms in cancer survivors: fatigue, insomnia, neuropathy, and pain. *J Clin Oncol*. 2012;30(30):3687-96.
10. Paice JA, Ferrell B. The management of cancer pain. *CA Cancer J Clin*. 2011;61(3):157-82.
11. Raphael J, Hester J, Ahmedzai S, Barrie J, Farquhar-Smith P, Williams J, et al. Cancer pain: part 2: physical, interventional and complimentary therapies; management in the community; acute, treatment-related and complex cancer pain: a perspective from the British Pain Society endorsed by the UK Association of Palliative Medicine and the Royal College of General Practitioners. *Pain Med*. 2010;11(6):872-96.
12. van den Beuken-van Everdingen MH, de Rijke JM, Kessels AG, Schouten HC, van Kleef M, Patijn J. Prevalence of pain in patients with cancer: a systematic review of the past 40 years. *Ann Oncol*. 2007;18(9):1437-49.
13. Hicks CL, von Baeyer CL, Spafford PA, van Korlaar I, Goodenough B. The Faces Pain Scale-Revised: toward a common metric in pediatric pain measurement. *Pain*. 2001;93(2):173-83.
14. Soetenga D, Frank J, Pellino TA. Assessment of the validity and reliability of the University of Wisconsin Children's Hospital Pain scale for Preverbal and Nonverbal Children. *Pediatr Nurs*. 1999;25(6):670-6.
15. Ware LJ, Epps CD, Herr K, Packard A. Evaluation of the Revised Faces Pain Scale, Verbal Descriptor Scale, Numeric Rating Scale, and Iowa Pain Thermometer in older minority adults. *Pain Manag Nurs*. 2006;7(3):117-25.
16. Cleeland CS, Ryan KM. Pain assessment: global use of the Brief Pain Inventory. *Ann Acad Med Singap*. 1994;23(2):129-38.

17. Cleeland CS, Nakamura Y, Mendoza TR, Edwards KR, Douglas J, Serlin RC. Dimensions of the impact of cancer pain in a four country sample: new information from multidimensional scaling. *Pain*. 1996;67(2-3):267-73.
18. Serlin RC, Mendoza TR, Nakamura Y, Edwards KR, Cleeland CS. When is cancer pain mild, moderate or severe? Grading pain severity by its interference with function. *Pain*. 1995;61(2):277-84.
19. Salz T, Lavery JA, Lipitz-Snyderman AN, Boudreau DM, Moryl N, Gillespie EF, et al. Trends in Opioid Use Among Older Survivors of Colorectal, Lung, and Breast Cancers. *J Clin Oncol*. 2019;37(12):1001-11.
20. Sutradhar R, Lokku A, Barbera L. Cancer survivorship and opioid prescribing rates: A population-based matched cohort study among individuals with and without a history of cancer. *Cancer*. 2017;123(21):4286-93.
21. McNicol E, Horowicz-Mehler N, Fisk RA, Bennett K, Gialeli-Goudas M, Chew PW, et al. Management of opioid side effects in cancer-related and chronic noncancer pain: a systematic review. *J Pain*. 2003;4(5):231-56.
22. Richtlijn WOREL. Aanpak van Chronische pijn in de eerste lijn 2017 [Available from: <https://www.domusmedica.be/sites/default/files/WOREL%20RL%20Aanpak%20van%20Chronische%20pijn%20in%20de%20eerste%20lijn.pdf>].
23. Network NCC. Adult Cancer Pain - Version 2.2023 2023 [Available from: https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/pain.pdf].
24. Hershman DL, Lacchetti C, Dworkin RH, Lavoie Smith EM, Bleeker J, Cavaletti G, et al. Prevention and management of chemotherapy-induced peripheral neuropathy in survivors of adult cancers: American Society of Clinical Oncology clinical practice guideline. *J Clin Oncol*. 2014;32(18):1941-67.
25. Jongen JL, Huijsman ML, Jessurun J, Ogenio K, Schipper D, Verkouteren DR, et al. The evidence for pharmacologic treatment of neuropathic cancer pain: beneficial and adverse effects. *J Pain Symptom Manage*. 2013;46(4):581-90.e1.
26. Bennett MI. Effectiveness of antiepileptic or antidepressant drugs when added to opioids for cancer pain: systematic review. *Palliat Med*. 2011;25(5):553-9.
27. Finnerup NB, Sindrup SH, Jensen TS. The evidence for pharmacological treatment of neuropathic pain. *Pain*. 2010;150(3):573-81.
28. Saarto T, Wiffen PJ. Antidepressants for neuropathic pain: a Cochrane review. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2010;81(12):1372-3.
29. Paulsen O, Klepstad P, Rosland JH, Aass N, Albert E, Fayers P, et al. Efficacy of methylprednisolone on pain, fatigue, and appetite loss in patients with advanced cancer using opioids: a randomized, placebo-controlled, double-blind trial. *J Clin Oncol*. 2014;32(29):3221-8.
30. Smith EM, Pang H, Cirrincione C, Fleishman S, Paskett ED, Ahles T, et al. Effect of duloxetine on pain, function, and quality of life among patients with chemotherapy-induced painful peripheral neuropathy: a randomized clinical trial. *Jama*. 2013;309(13):1359-67.

31. Jiang C, Wang H, Wang Q, et al. Effect of Pregabalin on Radiotherapy-Related Neuropathic Pain in Patients With Head and Neck Cancer: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Clinical Oncology* 2018;36(33):3466-3473. doi:10.1200/JCO.18.00525
32. Henry NL, Unger JM, Schott AF, Fehrenbacher L, Flynn PJ, Prow DM, et al. Randomized, Multicenter, Placebo-Controlled Clinical Trial of Duloxetine Versus Placebo for Aromatase Inhibitor-Associated Arthralgias in Early-Stage Breast Cancer: SWOG S1202. *J Clin Oncol.* 2018;36(4):326-32.
33. Dowell D, Ragan KR, Jones CM, Baldwin GT, Chou R. CDC Clinical Practice Guideline for Prescribing Opioids for Pain - United States, 2022. *MMWR Recomm Rep.* 2022;71(3):1-95.
34. Damen Z K-KF, Keizer D, Luiten WE, Van den Donk M, Van 't Klooster S, Van Walraven A, Veldhoven CMM, Vossenbergt PCTJ. *Pijn* 2018 [Available from: <https://richtlijnen.nhg.org/standaarden/pijn>.
35. Henry DH, Viswanathan HN, Elkin EP, Traina S, Wade S, Cella D. Symptoms and treatment burden associated with cancer treatment: results from a cross-sectional national survey in the U.S. *Support Care Cancer.* 2008;16(7):791-801.
36. Hofman M, Ryan JL, Figueroa-Moseley CD, Jean-Pierre P, Morrow GR. Cancer-related fatigue: the scale of the problem. *Oncologist.* 2007;12 Suppl 1:4-10.
37. Abrahams HJG, Gielissen MFM, Schmits IC, Verhagen C, Rovers MM, Knoop H. Risk factors, prevalence, and course of severe fatigue after breast cancer treatment: a meta-analysis involving 12 327 breast cancer survivors. *Ann Oncol.* 2016;27(6):965-74.
38. Siegel R, DeSantis C, Virgo K, Stein K, Mariotto A, Smith T, et al. Cancer treatment and survivorship statistics, 2012. *CA Cancer J Clin.* 2012;62(4):220-41.
39. Wang XS, Zhao F, Fisch MJ, O'Mara AM, Cella D, Mendoza TR, et al. Prevalence and characteristics of moderate to severe fatigue: a multicenter study in cancer patients and survivors. *Cancer.* 2014;120(3):425-32.
40. Crom DB, Hinds PS, Gattuso JS, Tyc V, Hudson MM. Creating the basis for a breast health program for female survivors of Hodgkin disease using a participatory research approach. *Oncol Nurs Forum.* 2005;32(6):1131-41.
41. Janda M, Gerstner N, Obermair A, Fuerst A, Wachter S, Dieckmann K, et al. Quality of life changes during conformal radiation therapy for prostate carcinoma. *Cancer.* 2000;89(6):1322-8.
42. Network NCC. Guidelines for Supportive Care [Available from: <https://www.nccn.org/patientresources/patient-resources/guidelines-for-patients>.
43. Mendoza TR, Wang XS, Cleeland CS, Morrissey M, Johnson BA, Wendt JK, et al. The rapid assessment of fatigue severity in cancer patients: use of the Brief Fatigue Inventory. *Cancer.* 1999;85(5):1186-96.
44. Network NCC. Cancer-Related Fatigue - Version 2.2023 2023 [Available from: https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/fatigue.pdf.
45. Herstel na kanker Landelijke richtlijn, Versie: 1.0 2011 [Available from: https://richtlijnendatabase.nl/gerelateerde_documenten/f/4480/IKNL%20richtlijn%20Herstel%20na%20kanker.pdf.

46. Lu D, Andersson TM, Fall K, Hultman CM, Czene K, Valdimarsdóttir U, et al. Clinical Diagnosis of Mental Disorders Immediately Before and After Cancer Diagnosis: A Nationwide Matched Cohort Study in Sweden. *JAMA Oncol.* 2016;2(9):1188–96.
47. Harrison SE, Watson EK, Ward AM, Khan NF, Turner D, Adams E, et al. Primary health and supportive care needs of long-term cancer survivors: a questionnaire survey. *J Clin Oncol.* 2011;29(15):2091–8.
48. 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.* 2007;104(2):381–9.
49. Mehnert A, Koch U, Sundermann C, Dinkel A. Predictors of fear of recurrence in patients one year after cancer rehabilitation: a prospective study. *Acta Oncol.* 2013;52(6):1102–9.
50. Ploos van Amstel FK, van den Berg SW, van Laarhoven HW, Gielissen MF, Prins JB, Ottevanger PB. Distress screening remains important during follow-up after primary breast cancer treatment. *Support Care Cancer.* 2013;21(8):2107–15.
51. Roerink SH, de Ridder M, Prins J, Huijbers A, de Wilt HJ, Marres H, et al. High level of distress in long-term survivors of thyroid carcinoma: results of rapid screening using the distress thermometer. *Acta Oncol.* 2013;52(1):128–37.
52. Ozga M, Aghajanian C, Myers-Virtue S, McDonnell G, Jhanwar S, Hichenberg S, et al. A systematic review of ovarian cancer and fear of recurrence. *Palliat Support Care.* 2015;13(6):1771–80.
53. Bellizzi KM, Miller MF, Arora NK, Rowland JH. Positive and negative life changes experienced by survivors of non-Hodgkin's lymphoma. *Ann Behav Med.* 2007;34(2):188–99.
54. Hoffman KE, McCarthy EP, Recklitis CJ, Ng AK. Psychological distress in long-term survivors of adult-onset cancer: results from a national survey. *Arch Intern Med.* 2009;169(14):1274–81.
55. Mitchell AJ, Ferguson DW, Gill J, Paul J, Symonds P. Depression and anxiety in long-term cancer survivors compared with spouses and healthy controls: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Oncol.* 2013;14(8):721–32.
56. [Available from: <https://www.voeding.ucll.be/kompas-ondervoeding>.
57. Rayner L, Price A, Evans A, Valsraj K, Hotopf M, Higginson IJ. Antidepressants for the treatment of depression in palliative care: systematic review and meta-analysis. *Palliat Med.* 2011;25(1):36–51.
58. Rayner L, Price A, Evans A, Valsraj K, Higginson IJ, Hotopf M. Antidepressants for depression in physically ill people. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010(3):Cd007503.
59. Williams S, Dale J. The effectiveness of treatment for depression/depressive symptoms in adults with cancer: a systematic review. *Br J Cancer.* 2006;94(3):372–90.
60. Fisch MJ, Loehrer PJ, Kristeller J, Passik S, Jung SH, Shen J, et al. Fluoxetine versus placebo in advanced cancer outpatients: a double-blinded trial of the Hoosier Oncology Group. *J Clin Oncol.* 2003;21(10):1937–43.
61. Holland JC, Romano SJ, Heiligenstein JH, Tepner RG, Wilson MG. A controlled trial of fluoxetine and desipramine in depressed women with advanced cancer. *Psychooncology.* 1998;7(4):291–300.

62. Wald TG, Kathol RG, Noyes R, Jr., Carroll BT, Clamon GH. Rapid relief of anxiety in cancer patients with both alprazolam and placebo. *Psychosomatics*. 1993;34(4):324-32.
63. Holland JC, Morrow GR, Schmale A, Derogatis L, Stefanek M, Berenson S, et al. A randomized clinical trial of alprazolam versus progressive muscle relaxation in cancer patients with anxiety and depressive symptoms. *J Clin Oncol*. 1991;9(6):1004-11.
64. Declercq T HH, Van den Aemele H, Callens J, De Lepelaine J, Cloetens H. *Depressie bij volwassenen*. 2016.
65. Firkins J, Hansen L, Driessnack M, Dieckmann N. Quality of life in "chronic" cancer survivors: a meta-analysis. *J Cancer Surviv*. 2020;14(4):504-17.
66. Lavín-Pérez AM, Collado-Mateo D, Mayo X, Humphreys L, Liguori G, James Copeland R, et al. High-intensity exercise to improve cardiorespiratory fitness in cancer patients and survivors: A systematic review and meta-analysis. *Scand J Med Sci Sports*. 2021;31(2):265-94.
67. Schmid D, Leitzmann MF. Cardiorespiratory fitness as predictor of cancer mortality: a systematic review and meta-analysis. *Annals of Oncology*. 2015;26(2):272-8.
68. KNGF-richtlijn Oncologie 2022 [Available from: https://www.kngf.nl/binaries/content/assets/kennisplatform/onbeveiligd/richtlijnen/oncologie/kngf-richtlijn_oncologie_praktijkrichtlijn.pdf].
69. Mishra SI, Scherer RW, Geigle PM, Berlanstein DR, Topaloglu O, Gotay CC, et al. Exercise interventions on health-related quality of life for cancer survivors. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;2012(8):Cd007566.
70. Carvalho AP, Vital FM, Soares BG. Exercise interventions for shoulder dysfunction in patients treated for head and neck cancer. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012(4):Cd008693.
71. Irwin ML, Cartmel B, Gross CP, Ercolano E, Li F, Yao X, et al. Randomized exercise trial of aromatase inhibitor-induced arthralgia in breast cancer survivors. *J Clin Oncol*. 2015;33(10):1104-11.
72. Fernández-Lao C, Cantarero-Villanueva I, Fernández-de-Las-Peñas C, del Moral-Ávila R, Castro-Sánchez AM, Arroyo-Morales M. Effectiveness of a multidimensional physical therapy program on pain, pressure hypersensitivity, and trigger points in breast cancer survivors: a randomized controlled clinical trial. *Clin J Pain*. 2012;28(2):113-21.
73. McNeely ML, Parliament MB, Seikaly H, Jha N, Magee DJ, Haykowsky MJ, et al. Effect of exercise on upper extremity pain and dysfunction in head and neck cancer survivors: a randomized controlled trial. *Cancer*. 2008;113(1):214-22.
74. Lara-Palomo IC, Castro-Sánchez AM, Córdoba-Peláez MM, Albornoz-Cabello M, Ortiz-Comino L. Effect of Myofascial Therapy on Pain and Functionality of the Upper Extremities in Breast Cancer Survivors: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(9).
75. Pinheiro da Silva F, Moreira GM, Zomkowski K, Amaral de Noronha M, Flores Sperandio F. Manual Therapy as Treatment for Chronic Musculoskeletal Pain in Female Breast Cancer Survivors: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Manipulative Physiol Ther*. 2019;42(7):503-13.
76. Mustian KM, Alfano CM, Heckler C, Kleckner AS, Kleckner IR, Leach CR, et al. Comparison of Pharmaceutical, Psychological, and Exercise Treatments for Cancer-Related Fatigue: A Meta-analysis. *JAMA Oncol*. 2017;3(7):961-8.

77. Meneses-Echávez JF, González-Jiménez E, Ramírez-Vélez R. Effects of supervised exercise on cancer-related fatigue in breast cancer survivors: a systematic review and meta-analysis. *BMC Cancer*. 2015;15:77.
78. Mishra SI, Scherer RW, Snyder C, Geigle P, Gotay C. Are exercise programs effective for improving health-related quality of life among cancer survivors? A systematic review and meta-analysis. *Oncol Nurs Forum*. 2014;41(6):E326-42.
79. Brown JC, Huedo-Medina TB, Pescatello LS, Pescatello SM, Ferrer RA, Johnson BT. Efficacy of exercise interventions in modulating cancer-related fatigue among adult cancer survivors: a meta-analysis. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2011;20(1):123-33.
80. McMillan EM, Newhouse IJ. Exercise is an effective treatment modality for reducing cancer-related fatigue and improving physical capacity in cancer patients and survivors: a meta-analysis. *Appl Physiol Nutr Metab*. 2011;36(6):892-903.
81. Speck RM, Courneya KS, Mâsse LC, Duval S, Schmitz KH. An update of controlled physical activity trials in cancer survivors: a systematic review and meta-analysis. *J Cancer Surviv*. 2010;4(2):87-100.
82. McNeely ML, Campbell KL, Rowe BH, Klassen TP, Mackey JR, Courneya KS. Effects of exercise on breast cancer patients and survivors: a systematic review and meta-analysis. *Cmaj*. 2006;175(1):34-41.
83. Hunter EG, Gibson RW, Arbesman M, D'Amico M. Systematic Review of Occupational Therapy and Adult Cancer Rehabilitation: Part 1. Impact of Physical Activity and Symptom Management Interventions. *Am J Occup Ther*. 2017;71(2):7102100030p1-p11.
84. McNeely ML, Courneya KS. Exercise programs for cancer-related fatigue: evidence and clinical guidelines. *J Natl Compr Canc Netw*. 2010;8(8):945-53.
85. Kampshoff CS, Chinapaw MJ, Brug J, Twisk JW, Schep G, Nijziel MR, et al. Randomized controlled trial of the effects of high intensity and low-to-moderate intensity exercise on physical fitness and fatigue in cancer survivors: results of the Resistance and Endurance exercise After ChemoTherapy (REACT) study. *BMC Med*. 2015;13:275.
86. Larkey LK, Roe DJ, Weihs KL, Jahnke R, Lopez AM, Rogers CE, et al. Randomized controlled trial of Qigong/Tai Chi Easy on cancer-related fatigue in breast cancer survivors. *Ann Behav Med*. 2015;49(2):165-76.
87. Courneya KS, Mackey JR, Bell GJ, Jones LW, Field CJ, Fairey AS. Randomized controlled trial of exercise training in postmenopausal breast cancer survivors: cardiopulmonary and quality of life outcomes. *J Clin Oncol*. 2003;21(9):1660-8.
88. Baruth M, Wilcox S, Der Ananian C, Heiney S. Effects of Home-Based Walking on Quality of Life and Fatigue Outcomes in Early Stage Breast Cancer Survivors: A 12-Week Pilot Study. *J Phys Act Health*. 2015;12 Suppl 1:S110-8.
89. Lahart IM, Metsios GS, Nevill AM, Carmichael AR. Physical activity for women with breast cancer after adjuvant therapy. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018;1(1):Cd011292.
90. Patsou ED, Alexias GD, Anagnostopoulos FG, Karamouzis MV. Effects of physical activity on depressive symptoms during breast cancer survivorship: a meta-analysis of randomised control trials. *ESMO Open*. 2017;2(5):e000271.

91. Zhu G, Zhang X, Wang Y, Xiong H, Zhao Y, Sun F. Effects of exercise intervention in breast cancer survivors: a meta-analysis of 33 randomized controlled trials. *Onco Targets Ther.* 2016;9:2153-68.
92. Gao R, Yu T, Liu L, Bi J, Zhao H, Tao Y, et al. Exercise intervention for post-treatment colorectal cancer survivors: a systematic review and meta-analysis. *J Cancer Surviv.* 2020;14(6):878-93.
93. CAMPBELL KL, WINTERS-STONE KM, WISKEMANN J, MAY AM, SCHWARTZ AL, COURNEYA KS, et al. Exercise Guidelines for Cancer Survivors: Consensus Statement from International Multidisciplinary Roundtable. *Medicine & Science in Sports & Exercise.* 2019;51(11):2375-90.
94. Juvet LK, Thune I, Elvsaaas I, Fors EA, Lundgren S, Bertheussen G, et al. The effect of exercise on fatigue and physical functioning in breast cancer patients during and after treatment and at 6 months follow-up: A meta-analysis. *Breast.* 2017;33:166-77.
95. Tomlinson D, Diorio C, Beyene J, Sung L. Effect of exercise on cancer-related fatigue: a meta-analysis. *Am J Phys Med Rehabil.* 2014;93(8):675-86.
96. JK VANV, Sweegers MG, Peeters PHM, Courneya KS, Newton RU, Aaronson NK, et al. Moderators of Exercise Effects on Cancer-related Fatigue: A Meta-analysis of Individual Patient Data. *Med Sci Sports Exerc.* 2020;52(2):303-14.
97. Cramp F, Byron-Daniel J. Exercise for the management of cancer-related fatigue in adults. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;11(11):Cd006145.
98. Sweegers MG, Altenburg TM, Chinapaw MJ, Kalter J, Verdonck-de Leeuw IM, Courneya KS, et al. Which exercise prescriptions improve quality of life and physical function in patients with cancer during and following treatment? A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Br J Sports Med.* 2018;52(8):505-13.
99. Buffart LM, Kalter J, Sweegers MG, Courneya KS, Newton RU, Aaronson NK, et al. Effects and moderators of exercise on quality of life and physical function in patients with cancer: An individual patient data meta-analysis of 34 RCTs. *Cancer Treat Rev.* 2017;52:91-104.
100. Huber M, Knottnerus JA, Green L, van der Horst H, Jadad AR, Kromhout D, et al. How should we define health? *Bmj.* 2011;343:d4163.
101. Huber M. Naar een nieuw begrip van gezondheid: Pijlers voor Positieve Gezondheid. *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen.* 2013;91(3):133-4.
102. Arends J, Bachmann P, Baracos V, Barthelemy N, Bertz H, Bozzetti F, et al. ESPEN guidelines on nutrition in cancer patients. *Clinical Nutrition.* 2017;36(1):11-48.
103. Muscaritoli M, Arends J, Bachmann P, Baracos V, Barthelemy N, Bertz H, et al. ESPEN practical guideline: Clinical Nutrition in cancer. *Clinical Nutrition.* 2021;40(5):2898-913.
104. Smits A, Lopes A, Das N, Bekkers R, Massuger L, Galaal K. The effect of lifestyle interventions on the quality of life of gynaecological cancer survivors: A systematic review and meta-analysis. *Gynecol Oncol.* 2015;139(3):546-52.
105. Johannsen M, Farver I, Beck N, Zachariae R. The efficacy of psychosocial intervention for pain in breast cancer patients and survivors: a systematic review and meta-analysis. *Breast Cancer Res Treat.* 2013;138(3):675-90.

106. Sheinfeld Gorin S, Krebs P, Badr H, Janke EA, Jim HS, Spring B, et al. Meta-analysis of psychosocial interventions to reduce pain in patients with cancer. *J Clin Oncol.* 2012;30(5):539-47.
107. Kwekkeboom KL, Cherwin CH, Lee JW, Wanta B. Mind-body treatments for the pain-fatigue-sleep disturbance symptom cluster in persons with cancer. *J Pain Symptom Manage.* 2010;39(1):126-38.
108. Jacobsen PB, Donovan KA, Vadaparampil ST, Small BJ. Systematic review and meta-analysis of psychological and activity-based interventions for cancer-related fatigue. *Health Psychol.* 2007;26(6):660-7.
109. Mustian KM, Morrow GR, Carroll JK, Figueroa-Moseley CD, Jean-Pierre P, Williams GC. Integrative nonpharmacologic behavioral interventions for the management of cancer-related fatigue. *Oncologist.* 2007;12 Suppl 1:52-67.
110. Bennett S, Pigott A, Beller EM, Haines T, Meredith P, Delaney C. Educational interventions for the management of cancer-related fatigue in adults. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016;11(11):Cd008144.
111. Duijts SF, Faber MM, Oldenburg HS, van Beurden M, Aaronson NK. Effectiveness of behavioral techniques and physical exercise on psychosocial functioning and health-related quality of life in breast cancer patients and survivors--a meta-analysis. *Psychooncology.* 2011;20(2):115-26.
112. Lengacher CA, Reich RR, Paterson CL, Ramesar S, Park JY, Alinat C, et al. Examination of Broad Symptom Improvement Resulting From Mindfulness-Based Stress Reduction in Breast Cancer Survivors: A Randomized Controlled Trial. *J Clin Oncol.* 2016;34(24):2827-34.
113. Greenlee H, Balneaves LG, Carlson LE, Cohen M, Deng G, Hershman D, et al. Clinical practice guidelines on the use of integrative therapies as supportive care in patients treated for breast cancer. *J Natl Cancer Inst Monogr.* 2014;2014(50):346-58.
114. Salhofer I, Will A, Monsef I, Skoetz N. Meditation for adults with haematological malignancies. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016;2(2):Cd011157.
115. Huang HP, He M, Wang HY, Zhou M. A meta-analysis of the benefits of mindfulness-based stress reduction (MBSR) on psychological function among breast cancer (BC) survivors. *Breast Cancer.* 2016;23(4):568-76.
116. Cramer H, Lange S, Klose P, Paul A, Dobos G. Yoga for breast cancer patients and survivors: a systematic review and meta-analysis. *BMC Cancer.* 2012;12:412.
117. Stan DL, Collins NM, Olsen MM, Croghan I, Pruthi S. The evolution of mindfulness-based physical interventions in breast cancer survivors. *Evid Based Complement Alternat Med.* 2012;2012:758641.
118. Bower JE, Crosswell AD, Stanton AL, Crespi CM, Winston D, Arevalo J, et al. Mindfulness meditation for younger breast cancer survivors: a randomized controlled trial. *Cancer.* 2015;121(8):1231-40.
119. Carlson LE, Doll R, Stephen J, Faris P, Tamagawa R, Drysdale E, et al. Randomized controlled trial of Mindfulness-based cancer recovery versus supportive expressive group therapy for distressed survivors of breast cancer. *J Clin Oncol.* 2013;31(25):3119-26.

120. Carlson LE, Tamagawa R, Stephen J, Drysdale E, Zhong L, Specia M. Randomized-controlled trial of mindfulness-based cancer recovery versus supportive expressive group therapy among distressed breast cancer survivors (MINDSET): long-term follow-up results. *Psychooncology*. 2016;25(7):750-9.
121. van der Plas AG, Pasma HRW, Schweitzer B, Onwuteaka-Philipsen BD. Improving palliative care provision in primary care: a pre- and post-survey evaluation among PaTz groups. *Br J Gen Pract*. 2018;68(670):e351-e9.
122. Johansen ML, Ervik B. Talking together in rural palliative care: a qualitative study of interprofessional collaboration in Norway. *BMC Health Serv Res*. 2022;22(1):314.
123. Trabjerg TB, Jensen LH, Søndergaard J, Sisler JJ, Hansen DG. Cross-sectoral video consultations in cancer care: perspectives of cancer patients, oncologists and general practitioners. *Support Care Cancer*. 2021;29(1):107-16.
124. van Gurp J, van Selm M, van Leeuwen E, Vissers K, Hasselaar J. Teleconsultation for integrated palliative care at home: A qualitative study. *Palliat Med*. 2016;30(3):257-69.
125. Walker J, Sharpe M. Depression Care for People with Cancer: a collaborative care intervention. *Gen Hosp Psychiatry*. 2009;31(5):436-41.
126. Walsh J, Harrison JD, Young JM, Butow PN, Solomon MJ, Masya L. What are the current barriers to effective cancer care coordination? A qualitative study. *BMC Health Serv Res*. 2010;10:132.
127. Tolson D, McIntosh J, Loftus L, Cormie P. Developing a managed clinical network in palliative care : a realistic evaluation. *Int J Nurs Stud*. 2007;44(2):183-95.
128. Grunfeld E, Earle CC. The interface between primary and oncology specialty care: treatment through survivorship. *J Natl Cancer Inst Monogr*. 2010;2010(40):25-30.
129. Jefford M, Emery J, Grunfeld E, Martin A, Rodger P, Murray AM, et al. SCORE: Shared care of Colorectal cancer survivors: protocol for a randomised controlled trial. *Trials*. 2017;18(1):506.
130. Donohue S, Haine JE, Li Z, Feldstein DA, Micek M, Trowbridge ER, et al. Cancer Survivorship Care Plan Utilization and Impact on Clinical Decision-Making at Point-of-Care Visits with Primary Care: Results from an Engineering, Primary Care, and Oncology Collaborative for Survivorship Health. *J Cancer Educ*. 2019;34(2):252-8.
131. Wilkinson AN, Boutet CE. Breast Cancer Survivorship Tool: Facilitating breast cancer survivorship care for family physicians and patients. *Can Fam Physician*. 2020;66(5):321-6.
132. Taggart J, Chin M, Liauw W, Goldstein D, Dolezal A, Plahn J, et al. Challenges and solutions to sharing a cancer follow-up e-care plan between a cancer service and general practice. *Public Health Res Pract*. 2021;31(2).
133. Lee SJC, Jetelina KK, Marks E, Shaw E, Oeffinger K, Cohen D, et al. Care coordination for complex cancer survivors in an integrated safety-net system: a study protocol. *BMC Cancer*. 2018;18(1):1204.
134. Lawrence M, Olesen F. Indicators of Quality in Health Care. *European Journal of General Practice*. 1997;3(3):103-8.
135. Donabedian A. Explorations in Quality Assessment and Monitoring: The Definition of Quality and Approaches to its Assessment: Ache Management; 1980.

136. The ADAPTE Collaboration (2009). The ADAPTE Process: Resource Toolkit for Guideline Adaptation. Version 2.0. Available from <http://www.g-i-n.net>.

