



Schweizerische Gesellschaft für Psychoonkologie  
Société Suisse de Psycho-Oncologie  
Società Svizzera di Psico-Oncologia  
Swiss Society of Psycho-Oncology

# Directives

pour la prise en charge psycho-  
oncologique des patient·e·s adultes  
atteint·e·s d'un cancer et de leurs  
proches

## Nouvelle édition de nos directives

Chères lectrices, chers lecteurs,

Nous avons le plaisir de vous présenter l'édition actualisée de nos directives sur la prise en charge psycho-oncologique des adultes et de leurs proches. Depuis sa première édition en 2014, la psycho-oncologie a évolué. De nouveaux enseignements issus de la recherche sont à présent disponibles. En tant que société spécialisée, nous avons porté un regard critique sur les directives suisses et les avons révisées lorsque cela était nécessaire.

Quelles sont les principales nouveautés ?

- Un objectif important de la révision des directives était de mettre à jour leurs références scientifiques. La bibliographie est désormais à jour.
- La présentation graphique du modèle de prise en charge modulable de la page 9 a été complétée et intègre désormais les recommandations spécifiques relatives aux soins. Le graphique propose ainsi une vue d'ensemble orientée vers les recommandations suisses en matière de soins.
- Dans la directive 1, une modification a été apportée pour souligner l'importance d'un modèle de soins intégrés.
- Les recommandations relatives au dépistage et au diagnostic complémentaire (directive 8) ont été enrichies et tiennent davantage compte de la *recommandation relative au soutien psycho-oncologique par des spécialistes et du souhait du patient ou de son refus d'un tel soutien* (directive 8).
- Les recommandations relatives à la qualification des professionnel-le-s ont été adaptées (directive 20).
- La mise en page du document a été adaptée à la nouvelle identité visuelle de la SSPO.

Nous tenons à remercier le groupe de travail interne et externe ainsi que les membres pour leurs précieuses contributions et leur travail engagé dans cette mise à jour. En particulier, nous remercions les collègues expérimentées Astrid Grossert et Birgit Maier, qui ont permis, grâce à leur engagement, de mettre à jour ces directives et d'en améliorer la qualité.

Diana Zwahlen  
Ruedi Schweizer  
Co-présidence de la SSPO

25 février 2024

## Préface de la première édition

L'une des trois priorités fixées dans le cadre du Programme National contre le Cancer II d'Oncosuisse concernait l'élaboration de directives pour la psycho-oncologie. Nous sommes heureux de pouvoir présenter aujourd'hui ces directives, adoptées par la Société Suisse de Psycho-Oncologie (SSPO).

La Stratégie Nationale contre le Cancer a également défini comme prioritaire le thème des directives dans les parcours cliniques du patient/développement de la qualité pour l'ensemble des domaines professionnels. Les présentes directives servent de référence pour les soins psycho-oncologiques en Suisse et complètent les recommandations d'action d'autres groupes professionnels. Ceci concerne en particulier les questions ayant trait aux pratiques d'adressage des patient·e·s aux différents spécialistes et des indications thérapeutiques.

Les directives sont des recommandations d'actions pratiques reposant sur des bases scientifiques qui ont également pour mission de faciliter le processus décisionnel. Elles déterminent les connaissances et les compétences dont le personnel spécialisé doit disposer. Les directives créent des conditions d'encadrement et offrent une base de garantie pour une prise en charge de qualité.

Lors de l'élaboration de ces directives il a été tenu compte de l'évolution et de l'avancée des connaissances ; les divergences de vue ont été clarifiées. Pour les questions restées sans réponse en raison du stade actuel de la recherche, on s'en est remis à l'arbitrage d'un consensus d'experts. Pour les questions de prise en charge individuelle, ce consensus d'experts fait par nature autorité, à l'image de la pratique ayant cours en situation palliative.

Une offre psycho-oncologique bien structurée requiert une bonne interconnexion entre tous les participants à un traitement. La collaboration interdisciplinaire reste une de nos préoccupations majeures. Selon les cas, les psycho-oncologues travaillent en contact direct avec les patient·e·s et leurs proches, mais aussi avec les médecins et les personnels soignants.

Nous espérons que ces directives contribueront à offrir aux patient·e·s oncologiques et à leurs proches des soins de haute qualité.

Martina Hurschler  
Brigitte Baschung  
Sandra Sieber  
Brigitta Wössmer  
Jürg Bernhard

# TABLE DES MATIERES

<b>1.</b>	<b>INTRODUCTION ET CONTEXTE</b>	<b>5</b>
1.1	Définition et objectifs de la psycho-oncologie	5
1.2	Besoin de prise en charge psycho-oncologique	6
1.3	Développement et objectifs des directives	7
1.4	Domaine d'application des directives	7
<b>2.</b>	<b>RECOMMANDATIONS POUR LA PRISE EN CHARGE PSYCHO-ONCOLOGIQUE</b>	<b>9</b>
2.1	Principes de base	10
2.2	Modèle de prise en charge modulable	11
2.3	Prise en charge psycho-oncologique de base	12
	2.3.1 Communication et information	12
	2.3.2 Evaluation des pressions psychosociales	14
2.4	Soutien lors de problèmes pratiques	16
2.5	Approche de troubles psychiques légers	17
2.6	Prise en charge de troubles psychiques sévères	17
	2.6.1 Conseil psycho-oncologique	18
	2.6.2 Thérapie psycho-oncologique	19
<b>3.</b>	<b>THEMES SPECIFIQUES ET DEFIS</b>	<b>20</b>
3.1	Enfants de parents cancéreux	20
3.2	Prévention et conseil génétique	21
3.3	Réadaptation et réinsertion professionnelle	22
3.4	Survivant-e-s à long terme	23
3.5	Soins palliatifs	24
<b>4.</b>	<b>GARANTIE DE QUALITÉ</b>	<b>25</b>
4.1	Principes d'éthique professionnelle	25
4.2	Qualifications professionnelles	25
4.3	Formation continue	25
4.4	Soutien au personnel traitant	26
4.5	Supervision	26
	<b>SOUTIEN DES SOCIÉTÉS PROFESSIONNELLES AUX DIRECTIVES</b>	<b>27</b>
	<b>ANNEXE</b>	<b>28</b>
	<b>RÉFÉRENCES</b>	<b>36</b>

# 1. Introduction et contexte

## 1.1 Définition et objectifs de la psycho-oncologie

Dans les ouvrages spécialisés, on utilise souvent indifféremment les termes « assistance psychosociale », « oncologie psychosociale » et « psycho-oncologie » – il n'existe pas de différences communément reconnues. Dans le présent document, les termes de psycho-oncologie et de prise en charge psycho-oncologique sont employés au sens large.

La psycho-oncologie se définit comme une approche de traitement interdisciplinaire, centrée sur le patient, qui explore les aspects psychosociaux en prévention, diagnostic, traitement et réhabilitation d'une maladie oncologique, et met en application les connaissances ainsi acquises dans la prise en charge et l'accompagnement des personnes concernées et de leurs familles. En tant que discipline autonome, la psycho-oncologie s'occupe d'une part des réactions psychologiques des patient·e·s, de leurs familles et du personnel traitant suscitées par la maladie à ses différents stades et d'autre part des facteurs psychologiques et sociaux qui agissent sur son développement (Holland, 2002).

Les interventions psycho-oncologiques tendent à soutenir le vécu de la maladie au moyen de stratégies adéquates, par le renforcement des ressources, du maintien ou de l'amélioration de la qualité de vie et en détectant et traitant les réactions de stress psychique des patient·e·s, de leur entourage et des membres de l'équipe de soins (Sperner-Unterweger, 2011).

L'offre de prise en charge psycho-oncologique englobe des interventions psycho-sociales et psychothérapeutiques modulables. Vu l'importance des thèmes psychosociaux dans toute prise en charge de patient·e·s oncologiques, de nombreux acteurs autres que les professionnel·le·s de la psycho-oncologie sont également concernés par les sujets psycho-oncologiques (médecine, soins, conseil social, aumônerie, physiothérapie, diététique, art-thérapie et musicothérapie, etc.).

Dans un sens plus restreint, le champ d'activité psycho-oncologique regroupe le conseil et la psychothérapie. La distinction entre le conseil psycho-oncologique et la thérapie psycho-oncologique est cliniquement significative. Elle a été établie en 2007 par la Société Suisse de Psycho-Oncologie (SSPO) et est inscrite au règlement (voir chapitre 4.2).

Le conseil psycho-oncologique comprend le conseil, la psychoéducation, l'accompagnement et le soutien aux malades oncologiques, ainsi qu'à leurs proches, et peut être assuré par des professionnel·le·s des soins, du travail social, de la psychologie, de la médecine ou d'autres domaines. La psychothérapie psycho-oncologique inclut également le psycho-diagnostic, l'intervention en cas de crise et des interventions psychothérapeutiques. Elle est recommandée pour les patient·e·s et les proches souffrant de troubles psychologiques sévères ou de troubles psychiatriques comorbides, et doit être assurée par des psycho-oncologues formé·e·s en psychothérapie.

La prise en charge psycho-oncologique doit être rendue possible dans chaque domaine des soins oncologiques et comprend des spécialistes actifs en ambulatoire et/ou en stationnaire, ainsi que des institutions. (Weis, 2001).

## 1.2 Besoin de prise en charge psycho-oncologique

Après les maladies cardio-vasculaires, le cancer est la deuxième cause de mortalité et fait partie du groupe de maladies responsables du plus grand nombre d'années de vie perdues.<sup>1</sup>

Grâce aux progrès réalisés en matière de dépistage précoce et dans les domaines thérapeutiques, le cancer est passé, dans de nombreux cas, du stade de maladie mortelle à celui de maladie chronique. Il s'ensuit que de plus en plus de personnes en Suisse sont considérées comme « survivant·e-s à long terme », soit qu'elles sont guéries, soit qu'elles ont survécu au cancer depuis de nombreuses années ou décennies, avec peut-être certaines contraintes dues à leur traitement. La prise en charge des problématiques des « survivant·e-s » devient de plus en plus importante en raison des meilleures possibilités de traitement et de leurs effets sur la vie des personnes touchées, également en psycho-oncologie. Parmi les sujets centraux, on peut citer la fatigue liée au cancer (Cancer related Fatigue, CrF) ou la peur de la progression ou de la récurrence (voir directive 17) (Chan et al., 2021 ; Jacobsen et al., 2018 ; Lagergren et al., 2019).

Un diagnostic de cancer représente dans la plupart des cas une crise existentielle majeure, et la maladie ainsi que ses traitements médicaux sont accompagnés de nombreux facteurs de stress physiques, psychologiques, sociaux et spirituels, ces facteurs étant étroitement liés et pouvant se renforcer mutuellement (selon le modèle bio-psycho-social (Engel, 1977)). Outre des troubles corporels et neuropsychologiques, le stress peut entraîner angoisses, dépressions, problèmes relationnels, pressions sociales, financières, professionnelles ou questions existentielles. Ces facteurs de stress peuvent être plus ou moins prononcés. De nombreux·ses patient·e-s oncologiques surmontent ces problèmes seuls ou à l'aide de leur réseau social. Toutefois, on décèle un besoin de traitement ou de conseil psychosocial chez plus de la moitié des personnes concernées au cours de leur maladie (NHMRC, 2003). Selon le diagnostic et le stade de la maladie, on estime que 25 à 30 pour cent des patient·e-s oncologiques souffrent au cours de leur maladie de troubles psychiques nécessitant un traitement, ou de troubles psychosociaux aigus qui affectent notablement leur qualité de vie (Miovic und Block, 2007 ; Singer et al., 2007 ; 2009 ; Mehnert et Koch, 2008 ; Kuhnt et al., 2016 ; Purushotham et al., 2013).

La gamme des troubles psychiques subies par les personnes concernées s'étend le long d'un continuum allant des réactions normales au stress à la comorbidité psychique, dans le sens d'une classification CIM-10 ou DSM-IV (Weis et Boehncke, 2011). Les patient·e-s oncologiques préalablement atteint·e-s d'une comorbidité psychiatrique voient généralement leur capacité à gérer le stress dû au cancer diminuer (Purushotham et al., 2013).

En tête des diagnostics psychiatriques les plus fréquents (selon CIM-10) chez les patient·e-s oncologiques, on compte : troubles de l'adaptation (F43.2), réactions à un stress de forme sévère (F43.0), états de stress post-traumatique (F43.1), troubles anxieux (F41.41) et dépressions (F32-33) (Weis et Boehncke, 2011).

Il est capital de bien distinguer, au niveau du diagnostic différentiel, les réactions considérées comme normales au stress et des dysfonctionnements psychiques. Cependant, réduire l'indication d'une prise en charge psycho-oncologique aux seuls troubles psychiques et aux réactions extrêmes au stress ne

---

<sup>1</sup> Estimation de l'incidence selon les données du Registre du Cancer ([www.nicer.org](http://www.nicer.org))

correspond pas à la réalité clinique. La majorité des personnes concernées souffre de problèmes psychiques subcliniques qui nécessitent, d'un point de vue éthique, une prise en charge thérapeutique adaptée (Bernhard et Sieber, 2011; Holland, 2018).

Eu égard aux nombreuses pressions décrites dont souffrent les patient·e·s oncologiques et aux répercussions que la comorbidité psychique exerce sur leur qualité de leur vie et de leurs proches, l'importance d'une prise en charge psycho-oncologique est indiscutable.

Différentes études et méta-analyses (p.ex. Devine et Westlake, 1995 ; Jacobsen et Jim, 2008 ; IOM, 2008 ; Faller et al., 2016) mettent en évidence l'efficacité d'interventions psycho-oncologiques en matière de réduction du stress et d'amélioration de la qualité de vie en général. On a pu montrer que les patient·e·s bénéficiant d'un traitement psycho-oncologique disposent d'une meilleure adaptation émotionnelle à la maladie, un meilleur niveau de fonctionnement social et résistent mieux aux contraintes provoquées aussi bien par le traitement que par la maladie (voir Reuter, 2010 ; Steel & Carr, 2022).

### **1.3 Développement et objectifs des directives**

Depuis le début des années 90, les initiatives se multiplient au plan international pour élaborer des directives s'appliquant au diagnostic et à la thérapie psycho-oncologiques et d'en faire un usage courant.

Dans le Programme National contre le Cancer 2011-2015 (PNC II) de la Suisse, l'élaboration au plan national des standards et des directives concernant le soutien psycho-social dispensé aux patient·e·s oncologiques et à leurs proches a été inscrite comme l'un des trois objectifs.

Selon cet objectif, tous les habitants de la Suisse atteints de cancer, ainsi que leurs proches, devraient pouvoir bénéficier d'une offre professionnelle adaptée à leurs besoins en matière d'accompagnement psychosocial. Cette revendication a également été enregistrée dans la « Stratégie Nationale contre le Cancer », adressée à l'attention de l'Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP) et de la Conférence des Directeurs et Directrices de la Santé (CDS).

Les directives présentées en 2014 et révisées en 2022/23 se basent non seulement sur des publications professionnelles psycho-oncologiques, mais aussi et sur les recommandations de directives internationales (entre autres CAPO, 2010 ; Department of Health Australia, 2008 ; NHRMC, 2003 ; Programme de directives en oncologie S3 DKG, 2014 ; NCCN 2021) – description complète au tableau 1, Annexe A). On y a par ailleurs intégré les résultats d'études et de méta-analyses portant sur le diagnostic et la thérapie.

### **1.4 Domaine d'application des directives**

Ces directives portent sur l'accompagnement psycho-oncologique (conseil et psychothérapie) des patient·e·s adultes atteint·e·s de cancer, ainsi que de leurs proches et des personnes qui les accompagnent. Elles doivent s'appliquer de manière transversale à tous les diagnostics et à tous les stades de la maladie cancéreuse.

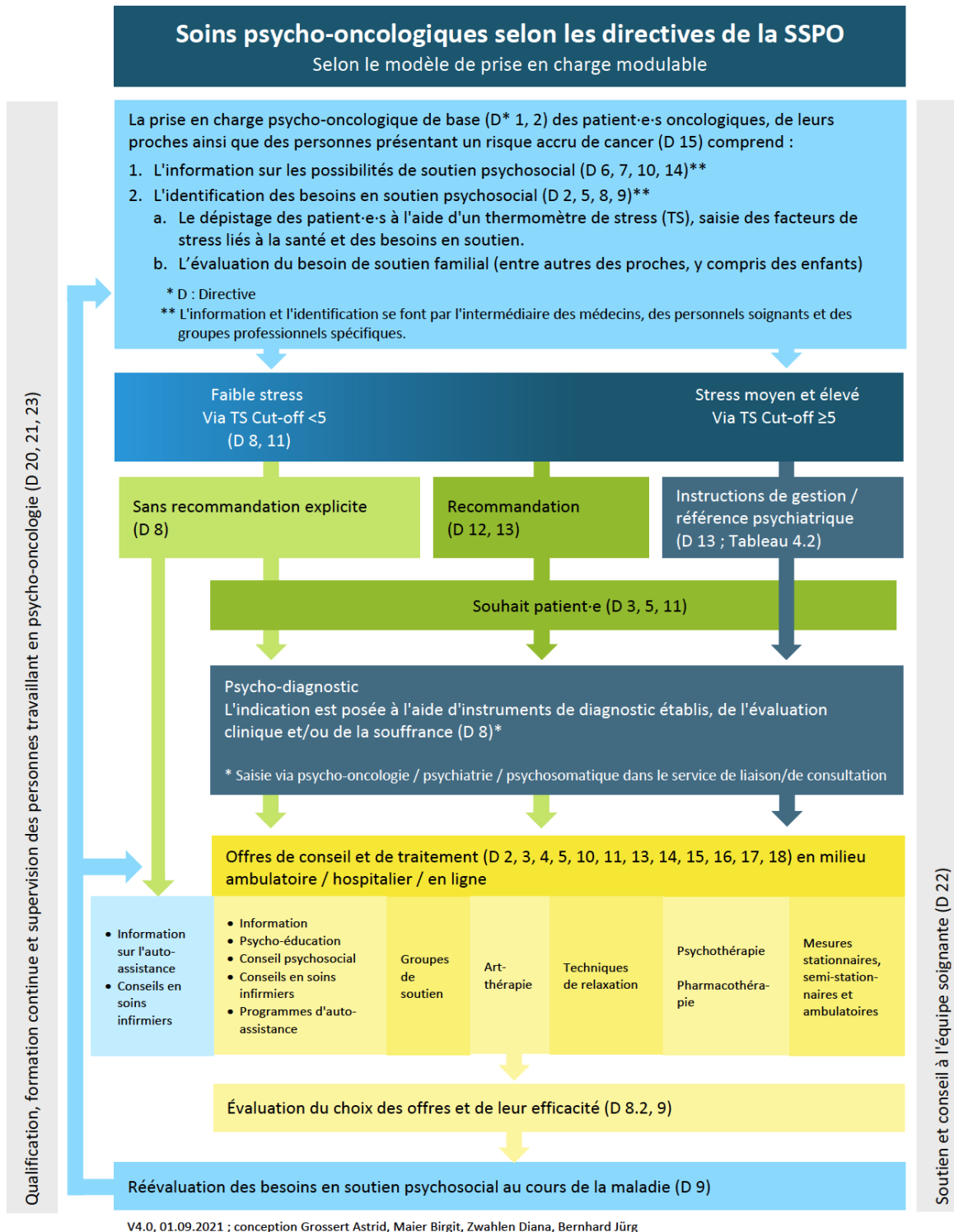
La prise en charge psycho-oncologique d'enfants et d'adolescents atteints de maladies oncologiques repose sur d'autres facteurs essentiels et doit faire l'objet d'une autre approche (Schröder et al., 2006 ; Petersen et Kruihoff, 2006 ; Close et al., 2019 ; Israels et al., 2015 ; Levine et al., 2013). A ce sujet, il faut également se référer aux directives allemandes pour le soutien psychosocial en onco-hématologie pédiatrique de la GPOH (Schröder et al., 2008 ; Schröder et al., 2019) ainsi qu'aux travaux du groupe d'oncologie pédiatrique suisse (SPOG).

Les présentes directives s'adressent avant tout aux professionnel·le·s psycho-oncologiques de médecine, psychologie, soins, travail social, art-thérapie ou musicothérapie, théologie, etc. Les recommandations spécifiques sont en premier lieu destinées aux spécialistes en conseil et psycho-oncologiques et en psychothérapie, en vertu du règlement de la SSPO (voir chapitre 4.2). Elles doivent être considérées comme complément aux standards professionnels et directives existants. Le but de ces directives est de définir les conditions générales d'encadrement d'une offre psycho-oncologique couvrant tout le territoire, et ainsi, la prise en charge minimale que les personnes concernées sont en droit d'attendre. De plus, elles doivent servir de base normative aux processus de certification.



## 2. Recommandations pour la prise en charge psycho-oncologique

Les recommandations pour l'accompagnement psycho-oncologique mettent en avant le principe des soins modulables. La présentation 1 illustre ce principe des soins modulables et intègre les recommandations spécifiques de prise en charge dans un modèle. Les recommandations spécifiques sont référencées dans la présentation (par exemple, D 9, 10 = référence aux directives 9 et 10).



Présentation 1 : Modèle de prise en charge modulable selon la SSPO (A. Grossert, B. Maier, D. Zwahlen, J. Bernhard ; adapté selon Hutchison et al., 2006)

## 2.1 Principes de base

<b>Directive 1</b>	Les offres de prestations psycho-oncologiques doivent faire partie intégrante du concept de thérapie oncologique.
Sources	CAPO, 2010 ; NICE, 2004 ; Weis et al., 2008 ; Grassi, 2020

Les contraintes d'ordre psycho-social que subissent les patient-e-s oncologiques se répercutent considérablement sur leur qualité de vie et influence de façon significative la gestion de leur maladie et leur adhésion thérapeutique (NHMRC, 2003). Le stress psychologique résultant d'un cancer peut non seulement toucher les patient-e-s, mais également leurs proches (Mehnert, 2010 ; Geng et al., 2018 ; Götze et al., 2014 ; van Roij et al., 2021). Les médecins traitants et le personnel soignant peuvent souffrir d'un stress psychique en raison du stress émotionnel potentiel de leur travail (Mehnert, 2010 ; Hunt et al., 2019 ; Arigoni et al., 2009 ; Dijkhoorn et al., 2021). Les offres psycho-oncologiques doivent donc englober la prise en charge qualifiée des patient-e-s et de leur entourage et soutenir l'action des médecins et personnels soignants. Il existe plusieurs recommandations internationales pour un modèle de soins intégrés dans les établissements médicaux (Institute of Medicine, 2008 ; Department of Health, Western Australia, 2008 ; Nationaler Krebsplan des Bundesministeriums für Gesundheit, Allemagne) L'intégration de spécialistes en psycho-oncologie dans les équipes médicales facilite la collaboration entre les professionnel-le-s de la santé, la communication et l'échange d'expertise. Un échange interdisciplinaire régulier doit s'établir et être structuré sous la forme de rapports et de discussions de cas individuels (Weis et al., 2008 ; Pillay et al., 2016) (Voir également la directive 13).

<b>Directive 2</b>	La prise en charge psycho-oncologique est pratiquée sous forme de collaboration multidisciplinaire/interdisciplinaire par tous les groupes professionnels impliqués dans le traitement des patient-e-s oncologiques. Cela inclut notamment les médecins, les infirmier-ère-s, les psychothérapeutes, les art-thérapeutes, les musicothérapeutes, les travailleur-se-s sociaux-les et les aumônier-ère-s, etc.
Sources	Mehnert et al., 2003 ; NICE, 2004 ; Pillay et al., 2016

La prise en charge des patient-e-s est en premier lieu l'affaire de l'équipe médicale de base (médecine, soins). Nous distinguons entre un suivi psycho-oncologique de base, assuré par l'équipe soignante primaire, et un suivi psycho-oncologique spécialisé, assuré par des professionnel-le-s spécifiquement qualifié-e-s en psycho-oncologie - conseiller-ère-s ou psychothérapeutes (voir à ce sujet la directive 5). L'intervention proposée par des professionnel-le-s de la psycho-oncologie ne doit en aucun cas être considérée comme substitut, mais comme complément aux mesures et à l'accompagnement oncologiques. Une étroite collaboration, avec répartition claire des tâches, et une bonne communication entre l'équipe soignante de base et le personnel psycho-oncologique sont donc primordiales et impliquent l'intégration de ce même personnel dans l'équipe des unités de soins concernées (stationnaire, ambulatoire, à domicile) (Voir directive 1).

<b>Directive 3</b>	Les offres de prise en charge psycho-oncologique sont accessibles à tous. Patient-e-s et familles ont libre accès aux offres de soins psycho-oncologiques – quels que soient le diagnostic, les origines, la langue, l'âge, le sexe, le handicap physique, l'orientation sexuelle ou le domicile.
Sources	CAPO, 2010 ; Mehnert et al., 2003 ; Weis et al., 2008 ; Travado et al., 2017

Le besoin en aide professionnelle se fait souvent ressentir très vite à la suite de bouleversements dus à la maladie et/ou à son traitement. Il est donc très important de disposer du plus grand nombre possible d'offres psycho-oncologiques, que ce soit en milieu hospitalier, en ambulatoire ou encore en dehors de l'hôpital/à domicile. Afin d'assurer une répartition des soins sur tout le territoire et permettre aux patient-e-s en milieu rural d'accéder à de telles possibilités, il est important d'intégrer les offres psycho-oncologiques dans les réseaux oncologiques régionaux et les centres spécialisés.

<b>Directive 4</b>	Dans la mesure du possible, la prise en charge psycho-oncologique doit être poursuivie sans interruption pendant toutes les phases du traitement oncologique.
Sources	Reuter, 2010 ; Weis, 2008 ; Pop et al., 2016

A chaque phase de la maladie, la plus grande attention au bien-être psychique des patient-e-s et de leur entourage est requise. Ceci vaut aussi bien en phase de prévention ou de dépistage précoce que pour les proches qui viennent de subir un deuil.

Afin d'assurer la continuité du soutien psycho-oncologique, il est important d'informer les personnes concernées de l'existence d'offres de suivi médical en ambulatoire et en milieu hospitalier. Autant que faire se peut, il est bon que ce soient les mêmes psycho-oncologues qui assurent une prise en charge à caractère constant. Il est alors essentiel que les offres thérapeutiques en stationnaire, ambulatoire, institution et soins à domicile soient coordonnées et qu'une bonne collaboration prévale dans les échanges entre par exemple médecin traitant-e, soins à domicile et psycho-oncologues indépendant-e-s.

## 2.2 Modèle de prise en charge modulable

<b>Directive 5</b>	Les interventions psycho-oncologiques doivent s'adapter aux besoins individuels des patient-e-s et, en cas de besoin, être proposées le plus tôt possible.
Sources	Weis et al. 2008 ; Pirl et al., 2014

L'évolution de la maladie et du traitement, ainsi que les contraintes et les besoins des patient-e-s et de leurs proches sont très individuels.

Il n'est dès lors pas indiqué d'appréhender et de traiter les problèmes psychosociaux de manière uniforme (Stanton, 2005 ; Hutchison et al., 2006 ; Grassi, 2020). Le recours à un modèle de prise en charge modulable est largement reconnu. (Von Korff et Tiemens, 2000). A l'origine, ce genre de modèle a été conçu pour traiter les grands malades chroniques (Von Korff et Tiemens, 2000) et il s'est vu par la suite adapté aux soins psycho-oncologiques (Artherholt et Fann, 2012 ; Hutchison et al., 2006 ; Arning et al., 2019).

Un modèle de prise en charge modulable définit un processus pragmatique et efficient intégrant la variabilité des attentes des patient-e-s pour permettre d'ajuster au mieux les mesures thérapeutiques aux besoins individuels du moment. Ainsi, la prise en charge n'est effectuée de façon plus intensive

que lorsque la situation l'exige. (Kusch et al., 2013 ; Hutchison et al., 2006 ; Arning et al., 2019). Les interventions concrètes sont répertoriées de telle sorte que l'on administre les plus simples aux formes légères de troubles et les plus complexes aux formes sévères, telles que les troubles psychiques (voir présentation 1 et tableau 2 en annexe B). Le succès du traitement dépend considérablement du choix adéquat de l'intervention par rapport au degré de sévérité du trouble. En général, l'impact est nettement plus fort chez les patient·e·s souffrant de troubles sévères que chez ceux souffrant de troubles légers (Linden et Girgis, 2012).

L'approche de soins psycho-oncologiques modulables prévoit donc différents niveaux de prise en charge psycho-oncologique (adapté selon Hutchison et al. 2006, Kusch et al., 2013) :

- Prise en charge de base, information à toutes les personnes concernées sur les offres psycho-oncologiques existantes et évaluation d'office du stress psychosocial (voir chapitre 2.3.2). Ce niveau de prise en charge est assuré en premier lieu par l'équipe médicale principale.
- Offres psycho-oncologiques de soutien aux patient·e·s souffrant de stress psychique léger à modéré, comprenant, selon la nature du stress, différentes interventions telles que psychoéducation ou soutien pratique et financier. Ces offres sont proposées par des spécialistes de la psycho-oncologie et, particulièrement en ambulatoire, par les ligues contre le cancer régionales et cantonales (en étroite collaboration avec les professions assimilées des soins, du travail social, de l'aumônerie ou de la diététique.
- Soins spécialisés aux patient·e·s souffrant de stress psychique modéré à grave et de troubles mentaux, consistant en une thérapie psycho-oncologique spécifique menée par des psychothérapeutes psycho-oncologues ou des psychiatres qualifié·e·s.
- Soins immédiats aux patient·e·s souffrant de stress aigu sévère ou de troubles mentaux sévères, sous forme de thérapie intensive pour problèmes graves et complexes, effectuée par des psychothérapeutes psycho-oncologues ou des psychiatres qualifié·e·s. Des mesures psychothérapeutiques stationnaires peuvent être indiquées dans ce cas.

Outre l'indication basée sur l'évaluation de l'expert·e, le souhait de la patient ou du patient doit également être pris en compte, voir à ce sujet la directive 8.

## 2.3 Prise en charge psycho-oncologique de base

### 2.3.1 Communication et information

<b>Directive 6</b>	On doit accorder une grande importance aux besoins en communication et en information des patient·e·s oncologiques.
Sources	Department of Health Australia, 2008 ; NHMRC, 2003 ; Mazor et al., 2013

La complexité grandissante des thérapies oncologiques et les contraintes vécues par les patient·e·s et leurs familles obligent les médecins et soignants à communiquer davantage, comme par exemple lors des décisions à prendre au sujet des processus thérapeutiques, de soins et de soutien.

La communication entre l'équipe soignante et les patient·e·s et leurs familles est primordiale pour tous. Diverses études montrent que la satisfaction des patient·e·s est fortement corrélée à la qualité perçue de la communication (p.ex. IOM, 2008 ; Hack et al., 2005 ; Fukui et al., 2011 ; Nehls, 2014).

Une communication réussie entre les membres de l'équipe de soins et le·la patient·e oncologique aura pour lui-elle une influence bénéfique sur son adaptation psychosociale et son bien-être, sur le processus décisionnel et l'adhésion au traitement (entre autres respect des rendez-vous et des prises de médicaments) ainsi que sur sa satisfaction quant au traitement (Fallowfield et Jenkins, 2004 ; Maguire, 1999 ; Rai et al., 2018).

En revanche, une communication entre les soignants et les personnes concernées qui ne répond pas aux besoins de ces dernières peut entraîner des problèmes stressants et des conséquences telles que perte de confiance, vexation, non-adhésion, frustration ou colère (Kowalski et al., 2009 ; Chlebowski et al., 2014 ; Russo et al., 2021).

L'équipe oncologique qui assure la prise en charge psycho-oncologique de base du patient devrait par ailleurs l'informer sur les offres de conseil et de thérapie qui sont à sa disposition (Haeck et al., 2012 ; Holland, 2018).

La Ligue Suisse contre le cancer propose un cours de communication pour médecins et personnel soignant dans le domaine de l'oncologie, exigé par la Société Suisse d'Oncologie Médicale (SSOM) pour l'obtention du titre FMH en oncologie. Une telle formation est désormais obligatoire pour l'obtention du titre FMH en oncologie et FMH en hématologie.

A ce sujet, il est recommandé de se reporter au chapitre 3 des directives pratiques cliniques d'Australie pour la prise en charge psychosociale de patient·e·s oncologiques (NHMRC, 2003), qui donne des indications et mesures concrètes et détaillées d'optimisation de communication et de transmission d'informations.

<b>Directive 7</b>	Les patient·e·s et leurs proches doivent être informés à temps (dès le diagnostic) des possibilités de prise en charge psycho-oncologique.
<b>Sources</b>	Department of Health Australia, 2008 ; Mehnert et al., 2003 ; Weis et al. 2008

Le fait d'expliquer avec précision au patient et à ses proches en quoi une réaction de stress émotionnel est normale suite à un diagnostic de cancer et à un traitement, peut grandement réduire les effets stigmatisants du stress psychosocial éprouvé. De plus, ces explications peuvent aider les personnes concernées à reconnaître les signes et les symptômes d'un stress qui nécessitera des soins.

Il faut chercher à savoir si les personnes concernées bénéficient dans leur vie privée de ressources et d'aide sociale. Il faut également vérifier qu'elles connaissent bien l'existence d'autres sources d'aide telles que la ligne InfoCancer, le conseil psycho-oncologique ou les offres des ligues cantonales et régionales, les groupes d'entraide, etc.

### 2.3.2 Evaluation des stress psychosociaux et psychodiagnostic

<b>Directive 8</b>	Les contraintes psychosociales de personnes atteintes d'un cancer doivent être également évaluées au moyen d'un processus standardisé. Un psycho-diagnostic approfondi devrait être réalisé en cas de stress modéré à élevé. Le principe de base demeure le respect des souhaits des patient-e-s.
Sources	CAPO, 2010 ; Department of Health Australia, 2008 ; NCCN, 2020 ; Weis, 2008.

Il est indispensable d'identifier à temps les besoins en soins psycho-oncologiques pour pouvoir solliciter l'aide professionnelle adéquate et éviter une chronicisation des troubles psychiques (Weis et Boehncke, 2011 ; Buchhold et al., 2017).

#### L'évaluation du stress et des besoins psychosociaux correspondants comprend :

- L'identification du stress par dépistage et dialogues centrés sur le-la patient-e
- L'enquête sur la présence de facteurs de risques psychosociaux (voir tableau 3, annexe C)
- L'identification des besoins et du stress des proches

Il est recommandé d'effectuer systématiquement ce que l'on appelle un dépistage du stress pour tou-te-s les patient-e-s oncologiques (Mehnert et al., 2003 ; Weis et al., 2008 ; NCCN, 2019 ; Hermelink et al., 2014). Dans l'idéal, les personnes concernées font part de leurs problèmes et besoins à leur médecin traitant et au personnel soignant. Mais il en va autrement dans la réalité, par manque de temps du personnel, en raison du coût non facturable de ces entretiens et par le fait que les patient-e-s se sentent socialement exclus. Les outils de dépistage se sont donc avérés être un moyen efficace pour identifier les pressions et besoins psychosociaux des personnes concernées (Mitchell, 2011 ; Grassi et al., 2013). Le groupe de travail de psycho-oncologie de la Ligue Allemande contre le Cancer (PSO) a publié une brochure dans laquelle il recommande cinq outils de dépistage du stress (Herschbach et Weis, 2008). Il existe également en provenance du Canada des directives spécifiques concernant l'évaluation des besoins en matière de prestations psychosociales de patient-e-s oncologiques adultes (Howell et al., 2009).

Pour évaluer les besoins individuels, il est recommandé d'utiliser des instruments de mesure internationalement validés tels que le thermomètre de stress (distress thermometer ; NCCN, 2021, validation allemande par Mehnert et al., 2006) ou le questionnaire de Hornheide (Rumpold et al., 2001). Un tel dépistage ne remplace toutefois ni le dialogue, ni l'évaluation clinique.

L'orientation des patient-e-s vers des mesures de soins psycho-oncologiques peut s'effectuer en deux temps, selon une approche s'appuyant sur les groupes à risques. Dans un premier temps, on évalue le degré du stress émotionnel. Par la suite, les personnes atteintes d'un cancer et souffrant de graves troubles émotionnels sont adressées à un-e psychothérapeute ou à un-e psychiatre psycho-oncologique disposant des qualifications nécessaires pour un examen plus approfondi, y compris un psycho-diagnostic et, le cas échéant, une psychothérapie (Kusch et al., 2013 ; Arning et al., 2019). L'évaluation par un-e professionnel-le qualifié-e peut révéler des problèmes spécifiques qui n'avaient

pas été identifiés auparavant, tels que la fatigue liée au cancer, entre autres. (Cancer related Fatigue en anglais), etc.

Il faut souligner que l'aide psycho-oncologique ne doit pas être comprise comme une obligation mais comme une offre. On doit tenir compte du fait que le besoin détecté par le prestataire de soins ne correspond pas forcément à celui ressenti par la personne concernée (Salmon et al., 2015). Les patient·e·s jugé·e·s peu affecté·e·s peuvent exprimer le désir d'une assistance psycho-oncologique, tandis qu'un groupe de patient·e·s présentant un niveau de stress modéré ou élevé peut refuser les offres psycho-oncologiques (Tondorf et al., 2018). Il a été démontré qu'une recommandation de la part de l'oncologue de recourir à un soutien psycho-oncologique est cruciale pour le recours à ce soutien (Frey Nascimento, Tondorf et al., 2019). Une recommandation peut être faite en raison de valeurs de dépistage élevées, mais aussi en raison d'une évaluation clinique divergente des valeurs de dépistage.

En conséquence, les informations sur le stress ressenti et les besoins en soutien de la personne atteinte de cancer doivent être discutées avec elle. Dans la pratique clinique, il peut également y avoir des situations où un besoin de traitement psycho-oncologique est identifié en raison d'un risque de danger pour soi-même ou pour autrui de la part du·de la patient·e, ou par exemple qu'un trouble psychique vienne compliquer le traitement médical. Dans de tels cas, une assistance psycho-oncologique qualifiée doit pouvoir être fournie très rapidement, tant à l'équipe médicale qu'à la personne atteinte de cancer elle-même.

Si le·la patient·e refuse malgré l'indication et la recommandation une assistance psycho-oncologique, l'équipe soignante doit l'accepter (cave : risque pour soi-même et pour autrui). En cas de besoin, une équipe soignante peut demander conseil à un·e psycho-oncologue en arrière-plan pour gérer les situations difficiles.

Il est important de souligner que les patient·e·s qui refusent une aide psycho-oncologique sur le moment le font rarement avec une attitude délibérément négative. Certain·e·s patient·e·s atteint·e·s de cancer sont ambivalent·e·s ou estiment que le moment n'est pas approprié (Tondorf et al., 2018). L'information accessible sur les offres ainsi que l'évaluation répétée du stress psychosocial et du besoin de soutien au cours du traitement sont ici particulièrement importantes dans ces cas.

<b>Directive 9</b>	Les tensions psychosociales et les besoins des personnes concernées doivent être régulièrement réévalués au cours du processus, notamment lors de phases de transition critiques.
<b>Sources</b>	Capo, 2010 ; NCCN, 2021 ; American College of Surgeons, 2012

Les besoins psychosociaux du patient oncologique dépendent du déroulement individuel de la maladie. A certaines phases de la maladie surgissent de nombreuses contraintes et besoins spécifiques (Fitch, 2000 ; Kreitler, 2019). Les phases et moments jugés particulièrement critiques sont ceux se situant entre le doute et le diagnostic, la phase aiguë du traitement, la fin du traitement, le diagnostic de récurrence, la phase de traitement palliatif et la phase de fin de vie (IOM, 2008). Au cours de ces phases transitoires critiques, les patient·e·s et leurs proches se montrent particulièrement vulnérables face au stress émotionnel. Il est donc important de procéder régulièrement à des évaluations du stress

psychosocial et des besoins en accompagnement psycho-oncologique pour pouvoir, le cas échéant, assurer sans délai une prise en charge psycho-oncologique (Howell et al., 2009 ; Andersen et al., 2014).

## 2.4 Soutien lors de problèmes pratiques

<b>Directive 10</b>	Les patient·e·s oncologiques et leurs proches doivent être informé·e·s des possibilités de soutien relatif aux questions pratiques et financières et, en cas de besoin, orientés sur la structure compétente.
Sources	Department of Health Australia, 2008 ; NHMRC, 2003

A partir du diagnostic et pendant toute la durée du traitement, bon nombre de personnes sont assaillies d'incertitudes et de questions d'ordre pratique. Ces questions concernent par exemple les frais de traitement et de voyages, les prothèses et les prises en charge des enfants, les déclarations à l'AI etc. Les problèmes financiers peuvent également être aggravés par des arrêts de travail. De tels problèmes peuvent entraîner des pressions et soucis d'ordre existentiel et avoir une influence très négative sur le bien-être des personnes concernées. (NHMRC, 2003 ; Fenn et al., 2014).

Pour assurer une bonne prise en charge du patient et de son entourage, il est essentiel de discuter ouvertement de ces problèmes ou de les avoir repérés par dépistage pour fournir ensuite toutes les informations sur les soutiens existants. L'accompagnement auprès des administrations compétentes, l'aide lors de la prise de contact et la préparation d'entretiens font partie intégrante de ce soutien.

Pour aider les patient·e·s atteint·e·s d'un cancer ou leurs proches à régler leurs problèmes pratiques, un·e professionnel·le du domaine du travail social et des soins est requis, avec si possible une qualification complémentaire sur le plan psycho-oncologique (voir chapitre 4.2).



## 2.5 Approche des troubles psychiques légers

<b>Directive 11</b>	Tout·e patient·e cancéreux·se et son entourage doit bénéficier, selon le besoin, d'une prise en charge psycho-oncologique.
<b>Sources</b>	Department of Health Australia, 2008 ; Grassi, 2020

Toute émotion intensive, désagréable et stressante telle que l'angoisse, la contrariété ou la colère fait en principe partie de l'ensemble des réactions normales à un événement décisif.

On peut également qualifier ce genre de réactions émotionnelles de « stress prévisible » (NCCN, 2019, Guidelines MS-5) ; il présente les symptômes d'une réaction « normale » suite à un traitement et un diagnostic de cancer, comme par exemple :

- Inquiétude et incertitude au sujet du futur
- Craintes concernant les effets secondaires du traitement
- Profond désarroi en relation avec la perte de sa santé
- Colère et sentiment de perte de contrôle
- Troubles du sommeil, diminution de l'appétit, manque de concentration
- Réflexions sur la maladie et la mort

Dans de nombreux cas, les personnes concernées arrivent d'elles-mêmes à atténuer ces symptômes grâce à leur entourage et à l'équipe oncologique. Il est primordial d'évaluer régulièrement le stress et/ou les ressources disponibles, tout particulièrement pendant les phases de grande incertitude survenant régulièrement tout au long du traitement (voir également chapitre 2.3.2).

Les problèmes nécessitant une prise en charge psycho-oncologique sont très variés (tableau 5, annexe C). De plus, le besoin de prise en charge peut évoluer tout au long du traitement.

## 2.6 Prise en charge de troubles psychiques sévères

Des besoins spécifiques de soutien psycho-oncologique peuvent se faire ressentir en fonction de la phase du traitement et de la maladie (Fitch, 2008 ; Kreitler, 2019). Les interventions et les approches peuvent varier selon le moment. Juste après le diagnostic et en début de traitement, il s'agit souvent du besoin d'interventions psycho-éducatives et axées sur les stratégies de maîtrise. A un stade avancé de la maladie ou bien chez les survivants à long terme, de nombreux·ses patient·e·s profitent surtout d'interventions traitant des problèmes spécifiques tels que dégradation de l'image corporelle ou de la sexualité (Fitch et al., 2008 ; Di Mattei et al., 2021 ; Reese et al., 2018). Dans les phases de grande incertitude, pendant l'attente de résultats par exemple, les techniques de relaxation et de gestion du stress se sont avérées particulièrement efficaces (p.ex. Carlson et Bultz, 2008 ; Ataç, 2021 ; Poletti et al., 2019).

En cas de brusques changements de l'évolution de la maladie, il serait souhaitable de proposer rapidement une prise en charge psycho-oncologique.

En règle générale, on applique un mode d'intervention (psychosociale, psychothérapeutique) adapté à la cause présumée et à l'intensité du trouble psychique (p.ex. Brown et Barlow, 2009, Faller et Lang, 2010 ; Teo et al., 2019).

### 2.6.1 Conseil psycho-oncologique

<b>Directive 12</b>	Les offres de conseil psycho-oncologique doivent assurer une prise en charge psychosociale de qualité pour les patient·e·s, ainsi que leurs proches, confrontés à une situation de stress élevé.
Sources	Weis, 2008 ; Mehnert et al., 2003 ; Kusch et al., 2014 ; Oechsle et al., 2019

Le conseil psycho-oncologique est en premier lieu indiqué pour les patient·e·s oncologiques souffrant de contraintes psychiques et sociales légères à modérées, bien que les patient·e·s présentant un stress et des troubles psychiques cliniquement significatifs puissent également en bénéficier. Alors qu'une intervention de conseil suffira généralement pour le premier groupe de patient·e·s, cette même intervention, pour les patient·e·s souffrant de troubles sévères, ne peut en aucun cas remplacer une thérapie psycho-oncologique indispensable. (Kusch et al, 2013, S. 201).

Le conseil psycho-oncologique répond au besoin de prise en charge allant de la simple transmission d'informations à la thérapie psycho-oncologique et tient compte de la situation personnelle du patient et de ses proches.

Le diagnostic de cancer et les épreuves de la maladie et de son traitement peuvent déclencher chez les patient·e·s et leurs proches des crises existentielles ou spirituelles. Certaines personnes trouvent dans leurs ressources religieuses et spirituelles un moyen facilitant la gestion de leur maladie. Il est alors important que les professionnels de la psycho-oncologie soient familiarisés avec les thèmes spirituels ou qu'ils orientent le patient vers un professionnel de l'aumônerie.

Par ailleurs, le lien étroit qui existe avec le domaine du travail social permet de régler par exemple les questions de déclaration à l'AI, les remboursements des caisses maladie, les problèmes professionnels ou autres questions d'ordre pratique (voir aussi chapitre 2.4). Pour assurer une prise en charge complète, une collaboration interdisciplinaire entre les professionnels impliqués est donc indispensable.

En ambulatoire, les ligues cantonales et régionales contre le cancer offrent une prise en charge psychosociale minimale et peuvent également jouer un rôle important dans la transmission d'autres formes de soutien (comme p.ex. l'accompagnement psycho-oncologique à domicile). Par ailleurs, il faut relever que certains services de consultation proposent des thérapies psycho-oncologiques.

La façon dont les personnes concernées réagissent émotionnellement au diagnostic et au traitement de la maladie demeure très individuelle. De plus, le stress individuel et les besoins en soutien peuvent également évoluer au fil de la maladie.

En cas de signes de stress psychique nécessitant un traitement, une évaluation psycho-oncologique et psychothérapeutique est recommandée. Cela permet d'identifier les patient·e·s présentant un stress ou des troubles psychiques cliniquement significatifs et de leur proposer et une thérapie psycho-oncologique appropriée (voir chapitre 2.6.2).

L'équipe de soins et/ou le-la spécialiste en conseil psycho-oncologique doivent impérativement détecter les symptômes nécessitant une thérapie psycho-oncologique.

Il pourrait s'agir de : (voir également tableau 4, annexe C) :

- Soucis et angoisses que le conseil ne parvient pas à réduire
- Profonde tristesse, désespoir et découragement
- Facteurs secondaires de stress (par exemple relations très conflictuelles)
- Pensées suicidaires
- Manque d'adhésion (p.ex. concernant la prise de médicament) ou arrêt abrupt de traitements médicaux indispensables.

### 2.6.2 Thérapie psycho-oncologique

<b>Directive 13</b>	La thérapie psycho-oncologique doit garantir une prise en charge de qualité aux personnes souffrant de stress grave ou de troubles psychiques.
Sources	Capo, 2010, NHMRC, 2003 ; Weis, 2008 ; Kusch et al., 2014

La thérapie psycho-oncologique s'adresse aux patient·e·s oncologiques souffrant de stress cliniquement significatif et de troubles psychiques. On peut bien entendu aider ce groupe de patient·e·s par des mesures d'investigations, de conseil ou d'instructions, mais au-delà de ceci, il a également besoin de mesures psychothérapeutiques (Kusch et Stecker, 2005 ; Kusch et al., 2014).

La thérapie psycho-oncologique comprend en particulier le psycho-diagnostic, l'intervention de crise et le traitement psychothérapeutique des malades et de leur entourage présentant des déficiences psychiques ou des troubles psychiques comorbides. Elle doit être effectuée par des psycho-oncologues ayant une formation de base et/ou complémentaire en psychothérapie.

L'annexe C (tableau 6) propose un aperçu d'interventions psycho-oncologiques dont le niveau de preuves est considéré comme relevant (evidence-based) (pour une vue d'ensemble voir également Kusch et al., 2013).

La thérapie psycho-oncologique doit tenir compte en permanence des limites d'ordres physique et psychologique des patient·e·s. Il relève de la responsabilité du·de la thérapeute de tenir compte des capacités de résistance de la personne atteinte de cancer face à la maladie et au traitement, et d'ajuster la thérapie en conséquence (Kusch, 2013 ; Kusch et al., 2014). En milieu hospitalier, le service de liaison, la participation aux visites et l'échange régulier avec médecins et équipe soignante permettent d'observer le déroulement de la maladie et du traitement. Ceci permet d'optimiser les interventions et de les ajuster aux besoins effectifs des personnes concernées.

Les thérapies psycho-oncologiques diffèrent nettement des autres psychothérapies de par la fréquence et la durée des séances. Les séances psychothérapeutiques sont souvent écourtées pour raisons médicales et à cause de l'état physique du patient, alors qu'en temps de crises sévères, il faut bien souvent en augmenter sensiblement la durée et la fréquence (Kusch, 2013).

En ambulatoire également, la thérapie psycho-oncologique exige des patient·e·s beaucoup de flexibilité dans leur emploi du temps ; ils doivent concilier leurs rendez-vous psycho-oncologiques avec ceux des traitements médicaux en endurant les effets secondaires de leurs thérapies. Ainsi, le recours à l'assistance téléphonique et/ou aux visites à domicile peut s'avérer fort utile (Kusch, 2013 ; Chen et al., 2013).

Il existe des guidelines spécifiques relatifs à l'établissement de diagnostics psychopathologiques et au traitement des troubles dépressifs et anxieux chez les patient·e·s oncologiques (voir p.ex. Howell et al., 2010 ; Butow et al., 2015).

### 3. Thèmes spécifiques et défis

#### 3.1 Enfants de parents cancéreux

<b>Directive 14</b>	Les enfants et adolescents doivent bénéficier d'informations et de soutien adaptés à leur âge, leur permettant de gérer le stress causé par la maladie de leurs parents. On doit également les aider à développer des stratégies pour y parvenir.
<b>Sources</b>	NHMRC, 2003 ; Möller et al., 2014

Les enfants et adolescents sont directement concernés par le cancer lorsqu'il frappe un de leurs parents. Environ 15 pour cent des 37.000 personnes atteintes de cancer chaque année en Suisse sont parents d'enfants ou d'adolescents de moins de 25 ans ([www.liguecancer.ch](http://www.liguecancer.ch)).

Alors que l'entourage adulte est capable de communiquer au sujet de sa peine et de rechercher activement de l'aide, nombreux sont les enfants qui souffrent en silence et sans qu'on le remarque. On ne se préoccupe pas assez des enfants de patient·e·s oncologiques (Krattenmacher et al., 2012 ; Alexander et al., 2019). Différentes études mettent en évidence de graves anomalies psychiques chez les enfants de parents cancéreux par rapport à des groupes témoins (Thastum et al., 2008 ; Visser et al., 2005 ; Möller et al., 2014 ; Walczak et al., 2018). Ce sont les plus jeunes enfants et les jeunes filles adolescentes qui se montrent les plus vulnérables.

Parfois la maladie des parents détruit le réseau de soutien et la famille manque de ressources pour déceler et aborder les difficultés vécues par les enfants. De plus, ces-derniers ont tendance à s'isoler de leur milieu social et passent moins de temps avec leurs amis, ce qui accroît encore leur stress. Les enfants et adolescents concernés peuvent trouver un soutien appréciable en communiquant entre eux.

Eléments importants d'interventions psycho-oncologiques auprès d'enfants de parents cancéreux (selon Romer et al., 2007) :

- Informations pratiques, adaptées à l'âge, sur tous les aspects de la maladie
- Reconnaissance des ressources familiales
- Soutien des compétences parentales en matière d'éducation
- Echange direct avec les parents et/ou les enfants concernés
- Soutien dans l'anticipation du décès prochain d'un parent

Une bonne collaboration interdisciplinaire entre médecins, soignants et autres personnes impliquées, telles que les psychologues scolaires par exemple, et un repérage précoce par un-e professionnel-le permettent de détecter plus rapidement les difficultés au quotidien. Il est primordial d'adapter les mesures proposées aux âges des enfants et adolescents concernés et, si nécessaire, de les orienter vers un-e psychothérapeute spécialisé-e en psycho-oncologie.

### 3.2 Prévention et conseil génétique

<b>Directive 15</b>	Toute personne présentant un risque élevé de cancer doit avoir accès à une prise en charge psycho-oncologique qui lui permettra d'exprimer ses doutes et ses peurs du cancer ou du dépistage et d'obtenir toute information sur le comportement préventif à adopter.
<b>Sources</b>	CAPO, 2010 ; Riley et al., 2012 ; Hyatt et al., 2021

On attribue environ cinq pour cent des cancers à une prédisposition génétique.

Les personnes confrontées à cette prédisposition familiale, à cette hérédité, peuvent se trouver confrontés à diverses situations de stress (Riley et al., 2012) :

- Pression psychologique en association avec la peur de transmettre ou d'avoir transmis les mutations génétiques incriminées à ses propres enfants
- Peur d'être atteint soi-même du cancer
- Pression psychologique (p.ex. sentiment de culpabilité) associée au fait de ne pas être concerné par la mutation génétique, contrairement à d'autres membres de la famille
- Pression psychologique due à certains aspects de secrets de familles
- Doutes et besoins d'information concernant le dépistage et les tests génétiques
- Difficultés financières dues à des problèmes avec la caisse maladie

L'identification des différents gènes pouvant être responsables de tumeurs héréditaires permet d'examiner les membres de familles sujettes à de fréquents cancers pour chercher la présence d'une prédisposition génétique de la maladie.

Pour les personnes concernées, l'intérêt de ce dépistage pointu peut résider dans le fait qu'il réduit indéniablement l'incidence et la mortalité, et qu'il permet de ne plus devoir vivre dans l'incertitude. A cela s'oppose la peur constante du risque de maladie pour soi-même et pour ses proches. Une prise en charge adéquate doit permettre à ces personnes de se prononcer pour ou contre l'examen génétique en toute connaissance de cause et en comparant le bénéfice personnel qu'elles en retireraient avec les éventuelles conséquences négatives (Keller, 2002 ; Assogba et al., 2020).

### 3.3 Réadaptation et réinsertion professionnelle

<b>Directive 16</b>	Toute personne atteinte d'un cancer a droit, si elle en ressent le besoin, à une prise en charge psycho-oncologique en matière de réadaptation et de réinsertion professionnelle.
<b>Sources</b>	CAPO, 2010 ; Nitkin, 2011 ; Bengel & Mittag, 2020 ; Stäudle & Helbig, 2021

En phase de réadaptation, la prise en charge psycho-oncologique vise avant tout à promouvoir la santé, gérer les contraintes dues à la maladie et contribuer à la réinsertion sociale et professionnelle (Weis, 2001 ; Bengel & Mittag, 2020). Au cours de cette phase, de nombreux·ses patient·e-s souffrent de différentes contraintes dues à la crainte d'une récurrence, à leur isolement social et aux changements familiaux, ou encore à la peur de l'intimité et de la sexualité (Haeck, 2012 ; Heike et al., 2020).

Un entraînement ciblé de ses compétences sociales et de ses stratégies de coping apporte au patient un soutien important, ce qui l'aide à mieux profiter des ressources de son réseau social.

Des études internationales prouvent que la majorité des patient·e-s oncologiques réintègrent leur travail (Rick et al., 2012 ; Arndt et al., 2019). Toutefois, des résultats d'études signalent de grandes différences dans le taux de retour au travail (39-77%, Paltrinieri et al., 2018) et des résultats d'études indiquent également que – selon la nature et le traitement du cancer – jusqu'à 20 pour cent des personnes concernées éprouvent des difficultés au travail pendant un à cinq ans après le traitement, et que jusqu'à dix pour cent ne sont plus aptes au travail (Short et Vargo, 2006). Le cancer et son traitement peuvent engendrer de nombreuses difficultés au travail pour les raisons suivantes : altération des capacités physiques, fatigue, dépression, troubles cognitifs et douleurs chroniques.

Exercer une activité professionnelle, se trouver en formation constituent indéniablement des éléments fondamentaux du bien-être psychosocial. Cependant, les besoins des personnes atteintes de cancer en matière de travail ne sont pas souvent pris en considération (de Boer et Frings-Dresen, 2009 ; Hoving et al., 2009 ; Nitkin et al., 2011 ; Böttcher et al., 2012 ; Zegers et al., 2021). Bon nombre de personnes concernées doivent s'absenter de leur travail à cause de la maladie et subissent un manque à gagner, rajoutant encore à leur stress (Kennedy et al., 2007 ; Bengel & Mittag, 2020 ; Mehnert & Koch, 2013).

On constate de plus en plus que grâce à un soutien psychosocial en phase de réinsertion, les personnes concernées éprouvent nettement plus de bien-être dans le cadre de leur travail, et donc dans leur vie. (Nitkin et al., 2011). Des études montrent qu'en général, les patient·e-s oncologiques ont envie de retourner travailler (Feuerstein, 2009 ; Mehnert, 2011). Outre l'aspect financier, le travail est dans de nombreux cas considéré comme une activité saine qui permet de structurer le quotidien, d'entretenir les contacts sociaux, de se changer les idées et sous-entend un « retour à la normalité » (Amir et al., 2008 ; Fauser et al., 2019). A ce sujet, il faut signaler la directive multidisciplinaire des Pays-Bas qui traite en détail de la réadaptation et de la réinsertion professionnelle de patient·e-s atteints de cancer (Integral Kankercentrum Nederland, 2017).

D'une façon générale, il faut préciser qu'il est primordial de se renseigner le plus possible et assez rapidement sur les capacités de reprise de travail (Bradley et al., 2006 ; Amir et al., 2008 ; Steiner et al., 2008 ; Janßen et al., 2021) et sur les offres de soutien disponibles en matière de réinsertion professionnelle. C'est à ce titre que le conseil psychosocial, pratiqué par des professionnels qualifiés, a un rôle important à jouer. Ceux-ci peuvent aider les patient·e-s à gérer les difficultés physiologiques et physiques en rapport avec leur travail.

A ce propos il faut citer oncoreha.ch, une association dont l'objectif est de contribuer à intégrer la réadaptation oncologique dans le traitement de tou-te-s les patient-e-s oncologiques en Suisse et d'en améliorer la qualité – en lui définissant entre autres des standards de qualité et en proposant des cours de formation complémentaire.

### 3.4 Survivant·e·s à long terme

<b>Directive 17</b>	Toute personne atteinte d'un cancer doit avoir droit, ainsi que son entourage, à une prise en charge psycho-oncologique au sujet des répercussions psychosociales à long terme de la maladie.
<b>Sources</b>	Department of Health Australia, 2008 ; NHMRC, 2003 ; Schilling, 2019

Avec l'amélioration du diagnostic et des thérapies, de nombreuses formes de cancers se sont transformées en maladies chroniques, entraînant une augmentation du nombre de « survivant·e·s à long terme ».

Les études menées auprès des survivant·e·s à long terme montrent que ces personnes continuent de souffrir dans leur vie de tous les jours, même des années après la fin de leur thérapie, des conséquences négatives de la maladie et/ou du traitement. Les séquelles à long terme, qu'elles soient physiques ou psychosociales, sont à mentionner également. Les symptômes physiques ont un impact important sur le bien-être psychologique et la qualité de vie des survivant·e·s à long terme. Les survivant·e·s ne retrouvent souvent pas leur niveau de fonction physique initial et doivent donc vivre durablement avec des limitations, ce qui représente un défi majeur pour l'adaptation psychologique et la gestion de la vie quotidienne (voir également le chapitre 3.3). Un problème fréquent est la fatigue associée au cancer (Cancer related Fatigue) les pertes de performance qui en découlent. Mais aussi l'anxiété liée à la progression ou à la récurrence de la maladie (peur de la progression et de la récurrence) est un facteur important pour le bien-être psychologique de nombreux·ses survivant·e·s à long terme (Mehnert & Johansen, 2019).

Des études montrent que la plupart des patient·e·s voient leur qualité de vie nettement s'améliorer une fois qu'ils ont terminé leur thérapie. Cependant, il est à relever qu'environ un quart des ancien·ne·s patient·e·s font état de diverses séquelles sur le plan psychosocial (Weis et Boehncke, 2011 ; Mehnert & Johansen, 2019 ; Chan et al., 2021; Jacobsen et al., 2018; Lagergren et al., 2019). Même plusieurs années après la fin du traitement, les patient·e·s présentent un risque accru de souffrir d'une détresse psychologique grave (Yi, 2017) et signalent un besoin non satisfait d'obtenir de l'aide à cet égard (Shakeel, 2020). Une prise en charge psycho-oncologique spécialisée des patient·e·s après le traitement doit être prise en compte et assurée même à ce stade.

### 3.5 Soins palliatifs

<b>Directive 18</b>	S'ils en ressentent le besoin, les patient·e·s oncologiques en soins palliatifs et leurs proches doivent avoir immédiatement accès à une prise en charge psycho-oncologique. Cette prise en charge doit être également assurée en situation palliative à domicile et, pour la famille, après le décès du·de la patient·e.
<b>Sources</b>	OFSP et GDK, 2011 ; CAPO, 2010 ; NCP, 2018

Lorsque la guérison ne peut malheureusement plus constituer l'objectif primaire du traitement, les patient·e·s sont affecté·e·s aux soins palliatifs. Dans un certain nombre de situations, les patient·e·s se trouvent déjà en phase palliative au moment du diagnostic. Le plus souvent, ils passent progressivement d'un traitement curatif à un traitement palliatif.

Les objectifs principaux du traitement palliatif sont de prévenir le mieux possible les symptômes et les souffrances et de les alléger. On cherche ainsi à garantir au patient la meilleure qualité de vie possible jusqu'à son décès. Les personnes de son entourage immédiat doivent également bénéficier d'un soutien approprié (palliative.ch).

A un stade très avancé et évolutif, le cancer affecte les patient·e·s oncologiques et leurs familles à bien des égards. Ils se trouvent confrontés à des douleurs croissantes, à l'amenuisement de leurs fonctions physiques, mais aussi à un stress psychologique grandissant et à une réduction de leurs activités sociales. Par ailleurs, à l'approche de la mort, des questions d'ordres spirituel et existentiel surgissent bien naturellement et ils peuvent souffrir de problèmes très graves tels que la peur d'étouffer, l'inquiétude pour leurs proches, le découragement ou la perte de la raison. Dans bien des cas, les patient·e·s et leurs proches ont beaucoup de mal à gérer le deuil, la progression de la maladie et le décès du patient ; autant d'éléments qui constituent pour les proches des situations de stress la plupart du temps très difficiles à gérer.

Il n'est pas rare que ce stress et ce désespoir soient, au stade terminal, plus grands pour l'entourage que pour les patient·e·s eux-mêmes (elles-mêmes) (Given et Given, 1992 ; Hagedoorn et al., 2008 ; McLean et al., 2011). Il faudrait donc également garantir la prise en charge des proches, s'ils en éprouvent le besoin, après le décès de la personne concernée.

La complexité des pressions qui pèsent sur toutes les personnes concernées dans une situation palliative représente, en matière de communication interdisciplinaire, une vraie gageure pour le personnel spécialisé impliqué.

A ce sujet, on se reportera au contenu des « Directives nationales concernant les soins palliatifs », qui ont été ratifiées le 21 Octobre 2010 par le Dialogue « Politique nationale de la santé » (BAG et GDK, 2011).



## 4. Garantie de qualité

### 4.1 Principes d'éthique professionnelle

<b>Directive 19</b>	Les professionnels, spécialistes de la psycho-oncologie, respectent la dignité et l'intégrité individuelles et sont tenus au secret professionnel et aux principes éthiques de confidentialité, de probité et de responsabilité.
Sources	CAPO, 2010 ; Mehnert et al., 2003

### 4.2 Qualifications professionnelles

<b>Directive 20</b>	Une prise en charge psycho-oncologique professionnelle exige des connaissances techniques spécifiques. Les professionnels de la psycho-oncologie doivent se trouver au bénéfice des compétences adéquates pour garantir la qualité de cette prise en charge.
Sources	CAPO, 2010 ; Mehnert et al., 2003 ; Holland, 2018

Les qualifications exigées des professionnels psycho-oncologiques sont réglementées à l'échelon national selon les directives de la SSPO (règlement des titres). Une qualification complémentaire en psycho-oncologie ainsi qu'une expérience professionnelle sont des conditions préalables à la reconnaissance en tant que spécialiste en psycho-oncologie et à l'obtention d'un titre de spécialisation SSPO « Psychothérapeute en psycho-oncologie SSPO » ou « Conseiller-ère en psycho-oncologie SSPO ». La commission des titres de la SSPO examine les demandes et attribue les titres de spécialiste.

Pour obtenir le titre SSPO « Psychothérapeute en psycho-oncologie SSPO », il faut être titulaire d'un titre de formation postgraduée en psychothérapie reconnu au niveau fédéral conformément à la loi sur les professions de la psychologie (PsyG) ou aux critères de la Société suisse de psychiatrie et de psychothérapie (SSPP). La FSP délivre aux psychologues la « qualification complémentaire en psycho-oncologie (FSP\_QC) ».

Le titre de « Conseiller-ère en psycho-oncologie SSPO » est accessible à diverses professions.

### 4.3 Formation continue

<b>Directive 21</b>	Les professionnels psycho-oncologiques sont tenus d'entretenir et de développer leurs connaissances et leurs capacités en suivant des cours de formation continue.
Sources	CAPO, 2010 ; Mehnert et al., 2003 ; Holland, 2018

La formation continue doit permettre aux professionnels de garantir la qualité et le développement de leurs compétences. Ces mesures de perfectionnement doivent également favoriser la collaboration entre les professionnels et la réflexion sur leurs propres activités. La formation continue des

professionnels psycho-oncologiques est garantie selon le règlement de la SSPO relatif à l'obtention du titre.

#### 4.4 Soutien au personnel traitant

<b>Directive 22</b>	Les professionnels de la psycho-oncologie doivent offrir leur soutien à tout le personnel professionnel impliqué dans le traitement des patient·e·s oncologiques.
<b>Sources</b>	Mehnert et al., 2003

Outre l'accompagnement des patient·e·s et de leurs proches, le psycho-oncologue a pour tâche de superviser ou, si besoin est, de conseiller et d'assister les membres de toute l'équipe oncologique. Le traitement de patient·e·s souffrant d'une maladie aussi grave que le cancer demande de la part de l'équipe soignante une grande résistance psychique. Une aptitude à bien gérer ses problèmes personnels entraînera une répercussion positive sur la qualité de l'accompagnement de patient·e·s dépendant·e·s et de leurs proches (Aycock et Boyle, 2008, Kearney et al., 2009 ; Dewidar et al., 2022 ; Sanchez-Reilly et al., 2013).

Les offres de supervision servent à appréhender de manière ciblée le stress vécu auprès des patient·e·s cancéreux·ses et à offrir une réflexion sur les aspects psychologiques et psychosociaux dans les soins aux malades. L'objectif recherché est de soulager le personnel, d'améliorer la coopération au sein de l'équipe et ainsi d'accroître le bien-être au travail Weis, 2001 ; Gillet et al., 2018 ; Poulsen et al., 2016).

Supervisions, conseils ou études de cas doivent donner aux professionnels des soins, dans leur quotidien clinique, les moyens d'affronter et de traiter les difficultés rencontrées dans leur travail avec les patient·e·s et leurs proches – par exemple lors de processus décisionnels.

#### 4.5 Supervision

<b>Directive 23</b>	Les professionnels de la psycho-oncologie doivent bénéficier régulièrement d'une supervision leur permettant de réfléchir à leur travail et à leurs réalisations, et de parler de leur propre stress.
<b>Sources</b>	Mehnert et al., 2003 ; Breitbart et al., 2021 ; Joubert et al., 2013

La supervision permet aux professionnels psycho-oncologiques de maîtriser les lourdes tensions psychiques auxquelles leur travail les expose. Une supervision régulière aide considérablement conseillers et thérapeutes psycho-oncologiques dans leur formation continue personnelle et contribue aussi bien à la qualité de leur travail qu'à leur bien-être professionnel (Watkins, 2012; Hession & Habenicht, 2020).

## SOUTIEN DES SOCIÉTÉS PROFESSIONNELLES AUX DIRECTIVES

### **Psychologues/Psychiatres :**

- FSP Fédération Suisse des Psychologues
- ASP Association Suisse des Psychothérapeutes
- SBAP Association Professionnelle Suisse de Psychologie Appliquée
- SSPP Société Suisse de Psychiatrie et Psychothérapie
- SSCLPP Société Suisse de Psychiatrie de Liaison et Psychosomatique

### **Médecine :**

- palliative.ch
- SSOM Société Suisse d'Oncologie Médicale
- SASRO Scientific Association of Swiss Radiation Oncology
- SRO Swiss Society for Radiation Oncology

### **Travail social :**

- SAGES Association suisse pour le travail social en lien avec la santé
- AvenirSocial, Soziale Arbeit Schweiz

### **Soins :**

- Soins en Oncologie Suisse

## ANNEXE

### Annexe A : Informations sur l'élaboration des directives et leur mise à jour en 2023

#### Composition du groupe de pilotage Élaboration des directives 2014

Jürg Bernhard, Prof. Dr phil.	Directeur jusqu'en mars 2022 de l'unité de psycho-oncologie, Hôpital de l'Île, Hôpital universitaire de Berne
Brigitta Wössmer, Dr phil.	Présidente de la SSPO (jusqu'en juin 2013), psychologue adjointe, Hôpital universitaire de Bâle jusqu'en 2018, membre du comité de la Ligue suisse contre le cancer
Sandra Sieber, Dr phil.	Psycho-oncologue adjointe, Centre Hospitalier du Haut-Valais
Brigitte Baschung, MPH	Ancienne directrice suppléante LSC, responsable du secteur Conseils et soutien

#### Groupe de travail Mise à jour 2023

*Composition du groupe de travail Mise à jour des directives*

Diana Zwahlen, Dr phil.	Co-présidente SSPO, Psychologue en chef, Hôpital universitaire de Bâle
Astrid Grossert, Dr phil.	Psychologue en chef, Hôpital cantonal de Liestal
Birgit Maier, Dipl. psy.	Psycho-oncologue, Hôpital universitaire de Bâle
Soutenu par	Jürg Bernhard, Prof Dr phil., ancien directeur de l'Unité de psycho-oncologie à l'Hôpital universitaire de Berne et son équipe Anna Gerber, Lic. phil., responsable de la formation à la Ligue suisse contre le cancer

#### Recherche documentaire et rédaction

Martina Hurschler, Lic. phil.

Mise à jour de la littérature 2022 : Jana Hochreutner, BSc, étudiante en psychologie, Bâle

### Consultation et processus de consultation Directives originales 2014

<b>Consultation</b>	25 juin 2013 : envoi du projet aux membres du comité SSPO et à ceux du GT PNC ; insertion des commentaires jusqu'au 20 Juillet 2013.
<b>Délibération</b>	22 juillet 2013 : invitation à tous les membres de la SSPO et aux président·e·s/directeur·rice·s des ligues régionales contre le cancer de commenter le projet remanié. Traitement des commentaires jusqu'au 2 septembre 2013.

<b>Commentaires reçus</b>	<p><i>Par ordre alphabétique :</i></p> <p>Alder Judith, Bachmann Irene, Guerra Maria Rita, Hofer Therese, Hürlimann Barbara, In-Albon Fabiola, Kainz Martina, Leuthold Kradolfer Brigitte, Martino Heloisa, Masullo Alba, Nemeszazy Patrick, Petermann Yasmina, Rieder Christophe, Rüegg Rita, Schneider Regula, Staeubli Lucia, Thoma-Marti Maria, Toniolo Rebekka, Ursprung Regula, Wagner-Huber Regula, Zenhäusern Reinhard, Zindel Angela, Zurkirchen Fabienne, Zwahlen Diana</p>
---------------------------	---

## Mise à jour

<b>Processus de travail</b>	<p><i>Premier <b>Groupe de travail</b> interne à la SSPO 02/2018 avec plusieurs réunions pour discuter de la nécessité et de la nature de la révision :</i></p> <p><i>Membres</i></p> <p>Jürg Bernhard, Aita Biert, Patrick Nemeszazy, Christine Morgenthaler, Lucia Stäubli, Reinhard Zenhäusern, Diana Zwahlen</p> <p><b>Constitution d'un groupe de base pour l'analyse des directives selon le mandat de la SSPO 01.2020 :</b> Astrid Grossert, Birgit Maier, Diana Zwahlen</p> <p><b>Retour d'information</b> par Jürg Bernhard et l'équipe de l'Hôpital de l'île 12.2020 et intégration des commentaires Anna Gerber, responsable de la formation à la Ligue suisse contre le cancer</p> <p><b>Mise à jour</b> de la littérature jusqu'au 02.2022 par Jana Hochreutner</p> <p><b>Elaboration</b> et finalisation du projet par le groupe central (AG, BM, DZ) pour la consultation par le groupe central</p>
<b>Consultation au sein du comité de la SSPO</b>	<p>Projet mis à jour envoyé aux membres du comité de la SSPO le 28.03.2023. Les commentaires ont été intégrés jusqu'au 26.04.2023.</p> <p><i>Le 26.04.2023, les directives ont été adoptées par le comité de la SSPO :</i></p> <p><b>Composition du comité de la SSPO :</b> Aita Biert, Erika Gardi, Yves Girardet, Sabine Kaufmann, Ruedi Schweizer, Michael Schwitter, Sandra Sieber, Lucia Stäubli, Diana Zwahlen</p>

## Critères d'inclusion pour la recherche de directives

<b>Groupe cible</b>	Patient·e·s adultes atteint·e·s de cancer
<b>Date de publication</b>	Entre 2000 et 02.2022 (dernière recherche)

<b>Langue</b>	Anglais ou allemand
<b>Domaine cible</b>	Prise en charge psycho-oncologique ou prise en charge psychosociale ou au moins un chapitre spécifique figurant explicitement dans la table des matières.

### Recherche de directives : banques de données et stratégies de recherche

La recherche a été effectuée jusqu'en février 2012 dans les banques de données Google Scholar, Medline (PubMed) et les banques de données de directives (Guideline International Network, Organisation de directives NHS, Recherche de lignes directrices AWMF). On a également exploré les sites internet d'organisations internationales connues pour y rechercher des directives spécifiques à la prise en charge psychosociale ou psycho-oncologique.

**Tableau 1.** Liste des directives internationales satisfaisant aux critères mentionnés ci-dessus.

Pays	An	Editeurs	Titre
USA	2008	IOM Institute of Medicine	Cancer care for the whole patient – meeting psychosocial health needs
AUS	2008	Department of Health, Western Australia.	Psycho-oncology Model of care
AUS	2003	National Breast Cancer Centre and National Cancer Control Initiative.	Clinical practice guidelines for the psychosocial care of adults with cancer.
DE	2008	Weis et al.	Diagnoseübergreifende Leitlinien psychoonkologischer Beratung und Behandlung erwachsener Krebspatienten
CAN	2010	Cancer care Ontario	Psychosocial health care for cancer patients and their families: a framework to guide practice in Ontario and guidelines recommendations
CAN	2010	Canadian Association of Psychosocial Oncology CAPO	Standards of Psychosocial Health Services for Persons with Cancer and their Families
DE	2010	Abteilung für medizinische Psychologie, Hamburg	Empfehlungen zur psychoonkologischen Versorgung im Akutkrankenhaus
NZ	2010	Ministry of Health, New Zealand	Guidance for Improving Supportive Care for Adults with Cancer in New Zealand
UK	2004	Psychological Support Services	Improving supportive and palliative care for adults with cancer
NL	2017	Oncoline	Cancer Rehabilitation – nation-wide guideline
AUS/NZ	2008	NHMRC NZGG	Psychosocial issues in melanoma. In: clinical practice guidelines for the management of melanoma in Australia and New Zealand
DE	2018	DKG	Interdisziplinäre S2k-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie des Endometriumkarzinoms -> S3- Leitlinie Diagnostik, Therapie und Nachsorge der Patientinnen mit Endometriumkarzinom
DE	2021	DKG	Interdisziplinäre S2_Leitlinie zur Diagnostik und Therapie von Gliomen des Erwachsenenalters -> Gliome

DE	2018	DKG	Prävention, Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Lungenkarzinoms (Interdisziplinäre S3 Leitlinie) -> S3-Leitlinie Prävention, Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Lungenkarzinoms
DE	2019	DKG	Diagnostik und Therapie der Adenokarzinome des Magens und ösophagogastralen Übergangs -> S3-Leitlinie Magenkarzinom
DE	2021	DKG	Diagnostik und Therapie des Mundhöhlenkarzinoms -> S3-Leitlinie Diagnostik und Therapie des Mundhöhlenkarzinoms
DE	2021	DKG	Interdisziplinäre S2k Leitlinie zur Diagnostik und Therapie maligner Ovarialtumoren -> S3-Leitlinie Diagnostik, Therapie und Nachsorge maligner Ovarialtumoren
DE	2021	DKG	Interdisziplinäre Leitlinie der Qualität S3 zur Früherkennung, Diagnose und Therapie der verschiedenen Stadien des Prostatakarzinoms -> S3-Leitlinie Prostatakarzinom
DE	2009	DKG	Interdisziplinäre S2k Leitlinie für die Diagnostik und Therapie des Vulvakarzinoms und seiner Vorstufen
DE	2021	DKG	Interdisziplinäre S2k Leitlinie für die Diagnostik und Therapie des Zervixkarzinoms -> S3-Leitlinie Diagnostik, Therapie und Nachsorge der Patientin mit Zervixkarzinom
DE	2021	DKG	Interdisziplinäre S3-Leitlinie für die Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms -> Interdisziplinäre S3-Leitlinie für die Früherkennung, Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms
DE	2014	Arbeitsgruppe der Deutschen Krebsgesellschaft -> DKG	Leitlinien für ambulante psychosoziale Krebsberatungsstellen -> S3-Leitlinie Psychoonkologische Diagnostik, Beratung und Behandlung von erwachsenen Krebspatienten
DE	2002	Volker Tschukke	Leitlinien-Programm für psychosoziales (psychoonkologisches) Disease Management bei Brustkrebs-Erkrankungen
USA	2012	National Society of Genetic Counselors	Essential elements of genetic cancer risk assessment, counseling, and testing: updated recommendations of the National Society of Genetic Counselors.
NZ	2009	New Zealand Guidelines Group	Suspected Cancer in Primary Care. Guidelines for investigation, referral and reducing ethnic disparities.
UK	2008	Scottish Intercollegiate Guidelines Network	Control of pain in adults with cancer. A national clinical guideline
USA	2019	NCCN	Distress Management
USA	2018	National Consensus Project	Clinical practice guidelines for quality palliative care
USA	2008	American College of Physicians	Evidence-Based Interventions to Improve the Palliative Care of Pain, Dyspnea, and Depression at the End of Life: A Clinical Practice Guideline from the American College of Physicians.
USA	2019	NCCN	Adult Cancer Pain
USA	2021	NCCN	Palliative care
CH	2011	OFSP/GDK	Lignes directives nationales Soins palliatifs

## Recherche de documentation générale

La documentation détaillée sur la recherche de thèmes isolés peut être demandée auprès du secrétariat de la SSPO.

## Annexe B

**Tableau 2.** Méthodes et domaines cibles des différents degrés d'intervention

Degré d'intervention	Exemples de méthodes	Professionnels/ services compétents potentiels	Domaines cibles potentiels
<b>1. Offre globale de soins</b> – Prise en charge de base pour tou-te-s les patient-e-s et leurs proches	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Transmission d'informations sur la maladie, les traitements et problèmes spécifiques</li> <li>• Soutien psychosocial et accompagnement émotionnel</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Equipe soignante de base (oncologues, personnel soignant, etc.)</li> <li>• Ligne InfoCancer</li> <li>• Informations versions électronique et papier</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Information sur les offres psycho-oncologiques</li> <li>• Gestion d'effets secondaires</li> <li>• Soutien aux proches</li> <li>• Questions pratiques</li> </ul>
<b>2. Soins de support</b> – Pour patient-e-s souffrant de stress psychosocial léger à modéré***	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Psychoéducation et soutien émotionnel</li> <li>• Soutien en processus décisionnel</li> <li>• Conseil psycho-oncologique,</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ligne InfoCancer, courriel</li> <li>• Centres de consultation des ligues régionales contre le cancer</li> <li>• Professions des soins</li> <li>• Aumônier-ère-s</li> <li>• Conseiller-ère-s psycho-oncologiques</li> <li>• Travailleur-se-s sociaux-les</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Processus décisionnel</li> <li>• Communication avec équipe soignante</li> <li>• Isolement social</li> <li>• Conseil social</li> </ul>
<b>3. Soins renforcés</b> – Pour patient-e-s souffrant de stress modéré à grave et de troubles psychiques	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Psychoéducation</li> <li>• Training de stratégies de gestion</li> <li>• Thérapie psycho-oncologique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Psychothérapeute ou psychiatre avec qualification psycho-oncologique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestion du stress</li> <li>• Stratégies d'adaptation (coping)</li> <li>• Troubles de l'adaptation</li> <li>• Troubles anxieux</li> <li>• Psychotropes</li> </ul>
<b>4. Soins spécialisés</b> – Pour patient-e-s souffrant de stress psychique aigu sévère ou troubles psychiques sévères	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Thérapie psycho-oncologique spécifique</li> <li>• Thérapie individuelle, de groupe ou de couple</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Psychothérapeute ou psychiatre avec qualification psycho-oncologique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Troubles anxieux</li> <li>• Troubles psychiques post-traumatiques</li> <li>• Dépressions</li> <li>• Risques suicidaires</li> <li>• Graves problèmes relationnels</li> <li>• Psychotropes</li> </ul>

Source : adaptation de Hutchison (2006)

\*\*\* Ces deux niveaux (soins de support et soins renforcés) se chevauchent largement et leur démarcation doit rester très souple.

Méthodes, professionnels et domaines cibles ne sont donnés qu'à titre d'exemples typiques et ne représentent en aucun cas une liste exhaustive.



## Annexe C

**Tableau 3.** Facteurs de risques pouvant entraîner une aggravation du stress psychique (Sperner-Unterweger, 2010)

Facteurs	Exemples
<b>Liés à la maladie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stade avancé de la maladie cancéreuse</li> <li>• Déficience physique prononcée</li> <li>• Mauvais pronostic</li> <li>• Progression de la maladie</li> <li>• Récidive</li> </ul>
<b>Liés au traitement</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Situation de thérapie palliative</li> <li>• Thérapies spécifiques stressantes telles que radiothérapie, opération, chimiothérapie, etc.</li> <li>• Effets indésirables des thérapies</li> <li>• Absence de réponse à la thérapie</li> </ul>
<b>Conditions liées au patient, à la patiente</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Facteurs psychosociaux (conflits, manque de soutien, difficultés socio-économiques, responsabilités multiples stressantes, etc.)</li> <li>• Pré-morbidité ou comorbidité psychiatrique</li> <li>• Stratégies de gestion limitées</li> </ul>

**Tableau 4.** Indications pour une psychothérapie psycho-oncologique

<b>Exemples d'indications typiques nécessitant une orientation vers un-e thérapeute psycho-oncologique : (NHMRC, 2003).</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dépressions</li> <li>• Phobies pouvant interférer avec le traitement, comme p.ex. phobie des aiguilles ou claustrophobie, vomissements anticipatoires, etc.</li> <li>• Troubles anxieux</li> <li>• Troubles de l'adaptation</li> <li>• Image corporelle perturbée</li> <li>• Problèmes relationnels ou problèmes du domaine de la sexualité</li> <li>• Sensation incontrôlable de stress</li> <li>• Risques suicidaires</li> </ul>

**Tableau 5.** Exemples de problèmes pouvant nécessiter une prise en charge psycho-oncologique.

<b>Gestion des symptômes de la maladie et des effets indésirables du traitement</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Douleur</li> <li>• Fatigue</li> <li>• Manque d'appétit</li> <li>• Nausées et vomissements</li> <li>• Constipation</li> </ul>
<b>Gestion de la diminution des fonctions physiques</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Handicaps et mobilité réduite</li> <li>• Diminution de l'autonomie dans l'accomplissement des soins corporels, des travaux ménagers, de l'autosuffisance</li> </ul>
<b>Bien-être psychique</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Peur</li> <li>• Etat dépressif</li> <li>• Problèmes d'adaptation à la maladie, de gestion de la maladie, de l'estime de soi, de l'image corporelle, de la sexualité</li> <li>• Sensation de manque de qualité de vie</li> </ul>
<b>Bien-être intellectuel ou spirituel, questions existentielles</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Questionnement sur le sens de la vie</li> <li>• Questionnement sur la mort et l'au-delà</li> <li>• Questions et problèmes d'ordre culturel</li> </ul>
<b>Déficiences cognitives</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Confusion et états d'égarement</li> <li>• Troubles de la mémoire et de concentration</li> </ul>
<b>Activité professionnelle</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Perte d'emploi, effective ou redoutée</li> <li>• Capacités de travail réduites</li> <li>• Problèmes sur le lieu de travail</li> <li>• Charges et soucis financiers</li> </ul>

**Tableau 6.** Etudes sur les interventions psycho-oncologiques (selon Kusch et al., 2013, S. 205).

Intervention	Etudes
Thérapie comportementale et cognitivo-comportementale	Mundy et al., 2003 ; Tatrow und Montgomery, 2006
Interventions sur la régulation émotionnelle	Cameron et Jago, 2008
Méthodes de relaxation	Luebbert et al., 2001 ; Yoo et al., 2005
Gestion du stress par thérapie cognitivo-comportementale	Antoni et al., 2009
Interventions orientées sur les activités artistiques telles que musicothérapie et art-thérapie	Bradt et al., 2011 ; Geue et al., 2010
Techniques de méditation et d'imagination	Biegler et al., 2009 ; Roffe et al., 2005
Interventions orientées solutions	Lee et al., 2011
Psychoéducation	Weis et al., 2006
Interventions d'autogestion	Cimprich et al., 2005, Davies und Batehup, 2010 ; McCorkle et al., 2011
Bibliothérapie pour encourager l'écriture	Zakowski et al., 2011.
Thérapie par le sport et le mouvement	McMillan et Newhouse, 2011
Interventions soutien et expression	Classen und Spiegel, 2011 ; Giese-Davis et al., 2011 ; Lederberg und Holland, 2011.

## Glossaire

DKG	Deutsche Krebsgesellschaft
FSP	Fédération Suisse des Psychologues
GPOH	Société d'Oncologie et Hématologie Pédiatriques
IOM	Institute of Medicine
LSC	Ligue Suisse contre le Cancer
NCCN	National Comprehensive Cancer Network
NHMRC	National Health and Medical Research Council
PNC	Programme National contre le Cancer pour la Suisse
PSO	Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Psychoonkologie
PsyG	Loi fédérale sur les professions relevant du domaine de la psychologie
SSPO	Société Suisse de Psycho-Oncologie
SSPP	Société Suisse de Psychiatrie et Psychothérapie
SPOG	Groupe d'Oncologie Pédiatrique Suisse

## Références

- Alexander, E., O'Connor, M., Rees, C., & Halkett, G. (2019). A systematic review of the current interventions available to support children living with parental cancer. *Patient Education and Counseling*, *102*(10), 1812–1821. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2019.05.001>
- American College of Surgeons. (2012). *Cancer Program Standards 2012: Ensuring Patient-Centered Care v1.2.1*. 140.
- Amir Z., Neary D., Luker K. (2008). Cancer survivors' views of work 3 years post diagnosis: A UK perspective. *Eur J Oncol Nurs* *12*(3): 190-197.
- Andersen, B. L., DeRubeis, R. J., Berman, B. S., Gruman, J., Champion, V. L., Massie, M. J., Holland, J. C., Partridge, A. H., Bak, K., Somerfield, M. R., & Rowland, J. H. (2014). Screening, Assessment, and Care of Anxiety and Depressive Symptoms in Adults With Cancer: An American Society of Clinical Oncology Guideline Adaptation. *Journal of Clinical Oncology*, *32*(15), 1605–1619. <https://doi.org/10.1200/JCO.2013.52.4611>
- Antoni M. H., Lechner S., Diaz A., Vargas S., Holley H., Phillips K., McGregor B. A., Carver C. S., Blomberg B. (2009). Cognitive behavioral stress management effect on psychosocial and physiological adaptation in women undergoing treatment for breast cancer. *Brain Behav Immun* *23*(5): 580-591.
- Arigoni, F., Bovier, P. A., Mermillod, B., Waltz, P., & Sappino, A.-P. (2009). Prevalence of burnout among Swiss cancer clinicians, paediatricians and general practitioners: Who are most at risk? *Supportive Care in Cancer*, *17*(1), 75–81. <https://doi.org/10.1007/s00520-008-0465-6>
- Arndt, V., Koch-Gallenkamp, L., Bertram, H., Eberle, A., Holleczeck, B., Pritzkeleit, R., Waldeyer-Sauerland, M., Waldmann, A., Zeissig, S. R., Doege, D., Thong, M. S. Y., & Brenner, H. (2019). Return to work after cancer. A multi-regional population-based study from Germany. *Acta Oncologica*, *58*(5), 811–818. <https://doi.org/10.1080/0284186X.2018.1557341>
- Arning, A., Bohnenkamp, H., Helbig, U., Gieseler, F., & Schopperth, T. (2019). Standardprozesse ambulanter psychosozialer Krebsberatung: Ein Beitrag der Landeskrebsgesellschaften zur Qualitätssicherung des Beratungsprozesses. *Forum*, *34*(6), 527–536. <https://doi.org/10.1007/s12312-019-00693-y>
- Artherholt S., Fann J. (2012). Psychosocial care in cancer. *Curr Psychiatry Rep* *14*(1): 23-29.
- Assogba, E. L. F., Mamguem Kamga, A., Costaz, H., Jankowski, C., Dumas, A., Roinot, P., Jolimoy, G., Coutant, C., Arveux, P., & Dabakuyo-Yonli, T. S. (2020). What Are Young Women Living Conditions after Breast Cancer? Health-Related Quality of Life, Sexual and Fertility Issues, Professional Reinsertion. *Cancers*, *12*(6), 1564. <https://doi.org/10.3390/cancers12061564>
- Ataç, M. (2021). The Effect Of Mindfulness Based Stress Reduction Program On The Quality Of Life In Patients With Breast Cancer: A Systematic Review. *Journal of Psychiatric Nursing*. <https://doi.org/10.14744/phd.2021.68736>
- Aycock N., Boyle D. (2008). Interventions to manage compassion fatigue in oncology nursing. *Clin J Oncol Nurs* *13*(2): 183-191.
- Bengel, J., & Mittag, O. (Hrsg.). (2020). *Psychologie in der medizinischen Rehabilitation: Somatopsychologie und Verhaltensmedizin*. Springer Berlin Heidelberg. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-61170-8>
- Bernhard J., Sieber S. (2011). Psychoonkologie. In OncoSuisse (Hrsg.) *Nationales Krebsprogramm für die Schweiz 2011-2015*.
- Biegler K. A., Chaoul M. A., Cohen L. (2009). Cancer, cognitive impairment, and meditation. *Acta Oncol* *48*(1): 18-26.
- Böttcher, H., Steimann, M., Koch, U., & Bergelt, C. (2012). Rückkehr zur Arbeit – Erfahrungen und Erwartungen von Patientinnen und Patienten in der stationären onkologischen Rehabilitation. *Die Rehabilitation*, *51*(01), 31–38. <https://doi.org/10.1055/s-0031-1285888>
- Bradley C. J., Oberst K., Schenk M. (2006). Absenteeism from work: The experience of employed breast and prostate cancer patients in the month following diagnosis. *Psychooncology* *15*(8): 739-747.
- Bradt J., Goodill S. W., Dileo C. (2011). Dance/movement therapy for improving psychological and physical outcomes in cancer patients. *Cochrane Database Syst Rev* *5*(10): CD007103.

- Breitbart, W., Butow, P., Jacobsen, P., Lam, W., Lazenby, M., & Loscalzo, M. (Hrsg.). (2021). *Psycho-Oncology* (4. Aufl.). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med/9780190097653.001.0001>
- Brown T. A., Barlow D. H. (2009). A proposal for a dimensional classification system based on the shared features of the DSM-IV anxiety and mood disorders: Implications for assessment and treatment. *Psychol Assess* 21(3): 256-271.
- Buchhold, B., Arnold, A., Lutze, S., Jülich, A., Winkler, M., Bahlmann, J., Eggert, C., Jünger, M., & Hannich, H.-J. (2017). Psychosocial distress and desire for support among inpatients with skin cancer: Psychosocial distress and desire for support. *JDDG: Journal Der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft*, 15(8), 791–799. <https://doi.org/10.1111/ddg.13294>
- Office fédéral de la santé publique (OFSP) et Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) (2009). *Directives nationales sur les soins palliatifs*. Téléchargement du 6.7.2013 de <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/13764/13768/13784/index.html?lang=de>.
- Butow, P., Price, M. A., Shaw, J. M., Turner, J., Clayton, J. M., Grimison, P., Rankin, N., & Kirsten, L. (2015). Clinical pathway for the screening, assessment and management of anxiety and depression in adult cancer patients: Australian guidelines: Clinical pathway for anxiety and depression in cancer. *Psycho-Oncology*, 24(9), 987–1001. <https://doi.org/10.1002/pon.3920>
- Cameron L. D., Jago L. (2008). Emotion regulation interventions: a common-sense model approach. *Br J Health Psychol* 13(2): 215-221.
- CAPO (2010). *Standards of Psychosocial Health Services for Persons with Cancer and their Families*. Téléchargement du 10.8.2013 de <http://capo.ca/CAPOstandards.pdf>.
- Carlson L. E., Bultz B. D. (2008). Mind-body interventions in oncology. *Curr Treat Options Oncol* 9(2-3): 127-134.
- Chan, R. J., Nekhlyudov, L., Duijts, S. F. A., Hudson, S. V., Jones, J. M., Keogh, J., Love, B., Lustberg, M. B., Mehnert-Theuerkauf, A., Nathan, P., Ness, K. K., Sheppard, V. B., Smith, K., Tevaarwerk, A., Yu, X., & Feuerstein, M. (2021). Future research in cancer survivorship. *Journal of Cancer Survivorship*, 15(5), 659–667. <https://doi.org/10.1007/s11764-021-01102-x>
- Chen, S.-C., Lai, Y.-H., Liao, C.-T., Chang, J. T.-C., Lin, C.-Y., Fan, K.-H., & Huang, B.-S. (2013). Supportive care needs in newly diagnosed oral cavity cancer patients receiving radiation therapy: Supportive care needs in patients receiving RT. *Psycho-Oncology*, 22(6), 1220–1228. <https://doi.org/10.1002/pon.3126>
- Classen C. C., Spiegel D. (2011). Supportive-Expressive Group Psychotherapy, in M. Watson and D.W. Kissane (Hrsg.), *Handbook of Psychotherapy in Cancer Care* John Wiley & Sons, Ltd: Chichester, UK.
- Close, A. G., Dreyzin, A., Miller, K. D., Seynaeve, B. K. N., & Rapkin, L. B. (2019). Adolescent and young adult oncology—Past, present, and future. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 69(6), 485–496. <https://doi.org/10.3322/caac.21585>
- Cimprich B., Janz N. K., Northouse L., Wren P. A., Given B., Given C. W. (2005). Taking CHARGE: A self-management program for women following breast cancer treatment. *Psychooncology* 14(9): 704-717.
- Dauchy S., Ellien F., Lesieur A., Bezy O., Boinon D., Chabrier M. et al. (2013). Quelle prise en charge psychologique dans l'après cancer? Les recommandations de la société française de psycho-oncologie (SFPO). *Psycho-Oncologie* 7(1): 4-17.
- Davies N. J., Batehup L. (2010). Self-management support for cancer survivors: Guidance for developing interventions. An Update of the evidence. Macmillan cancer Support, NCSI. Téléchargement du 5.10.2013 de [http://www.trustedwriter.com/documents/guidancefordevelopinginterventions\\_anupdateoftheevidence.pdf](http://www.trustedwriter.com/documents/guidancefordevelopinginterventions_anupdateoftheevidence.pdf).
- De Boer A. G., Frings-Dresen MH (2009). Employment and the common cancers: Return to work of cancer survivors. *Occup Med (Lond)* 59(6): 378-380.
- Department of Health WA. (2008). *Psycho-Oncology Model of Care*. Perth: WA Cancer and Palliative Care Network, Department of Health, Western Australia. Téléchargement du 3.4.2013 de [http://www.healthnetworks.health.wa.gov.au/modelsofcare/docs/Psycho-Oncology\\_Model\\_of\\_Care.pdf](http://www.healthnetworks.health.wa.gov.au/modelsofcare/docs/Psycho-Oncology_Model_of_Care.pdf).
- Devine E., Westlake S. (1995). The effects of psychoeducational care provided to adults with cancer: meta-analysis of 116 studies. *Oncol Nurs Forum* 22(9): 1369-1381.

- Dewidar, A. E.-S., Gado, E., Gemeay, E., & sabra, A. (2022). Effect of Training Program about Compassion on Professional Quality of Life of Mental Health Nurses. *International Egyptian Journal of Nursing Sciences and Research*, 2(2), 81–97. <https://doi.org/10.21608/ejnsr.2022.212300>
- Di Mattei, V. E., Perego, G., Taranto, P., Mazzetti, M., Marotta, E., Candiani, M., & Salvatore, S. (2021). The Long-Term Effects of Cancer Treatment on Sexuality and Couple Relationships. *Family Process*, 60(3), 853–865. <https://doi.org/10.1111/famp.12604>
- Dijxhoorn, A.-F. Q., Brom, L., van der Linden, Y. M., Leget, C., & Raijmakers, N. J. (2021). Prevalence of burnout in healthcare professionals providing palliative care and the effect of interventions to reduce symptoms: A systematic literature review. *Palliative Medicine*, 35(1), 6–26. <https://doi.org/10.1177/0269216320956825>
- Engel, G. L. (1977). *The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine*. 196, 9.
- Faller H., Lang H. (2010). *Medizinische Psychologie und Soziologie*. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag.
- Faller, H., Weis, J., Koch, U., Brähler, E., Härter, M., Keller, M., Schulz, H., Wegscheider, K., Boehncke, A., Hund, B., Reuter, K., Richard, M., Sehner, S., Szalai, C., Wittchen, H.-U., & Mehnert, A. (2016). Perceived need for psychosocial support depending on emotional distress and mental comorbidity in men and women with cancer. *Journal of Psychosomatic Research*, 81, 24–30. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2015.12.004>
- Fallowfield L, Jenkins V (2004). Communicating sad, bad, and difficult news in medicine. *Lancet* 363(9405): 312-319.
- Fausser, D., Wienert, J., Zomorodbakhsch, B., Schmielau, J., Biester, I., Krüger, H.-U., Presl, A., & Bethge, M. (2019). Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation bei Krebs. *Deutsches Ärzteblatt*, 13.
- Fenn, K. M., Evans, S. B., McCorkle, R., DiGiovanna, M. P., Pusztai, L., Sanft, T., Hofstatter, E. W., Killelea, B. K., Knobf, M. T., Lannin, D. R., Abu-Khalaf, M., Horowitz, N. R., & Chagpar, A. B. (2014). Impact of Financial Burden of Cancer on Survivors' Quality of Life. *Journal of Oncology Practice*, 10(5), 332–338. <https://doi.org/10.1200/JOP.2013.001322>
- Feuerstein M. (2005). Cancer survivorship and work. *J Occup Rehabil* 15(1): 1-2.
- Fitch M. (2000). Supportive care for cancer patients. *Hosp Q* 3(4): 39-46.
- Frey Nascimento, A., Tondorf, T., Rothschild, S. I., Koller, M. T., Rochlitz, C., Kiss, A., Schaefer, R. M., Meinschmidt, G. P., Hunziker, S., Gaab, J., & Zwahlen, D. (2019). Oncologist recommendation matters!—Predictors of psycho-oncological service uptake in oncology outpatients. *Psycho-Oncology*, 28(2), 351–357. <https://doi.org/10.1002/pon.4948>
- Fukui, S., Ogawa, K., & Yamagishi, A. (2011). Effectiveness of communication skills training of nurses on the quality of life and satisfaction with healthcare professionals among newly diagnosed cancer patients: A preliminary study. *Psycho-Oncology*, 20(12), 1285–1291. <https://doi.org/10.1002/pon.1840>
- Geng, H., Chuang, D., Yang, F., Yang, Y., Liu, W., Liu, L., & Tian, H. (2018). Prevalence and determinants of depression in caregivers of cancer patients: A systematic review and meta-analysis. *Medicine*, 97(39), e11863. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000011863>
- Geue K., Goetze H., Buttstaedt M., Kleinert E., Richter D., Singer S. (2010). An overview of art therapy interventions for cancer patients and the result of research. *Complement Ther Med* 18(3-4): 160-170.
- Giese-Davis J., Collie K., Rancourt K. I. M., Neri E., Kraemer H. C., Spiegel D. (2011). Decrease in depression symptoms is associated with longer survival in patients with metastatic breast cancer: a secondary analysis. *J Clin Oncol* 29(4): 413-420.
- Gillet, N., Fouquereau, E., Coillot, H., Cougot, B., Moret, L., Dupont, S., Bonnetain, F., & Colombat, P. (2018). The effects of work factors on nurses' job satisfaction, quality of care and turnover intentions in oncology. *Journal of Advanced Nursing*, 74(5), 1208–1219. <https://doi.org/10.1111/jan.13524>
- Given B., Given C. W. (1992). Patient and family caregiver reaction to new and recurrent breast cancer. *J Am Med Womens Assoc*. 47(5):201-206.
- Götze, H., Brähler, E., Gansera, L., Polze, N., & Köhler, N. (2014). Psychological distress and quality of life of palliative cancer patients and their caring relatives during home care. *Supportive Care in Cancer*, 22(10), 2775–2782. <https://doi.org/10.1007/s00520-014-2257-5>
- Grassi, L. (2020). Psychiatric and psychosocial implications in cancer care: The agenda of psycho-oncology.

*Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 29, e89. <https://doi.org/10.1017/S2045796019000829>

Grassi, L., Johansen, C., Annunziata, M. A., Capovilla, E., Costantini, A., Gritti, P., Torta, R., Bellani, M., & on behalf of the Italian Society of Psycho-Oncology Distress Thermometer Study Group. (2013). Screening for distress in cancer patients: A multicenter, nationwide study in Italy. *Cancer*, 119(9), 1714–1721. <https://doi.org/10.1002/cncr.27902>

Hack T. F., Degner L. F., Parker P. A. (2005). The communication goals and needs of cancer patients: a review. *Psychooncology* 14(10): 831-45.

Hagedoorn M., Sanderma R., Bolks H. N., Tuinstra J., Coyne J. C. (2008). Distress in couples coping with cancer: a meta-analysis and critical review of role and gender effects. *Psychol Bull*, 134 (1): 1-30.

Haeck M., Franke S., Wiskemann J., Mathiak K. (2012). Psycho-oncology. *Nervenarzt* 83(11): 1468-1476.

Heike, G., Schmies, C., & Schulte, T. (2020). Hinsehen: Psychosoziale Belastungen nach Krebs. *Pflegezeitschrift*, 73(8), 34–37. <https://doi.org/10.1007/s41906-020-0759-y>

Hermelink, K., Höhn, H., Hasmüller, S., Gallwas, J., Härtl, K., Würstlein, R., & Köhm, J. (2014). Brief Distress Screening in Clinical Practice: Does it Help to Effectively Allocate Psycho-Oncological Support to Female Cancer Inpatients? *Breast Care*, 9(2), 3–3. <https://doi.org/10.1159/000360788>

Herschbach P., Weis J. (2008). Screeningverfahren in der Psychoonkologie. Testinstrumente zur Identifikation betreuungsbedürftiger Krebspatienten. Deutsche Krebsgesellschaft. Téléchargement du 7.6.2013 de [http://www.krebsgesellschaft.de/download/pso\\_broschuere.pdf](http://www.krebsgesellschaft.de/download/pso_broschuere.pdf)

Hession, N., & Habenicht, A. (2020). Clinical supervision in oncology: A narrative review. *Health Psychology Research*, 8(1). <https://doi.org/10.4081/hpr.2020.8651>

Holland J. C. (2002). History of psycho-oncology: overcoming attitudinal and conceptual barriers. *Psychosom Med* 64(2): 206-221.

Holland, J. C. (2018). Psycho-oncology: Overview, obstacles and opportunities. *Psycho-Oncology*, 27(5), 1364–1376. <https://doi.org/10.1002/pon.4692>

Hoving J. L., Broekhuizen M. L., Frings-Dresen M. H. (2009). Return to work of breast cancer survivors: a systematic review of intervention studies. *BMC Cancer* 9(3): 117.

Howell D., Currie S., Mayo S., Jones G., Boyle M, Hack T. et al. (2009). A Pan-Canadian Clinical Practice Guideline: Assessment of Psychosocial Health Care Needs of the Adult Cancer Patient. Canadian Partnership Against Cancer and the Canadian Association of Psychosocial Oncology. Téléchargement du 5.4.2013 de <http://www.partnershipagainstcancer.ca/wp-content/uploads/2.4.0.1.4.6-AdultAssesmentGuideline122109.pdf>.

Howell D., Keller-Olaman S., Oliver T., Hack T., Broadfield L., Biggs K. et al. (2010). A Pan Canadian Practice Guideline: Screening, Assessment and Care of Psychosocial Distress (Depression, Anxiety) in Adults with Cancer. Canadian Partnership Against Cancer and the Canadian Association of Psychosocial Oncology. Téléchargement du 5.4.2013 de [http://www.capo.ca/pdf/ENGLISH\\_Depression\\_Anxiety\\_Guidelines\\_for\\_Posting\\_Sept2011.pdf](http://www.capo.ca/pdf/ENGLISH_Depression_Anxiety_Guidelines_for_Posting_Sept2011.pdf).

Hunt, P., Denieffe, S., & Gooney, M. (2019). Running on empathy: Relationship of empathy to compassion satisfaction and compassion fatigue in cancer healthcare professionals. *European Journal of Cancer Care*, 28(5). <https://doi.org/10.1111/ecc.13124>

Hutchison S. D., Steginga S. K., Dunn J. (2006). The tiered model of psychosocial intervention in cancer: a community based approach. *Psychooncology* 15(6): 541-546.

Hyatt, C., McDougall, C., Miller-Samuel, S., & Russo, J. (2021). Genetic Counseling for Men with Prostate Cancer. *Urologic Clinics of North America*, 48(3), 323–337. <https://doi.org/10.1016/j.ucl.2021.03.004>

IOM (2008). *Cancer care for the whole patient: Meeting psychosocial health needs*. Washington, D.C.: The National Academies Press.

Integral Kankercentrum Nederland (2011). Cancer Rehabilitation. Nation-wide guideline. Téléchargement du 4.7.2013 de <http://www.oncoline.nl/index.php?language=en> -> Integral Kankercentrum Nederland (2017). Cancer Rehabilitation. Nation-wide guideline, Version 2.0. Téléchargement du 7.2.2013 de [https://richtlijndatabase.nl/gerelateerde\\_documenten/f/17074/Cancer%20rehabilitation%20EN.pdf](https://richtlijndatabase.nl/gerelateerde_documenten/f/17074/Cancer%20rehabilitation%20EN.pdf)

Israels, T., Challinor, J., Howard, S., & Arora, R. H. (2015). Treating Children With Cancer Worldwide—

- Challenges and Interventions. *Pediatrics*, 136(4), 607–610. <https://doi.org/10.1542/peds.2015-0300>
- Jacobsen P. B., Jim H. S. (2008). Psychosocial interventions for anxiety and depression in adult cancer patients: achievements and challenges. *CA Cancer J Clin* 58(4): 214-230.
- Jacobsen, P. B., DeRosa, A. P., Henderson, T. O., Mayer, D. K., Moskowitz, C. S., Paskett, E. D., & Rowland, J. H. (2018). Systematic Review of the Impact of Cancer Survivorship Care Plans on Health Outcomes and Health Care Delivery. *Journal of Clinical Oncology*, 36(20), 2088–2100. <https://doi.org/10.1200/JCO.2018.77.7482>
- Janßen, A., Schneider, S., Stäudle, J., & Walther, J. (2021). Probleme der beruflichen (Re-)Integration von Krebserkrankten: Wie können wir unterstützen? *Der Onkologe*, 27(8), 802–808. <https://doi.org/10.1007/s00761-021-00973-0>
- Joubert, L., Hocking, A., & Hampson, R. (2013). Social Work in Oncology—Managing Vicarious Trauma—The Positive Impact of Professional Supervision. *Social Work in Health Care*, 52(2–3), 296–310. <https://doi.org/10.1080/00981389.2012.737902>
- Kearney M. K., Weininger R. B., Vachon M. L., Harrison R. L., Mount B. M. (2009). Self-care of physicians caring for patients at the end of life: "Being connected... a key to my survival". *JAMA* 301(11): 1155-1164.
- Keller M., Jost R., Haunstätter C., Kienle P., Knaebel H. P., Gebert J., Sutter C., Knebel-Doeberitz M. V., Cremer F., Mazitschek U. (2002). Comprehensive genetic counseling for families at risk for HNPCC: impact on distress and perceptions. *Genet Test* 6(4): 291-302.
- Kennedy F., Haslam C., Munir F., Pryce J. (2007). Returning to work following cancer: a qualitative exploratory study into the experience of returning to work following cancer. *Eur J Cancer Care (Engl)* 16(1): 17-25.
- Kowalski C., Nitzsche A., Scheibler F., Steffen P., Albert U. S., Pfaff H. (2009). Breast cancer patients' trust in physicians: the impact of patients' perception of physicians' communication behaviors and hospital organizational climate. *Pat Educ Couns* 77(3): 344-348.
- Krattenmacher T., Kühne F., Ernst J., Bergelt C., Romer G., Möller B. (2012). Parental cancer: factors associated with children's psychosocial adjustment--a systematic review. *J Psychosom Res* 72(5): 344-356.
- Kreitler, S. (2019). *Psycho-Oncology for the Clinician: The Patient Behind the Disease*. Springer International Publishing. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-06126-5>
- Kuhnt, S., Brähler, E., Faller, H., Härter, M., Keller, M., Schulz, H., Wegscheider, K., Weis, J., Boehncke, A., Hund, B., Reuter, K., Richard, M., Sehner, S., Wittchen, H.-U., Koch, U., & Mehnert, A. (2016). Twelve-Month and Lifetime Prevalence of Mental Disorders in Cancer Patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 85(5), 289–296. <https://doi.org/10.1159/000446991>
- Kusch M., Labouvie H., Hein-Nau B. (2013). Gestufte psychoonkologische Versorgung. In *Klinische Psychoonkologie* (pp. 190-236). Berlin Heidelberg: Springer-Verlag.
- Kusch M., Stecker R. (2005). Die psychonkologische Psychotherapie. *Forum Psychotherapeutische Praxis* 5: 15-33.
- Kusch, M., Labouvie, H., Hein-Nau, B., Schwarzkamp, U., Wolf, J., & Hallek, M. (2014). Integrierte Psychoonkologie. *DMW - Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 139(46), 2357–2360. <https://doi.org/10.1055/s-0034-1387384>
- Lagergren, P., Schandl, A., Aaronson, N. K., Adami, H., Lorenzo, F., Denis, L., Faithfull, S., Liu, L., Meunier, F., Ulrich, C., & the European Academy of Cancer Sciences. (2019). Cancer survivorship: An integral part of Europe's research agenda. *Molecular Oncology*, 13(3), 624–635. <https://doi.org/10.1002/1878-0261.12428>
- Lederberg M. S., Holland J. C. (2011) *Supportive Psychotherapy in Cancer Care: An Essential Ingredient of All Therapy*, in M. Watson and D.W. Kissane (Hrsg.), *Handbook of Psychotherapy in Cancer Care*. John Wiley & Sons, Ltd: Chichester, UK
- Lee Y. H., Chiou P. Y., Chang P. H., Hayter M. (2011). A systematic review of the effectiveness of problem-solving approaches towards symptom management in cancer care. *J Clin Nurs* 20(1-2): 73-85.
- Leitlinienprogramm Onkologie. (2014). *S3-Leitlinie Psychoonkologische Diagnostik, Beratung und Behandlung von erwachsenen Krebspatienten. Version 1.0*, 129.
- Levine, D., Lam, C., Cunningham, M., Remke, S., Chrastek, J., Klick, J., Macauley, R., & Baker, J. (2013). Best practices for pediatric palliative cancer care: A primer for clinical providers. *Journal of Supportive Oncology*,



11(3), 114–125. <https://doi.org/10.12788/j.suponc.0012>

Linden W., Girgis A. (2012). Psychological treatment outcomes for cancer patients: what do meta-analyses tell us about distress reduction? *Psychooncology* 21(4):343–50.

Luebbert K., Dahme B., Hasenbring M. (2001). The effectiveness of relaxation training in reducing treatment-related symptoms and improving emotional adjustment in acute non-surgical cancer treatment: a meta-analytical review. *Psychooncology* 10(6): 490-502.

Maguire P. (1999). Improving communication with cancer patients. *Eur J Cancer Care* 35(14): 1415-1422.

Mazor, K. M., Beard, R. L., Alexander, G. L., Arora, N. K., Firreno, C., Gaglio, B., Greene, S. M., Lemay, C. A., Robinson, B. E., Roblin, D. W., Walsh, K., Street, R. L., & Gallagher, T. H. (2013). Patients' and family members' views on patient-centered communication during cancer care: Patient and family views on cancer communication. *Psycho-Oncology*, 22(11), 2487–2495. <https://doi.org/10.1002/pon.3317>

McCorkle R., Ercolano E., Lazenby M., Schulman-Green D., Schilling L. S., Lorig K., Wagner E. H. (2011). Self-management: Enabling and empowering patients living with cancer as chronic illness. *CA Cancer*, 61(1): 50-62.

McLean, L. M., Walton, T., Matthew, A., & Jones, J. M. (2011). Examination of couples' attachment security in relation to depression and hopelessness in maritally distressed patients facing end-stage cancer and their spouse caregivers: A buffer or facilitator of psychosocial distress? *Supportive Care in Cancer*, 19(10), 1539–1548. <https://doi.org/10.1007/s00520-010-0981-z>

McMillan E., Newhouse I. J. (2011). 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* 36(6):892-903.

Mehnert, A. (2011). Rückkehr zur Arbeit bei Patienten mit einer Krebserkrankung. *Forum*. <https://doi.org/10.1007/s12312-010-0581-3>

Mehnert, A., & Johansen, C. (2019). Forschungsperspektiven bei Langzeitüberlebenden nach Krebs. *Forum*, 34(2), 165–169. <https://doi.org/10.1007/s12312-019-0578-5>

Mehnert A., Koch U. (2008). Psychological comorbidity and health-related quality of life and its association with awareness, utilization, and need for psychosocial support in a cancer register-based sample of long-term breast cancer survivors. *J Psychosom Res* 64(4): 383-391.

Mehnert, A., & Koch, U. (2013). Predictors of employment among cancer survivors after medical rehabilitation – a prospective study. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 39(1), 76–87. <https://doi.org/10.5271/sjweh.3291>

Mehnert, A., Müller, D., Lehmann, C., & Koch, U. (2006). Die deutsche Version des NCCN Distress-Thermometers: Empirische Prüfung eines Screening-Instruments zur Erfassung psychosozialer Belastung bei Krebspatienten. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 54(3), 213–223. <https://doi.org/10.1024/1661-4747.54.3.213>

Mehnert A., Petersen C., Koch U. (2003). Empfehlungen zur psychoonkologischen Versorgung im Akutkrankenhaus. *Z Med Psychol* 12: 77–84.

Miovic M., Block S (2007). Psychiatric disorders in advanced cancer. *Cancer* 110(8): 1665-1676.

Mitchell A. J., Vahadzadeh A., Magruder K. (2011). Screening for distress and depression in cancer settings: 10 lessons from 40 years of primary-care research. *Psychooncology* 20(6): 572-584.

Möller, B., Barkmann, C., Krattenmacher, T., Kühne, F., Bergelt, C., Beierlein, V., Ernst, J., Brähler, E., Flechtner, H.-H., Herzog, W., von Klitzing, K., Führer, D., Resch, F., & Romer, G. (2014). Children of cancer patients: Prevalence and predictors of emotional and behavioral problems: Children of cancer patients. *Cancer*, 120(15), 2361–2370. <https://doi.org/10.1002/cncr.28644>

Möller B., Krattenmacher T., Romer G. (2011). Kinder krebskranker Eltern: Entwicklungspsychologische Aspekte, kindliche Belastungen und psychosoziale Unterstützungsmöglichkeiten. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie* 19: 69-82.

Moore, P. M., Rivera, S., Bravo-Soto, G. A., Olivares, C., & Lawrie, T. A. (2018). Communication skills training for healthcare professionals working with people who have cancer. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2018(7). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003751.pub4>

- Mundy E. A., DuHamel K. N., Montgomery G. H. The efficacy of behavioral interventions for cancer treatment-related side effects (2003). *Semin Clin Neuropsychiatry* 8(4): 253-275.
- National Consensus Project. Clinical practice Guidelines for Quality Palliative Care, Second Edition  
Téléchargement du 7.2.2013 de <http://www.nationalconsensusproject.org/guideline.pdf>. -> National Consensus Project. Clinical practice Guidelines for Quality Palliative Care, 4<sup>th</sup> edition. Téléchargement du 3.2.2022 de <https://www.nationalcoalitionhpc.org/ncp/>
- National Institute for Clinical Excellence (2004). Improving Supportive and Palliative Care for Adults with Cancer. The Manual. Téléchargement du 3.3.2013 de <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/csgspmanual.pdf>.
- NCCN (2003). Clinical practice Guidelines in Oncology. Distress Management. National Comprehensive Cancer Network. Téléchargement du 5.2.2013 de [http://www.nccn.org/professionals/physician\\_gls/f\\_guidelines.asp](http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/f_guidelines.asp). -> NCCN (2019). Clinical practice Guidelines in Oncology. Distress Management. National Comprehensive Cancer Network. Téléchargement du 27.1.2022 de <https://jncn.org/view/journals/jncn/17/10/article-p1229.xml>.
- NCCN (2012). Clinical Practice Guidelines in Oncology. Palliative Care. National Comprehensive Cancer Network. Téléchargement du 5.2.2013 le [http://www.nccn.org/professionals/physician\\_gls/f\\_guidelines.asp](http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/f_guidelines.asp). -> NCCN (2021). Clinical Practice Guidelines in Oncology. Palliative Care. National Comprehensive Cancer Network. Téléchargement du 7.2.2022 de [https://jncn.org/configurable/content/journals\\$002fjncn\\$002f19\\$002f7\\$002farticle-p780.xml?ArticleBodyColorStyles=Inline+PDF&t:ac=journals%24002fjncn%24002f19%24002f7%24002farticle-p780.xml](https://jncn.org/configurable/content/journals$002fjncn$002f19$002f7$002farticle-p780.xml?ArticleBodyColorStyles=Inline+PDF&t:ac=journals%24002fjncn%24002f19%24002f7%24002farticle-p780.xml)
- Nehls, W. (2014). Communication Skills Training Significantly Improves Lung Cancer Patient's Understanding. *Journal of Palliative Care & Medicine*, 04(04). <https://doi.org/10.4172/2165-7386.1000182>
- NHMRC (2003). Clinical practice guidelines for the psychosocial care of adults with cancer. Canberra, Australia. Téléchargement du 3.4.2013 de [http://www.nhmrc.gov.au/\\_files\\_nhmrc/publications/attachments/cp90.pdf](http://www.nhmrc.gov.au/_files_nhmrc/publications/attachments/cp90.pdf)
- Nitkin P., Parkinson M., Schultz I. (2011). Cancer and Work: A Canadian Perspective. Téléchargement du 4.7.2013 de [http://www.capo.ca/pdf/CancerandWork-ACanadian Perspective.pdf](http://www.capo.ca/pdf/CancerandWork-ACanadian%20Perspective.pdf).
- Oechsle, K., Ullrich, A., Marx, G., Benze, G., Heine, J., Dickel, L.-M., Zhang, Y., Wowretzko, F., Wendt, K. N., Nauck, F., Bokemeyer, C., & Bergelt, C. (2019). Psychological burden in family caregivers of patients with advanced cancer at initiation of specialist inpatient palliative care. *BMC Palliative Care*, 18(1), 102. <https://doi.org/10.1186/s12904-019-0469-7>
- Paltrinieri, S., Fugazzaro, S., Bertozzi, L., Bassi, M. C., Pellegrini, M., Vicentini, M., Mazzini, E., & Costi, S. (2018). Return to work in European Cancer survivors: A systematic review. *Supportive Care in Cancer*, 26(9), 2983–2994. <https://doi.org/10.1007/s00520-018-4270-6>
- Petersen C., Kruihoff E. (2006). Psychosoziale Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. In Pawils & Koch (Eds.), *Psychosoziale Versorgung in der Medizin* (pp. 132-142). Stuttgart: Schattauer GmbH.
- Pillay, B., Wootten, A. C., Crowe, H., Corcoran, N., Tran, B., Bowden, P., Crowe, J., & Costello, A. J. (2016). The impact of multidisciplinary team meetings on patient assessment, management and outcomes in oncology settings: A systematic review of the literature. *Cancer Treatment Reviews*, 42, 56–72. <https://doi.org/10.1016/j.ctrv.2015.11.007>
- Pirl, W. F., Fann, J. R., Greer, J. A., Braun, I., Deshields, T., Fulcher, C., Harvey, E., Holland, J., Kennedy, V., Lazenby, M., Wagner, L., Underhill, M., Walker, D. K., Zabora, J., Zebrack, B., & Bardwell, W. A. (2014). Recommendations for the implementation of distress screening programs in cancer centers: Report from the American Psychosocial Oncology Society (APOS), Association of Oncology Social Work (AOSW), and Oncology Nursing Society (ONS) joint task force: Distress Screening Recommendations. *Cancer*, 120(19), 2946–2954. <https://doi.org/10.1002/cncr.28750>
- Poletti, S., Razzini, G., Ferrari, R., Ricchieri, M. P., Spedicato, G. A., Pasqualini, A., Buzzega, C., Artioli, F., Petropulacos, K., Luppi, M., & Bandieri, E. (2019). Mindfulness-Based stress reduction in early palliative care for people with metastatic cancer: A mixed-method study. *Complementary Therapies in Medicine*, 47, 102218. <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2019.102218>
- Pop, F., Postolica, R., Lupău, C., & Dégi, C. L. (2016). *CLINICAL PRACTICE GUIDE IN PSYCHO-ONCOLOGY*. 26.
- Poulsen, M. G., Khan, A., Poulsen, E. E., Khan, S. R., & Poulsen, A. A. (2016). Work engagement in cancer care: The power of co-worker and supervisor support. *European Journal of Oncology Nursing*, 21, 134–138.

<https://doi.org/10.1016/j.ejon.2015.09.003>

Purushotham, A., Bains, S., Lewison, G., Szmukler, G., & Sullivan, R. (2013). Cancer and mental health—A clinical and research unmet need. *Annals of Oncology*, 24(9), 2274–2278.

<https://doi.org/10.1093/annonc/mdt214>

Rai, A., Han, X., Zheng, Z., Yabroff, K. R., & Jemal, A. (2018). Determinants and Outcomes of Satisfaction With Healthcare Provider Communication Among Cancer Survivors. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*, 16(8), 975–984. <https://doi.org/10.6004/jnccn.2018.7034>

Reese, J. B., Handorf, E., & Haythornthwaite, J. A. (2018). Sexual quality of life, body image distress, and psychosocial outcomes in colorectal cancer: A longitudinal study. *Supportive Care in Cancer*, 26(10), 3431–3440. <https://doi.org/10.1007/s00520-018-4204-3>

Reuter K. (2010). Psychooncology: utility, principles and therapeutic options. *Psychother Psychosom Med Psychol* 60(12): 486-497.

Rick O., Kalusche E., Dauelsberg T., König V., Korsukewitz C., Seifart U. (2012). Reintegrating cancer patients into the workplace. *Dtsch Arztebl Int* 109(42): 702-708.

Riley B., Culver J., Skrzynia C., Senter L., Peters J., Costalas J. et al. (2012). Essential elements of genetic cancer risk assessment, counseling, and testing: updated recommendations of the National Society of Genetic Counselors. *J Genet Couns* 21(2): 151-161.

Roffe L., Schmidt K., Ernst E. (2005). A systematic review of guided imagery as an adjuvant cancer therapy. *Psychooncology* 14(8): 607-617.

Romer G., Saha R., Haagen M., Pott M., Baldus C., Bergelt C. (2007). Lesons learned in the implementation of an innovative consultation and liaison service for children of cancer patients in various hospital settings. *Psychooncology* 16(2) : 138-148.

Rumpold, G., Augustin, M., Zschocke, I., Strittmatter, G., & Söllner, W. (2001). *Eine Untersuchung an zwei repräsentativen ambulanten Stichproben von Melanompatienten*. 9.

Russo, A., Peeters, M., Incorvaia, L., & Rolfo, C. (Hrsg.). (2021). *Practical Medical Oncology Textbook*. Springer International Publishing. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-56051-5>

Salmon, P., Clark, L., McGrath, E., & Fisher, P. (2015). Screening for psychological distress in cancer: Renewing the research agenda: Screening for psychological distress. *Psycho-Oncology*, 24(3), 262–268. <https://doi.org/10.1002/pon.3640>

Sanchez-Reilly, S., Morrison, L., Carey, E., Bernacki, R., O’Neill, L., Kapo, J., Periyakoil, V., & Thomas, J. (2013). Caring for oneself to care for others: Physicians and their self-care. *Journal of Supportive Oncology*, 11(2), 75–81. <https://doi.org/10.12788/j.suponc.0003>

Schilling, G. (2019). Psychosoziale Versorgung für Langzeitüberlebende nach Krebs. *Im Fokus Onkologie*, 22(3), 39–43. <https://doi.org/10.1007/s15015-019-0106-6>

Schröder H. M., Lilienthal S., Schreiber-Gollwitzer B. M., Griessmeier B. (2006). Psychosoziale Versorgung in der Pädiatrischen Onkologie. In DKG. (Ed.), *Kurzgefasste interdisziplinäre Leitlinien* (pp. 457-467). Zuckschwerdt Verlag.

Schröder H. M., Lilienthal S., Schreiber-Gollwitzer B. M., Griessmeier B. (2008). *Psychosoziale Versorgung in der Pädiatrischen Onkologie und Hämatologie*. Téléchargement du 4.5.2013 de [http://www.kinderkrebsinfo.de/gpoh/psapoh/s3\\_leitlinie/index\\_ger.html](http://www.kinderkrebsinfo.de/gpoh/psapoh/s3_leitlinie/index_ger.html).

Schröder, H. M., Lilienthal, S., Schreiber-Gollwitzer, B. M., Griesmeier, B., Hesselbarth, B., Lein-Köhler, I., Nest, A., Weiler-Wichtl, L. J., & Leiss, U. (2019). *Psychosoziale Versorgung in der Pädiatrischen Onkologie und Hämatologie*. 87.

Schwappach D. (2007). Patientenbedürfnisse an die onkologische Rehabilitation. Eine qualitative Studie. Im Auftrag der Krebsliga Schweiz, Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung.

Shakeel S., Tung J., Rahal R., Finley C. Evaluation of Factors Associated With Unmet Needs in Adult Cancer Survivors in Canada. *JAMA network open*. 2020;3:e200506.

Short P. F., Vargo M. M. (2006). Responding to employment concerns of cancer survivors. *J Clin Oncol* 24(32): 5138-5141.

- Singer S., Bringmann H., Hauss J., Kortmann R., Kohler U., Krauss O. et al. (2007). Prevalence of concomitant psychiatric disorders and the desire for psychosocial help in patients with malignant tumors in an acute hospital. *Dtsch Med Wochenschr* 132(40): 2071-2076.
- Singer S., Kuhnt S., Götze H., Hauss J., Hinz A., Liebmann A. et al. (2009). Hospital anxiety and depression scale cutoff scores for cancer patients in acute care. *Br J Cancer* 100(6): 908-912.
- Sperner-Unterweger B. (2011). Psycho-oncology - psychosocial oncology: Integration in a concept of oncological treatment. *Nervenarzt* 82(3): 371-378.
- Stanton A. (2005). How and for whom? Asking questions about the utility of psychosocial interventions for individuals diagnosed with cancer. *J Clin Oncol* 23(22): 4818-4820.
- Stäudle, J., & Helbig, J. (2021). Return to Work: Weg zurück ins Leben. *Forum*, 36(2), 133–138. <https://doi.org/10.1007/s12312-021-00919-y>
- Steel, J. L., & Carr, B. I. (Hrsg.). (2022). *Psychological Aspects of Cancer: A Guide to Emotional and Psychological Consequences of Cancer, Their Causes, and Their Management*. Springer International Publishing. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-85702-8>
- Steiner J., Cavender T., Nowels C, Beaty B., Bradley C, Faircough D. et al. (2008). The impact of physical and psychosocial factors on work characteristics after cancer. *Psychooncology* 17(2): 138-147.
- Tatrow K., Montgomery G. H. (2006). Cognitive behavioral therapy techniques for distress and pain in breast cancer patients: a meta-analysis. *J Behav Med* 29(1): 17-27.
- Teo, I., Krishnan, A., & Lee, G. L. (2019). Psychosocial interventions for advanced cancer patients: A systematic review. *Psycho-Oncology*, 28(7), 1394–1407. <https://doi.org/10.1002/pon.5103>
- Thastum M., Johansen M., Gubba L., Olesen L., Romer G. (2008). Coping, social relations, and communication: a qualitative exploratory study of children of parents with cancer. *Clin Child Psychol Psychiatry* 13(1): 123-138.
- Tondorf, T., Grossert, A., Rothschild, S. I., Koller, M. T., Rochlitz, C., Kiss, A., Schaefer, R., Meinschmidt, G., Hunziker, S., Zwahlen, D. (2018). Focusing on cancer patients' intentions to use psychooncological support: A longitudinal, mixed-methods study. *Psycho-Oncology*, 27(6), 1656–1663. <https://doi.org/10.1002/pon.4735>
- Travado, L., Breitbart, W., Grassi, L., Fujisawa, D., Patenaude, A., Baider, L., Connor, S., & Fingeret, M. (2017). 2015 President's Plenary International Psycho-oncology Society: Psychosocial care as a human rights issue—challenges and opportunities: COMMENTARY. *Psycho-Oncology*, 26(4), 563–569. <https://doi.org/10.1002/pon.4209>
- van Rooij, J., Brom, L., Sommeijer, D., van de Poll-Franse, L., Raijmakers, N., & on behalf of the eQuiPe study group. (2021). Self-care, resilience, and caregiver burden in relatives of patients with advanced cancer: Results from the eQuiPe study. *Supportive Care in Cancer*, 29(12), 7975–7984. <https://doi.org/10.1007/s00520-021-06365-9>
- Visser A., Huizinga G. A., Hoekstra H.J., Van Der Graaf W. T., Klip E., Pras E. et al. (2005). Emotional and behavioural functioning of children of a parent diagnosed with cancer: A cross-informant perspective. *Psychooncology* 14(9): 746-758.
- Von Korff M., Tiemens B. (2000). Individualized stepped care of chronic illness. *West J Med* 172(2): 133-137.
- Walczak, A., McDonald, F., Patterson, P., Dobinson, K., & Allison, K. (2018). How does parental cancer affect adolescent and young adult offspring? A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 77, 54–80. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.08.017>
- Watkins C. (2012). Contemporary visions of psychotherapy supervision: Sharing perspective, identifying need, and charting possibility. *J Contemp Psychother* 42: 125-127.
- Weis J. (2001). Die Psychoonkologie und ihre Bedeutung für die Krebsmedizin: Aktuelle Entwicklungstrends und zukünftige Forschungsaufgaben. *Onkologie* 14: 74-79.
- Weis J., Boehncke A. (2011). Psychological comorbidity in patients with cancer. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 54(1): 46-51.
- Weis J., Keller M., Singer S., Wickert M, Werner A., Schwarz R. (2008). Diagnoseübergreifende Leitlinien psychoonkologischer Beratung und Behandlung. In: Deutsche Krebsgesellschaft (Hrsg.), *Kurzgefasste interdisziplinäre Leitlinien* (pp. 10-15). München: Zuckschwerdt Verlag.

Yi J. C., Syrjala K. L. Anxiety and Depression in Cancer Survivors. *The Medical clinics of North America*. 2017;101:1099-1113.

Yoo H. J., Ahn S. H., Kim A. S., Kim W. K., Han O. S. (2005). Efficacy of progressive muscle relaxation training and guided imagery in reducing chemotherapy side effects in patients with breast cancer and in improving their quality of life. *Support Care Cancer* 13(10): 826-833.

Zakowski S.G., Herzer M, Barrett S. D., Milligan J. G., Beckman N. (2011). Who benefits from emotional expression? An examination of personality differences among gynaecological cancer patients participating in a randomized controlled emotional disclosure intervention trial. *Br J Psychol* 102(3): 355-372.

Zegers, A. D., Coenen, P., Belzen, M., Engelen, V., Richel, C., Dona, D. J. S., Beek, A. J., & Duijts, S. F. A. (2021). Cancer survivors' experiences with conversations about work-related issues in the hospital setting. *Psycho-Oncology*, 30(1), 27–34. <https://doi.org/10.1002/pon.5529>

2<sup>e</sup> édition, mars 2024