

SÉNAT DE BELGIQUE

SESSION DE 2006-2007

15 DÉCEMBRE 2006

Proposition de résolution relative à la psycho-oncologie

(Déposée par M. François Roelants
du Vivier)

DÉVELOPPEMENTS

On recense en Belgique près de 40 000 cas de cancer par an. Ces chiffres inquiétants nous rappellent chaque jour combien la lutte contre le cancer doit rester une priorité dans le cadre de la politique de santé publique.

En matière de traitement d'un cancer, il n'est plus à démontrer toute l'importance de l'approche multidisciplinaire, garante d'une prise en charge optimale pour les patients atteints d'un cancer. Au sein de cette approche globale, la prise en charge psychologique est essentielle. C'est pourquoi, la présente proposition de résolution souhaite mettre l'accent sur l'importance de la dimension psychologique, bien trop souvent négligée.

Pourtant, l'annonce d'un cancer est un choc et bouleverse complètement la vie d'un patient mais également celle de ses proches. Il faut savoir que le cancer est « à l'origine d'une série de réactions qui peuvent être cognitives, émotionnelles et comportementales » (1). En effet, de nombreux patients atteints du cancer doivent faire face à de nombreuses difficultés que ce soit dans le cadre de leurs activités quotidiennes, de leur vie sociale, mais également dans le cadre de leur traitement où les malades doivent faire face à des difficultés telles que la chimiothérapie, la douleur, les craintes liées à l'évolution de leur maladie ou encore les effets secondaires des traitements. On constate donc que les patients atteints d'un cancer doivent faire face à une série de difficultés non négligeables.

(1) D. Razavi, I. Merckaert, Y. Libert, *Étude des besoins et de l'organisation du soutien psychosocial des patients atteints d'un cancer de leurs proches*, avril 2005, Université Libre de Bruxelles, Vol I, p. 22.

BELGISCHE SENAAAT

ZITTING 2006-2007

15 DECEMBER 2006

Voorstel van resolutie betreffende de psycho-oncologie

(Ingediend door de heer François Roelants
du Vivier)

TOELICHTING

In België telt men bijna 40 000 kankergevallen per jaar. Deze verontrustende cijfers herinneren er ons aan dat de strijd tegen kanker een prioriteit van het volksgezondheidsbeleid moet blijven.

Inzake kankerbehandeling hoeft het belang van een multidisciplinaire aanpak, die borg staat voor een optimale behandeling van de kankerpatiënten, niet langer aangetoond worden. Binnen deze totaalaanpak is de psychologische benadering essentieel. Daarom wil dit voorstel van resolutie het belang benadrukken van de psychologische dimensie, die al te vaak over het hoofd wordt gezien.

Nochtans is het altijd een schok om te vernemen dat men kanker heeft, en wordt het leven van de patiënt maar ook van zijn naasten er helemaal door overhoopgehaald. Kanker veroorzaakt reacties die zowel met het cognitieve, het emotionele als het gedrag te maken hebben (1). Veel kankerpatiënten moeten immers het hoofd bieden aan een groot aantal problemen in hun dagelijkse leven, hun sociale leven, maar ook in het kader van hun behandeling wanneer zij te maken krijgen met chemotherapie, pijn, angst voor het verloop van de ziekte of de neveneffecten van de behandeling. Kankerpatiënten hebben dus te kampen met aanzienlijke moeilijkheden.

(1) D. Razavi, I. Merckaert, Y. Libert, *Étude des besoins et de l'organisation du soutien psychosocial des patients atteints d'un cancer de leurs proches*, avril 2005, Université Libre de Bruxelles, Vol. 1, blz. 22.

Ainsi, de nombreuses études ont démontré que « 10 à 50 % des personnes touchées par le cancer, présentaient un haut niveau de détresse » (1). De même, il ressort de la littérature scientifique, « que 10 à 30 % des proches des patients atteints d'un cancer présentaient une détresse émotionnelle d'un niveau psychiatrique, ce taux passant de 30 à 50 % lorsque le patient était à un stade avancé de la maladie » (2). Ces statistiques justifient toute l'importance d'une prise en charge rapide des patients atteints d'un cancer ainsi que de leurs proches.

En effet, on estime « qu'une détresse non-traitée peut avoir des conséquences à long terme sur l'adhésion du patient aux traitements, sur sa durée d'hospitalisation, sur ses chances de survie, sur son désir d'un décès anticipé et sur sa qualité de vie et celle de ses proches » (3).

De plus, il apparaît clairement que « les interventions psychologiques améliorent la qualité de vie et le fonctionnement quotidien des malades et éventuellement de leur entourage » (4).

La psycho-oncologie est une discipline assez récente, qui s'est développée suite aux progrès réalisés dans le domaine de l'oncologie (5). La guérison est en effet de l'ordre du possible. Or, « la société de service a entraîné une raréfaction des échanges d'aides pratiques et/ou émotionnelles. Il devient de plus en plus difficile de demander à ses proches un soutien nécessitant un sacrifice de temps important. C'est pourquoi les nombreuses conséquences psychologiques, sociales voire psychiatriques des affections cancéreuses ont entraîné la nécessité de développer une prise en charge oncologique multidisciplinaire » (6). Le travail des psycho-oncologues consistera à préserver au mieux l'intégrité psychique et physique des patients atteints par le cancer, de récupérer des troubles réversibles et de compenser les troubles irréversibles. En d'autres mots, le rôle du psycho-oncologue sera d'aider le patient mais également ses proches « à s'adapter à l'événement cancer et toutes ses conséquences en vue d'assurer une meilleure qualité de vie » (7).

En avril 2005, à la demande du Service publique fédéral de la Santé publique une grande étude a été réalisée en Belgique qui visait à répondre à trois questions fondamentales (8):

(1) D. Razavi, I. Merckaert, Y. Libert, *o.c.*, p. 6.

(2) *ibidem*.

(3) D. Razavi, I. Merckaert, Y. Libert, *o.c.*, p. 12.

(4) <http://www.bordet.be/servmed/minterne/psychol/eng/mission.htm>

(5) <http://spiral.univ-lyon1.fr/polycop/Cancerologie/Cancerologie-15.html>

(6) D. Razavi, I. Merckaert, Y. Libert, *o.c.*, Vol III, p. 271.

(7) *Ibidem*.

(8) P. Scalliet, *Psycho-oncologie et communication : formation des intervenants*, acte du colloque sur le cancer du sein au Sénat, Bruxelles, 2005.

Vele studies tonen aan dat 10 à 15 % van de naasten van kankerpatiënten in een hoge staat van ontredde- ring verkeren (1). Ook blijkt uit de wetenschappelijke literatuur dat 10 à 30 % van de naasten van kankerpatiënten lijden aan een emotionele ontredde- ring van psychiatri- sch niveau. In een geavanceerd stadium van de ziekte loopt dit percentage zelfs op tot 30 à 50 % (2). Uit deze statistieken blijkt hoe belangrijk het is dat kankerpatiënten en hun naasten snel begeleid worden.

Men oordeelt immers dat een onbehandelde ontredde- ring gevolgen op lange termijn kan hebben voor de bereidheid van de patiënt om geneesmiddelen te nemen, voor de duur van zijn hospitalisatie, voor zijn kansen om te overleven, voor zijn wens om vroegtijdig te sterven en voor zijn levenskwaliteit en die van zijn naasten (3).

Bovendien blijkt duidelijk dat psychologische ingrepen de levenskwaliteit en het dagelijkse functioneren van de zieken en eventueel van hun naasten verbeteren (4).

Psycho-oncologie is een vrij recente tak van de wetenschap, die zich heeft ontwikkeld ten gevolge van de positieve ontwikkelingen in de oncologie (5). Genezing is immers mogelijk. De dienstenmaatschap- pij heeft echter geleid tot minder uitwisseling in de praktische of emotionele hulp. Het wordt alsmear moeilijker aan naasten steun te vragen waarvoor zij veel tijd moeten opofferen. Voor vele psychologische, sociale of psychiatri- sche gevolgen van kankeraandoe- ningen is een multidisciplinaire oncologische behan- deling dan ook noodzakelijk geworden (6). Het werk van psycho-oncologen bestaat erin de psychische en fysieke integriteit van kankerpatiënten zo goed moge- lijk te bewaren, omkeerbare stoornissen om te buigen en onomkeerbare stoornissen te compenseren. De psycho-oncoloog zorgt er met andere woorden voor dat de patiënt maar ook zijn naasten zich kunnen aanpassen aan de aanwezigheid van kanker en alle gevolgen ervan, zodat hun levenskwaliteit erdoor verbetert (7).

In opdracht van de federale overheidsdienst Volks- gezondheids werd in april 2005 een grootschalige studie uitgevoerd om drie fundamentele vragen te beantwoorden (8):

(1) D. Razavi, I. Merckaert, Y. Libert, *o.c.*, blz. 6.

(2) *Ibidem*.

(3) D. Ravazi, I. Merckaert, Y. Libert, *o.c.*, blz. 12.

(4) <http://www.bordet.be/servmed/minterne/psychol/eng/mission.htm>

(5) <http://spiral.univ-lyon1.fr/polycop/Cancerologie/Cancerologie-15.html>

(6) D. Ravazi, I. Merckaert, Y. Libert, *o.c.*, Vol. III, blz. 271.

(7) *Ibidem*.

(8) P. Scalliet, *Psycho-oncologie et communication : formation des intervenants*, colloquium over kanker gehouden in de Senaat, Brussel, 2005.

1) *quelle est la réalité chiffrée de la détresse psycho-sociale à laquelle sont exposés les patients atteints d'un cancer ?*

2) *Quel est le niveau de détresse de l'entourage ?*

3) *Quelle est la capacité des médecins spécialistes à détecter et à quantifier cette détresse ?*

D'après cette étude, on a relevé 38 types de difficultés auxquelles les patients sont principalement confrontés. Les plus importantes sont d'ordre physique, psychosocial, conjugal et sexuel.

L'ensemble de ces données est repris dans le tableau en annexe 1.

Le tableau suivant reprend l'importance des difficultés rencontrées au cours du dernier mois par les preneurs en charge principaux des patients atteints d'un cancer. L'essentiel de ces difficultés était d'ordre physique, psychosocial, sexuel et de communication (annexe 2).

Selon les résultats de cette étude, il ressort qu'un quart des patients présentait un niveau de détresse élevé et qu'un quart présentait un niveau de détresse moyen. De plus, un patient sur 6 souffrait de dépression moyenne et un patient sur dix souffrait de dépression sévère.

Ces données essentielles démontrent toute l'importance de la prise en charge des patients atteints d'un cancer par des psycho-oncologues qualifiés.

C'est là que le bât blesse. En effet, selon des données collectées en Belgique entre 10 000 et 25 000 patients et autant de proches devraient être pris en charge chaque année (1). Pour répondre à ce besoin, la Belgique devrait donc pouvoir disposer d'au moins 350 psycho-oncologues. Or, à l'heure actuelle on recense seulement 70 psycho-oncologues pour toute la Belgique, ce qui est donc nettement insuffisant.

On constate également des manques d'ordre matériel comme les locaux, relationnel dû au manque de communication au sein des équipes, organisationnel en raison du manque d'intervenants psychosociaux et de travail pluridisciplinaire et psychologique (2).

François ROELANTS DU VIVIER.

*
* *

(1) P. Scalliet, *Psycho-oncologie et communication : formation des intervenants*, acte du colloque sur le cancer du sein au Sénat, Bruxelles, 2005; D. Razavi, I. Merckaert, Y. Libert, *o.c.*, Vol. III, p. 331.

(2) D. Razavi, I. Merckaert, Y. Libert, *o.c.*, Vol. III, p. 312.

1) hoe vertaalt zich de psycho-sociale ontreddeering waarmee kankerpatiënten te maken krijgen in cijfers ?

2) hoe ontredderd zijn de naasten ?

3) hoe kunnen gespecialiseerde artsen deze ontreddeering waarnemen en kwantificeren ?

Volgens deze studie hebben patiënten hoofdzakelijk met 38 soorten moeilijkheden te maken. De belangrijkste zijn van fysieke, psychosociale, relationele en seksuele aard.

De totaliteit van de gegevens vindt men in de tabel in bijlage 1.

De volgende tabel geeft de omvang aan van de moeilijkheden die diegenen die zich het meest met een kankerpatiënt hebben beziggehouden, ondervinden tijdens de laatste maand. De voornaamste moeilijkheden zijn van psychische, psychosociale, seksuele en communicatieve aard (bijlage 2).

Uit deze studie blijkt dat een vierde van de patiënten in een hoge mate van ontreddeering verkeren en een vierde met een matige vorm van ontreddeering geconfronteerd wordt. Bovendien leed één patiënt op de zes aan een matige depressie en één op de tien aan een ernstige depressie.

Deze essentiële gegevens tonen aan hoe belangrijk het is dat kankerpatiënten begeleid worden door gespecialiseerde psycho-oncologen.

Dat is waar het schoentje knelt. Volgens Belgische gegevens zouden tussen de 10 000 en 25 000 patiënten en evenveel naasten daar elk jaar voor in aanmerking moeten komen (1). Om aan deze behoefte tegemoet te komen zou België dus moeten kunnen beschikken over minstens 350 psycho-oncologen. Er zijn vandaag echter slechts 70 psycho-oncologen in heel België, veel te weinig dus.

Ook is er een gebrek aan materiële middelen zoals lokalen, en een gebrek aan communicatie tussen de verschillende teams. Bovendien is de organisatie ontoereikend bij gebrek aan psycho-sociale interventies en aan een multidisciplinaire en psychologische aanpak (2).

*
* *

(1) P. Scalliet, *Psycho-oncologie et communication : formation des intervenants*, colloquium over kanker gehouden in de Senaat, Brussel, 2005; D. Ravazi, I. Merckaert, Y. Libert, *o.c.*, Vol. III, blz. 331.

(2) D. Ravazi, I. Merckaert, Y. Libert, *o.c.*, Vol. III, blz. 312.

PROPOSITION DE RÉOLUTION

Le Sénat,

A. Vu la récente étude d'avril 2005 réalisée par le Service public fédéral de la Santé publique portant sur les besoins et l'organisation du soutien psychosocial des patients atteints d'un cancer et de leurs proches;

B. Considérant que le cancer est à l'origine d'une série de réactions qui peuvent être cognitives, émotionnelles et comportementales;

C. Considérant qu'il apparaît clairement que les interventions psychologiques améliorent la qualité de vie et le fonctionnement quotidien des malades et éventuellement de leur entourage;

D. Considérant qu'il ressort d'une étude menée en Belgique qu'un quart des patients atteints du cancer présente un niveau de détresse élevé et qu'un quart présente un niveau de détresse moyen;

E. Considérant qu'il ressort de la même étude qu'un patient sur six souffre de dépression moyenne et qu'un patient sur dix souffre de dépression sévère;

F. Considérant qu'une détresse non-traitée peut avoir des conséquences à long terme sur l'adhésion du patient aux traitements, sur sa durée d'hospitalisation, sur ses chances de survie, sur son désir d'un décès anticipé et sur sa qualité de vie et celle de ses proches;

G. Considérant que l'aide la plus fréquente chez les patients atteints d'un cancer provient des médecins spécialistes, et que ceux-ci éprouvent d'importantes difficultés à reconnaître la détresse de leurs patients et ont tendance à la sous-évaluer;

H. Considérant que d'après les données collectées en Belgique entre 10 000 et 25 000 patients et autant de proches devraient être pris en charge chaque année;

I. Considérant la pénurie de psycho-oncologues, dont le nombre est évalué à 70 pour l'ensemble du territoire national;

J. Considérant qu'actuellement il n'existe aucune formation spécifique en psycho-oncologie, la formation étant essentiellement basée sur la pratique clinique;

K. Considérant que les unités de psycho-oncologie doivent faire partie intégrante de l'équipe pluridisciplinaire qui prend en charge le patient atteint d'un cancer afin de détecter et de traiter le plus rapidement possible les patients en détresse psychologique;

L. Considérant qu'il est essentiel de former les psychologues à la psychologie mais également les

VOORSTEL VAN RESOLUTIE

De Senaat,

A. gelet op de recente studie van april 2005 van de federale overheidsdienst Volksgezondheid over de noden en de organisatie van de psychosociale begeleiding van kankerpatiënten en hun naasten;

B. overwegende dat kanker reacties veroorzaakt die het cognitieve, het emotionele en het gedrag beïnvloeden;

C. overwegende dat duidelijk blijkt dat psychologische begeleiding de levenskwaliteit en de dagelijkse werking van de zieken en eventueel hun omgeving verbetert;

D. overwegende dat een Belgische studie aantoont dat een vierde van de kankerpatiënten geconfronteerd wordt met een hoge mate van ontredde en een vierde met een matige vorm van ontredde;

E. overwegende dat uit dezelfde studie blijkt dat een patiënt op zes lijdt aan een matige depressie en een op tien aan een ernstige depressie;

F. overwegende dat niet behandelde ontredde gevolgen kan hebben op lange termijn voor de aanvaarding van geneesmiddelen door de patiënt, voor de duur van zijn hospitalisatie, voor zijn overlevingskansen, voor zijn wens om vroegtijdig te sterven en voor zijn levenskwaliteit en die van zijn naasten;

G. overwegende dat de meeste hulp aan kankerpatiënten geboden wordt door gespecialiseerde artsen, en dat zij grote moeilijkheden ondervinden om de ontredde van hun patiënten te onderkennen en de neiging hebben om die te onderschatten;

H. overwegende dat volgens Belgische gegevens, 10 000 tot 25 000 patiënten en evenveel naasten elk jaar begeleid zouden moeten worden;

I. overwegende dat het aantal psycho-oncologen in heel België op 70 geraamd wordt, wat veel te weinig is;

J. overwegende dat er momenteel geen specifieke opleiding in de psycho-oncologie bestaat, en dat de kennis voornamelijk steunt op klinische ervaring;

K. overwegende dat de psycho-oncologische eenheden integraal deel moeten uitmaken van het multidisciplinaire team dat de kankerpatiënt begeleidt zodat de psychologische ontredde van patiënten zo snel mogelijk opgespoord en behandeld kan worden;

L. overwegende dat het essentieel is dat psychologen, maar ook artsen, verplegers en beoefenaars van

médecins, infirmiers et titulaires de professions paramédicales.

Demande au gouvernement :

1. de développer des formations spécifiques en psycho-oncologie destinées aux psychologues, psychiatres, médecins, infirmières et titulaires de professions paramédicales.

2. de prévoir un budget afin de développer des unités de psycho-oncologie, entités constituées de plusieurs psycho-oncologues, faisant partie intégrante de l'équipe médico-chirurgicale d'une institution, habilitées à offrir des programmes de base.

3. de prévoir un budget pour développer des services de psycho-oncologie, soit des entités constituées de plusieurs psycho-oncologues faisant partie de l'équipe médico-chirurgicale d'une institution habilitée à offrir des programmes de soins.

4. de réaliser tous les cinq ans une évaluation des besoins en psycho-oncologie à l'échelle nationale.

7 novembre 2006.

François ROELANTS DU VIVIER.
Margriet HERMANS.
Jihane ANNANE.
Alain DESTEXHE.

paramedische beroepen een opleiding in de psycho-oncologie krijgen,

vraagt de regering :

1. te voorzien in specifieke opleidingen in de psycho-oncologie voor psychologen, psychiaters, artsen, verplegers en beoefenaars van paramedische beroepen;

2. te voorzien in een budget om psycho-oncologische eenheden op te richten, die bestaan uit verschillende psycho-oncologen, en die integraal deel uitmaken van het medisch en chirurgisch team van een instelling die bevoegd is om basisprogramma's aan te bieden;

3. te voorzien in een budget om psycho-oncologische diensten op te richten, die bestaan uit verschillende psycho-oncologen die integraal deel uitmaken van het medisch en chirurgisch team van een instelling die bevoegd is om zorgprogramma's aan te bieden;

4. om de vijf jaar een nationale evaluatie te maken van de behoeften in de psycho-oncologie.

7 november 2006.

Annexe 1

Bijlage 1

Tableau 9. Importance des difficultés rencontrées par les patients atteints d'un cancer (n=381)

	Fréquence des difficultés ¹		Intensité des difficultés ²	
	n	%	M	SD
Difficultés physiques				
Mobilité	335	87,9	2,1	1,1
Activités de la vie quotidienne	245	64,3	1,2	1,2
Loisirs	261	68,5	1,5	1,2
Perte de poids	204	53,5	1,1	1,2
Professions/travail	262	68,8	1,9	1,6
Douleurs	237	62,2	1,3	1,2
Habillement	103	27,0	0,5	1,0
Difficultés dans les interactions médicales				
Obtenir des informations	68	17,1	0,3	0,7
Communiquer avec l'équipe	127	33,3	0,5	0,9
Contrôler les actes médicaux	110	28,9	0,6	1,1
Difficultés psychosociales				
Image du corps	159	41,7	0,9	1,3
Détresse psychologique	319	83,7	1,6	1,0
Fonctionnement cognitif	237	62,2	1,2	1,2
Communication avec les amis	162	42,5	0,8	1,1
Relations avec les amis	170	44,6	0,8	1,0
Anxiété par rapport aux situations médicales	271	71,1	1,4	1,2
Inquiétudes relatives à la maladie	271	71,1 *	1,5	1,2
Relations avec les enfants	106	34,1 *	0,7	1,1
Soucis au travail	20	29,4 *	0,5	1,0
Difficultés conjugales				
Communication avec le partenaire	120	40,1 *	0,8	1,1
Contacts physiques avec le partenaire	90	30,3 *	0,6	1,1
Entente avec le partenaire	74	24,8 *	0,4	0,8
Surprotection du partenaire	73	24,4 *	0,4	0,8
Manque d'attention du partenaire	58	19,5 *	0,4	1,0
Difficultés sexuelles				
Intérêt sexuel	190	50,8 *	1,1	1,3
Dysfonctions sexuelles	157	73,4 *	1,8	1,4
Autres difficultés				
Douleurs lors de procédures diagnostiques	112	29,5 *	0,6	1,1
Prise de poids	91	23,9	0,5	1,0
Diarrhée / Incontinence	145	38,1	0,7	1,0
Chimiothérapie	162	94,7 *	2,1	0,9
Radiothérapie	54	84,4 *	1,8	1,2
Stomie	4	28,6 *	0,6	1,3
Prothèse	30	39,5 *	0,9	1,4
Adhérence aux traitements	37	48,7	0,2	0,6
Déplacements	76	19,9	0,5	1,0
Difficultés économiques	113	29,7 *	0,7	1,2
Obstacles à l'embauche	1	25,0 *	0,8	1,5
Rencontres amoureuses	27	32,5 *	0,9	1,5

¹ Nombre de patients ayant rencontré au moins un peu ces difficultés au cours du dernier mois

² 0=Pas du tout, 1= Un peu, 2= Modérément, 3= Beaucoup, 4= Enormément

* Pourcentage adapté selon la pertinence des difficultés pour la situation sociodémographique et médicale du patient et les valeurs manquantes

Source : D. Razavi, I. Merckaert, Y. Libert, « Étude des besoins et de l'organisation du soutien psychosocial des patients atteints d'un cancer et de leurs proches, Vol. I, ULB, p. 40.

Bron : D. Razavi, I. Merckaert, Y. Libert, *Étude des besoins et de l'organisation du soutien psychosocial des patients atteints d'un cancer de leurs proches*, avril 2005, Université Libre de Bruxelles, Vol. I, ULB, blz. 40.

Annexe 2

Bijlage 2

Tableau 16. Importance des difficultés rencontrées au cours du dernier mois par les preneurs en charge principaux des patients (n=284)

	Fréquence des difficultés ¹		Intensité des difficultés ²	
	n	%	M	SD
Difficultés physiques				
Mobilité	129	46,2 *	0,9	1,1
Activités de la vie quotidienne	58	20,8 *	0,3	0,7
Loisirs	152	54,1 *	1,0	1,2
Professions/travail	100	35,6 *	0,7	1,1
Difficultés dans les interactions médicales				
Obtenir des informations	54	19,2 *	0,4	0,9
Communiquer avec l'équipe	82	29,2 *	0,5	1,0
Contrôler les actes médicaux	72	25,6 *	0,5	1,1
Difficultés psychosociales				
Détresse psychologique	231	82,2 *	1,5	1,0
Fonctionnement cognitif	134	47,7 *	0,8	1,0
Communication avec les amis et la famille	106	37,9 *	0,7	1,1
Relations avec les amis et la famille	98	35,0 *	0,6	0,9
Inquiétudes	221	78,9 *	1,8	1,3
Relations avec les enfants	47	20,8 *	0,4	0,8
Difficultés sexuelles				
Intérêt sexuel	110	40,1 *	0,8	1,1
Dysfonctions sexuelles	112	59,3 *	1,1	1,2
Difficultés conjugales				
Communication avec le partenaire	116	46,2 *	0,8	1,1
Contacts physiques avec le partenaire	58	23,4 *	0,4	0,9
Entente avec le partenaire	63	25,2 *	0,4	0,8
Surprotection du partenaire	21	8,4 *	0,2	0,6
Manque d'attention du partenaire	51	20,5 *	0,4	0,9
Autres difficultés				
Soucis au travail	43	29,9 *	0,6	1,0
Obstacles à l'embauche	3	23,1 *	0,5	1,2
Rencontres amoureuses	11	42,3 *	0,8	1,2
Difficultés économiques	58	20,8 *	0,4	0,9

¹ Nombre de preneurs en charge principaux ayant rencontré au moins un peu ces difficultés au cours du dernier mois

² 0=Pas du tout, 1= Un peu, 2= Modérément, 3= Beaucoup, 4= Enormément

* Adapté selon les valeurs manquantes et/ou l'adéquation à la situation familiale

Source : D. Razavi, I. Merckaert, Y. Libert, *Étude des besoins et de l'organisation du soutien psychosocial des patients atteints d'un cancer et de leurs proches*, Vol. I, Université Libre de Bruxelles, pp. 87 et 88.

Bron : D. Razavi, I. Merckaert, Y. Libert, *Étude des besoins et de l'organisation du soutien psychosocial des patients atteints d'un cancer de leurs proches*, avril 2005, Vol. I, Université Libre de Bruxelles, blz. 87 en 88.

