



**Enquête régionale :**  
**Description de l'organisation du**  
**Dispositif d'Annonce chez les femmes**  
**atteintes d'un cancer du sein en 2011**

<b>1</b>	<b>CONTEXTE</b>	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>OBJECTIFS</b>	<b>1</b>
<b>3</b>	<b>MÉTHODOLOGIE</b>	<b>1</b>
<b>4</b>	<b>PLANNING DE RÉALISATION</b>	<b>2</b>
<b>5</b>	<b>PARTICIPATION RÉGIONALE</b>	<b>2</b>
<b>6</b>	<b>RÉSULTATS</b>	<b>3</b>
<b>6.1</b>	<b>LA CONSULTATION D'ANNONCE MÉDICALE</b>	<b>3</b>
6.1.1	LA PRÉ-ANNONCE DU DIAGNOSTIC	3
6.1.2	L'ANNONCE DU DIAGNOSTIC CONFIRMÉ	6
6.1.3	L'ANNONCE DE LA STRATÉGIE THÉRAPEUTIQUE	9
6.1.4	TRANSMISSION DE L'INFORMATION	13
	→ Synthèse du temps médical d'annonce	14
<b>6.2</b>	<b>L'ENTRETIEN SOIGNANT</b>	<b>15</b>
6.2.1	DESCRIPTION	15
	→ Synthèse	17
6.2.2	TRANSMISSION DE L'INFORMATION	18
<b>6.3</b>	<b>LE PROGRAMME PERSONNALISÉ DE SOINS (PPS)</b>	<b>22</b>
6.3.1	DESCRIPTION	22
	→ Synthèse	23
6.3.2	TRANSMISSION DE L'INFORMATION	24
<b>6.4</b>	<b>LES SOINS ONCOLOGIQUES DE SUPPORT (SOS)</b>	<b>26</b>
6.4.1	DESCRIPTION	26
	→ Synthèse	27
6.4.2	TRANSMISSION DE L'INFORMATION	28
<b>7</b>	<b>CONCLUSIONS – DISCUSSION</b>	<b>31</b>
	<b>ANNEXES</b>	<b>33</b>

# 1 Contexte

Le dispositif d'annonce permet de proposer aux patients les meilleures conditions d'annonce autour de la maladie cancéreuse et ses traitements. Cette mesure a été inscrite au premier Plan Cancer (2003-2007) suite à la demande des patients lors des premiers états généraux de la Ligue contre le Cancer.

Suite à cette mesure du Plan Cancer, une expérimentation nationale sur les conditions d'annonce du diagnostic a été menée dans 58 établissements. À partir des résultats de cette expérimentation, l'Institut National du Cancer a rédigé en 2005 des « recommandations nationales pour la mise en œuvre du dispositif d'annonce du cancer ». Elles détaillent les différents temps dont le patient doit bénéficier pour une prise en charge de qualité, et décrivent l'organisation du dispositif dans son ensemble.

Le Réseau OncoCentre a souhaité connaître l'organisation effective du dispositif d'annonce en région Centre. La disparité de prise en charge selon les spécialités nécessite une étude par filière. La première filière étudiée est la sénologie.

## 2 Objectifs

Cette enquête a pour but de décrire le déroulement du dispositif d'annonce en sénologie ; et, le cas échéant, d'en déduire un parcours type, de l'annonce à l'orientation vers les soins de support.

Cela doit permettre également de rappeler les recommandations de 2005, et de les mettre en regard des réponses obtenues.

L'enquête sera réalisée sur une autre spécialité en 2013. Une analyse comparative des processus des 2 filières pourra éventuellement être faite.

## 3 Méthodologie

La méthodologie a été définie par le Groupe Régional d'Évaluation des Pratiques Professionnelles. À l'occasion de l'étude sur les délais de prise en charge du cancer du sein localisé, l'attachée qualité a présenté l'enquête aux établissements visités (autorisés en chirurgie mammaire). Selon les établissements, les personnes ressources identifiées (pour remplir ou faire remplir l'enquête) étaient des coordonnateurs 3C, des responsables qualité, des cadres de santé en oncologie ou des infirmières ayant comme activité des consultations dans le cadre du dispositif d'annonce.

Dans tous les cas, l'attachée qualité précisait de quelle manière remplir l'enquête : dans l'idéal, une personne ressource se rapproche des différents professionnels concernés, selon les sujets à aborder. Par exemple, pour une question sur les soins de support, il vaut mieux solliciter un professionnel qui coordonne ou propose ces soins.

L'enquête se présente sous la forme d'un questionnaire composé de 4 grandes parties :

- la consultation d'annonce médicale,
- le temps d'accompagnement soignant,
- la remise du programme personnalisé de soins,
- les soins de support.

Le questionnaire est constitué de questions ouvertes et fermées, ainsi que de zones de commentaires. Les réponses étaient attendues pour la fin du premier trimestre 2013.

## 4 Planning de réalisation

Élaboration du questionnaire : juin-juillet 2012

Communication aux établissements : septembre à décembre 2012

Retour des enquêtes : 1<sup>er</sup> trimestre 2013

Envoi du rapport : 3<sup>ème</sup> trimestre 2013

## 5 Participation régionale

3 C	Établissements concernés	Participation
3C CH Bourges	Centre Hospitalier de Bourges	X
3C ST DOULCHARD	Clinique Guillaume de Varye	
	Clinique Grainetières	
3C 28	Centre Hospitalier de Chartres	X
	Centre Hospitalier de Dreux	X
	Clinique Notre Dame de Bon Secours	
	Clinique Saint François 28	X
3C INDRE	Centre Hospitalier de Châteauroux	X
	Clinique Saint François 36	X
3C CHRU TOURS	CHRU Tours	X
	Polyclinique Jeanne d'Arc Chinon	
3C CLINIQUES TOURS	Pôle Santé Léonard de Vinci	
	Clinique Alliance	
3C BLOIS-ROMORANTIN	CH de Blois	
3C BLOIS VENDÔME	Polyclinique Blois	X
	Clinique Saint Cœur	
3C CHR D'ORLÉANS	CHR d'Orléans	X
	Clinique de l'Archette	X
3C CLINIQUES ORLÉANS	Clinique de la Présentation	
	Polyclinique Longues Allées	
3C MONTARGOIS	CHAM	X
	Polyclinique Jeanne d'Arc Gien	
<b>Nombre d'établissements participants</b>		<b>11/22 soit 50%</b>
<b>Nombre de 3C participants</b>		<b>7/11 soit 63,6%</b>

Dans ce rapport, chaque question de l'enquête est discutée en fonction des recommandations de l'INCa et des résultats obtenus. Les réponses des établissements sont présentées sous forme de graphiques.

Les établissements pouvant cocher plusieurs réponses à une même question, les sommes des réponses peuvent être supérieures au nombre d'établissements répondants (11).

## 6 Résultats

### 6.1 La consultation d'annonce médicale

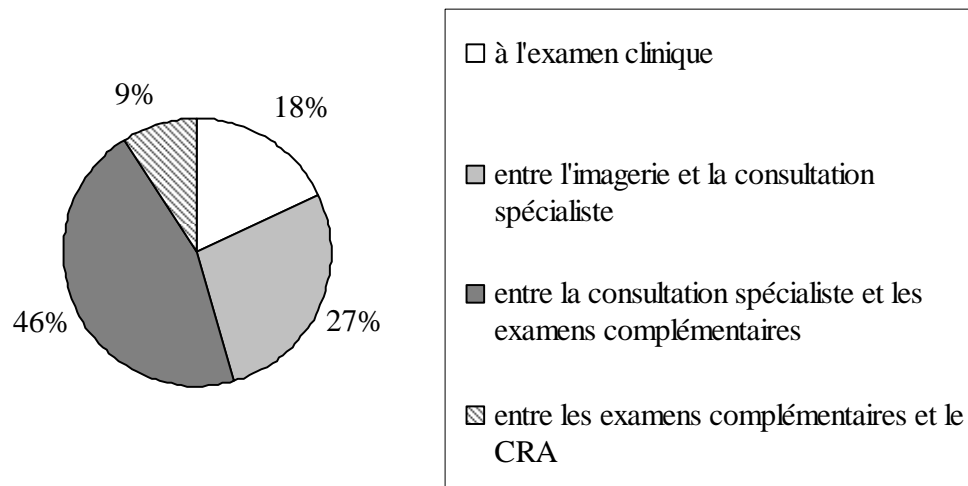
Le temps médical peut se dissocier en une ou plusieurs consultations dédiées à l'annonce du diagnostic de cancer puis à l'annonce de la stratégie thérapeutique définie lors de la réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP).

#### 6.1.1 La pré-annonce du diagnostic

Il s'agit de l'annonce du diagnostic avant sa confirmation par l'anatomopathologiste. Cette annonce est possible lorsque des signes cliniques spécifiques ou des examens radiologiques mettent en évidence une très forte probabilité de cancer. Cette annonce permet alors de préparer la patiente au diagnostic réel de sa maladie, dans l'attente des résultats d'anatomopathologies.

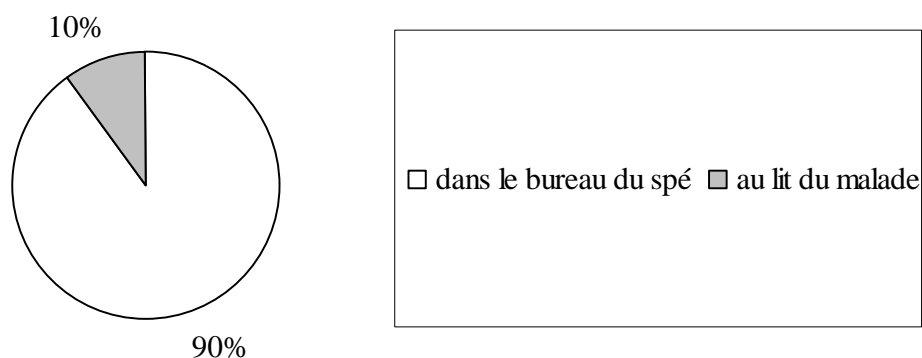
Sur les onze établissements participant à l'enquête, dix indiquent qu'une pré-annonce du diagnostic est effectuée.

#### Quand ?



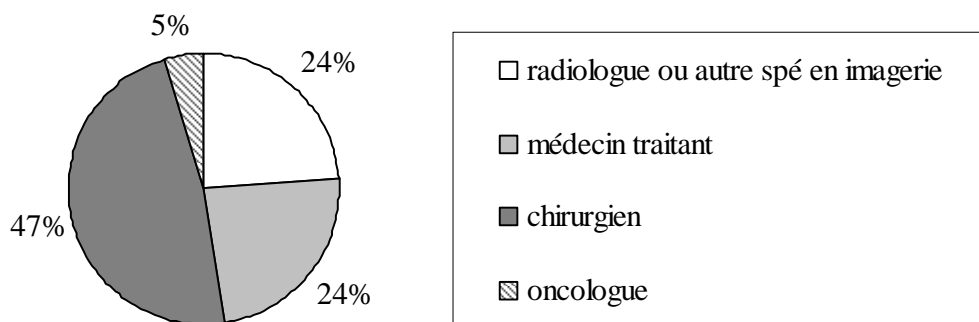
La pré-annonce est plus souvent effectuée entre la consultation avec le spécialiste gynécologue (examen clinique) et la biopsie (pour 5 établissements). Un établissement a répondu « après le compte-rendu d'anatomopathologie (CRA) » mais dans ce cas, il ne s'agit plus réellement d'une pré-annonce puisque le CRA détermine initialement le diagnostic. Un établissement n'a pas su donner de réponse.

## Où ?



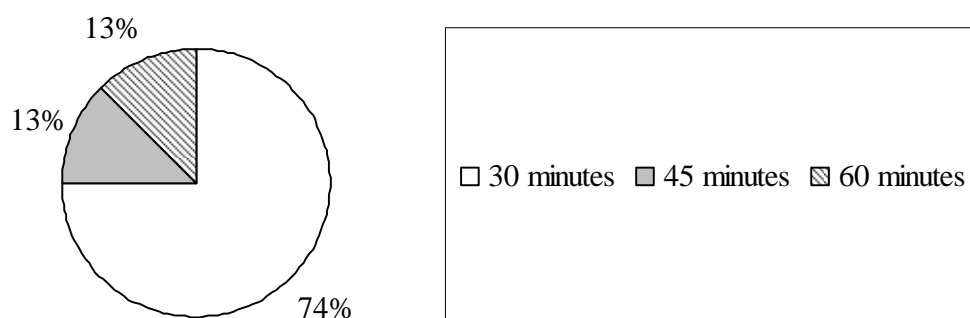
Elle a lieu dans le bureau du spécialiste pour la majorité des cas (9 établissements). Un établissement a répondu que le lieu de réalisation de cette pré-annonce était variable, ce qui est compréhensible étant donné que ce temps peut tout à fait avoir lieu en dehors de l'établissement.

## Par qui ?



C'est le spécialiste d'organe, le gynécologue en l'occurrence, qui effectue la pré-annonce le plus fréquemment (pour 9 établissements). Le médecin traitant est également cité plusieurs fois.

## Durée



La durée de la pré-annonce est estimée à 30 minutes pour la plupart des établissements (4). Deux établissements n'ont pas su donner de réponse à cette question.

Ce temps est effectivement difficile à décrire puisqu'il peut avoir lieu en dehors de l'établissement de prise en charge.

### **Synthèse**

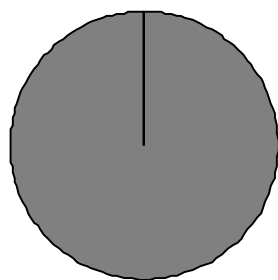
A priori, la pré-annonce serait plus souvent effectuée :

- entre l'examen clinique et la biopsie,
- par le gynécologue dans son bureau, pendant 30 minutes.

### 6.1.2 L'annonce du diagnostic confirmé

6 établissements sur 11 annoncent le diagnostic confirmé lors d'une consultation dédiée. Cette consultation permet au médecin de discuter avec la patiente des orientations thérapeutiques qui seront susceptibles de lui être proposées.

#### Quand ?

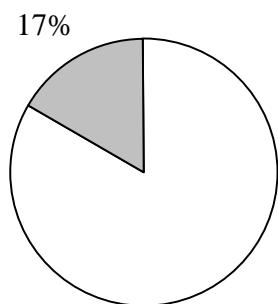


100%

- simultanément à l'annonce de la straté. théra.
- au retour du CRA
- au retour du CRA et avant la RCP
- Au retour du CRA et après la RCP

Les 6 établissements ont répondu « au retour du CRA et avant la RCP ». L'annonce du diagnostic confirmé est donc réalisée dans l'exhaustivité des cas entre l'anatomopathologie pré-thérapeutique (la réception du compte-rendu) et la RCP proposant la stratégie thérapeutique.

#### Où ?



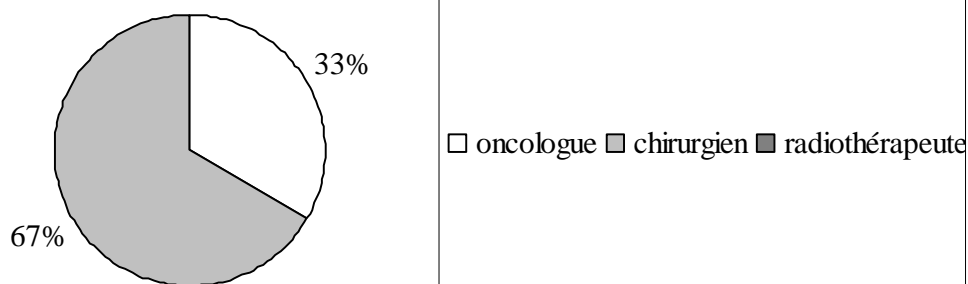
83%

- dans le bureau du spé
- au lit du malade

Elle a lieu dans le bureau du spécialiste pour 4 établissements, parmi ceux qui annoncent le diagnostic confirmé lors d'une consultation dédiée. Pour un établissement, cela dépend de l'hospitalisation de la patiente.



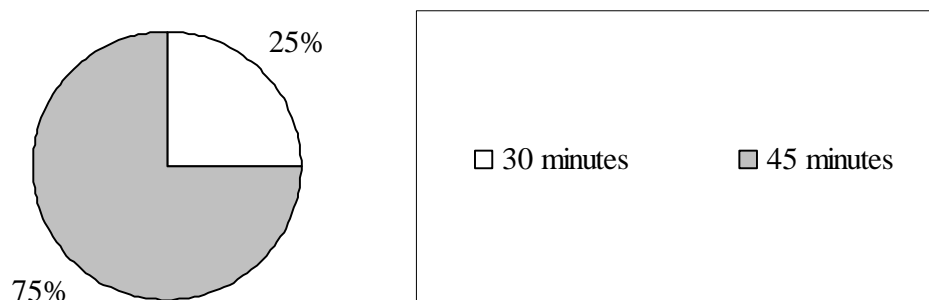
## Par qui ?



Le chirurgien effectuerait plus souvent l'annonce du diagnostic confirmé (pour 4 établissements). Les spécialistes d'organe également sont cités 3 fois.

Les soignants ne sont jamais présents durant ce premier temps de consultation d'annonce.

## Durée



La consultation dédiée à l'annonce du diagnostic confirmé dure en général aux alentours de 45 minutes. Un établissement n'a pas su estimer le temps attribué à cette consultation.

## Synthèse

En reprenant les éléments ci-dessus, nous pouvons dire que la consultation dédiée à l'annonce du diagnostic confirmé a lieu dans 5 cas sur 11 et qu'elle se passe :

- Entre la réception des résultats de l'anatomopathologie et la RCP proposant la stratégie thérapeutique,
- Dans le bureau du chirurgien, pendant 30 minutes.

Elle est menée par le chirurgien dans la plupart des cas, et sans les soignants.

### ➤ Zoom INCa

Selon l'INCa, le temps médical de l'annonce peut tout à fait être réalisé lors d'une unique consultation mais peut également être dissocié en une ou plusieurs consultations spécifiques. Dans ce dernier cas, l'annonce du diagnostic confirmé se traduit en une **consultation longue et spécifique** faite par un médecin acteur du traitement.

Objectifs d'information de la patiente :

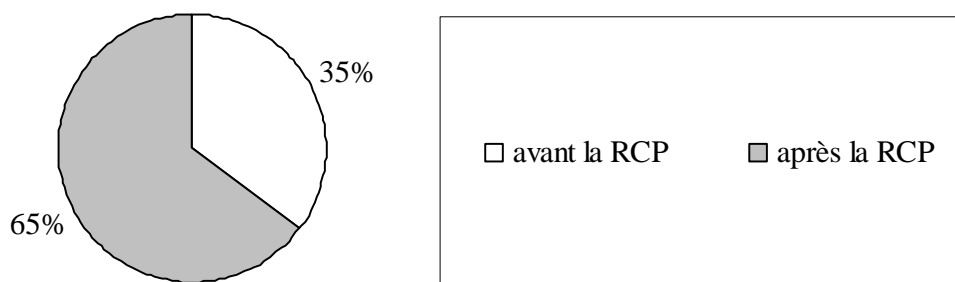
- la maladie dont elle est atteinte,
- les orientations thérapeutiques qui pourront lui être proposées,
- la présentation de son dossier en RCP.

Lors de cette consultation, le médecin propose un deuxième rendez-vous à la patiente pour lui présenter la stratégie thérapeutique découlant de la RCP.

### 6.1.3 L'annonce de la stratégie thérapeutique

Tous les établissements organisent une consultation médicale dédiée à l'annonce de la stratégie thérapeutique. Ce temps permet de présenter la proposition de RCP à la patiente et de discuter du traitement qu'elle souhaite suivre. Cette annonce peut être réalisée en même temps que l'annonce du diagnostic confirmé (Diag Conf).

#### Quand ?

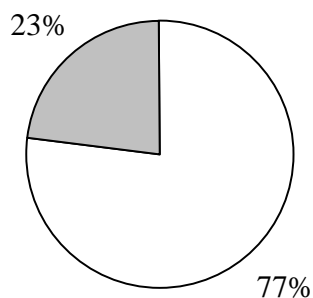


Il y a 17 réponses pour cette question : 6 indiquent que la consultation médicale d'annonce est effectuée avant la RCP et 11, après la RCP.

En théorie, la stratégie thérapeutique est annoncée après la RCP puisque celle-ci propose la stratégie thérapeutique. Il peut néanmoins arriver que le médecin, suite aux résultats anatomopathologiques, parle de la stratégie thérapeutique à envisager à sa patiente avant que cela soit discuté en RCP.

Un établissement a répondu « après la RCP » et « à chaque nouvelle étape de traitement ». Effectivement, le dispositif d'annonce commence dès le début de la prise en charge et se déroule durant tout le parcours de soins de la patiente. Chaque nouvelle étape de traitement devrait faire l'objet d'une discussion en RCP puis être présentée à la patiente lors d'une consultation médicale d'annonce dédiée.

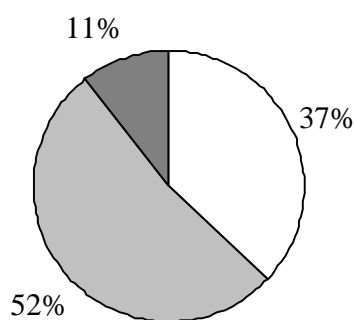
## Où ?



dans le bureau du spé  au lit du malade

Pour 10 établissements, l'annonce de la stratégie thérapeutique est réalisée dans le bureau du spécialiste.

## Par qui ?

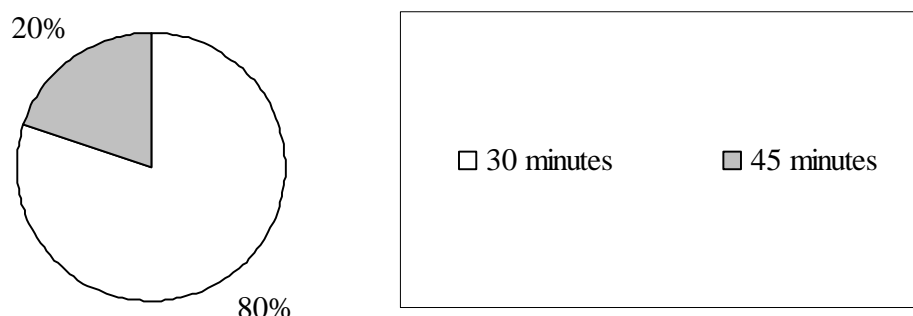


oncologue  chirurgien  radiothérapeute

L'annonce de la stratégie thérapeutique est assurée par le chirurgien et l'oncologue dans la plupart des cas (pour 7 établissements), puis par le spécialiste d'organe pour 5 établissements. Le radiothérapeute est également cité 2 fois.

Aucun soignant n'est présent lors de cette consultation médicale.

## Durée



Elle dure en moyenne 30 minutes pour la majorité des établissements.

### Synthèse

En résumé, la consultation médicale d'annonce de la stratégie thérapeutique est effectuée dans la majorité des établissements :

- Après la RCP dans le bureau du spécialiste,
- Par un chirurgien ou un oncologue (en l'absence de soignant),
- Pendant 30 minutes en moyenne.

### ➤ Zoom INCa

#### Lieu et durée

Selon l'INCa, la consultation médicale d'annonce se déroule au calme et sans interruption extérieure (elle peut être réalisée au lit de la patiente si celle-ci a été hospitalisée d'emblée). Elle doit également être suffisamment longue pour répondre aux objectifs attendus. Les consultations étudiées lors de l'expérimentation INCa pouvaient durer de 34 à 70 minutes.

#### Présence d'un soignant

Bien qu'aucun établissement ne pratique cette méthode, la présence d'un soignant lors de la consultation médicale d'annonce a plusieurs intérêts :

- Amorce du relais soignant : en fin de consultation, celui-ci peut commencer à proposer certains soins de support selon les besoins de la patiente.
- Amélioration de la précision des informations transmises aux autres acteurs de la prise en charge : le soignant peut lui-même noter les impressions de la patiente, ses questions, les mots qu'elle a employés et ceux du médecin également.

La consultation d'annonce demeure réservée à l'échange médecin/patient, le soignant n'intervient pas au cours de l'annonce, mais assure son rôle d'orientation vers le temps d'accompagnement soignant en fin de consultation.

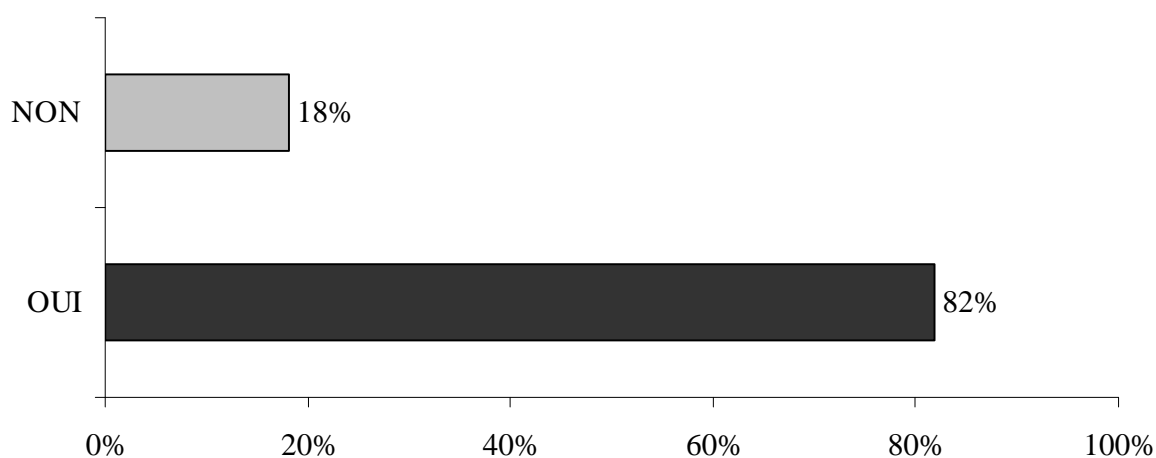
Quelques objectifs clés de l'annonce de la stratégie thérapeutique (combiné ou non à l'annonce du diagnostic confirmé) pour le déroulement de la prise en charge :

- Il permet d'informer la patiente des stratégies thérapeutiques proposées à l'issue de la RCP.
- C'est également au cours de cette consultation que le médecin propose un relais avec un soignant pour discuter du traitement et de son déroulement de façon plus approfondie.
- Le praticien prend contact avec le médecin traitant de la patiente et l'informe du traitement qu'elle va recevoir.

Pour assurer ces différents relais, la transmission des comptes-rendus a un rôle important.

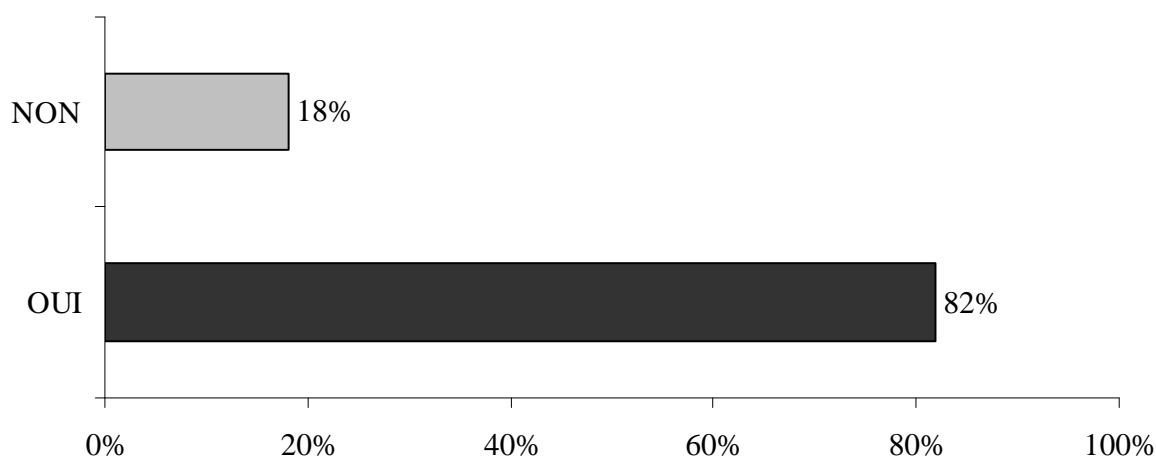
### 6.1.4 Transmission de l'information

- COMPTES-RENDUS DES CONSULTATIONS MÉDICALES D'ANNONCE DANS LE DOSSIER



Dans 9 établissements, les comptes-rendus des consultations médicales d'annonce sont insérés dans le dossier de la patiente. Cette étape est importante pour l'information des professionnels qui interviennent lors de l'entretien soignant, d'autant plus s'ils ne sont pas présents lors de la consultation médicale d'annonce. (Supports disponibles sur le lien suivant : <http://www.e-cancer.fr/soins/parcours-de-soins/dispositif-dannonce/outils-et-supports-dinformation-pour-les-professionnels#outils3>)

- COMPTES-RENDUS DES CONSULTATIONS MÉDICALES D'ANNONCE AU MÉDECIN TRAITANT



Les comptes-rendus sont également transmis au médecin traitant pour 9 établissements.

La mise en place de la coordination avec le médecin traitant est essentielle selon l'INCa et participe à la bonne articulation entre la médecine de ville et l'hôpital. Le lien avec le médecin traitant doit donc être fait dès le début de la prise en charge, le plus tôt possible. Au-delà de la transmission des comptes-rendus, la prise de contact avec le médecin traitant consiste à recueillir d'autres éléments permettant de mieux connaître la patiente (contexte environnemental, familial...).





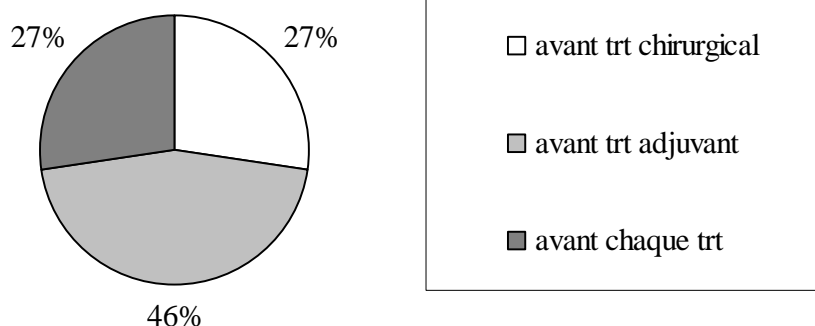
## 6.2 L'entretien soignant

L'entretien soignant ou temps d'accompagnement soignant est un autre temps du dispositif d'annonce. Il s'agit du relais paramédical des consultations d'annonce médicales de ce même dispositif.

### 6.2.1 Description

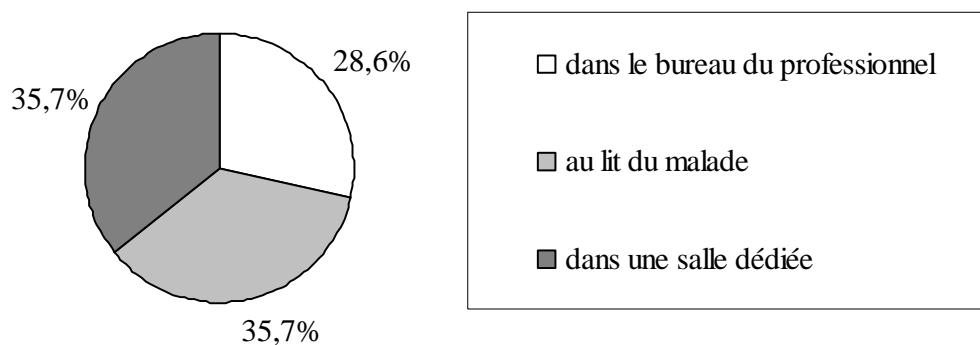
8 établissements proposent systématiquement un entretien soignant. Pour les 3 autres établissements, il n'est pas tout le temps réalisé. Cela dépend de la prise en charge de la patiente, sa volonté d'en bénéficier ou encore de l'implication du médecin dans le dispositif.

#### Quand ?



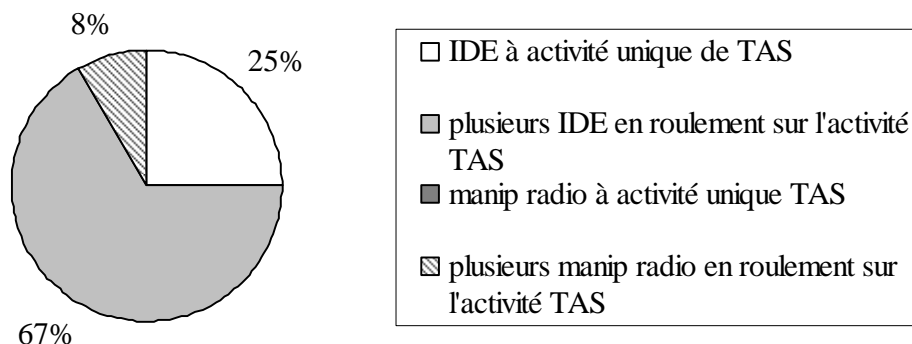
L'entretien soignant a plus souvent lieu avant le traitement adjuvant (5 établissements). En théorie, il doit être proposé à la patiente dès le début de sa prise en charge, c'est-à-dire dès qu'une chirurgie est programmée, puis à chaque nouvelle étape du traitement (avant une chimiothérapie, avant une radiothérapie, etc.).

#### Où ?



Aucun lieu dédié à la réalisation de ces entretiens ne se démarque vraiment des autres. Pour 4 établissements, l'entretien soignant est effectué dans le bureau du professionnel ; 5 le réalisent au lit du malade ou dans une salle dédiée.

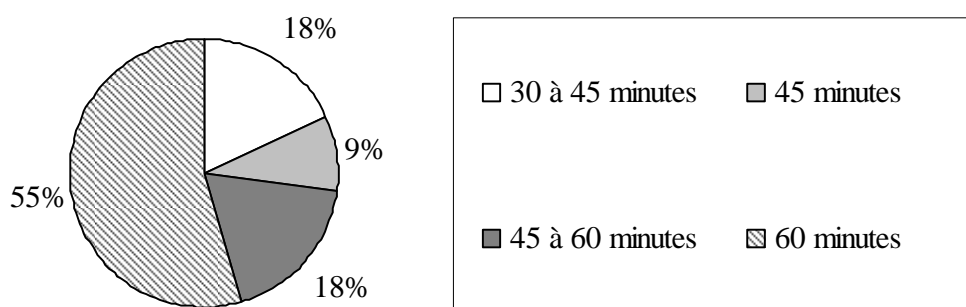
### Par qui ?



TAS : Temps d'accompagnement Soignant

Pour la plupart des établissements (8), l'activité TAS est réalisée par plusieurs infirmières en roulement. Dans 3 cas sur 11, une seule infirmière l'assure à temps plein. Les manipulateurs d'électro-radiologie médicale ont également été cités une fois en tant que soignant pouvant exercer cette activité. Ils peuvent effectivement intervenir dans dispositif l'annonce lors de la mise en place d'un traitement par radiothérapie.

### Durée



Dans 55% des cas (6 établissements), l'entretien soignant dure en moyenne 60 minutes.

## Synthèse

L'entretien soignant est proposé et réalisé par tous les établissements, mais n'est pas systématique pour 3 d'entre eux. Il est effectué :

- Avant le traitement adjuvant,
- Dans une salle dédiée, au lit du patient ou dans le bureau du professionnel,
- Par plusieurs infirmières en roulement sur cette activité,
- Pendant 30 à 60 minutes.

### ➤ Zoom INCa

L'entretien soignant ne peut être imposé mais il doit être proposé aux patientes. Il apporte un temps d'écoute, de reformulation et d'information après l'annonce médicale. Il permet également d'orienter la patiente vers des soins oncologiques de support.

L'expérimentation INCa a montré l'intérêt du temps d'accompagnement soignant aussi bien pour les patients que pour les soignants, et recommande donc de structurer cette étape de la prise en charge.

#### Quand ?

D'après l'INCa, l'entretien soignant est réalisé après l'annonce médicale du diagnostic et/ou de la stratégie thérapeutique. Il est soit réalisé immédiatement après l'annonce médicale, soit en différé, au moins 3-4 jours après, selon la volonté de la patiente.

La consultation médicale d'annonce peut effectivement servir d'indicateur pour proposer l'entretien soignant : dès qu'une annonce médicale a été effectuée, un entretien peut venir compléter l'information donnée à la patiente. Cela est d'autant plus efficace si le médecin est impliqué dans le dispositif, et qu'il propose systématiquement un temps soignant à sa patiente.

Dans le cadre de la prise en charge du cancer du sein, l'accompagnement soignant peut débuter dès la chirurgie. Le premier entretien soignant se déroule dans ce cas en préparation de la chirurgie et prévoit d'informer la patiente sur l'opération qu'elle va subir, les reconstructions qui pourront être effectuées, le temps de cicatrisation...

Les secrétaires médicales ont un rôle important dans ce relais médecin/soignant, dans l'organisation du dispositif telle que l'accueil de la patiente et de son entourage, la prise de RDV, etc.

#### Par qui ?

En règle générale, ce sont les infirmiers qui assurent l'activité d'annonce mais les manipulateurs d'électro-radiologie médicale ont tout à fait leur rôle dans l'information du patient sur le traitement de radiothérapie. Dans l'idéal, l'activité des professionnels en charge du temps d'accompagnement soignant ne devrait pas être uniquement dédiée à l'annonce. Cela permet aux soignants de continuer à pratiquer des soins sur le terrain (et de ne pas s'enfermer dans une prise en charge psychologiquement lourde) et d'avoir un roulement de professionnels. L'INCa recommande une expérience minimum requise pour exercer l'activité d'annonce : le professionnel a travaillé dans un service d'oncologie, et connaît les pathologies et

différentes techniques de soins associées. Les soignants peuvent également suivre une formation sur l'activité d'annonce, ce qui est le cas, de façon systématique, pour 9 établissements (GRIEPS, EFEC, DU d'oncologie, formations internes...).

### Où ?

Tout comme la consultation médicale d'annonce, l'entretien soignant se déroule au calme et sans interruption extérieure (il peut être réalisé au lit de la patiente si celle-ci a été hospitalisée d'emblée et si elle est en chambre seule).

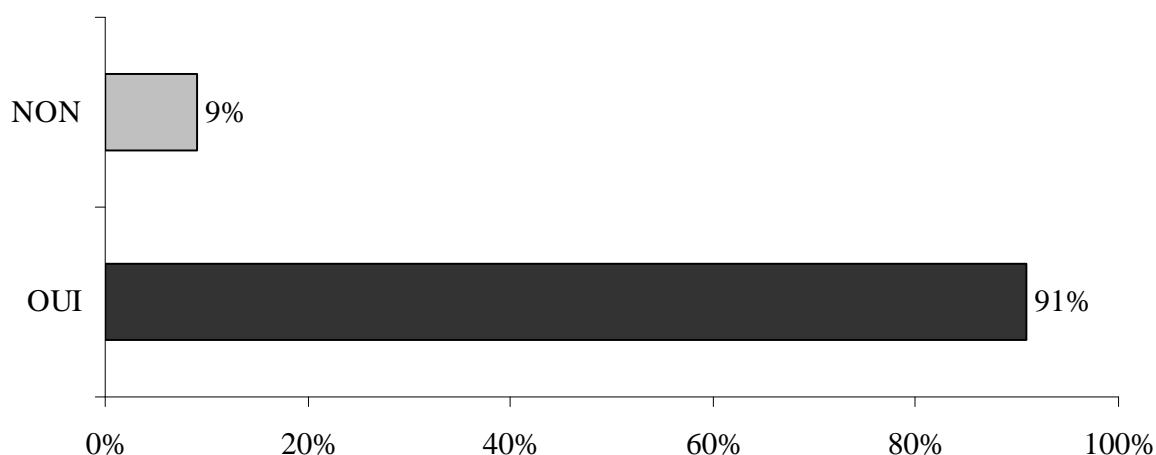
### Combien de temps ?

La durée de l'entretien soignant est variable selon les besoins de la patiente. Il peut néanmoins être supposé que 30 minutes sont au minimum nécessaires pour répondre aux objectifs de l'entretien (écouter, reformuler, informer).

Hormis la durée de l'entretien, la transmission de l'information médecin/soignant a également un impact sur l'atteinte de ces objectifs.

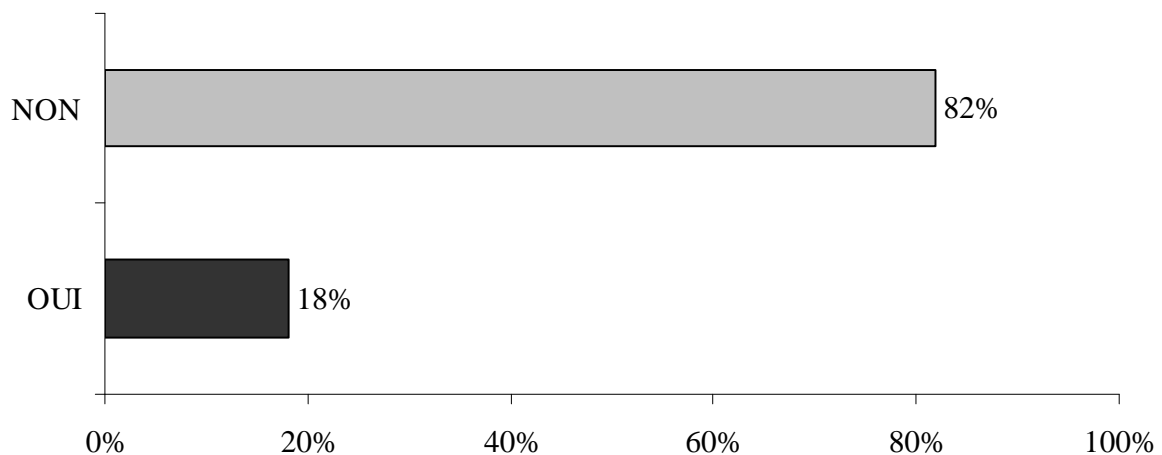
## 6.2.2 Transmission de l'information

- COMPTES-RENDUS DES ENTRETIENS SOIGNANTS DANS LE DOSSIER



Dans la majorité des cas, les comptes-rendus d'entretien soignant sont insérés dans le dossier de la patiente. L'INCa recommande en effet que le contenu de l'entretien soit accessible pour faciliter la coordination entre les acteurs de la prise en charge. Un seul établissement ne suit pas cette recommandation.

- **COMPTES-RENDUS D'ENTRETIEN SOIGNANT AU MÉDECIN TRAITANT**

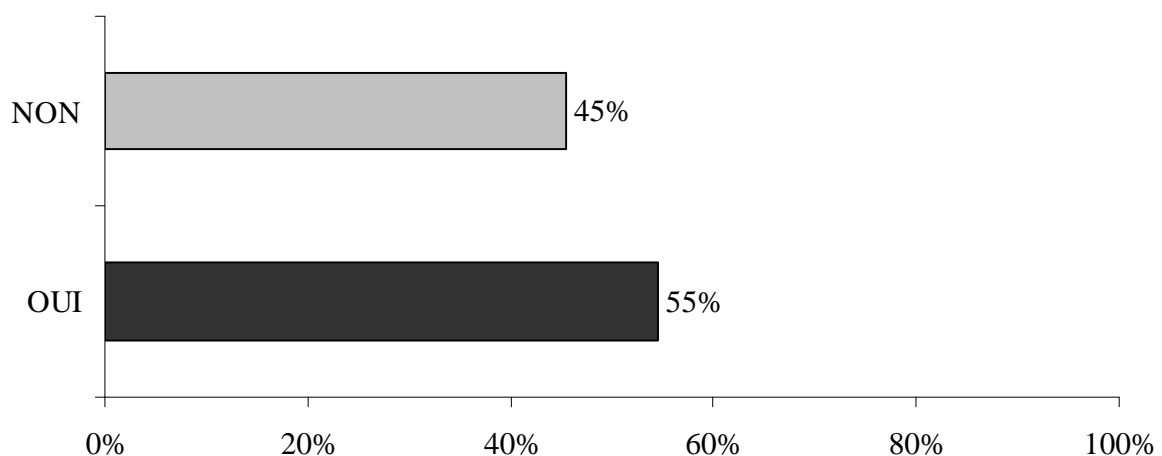


En revanche, ces comptes-rendus sont peu transmis au médecin traitant : seulement pour 2 établissements sur 11. Les informations données à la patiente ou aux proches font partie des éléments à transmettre au médecin traitant pour amorcer une bonne articulation ville-hôpital. Aussi bien les médecins, lors des consultations d'annonce, que les soignants, lors des entretiens, sensibilisent la patiente ou son entourage sur la pathologie et le traitement. Les comptes-rendus de ces temps médicaux et soignants sont donc importants pour informer le médecin traitant de l'évolution de la prise en charge. Il n'est pas nécessaire de transmettre l'intégralité de ces comptes-rendus, qui peuvent parfois être très détaillés, mais une synthèse type fiche de liaison médecin/soignant convient tout à fait pour que le médecin traitant ait l'essentiel.

- **ACCÈS PRÉALABLE AUX INFORMATIONS RELATIVES À LA PATIENTE**

Dans tous les établissements participants, les soignants ont accès aux informations de la patiente avant chaque entretien. Plusieurs moyens sont mis en œuvre pour permettre cet accès.

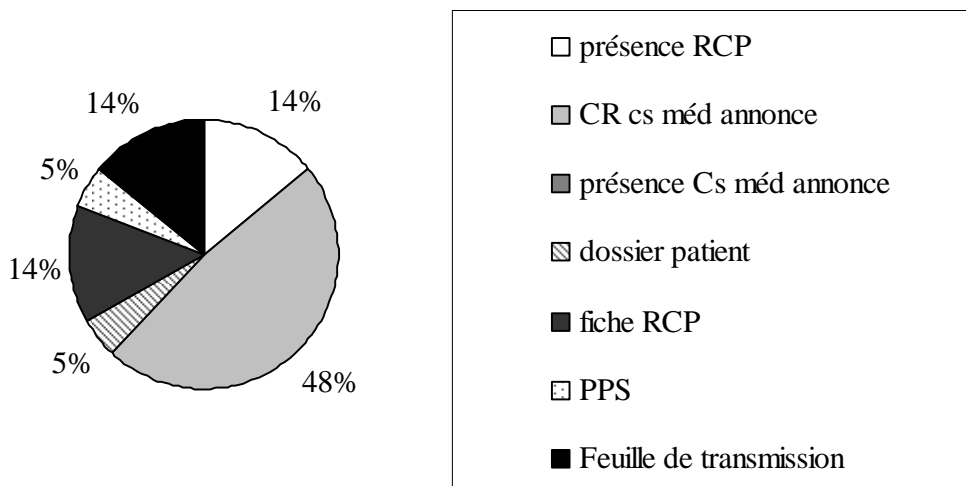
**-Présence du soignant lors de la RCP**



Dans 6 établissements sur 11, les soignants participent aux RCP. Dans une structure, c'est l'infirmière coordinatrice qui y participe et qui relaie les informations aux soignants de son équipe. Ces réunions constituent un vecteur d'échanges « de grande valeur pédagogique » entre les professionnels. Outre leur rôle de discussion

diagnostique et thérapeutique, elles permettent d'évaluer la qualité de vie de la patiente en fonction du traitement proposé. Comme leur nom l'indique ces réunions sont pluridisciplinaires et chaque professionnel apporte sa connaissance de la patiente et de sa prise en charge. Les soignants peuvent donc obtenir des informations supplémentaires utiles au bon déroulement des entretiens.

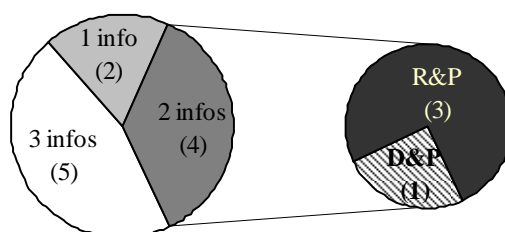
#### -Moyens de transmission



Dans la plupart des cas, les soignants s'informent sur la patiente via les comptes-rendus de consultations médicales d'annonce (10 établissements).

#### -Types d'informations transmises

##### Ce qui a été dit (D) / remis (R) / proposé (P)



Les soignants ont accès à :

- toutes les informations (dit, remis et proposé) dans 5 établissements,
- deux types d'informations dans 4 établissements (remis et proposé pour 3 établissements, dit et proposé pour 1 établissement),
- un type d'information dans 2 établissements : pour l'un, accès à ce qui a été dit (cet établissement précise que rien n'est remis lors de cet entretien) ; pour l'autre, accès à ce qui a été proposé.

L'accès à toutes ces formes d'information permet de mieux cibler l'entretien. De même, les informations relatives à l'entretien soignant sont à synthétiser dans un compte-rendu permettant d'identifier ces items. Des exemples de comptes-rendus

d'entretien soignant sont disponibles sur le lien suivant : <http://www.e-cancer.fr/soins/parcours-de-soins/dispositif-dannonce/outils-et-supports-dinformation-pour-les-professionnels#outils5>

Un autre outil spécifique a un rôle essentiel dans la coordination au sein de l'établissement et l'articulation ville-hôpital : le programme personnalisé de soins.

### 6.3 Le Programme Personnalisé de Soins (PPS)

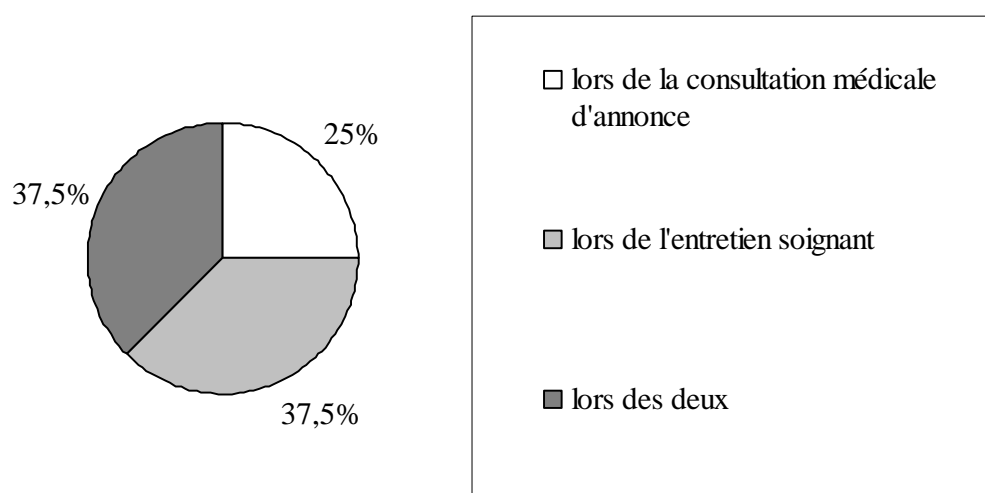
Le programme personnalisé de soins est un document qui a pour but d'informer la patiente des soins dont elle va bénéficier. C'est également un outil de coordination ville-hôpital.

#### 6.3.1 Description

Un PPS existe dans 8 établissements. Il y a donc encore 3 établissements qui n'emploient pas ce support dont l'utilisation est recommandée par l'INCa depuis le Plan Cancer I et obligatoire depuis le Plan Cancer II. Son utilisation devait être effective fin 2011.

Concernant les établissements qui proposent le PPS aux patientes :

Quand ?

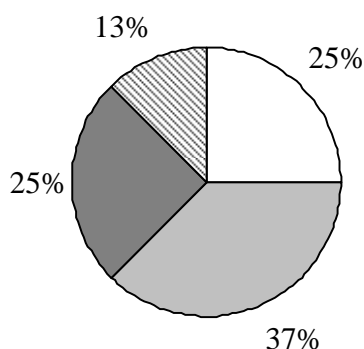


Le plus souvent, il est remis à l'occasion de l'entretien soignant ou lors des deux temps (médical et soignant). La remise au moment de la consultation médicale d'annonce est faite dans 2 établissements sur 8.

Le PPS est un document qui évolue au cours de la prise en charge. Il peut être remis par un médecin spécialiste puis complété par un oncologue (pour le volet soins), puis par un soignant (pour le volet informatif) ou par une assistante sociale (pour le volet social), etc.



## Qui ?



- par le médecin uniquement
- par les soignants formés à l'annonce uniquement
- remis par le médecin, complété par le soignant
- soit par l'un soit par l'autre

Le PPS est remis par les soignants formés à l'activité TAS pour 3 établissements. Concernant les établissements pour lesquels le PPS est remis lors des 2 temps :

- il est remis par le médecin puis complété par le soignant dans 2 cas
- il est remis soit par le médecin, soit par le soignant (selon l'implication du médecin dans le dispositif) dans 1 établissement.

Le PPS est aussi remis par le médecin uniquement à 2 reprises.

## Comment ?

Les PPS varient d'un établissement à l'autre : classeur, tryptique, livret, fiches conseil, plan de soins...

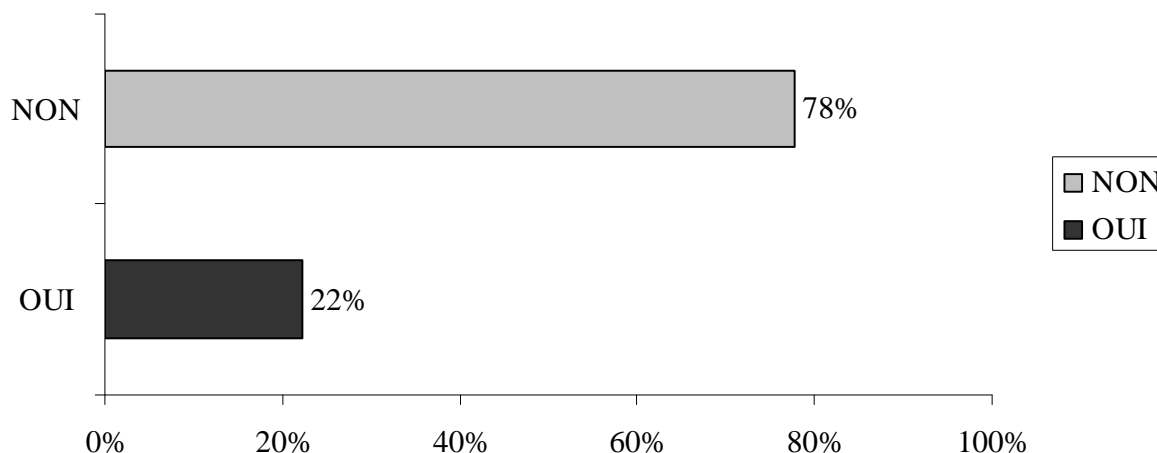
Certains se servent du contenu minimum rédigé par l'INCa, d'autres utilisent le site internet oncopps.fr pour générer des PPS.

### **Synthèse**

D'après les réponses des établissements, le PPS est remis en majorité par les soignants lors de l'entretien soignant.

### 6.3.2 Transmission de l'information

- PPS TRANSMIS AU MÉDECIN TRAITANT



Le médecin traitant a accès au PPS seulement dans 22% des cas, soit 2 établissements. Il fait partie des documents à transmettre au médecin traitant pour assurer l'articulation ville-hôpital, sous l'accord du malade.

Néanmoins, parmi les 7 établissements qui n'envoient pas le PPS tel quel, 6 informent le médecin traitant du plan de soins via d'autres documents (compte-rendu de consultation, courrier...).

#### ➤ Zoom INCa

L'INCa place le médecin comme premier acteur remettant le PPS, puis celui-ci est complété par d'autres professionnels de la prise en charge.

Trois volets constituent le PPS :

- Le volet informatif qui renseigne les coordonnées de la patiente et de l'établissement la prenant en charge.
- Le volet soins qui liste les dates de transmission des documents au médecin traitant (comptes-rendus des consultations et entretiens d'annonce, des examens et traitement réalisés, des RCP) et qui contient le plan de soins et de suivi.
- Le volet social qui indique les coordonnées du professionnel en charge du suivi social de la patiente, les rapports des différents entretiens (bilan social, consultations sociales) et les actions mises en œuvre.

Il y a également les coordonnées utiles qui entrent dans la constitution du PPS. Il s'agit d'un document qui permet de conserver tous les contacts de la prise en charge.

Chaque volet peut être complété par un professionnel en charge de la patiente et spécialisé dans le domaine concerné (Cf annexe II).

Le PPS peut être généré informatiquement via le Dossier Communicant de Cancérologie (DCC) par exemple. L'intérêt est de pouvoir mettre à jour le document au fur et à mesure de la prise en charge et de le réimprimer si besoin pour le patient. La version informatisée quant à elle, peut être consultée et modifiée par différents professionnels au sein de l'établissement, et être envoyée au médecin traitant via une messagerie sécurisée par exemple. Le médecin traitant peut également

demander des droits d'accès au DCC et consulter directement le dossier du patient sur le logiciel. Les fonctionnalités du DCC dans le cadre du dispositif d'annonce seront abordées ci-après.

## 6.4 Les Soins Oncologiques de Support (SOS)

Les SOS regroupent « l'ensemble des soins et soutiens nécessaires aux personnes malades tout au long de la maladie conjointement aux traitements onco-hématologiques spécifiques, lorsqu'il y en a » (Circulaire N°DHOS/SDO/2005/101 du 22 février 2005 relative à l'organisation des soins en cancérologie). L'objectif est de maintenir ou améliorer la qualité de vie de la patiente, tout au long de sa prise en charge.

### 6.4.1 Description

10 établissements sur 11 ont une liste d'intervenants en soins de support à disposition des patients.

#### Quand ?

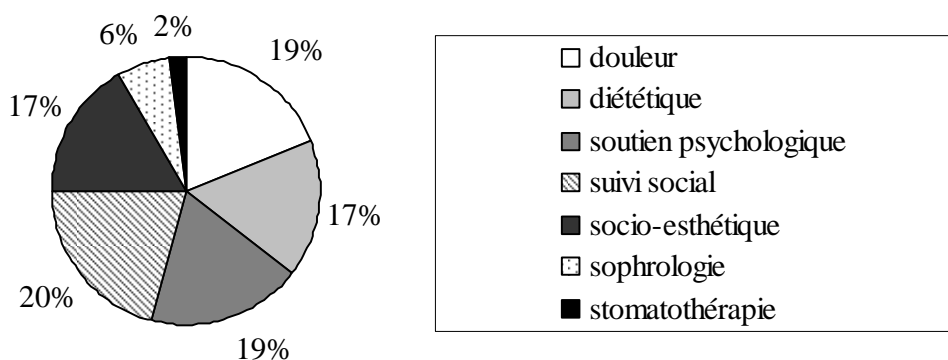
L'exhaustivité des établissements proposent les SOS lors de l'entretien soignant. Parmi eux :

- 5 les proposent également au moment de la consultation médicale d'annonce
- 2 le font aussi durant les temps de traitement ou d'hospitalisation.

#### Qui ?

Tout comme pour la question précédente, les soignants proposent les SOS dans l'exhaustivité des cas (11). Dans 6 établissements, ils peuvent également être proposés par les médecins.

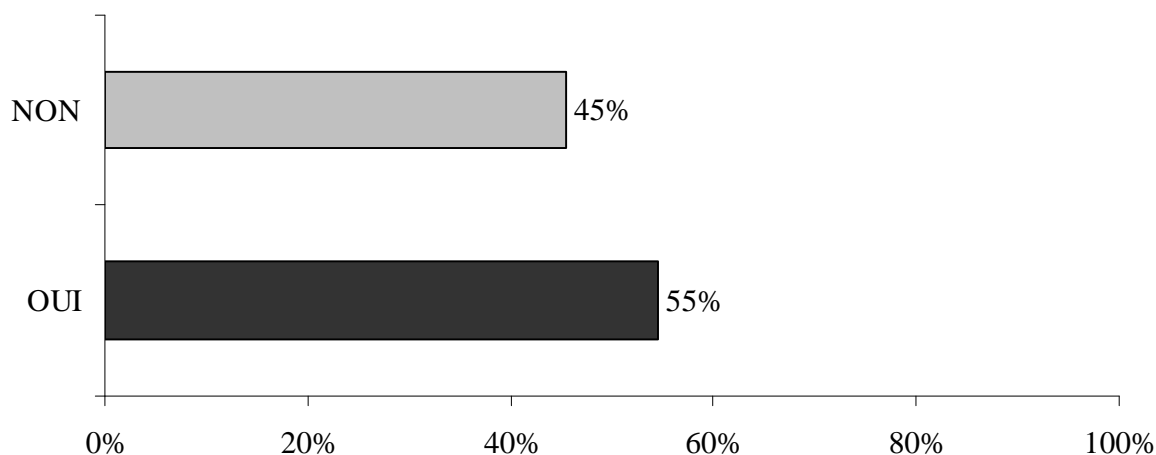
#### SOS proposés



Tout comme la remise du PPS, l'accès aux SOS constitue une des conditions transversales rendues obligatoires dans le cadre du dispositif d'autorisation des établissements de santé pour la pratique de la cancérologie. Ils contribuent à l'amélioration de la qualité de vie des patientes et peuvent donc même prévenir certains effets secondaires ou complications.

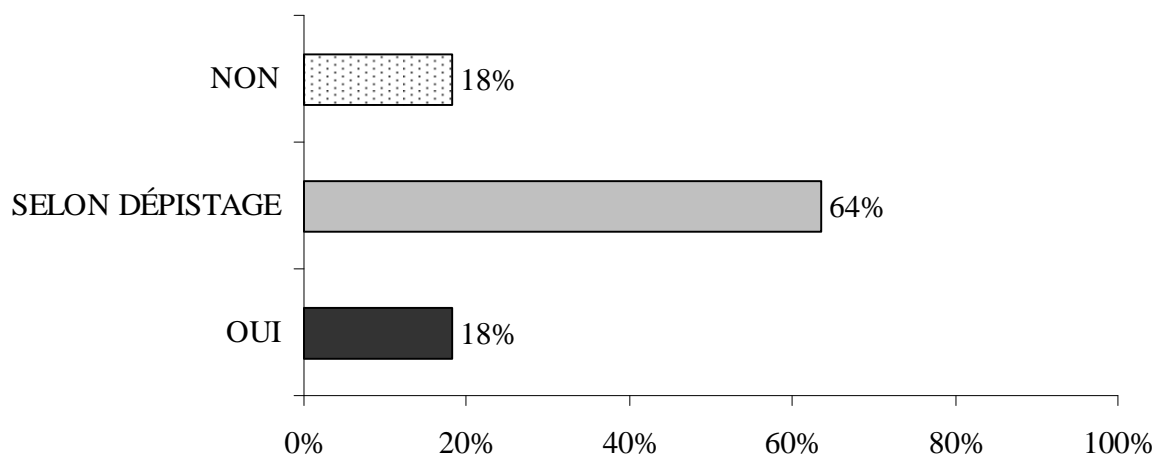
## Suivi social

- Dépistage de la fragilité sociale



Approximativement la moitié des établissements effectuent ce dépistage. Il s'agit d'un outil à disposition des coordonnateurs de soins. Il peut être utilisé dès le premier entretien soignant.

- Consultation sociale en cours de traitement



La consultation sociale est systématiquement proposée dans seulement 2 établissements. 7 le font si le résultat du dépistage est positif et 2 ne la proposent pas du tout.

### **Synthèse**

Les SOS sont donc proposés dans la plupart des cas par les soignants lors des entretiens. Un établissement réalise le suivi social (dépistage + consultation sociale systématique) tel que l'INCa le préconise.

### ➤ Zoom INCa

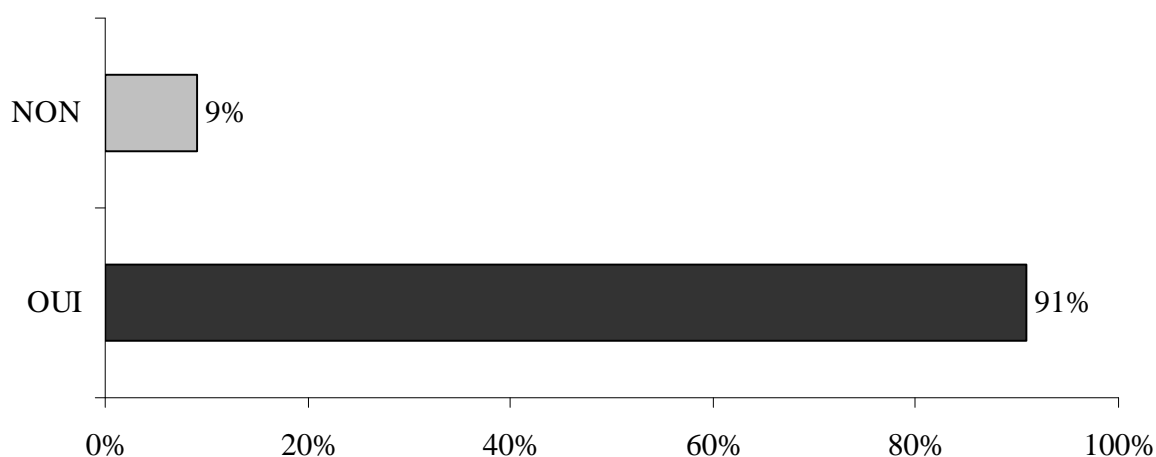
Le **dépistage de la fragilité sociale** (ou bilan social) constitue l'étape préalable au soutien social. Il permet d'orienter précocement la patiente vers un suivi social adapté et d'avoir recours à des travailleurs sociaux en cas de besoin.

La **consultation sociale** doit être systématiquement proposée durant le traitement de la patiente, quel que soit le résultat du dépistage. Effectivement, la vulnérabilité sociale de la patiente peut évoluer au cours de sa prise en charge. Le résultat du dépistage obtenu initialement a évolué et ne correspond probablement plus à sa situation. Il est donc recommandé de proposer systématiquement une consultation spécialisée avec un assistant social à « **mi-parcours** », lorsque le traitement a débuté.

Cet accompagnement social constitue un **élément essentiel de la qualité de vie** des patientes tout au long de leur parcours, de l'annonce à la vie après le cancer.

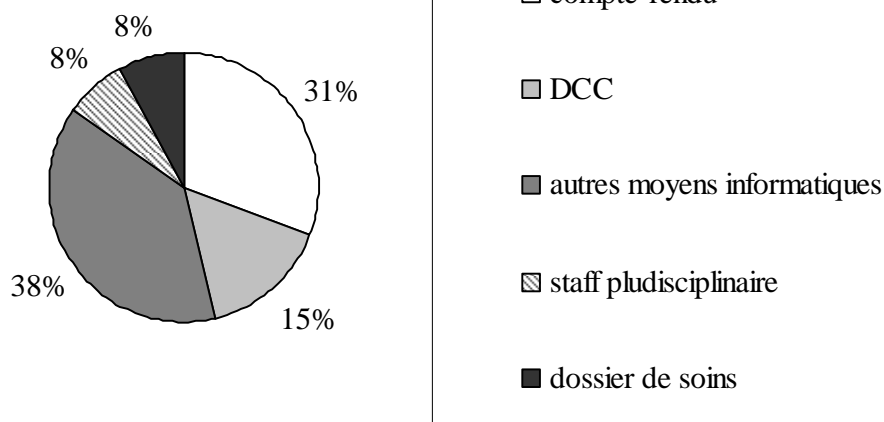
#### 6.4.2 Transmission de l'information

- INTERVENTIONS SOS TRANSMISES AUX PROFESSIONNELS EN CHARGE DE LA PATIENTE



Dans l'ensemble, les professionnels des SOS transmettent leur intervention aux autres acteurs de la prise en charge.

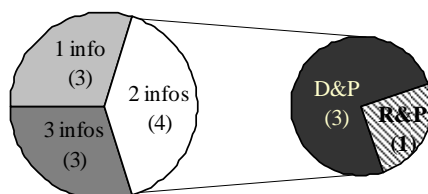
- MOYENS DE TRANSMISSION



Le support le plus utilisé pour transmettre les interventions est l'outil informatique (5) : logiciel patient, feuille de suivi informatisée, etc. Le compte-rendu est aussi un moyen de transmission fréquent, employé par 4 établissements. 2 utilisent la fonctionnalité SOS du DCC.

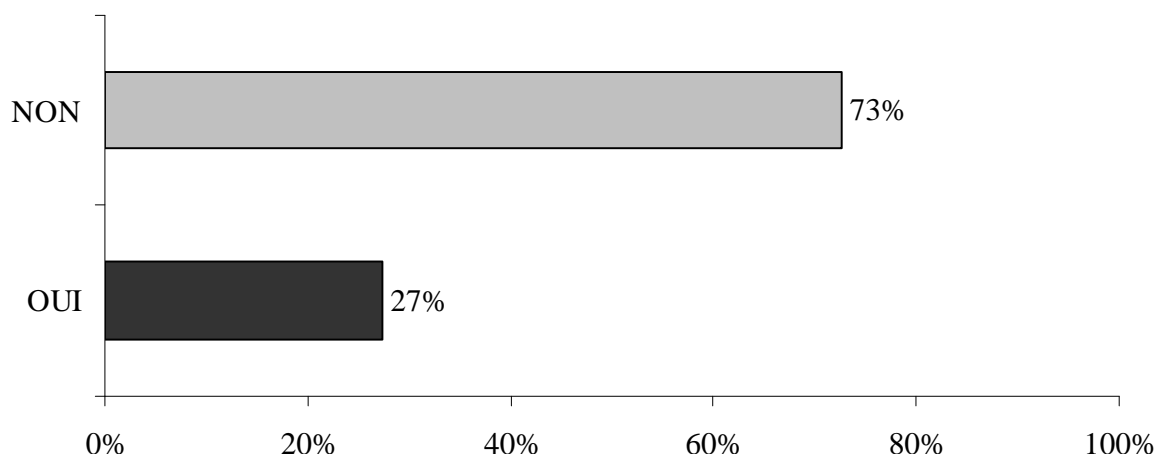
- TYPE D'INFORMATIONS TRANSMISES

**Ce qui a été dit (D) / remis (R) / proposé (P)**



La majorité des établissements (4) renseignent 2 types d'information lors des interventions en SOS. 3 indiquent une seule information : ce qui a été dit pour 2 établissements, et ce qui a été proposé pour 1 établissement.

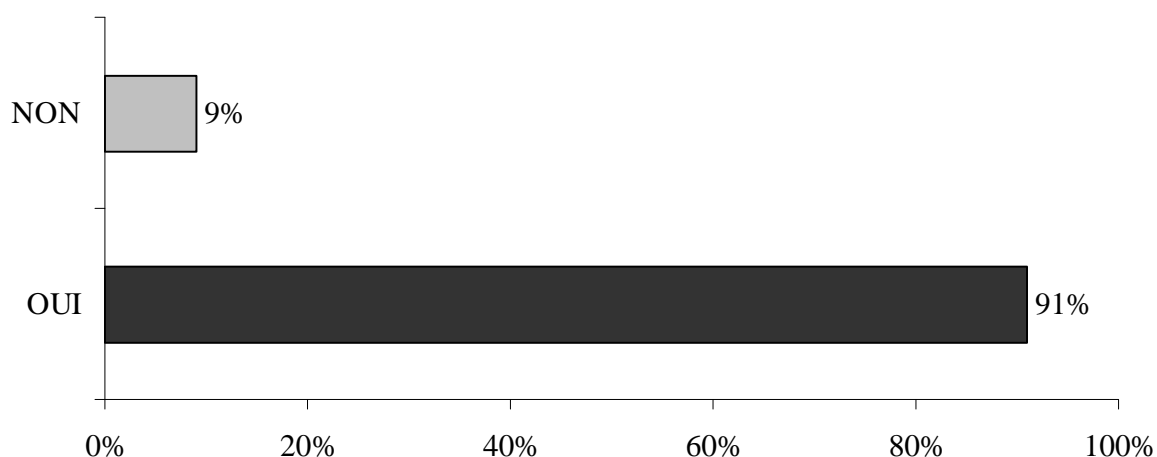
- TRANSMISSION MÉDECIN TRAITANT



Seulement 3 établissements informent le médecin traitant des SOS dont bénéficie la patiente.

De la même manière que le médecin spécialiste consulte le médecin traitant pour recueillir des informations supplémentaires sur la situation de la patiente (socioprofessionnelle, familiale et psychologique), il est nécessaire d'informer en retour le médecin traitant de l'évolution de cette situation au fur et à mesure du parcours de soins. Cela lui permettra d'adapter sa prise en charge lors du suivi, et d'avoir tous les outils pour surveiller au mieux l'état de la patiente en cas de besoin.

- ACCÈS AU REPÉRAGE DES BESOINS EN SOINS DE SUPPORT



Pour la quasi-totalité des établissements, les intervenants ont accès aux documents identifiant les besoins en SOS. Ils ont ainsi connaissance des éléments qui ont amené les soignants à orienter la patiente vers un SOS.

Des outils pour le repérage des besoins en soins de support sont disponibles au lien suivant : <http://www.e-cancer.fr/soins/parcours-de-soins/dispositif-dannonce/outils-et-supports-dinformation-pour-les-professionnels#outils6>



## 7 Conclusions – discussion

Cette enquête fut difficile à construire et parfois difficile à renseigner. On peut néanmoins en ressortir les pratiques régionales pour chacune des étapes du dispositif d'annonce. Notons quand même le caractère personne-dépendant de la réalisation effective de ce dispositif : volonté de l'établissement, volonté du chef de service, volonté du médecin référent du patient.

**L'annonce médicale** ; qu'il s'agisse de la pré-annonce, de l'annonce du diagnostic confirmé ou de l'annonce de la stratégie thérapeutique, elle nécessite la réunion de conditions indispensables :

- Ce doit être une consultation spécifique identifiée comme telle : *Ce qui est bien le cas pour les établissements affirmant la réaliser dans cette enquête puisqu'elle a pu être décrite* ;
- Elle doit se dérouler dans un environnement calme et sans interruption extérieure : *Elle est réalisée le plus souvent dans le bureau médical* ;
- Elle doit être suffisamment longue, 34 à 70 minutes selon l'expérimentation INCa : *Elle est d'au minimum 30 minutes dans cette enquête, jusqu'à une heure.* 2 établissements ont répondu entre 15 et 30 min ou 20 à 40 min : la durée de l'entretien peut aussi dépendre de la patiente.

**Le temps d'accompagnement soignant (TAS)** doit être structuré. Son intérêt a été démontré pour les patients, mais aussi pour les soignants et il doit être suffisamment long. Ces conditions sont réunies dans la plupart des établissements participant à l'enquête : *l'entretien soignant dure 30 à 60 minutes. Il est en majorité effectué avant le traitement adjuvant (postopératoire)* bien qu'il puisse avoir lieu dès la chirurgie selon l'INCa. Ce choix de parcours nécessite une organisation particulière, probablement compliquée à mettre en place selon l'établissement de prise en charge et la disponibilité du personnel soignant formé à cette activité spécifique de soins (intervenant ± différents selon que le TAS est effectué avant la chirurgie ou avant le traitement adjuvant). Comme préconisé, il ne repose pas sur une seule et même personne dans 10 établissements sur 11.

**Le programme personnalisé de soins** devrait être remis à toutes les patientes par le médecin spécialiste et servir de lien avec le médecin traitant. Cet outil n'est pas encore généralisé puisque 3 établissements déclarent ne pas en avoir. Cela n'empêche pas l'échange avec le médecin traitant (envoi des comptes-rendus, copies de résultats...). *Il est remis très majoritairement lors de l'entretien soignant* et non par le médecin. Il est probable que cela soit dû à des questions organisationnelles telles que la planification des rendez-vous de traitement en aval de la consultation médicale d'annonce (or le PPS minimum contient un planning de mise en œuvre des traitements), ou la disponibilité des médecins (allongement de la durée de consultation pour remettre le PPS). L'essentiel étant qu'il soit remis et expliqué à la patiente.

**La proposition de soins oncologiques de support** doit être systématique, comme le bilan social. *Cette orientation vers les SOS est généralement faite à l'occasion de l'entretien soignant.*

Les établissements ont répondu à cette enquête en se basant sur l'organisation retenue par le service. Certaines réponses sont à tempérer car la réalisation effective de ces différentes étapes dépend des effecteurs et du circuit. Dans certains établissements, certains parcours échappent volontairement à l'entretien soignant et aux SOS, cela peut être le cas pour les patientes subissant une ablation-reconstruction mammaire ou ayant une chimiothérapie orale. Ces parcours qui ne nécessitent pas une présence longue dans l'établissement nécessitent quand même un accompagnement de la patiente. Si l'établissement ne peut le mettre en place, le relai avec le réseau territorial de cancérologie est alors indispensable.

Le médecin traitant est également l'un des relais essentiels tout au long du parcours de soins:

- Il oriente la patiente pour une prise en charge consécutive à une suspicion de cancer.
- Il assure le suivi et la surveillance lors du retour à domicile, après le traitement et tout au long de la période « après cancer ».

Les échanges avec le médecin traitant sont le gage d'une continuité des soins. Plusieurs moyens peuvent être utilisés pour assurer cette transmission : téléphone, DCC, messagerie Apycrypt, transfert par la patiente elle-même. Quel que soit l'outil employé, il doit garantir rapidité, confidentialité et sécurité des données.

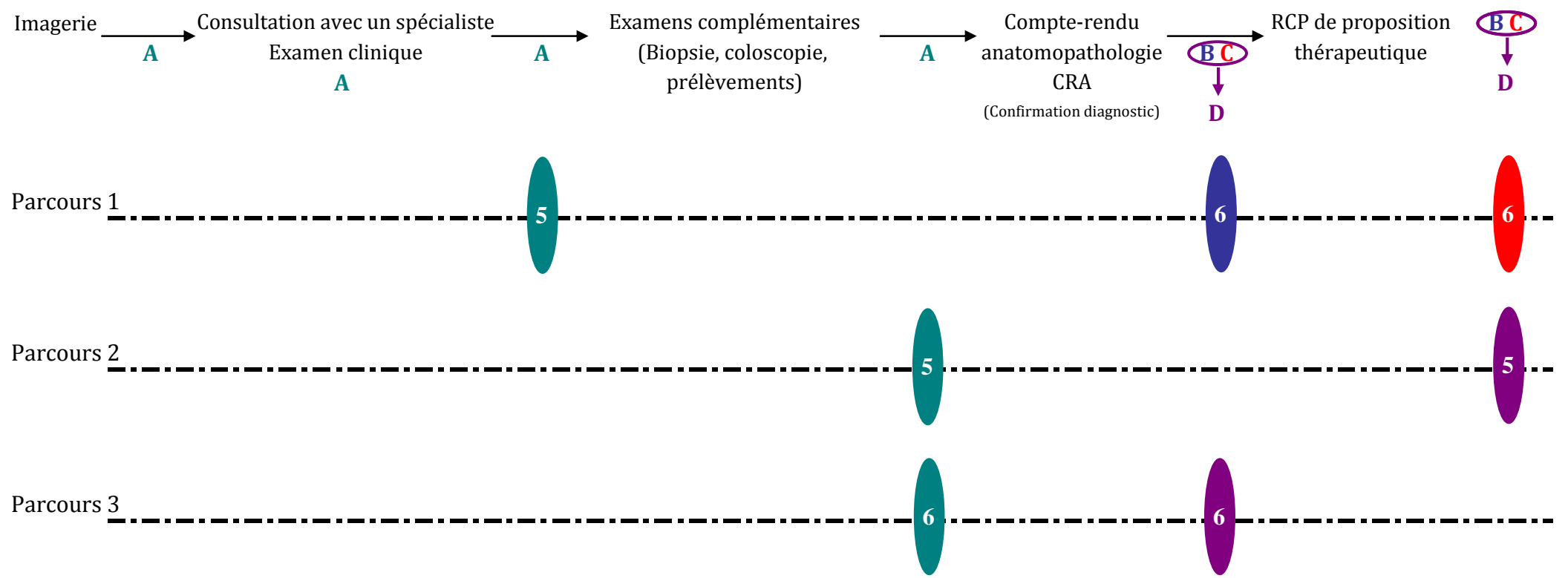
Le DCC a l'avantage d'être un outil transversal et accessible à tous les professionnels intervenant dans la prise en charge de la patiente. C'est un service de coordination et d'optimisation du parcours de soins.

---

# **Annexes**

---

## ANNEXE I : PLACE DES DIFFÉRENTS TEMPS D'ANNONCE MÉDICALE DANS LE PARCOURS DE LA PATIENTE



- A : Pré-annonce du diagnostic**
- B : Annonce du diagnostic confirmé**
- C : Annonce de la stratégie thérapeutique**
- D : Annonce globale diagnostic confirmé + stratégie thérapeutique**

## ANNEXE II : EXEMPLE D'UN PROGRAMME PERSONNALISÉ DE SOINS DYNAMIQUE ET ÉVOLUTIF

- 1<sup>ère</sup> consultation médicale d'annonce de la stratégie thérapeutique (post-biopsie) faite par le chirurgien gynécologue. Celui-ci remet le PPS à la patiente après avoir renseigné le **volet informatif, les coordonnées utiles et une partie du volet soins** : indication de la chirurgie dans le plan de soins. Rédaction d'un compte-rendu de consultation (ce qui a été dit, fait, proposé). Les dates de transmission des comptes-rendus de la biopsie et de cette 1<sup>ère</sup> consultation sont renseignées plus tard dans le volet soins par la secrétaire du chirurgien (se charge de transmettre les différents documents au médecin traitant).
- 1<sup>er</sup> entretien soignant en prévision de la chirurgie faite par un infirmier du service. Le dépistage de la fragilité sociale (ou bilan social) est réalisé au cours de cet entretien. Éventuellement **volet informatif** : renseignements complémentaires sur l'entourage de la patiente par exemple + **coordonnées utiles. Volet soins** : programmation d'une consultation sociale en cours de traitement, sous l'accord de la patiente. Rédaction d'un compte-rendu d'entretien (ce qui a été dit, fait, proposé). La synthèse des différents entretiens soignants est transmise plus tard au médecin traitant. **Volet social** : résultat du dépistage = rapport du bilan social. Éventuellement orientation vers un travailleur social, selon les besoins de la patiente.
- Consultation médicale postopératoire faite par le chirurgien gynécologue. **Volet soins** : transmission du compte-rendu chirurgical (anatomopathologie + CRO) et du courrier de sortie d'hospitalisation au médecin traitant.
- 2<sup>ème</sup> consultation médicale d'annonce de la stratégie thérapeutique (après la RCP post-op) faite par un oncologue. **Volet soins** : programmation des traitements adjuvants (chimiothérapie, radiothérapie, hormonothérapie) dans le plan de soin. Transmission de la RCP et du compte-rendu de consultation d'annonce.
- 2<sup>ème</sup> entretien soignant en prévision de la chimiothérapie et/ou de la radiothérapie. **Coordonnées utiles** du PPS complétées avec les noms des médecins spécialistes. **Volet soins** : programmation d'éventuels soins de support selon les besoins de la patiente + transmission de la synthèse des différents entretiens soignants au médecin traitant.
- 2<sup>ème</sup> consultation sociale en cours de traitement assurée par un assistant social. **Coordonnées utiles** éventuellement complétées avec des contacts sociaux. **Volet social** : rapport de la consultation. Orientation vers d'autres services sociaux selon les besoins de la patiente (à renseigner dans le plan de soin).