HAL
open science

Evaluation de la prise en charge des soins de support en cancérologie digestive et hématologique à l'Hôpital de Freyming-Merlebach

Isabelle Donnen

To cite this version:

Isabelle Donnen. Evaluation de la prise en charge des soins de support en cancérologie digestive et hématologique à l'Hôpital de Freyming-Merlebach. Sciences du Vivant [q-bio]. 2012. hal-01734357

HAL Id: hal-01734357

https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01734357v1

Submitted on 14 Mar 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10
http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php
http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm

UNIVERSITE HENRI POINCARE, NANCY 1 FACULTE DE MEDECINE DE NANCY
2012 N°

THESE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement
Dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

Par

Isabelle DONNEN

Le 1er mars 2012

EVALUATION DE LA PRISE EN CHARGE DES SOINS DE SUPPORT EN CANCEROLOGIE DIGESTIVE ET HEMATOLOGIQUE A L'HOPITAL DE FREYMING-MERLEBACH

Examinateurs de la thèse :

M. François Guillemin	Professeur	Président
M. Jean-Dominique De Korwin	Professeur	Juges
M. Luc Taillandier	Professeur	Juges
M. Ivan Krakowski	Professeur	Juges
M. Alain Laugros	Docteur en Médecine	Juges

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Administrateur Provisoire de l'Université de Lorraine : Professeur Jean-Pierre FINANCE

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE

Vice Doyen « Pédagogie » : Professeur Karine ANGIOI

Vice Doyen *Mission « sillon lorrain »* : Professeur Annick BARBAUD

Vice Doyen *Mission « Campus »* : Professeur Marie-Christine BÉNÉ

Vice Doyen *Mission « Finances » :* Professeur Marc BRAUN

Vice Doyen Mission « *Recherche* » : Professeur Jean-Louis GUÉANT

Assesseurs :

- 1er Cycle : **Professeur Bruno CHENUEL**
- « Première année commune aux études de santé (PACES) et universitarisation études para-médicales »

M. Christophe NÉMOS

- 2ème Cycle : **Professeur Marc DEBOUVERIE**
- 3ème Cycle :

« DES Spécialités Médicales, Chirurgicales et Biologiques »

« DES Spécialité Médecine Générale

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI

Professeur Francis RAPHAËL

- Filières professionnalisées : **M. Walter BLONDEL**
- Formation Continue : **Professeur Hervé VESPIGNANI**
- Commission de Prospective : **Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT**
- Recherche : **Professeur Didier MAINARD**
- Développement Professionnel Continu : **Professeur Jean-Dominique DE KORWIN**

Assesseurs Relations Internationales Professeur Jacques HUBERT

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX

Professeur Jacques ROLAND – Professeur Patrick NETTER

==========

PROFESSEURS HONORAIRES

Pierre ALEXANDRE – Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain BERTRAND - Pierre BEY – Patrick BOISSEL

Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL

Claude CHARDOT - Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Jean-Pierre DELAGOUTTE - Emile de LAVERGNE

Jean-Pierre DESCHAMPS - Michel DUC - Jean DUHEILLE - Adrien DUPREZ - Jean-Bernard DUREUX - Gérard FIEVE

Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Hubert GERARD

Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Oliéro GUERCI - Pierre HARTEMANN - Claude HURIET

Christian JANOT – Michèle KESSLER - Jacques LACOSTE - Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Alain LARCAN

Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS

Michel MANCIAUX - Jean-Pierre MALLIÉ – Philippe MANGIN - Pierre MATHIEU - Denise MONERET-VAUTRIN

Pierre MONIN - Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN - Gilbert PERCEBOIS

Claude PERRIN - Guy PETIET - Luc PICARD - Michel PIERSON - Jean-Marie POLU – Jacques POUREL

Jean PREVOT - Antoine RASPILLER - Michel RENARD - Jacques ROLAND - René-Jean ROYER - Daniel SCHMITT

Michel SCHWEITZER – Claude SIMON - Jean SOMMELET - Danièle SOMMELET – Jean-François STOLTZ

Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Augusta TREHEUX - Hubert UFFHOLTZ - Gérard VAILLANT - Paul VERT

Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Michel WAYOFF - Michel WEBER

==========

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42ème Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1ère sous-section : ***(Anatomie)***

Professeur Gilles GROSDIDIER

Professeur Pierre LASCOMBES – Professeur Marc BRAUN

2ème sous-section : ***(Cytologie et histologie)***

Professeur Bernard FOLIGUET

3ème sous-section : ***(Anatomie et cytologie pathologiques)***

Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43ème Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1ère sous-section : ***(Biophysique et médecine nucléaire)***

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2ème sous-section : ***(Radiologie et imagerie médicale)***

Professeur Denis REGENT – Professeur Michel CLAUDON – Professeur Valérie CROISÉ-LAURENT

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER

Professeur René ANXIONNAT

44ème Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1ère sous-section : ***(Biochimie et biologie moléculaire)***

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard NAMOUR

2ème sous-section : ***(Physiologie)***

Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUEL – Professeur Christian BEYAERT

3ème sous-section : ***(Biologie Cellulaire)***

Professeur Ali DALLOUL

4ème sous-section : ***(Nutrition)***

Professeur Olivier ZIEGLER – Professeur Didier QUILLIOT - Professeur Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

45ème Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1ère sous-section : ***(Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)***

Professeur Alain LE FAOU - Professeur Alain LOZNIEWSKI

3ème sous-section : ***(Maladies infectieuses ; maladies tropicales)***

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46ème Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1ère sous-section : ***(Épidémiologie, économie de la santé et prévention)***

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Francis GUILLEMIN

Professeur Denis ZMIROU-NAVIER – Professeur François ALLA

2ème sous-section : ***(Médecine et santé au travail)***

Professeur Christophe PARIS

3ème sous-section : ***(Médecine légale et droit de la santé)***

Professeur Henry COUDANE

4ème sous-section : ***(Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)***

Professeur François KOHLER – Professeur Éliane ALBUISSON

47ème Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1ère sous-section : ***(Hématologie ; transfusion)***

Professeur Thomas LECOMPTE – Professeur Pierre BORDIGONI

Professeur Jean-François STOLTZ – Professeur Pierre FEUGIER

2ème sous-section : ***(Cancérologie ; radiothérapie)***

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY

Professeur Didier PEIFFERT – Professeur Frédéric MARCHAL

3ème sous-section : ***(Immunologie)***

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marie-Christine BENE

4ème sous-section : ***(Génétique)***

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

48ème Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1ère sous-section : ***(Anesthésiologie et réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence)***

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ

Professeur Paul-Michel MERTES – Professeur Gérard AUDIBERT – Professeur Thomas FUCHS-BUDER

2ème sous-section : ***(Réanimation médicale ; médecine d'urgence)***

Professeur Alain GERARD - Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT

Professeur Bruno LÉVY – Professeur Sébastien GIBOT

3ème sous-section : ***(Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)***

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

4ème sous-section : ***(Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)***

Professeur François PAILLE – Professeur Gérard GAY – Professeur Faiez ZANNAD - Professeur Patrick ROSSIGNOL

49ème Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE,

HANDICAP et RÉÉDUCATION

1ère sous-section : ***(Neurologie)***

Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Hervé VESPIGNANI

Professeur Xavier DUCROCQ – Professeur Marc DEBOUVERIE – Professeur Luc TAILLANDIER

2ème sous-section : ***(Neurochirurgie)***

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE – Professeur Olivier KLEIN

Professeur Thierry CIVIT

3ème sous-section : ***(Psychiatrie d'adultes ; addictologie)***

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

4ème sous-section : ***(Pédopsychiatrie ; addictologie)***

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC – Professeur Bernard KABUTH

5ème sous-section : ***(Médecine physique et de réadaptation)***

Professeur Jean PAYSANT

50ème Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE PLASTIQUE

1ère sous-section : ***(Rhumatologie)***

Professeur Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

2ème sous-section : ***(Chirurgie orthopédique et traumatologique)***

Professeur Daniel MOLE - Professeur Didier MAINARD

Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS

3ème sous-section : ***(Dermato-vénéréologie)***

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

4ème sous-section : ***(Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)***

Professeur François DAP – Professeur Gilles DAUTEL

51ème Section : PATHOLOGIE CARDIORESPIRATOIRE et VASCULAIRE

1ère sous-section : ***(Pneumologie ; addictologie)***

Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT

2ème sous-section : ***(Cardiologie)***

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE – Professeur Nicolas SADOUL

Professeur Christian de CHILLOU

3ème sous-section : ***(Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)***

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT

4ème sous-section : ***(Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)***

Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

52ème Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF et URINAIRE

1ère sous-section : ***(Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)***

Professeur Marc-André BIGARD - Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI – Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

3ème sous-section : ***(Néphrologie)***

Professeur Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT

4ème sous-section : ***(Urologie)***

Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

53ème Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1ère sous-section : ***(Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)***

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Gisèle KANNY – Professeur Christine PERRET-GUILLAUME

2ème sous-section : ***(Chirurgie générale)***

Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

54ème Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1ère sous-section : ***(Pédiatrie)***

Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER

Professeur François FEILLET - Professeur Cyril SCHWEITZER – Professeur Emmanuel RAFFO

2ème sous-section : ***(Chirurgie infantile)***

Professeur Michel SCHMITT – Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean-Louis LEMELLE

3ème sous-section : ***(Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)***

Professeur Jean-Louis BOUTROY - Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Patricia BARBARINO

4ème sous-section : ***(Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)***

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55ème Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1ère sous-section : ***(Oto-rhino-laryngologie)***

Professeur Roger JANKOWSKI – Professeur Cécile PARIETTI-WINKLER

2ème sous-section : ***(Ophtalmologie)***

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeur Karine ANGIOI-DUPREZ

3ème sous-section : ***(Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)***

Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeur Etienne SIMON

==========

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

64ème Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeur Sandrine BOSCHI-MULLER

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur Jean-Marc BOIVIN

==========

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42ème Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1ère sous-section : ***(Anatomie)***

Docteur Bruno GRIGNON – Docteur Thierry HAUMONT – Docteur Manuela PEREZ

2ème sous-section : ***(Cytologie et histologie)***

Docteur Edouard BARRAT - Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER

3ème sous-section : ***(Anatomie et cytologie pathologiques)***

Docteur Aude BRESSENOT

43ème Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1ère sous-section : ***(Biophysique et médecine nucléaire)***

Docteur Marie-Hélène LAURENS – Docteur Jean-Claude MAYER

Docteur Pierre THOUVENOT – Docteur Jean-Marie ESCANYE

2ème sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)

Docteur Damien MANDRY

44ème Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1ère sous-section : ***(Biochimie et biologie moléculaire)***

Docteur Jean STRACZEK – Docteur Sophie FREMONT

Docteur Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN – Docteur Catherine MALAPLATE-ARMAND

Docteur Shyue-Fang BATTAGLIA

3ème sous-section : ***(Biologie Cellulaire)***

Docteur Véronique DECOT-MAILLERET

45ème Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1ère sous-section : ***(Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)***

Docteur Francine MORY – Docteur Véronique VENARD – Docteur Hélène JEULIN

2ème sous-section : ***(Parasitologie et mycologie)***

Docteur Nelly CONTET-AUDONNEAU – Madame Marie MACHOUART

46ème Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1ère sous-section : ***(Epidémiologie, économie de la santé et prévention)***

Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE – Docteur Frédérique CLAUDOT – Docteur Cédric BAUMANN

2ème sous-section ***(Médecine et Santé au Travail)***

Docteur Isabelle THAON

3ème sous-section ***(Médecine légale et droit de la santé)***

Docteur Laurent MARTRILLE

4ère sous-section : ***(Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication***

Docteur Nicolas JAY

47ème Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

2ème sous-section : ***(Cancérologie ; radiothérapie : cancérologie (type mixte : biologique)***

Docteur Lina BOLOTINE

3ème sous-section : ***(Immunologie)***

Docteur Marcelo DE CARVALHO BITTENCOURT

4ème sous-section : ***(Génétique)***

Docteur Christophe PHILIPPE – Docteur Céline BONNET

48ème Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

3ème sous-section : ***(Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)***

Docteur Françoise LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT – Docteur Nicolas GAMBIER

50ème Section : RHUMATOLOGIE

1ère sous-section : ***(Rhumatologie)***

Docteur Anne-Christine RAT

3ème sous-section : ***(Dermato-vénéréologie)***

Docteur Anne-Claire BURSZTEJN

53ème Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1ère sous-section : ***(Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)***

Docteur Laure JOLY

54ème Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

3ème sous-section :

Docteur Olivier MOREL

5ème sous-section : ***(Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale)***

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

==========

MAÎTRE DE CONFÉRENCE DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteur Elisabeth STEYER

==========

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5ème section : SCIENCE ÉCONOMIE GÉNÉRALE

Monsieur Vincent LHUILLIER

40ème section : SCIENCES DU MÉDICAMENT

Monsieur Jean-François COLLIN

60ème section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVILE

Monsieur Alain DURAND

61ème section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Monsieur Jean REBSTOCK – Monsieur Walter BLONDEL

64ème section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Mademoiselle Marie-Claire LANHERS – Monsieur Pascal REBOUL – Mr Nick RAMALANJAONA

65ème section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY

Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE – Monsieur Christophe NEMOS -

Madame Natalia DE ISLA

Madame Nathalie MERCIER

66ème section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

67ème section : BIOLOGIE DES POPULATIONS ET ÉCOLOGIE

Madame Nadine MUSSE

PROFESSEURS ASSOCIÉS

Médecine Générale

Professeur associé Francis RAPHAEL

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale

Docteur Jean-Louis ADAM

Docteur Paolo DI PATRIZIO

Docteur Sophie SIEGRIST

Docteur Arnaud MASSON

========

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Jean-Marie ANDRÉ - Professeur Daniel ANTHOINE - Professeur Pierre BEY – Professeur Patrick BOISSEL

Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE – Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ

Professeur Simone GILGENKRANTZ - Professeur Michèle KESSLER - Professeur Henri LAMBERT

Professeur Alain LARCAN - Professeur Denise MONERET-VAUTRIN – Professeur Pierre MONIN

Professeur Jean-Pierre NICOLAS - Professeur Luc PICARD - Professeur Michel PIERSON

Professeur Jacques POUREL – Professeur Jean-François STOLTZ - Professeur Michel STRICKER

Professeur Gilbert THIBAUT - Professeur Hubert UFFHOLTZ – Professeur Paul VERT

Professeur Colette VIDAILHET - Professeur Michel VIDAILHET

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Norman SHUMWAY (1972)

Université de Stanford, Californie (U.S.A)

Harry J. BUNCKE (1989)

Université de Californie, San Francisco (U.S.A)

Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)

Université d'Helsinki (FINLANDE)

Professeur Paul MICHIELSEN (1979)

Université Catholique, Louvain (Belgique)

Professeur Daniel G. BICHET (2001)

Université de Montréal (Canada)

Professeur James STEICHEN (1997)

Université d'Indianapolis (U.S.A)

Professeur Charles A. BERRY (1982)

Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)

Professeur Brian BURCHELL (2007)

Université de Dundee (Royaume Uni)

Professeur Duong Quang TRUNG (1997)

Centre Universitaire de Formation et de Perfectionnement des Professionnels de Santé d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)

Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)

Brown University, Providence (U.S.A)

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)

Institut d'Anatomie de Würtzburg (R.F.A)

Professeur Marc LEVENSTON (2005)

Institute of Technology, Atlanta (USA)

Professeur Mamish Nisbet MUNRO (1982)

Massachusetts Institute of Technology (U.S.A)

Professeur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS

(1996)

Université de Pennsylvanie (U.S.A)

Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982)

Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)

Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)

Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto

Je remercie :

Monsieur le Professeur François Guillemin,
Président du jury, Directeur Général du Centre Alexis Vautrin à Vandoeuvre-lès-Nancy,
de m'avoir fait l'honneur d'accepter la Présidence de cette thèse ainsi que pour ses conseils et sa confiance. Veuillez accepter l'expression de ma profonde gratitude.

Je remercie :

Monsieur le Professeur Jean-Dominique De Korwin Membre du jury, Chef de Service de Médecine Interne H au CHU de Nancy, d'avoir accepté de juger la thèse.

Je remercie :

Tout particulièrement Monsieur le Professeur Luc Taillandier, Neuro-oncologue au CHU de Nancy, Membre du jury, que je n'ai pu contacter que tardivement et qui a accepté spontanément de participer au jury. Veuillez trouver ici l'expression de mes profonds remerciements.

Je remercie :

Monsieur le Professeur Ivan Krakowski, Membre du jury, Président de l'AFSOS, Chef du Service Interdisciplinaire de Soins de Support pour Patients en Oncologie du Centre Alexis Vautrin à Vandoeuvre-lès-Nancy, pour son aide et ses conseils. Veuillez trouver ici l'expression de ma sincère reconnaissance.

Je remercie :

Monsieur le Docteur Alain Laugros, Membre du jury et Directeur de thèse, Chef du Service d'Hépato-Gastro-Entérologie et Médecine Interne de Freyming-Merlebach, pour sa confiance, son aide, ses conseils et sa disponibilité. Cette thèse n'aurait pas été possible sans vous. Merci pour tout ce que vous m'avez appris lors de mon stage dans votre service, qui est et restera le meilleur de mon cursus. Ce fut un plaisir de travailler à vos côtés ces quelques mois.

Remerciements :

- Mathieu, ton soutien, ta contribution et ta présence à mes côtés ont été une aide irremplaçable. Pour tout cela mille mercis… Tu es pour moi unique, comme notre complicité et notre amour. Le 1er septembre 2012 sera le plus beau jour de ma vie.

- Un grand merci à mes parents, pour votre aide et votre soutien, tant dans ma vie personnelle que professionnelle, rien n'aurait été possible sans vous. Vous avez toujours été là pour moi et je vous en serai toujours reconnaissante.

- A Eric et Ingrid pour votre aide précieuse et vos encouragements.

- A Arthur pour ton sourire.

- A l'ensemble des familles Donnen et Auburtin pour tous ces moments inoubliables passés ensemble et à venir.

- A Aline et Christian qui avez toujours été présents malgré la distance. Merci d'être là.

- A Claire pour ton aide précieuse et ta participation à ce travail.

- A ma future belle-famille pour son soutien et sa gentillesse.

Je remercie :

- le Docteur Jacques Stalars, de m’avoir fait découvrir la médecine générale, c’est grâce à toi que j’ai choisi cette spécialité.

- Madame Violette Jourde pour ton aide et pour tout ce que tu m’as apporté lors des 6 mois passés ensemble. Ce fut très enrichissant de travailler avec toi.

- Mes amis pour tous les bons moments partagés.

SERMENT

"Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.
Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.
Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.
Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.
J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.
Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque".

1 INTRODUCTION 23

1.1 THEME 23

1.2 QU'EST-CE QUE LES SOINS DE SUPPORT ? 23

1.3 HISTORIQUE DES SOINS DE SUPPORT EN FRANCE. 25

1.4 OBJECTIFS 26

2 MATERIELS ET METHODES 28

2.1 QU'EST-CE QU'UN AUDIT CLINIQUE ? 28

2.2 REFERENTIELS. 28

2.2.1 ONCOLOR 29
2.2.2 AFSOS 31
2.2.3 Protocoles de FREYMING-MERLEBACH 33

2.3 OUTIL DE RECUEIL DES DONNEES. 35

2.3.1 Elaboration du questionnaire : 35
2.3.2 Questionnaire : 37

2.4 UTILISATION DU QUESTIONNAIRE. 41

2.5 PROTOCOLE D'AUDIT CLINIQUE. 41

2.5.1 Champ d'application : 41
2.5.2 Critères d'inclusion et d'exclusion : 41
2.5.3 Type d'étude : 42
2.5.4 Mode de recueil des données : 42
2.5.5 Taille de l'échantillon et mode de sélection : 42
2.5.6 Période d'évaluation : 42

3 RESULTATS 43

3.1 PRESENTATION DES RESULTATS : 43

3.2 ANALYSE PAR THEME : 50

3.2.1 Nausées et vomissements : 50
3.2.2 Douleur 52
3.2.3 Soins dentaires 54
3.2.4 Nutrition 54
3.2.5 Socio-professionnel 56
3.2.6 Mucite et candidose 57
3.2.7 Abord veineux 58
3.2.8 Fatigue 59
3.2.9 Escarre 60
3.2.10 Psychologie 62
3.2.11 Réunions de concertation pluri-disciplinaire 64
3.2.12 Prévention thrombose 66

3.3 ANALYSE DES RESULTATS DES DOSSIERS DE SOINS PALLIATIFS 67

3.4 ANALYSE DES POINTS FORTS 67

3.5 ANALYSE DES POINTS FAIBLES : 68

4 DISCUSSION 70

4.1 OBJECTIFS ET CHRONOLOGIE DE PRISE EN CHARGE DES SOINS DE SUPPORT 70

4.2 ANALYSE DE FACTEURS D'AMELIORATION DE 2006 A 2011 71

4.3 PLAN D'AMELIORATION (PHASE 1) : PROPOSITIONS DE FICHES PROJET D'AMELIORATION. 72

4.3.1 Fiche projet : Soins dentaires *73*
4.3.2 Fiche projet : Prise en charge socio-professionnelle *73*
4.3.3 Fiche projet : Psychologie *74*
4.3.4 Fiche projet : Abord veineux *75*

4.4 CERTAINS POINTS N'ONT PAS ETE ABORDES ET OCCUPENT POURTANT UNE PLACE IMPORTANTE DANS LES SOINS DE SUPPORT. 75

4.4.1 Liaison entre l'hôpital et le médecin traitant : *75*
4.4.2 La sexualité des patients atteints de cancer : *76*
4.4.3 Prise en charge esthétique du patient : *76*
4.4.4 Art-thérapie : *77*

4.5 PLAN D'AMELIORATION (PHASE 2) : ELABORATION D'UNE FICHE DE SYNTHESE. 77

5 CONCLUSION 78

6 BIBLIOGRAPHIE 79

7 ANNEXES 84

7.1 PLAN CANCER 2003 : MESURE 42 ET CIRCULAIRE N°DHOS/SDO/2005/101 DU 22 FEVRIER 2005 84

7.2 LES OUTILS DE RECUEIL ISSUS DES DOSSIERS PATIENTS. 93

1 INTRODUCTION

1.1 Thème

L'objectif de ce travail est d'analyser la prise en charge des soins de support en cancérologie à Freyming-Merlebach dans le service d'hépato-gastro-entérologie / médecine interne (HGE/MI). Cette démarche d'évaluation a été engagée en raison de l'importance croissante des soins oncologiques de support (SOS) dans la prise en charge des cancers. Ces soins sont en effet devenus essentiels en raison de l'incidence croissante des cancers, des progrès de la cancérologie, des attentes légitimes des malades et des professionnels : augmentation des taux de guérison, allongement de l'espérance de vie des malades incurables, possibilité de meilleurs contrôles des symptômes liés à la maladie et aux traitements, nécessité d'une organisation optimisée au sein des établissements et à domicile.

1.2 Qu'est-ce que les soins de support ?

Les moyens de prolonger la vie sont devenus majeurs et divers. Les mouvements des soins palliatifs et plus récemment des soins de support ont conduit, avec d'autres, à réhabiliter la réflexion sur l'utilisation de ces moyens. Alfred Einstein indiquait déjà après guerre : « Nous vivons en un temps où les moyens sont d'une grande perfection, les buts d'une grande confusion.» (1)

La terminologie « soins de support », adaptée de l'anglais « supportive care » des années 90 par la MASCC (Multinational Association for Supportive Care in Cancer), a été retenue par un groupe de travail pluridisciplinaire dans un article justifiant le choix de ce terme et dans l'optique de l'inscrire dans le premier Plan cancer (1).

Il s'agit de « l'ensemble des soins et soutiens nécessaires aux personnes malades tout au long de la maladie, parallèlement aux traitements spécifiques (oncologiques ou hématologiques) ». Ils visent à améliorer la qualité de vie physique, psychologique, sociale du patient tout au long de la maladie, à diminuer ou à aider à mieux supporter les effets indésirables de la maladie ou des traitements. Ils permettent également d'anticiper les besoins des patients et non de les gérer a posteriori.

Ils ne sont pas une nouvelle spécialité, mais une organisation coordonnée de différentes compétences à disposition du malade, de son entourage et des professionnels.

Cette notion n'est pas claire dans l'inconscient médical et dans la population et se trouve souvent confondue avec les soins palliatifs (soins actifs dans une approche globale de la personne atteinte d'une maladie grave ou terminale, selon la définition de l'OMS en 1999). (1)

Les malades entrent dans la maladie cancéreuse avec leur histoire psychologique et sociale dont il faut tenir compte. Cependant une constante demeure : le désarroi qui justifie à lui seul un accompagnement organisé et coordonné. (2)

Les spécialistes oncologues (au sens de spécialiste coordonnant les soins spécifiques du cancer) sont les référents médicaux du patient durant la majeure partie de la maladie, il est donc fondamental qu'ils soient sensibilisés aux soins de support. Ils doivent donc les appliquer et être conscient de leurs limites pour faire appel à d'autres expertises.

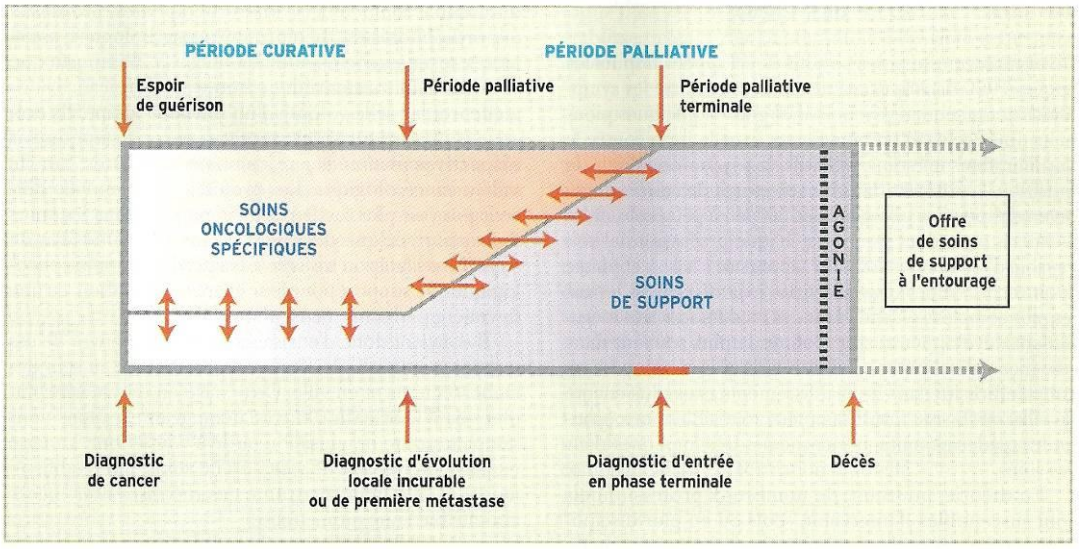
En effet, les soins de support supposent d'associer :

- Les professionnels de santé médicaux acteurs des traitements spécifiques
- Les équipes paramédicales
- Le médecin traitant et tous les acteurs du domicile (libéraux, pharmaciens, HAD …)
- Les professionnels formés dans la prise en charge de la douleur et d'autres symptômes
- L'équipe mobile de soins palliatifs ou l'USP (unité de soins palliatifs)
- Les psychologues
- Les diététiciens
- Les assistantes sociales
- Les odontologistes
- Les kinésithérapeutes
- Les socio-esthéticiennes et art-thérapeutes
- Les associations de bénévoles (3)

La collaboration entre ces différents acteurs permet de respecter le principe de continuité des soins et de favoriser la fluidité du parcours du patient entre les professionnels. Elle doit avoir lieu lors des réunions de concertation pluridisciplinaires, lors des staffs, en consultation et au lit du malade. L'offre de soin de support doit être régulée par la concertation entre les intervenants car ce décloisonnement peut faire apparaitre des recouvrements de compétences ou des carences.

Il convient de s'assurer que le patient et ses proches ont bien compris toutes les informations reçues et qu'ils sont impliqués dans le projet de soins et d'aide psycho-sociale. A l'inverse, il est également nécessaire de s'assurer que l'équipe référente a bien compris les souhaits exprimés par le malade. (3)

Il est nécessaire d'intégrer les soins de support dès la phase initiale et à chaque étape de la prise en charge, comme le montre par exemple schéma ci-dessous.



La période curative correspond à la phase durant laquelle ont lieu les soins spécifiques avec un objectif de guérison.

La période palliative initiale : impossibilité d'une guérison, poursuite des traitements spécifiques ayant pour objectifs une réponse temporaire ou une stabilisation de la maladie et une amélioration de la qualité de vie.

La période palliative terminale ne s'intéresse plus qu'au confort des patients, il n'y a plus de traitement spécifique. (4)

1.3 Historique des soins de support en France.

- 1990 : mise en place du groupe soins oncologiques de support à la Fédération Nationale des Centres de Lutte Contre le Cancer (FNCLCC)
- 2003 : mesure 42 dans le plan cancer **(cf. annexe 1)**
- 2005 : circulaire DHOS / SDO / 2005 / 101, relative à l'organisation des soins en cancérologie qui les inscrit pour la première fois dans les textes officiels et en donne le cadre. **(cf. annexe 1)**
- 2008 : création de l'AFSOS - Association Francophone pour les Soins Oncologiques de Support crée en 2008 par l'AESCO (Association Européenne pour les soins de Confort en Oncologie), le groupe de soins de support de la FNCLCC (Fédération Nationale des Centres de Lutte Contre le Cancer) et le GRASSPHO (Groupe de Réflexion sur l'Accompagnement des Soins de Support pour les Patients en

Hématologie et en Oncologie). Elle a pour but de promouvoir la connaissance et la mise en œuvre des soins oncologiques de support. (5)

1.4 Objectifs.

L'objectif principal de ce travail est de comparer la prise en charge des soins de support en cancérologie à Freyming-Merlebach dans le service d'HGE/MI par rapport à un référentiel établi à partir des référentiels existants.

Les objectifs secondaires sont d'évaluer s'il y a eu ou non une évolution des pratiques entre 2006 et 2011 et d'identifier les facteurs d'évolution et de changement d'organisation qui ont permis une amélioration.

Cette évaluation s'intègre donc dans :

- les démarches qualités. Pour l'OMS, évaluer la qualité des soins est « une démarche qui doit permettre de garantir à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en terme de santé, conformément à l'état de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en terme de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins.» (6)

- les démarches d'accréditation et certification des établissements. La Haute Autorité de Santé (HAS) a décidé de rendre obligatoire le recueil d'indicateurs de qualité dans le cadre de la procédure de certification des établissements de santé. Ce sont les indicateurs IPAQSS : Indicateurs Pour l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins. Les objectifs de la généralisation de ces indicateurs sont :
    - de proposer aux établissements de santé de nouveaux outils et méthodes de pilotage de la qualité dans la perspective de développer une culture de la mesure de la qualité.
    - d'améliorer la pertinence de la procédure de certification des établissements de santé, en alimentant le document d'auto-évaluation des établissements et servir de base au dialogue avec les experts visiteurs. L'auto-évaluation permet de réaliser le diagnostic des points forts et des axes d'amélioration de l'établissement au regard du référentiel de la HAS en vigueur et constitue un outil

de management de sa démarche d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins.

- de répondre à l'exigence de transparence et au besoin d'information de la part des usagers du système de santé et de leurs représentants sur la qualité des soins délivrés.

Les indicateurs IPAQSS utilisés à l'hôpital de Freyming-Merlebach en rapport avec cette étude sur les soins de support sont : « Réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) en cancérologie », « la tenue du dossier patient », « le dépistage des troubles nutritionnels », « la traçabilité de l'évaluation de la douleur », « la traçabilité de l'évaluation du risque d'escarre », « le délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation ».

- les démarches d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP). Définition selon l'HAS : l'évaluation des pratiques professionnelles est définie comme l'analyse de la pratique professionnelle en référence à des recommandations et selon une méthode validée comportant la mise en œuvre et le suivi d'actions d'amélioration des pratiques. Les pratiques professionnelles sont constituées à la fois de pratiques individuelles et collectives ; elles comportent une dimension organisationnelle. Ces pratiques concernent les activités diagnostiques, thérapeutiques ou préventives. » (6 et 3)

Nous conclurons par la proposition d'un plan d'amélioration pour ce service et l'élaboration d'une fiche de synthèse à insérer dans chaque dossier qui permettrait de contrôler la prise en charge des soins de support pour chaque patient atteint de cancer.

2 MATERIELS ET METHODES

Cette étude sera réalisée sous la forme d'un audit clinique.

2.1 Qu'est-ce qu'un audit clinique ?

C'est une méthode d'évaluation qui permet, à l'aide de critères déterminés, de comparer les pratiques de soin à des références admises, en vue de mesurer la qualité de ces pratiques et de rechercher les écarts, avec l'objectif de les améliorer.
Ce travail s'inscrivant dans le cadre d'une démarche qualité, la méthode de l'audit clinique est la plus appropriée.

2.2 Référentiels.

Un référentiel est constitué de l'ensemble des éléments concrets, observables, permettant de porter un jugement valide sur la conformité des pratiques étudiées. Il doit être élaboré à partir de documents récents, validés, s'appuyer en priorité sur la règlementation et les recommandations professionnelles.
Les sources pour construire ce référentiel peuvent être multiples. Dans le présent travail, nous avons retenus :

- Référentiels ONCOLOR : Réseau Lorrain de Cancérologie. Agréé par l'ARH de Lorraine en 1998, il est le seul réseau régional impliquant l'ensemble des professionnels privés et publiques d'une région impliqués en cancérologie. Il couvre l'ensemble des activités de dépistage, diagnostic, traitement et de suivi nécessaires à la prise en charge des patients atteints de pathologies malignes sous réserve des moyens disponibles dans la région. Il a pour but d'améliorer la qualité et la continuité des soins des patients atteints de cancer ainsi que la sécurité des patients et des professionnels de santé en tenant compte des contraintes économiques. (7)

- Référentiels AFSOS.

- Protocoles utilisés à l'hôpital de Freyming-Merlebach

Ces référentiels sont ensuite présentés sous une forme simplifiée, non exhaustive, en retenant les éléments essentiels qui vont servir de base à l'élaboration de notre grille de recueil de données.

2.2.1 ONCOLOR

Nausées et vomissements : (8)

- Evaluation du risque émétique lié au patient en fonction de : âge, sexe, consommation éthylique, antécédents de vomissements pendant la grossesse, mal des transports, anxiété, antécédents de chimiothérapie avec nausées et vomissements.
- Evaluation du risque émétique lié à la chimiothérapie.
- Traitement anticipé adapté des nausées et des vomissements.
- Traitement adapté aux vomissements retardés.
- Réévaluation / adaptation régulière.

Douleurs : (9)

- Evaluation systématique de la douleur avec outils adaptés (ici l'échelle numérique).
- L'antalgique utilisé doit être adapté à l'échelle numérique.
- Trace dans le dossier d'une prise en charge rapide de la douleur.
- Evaluation du risque de douleur iatrogène.
- Evaluation régulière de la douleur et adaptation antalgique.
- Les effets indésirables des antalgiques doivent être pris en charge.
- Des techniques complémentaires peuvent être utilisées pour un effet antalgique en cas d'échec des thérapeutiques courantes (rééducation fonctionnelle, approches psychologiques, radiothérapie, endoprothèse, dérivation digestive, acupuncture, réflexologie).

Etat dentaire : (10)

- Soins dentaires nécessaires avant chimiothérapie en fonction du risque aplasiant de celle-ci et avant chirurgie.

Sédation : (11)

- Etre face à un vrai syndrome réfractaire.
- Respecter les règles éthiques et les modalités décisionnelles lors de la mise en place de la sédation.
- Décision pluridisciplinaire.
- Respecter les indications en dehors de la phase terminale
- Le patient doit être informé avec tact et mesure des objectifs, modalité, conséquences et risques de la sédation.
- Les mesures d'accompagnement doivent être poursuivies tout au long de la sédation (nursing, soins de bouche…)
- Evaluation régulière de la posologie en fonction des degrés de soulagement des effets indésirables.

Facteurs de croissance hématopoïétiques et neutropénie fébrile : (12)

- Transfusion érythrocytaire en cas d'anémie sous chimiothérapie recommandée selon les seuils transfusionnels.
- Prescription d'agents stimulants l'érythropoïèse (ASE) selon les seuils recommandés, les agents chimiothérapiques employés, le désir d'épargne transfusionnelle et le pronostic.
- Evaluer le risque de neutropénie avant chimiothérapie en vue d'une éventuelle prescription prophylactique de facteurs de croissance hématopoïétiques.
- En cas de neutropénie, prendre des mesures d'isolement et donner une nourriture adaptée.
- Antibiothérapie intraveineuse ou per os et/ou facteurs de croissance hématopoïétiques à débuter en fonction des facteurs de risque de complication présentés par le patient neutropénique.

Nutrition : (13)

- Evaluation régulière et suivi nutritionnel et diététique pendant la durée du traitement : physique/clinique (poids, indice de masse corporelle) ; biologique (PINI, albuminémie).
- Consultation diététique nécessaire.
- Surveillance du poids.

- Utilisation de compléments nutritionnels oraux.
- Recours à une nutrition entérale ou parentérale lorsque cela est nécessaire.
- Adaptation en fonction des nausées et des vomissements, diarrhée, mucite, dysgeusie, déglutition douloureuse ou difficile.
- Adaptation alimentaire chez les patients immunodéprimés ou en aplasie.

Dyspnée : (14)

- Evaluation de la dyspnée avec prescription adaptée de l'oxygénothérapie selon le taux de saturation en oxygène.

Socio-professionnel : (15)

- Evaluation de la situation socio-familiale et professionnelle du patient.
- Chaque patient doit pouvoir rencontrer l'assistance sociale s'il le souhaite.

Escarre : (16)

- Evaluation du risque d'escarre et trace dans le dossier.
- Réévaluation régulière
- Soins d'hygiène corporelle adaptés au risque d'escarre (toilette, massage, changes, incontinence).
- Programme de mobilisation et de gestion des postures.
- Matériel utilisé pour les soins et le confort des patients adapté (coussins, talonnière, arceau, matelas …)

2.2.2 AFSOS

Mucites et candidoses : (17)

- Evaluation de l'état bucco-dentaire.

- Utilisation de bains de bouche de façon préventive et curative. Recours aux différentes techniques se soin et d'hygiène bucco-dentaire : fruits frais, coca-cola, boissons fraîches pétillantes, glaçons, bâtonnets glycérinés neutres, Vaseline sur les lèvres, gelée de Lansoyl, beurre de cacao, brossage de dents sans menthol, humidificateurs, spray d'eau minérale.

Anémie : (18)

- Transfusion érythrocytaire en fonction du seuil transfusionnel (hémoglobine < 8g/dl) et de la tolérance de l'anémie.
- Le traitement de l'anémie chimio-induite par agents stimulants l'érythropoïèse dépend du taux d'hémoglobine (9-11), des symptômes, de la tolérance et du risque individuel lié au patient et au type de chimiothérapie.

Abord veineux profond :(19)

- Evaluer la nécessité et le rapport avantages/inconvénients.
- Information écrite, orale et consentement éclairé du patient.

Fatigue : (20)

- Dépister et prévenir la fatigue.
- Recherche étiologique d'une cause organique (métabolique, anémie…), psychologique.
- Prise en charge symptomatique : importance de l'approche psychologique, peu de traitements disponibles, adapter les activités, réhabilitation à l'effort.

Sociale : (21)

- Prise en charge globale : prévention des difficultés sociales.
- Analyse de la personne et de son entourage.
- Elaborer un projet d'action en évaluant les priorités et en choisissant des moyens adaptés.
- Assurer la coordination entre les différents acteurs.
- Accès aux droits et aux soins.
- Soutien financier pour aides à domicile et aides techniques.

- Recherche d'établissements de soins de suite adaptés, orientation à la sortie de l'hôpital.
- Accès à des aides financières ponctuelles si difficultés liées à la maladie.
- Accès à des prestations sociales : mesures spécifiques concernant les enfants, protection juridique, allocation adulte handicapé, aides financière.
- Accompagnement des situations de fin de vie, aides et formalités après le décès.
- Aménagement de l'habitat, droit des proches, accès aux commerces et aux services de proximité, moyens de communication, aides à domicile.
- Elaboration d'un plan d'aide personnalisé de support social (situation professionnelle et financière, couverture sociale, réseau familial et social).
- Affection de longue durée.

Etat dentaire :(22)

- Prise en charge semblable au référentiel ONCOLOR.

Santé sexuelle : (23)

- Savoir en parler, dépister les problèmes et les prendre en charge.

Douleur : (24)

- Prise en charge semblable au référentiel ONCOLOR.

2.2.3 Protocoles de FREYMING-MERLEBACH

Abord veineux :

- Feuille de consentement présente dans le dossier. (cf. annexe2)

Nutrition :

- Fiche diététique présente et remplie dans tous les dossiers. (cf. annexe 2)
- Consultation diététique systématique.
- Pesée une fois par semaine.

- Bilan nutritionnel biologique systématique d'admission et de suivi.

Escarre :

- Echelle de Braden présente et remplie dans chaque dossier. (cf. annexe 2)

Sédation en phase terminale : (25)

- Respect des indications.
- Réflexion collégiale anticipée, écrite dans le dossier, malade et familles informés.

Anxiolyse par midazolam (hypnovel) : (25)

- Niveau 1 de l'échelle de Rudkin.

Douleur au cours des soins : (26)

- Pansements douloureux : MEOPA.
- Ponction lombaire : EMLA, MEOPA +/- anxiolytique
- Référent douleur et soins palliatifs.

Psychologie :

Il n'y a pas de protocole écrit mais voici la façon dont procède la psychologue à Freyming-Merlebach.

- Patients vus systématiquement au moment de l'annonce diagnostique.
- Traces dans le dossier des entretiens psychologue / malade.
- Echange entre la psychologue et l'équipe soignante suite aux entretiens.
- Suivi régulier des patients et des familles s'ils le désirent.
- Soutien psychologique de l'équipe soignante.

Réunion de concertation pluridisciplinaire :

- RCP soins palliatifs une fois par semaine le jeudi, réunissant les intervenants médicaux, paramédicaux (IDE, AS), transversaux (kinésithérapeute, psychologue, diététicienne, assistante sociale) sous forme d'un staff dont les conclusions sont tracées dans le dossier.

2.3 Outil de recueil des données.

2.3.1 Elaboration du questionnaire :

Afin de limiter la grille de recueil de données à 49 items, nous avons choisi de retenir les critères les plus souvent abordés ou les plus importants dans la qualité de la prise en charge. Ils sont présentés ci-dessous en précisant les raisons de ce choix :

Nausées et vomissements (items 1 à 5) : symptômes pénibles et fréquents, la plupart du temps liés à la chimiothérapie. (27)

Douleurs (items 6 à 11) : les douleurs altèrent profondément la qualité de vie qu'elles soient induites par le cancer ou par le traitement. La lutte contre la douleur doit être une préoccupation fondamentale des soignants.

Soins dentaires (item 12) : Les dents représentent un foyer infectieux potentiel.

Nutrition (items 13 à 19) : La dénutrition augmente la morbidité et la mortalité des cancers. Les valeurs seuils des indicateurs de la dénutrition (albumine, IMC) sont souvent un indice méconnu par les médecins. (28)

Dyspnée (item 20) : symptôme pénible et angoissant, peut-être dû à la maladie, au traitement et/ou à leurs complications.

Socio-professionnel (items 21 à 23) : Les patients atteints de cancer rencontrent souvent des difficultés professionnelles, financières, de logement… C'est l'une des mesure phare du plan cancer 2009/2013 (mesure 25 : développer une prise en charge sociale personnalisée et accompagner l'après cancer)

Facteurs de croissance hématopoïétiques et neutropénie fébrile (items 24 à 28) : incidence élevée de l'aplasie médullaire chimio-induite limitant parfois les traitements médicaux et source de complications sévères. (29)

Mucites et candidoses (item 29) : L'immunosuppression induite par la maladie et par les traitements favorise l'apparition de ces infections qui peuvent être très gênantes, très douloureuses et source de dénutrition.

Abord veineux profond (items 30 et 31) : Du fait de la veino-toxicité des traitements utilisés en oncologie et de leur administration répétée, la voie veineuse centrale est la voie d'abord privilégiée. Cependant cette dernière expose à certaines complications (infections, pneumothorax, embolie gazeuse, thrombose…) nécessitant une information claire délivrée au patient avant l'intervention lui expliquant les bénéfices et les risques de la mise en place d'une chambre implantable.

Fatigue (item 32) : prévalence élevée, symptôme sous-estimé et sous-traité. Elle n'est soulagée ni par le repos, ni par le sommeil et peut durer jusqu'à un à deux ans après la fin du traitement. (30)

Escarre (items 33 à 37): les patients atteints de cancers sont souvent alités et dénutris ce qui favorise la fragilité cutanée et l'apparition d'escarres.

Psychologie (items 38 à 42) : l'annonce du diagnostic de cancer est traumatisante et les différentes épreuves rencontrées au cours du traitement sont souvent mal vécues pour le patient comme pour son entourage. (31)

Sédation (items 43 à 46) : intermittente ou prolongée elle permet de diminuer ou de faire disparaitre une situation vécue comme insupportable par le patient, lorsque tous les moyens disponibles et adaptés à cette situation ont pu lui être proposés et/ou mis en œuvre sans permettre d'obtenir le soulagement espéré (syndrome réfractaire). Sa mise en application est encadrée. Elle peut entrainer le décès du patient et nécessite donc son accord préalable (directives anticipées).

Réunions de concertation pluri-disciplinaires (RCP) (items 47 et 48) : Elles sont indispensables à la prise en charge de tous les patients atteints de cancer afin d'adapter et de coordonner les soins mis en œuvre par les différents membres de l'équipe.

Thrombose (item 49) : Le risque thrombotique chez les patients atteints de cancer est augmenté du fait de la maladie elle-même et de l'alitement prolongé. Il est nécessaire d'évaluer ce risque afin de prévenir certaines complications (phlébites, embolie pulmonaire…)

2.3.2 Questionnaire :

Il a été établi à partir des 3 référentiels cités ci-dessus. Pour chaque thème nous citons les référentiels servants à l'élaboration des questions. Chaque thème comporte une ou plusieurs questions faisant l'objet d'une réponse binaire.

AUDIT FREYMING

Anti-émétiques (ONCOLOR)

1. Le risque émétique lié au patient a-t-il été évalué ?
O 1. Oui O 2. Non O 3. Non applicable

2. Le risque émétique lié à la chimiothérapie a-t-il été évalué ?
O 1. Oui O 2. Non O 3. Non applicable

3. La tolérance émétique du traitement est -elle notée ?
O 1. Oui O 2. Non O 3. Non applicable

4. La tolérance émétique est-elle réevaluée régulièrement ?
O 1. Oui O 2. Non O 3. Non applicable

5. Apporte-t-on une aide efficace adaptée ?
O 1. Oui O 2. Non O 3. Non applicable

Douleur (ONCOLOR + FREYMING)

6. La douleur est- elle systématiquement évaluée avec EN ?
O 1. Oui O 2. Non O 3. Non applicable

7. L'antalgique utilisé est- il adapté à l'EN?(auto/hétéro-évaluation)
O 1. Oui O 2. Non O 3. Non applicable

8. Y-a-t-il une réevaluation régulière de la douleur ?
O 1. Oui O 2. Non O 3. Non applicable

9. Existe-t-il une prévention de la douleur pour les différents soins et actes invasifs (CIT, pansements, soins...) ?
O 1. Oui O 2. Non O 3. Non applicable

10. Y-a-t-il une évaluation et une prise en charge des effets secondaires des antalgiques (constipation, somnolence, confusion, dépression respiratoire ...)?
O 1. Oui O 2. Non O 3. Non applicable

11. Y-a-il des recours aux techniques complémentaires ?
O 1. Oui O 2. Non O 3. Non applicable

Soins dentaires (ONCOLOR + AFSOS)

12. Retrouve-t-on une évaluation dans le dossier de l'état dentaire du patient avant tout traitement par chimiothérapie ou chirurgie ?
O 1. Oui O 2. Non O 3. Non applicable

Nutrition (ONCOLOR + FREYMING)

13. Retrouve-t-on une trace dans le dossier d'un suivi nutritionnel régulier par des méthodes physiques et biologiques ?
O 1. Oui O 2. Non O 3. Non applicable

14. La fiche diététique est-elle présente dans le dossier ?
O 1. Oui O 2. Non O 3. Non applicable

15. Le patient a-t-il rencontré la diététicienne ?
O 1. Oui O 2. Non O 3. Non applicable

16. Y-a-t-il un recours aux compléments nutritionnels oraux ?
O 1. Oui O 2. Non O 3. Non applicable

17. Y-a-t-il un recours à une nutrition entérale ou parentérale si cela est nécessaire ?
O 1. Oui O 2. Non O 3. Non applicable

18. La nutrition est-elle adaptée aux nausées/vomissements, diarrhées, mucites,dysgueusie, déglution difficile ... ?
O 1. Oui O 2. Non O 3. Non applicable

19. L'alimentation a elle été adaptée en fonction de l'aplasie ou de l'immunodépression ?
O 1. Oui O 2. Non O 3. Non applicable

Dyspnée (ONCOLOR)

20. Retrouve-t-on une réponse adaptée à la dyspnée (O2 en fonction de la SaO2) ?
O 1. Oui O 2. Non O 3. Non applicable

Socio-professionnel (ONCOLOR + AFSOS)

21. Le patient a-t-il rencontré l'assistante sociale ?
O 1. Oui O 2. Non O 3. Non applicable

22. Y-a-t-il une prévention des difficultés sociales ?
O 1. Oui O 2. Non O 3. Non applicable

23. Y-a-t-il un projet d'action élaboré en fonction des priorités et des moyens adaptés au patient ?
O 1. Oui O 2. Non O 3. Non applicable

Facteurs de croissance hématopoïétiques (ONCOLOR + AFSOS)

24. Le patient a-t-il bénéficié de mesures d'isolement et d'une nourriture adaptée en cas de neutropénie fébrile ?
O 1. Oui O 2. Non O 3. Non applicable

25. Une antibiothérapie per os a-t-elle été mise en place en cas de neutropénie fébrile ?
O 1. Oui O 2. Non O 3. Non applicable

26. En cas d'anémie, le patient a-t-il été transfusé en CGR en fonction du seuil transfusionnel (<8 g/dl) et de son état clinique ?
O 1. Oui O 2. Non O 3. Non applicable

27. Le patient a-t-il reçu de l'EPO ?
O 1. Oui O 2. Non O 3. Non applicable

28. Y-a-t-il eu une évaluation de la neutropénie avant chaque séance de chimiothérapie ?
O 1. Oui O 2. Non O 3. Non applicable

Muscites (AFSOS)

29. Le patient a-t-il bénéficié de soins de bouche de façon préventive et secondaire (bicarbonates, fruits, coca, humidificateur...)?
O 1. Oui O 2. Non O 3. Non applicable

Abord veineux centraux(AFSOS)

30. Retrouve-t-on une trace de l'information écrite et orale faite au patient et de son accord ?
O 1. Oui O 2. Non O 3. Non applicable

31. Retrouve-t-on une trace du rapport avantages/inconvénients ?
O 1. Oui O 2. Non O 3. Non applicable

Fatigue (AFSOS)

32. Y-a-t-il une évaluation et une prise en charge symptomatique de la fatigue (anémie, approche psychologique) ?
O 1. Oui O 2. Non O 3. Non applicable

Escarre (ONCOLOR + FREYMING)

33. L'échelle de Braden est-elle présent et remplie dans le dossier du patient ?
O 1. Oui O 2. Non O 3. Non applicable

34. Y-a-t-il une réévaluation régulière ?
O 1. Oui O 2. Non O 3. Non applicable

35. Les soins d'hygiène corporelle sont-ils adaptés au risque d'escarre (toilette, massage, change, incontinence)?
O 1. Oui O 2. Non O 3. Non applicable

36. Le matériel utilisé est-il adapté (coussins, talonnière, arceau, matelas...)
O 1. Oui O 2. Non O 3. Non applicable

37. Y-a-t-il un programme de mobilisation et de gestion des postures ?
O 1. Oui O 2. Non O 3. Non applicable

Psychologie (Psychologue de Freyming)

38. Le patient a-t-il été vu à l'annonce du diagnostic ?
O 1. Oui O 2. Non O 3. Non applicable

39. Y-a-t-il eu un échange entre la psychologue et l'équipe suite aux entretiens psy ?
O 1. Oui O 2. Non O 3. Non applicable

40. Retrouve-t-on une trace dans le dossier des entretiens psy ?
O 1. Oui O 2. Non O 3. Non applicable

41. Le patient et sa famille ont-il pu voir ou revoir la psychologue s'ils le souhaitaient ?
O 1. Oui O 2. Non O 3. Non applicable

42. Y-a-t-il eu pour ce patient un soutien psychologique de l'équipe médicale ?
O 1. Oui O 2. Non O 3. Non applicable

Sédation et anxiolyse (ONCOLOR + FREYMING)

43. Les indications ont-elles été respectée ?
O 1. Oui O 2. Non O 3. Non applicable

44. Retrouve-t-on la trace d'une réflexion en équipe anticipée ?
O 1. Oui O 2. Non O 3. Non applicable

45. Le patient et sa famille ont-ils été informés ?
O 1. Oui O 2. Non O 3. Non applicable

46. L'état du patient, dans le cadre de l'anxiolyse, correspondait-t-il au niveau 1 de l'échelle de Rudkin ?
O 1. Oui O 2. Non O 3. Non applicable

Réunion de concertation pluri-disciplinaire

47. Retrouve-t-on un compte-rendu de RCP d'oncologie dans le dossier ?
O 1. Oui O 2. Non O 3. Non applicable

48. Retrouve-t-on des comptes-rendus de RCP de soins palliatifs ?
O 1. Oui O 2. Non O 3. Non applicable

Thrombose

49. Y-a-t-il eu une prévention du risque thrombotique en fonction de l'activité physique du patient ?
O 1. Oui O 2. Non O 3. Non applicable

ANNEE

50. De quelle année date le dossier du patient ?
O 1. 2006 O 2. 2011

2.4 Utilisation du questionnaire.

Pour chaque patient, il s'agit de répondre par « oui » ou « non » à toutes les questions. La réponse « non applicable » était possible lorsque le thème de la question n'avait pas eu lieu d'être abordé pour le patient.

2.5 Protocole d'audit clinique.

2.5.1 Champ d'application :

Service d'hépato-gastro-entérologie/médecine interne à Freyming-Merlebach.

Nombre de lits : 25 lits dont 3 lits identifiés de soins palliatifs en 2011.

Equipe médicale :

- Docteur Alain LAUGROS, chef de service, hépato-gastro-entérologue, interniste, cancérologue.
- Docteur Jean-Pierre CRUMBACH, hépato-gastro-entérologue.
- Docteur Laurent MEYER, médecin généraliste, référent douleur.
- Interne de médecine générale.

Equipe paramédicale :

- Mme Monique SCHLICHTER : cadre de santé.
- 9 infirmières
- 9 aides soignantes

Intervenants :

- Mme Violette JOURDE : psychologue
- Mme Florence ROBIN : diététicienne
- Mme Ghislaine AMEUR : diététicienne
- Mme Nadine ROYER : kinésithérapeute
- Mme Fabienne KIEHL : assistante sociale

2.5.2 Critères d'inclusion et d'exclusion :

Ont été inclus les patients adultes hospitalisés dans le cadre d'un cancer digestif ou hématologique en 2006 ou 2011, ce qui représente 54 patients dont 14 en soins palliatifs pour 118 séjours en 2006 et 92 patients dont 12 en soins palliatifs pour 206 séjours en 2011.

Ont été exclus les dossiers des patients hospitalisés moins de 3 jours.
A noter que la majorité des protocoles chimiothérapiques sont réalisés au sein de l'hôpital de jour d'oncologie qui est exclu de cette étude.

2.5.3 Type d'étude :

Approche rétrospective.

2.5.4 Mode de recueil des données :

- Registre des entrées au département d'informations médicales (DIM), dirigé par le Docteur Jean-François DURR.
- Dossier des patients : fiche des paramètres vitaux, fiche diététique, échelle de Braden, fiche psychologue, fiche assistante sociale, fiche de surveillance pansement, fiche de prescriptions complémentaires, fiches de transmissions ciblées, fiche d'observation soignante, fiche diagramme et soins de base, fiche de prescriptions pharmaceutiques, fiche d'observations médicales, fiche de consentement. (cf. annexes 2)
- Questionnaire.

2.5.5 Taille de l'échantillon et mode de sélection :

- Echantillon : 30 patients en 2006 et 30 patients en 2011, dont 10 patients en soins palliatifs terminaux, c'est-à-dire sans traitement spécifique, pour chaque année.
- Mode de sélection : tirage au sort effectué par le DIM parmi les patients hospitalisés dans le cadre d'un cancer digestif ou hématologique.

2.5.6 Période d'évaluation :

- Du 1er janvier 2006 au 30 juin 2006.
- Du 1er janvier 2011 au 30 juin 2011.

3 RESULTATS

3.1 Présentation des résultats :

Tableau représentant les réponses données à chaque question, tous dossiers confondus :

		2006				2011			
Questions		**Oui**	**Non**	**Non applicable**	**Total 2006**	**Oui**	**Non**	**Non applicable**	**Total 2011**
1	***Effectif***	0	30	0	30	0	30	0	30
2	***Effectif***	27	2	1	30	28	0	2	30
3	***Effectif***	6	22	2	30	26	2	2	30
4	***Effectif***	13	15	2	30	28	2	0	30
5	***Effectif***	20	4	6	30	27	1	2	30
6	***Effectif***	1	29	0	30	30	0	0	30
7	***Effectif***	16	3	11	30	27	0	3	30
8	***Effectif***	8	21	1	30	30	0	0	30
9	***Effectif***	16	4	10	30	26	0	4	30
10	***Effectif***	11	8	11	30	23	2	5	30
11	***Effectif***	1	0	29	30	2	3	25	30
12	***Effectif***	0	30	0	30	0	30	0	30
13	***Effectif***	17	13	0	30	29	1	0	30
14	***Effectif***	14	16	0	30	24	6	0	30
15	***Effectif***	15	15	0	30	25	5	0	30
16	***Effectif***	11	18	1	30	20	8	2	30
17	***Effectif***	10	12	8	30	17	5	8	30
18	***Effectif***	10	19	1	30	23	5	2	30
19	***Effectif***	0	10	20	30	0	5	25	30
20	***Effectif***	11	2	17	30	13	0	17	30
21	***Effectif***	3	27	0	30	4	25	1	30
22	***Effectif***	1	29	0	30	3	25	2	30
23	***Effectif***	2	28	0	30	4	24	2	30
24	***Effectif***	0	7	23	30	4	1	25	30
25	***Effectif***	7	0	23	30	4	1	25	30
26	***Effectif***	14	4	12	30	16	1	13	30
27	***Effectif***	10	6	14	30	16	3	11	30
28	***Effectif***	28	0	2	30	27	0	3	30
29	***Effectif***	5	25	0	30	19	2	9	30
30	***Effectif***	0	25	5	30	9	12	9	30
31	***Effectif***	0	25	5	30	7	14	9	30
32	***Effectif***	12	18	0	30	25	5	0	30
33	***Effectif***	1	29	0	30	30	0	0	30

34	***Effectif***	1	29	0	30	30	0	0	30
35	***Effectif***	1	29	0	30	26	0	4	30
36	***Effectif***	1	29	0	30	29	0	1	30
37	***Effectif***	1	29	0	30	15	0	15	30
38	***Effectif***	1	29	0	30	15	13	2	30
39	***Effectif***	1	29	0	30	16	8	6	30
40	***Effectif***	1	29	0	30	15	13	2	30
41	***Effectif***	7	21	2	30	22	4	4	30
42	***Effectif***	1	19	10	30	12	3	15	30
43	***Effectif***	5	5	20	30	10	0	20	30
44	***Effectif***	1	9	20	30	2	8	20	30
45	***Effectif***	4	7	19	30	7	3	20	30
46	***Effectif***	4	5	21	30	8	1	21	30
47	***Effectif***	10	20	0	30	29	1	0	30
48	***Effectif***	0	15	15	30	10	1	19	30
49	***Effectif***	4	17	9	30	14	3	13	30

Nous considérons que le référentiel correspond à 100% de réponses « oui » à chaque question, l'objectif est de s'en approcher le plus possible.

Les résultats « non applicable » n'ont pas été retenus dans le calcul suivant. Voici la formule utilisée pour calculer la fréquence de « oui » :

Nombre de oui / (Nombre de oui + Nombre de non) x 100

Tableau représentant les fréquences de « oui » et de « non » pour chaque année, tous dossiers confondus :

		2006			2011		
Questions		**Oui**	**Non**	**Total 2006**	**Oui**	**Non**	**Total 2011**
1	***Effectif***	0	30	30	0	30	30
	%	0,00%	100,00%	100,00%	0,00%	100,00%	100,00%
2	***Effectif***	27	2	29	28	0	28
	%	93,10%	6,90%	100,00%	100,00%	0,00%	100,00%
3	***Effectif***	6	22	28	26	2	28
	%	21,43%	78,57%	100,00%	92,86%	7,14%	100,00%
4	***Effectif***	13	15	28	28	2	30
	%	46,43%	53,57%	100,00%	93,33%	6,67%	100,00%
5	***Effectif***	20	4	24	27	1	28
	%	83,33%	16,67%	100,00%	96,43%	3,57%	100,00%
6	***Effectif***	1	29	30	30	0	30

	%	3,33%	96,67%	100,00%	100,00%	0,00%	100,00%
7	***Effectif***	16	3	19	27	0	27
	%	84,21%	15,79%	100,00%	100,00%	0,00%	100,00%
8	***Effectif***	8	21	29	30	0	30
	%	27,59%	72,41%	100,00%	100,00%	0,00%	100,00%
9	***Effectif***	16	4	20	26	0	26
	%	80,00%	20,00%	100,00%	100,00%	0,00%	100,00%
10	***Effectif***	11	8	19	23	2	25
	%	57,89%	42,11%	100,00%	92,00%	8,00%	100,00%
11	***Effectif***	1	0	1	2	3	5
	%	100,00%	0,00%	100,00%	40,00%	60,00%	100,00%
12	***Effectif***	0	30	30	0	30	30
	%	0,00%	100,00%	100,00%	0,00%	100,00%	100,00%
13	***Effectif***	17	13	30	29	1	30
	%	56,67%	43,33%	100,00%	96,67%	3,33%	100,00%
14	***Effectif***	14	16	30	24	6	30
	%	46,67%	53,33%	100,00%	80,00%	20,00%	100,00%
15	***Effectif***	15	15	30	25	5	30
	%	50,00%	50,00%	100,00%	83,33%	16,67%	100,00%
16	***Effectif***	11	18	29	20	8	28
	%	37,93%	62,07%	100,00%	71,43%	28,57%	100,00%
17	***Effectif***	10	12	22	17	5	22
	%	45,45%	54,55%	100,00%	77,27%	22,73%	100,00%
18	***Effectif***	10	19	29	23	5	28
	%	34,48%	65,52%	100,00%	82,14%	17,86%	100,00%
19	***Effectif***	0	10	10	0	5	5
	%	0,00%	100,00%	100,00%	0,00%	100,00%	100,00%
20	***Effectif***	11	2	13	13	0	13
	%	84,62%	15,38%	100,00%	100,00%	0,00%	100,00%
21	***Effectif***	3	27	30	4	25	29
	%	10,00%	90,00%	100,00%	13,79%	86,21%	100,00%
22	***Effectif***	1	29	30	3	25	28
	%	3,33%	96,67%	100,00%	10,71%	89,29%	100,00%
23	***Effectif***	2	28	30	4	24	28
	%	6,67%	93,33%	100,00%	14,29%	85,71%	100,00%
24	***Effectif***	0	7	7	4	1	5
	%	0,00%	100,00%	100,00%	80,00%	20,00%	100,00%
25	***Effectif***	7	0	7	4	1	5
	%	100,00%	0,00%	100,00%	80,00%	20,00%	100,00%
26	***Effectif***	14	4	18	16	1	17
	%	77,78%	22,22%	100,00%	94,12%	5,88%	100,00%
27	***Effectif***	10	6	16	16	3	19
	%	62,50%	37,50%	100,00%	84,21%	15,79%	100,00%
28	***Effectif***	28	0	28	27	0	27
	%	100,00%	0,00%	100,00%	100,00%	0,00%	100,00%

29	***Effectif***	5	25	30	19	2	21
	%	16,67%	83,33%	100,00%	90,48%	9,52%	100,00%
30	***Effectif***	0	25	25	9	12	21
	%	0,00%	100,00%	100,00%	42,86%	57,14%	100,00%
31	***Effectif***	0	25	25	7	14	21
	%	0,00%	100,00%	100,00%	33,33%	66,67%	100,00%
32	***Effectif***	12	18	30	25	5	30
	%	40,00%	60,00%	100,00%	83,33%	16,67%	100,00%
33	***Effectif***	1	29	30	30	0	30
	%	3,33%	96,67%	100,00%	100,00%	0,00%	100,00%
34	***Effectif***	1	29	30	30	0	30
	%	3,33%	96,67%	100,00%	100,00%	0,00%	100,00%
35	***Effectif***	1	29	30	26	0	26
	%	3,33%	96,67%	100,00%	100,00%	0,00%	100,00%
36	***Effectif***	1	29	30	29	0	29
	%	3,33%	96,67%	100,00%	100,00%	0,00%	100,00%
37	***Effectif***	1	29	30	15	0	15
	%	3,33%	96,67%	100,00%	100,00%	0,00%	100,00%
38	***Effectif***	1	29	30	15	13	28
	%	3,33%	96,67%	100,00%	53,57%	46,43%	100,00%
39	***Effectif***	1	29	30	16	8	24
	%	3,33%	96,67%	100,00%	66,67%	33,33%	100,00%
40	***Effectif***	1	29	30	15	13	28
	%	3,33%	96,67%	100,00%	53,57%	46,43%	100,00%
41	***Effectif***	7	21	28	22	4	26
	%	25,00%	75,00%	100,00%	84,62%	15,38%	100,00%
42	***Effectif***	1	19	20	12	3	15
	%	5,00%	95,00%	100,00%	80,00%	20,00%	100,00%
43	***Effectif***	5	5	10	10	0	10
	%	50,00%	50,00%	100,00%	100,00%	0,00%	100,00%
44	***Effectif***	1	9	10	2	8	10
	%	10,00%	90,00%	100,00%	20,00%	80,00%	100,00%
45	***Effectif***	4	7	11	7	3	10
	%	36,36%	63,64%	100,00%	70,00%	30,00%	100,00%
46	***Effectif***	4	5	9	8	1	9
	%	44,44%	55,56%	100,00%	88,89%	11,11%	100,00%
47	***Effectif***	10	20	30	29	1	30
	%	33,33%	66,67%	100,00%	96,67%	3,33%	100,00%
48	***Effectif***	0	15	15	10	1	11
	%	0,00%	100,00%	100,00%	90,91%	9,09%	100,00%
49	***Effectif***	4	17	21	14	3	17
	%	19,05%	80,95%	100,00%	82,35%	17,65%	100,00%

Les résultats ont été également analysés en sélectionnant et en comparant uniquement les dossiers de patients en soins palliatifs, afin de voir s'il existe une différence de prise en charge avec l'ensemble des patients.

Tableau représentant les fréquences de « oui » et de « non » parmi les dossiers des patients en soins palliatifs :

		2006			2011		
Questions		**Oui**	**Non**	**Total 2006**	**Oui**	**Non**	**Total 2011**
1	***Effectif***	0	10	10	0	10	10
	%	0,00%	100,00%	100,00%	0,00%	100,00%	100,00%
2	***Effectif***	9	0	9	9	0	9
	%	100,00%	0,00%	100,00%	100,00%	0,00%	100,00%
3	***Effectif***	3	6	9	8	1	9
	%	33,33%	66,67%	100,00%	88,89%	11,11%	100,00%
4	***Effectif***	3	6	9	10	0	10
	%	33,33%	66,67%	100,00%	100,00%	0,00%	100,00%
5	***Effectif***	6	1	7	9	1	10
	%	85,71%	14,29%	100,00%	90,00%	10,00%	100,00%
6	***Effectif***	0	10	10	10	0	10
	%	0,00%	100,00%	100,00%	100,00%	0,00%	100,00%
7	***Effectif***	6	0	6	10	0	10
	%	100,00%	0,00%	100,00%	100,00%	0,00%	100,00%
8	***Effectif***	5	5	10	10	0	10
	%	50,00%	50,00%	100,00%	100,00%	0,00%	100,00%
9	***Effectif***	7	0	7	10	0	10
	%	100,00%	0,00%	100,00%	100,00%	0,00%	100,00%
10	***Effectif***	4	3	7	9	1	10
	%	57,14%	42,86%	100,00%	90,00%	10,00%	100,00%
11	***Effectif***	0	0	0	0	2	2
	%	0 %	0 %	100 %	0,00%	20,00%	100,00%
12	***Effectif***	0	10	10	0	10	10
	%	0,00%	100,00%	100,00%	0,00%	100,00%	100,00%
13	***Effectif***	9	1	10	10	0	10
	%	90,00%	10,00%	100,00%	100,00%	0,00%	100,00%
14	***Effectif***	7	3	10	10	0	10
	%	70,00%	30,00%	100,00%	100,00%	0,00%	100,00%
15	***Effectif***	8	2	10	10	0	10
	%	80,00%	20,00%	100,00%	100,00%	0,00%	100,00%
16	***Effectif***	5	5	10	9	0	9
	%	50,00%	50,00%	100,00%	100,00%	0,00%	100,00%
17	***Effectif***	6	2	8	10	0	10
	%	75,00%	25,00%	100,00%	100,00%	0,00%	100,00%
18	***Effectif***	7	3	10	10	0	10

	%	70,00%	30,00%	100,00%	100,00%	0,00%	100,00%
19	***Effectif***	0	2	2	0	1	1
	%	0,00%	100,00%	100,00%	0,00%	100,00%	100,00%
20	***Effectif***	7	2	9	10	0	10
	%	77,78%	22,22%	100,00%	100,00%	0,00%	100,00%
21	***Effectif***	2	8	10	0	10	10
	%	20,00%	80,00%	100,00%	0,00%	100,00%	100,00%
22	***Effectif***	1	9	10	0	9	9
	%	10,00%	90,00%	100,00%	0,00%	100,00%	100,00%
23	***Effectif***	1	9	10	0	9	9
	%	10,00%	90,00%	100,00%	0,00%	100,00%	100,00%
24	***Effectif***	0	4	4	2	0	2
	%	0,00%	100,00%	100,00%	100,00%	0,00%	100,00%
25	***Effectif***	4	0	4	2	0	2
	%	100,00%	0,00%	100,00%	100,00%	0,00%	100,00%
26	***Effectif***	2	5	7	8	1	9
	%	28,57%	71,43%	100,00%	88,89%	11,11%	100,00%
27	***Effectif***	10	6	16	16	3	19
	%	62,50%	37,50%	100,00%	84,21%	15,79%	100,00%
28	***Effectif***	9	0	9	8	0	8
	%	100,00%	0,00%	100,00%	100,00%	0,00%	100,00%
29	***Effectif***	3	7	10	10	0	10
	%	30,00%	70,00%	100,00%	100,00%	0,00%	100,00%
30	***Effectif***	0	9	9	4	5	9
	%	0,00%	100,00%	100,00%	44,44%	55,56%	100,00%
31	***Effectif***	0	9	9	3	6	9
	%	0,00%	100,00%	100,00%	33,33%	66,67%	100,00%
32	***Effectif***	6	4	10	10	0	10
	%	60,00%	40,00%	100,00%	100,00%	0,00%	100,00%
33	***Effectif***	1	9	10	10	0	10
	%	10,00%	90,00%	100,00%	100,00%	0,00%	100,00%
34	***Effectif***	1	9	10	10	0	10
	%	10,00%	90,00%	100,00%	100,00%	0,00%	100,00%
35	***Effectif***	1	9	10	10	0	10
	%	10,00%	90,00%	100,00%	100,00%	0,00%	100,00%
36	***Effectif***	1	9	10	10	0	10
	%	10,00%	90,00%	100,00%	100,00%	0,00%	100,00%
37	***Effectif***	1	9	10	10	0	10
	%	10,00%	90,00%	100,00%	100,00%	0,00%	100,00%
38	***Effectif***	1	9	10	8	1	9
	%	10,00%	90,00%	100,00%	88,89%	11,11%	100,00%
39	***Effectif***	1	9	10	9	1	10
	%	10,00%	90,00%	100,00%	90,00%	10,00%	100,00%
40	***Effectif***	1	9	10	9	1	10
	%	10,00%	90,00%	100,00%	90,00%	10,00%	100,00%

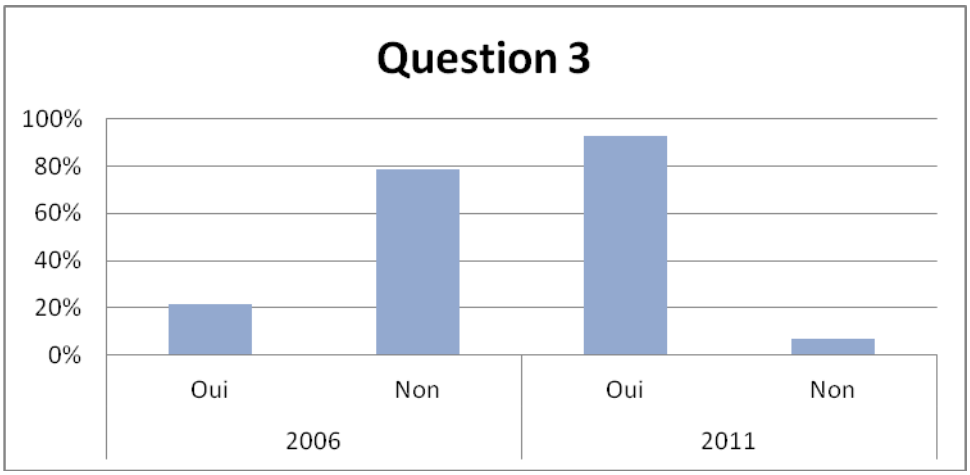
41	***Effectif***	1	9	10	10	0	10
	%	10,00%	90,00%	100,00%	100,00%	0,00%	100,00%
42	***Effectif***	1	8	9	7	0	7
	%	11,11%	88,89%	100,00%	100,00%	0,00%	100,00%
43	***Effectif***	4	6	10	9	0	9
	%	40,00%	60,00%	100,00%	100,00%	0,00%	100,00%
44	***Effectif***	1	9	10	1	8	9
	%	10,00%	90,00%	100,00%	11,11%	88,89%	100,00%
45	***Effectif***	3	7	10	7	2	9
	%	30,00%	70,00%	100,00%	77,78%	22,22%	100,00%
46	***Effectif***	4	5	9	8	1	9
	%	44,44%	55,56%	100,00%	88,89%	11,11%	100,00%
47	***Effectif***	5	5	10	10	0	10
	%	50,00%	50,00%	100,00%	100,00%	0,00%	100,00%
48	***Effectif***	0	10	10	9	1	10
	%	0,00%	100,00%	100,00%	90,00%	10,00%	100,00%
49	***Effectif***	0	10	10	9	1	10
	%	0,00%	100,00%	100,00%	90,00%	10,00%	100,00%

3.2 Analyse par thème :

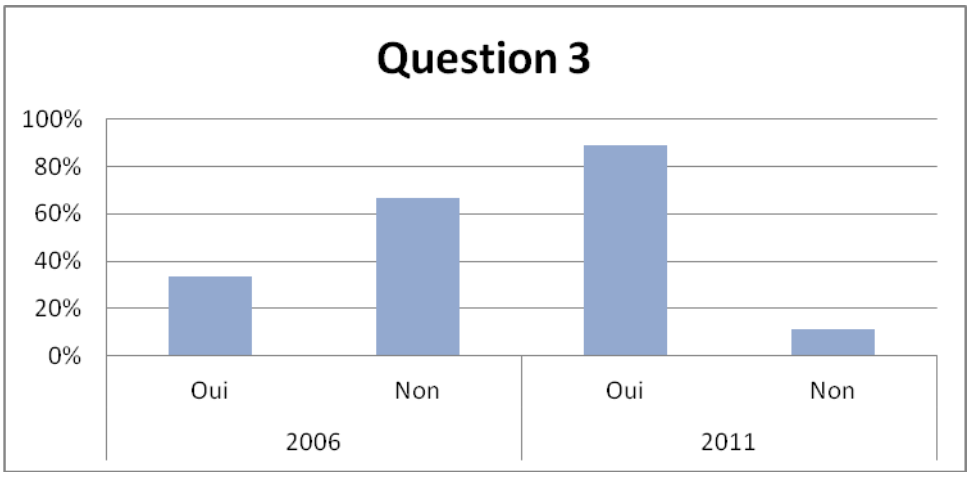
Pour illustrer la discussion, nous avons choisi délibérément les questions les plus pertinentes parmi les thèmes les plus représentatifs des soins de support.

3.2.1 Nausées et vomissements :

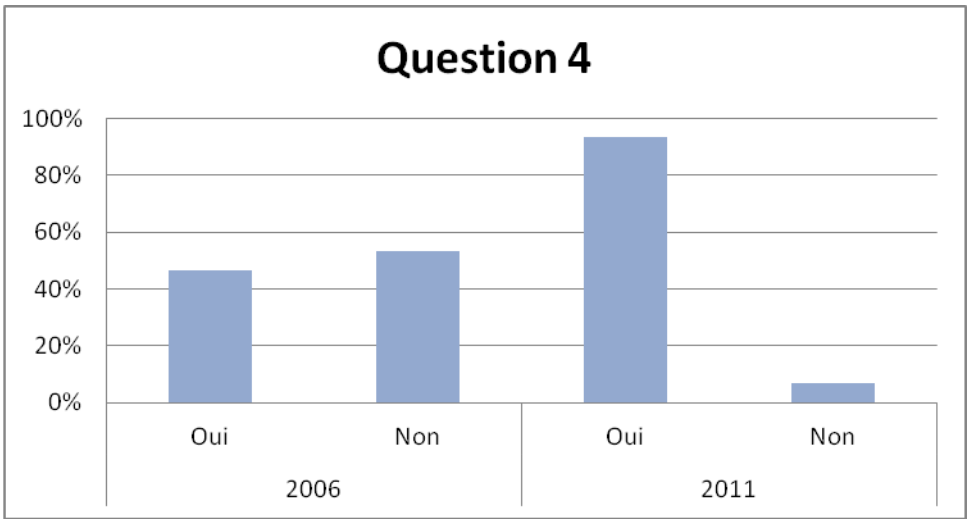
Question 3 : Traçabilité de la tolérance émétique : **21,43%** en 2006 contre **92,86%** en 2011.



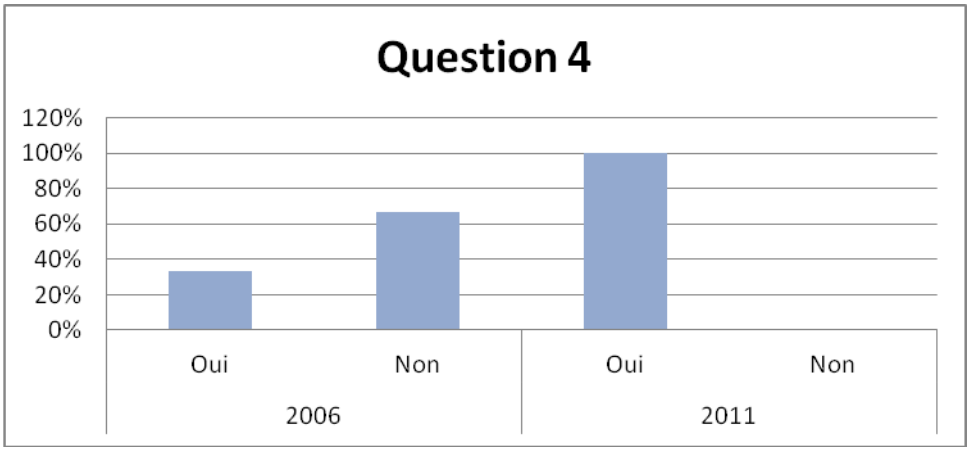
Pour les dossiers de soins palliatifs, on note **33,33%** en 2006 contre **88,89%** en 2011.



Question 4 : Réévaluation régulière de la tolérance émétique : **46,43%** en 2006 contre **93,33%** en 2011.

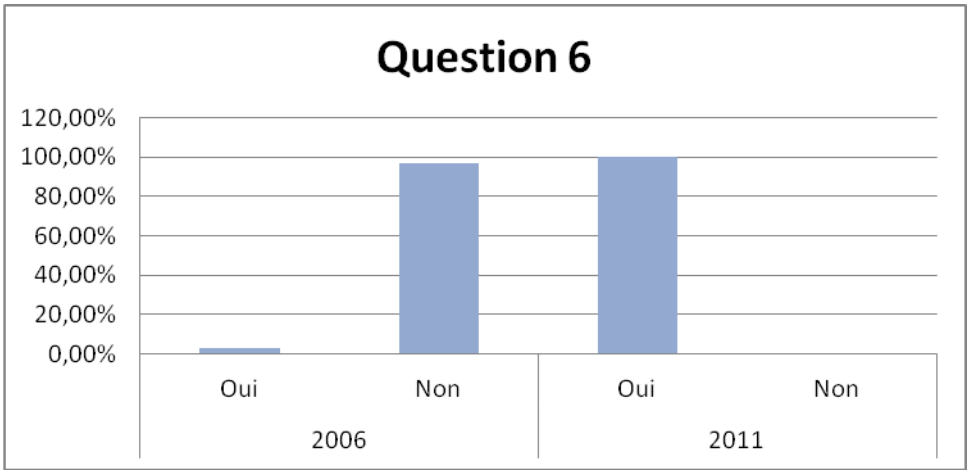


Pour les dossiers de soins palliatifs, on note **33.33%** en 2006 contre **100%** en 2011.

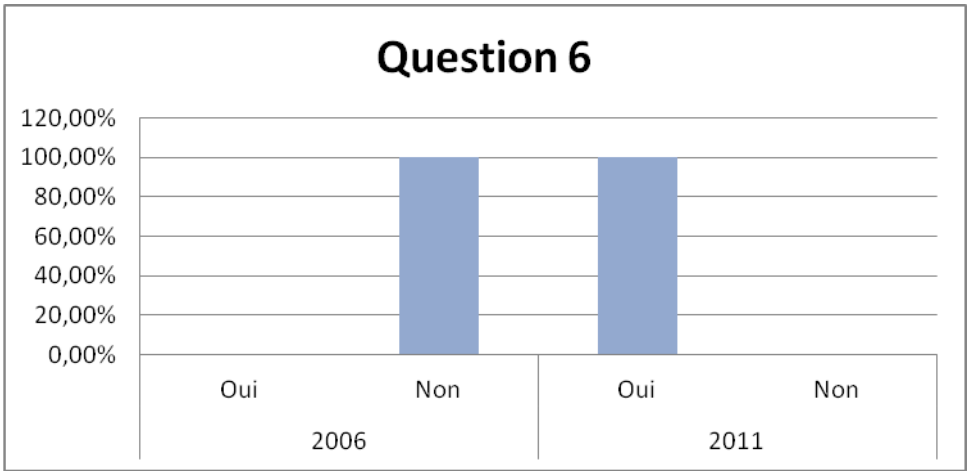


3.2.2 Douleur

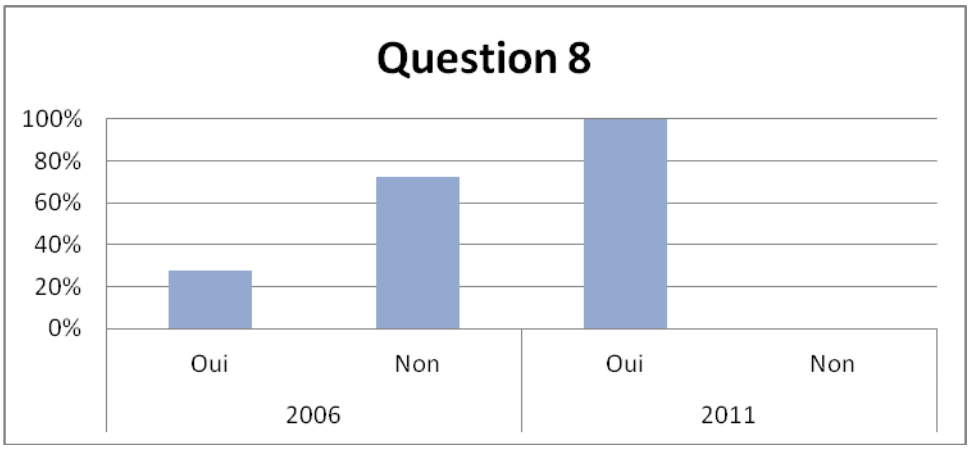
Question 6 : Traçabilité de l'évaluation de la douleur avec l'échelle numérique : **3.33%** en 2006 contre **100%** en 2011.



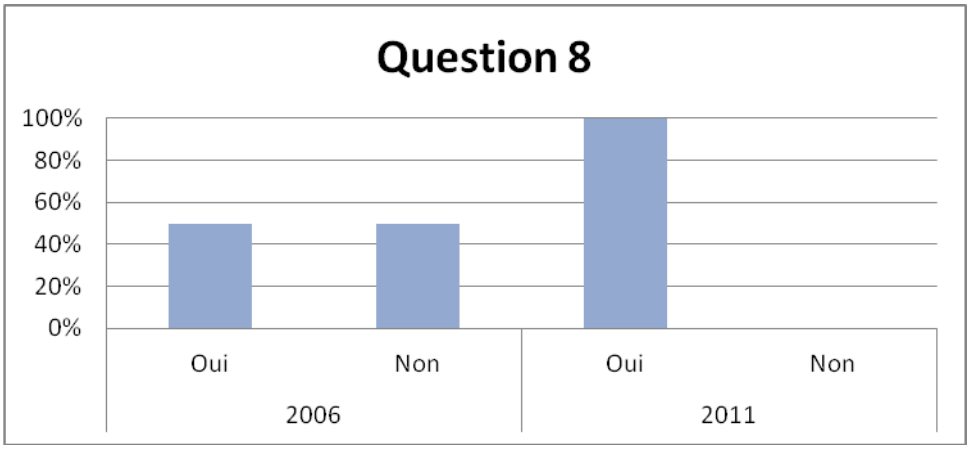
Pour les dossiers de soins palliatifs, on note **0%** en 2006 contre **100%** en 2011.



Question 8 : Réévaluation régulière de la douleur : **27.59%** en 2006 contre **100%** en 2011.



Pour les dossiers de soins palliatifs on note : **50%** en 2006 contre **100%** en 2011.

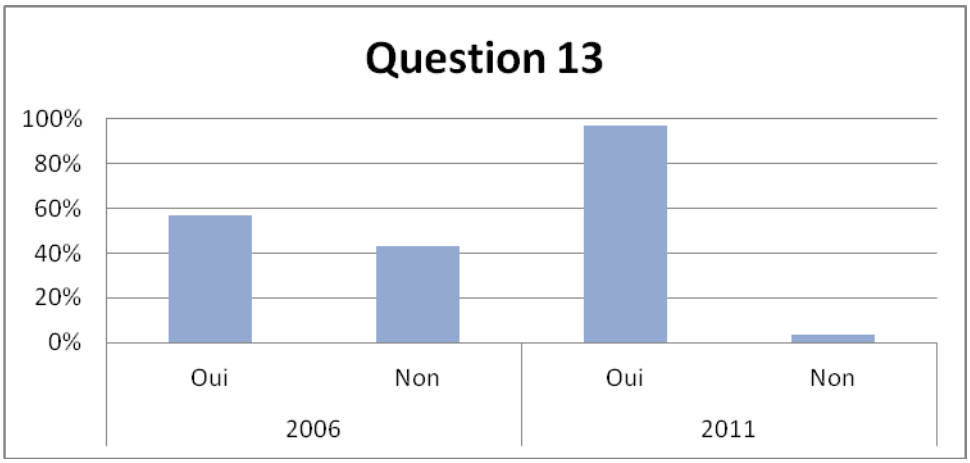


3.2.3 Soins dentaires

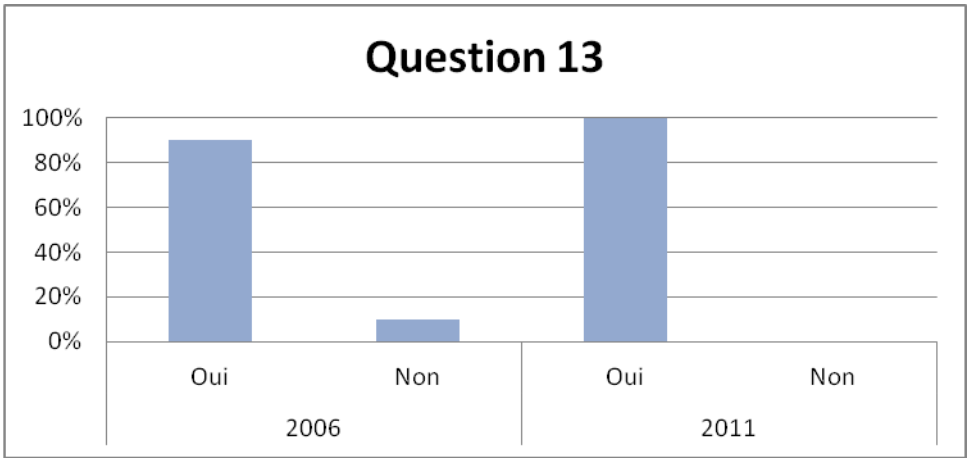
Question 12 : Traçabilité d'une prise en charge dentaire : **0%** en 2006 contre **0%** en 2011. Pour les dossiers de soins palliatifs on note : **0%** en 2006 contre **0%** en 2011.

3.2.4 Nutrition

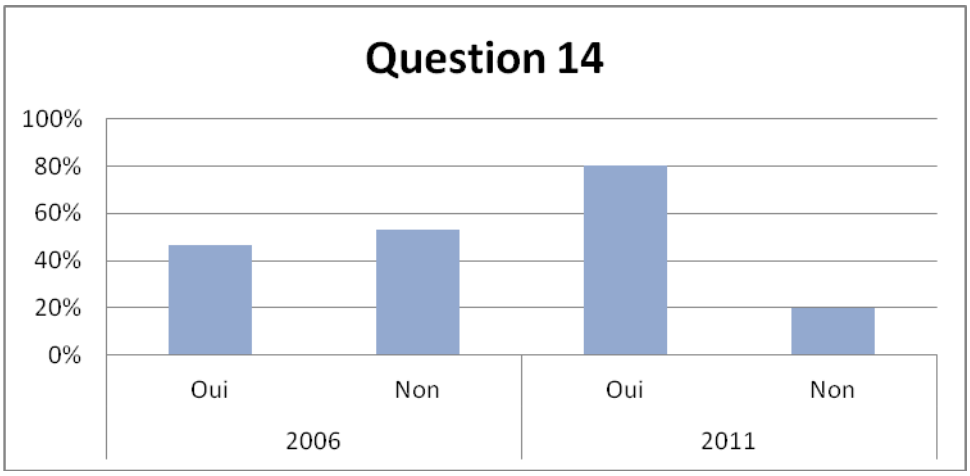
Question 13 : Traçabilité du suivi nutritionnel : **56.67%** en 2006 contre **96.67%** en 2011.



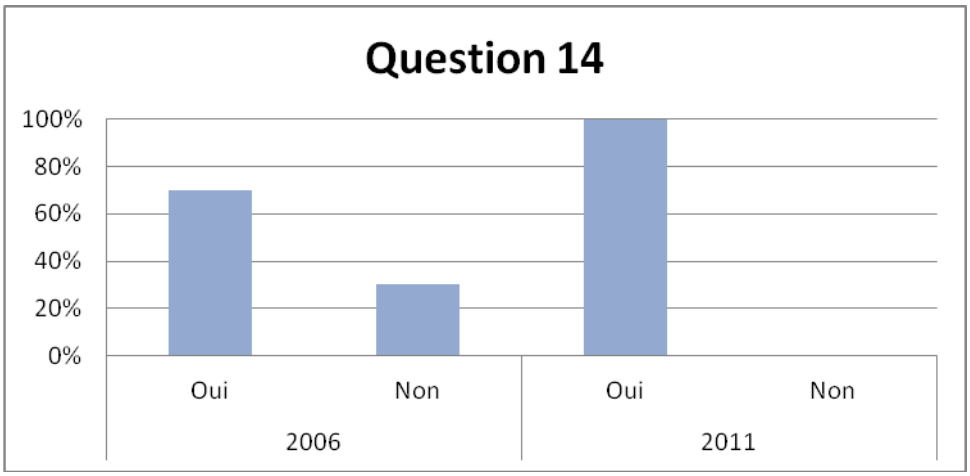
Pour les dossiers de soins palliatifs on note : **90%** en 2006 contre **100%** en 2011.



Question 14 : Traçabilité de la fiche diététique dans les dossiers patients : **46.67%** en 2006 contre **80%** en 2011.

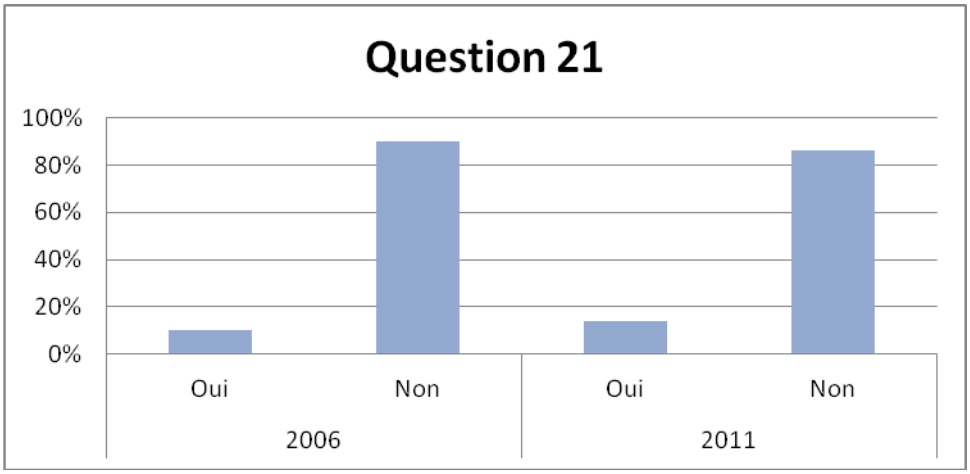


Pour les dossiers de soins palliatifs on note : **70%** en 2006 contre **100%** en 2011.

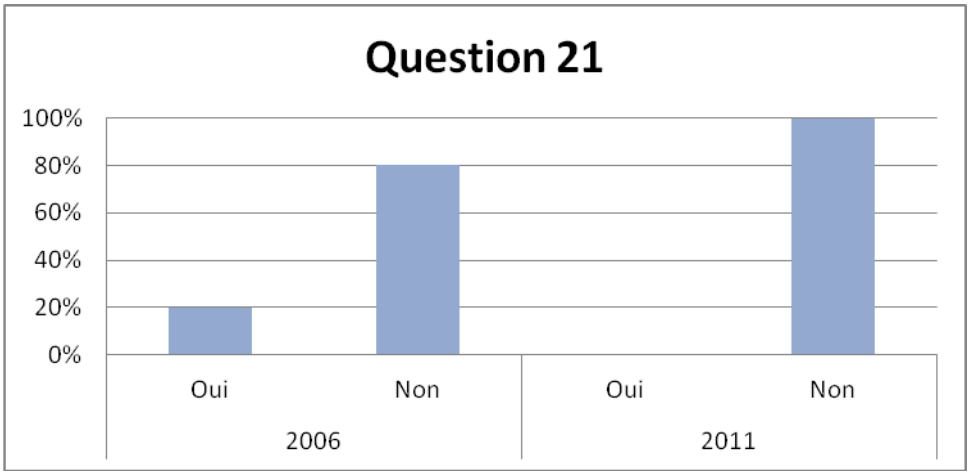


3.2.5 Socio-professionnel

Question 21 : Traçabilité d'un contact avec l'assistante sociale : **10%** en 2006 contre **13.79%** en 2011.

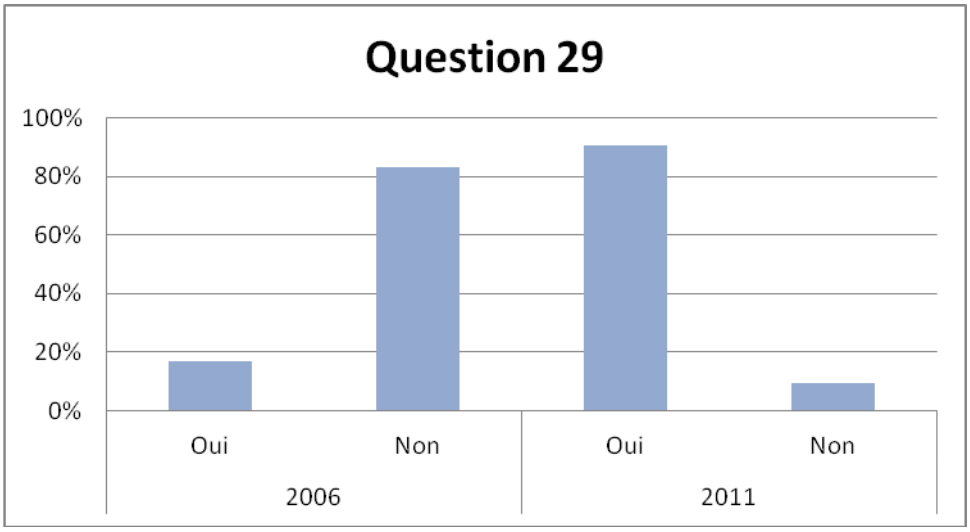


Pour les dossiers de soins palliatifs on note : **20%** en 2006 contre **0%** en 2011.

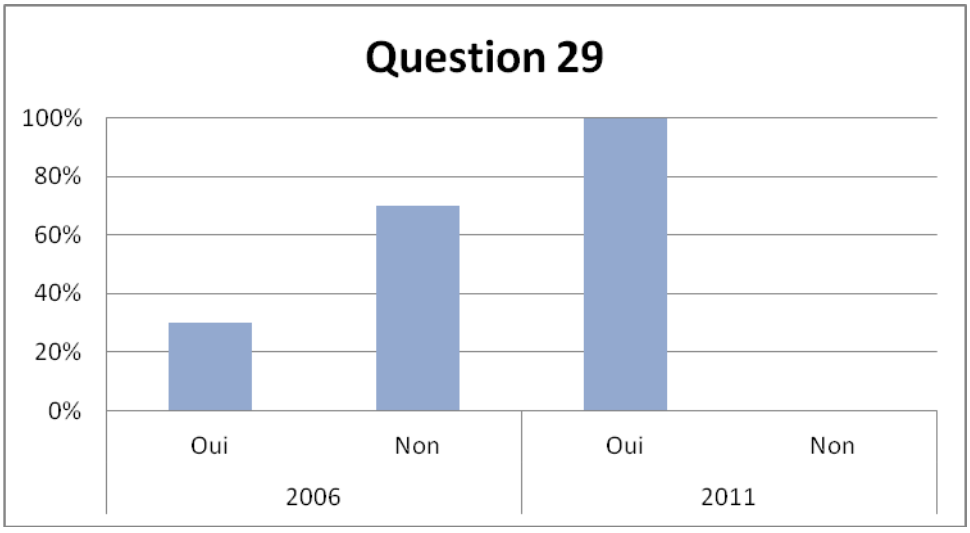


3.2.6 Mucite et candidose

Question 29 : Traçabilité des soins de bouche : **16.67%** en 2006 contre **90.48%** en 2011.

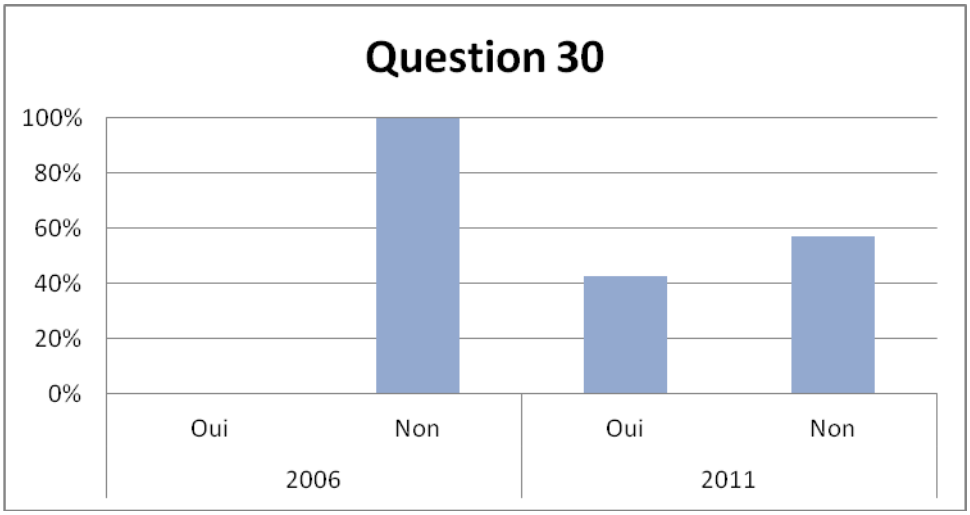


Pour les dossiers de soins palliatifs on note : **30%** en 2006 contre **100%** en 2011.

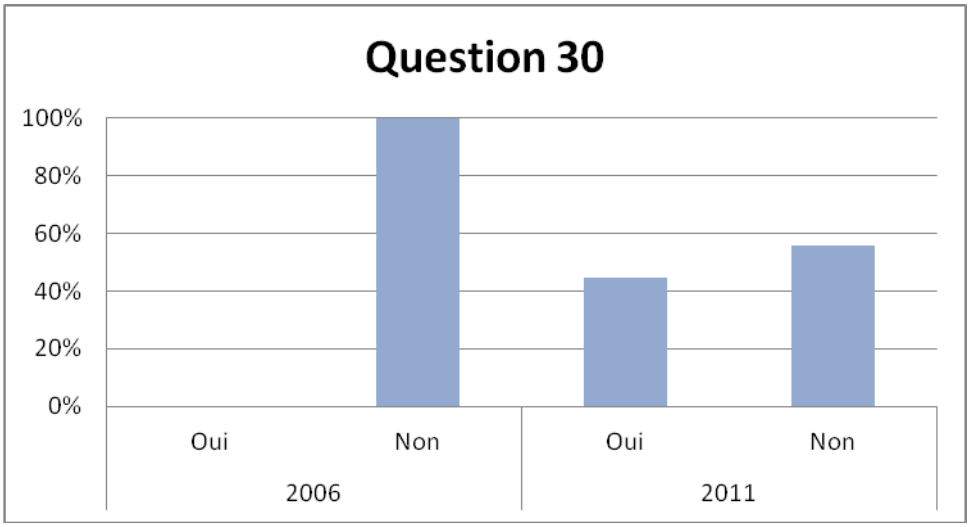


3.2.7 Abord veineux

Question 30 : Traçabilité de l'information du patient concernant l'abord veineux : **0%** en 2006 contre **42.86%** en 2011.

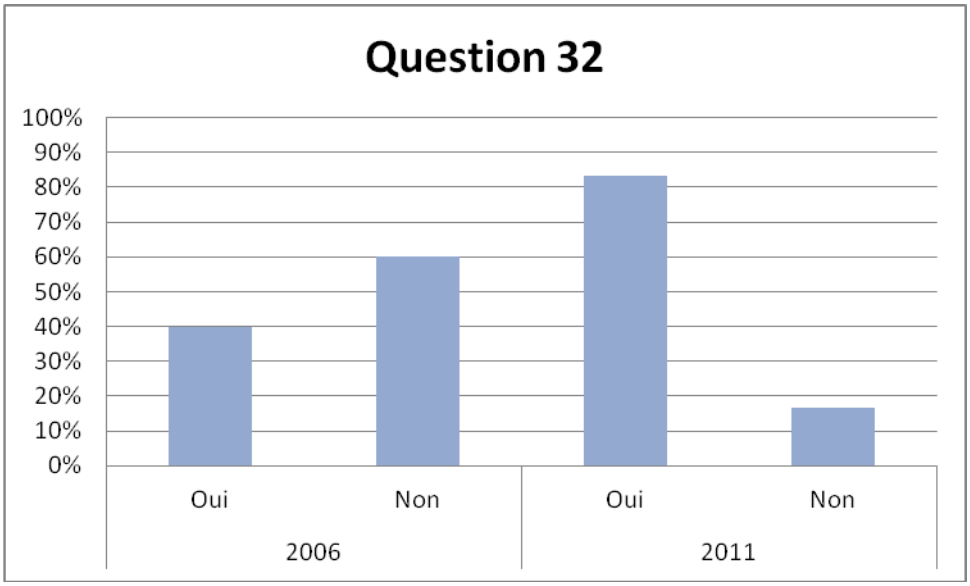


Pour les dossiers de soins palliatifs on note : **0%** en 2006 contre **40%** en 2011.

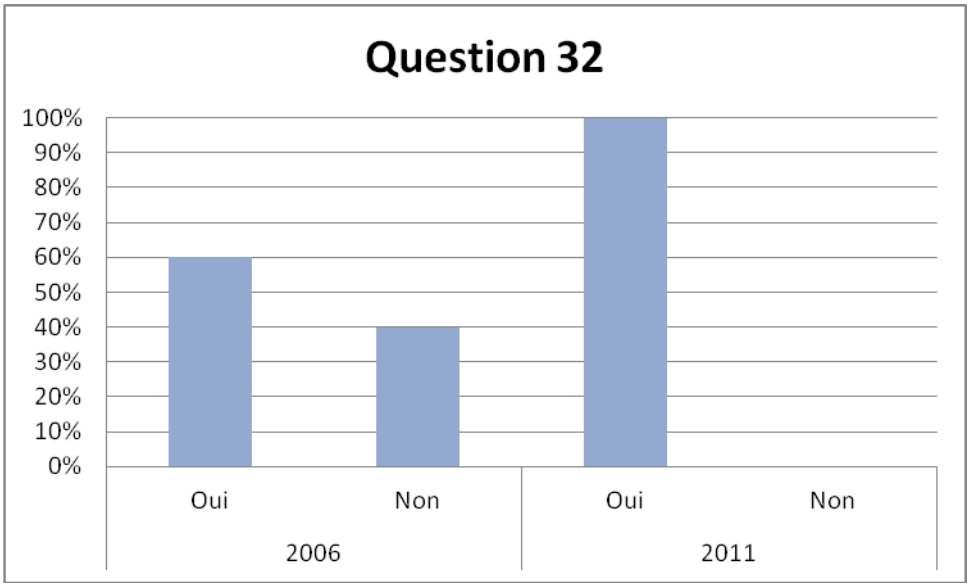


3.2.8 Fatigue

Question 32 : Traçabilité de l'évaluation de la fatigue : **40%** en 2006 contre **83.33%** en 2011.

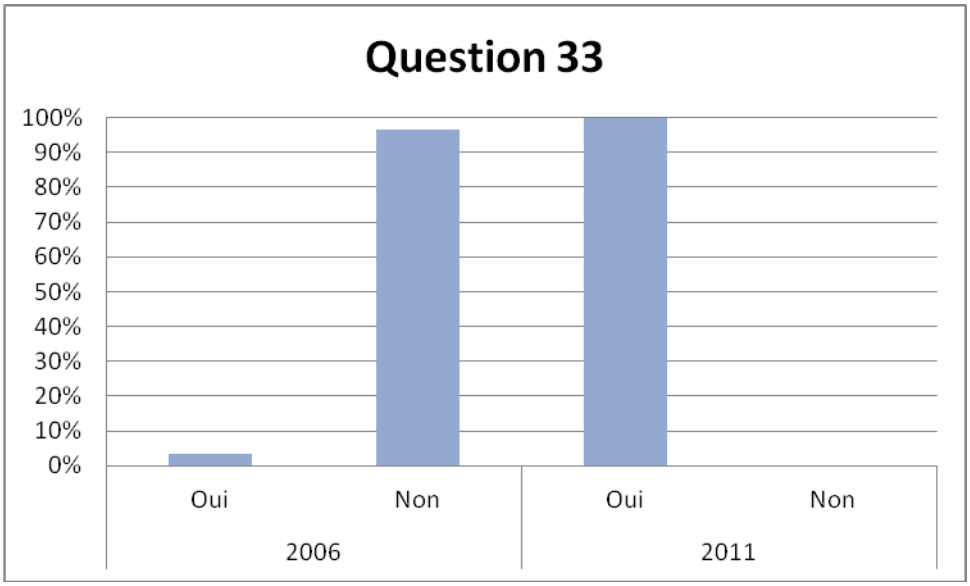


Pour les dossiers de soins palliatifs on note : **60%** en 2006 contre **100%** en 2011.

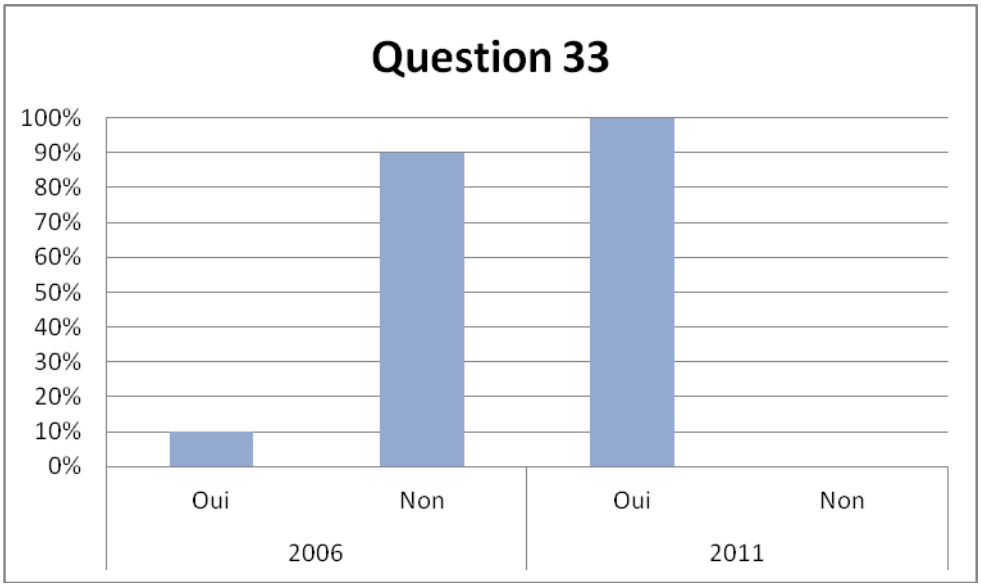


3.2.9 Escarre

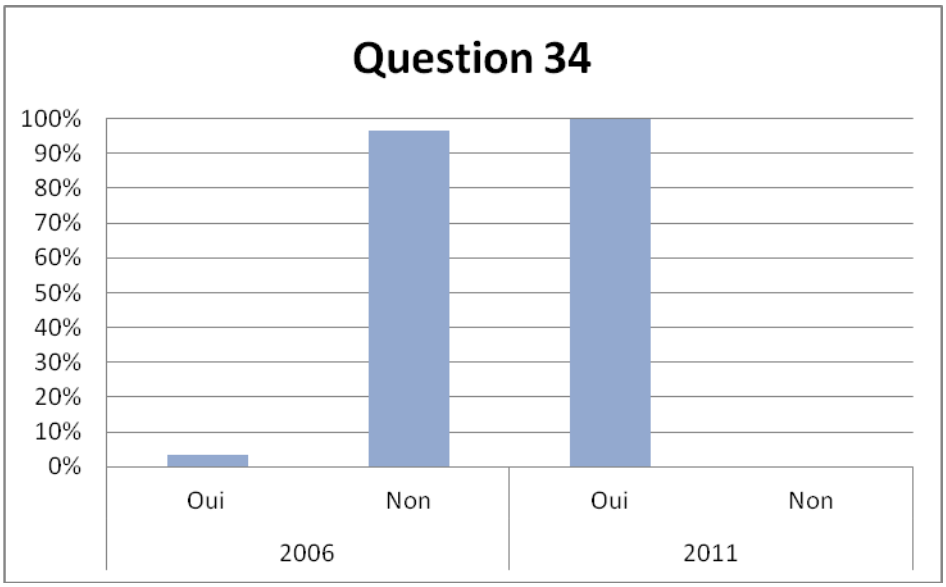
Question 33 : Traçabilité de l'échelle de Braden pour l'évaluation des escarres : **3.33%** en 2006 contre **100%** en 2011.



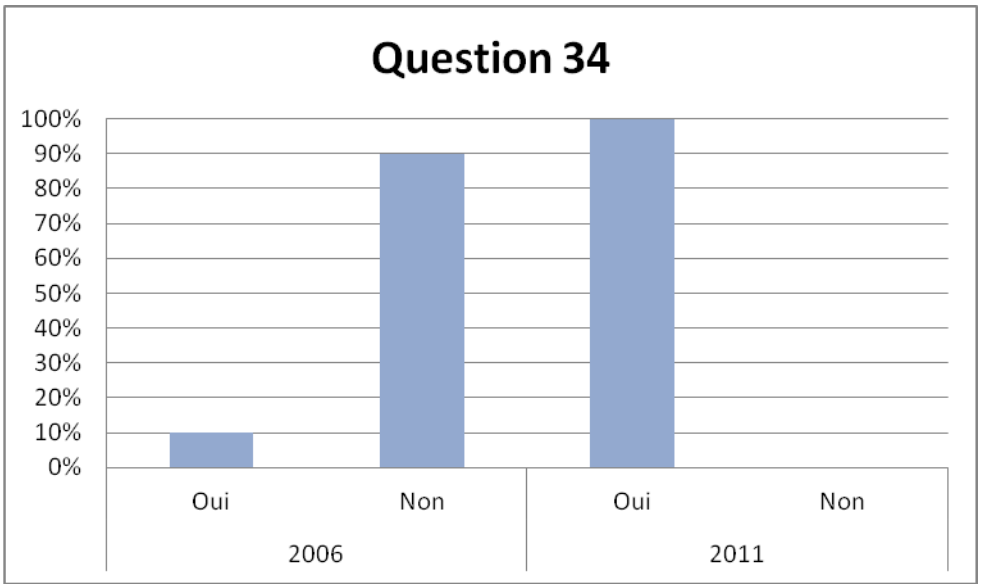
Pour les dossiers de soins palliatifs on note : **10%** en 2006 contre **100%** en 2011.



Question 34 : Réévaluation du risque d'escarre : **3.33%** en 2006 contre **100%** en 2011.

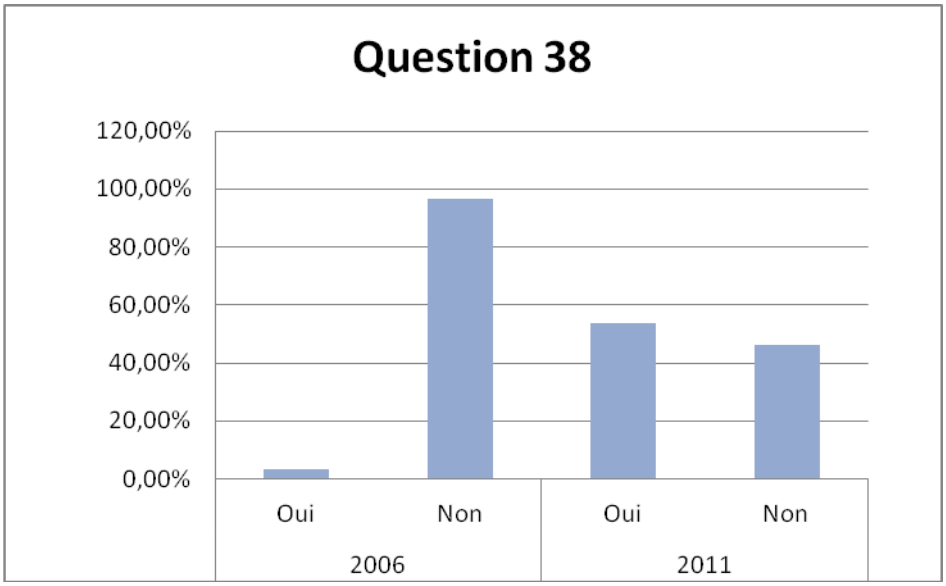


Pour les dossiers de soins palliatifs on note : **10%** en 2006 contre **100%** en 2011.

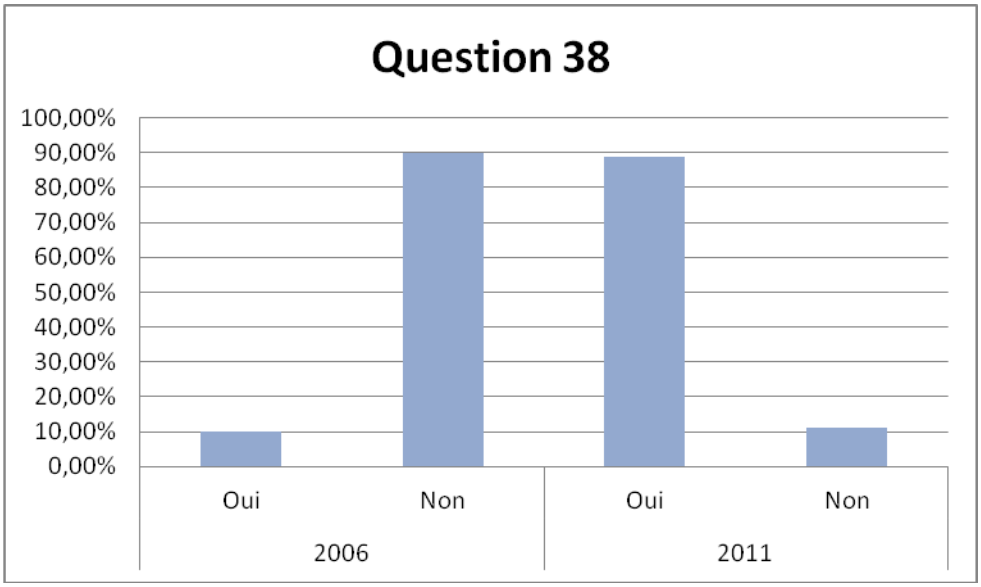


3.2.10 Psychologie

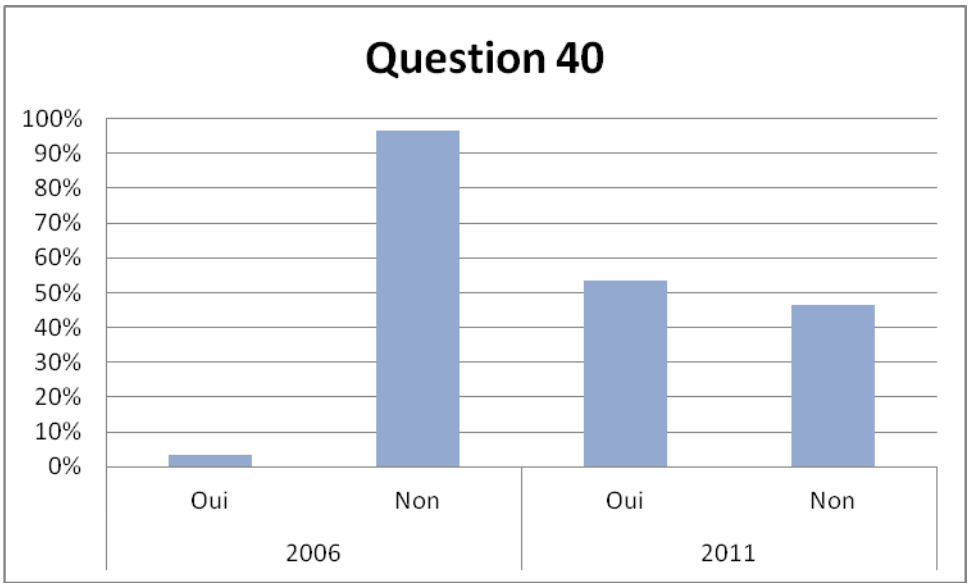
Question 38 : Traçabilité d'un entretien psychologique lors de l'annonce diagnostique : **3.33%** en 2006 contre **53.57%** en 2011.



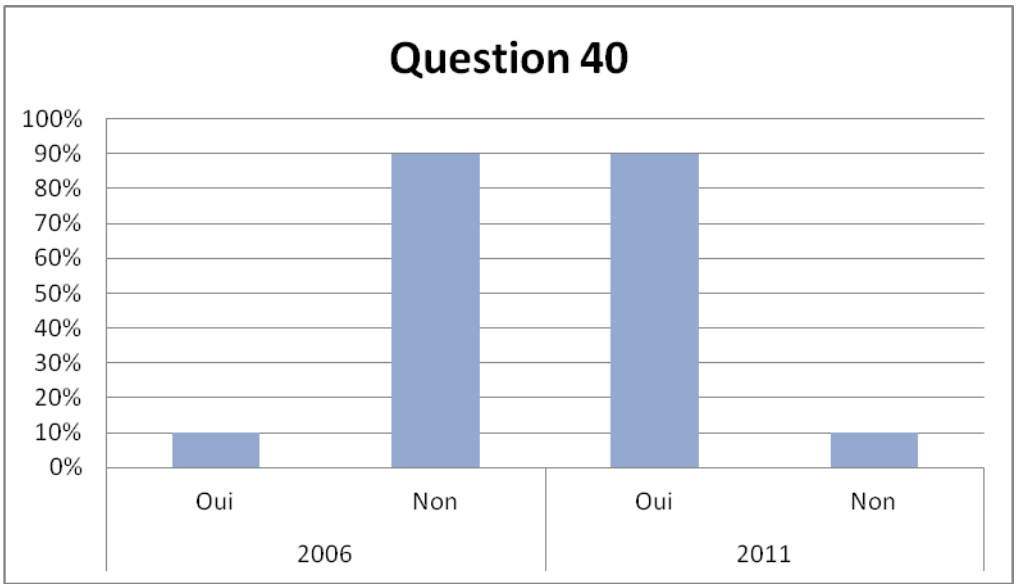
Pour les dossiers de soins palliatifs on note : **10%** en 2006 contre **80%** en 2011.



Question 40 : Traçabilité des entretiens avec la psychologue : **3.33%** en 2006 contre **53.57%** en 2011.

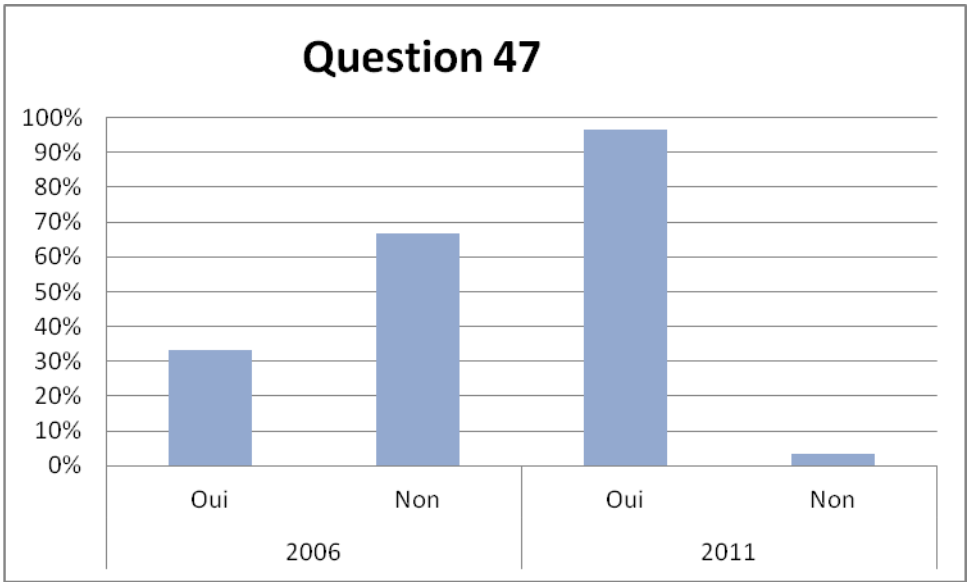


Pour les dossiers de soins palliatifs on note : **10%** en 2006 contre **90%** en 2011.

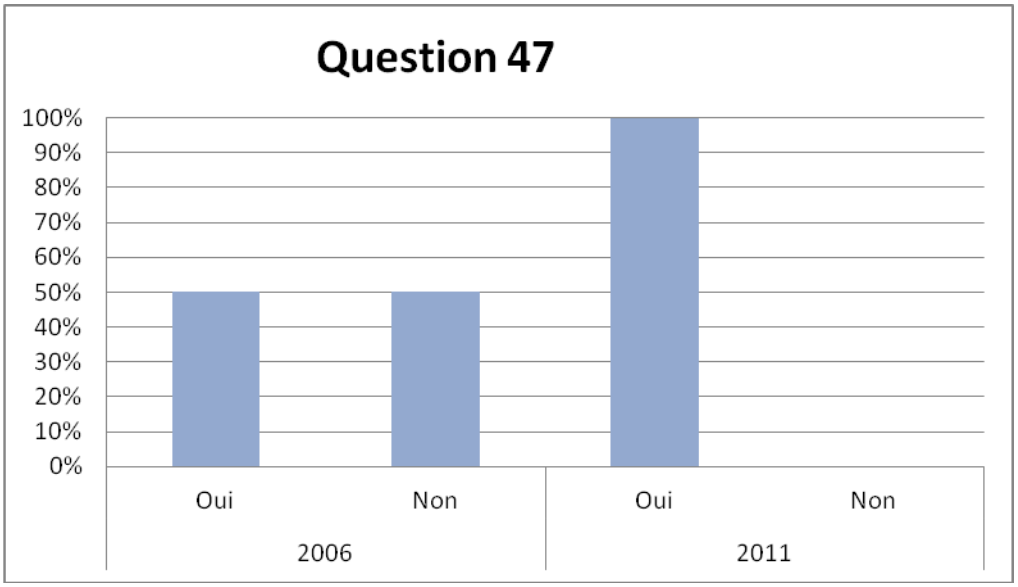


3.2.11 Réunions de concertation pluri-disciplinaire

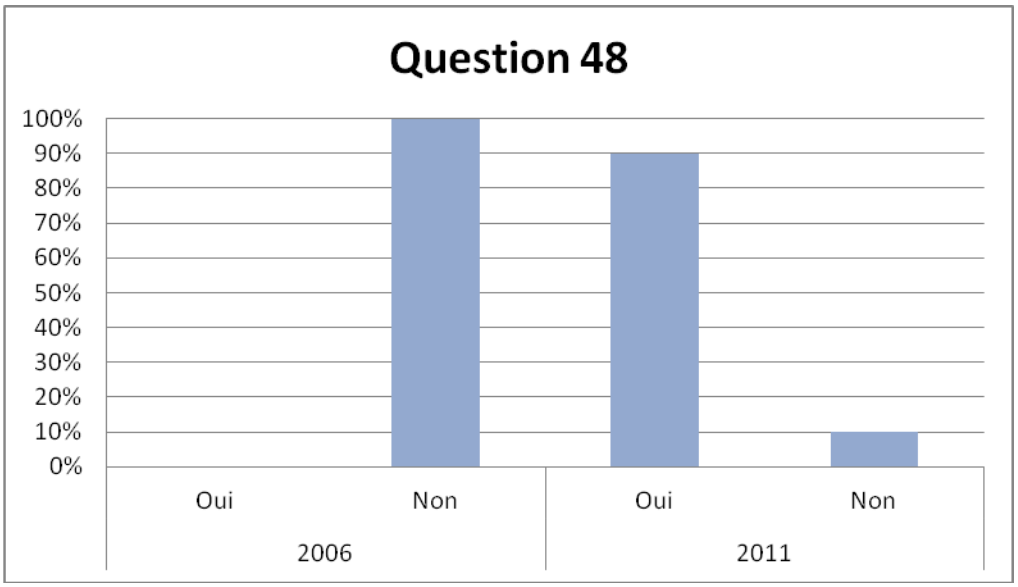
Question 47 : Présence du compte-rendu de RCP dans les dossiers patients : **33.33%** contre **96.67%** en 2011.



Pour les dossiers de soins palliatifs on note : **50%** en 2006 contre **100%** en 2011.

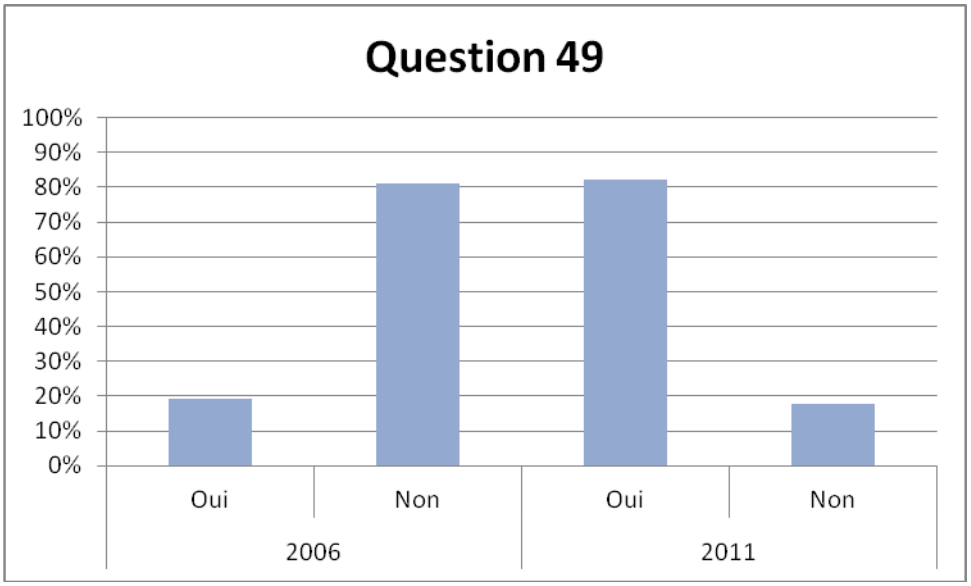


Question 48 : Présence d'un compte-rendu de RCP soins palliatifs : **0%** en 2006 contre **90%** en 2011 dans les dossiers soins palliatifs.

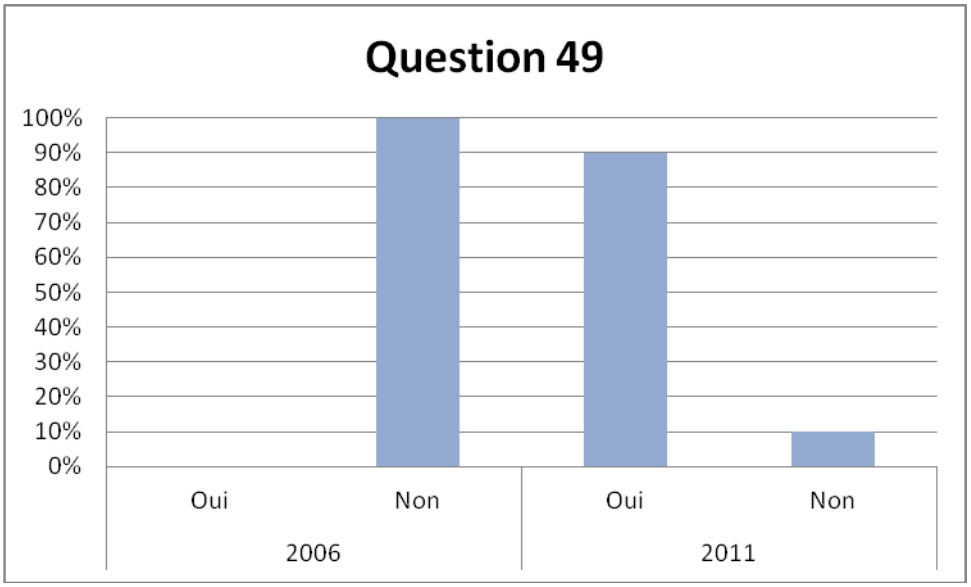


3.2.12 Prévention thrombose

Question 49 : Prévention du risque thrombotique : **19.05%** en 2006 contre **82.35%** en 2011.



Pour les dossiers de soins palliatifs on note : **0%** en 2006 contre **90%** en 2011.



3.3 Analyse des résultats des dossiers de soins palliatifs

Pour chaque question, on constate que l'évolution est comparable pour les dossiers de soins palliatifs par rapport à la globalité des dossiers. On peut donc considérer que la prise en charge des soins de support est comparable pour les patients en soins palliatifs et ceux qui ne le sont pas.

3.4 Analyse des points forts

- Nutrition : Nette amélioration dans ce domaine au cours des 5 années écoulées. On peut attribuer ces bons résultats à la rigueur des diététiciennes en place et à leur disponibilité. Elles sont facilement sollicitées par les médecins. Ceci est également dû à la bonne organisation médicale et paramédicale avec un bilan nutritionnel biologique prescrit à chaque entrée dans le service et des pesées régulières de chaque patient.
  Cependant il est regrettable que la fiche diététique standardisée ne soit pas présente dans tous les dossiers avec un risque de sous-évaluation d'un déficit nutritionnel.

- Douleur : Là aussi on note une amélioration considérable de l'évaluation et de la surveillance de la douleur. En effet un référent douleur, le Dr Laurent MEYER, a été nommé. De plus le personnel paramédical est très impliqué dans la prise en charge de ce symptôme grâce à des actions de formation intra-établissement. L'échelle numérique a été incluse dans la feuille de surveillance des paramètres vitaux.

- Nausées et vomissements : Cette amélioration est très probablement due à une meilleure traçabilité plus qu'à une meilleure prise en charge, car ce symptôme très invalidant a toujours fait l'objet d'une attention toute particulière de la part de tout le personnel.

- Escarre : Très nette amélioration de la surveillance et prise en charge des escarres grâce à une cadre de santé et un personnel paramédical rigoureux, bien formés et attentifs à ce problème, grâce également à l'utilisation de matériel anti-escarre adapté.

- Fatigue : La cotation systématique du Performans Status OMS dans chaque dossier de chimiothérapie a conduit les praticiens à généraliser son emploi à l'ensemble des dossiers. Cette procédure attire l'attention des médecins sur ce symptôme trop souvent sous-estimé et ayant de lourdes conséquences pour le patient : altération de la qualité

de vie, sentiment d'insécurité. Son absence de signalement peut conduire à des traitements inappropriés par excès d'interventionnisme médical, c'est pourquoi un écart par rapport aux référentiels n'est pas acceptable.

- RCP d'Oncologie : en 2006 n'étaient présentés que les patients bénéficiant de traitement spécifique. En 2011 la majorité des patients y compris ceux relevant des seuls soins de support sont présentés en RCP.
  L'objectif est que ces comptes-rendus soient présents dans 100% des dossiers. L'absence de ceux-ci peut être considérée comme un défaut de prise en charge ce qui pourrait entrainer des conséquences médico-légales.
  En ce qui concerne les RCP de soins palliatifs, 3 lits dédiés de soins palliatifs ont été reconnus au sein du service en 2009, depuis une RCP sous forme de staff consacrée à ces malades se déroule une fois par semaine, le jeudi.

- Prévention thrombose : Personnel médical plus vigilant.

3.5 Analyse des points faibles :

- Psychologie : on note également une nette amélioration dans ce domaine mais la trace d'un contact systématique ne figure pas dans tous les dossiers alors que l'objectif est que tous les patients soient vus à l'annonce et lors des évènements évolutifs. Le dévouement et la disponibilité de la psychologue ont participé à cette avancée.
  On remarque que pratiquement tous les patients en soins palliatifs sont vus par la psychologue et que la traçabilité est quasi-exhaustive. Elle s'est particulièrement impliquée dans la prise en charge de ces malades en contribuant à l'animation des RCP de soins palliatifs.
  Les contacts avec les patients ne relevant pas des soins palliatifs ne sont pas mentionnés systématiquement :
    - soit le patient n'est pas signalé à la psychologue par l'équipe médicale
    - soit la psychologue n'a pas tracé son contact dans le dossier
    - soit la psychologue n'a pas eu le temps de voir le patient
    - soit le patient a refusé de la rencontrer
  Il faut également signaler son intervention auprès des soignants qui apporte une aide positive au vécu et à la verbalisation de situations difficiles. En aidant les aidants une aide indirecte est apportée au patient. (32)

- Socio-professionnel : On ne peut pas parler d'amélioration concernant la prise en charge socio-professionnelle des patients, qui a même régressée en ce qui concerne les soins palliatifs. Nous pouvons attribuer cet échec au fait que l'assistante sociale soit seule pour tout l'hôpital et ne dispose pas d'assez de temps pour voir tous les patients. Entre 2006 et 2011, 2 unités de SSR ont été créées au sein de l'établissement et sont une source de sollicitation supplémentaire de l'assistante sociale. Ceci explique sans doute la dégradation de la prise en charge entre ces 2 dates.
  Elle ne voit donc que ceux qui lui sont signalés par l'équipe médicale et paramédicale qui, connaissant sa charge de travail, restreint les appels. Parmi les autres patients un certain nombre de situations sociales à risque ne sont pas dépistées.
  Cette insuffisance de prise en charge peut être lourde de conséquences pour le patient : difficultés sociales et professionnelles, financières, insécurité (patient seul à domicile sans aide).

- Soins dentaires : Il n'y a eu aucune amélioration dans ce domaine. Les soins dentaires ne sont pas pris en compte et les retentissements sur le patient peuvent être majeurs : infections à répétition, douleurs, traitement décalés dans le temps en raison d'infection. Il n'y a pas de support écrit de correspondance avec les chirurgiens dentistes et les recommandations verbales ne sont pas notées dans le dossier.

- Abord veineux : la situation s'est améliorée en 5 ans cependant les résultats restent insuffisants. La traçabilité de l'information du patient et son consentement sont obligatoires. Son absence est opposable médico-légalement aux praticiens.
  Les conséquences pour le patient sont l'insatisfaction, l'incompréhension et un mauvais vécu de la prise en charge du fait d'un manque d'information.

4 DISCUSSION

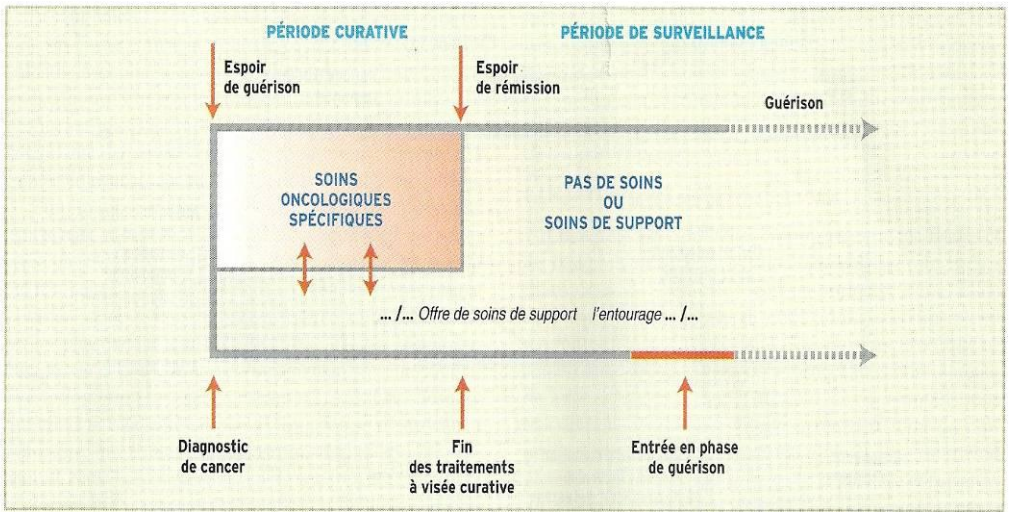
Après avoir revu les objectifs et la chronologie de la mise en œuvre des soins de support, nous analyserons les facteurs d'amélioration de leur mise en œuvre au sein du service entre les 2 années étudiées. Les points faibles révélés par notre étude feront l'objet d'une première phase d'un plan d'amélioration sous forme de fiches projet. La deuxième phase du plan d'amélioration est l'élaboration d'une fiche de synthèse « soins de support » reprenant les différents points de notre étude et également des éléments importants qui n'entraient pas dans son champ.

4.1 Objectifs et chronologie de prise en charge des soins de support .

Le principal objectif des soins de support est d'améliorer la qualité de vie des patients. Les médecins ne sont pas les meilleurs juges de la qualité de vie de leurs malades, mais l'écoute et la recherche des plaintes peut aider à se rapprocher du ressenti des patients. Le concept de qualité de vie est individuel et ne peut se référer à une norme, il se compose des éléments objectifs et subjectifs de la vie et du vécu intérieur du sujet. (33)

A quel moment faut-il prendre en charge les soins de support ?

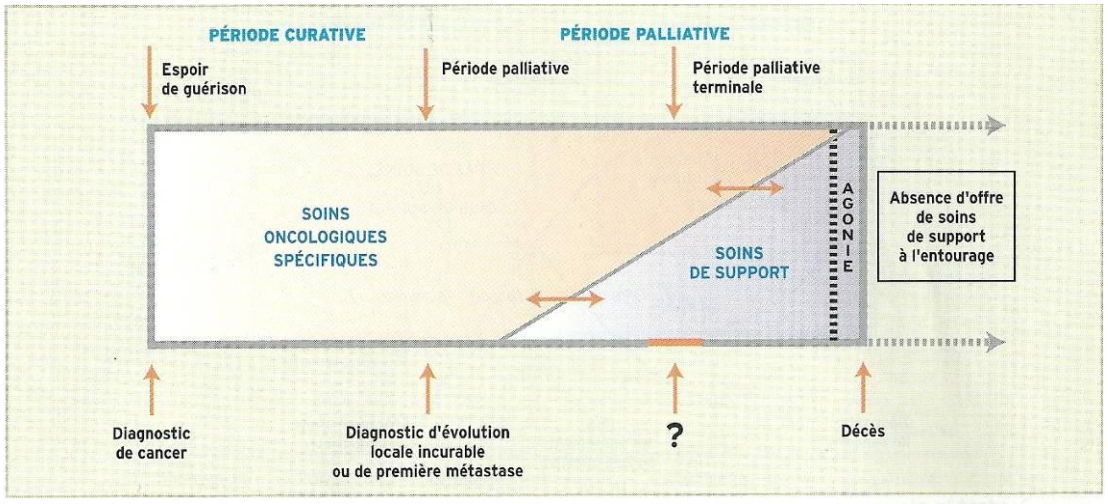
Cette prise en charge en charge des soins de support doit être la plus précoce possible. Il faut évaluer et anticiper les besoins de chaque patient dès l'annonce diagnostique et ce durant toutes les phases de la maladie : curative, de surveillance (rémission+guérison) et palliative.



En effet, le fait de les instituer alors que le patient est encore en phase curative et de continuer les mêmes soins en phase palliative permet au patient d'avoir un continuum thérapeutique qui lui évite de percevoir une rupture de la prise en charge spécifique.

Ce schéma ci-dessous représente ce qu'il faut éviter :

- L'absence ou l'insuffisance des soins de support pour atténuer les symptômes quelle que soit la phase de la maladie.
- L'absence ou la reconnaissance tardive du passage d'une phase à une autre de la maladie entrainant la poursuite de traitements spécifiques correspondant de moins en moins aux besoins et aux souhaits du malade.



(4)

4.2 Analyse de facteurs d'amélioration de 2006 à 2011.

Un certains nombres de facteurs organisationnels ont été mis en place au sein du service pendant cette période et ont contribués très certainement à l'amélioration des soins de support :

- identification de 3 lits de soins palliatifs ouverts depuis le 16/06/2009
- le Docteur Laurent MEYER et Madame Violette JOURDE ont validés le D.I.U. de soins palliatifs.
- mise en place d'un référent douleur
- organisation de RCP de soins palliatifs une fois par semaine
- ouverture d'un lieu de vie pour les familles des patients en soins palliatifs

- changement de cadre infirmier
- implication des diététiciennes et de la psychologue dans la prise en charge des patients
- formations intra-muros du personnel paramédical
- sensibilisation des médecins aux soins de support.

Mais le moteur essentiel de cette amélioration se situe au niveau culturel.

Dans un premier temps, le développement d'une culture palliative a permis aux soignants de passer d'un sentiment d'échec à un sentiment de réussite professionnelle avec pour objectif la satisfaction des patients, de l'entourage et des autres professionnels de santé. L'intérêt des soins de support dans cette situation a contribué secondairement à développer une culture soins de support. Celle-ci s'est progressivement étendue à la prise en charge des patients aux différents stades de leur maladie.

Ce changement a par voie de conséquence revalorisé la notion de soins de support par rapport aux soins spécifiques et leur a donné toute leur dimension soignante.

4.3 Plan d'amélioration (phase 1) : propositions de fiches projet d'amélioration.

Les besoins des patients sont très diversifiés. Le manque de coordination entre les différents intervenants réduit beaucoup l'efficacité du travail de chacun. La coordination au sein de l'équipe permet de partager les informations concernant le malade et d'harmoniser les interventions de chaque professionnel grâce à une meilleure connaissance de leurs compétences respectives. (1)

Nous avons pu mettre en évidence un manque de coordination évident avec les chirurgiens dentistes, ou des problèmes de disponibilité pour l'assistante sociale, les diététiciennes, la psychologue…

Des fiches projets d'amélioration peuvent être proposées concernant les points faibles identifiés du service.

4.3.1 Fiche projet : Soins dentaires

L'état dentaire des patients n'a pas fait l'objet d'évaluation systématique ni en 2006 ni en 2011 malgré les risques infectieux qu'il présente.

Objectif global :

Améliorer la qualité des soins par une consultation bucco-dentaire systématique.

Objectif opérationnel :

- juger du caractère aplasiant ou non de la chimiothérapie.
- prévoir pour chaque patient une consultation dentaire dès la découverte du diagnostic et avant tout traitement quel qu'il soit, tracée dans le dossier.

Mise en œuvre du projet :

Rédaction d'une fiche spécifique aux soins dentaires qui devra figurer obligatoirement dans tous les dossiers des patients concernés et qui permettra de faire le lien entre les chirurgiens dentistes et le reste de l'équipe soignante.

4.3.2 Fiche projet : Prise en charge socio-professionnelle

La maladie cancéreuse est un facteur de déstabilisation sociale. L'assistante sociale aide à mettre en œuvre toutes les actions susceptibles de prévenir ou de surmonter d'éventuelles difficultés pour améliorer les conditions de vie sur le plan social , sanitaire, familial, économique, professionnel et culturel. Cependant nous avons pu voir que le recours à l'assistante sociale est trop rare et n'a pas progressé entre 2006 et 2011.

Objectif global :

Améliorer la qualité de vie des patients grâce à une prise en charge sociale, sanitaire, économique, professionnelle.

Objectif opérationnel :

- organiser une rencontre avec l'assistante sociale pour chaque patient dès le début de la maladie.
- Elaborer un projet personnalisé de soutien social pour chaque malade.
- Présence obligatoire de la fiche spécifique de liaison déjà existante mais trop souvent absente dans les dossiers.

Mise en œuvre du projet :

Le temps dont dispose l'assistante sociale est insuffisant pour permettre un contact avec chaque patient : nécessité de renforcer l'effectif ou de la décharger de certaines responsabilités.

4.3.3 Fiche projet : Psychologie

La prise en charge psychologique est indispensable dans la pathologie cancéreuse. C'est l'un des points essentiel des soins de support.

L'analyse des dossiers montre une amélioration de la prise en charge psychologique en 2011 par rapport à 2006 mais les résultats restent moyens. Ceci est très probablement dû à une mauvaise traçabilité en raison d'un manque de temps et aussi, à un défaut de sollicitation de la psychologue par l'équipe médicale et paramédicale.

Objectif global :

Favoriser une rencontre systématique avec la psychologue pour tous les patients sous forme d'une prise de contact informelle ouvrant la possibilité d'un entretien spécifique si besoin.

Améliorer la qualité de vie des patients et de leurs proches grâce à une prise en charge psychologique indispensable.

Apporter des éléments autres que médicaux à l'équipe soignante qui sont parfois nécessaires à une bonne prise en charge.

Objectif opérationnel :

- Solliciter la psychologue à l'annonce diagnostique ou après l'annonce pour un entretien avec chaque patient.
- Proposer au patient de rencontrer la psychologue à chaque moment de la maladie et à chaque décision importante.
- Meilleure traçabilité des entretiens psychologiques.
- Communication avec le reste de l'équipe soignante.

Mise en œuvre du projet :

- Embauche d'une deuxième psychologue ou la décharger d'autres missions dans l'hôpital.
- Tracer chaque entretien dans la fiche prévue.

4.3.4 Fiche projet : Abord veineux

Le traitement par chimiothérapie et la nutrition parentérale parfois nécessaire sont souvent délétères pour le réseau veineux périphérique. C'est pourquoi un recours au réseau veineux central est indispensable.

L'information du patient et son accord son nécessaires au préalable. Pourtant les résultats sont nettement insuffisants.

Objectif principal :

Obtenir 100% de traçabilité concernant l'information et l'accord du patient préalablement à la pose d'une chambre implantable.

Mise en œuvre du projet :

Un malade ne devrait pas être conduit au bloc opérationnel sans que soit vérifié la présence de la fiche de consentement dans le dossier.

4.4 Certains points n'ont pas été abordés et occupent pourtant une place importante dans les soins de support.

Ces thèmes ne figurent pas dans notre grille d'analyse car pour la majorité d'entre eux nous ne disposons pas de référentiel. Néanmoins ils font l'objet de recommandations au sein des différentes sociétés. Il nous parait important d'en faire état en vue de l'élaboration de la fiche de synthèse.

4.4.1 Liaison entre l'hôpital et le médecin traitant :

Améliorer les communications entre l'hôpital et le médecin traitant c'est améliorer la prise en charge des patients et par conséquent leur qualité de vie. En effet, lors du retour à domicile, c'est le médecin traitant qui gère les soins de support avec les infirmières libérales. Même dans le cadre de l'hospitalisation à domicile (HAD) il peut intervenir. Il faut assurer la continuité des soins en informant le médecin traitant et les infirmières de la sortie du patient dès que possible et leur communiquer le traitement en place. Il est également indispensable de les informer sur le déroulement de l'hospitalisation. Plusieurs témoignages d'infirmières libérales ont été retrouvés dans la littérature signalant qu'elles devaient prendre en charge des patients sans même connaitre le diagnostic de la maladie (34). Il est difficile d'imaginer une prise en charge optimale dans ces conditions. C'est

pourquoi il est impératif que chaque patient sorte en possession d'un courrier et d'une ordonnance à destination du médecin traitant.

4.4.2 La sexualité des patients atteints de cancer :

Ce thème n'a pas été traité dans l'étude car il n'y avait aucune trace de ce critère de qualité de vie dans les dossiers patients étudiés. Mais on peut se poser une question : est-ce pertinent d'avoir une traçabilité de la santé sexuelle du patient dans un dossier accessible à beaucoup alors que c'est un sujet très intime qui ne concerne que le patient et son partenaire ? Cependant, il est nécessaire que la question soit abordée par le médecin ou le psychologue lors d'un entretien privé car c'est un paramètre important qu'il ne faut pas négliger.

4.4.3 Prise en charge esthétique du patient :

La maladie et les traitements peuvent porter atteinte à l'intégrité corporelle des patients et ceux-ci ont une image d'eux-mêmes très altérée : alopécie, amaigrissement, amputations, cicatrices, fatigue … Cela peut avoir un retentissement important sur la qualité de vie, l'acceptation de la maladie et les traitements : dépression, refus de certains traitements, relations difficiles avec l'entourage…

Il faut penser à leur proposer une prothèse capillaire. Un refroidissement du cuir chevelu peut également avoir lieu pendant les séances de chimiothérapie afin de diminuer la chute. Des petits moyens de préventions de l'alopécie peuvent être proposés : ne pas utiliser de sèche-cheveux très chauds, ne pas faire de permanente ni de teinture à base d'ammoniaque. (35)

Des socio-esthéticiennes peuvent également intervenir afin de prodiguer un ensemble de soins esthétiques aux personnes fragilisées par la maladie. Ces soins restaurent l'image de soi et favorisent le mieux être et le confort du patient en leur proposant une pause détente et des conseils beauté.

Une socio-esthéticienne intervient pour quelques vacations en hôpital de jour d'oncologie mais l'amplitude de son activité ne lui permet pas d'intervenir en hospitalisation complète.

4.4.4 Art-thérapie :

C'est l'exploitation du potentiel artistique dans une visée humanitaire et thérapeutique. Les art-thérapeutes proposent et exploitent des activités artistiques adaptées aux patients en accord avec le protocole thérapeutique. Cela permet aux malades de s'évader et de retrouver une motivation et une nouvelle passion. (36)

4.5 Plan d'amélioration (phase 2) : élaboration d'une fiche de synthèse.

Afin d'améliorer la coordination entre tous les intervenants et donc la prise en charge globale des patients, il faudrait organiser une réunion de concertation pluridisciplinaire avec toute l'équipe soignante une fois par semaine et pour tous les malades, pas seulement ceux en phase palliative comme cela existe déjà.
Lors de cette réunion, les soignants pourraient consulter une fiche de synthèse « soins de support » afin de s'assurer qu'aucun aspect de la prise en charge n'a été oublié.

FICHE DE SYNTHESE : SOINS DE SUPPORT

1. Evaluation quotidienne de la douleur grâce à l'échelle numérique : oui non
2. Evaluation quotidienne de la tolérance émétique : oui non
3. Présence de la fiche diététique complétée : oui non
4. Présence de la fiche psychologue complétée : oui non
5. Présence de la fiche assistante sociale complétée : oui non
6. Présence de la fiche de consentement concernant l'abord veineux : oui non
7. Présence de l'échelle de Braden complétée : oui non
8. Présence de la fiche de liaison soins dentaires complétée : oui non
9. Evaluation de la fatigue : oui non
10. Utilisation de soins de bouche de façon curative et préventive : oui non
11. Prévention du risque de thrombose : oui non
12. Présence des comptes rendus de RCP : oui non
13. Prise en charge esthétique du patient : oui non
14. Evaluation de la santé sexuelle du patient : oui non
15. Intervention d'un art-thérapeute : oui non

5 CONCLUSION

L'objectif initial était d'analyser la prise en charge des soins de support en cancérologie digestive à Freyming-Merlebach dans le service d'HGE/MI par rapport aux référentiels reconnus. Il en ressort qu'une grande partie des thèmes abordés leur est conforme, mais qu'il en reste certains à améliorer, notamment « psychologie, socio-professionnel, abord veineux et soins dentaires ».

Nous avons donc rédigé un plan d'amélioration dont la mise en application devrait être bénéfique pour :

- le patient en améliorant sa qualité de vie
- les professionnels de santé en leur permettant d'acquérir de nouvelles compétences
- l'hôpital en élargissant le champ de ses méthodes d'amélioration de la qualité.

Un nouvel audit pourra être réalisé afin d'évaluer la mise en conformité de la prise en charge des soins de support.

Nous avons également élaboré une fiche de synthèse « soins de support » susceptible d'intéresser d'autres services.

La prise en charge de chaque patient doit être globale, efficace et intégrée dans le respect des valeurs humaines et éthiques auxquelles chaque citoyen aspire. Pour cela la volonté de travailler en équipe et la connaissance des missions et compétences de chacun sont nécessaires.

L'hôpital de Freyming-Merlebach est une petite structure et tous les professionnels intervenants dans ce service peuvent être fiers du chemin déjà parcouru. La meilleure preuve en est l'attachement et la confiance des patients envers l'équipe médicale et paramédicale. Il est possible de lire les témoignages des familles des patients en soins palliatifs dans un livre d'or situé dans un lieu de vie qui leur est consacré.

Enfin j'espère avoir apporté ma contribution à l'amélioration de la qualité de prise en charge des soins de support dans ce service en proposant au personnel des objectifs d'amélioration.

A force de percées, les portes s'ouvrent vers le progrès pour que nous évoluions tous ensembles vers une culture de l'amélioration de la qualité. (37)

6 BIBLIOGRAPHIE

1. Ivan Krakowski, Claude Chardot, Pierre Bey, François Guillemin, Thierry Philip, Unité douleur-soins oncologiques de support, centre régional de lutte contre le cancer Alexis Vautrin, 54511 Vandoeuvre-lès-Nancy Cedex. Organisation coordonnée de la prise en charge des symptômes et du soutien à toutes les phases de la maladie cancéreuse : vers la mise en place de structures pluridisciplinaires de soins oncologiques de support. Bulletin du cancer, mars 2001, volume 88, numéro 3, 321-8.

2. Laurent Cals, chef de service d'oncologie-hématologie, centre hospitalier intercommunal Toulon-La Seyne-sur-Mer. Qu'est-ce que les soins de support ? Soins, mars 2006, volume 51, N° 703, pp. 36-37.

3. Philippe Colombat, Sami Antoun, Régis Aubry, Isabelle Banterla-Dadon, Florence Barruel, Jean-Marie Bonel, Jean-Christophe Bonnin, Laurent Chassignol, Annick Chollet, Gisèle Chvetzoff, Daniel D'Hérouville, Michel Drouart, Huber Gaillet, Gérard Ganem, Ivan Krakowski, Marie-odile Morigault, Gilles Nallet, Josette Rolland, Agnès Suc. A propos de la mise en place des soins de support en cancérololgie : pistes de réflexions et propositions. Médecine palliative, décembre 2008, volume 7, N°6, pp. 315-323.

4. Ivan Krakowski. Soins de support en oncologie : concept et état des lieux. La revue du praticien, 30 novembre 2006, Tome 56, N°18, pp.1989-1996.

5. AFSOS : Association Francophone pour les Soins Oncologiques de Support. Histoires et Missions en ligne. Disponible sur : www.afsos.org.

6. Philippe Marrimpoey, Sylvaine Dupart, Josiane Bobet, Marie-Hélène Chaudemanche, Christophe Debout. La démarche d'amélioration continue de la qualité est-elle compatible avec la qualité singulière de la prise en charge d'un patient en fin de vie. Médecine palliative, février 2008, volume 7, N°1, pp. 33-44.

7. G. Torloting, I. Krakowski, F.Petitjean, M. Rabih. Réseau Lorrain de Cancérologie (ONCOLOR)-Coordination Lorraine Douleur-Soins palliatifs-Accompagnement (COLORDSPA), Réseaux de soins par bassin de santé en région Lorraine, Passé et avenir. Elsevier Masson SAS, 2003,4, 2, cahier 2.

8. ONCOLOR. Référentiels anti-nauséeux et anti-émétiques (en ligne). Disponible sur : www.oncolor.org

9. ONCOLOR. Référentiels prise en charge de la douleur chez l'adulte (en ligne). Disponible sur : www.oncolor.org

10. ONCOLOR. Référentiels soins dentaires (en ligne). Disponible sur : www.oncolor.org

11. ONCOLOR. Référentiels place de la sédation pour détresse (en ligne). Disponible sur : www.oncolor.org

12. ONCOLOR. Référentiels facteurs de croissance hématopoiétique (en ligne). Disponible sur : www.oncolor.org

13. ONCOLOR. Référentiels nutrition (en ligne). Disponible sur : www.oncolor.org

14. ONCOLOR. Référentiels dyspnée (en ligne). Disponible sur : www.oncolor.org

15. ONCOLOR. Référentiels démarches sociales et professionnelles (en ligne). Disponible sur : www.oncolor.org

16. ONCOLOR. Référentiels prévention et traitement des escarres (en ligne). Disponible sur : www.oncolor.org

17. AFSOS. Référentiels inter régionaux en soins oncologiques de support : mucites et candidoses (en ligne). Disponible sur : www.afsos.org

18. AFSOS. Référentiels inter régionaux en soins oncologiques de support : anémie et cancer (en ligne). Disponible sur : www.afsos.org

19. AFSOS. Référentiels inter régionaux en soins oncologiques de support : abord veineux de longue durée (en ligne). Disponible sur : www.afsos.org

20. AFSOS. Référentiels inter régionaux en soins oncologiques de support : fatigue et cancer (en ligne). Disponible sur : www.afsos.org

21. AFSOS. Référentiels inter régionaux en soins oncologiques de support : prise en charge sociale (en ligne). Disponible sur : www.afsos.org

22. AFSOS. Référentiels inter régionaux en soins oncologiques de support : chimiothérapie et soins bucco-dentaires, radiothérapie et soins bucco-dentaire (en ligne). Disponible sur : www.afsos.org

23. AFSOS. Référentiels inter régionaux en soins oncologiques de support : cancer vie et santé sexuelle (en ligne). Disponible sur : www.afsos.org

24. AFSOS. Référentiels inter régionaux en soins oncologiques de support : prise en charge de la douleur chez l'adulte (en ligne). Disponible sur : www.afsos.org

25. Laurent Meyer, Jeanne Kircher, Alain Gola, CLUDS. Hypnovel, la sédation en phase terminale, utilisation dans le cadre de l'anxiolyse. Décembre 2009, Pr/CLUD/006/A.

26. Laurent Meyer, Alain Gola, CLUDS. Prise en charge de la douleur au cours des ponctions lombaires, utilisation du MEOPA. 2009, 2006, Pr/CLUD/002/A.

27. Eric Levy, Florian Scotté, Jacques Médioni, Stéphane Oudard.Nausées et vomissements chez les patients atteints de cancer. La revue du praticien, 30 novembre 2006, Tome 56, N°18, pp. 2015-2019.

28. Sami Antoun, Mensouriah Merad, Bruno Raynard, Pierre Ruffié.Dénutrition chez le patient hospitalisé. La revue du praticien, 30 novembre 2006, Tome 56, N°18, pp.2025-2029.

29. Lionnel Geoffrois. Prise en charge de la toxicité hématologique des chimiothérapies. La revue du praticien, 30 novembre 2006, Tome 56, N°18, pp. 2009-2014.

30. Jane Gledhill, Cécile Boisvert, Chantal Thinlot. La prise en charge de la fatigue en cancérologie. La revue du praticien, 30 novembre 2006, Tome 56, N°18, pp. 2032-2036.

31. Nicole Pelicier. L'annonce du diagnostic de cancer. La revue du praticien, 30 novembre 2006, Tome 56, N°18, pp. 1997-1999.

32. Violette Jourde, psychologue clinicienne, Nancy. Médecin psychologue à l'hôpital général : rencontre autour de la fin de vie. Mémoire de D.I.U. de soins palliatifs et d'accompagnement, année 2006-2007

33. Olivier Rigal, Service des soins de support, CLCC Henri Becquerel-Rouen. Qu'est-ce que les soins de support ? Power Point.

34. Colette Le Guevel, Infirmière libérale, Côtes-d'Armor. De la difficulté d'exercer les soins de support en exercice libéral…Soins, mars 2006, Volume 51, N°703, p. 58.

35. Dominique Spaëth, Nathalie Rosso, Laetitia Clivot. Prise en charge de l'alopécie des patients atteints de cancer. La revue du praticien, 30 novembre 2006, Tome 56, N°18, pp. 2020-2024.

36. AFSOS. Soins oncologiques de support, les différentes composantes en ligne. Disponible sur : www.afsos.org.

37. ANAES, Service évaluation des pratiques. Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé : Réussir un audit clinique et son plan d'amélioration. Juin 2003. 111p. ISBN 2-914517.

7 ANNEXES

7.1 Plan cancer 2003 : mesure 42 et circulaire N°DHOS/SDO/2005/101 du 22 février 2005

Accroître les possibilités pour les patients de bénéficier de soins de support, en particulier prise en compte
de la douleur et soutien psychologique et social.

• Créer des unités mobiles de soins de support en oncologie, en particulier dans les centres spécialisés, et éventuellement,
au sein des réseaux : médecins de la douleur, assistants sociaux, psychologues, kinésithérapeutes, nutritionnistes…
Dans les hôpitaux non dédiés à la cancérologie, ces équipes devraient être disponibles au delà du cancer, pour répondre
à l'ensemble de la demande en soins complémentaires, toutes pathologies confondues.
Ces équipes, comme les centres de coordination en cancérologie, contribueront à redonner du temps aux médecins
cliniciens, qui doivent faire face à un afflux de patients dans un contexte de pénurie démographique.
Les établissements de petite taille doivent pouvoir, dans le cadre du réseau, orienter leurs patients vers des équipes
de support des établissements appartenant au réseau.
• Accroître la possibilité de recours pour le patient à des consultations psycho-oncologiques de soutien. Cette augmentation
pourra prendre deux formes complémentaires :
- l'augmentation du nombre de psychologues et de psychiatres au sein des unités mobiles de soutien, dans les hôpitaux
sous DGF[14] et dans les cliniques (environ 150 postes). Ces professionnels auront été formés à la psycho-oncologie avant
intégration dans les unités.
- le financement auprès des réseaux de soins d'un forfait de 3 à 5 consultations auprès de psychologues de ville formés
à la psycho-oncologie, et associés au réseau.
• Former les soignants et les médecins cliniciens à la dimension psychologique de l'accompagnement du patient.
• Poursuivre le programme de lutte contre la douleur (2000-2005).
• Améliorer le soutien aux familles des patients, en particulier dans le cas des enfants, en impliquant les associations.

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins Sous-Direction de l'organisation du système de soins « O »

CIRCULAIRE N° DHOS/SDO/2005/101 du 22 février 2005 relative à l'organisation des soins en cancérologie.

Résumé: ***L'organisation des soins en cancérologie évolue pour intégrer les mesures du plan national de lutte contre le cancer dans les volets cancer des prochains SROS. Chaque établissement de santé exerçant l'activité de traitement du cancer doit garantir une organisation appuyée sur la pluridisciplinarité, l'utilisation des référentiels validés et sur un travail en réseau. Il garantit la réalisation des missions des centres de coordination en cancérologie. Au niveau de chaque région, le recours et l'accès à l'innovation et à la recherche clinique sont organisés au sein d'un pôle régional ; les filières de ce recours sont formalisées dans le SROS. Au sein des réseaux de cancérologie des territoires de santé, la coordination entre établissements et avec la ville permet de structurer la prise en charge de la majorité des localisations cancéreuses et la continuité des soins entre l'hôpital et le domicile. Le réseau régional de cancérologie élabore les référentiels régionaux à partir des recommandations nationales, coordonne la mise en place du dossier communiquant de cancérologie et évalue ses membres***.

La lutte contre le cancer fait l'objet d'une mobilisation nationale, traduite dans le Plan cancer 2003-2007. L'organisation des soins en cancérologie, définie jusqu'à présent par la circulaire du 24 mars 1998 et traduite dans les SROS de 2ème génération, évolue pour prendre en compte l'ensemble des mesures prévues par le Plan dans le champ du soin et de la prise en charge des patients. En application de l'ordonnance du 4 septembre 2003, l'arrêté du 27 avril 2004 inscrit *« la prise en charge des personnes atteintes de cancer »* comme thématique du schéma régional d'organisation sanitaire.

La présente circulaire s'appuie notamment sur les travaux d'un groupe technique, dont le rapport est disponible sur le site du plan cancer[1]. Elle doit permettre d'élaborer les SROS de 3ème génération dans une optique nouvelle, fondée à la fois sur les principes de l'équité d'accès aux soins, de la coordination des acteurs et de la qualité des pratiques professionnelles, et centrée sur l'écoute et l'information des patients et de leurs familles.

Ces principes sont développés dans la première partie de la circulaire. Sont ensuite exposés les différents modes d'organisation qui doivent être mis en place respectivement au sein des établissements de santé, au sein des territoires de santé et au sein de chaque région.

Les mesures du Plan cancer qui concernent l'offre de soins sont présentées en annexe 1. Des mesures financières pluriannuelles, intégrées dans la programmation du Plan cancer, accompagneront la mise en œuvre des volets cancérologie des SROS de 3ème génération.

Enfin, il est rappelé que l'organisation propre des activités de cancérologie pédiatrique a fait par ailleurs l'objet de la circulaire DHOS/O/2004 n° 161 du 29 mars 2004.

1. Les principes d'une prise en charge de qualité pour un patient atteint de cancer

L'un des objectifs majeurs du Plan cancer est de garantir à tous les patients une prise en charge de qualité. L'ensemble des mesures organisationnelles doit en découler. Cette prise en charge comprend :

1.1 L'information du patient et son accord sur l'orientation et les modalités de son parcours thérapeutique : il s'agit en effet d'une attente prioritaire des patients, qui demandent, au delà d'une information descriptive, une relation de qualité avec les soignants et une véritable participation aux décisions les concernant.

1.2 Un accès rapide au diagnostic

L'entrée dans la chaîne de soins pour suspicion de cancer est ressentie par le patient, et par ses proches, comme le début de la maladie. Tous les acteurs du soin, libéraux et hospitaliers, doivent être en mesure de se coordonner, dès ce moment, pour réduire les délais et orienter le patient, avec son accord, dans le dispositif de soins. Le rôle des radiologues, des anatomopathologistes et des biologistes qui concourent activement à cette phase diagnostic est déterminant. L'analyse des difficultés rencontrées, voire des dysfonctionnements, dans ces premiers temps du parcours patient constitue un indicateur important pour apprécier l'amélioration de la performance des organisations mises en place.

1.3 Des conditions d'annonce du cancer organisées

Le Plan cancer a particulièrement souligné la nécessité de faire bénéficier les patients de meilleures conditions d'annonce de la maladie. La mise en œuvre de cette mesure, sous forme d'un dispositif d'annonce, a un impact organisationnel important. Pour préparer au mieux sa généralisation en 2005, un dispositif expérimental est conduit depuis juin 2004 dans 58 établissements de santé de tous statuts et inclut 8 réseaux de cancérologie. Il prend en compte le temps médical nécessaire à l'annonce du cancer et la mise à disposition de personnels soignants pour le patient et ses proches, afin de les soutenir et les accompagner durant cette période. Le choix a été fait, pour cette expérimentation, de se référer à la fois à l'annonce d'un diagnostic confirmé et à l'annonce d'une proposition thérapeutique s'appuyant sur l'avis et les conclusions d'une concertation pluridisciplinaire tout en ne méconnaissant pas l'antériorité d'autres annonces effectuées par le médecin généraliste, un médecin spécialiste d'organe ou un radiologue.

L'expérimentation du dispositif d'annonce se poursuivra jusqu'à la fin du premier trimestre 2005 afin d'évaluer la faisabilité et l'impact du cahier des charges testé, son adéquation aux attentes des patients et les modalités d'accompagnement financier. La généralisation s'appuiera, en partenariat avec la Ligue Nationale contre le cancer, sur un cahier des charges national, qui permettra, à compter de la mi-2005, de faire bénéficier tous les nouveaux patients de meilleures conditions d'annonce.

1.4 Une stratégie de traitement définie sur la base d'un avis pluridisciplinaire et des référentiels validés et régulièrement actualisés

La mise en œuvre de la **pluridisciplinarité** est essentielle en cancérologie. Le Plan cancer a fait pour cette raison de ce mode d'organisation médicale l'un de ses objectifs prioritaires. L'avis issu de la Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) doit permettre au patient de participer à la décision thérapeutique. La concertation pluridisciplinaire, et l'organisation qu'elle implique, sont définies en annexe 2.

Cette stratégie thérapeutique doit se fonder sur des recommandations de pratique clinique, dont l'élaboration et la mise à jour sont assurées au niveau national par l'Institut National du Cancer, en coordination avec les programmes européens ou internationaux et les sociétés savantes concernées. A partir de ces recommandations nationales, les réseaux régionaux de cancérologie élaborent des référentiels régionaux. Au niveau local, les établissements de santé et les réseaux de santé en cancérologie, implantés au niveau du territoire, assurent leur mise en œuvre.

1.5 La remise au patient d'un Programme Personnalisé de Soins décrivant un parcours individualisé

Un **programme personnalisé de soins (PPS)** est expliqué et remis au patient. Le PPS doit permettre de lui exposer la chaîne de soins coordonnée qui se met en place autour de sa prise en charge. Il s'impose principalement lors de la prise en charge initiale en lien avec le dispositif d'annonce et contient au minimum la proposition thérapeutique acceptée par le patient, les noms et coordonnées du médecin et de l'équipe soignante référente, ainsi que celles des associations de

patients avec lesquelles il peut prendre contact. Un contenu de PPS sera proposé par l'Institut National du Cancer.

1.6 Une prise en charge globale et continue avec le domicile associant la mise en œuvre de traitements de qualité et l'accès aux soins de support

1.6.1 La mise en œuvre de traitements spécifiques de qualité dans les meilleurs délais, en particulier en chirurgie, en radiothérapie et en chimiothérapie

La chirurgie, la radiothérapie et la chimiothérapie ont un rôle majeur dans le traitement des cancers ; pour autant la radiologie interventionnelle est amenée à prendre une place de plus en plus importante dans cette phase thérapeutique.

La chirurgie des cancers

La chirurgie est une discipline majeure dans le traitement des pathologies cancéreuses. Elle guérit aujourd'hui une proportion importante de cancers. La collaboration avec les anatomopathologistes et les anesthésistes réanimateurs est essentielle pour obtenir des résultats de qualité.

La chirurgie est souvent la première porte d'entrée du patient atteint de cancer dans le dispositif curatif de soins. Cette prise en charge initiale conditionne directement le pronostic et la survie des patients[2]. Or les données d'activité montrent qu'un nombre non négligeable d'établissements de santé réalisent très peu d'interventions carcinologiques. Pour la chirurgie du cancer du sein[3], 50% d'établissements effectuaient en 2000 moins de 15 mastectomies, partielles ou totales, par an et plus de 200 établissements moins d'une intervention par mois. Pour l'activité de chirurgie du cancer colo-rectal[4], la moitié des établissements réalisaient moins de 20 interventions chirurgicales par an et 35 établissements une seule intervention par an. On note également une grande hétérogénéité des pratiques sur le territoire national, le taux d'intervention pour cancer de la prostate[5] variant par exemple en fonction des régions entre 58 et 87 pour 100 000 hommes.

Il est donc indispensable de garantir l'équité des soins et d'évaluer les pratiques chirurgicales. Plusieurs sociétés savantes de chirurgie, et en particulier celles concernées par les cancers les plus incidents, se sont récemment engagées dans une réflexion sur les enjeux stratégiques auxquels est confrontée leur discipline en cancérologie. Leurs recommandations portent sur les critères qualité d'une prise en charge chirurgicale dans leur spécialité, et incluent une réflexion sur le seuil d'activité minimal garantissant la qualité et la sécurité des prises en charge. Il convient d'ores et déjà de s'appuyer sur ces travaux, disponibles sur le site www.plancancer.fr[6], dont une synthèse figure dans l'annexe 3. Ils seront approfondis et élargis dans le cadre des travaux menés par l'Institut National du Cancer pour formaliser les critères d'agrément des établissements.

La radiothérapie

La radiothérapie est un traitement de référence, qui concerne plus de 50% des patients. Les principes de son organisation, définis en 2002[7], ont permis d'actualiser en conséquence les volets des SROS. Dans les établissements de santé, le renforcement du parc d'accélérateurs, ainsi que sa modernisation, sont en cours dans le cadre du plan d'investissement Hôpital 2007. Les centres privés de radiothérapie modernisent également leur parc. Ces mesures, couplées à une amélioration de l'organisation interne de tous les centres de radiothérapie[8], contribueront à diminuer les délais d'attente entre la décision thérapeutique et sa réalisation.

Ces délais restent encore aujourd'hui une limite importante à la qualité et à l'efficacité des prises en charge. Le suivi des délais d'attente constitue donc un indicateur majeur de suivi du fonctionnement des centres de radiothérapie.

Les traitements médicaux du cancer et la chimiothérapie

La chimiothérapie constitue un des modes principaux de traitements du cancer. Elle s'administre dans un établissement de santé, le plus souvent en hospitalisation de jour à temps

---

[2] Le Livre blanc de la chirurgie cancérologique, in Bulletin du Cancer, vol 89, S23
[3] L'activité chirurgicale du cancer du sein en France – BEH n°7/2000
[4] L'activité chirurgicale du cancer colo-rectal en France - BEH n°49/2000
[5] L'activité chirurgicale pour cancer de la prostate dans le PMSI, France - BEH n° 14/2003
[6] Recommandations des sociétés savantes de chirurgie
[7] Circulaire DHOS / SDO n° 2002/299 du 3 mai 2002
[8] Rapport d'étape : l'organisation des services de radiothérapie – octobre 2003- Mission nationale d'Expertise et d'audit hospitaliers

partiel, ou bien au domicile dans le cadre d'une hospitalisation à domicile (HAD). Certaines chimiothérapies peuvent être également réalisées au domicile par des professionnels de santé libéraux selon des critères précisés par l'arrêté du 20 décembre 2004 fixant les conditions d'utilisation des anticancéreux injectables inscrits sur la liste prévue à l'article L 5126-4.
L'utilisation des molécules anticancéreuses doit s'appuyer sur les référentiels et thésaurus de protocoles validés par le réseau régional. Le suivi de leur consommation entre dans le champ du contrat de bonnes pratiques et fera l'objet de remontées nationales d'informations.
En sus de la conformité aux référentiels de bonnes pratiques cliniques, la préparation et la reconstitution des cytotoxiques doivent être réalisées dans une unité spécifique avec isolateur ou hotte à flux laminaire sous la responsabilité d'un pharmacien. 38 % seulement des établissements réalisant des chimiothérapies répondent aujourd'hui à cette condition[9] : la généralisation de cette mesure est un objectif prioritaire des SROS de 3ème génération.

- **1.6.2 l'accès aux soins de support**

Tous les patients atteints de cancer doivent désormais, quelque soit leur lieu de prise en charge y compris au domicile, avoir accès à des soins de support. Ces soins sont définis en oncologie comme « 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 [10]».
Le rapport du groupe de travail sur les soins de support en cancérologie, disponible sur le site du Plan cancer[11], a défini le champ des soins de support et les modalités organisationnelles qu'ils impliquent. Il convient de se reporter au rapport, dont une synthèse est proposée en annexe 4.
Les soins de support ne constituent pas une nouvelle discipline ; ils **correspondent à une coordination qui doit mobiliser des compétences et organiser leur mise à disposition pour le patient et ses proches.** C'est en particulier dans le cadre des réunions de concertation pluridisciplinaire que cette coordination est actée et peut ensuite être mise en place autour du patient. **Les soins de support font partie de la démarche de cancérologie.** Quand cela est nécessaire, il convient de veiller particulièrement à l'articulation avec la démarche palliative.

2. L'organisation régionale de l'offre de soins en cancérologie

Le volet cancérologie des SROS de 3ème génération fixe le schéma régional de « prise en charge des personnes atteintes de cancer », qui identifie notamment :

1. **les établissements de santé et les centres privés de radiothérapie traitant les patients atteints de cancer**, disposant d'une autorisation spécifique traitement du cancer. Les coopérations et les complémentarités entre ces structures sont formalisées dans le cadre du site de cancérologie.
2. **les structures de soins qui sont associées aux prises en charge de proximité** : ce sont les établissements de santé qui pratiquent les soins de suite, la médecine polyvalente, ainsi que les hôpitaux locaux et les structures de soins à domicile ;
3. **et les réseaux de cancérologie**, implantés tant au niveau régional que territorial et reliés aux autres réseaux de santé impliqués dans la prise en charge des patients, notamment en gérontologie et en soins palliatifs.

Le schéma prendra également en compte l'organisation de la relation ville hôpital, par rapport en particulier, au rôle essentiel que les médecins traitants assurent dans la prise en charge au domicile des malades atteints de cancer et dans la continuité des soins entre la ville et l'hôpital.
Par ailleurs, le schéma décrit l'organisation régionale de l'offre de soins de recours dans le cadre des pôles régionaux de cancérologie. Il identifie les établissements ou les sites qui participent à ces missions de recours. Il précise les modalités d'accès à ces ressources de recours, à la recherche clinique et aux innovations pour l'ensemble des patients de la région.
La structuration régionale des soins en cancérologie s'appuiera donc sur les organisations décrites ci-dessus pour répondre au mieux aux objectifs attendus d'une prise en charge de qualité pour tous

[9] Résultats de l'enquête nationale chimiothérapie anticancéreuse de la CNAMTS- 2003- hors hématologie et oncologie pédiatrique
[10] in Oncologie, 2004 - 6 : 7-15.
[11] www.plancancer.fr

les patients, quelle que soit leur porte d'entrée dans le système de soins. Cette structuration est décrite en 3 niveaux : celui des établissements de santé, du territoire de santé et de la région, les réseaux constituant le maillage et la coordination transversale entre les acteurs de cette organisation.

2.1 L'organisation de la cancérologie au sein des établissements de santé

Les établissements de santé et les centres privés de radiothérapie qui traitent des patients atteints de cancer seront soumis à une procédure d'autorisation spécifique pour leurs activités de soins « traitement du cancer» (R.712-37-1 du CSP). Ils devront être membres d'un réseau de santé en cancérologie et rendre lisible leur organisation interne en cancérologie.

Autorisations

Des dispositions réglementaires sont en préparation pour soumettre les délivrances d'autorisations d'activité de soins de « traitement du cancer » à des conditions d'implantation, qui feront le lien avec les critères d'agrément des établissements définis par l'Institut National du Cancer (article L 1415-2).

Participation à un réseau de cancérologie

La coordination des acteurs dans la prise en charge du cancer, en ville et à l'hôpital, constitue une exigence fondamentale du Plan cancer, qui permet d'assurer la qualité et l'égalité d'accès aux soins. La mise en place effective du réseau constitue la réponse appropriée au besoin de coordination des établissements de santé et des professionnels libéraux en ville. Il assure au patient la continuité des soins. Le plan cancer prévoit que tout établissement de santé prenant en charge des patients atteints de cancer doit être membre d'un réseau de cancérologie.

Centres de coordination en cancérologie

Le Plan cancer prévoit la création de centres de coordination en cancérologie (3C). Ils visent quatre objectifs :

1. engager les structures de soins dans une **démarche d'assurance qualité en cancérologie** pour assurer à tous les patients atteints de cancer la qualité et la sécurité des actes réalisés dans les structures de soins où ils effectuent les moments importants de leur parcours diagnostique et thérapeutique. Cette mesure garantit en particulier **le fonctionnement des réunions de concertation pluridisciplinaire**. La mise en œuvre de cette **pluridisciplinarité** est essentielle. Conformément au plan cancer, elle doit bénéficier à chaque patient[12].
2. rendre plus lisible **l'organisation interne de la cancérologie** au sein des établissements, ce qui est un indicateur de mobilisation des acteurs, et facilitera la coordination des prises en charge de patients.
3. mettre en place une traçabilité des pratiques.
4. permettre le développement d'un **suivi plus individualisé** pour chaque patient en assurant à leur attention une fonction de point de contact et d'information.

Les missions des 3C sont développées dans l'annexe 5.

Les modalités de mise en œuvre de cette mesure s'appuieront sur les organisations les plus appropriées au contexte local. Il pourra en effet être difficile de créer cette structure dans des petits établissements ou bien certains établissements souhaiteront constituer ensemble cette structure dans un souci de mutualisation de leurs moyens. Dans ces cas, le rôle des 3C pourra être assuré au sein du site de cancérologie, voire du réseau local. **Si les modes d'organisation sont laissés au choix, la réalisation des missions des 3C est obligatoire** et fera l'objet d'un suivi par les ARH, notamment dans le cadre des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens.

2.2 L'organisation de la cancérologie au sein des territoires de santé

Cette organisation est centrée sur la prise en charge du patient au sein d'établissements de santé et sur la continuité des soins entre la ville et l'hôpital au sein des réseaux de santé.

La graduation des soins en cancérologie, prévue par la circulaire du 24 mars 1998, a contribué à structurer l'offre de soins et à favoriser une dynamique de sites entre établissements de santé, en incluant les centres de radiothérapie. Les SROS de 2ème génération ont en effet identifié des sites de

[12] voir l'annexe 2

référence et des sites orientés en cancérologie, ainsi que des moyens de proximité traitant les patients cancéreux. A compter des SROS de 3ème génération, cette graduation est simplifiée pour identifier:

- des **établissements de santé et des centres privés de radiothérapie autorisés pour le traitement du cancer**, assurant une offre diagnostique et thérapeutique spécialisée au sein d'un territoire de santé. Ces structures de soins peuvent se regrouper et constituer un **site de cancérologie,** appuyé sur une coopération inter hospitalière.
- et **des établissements de santé associés**, qui participent à la prise en charge en proximité des patients atteints de cancer.

2.2.1 Les sites de cancérologie

L'organisation en site doit favoriser l'accès à l'ensemble des traitements nécessaires, hormis ceux relevant du recours qui seront définis dans le cadre du pôle régional de cancérologie. Les établissements constituant le site assurent la majorité des prises en charge en termes de diagnostic et de traitement par chirurgie, radiothérapie et chimiothérapie, en incluant les soins de support.

La constitution de sites de cancérologie est souhaitable pour favoriser une organisation fonctionnelle, cohérente et lisible entre un ou plusieurs établissements de santé et des centres de radiothérapie. Cette organisation, à compter des SROS de 3ème génération, doit se traduire par des coopérations inter hospitalières.

Le SROS pourra identifier par territoire de santé, défini conformément à la circulaire du 5 mars 2004, un ou plusieurs sites de cancérologie et précisera les établissements de santé et les centres de radiothérapie qui les composent. Il suscitera également les réorganisations, les renforcements, voire les créations, nécessaires pour assurer aux patients l'accès aux soins en tenant compte des délais d'attente pour la mise en œuvre des traitements, notamment en radiothérapie.

2.2.2 Les établissements et structures de soins à domicile associés dans la prise en charge

Ces établissements et structures participent à la prise en charge de proximité des patients atteints de cancer. Il peut s'agir d'établissements de santé dans le cadre de leur activité de médecine polyvalente, de soins de suite et de réadaptation ou de soins de longue durée, d'hôpitaux locaux ou encore de structures de soins à domicile, en lien avec les structures médico sociales. Ces établissements et structures appliquent ou assurent le suivi des traitements prévus dans le programme personnalisé de soins (PPS), en particulier les chimiothérapies dans un contexte de qualité et de sécurité des soins. Ils le font, avec l'accord du malade, et en coordination avec l'équipe de l'établissement de santé ou du site de cancérologie qui le traite. Le SROS les identifiera en ce qu'ils participent à la « prise en charge des personnes atteintes de cancer ». Ils doivent être membres d'un réseau de cancérologie.

2.2.3 L'organisation de la relation ville hôpital

C'est au niveau du territoire de santé que cette organisation est réellement opérationnelle. Elle doit assurer au malade le maillage nécessaire pour garantir la continuité des soins et permettre son accès à des soins spécifiques au domicile, notamment en chimiothérapie. D'une manière générale, le malade doit pouvoir ainsi bénéficier d'une prise en charge de qualité en proximité, tant sur le plan médical que social que médico-social.

Ce maillage territorial s'appuie logiquement sur le **fonctionnement d'un réseau de santé** assurant la coordination entre les établissements de santé ou les sites de cancérologie (2.2.1), les établissements et les structures associés (2.2.2) et les professionnels libéraux. Le médecin traitant du patient doit être étroitement associé, et informé le plus possible en temps réel. Il doit pouvoir bénéficier auprès de ses partenaires du réseau de l'expertise complémentaire dont il peut avoir besoin pour assurer un meilleur suivi à domicile. La mise en place à court terme de l'échange informatisé des données médicales partageables, incluant l'imagerie significative, est dans ce contexte une nécessité.

Les patients atteints de cancer sont invités à choisir leur médecin traitant comme les autres assurés. Il leur est conseillé de le choisir parmi les médecins généralistes. Pour les soins et traitements liés au cancer effectués dans le cadre d'un protocole de soins, les patients ne supportent aucune

majoration de leur reste à charge quand ils consultent directement le médecin spécialiste compétent sans prescription du médecin traitant.

2.3 L'organisation de la cancérologie au sein de la région: le pôle régional de cancérologie

La constitution des pôles régionaux de cancérologie répond à une logique d'**organisation de l'accès aux soins de cancérologie complexes, hyperspécialisés et aux techniques innovantes**. Le pôle régional sera constitué par les établissements de santé ou les sites de cancérologie qui exercent, en sus de leurs activités de soins standards, ces missions régionales hautement spécialisées, de recours et d'expertise, de recherche clinique et d'innovation.

Les objectifs visés par la création des pôles régionaux de cancérologie

Les pôles régionaux de cancérologie ont pour objectifs de garantir l'accès de tous les patients qui le nécessitent, quel que soit le lieu de leur prise en charge initiale, aux ressources de recours disponibles en cancérologie au niveau régional. Une liste indicative de ces ressources est proposée en annexe 6. L'organisation mise en place devra être lisible pour permettre l'accès à ces ressources qui seront clairement définies ; les critères qui justifient le recours régional seront précisés ; les modalités d'accès, selon le cas, à un avis spécialisé, à un second avis ou encore à une équipe ou un plateau technique spécifique, à un essai clinique ou à des thérapeutiques innovantes seront clairement formalisées[13].

Les Missions et responsabilités des membres du pôle régional

La participation au pôle régional de cancérologie constitue une responsabilité qui doit se traduire par des engagements précis et des modes d'organisation concrets.

En premier lieu, la mission du pôle régional de cancérologie relève des soins. A cet effet, le pôle régional de cancérologie :

- réunit des compétences d'expertise, de recherche clinique et d'innovation pour disposer au moins de l'ensemble des ressources de recours identifiées, avec pour certaines d'entre elles la possibilité d'un recours interrégional. Le pôle facilite en particulier l'accès à la recherche clinique pour l'ensemble des équipes régionales ; augmenter significativement l'inclusion de tous les malades dans les essais cliniques quel que soit leur lieu de soins et sans délocalisation obligatoire du malade est un des éléments attendus de cette mesure.
- et en garantit l'organisation coordonnée permettant l'accès selon le cas à un avis spécialisé, à un second avis ou à un plateau technique spécifique. L'organisation des recours qui est mise en place au niveau de la région est formalisée.

En second lieu, le pôle régional participe à l'enseignement, à la recherche et *à* l'innovation dans le cadre des missions des UFR de médecine. Certains établissements du pôle peuvent s'inscrire dans les projets mis en œuvre au sein des canceropoles régionaux ou interrégionaux.

Les actions de coopération entre les membres du pôle régional

Les modes de coopération entre les membres du pôle prendront la forme juridique qui paraît la plus appropriée aux acteurs : convention ou groupement de coopération sanitaire. Ces modalités de coopération devront rapidement prendre une réalité concrète. Les CHU et les CLCC sont particulièrement concernés. Le Plan cancer prévoit qu'ils formalisent leurs complémentarités, partagent leurs moyens, mettent en cohérence leurs stratégies médicales et établissent à terme un projet médical commun. L'accord-cadre signé en septembre 2004 entre la Fédération de cancérologie des CHU et la Fédération Nationale des CLCC constitue à cet effet un outil structurant, sur lequel les agences pourront s'appuyer pour la mise en place des pôles.

[13] soit par pathologie soit par équipement

Le rôle des ARH

Le SROS identifiera au moins un pôle régional de cancérologie. En raison de particularités géographiques, notamment au plan démographique, plusieurs pôles régionaux de cancérologie pourront être constitués. L'ARH devra :

1**. Identifier les établissements ou les sites qui disposent des compétences et des ressources régionales de recours,** très spécialisées ou innovantes, et les mobiliser dans cette perspective d'accessibilité à tous les patients. Cette identification ne devra pas être figée, mais révisable en tant que de besoin pour s'adapter à l'évolution des soins et des techniques. Elle pourra s'appuyer sur un appel à projet régional.

2. organiser la concertation sur l'offre régionale de recours, incluant en particulier les techniques complexes, la chirurgie carcinologique lourde ou très spécialisée, les essais cliniques, avec l'ensemble des opérateurs régionaux de la cancérologie. Cette concertation doit aboutir à un schéma définitif validé par l'agence et précisant l'interface avec le réseau régional.

L'ARH suit la mise en œuvre de cette organisation et fixe à cet effet des indicateurs spécifiques.

2.4 L'organisation en réseau de la cancérologie

Conformément au plan cancer, un réseau régional en cancérologie devra être opérationnel dans chaque région au plus tard en 2007.

Le réseau régional de cancérologie a un rôle de **coordination** de l'ensemble des opérateurs ; il a pour objectifs d'harmoniser et d'améliorer de façon continue la qualité des pratiques, de favoriser le partage d'expériences et la communication des données médicales du patient.

Le réseau régional de cancérologie assure en particulier, en mobilisant les compétences de ses membres :

1. la **promotion et l'amélioration de la qualité en cancérologie** en élaborant à partir des recommandations nationales les référentiels régionaux et en les diffusant à ses membres, en définissant les dossiers standards qui peuvent ne pas être discutés en RCP et ceux qui relèvent des RCP régionales de recours, en organisant une fonction de veille sur l'actualisation des référentiels et en développant des audits qualité ;
2. **la promotion d'outils de communication communs au sein de la région** , en particulier les outils de communication et d'échange sécurisé de données médicales patient, dont le dossier communicant en cancérologie constitue un des points clés ;
3. **l'aide à la formation continue**
4. **le recueil et l'analyse régionale des données relatives à l'activité de soins**, alimentés notamment par les 3C, ce qui permettra de déboucher sur un tableau de bord régional de cancérologie
5. **l'évaluation des membres et des pratiques au sein du réseau**
6. **et l'information des professionnels et des patients,** en élaborant en particulier un répertoire des moyens et des compétences au niveau de la région. Le réseau régional devra associer des représentants de patients.

Un **cahier des charges spécifique au réseau régional de cancérologie** sera proposé en 2005 par l'Institut National du Cancer, qui conduira d'ici 2007 une procédure de labellisation des réseaux régionaux de cancérologie.

Au même titre que les autres établissements pratiquant les soins en cancérologie, les établissements constituant le pôle régional sont pleinement impliqués dans le réseau régional. Ils ont logiquement, par leur activité, leurs ressources en terme de recours et leurs compétences propres, un rôle incontournable, quoique non hiérarchique, dans le fonctionnement et l'animation du réseau régional de cancérologie.

Lorsqu'il existe des réseaux de territoire de santé, le réseau régional en assure la coordination. A défaut de cette existence, il assure directement la prise en charge coordonnée des patients selon les missions d'un réseau de santé, qui constitue l'outil privilégié pour assurer au niveau du territoire de santé la prise en charge de proximité dans sa dimension ville hôpital, telle que définie plus haut. Lorsque plusieurs réseaux régionaux préexistent, l'ARH et l'URCAM engageront leur mise en

7.2 Les outils de recueil issus des dossiers patients.

HÔPITAL DE FREYMING-MERLEBACH
2, rue de France - BP N° 50161 - 57804 Freyming-Merlebach Cedex

DS 6.2

FICHE DIETETIQUE

Etiquette patient

Date de prescription :

Nom du médecin prescripteur :

Signature du médecin :

Date :

Diététicienne :

Autre demandeur :
- ❑ IDE
- ❑ AS
- ❑ Patient/Famille
- ❑ DIET

MOTIF DE LA PRISE EN CHARGE

EVALUATION NUTRITIONNELLE

Poids habituel (kg) :		
Poids actuel :	Perte de poids : en mois = %	
Taille :	IMC :	
Bilan biologique	Alb :	Palb :
Score de risque nutritionnel	NRI :	GNRI :

Escarres : Oui ☐ Non ☐
Fausses routes : Oui ☐ Non ☐
Aide aux repas : Oui ☐ Non ☐
Nausées/Vomissements : Oui ☐ Non ☐
Inappétence : Oui ☐ Non ☐
Diarrhées : Oui ☐ Non ☐

Surveillance alimentaire :

Régime :

Texture :

Calcul des ingesta :

Besoins énergétiques :

Complémentation orale : Matin ☐ Midi ☐ Soir ☐ Collation ☐

Nutrition entérale :

Nutrition parentérale :

EVALUATION DE LA DENUTRITION ET CODIFICATION

(Pour une durée d'hospitalisation > 4 jours)

	Age du patient 18 à 70 ans				Age du patient > 70 ans				Code T2A (à cocher)
Critères à calculer	IMC	%perte de poids en 1 mois	ALB	NRI	IMC	%perte de poids en 1 mois	ALB	GNRI	
Résultats				97,5-100				92-98	☐ E 44.1 (légère) 2
	16-18,5	5-10%	< 30	83,5-97,5	18-21	5-10%	<35	82-92	☐ E44.0(modérée) 3
	< 16	>10%	< 20	< 83,5	< 18	> 10%	< 30	< 82	☐ E 43 (sévère) 3

DS6.2/Version 2_mai 2010

Suivi nutritionnel au dos de la feuille

FILIERIS la santé en action Carmi Est

Hôpital de Freyming-Merlebach

2, rue de France - BP n° 50161 - 57804 Freyming-Merlebach cedex

DS 5.9

ECHELLE DE BRADEN

Nom – Prénom du patient : .....
(étiquette)

Date de naissance : ..... Service : ..... date d'entrée : .....

Evaluation réalisée par					
en date du					
Perception sensorielle	**1** Totalement limitée **2** Très limitée **3** Légèrement limitée **4** Pas d'altération				
Humidité	**1** Toujours humide **2** Très humide **3** Occasionnellement humide **4** rarement humide				
Activité	**1** Alitement **2** Séjour au fauteuil **3** Marche occasionnellement **4** Marche fréquemment				
Mobilité	**1** Totalement immobile **2** Très limité **3** Légèrement limité **4** Aucune limitation				
Nutrition	**1** Très insuffisante **2** Probablement insuffisante **3** Correcte **4** Excellente				
Friction et cisaillement	**1** Problème **2** Problème potentiel **3** Pas de problème apparent				
TOTAL					

NOTE : Les patients qui ont un score total inférieur ou égal à 16 sont considérés à risque de développer des escarres

15 ou 16	=	risque bas
13 ou 14	=	risque modéré
moins de 12	=	risque élevé

OBSERVATIONS :

ECHELLE DE BRADEN

Perception sensorielle	1. Totalement limitée	2. Très limitée	3. Légèrement limitée	4. Pas d'altération
Capacité à répondre de manière significative à l'inconfort provoqué par la pression	Aréactif. Le patient ne gémit pas, ne bouge pas, n'attrape pas le stimulus. Cette situation est liée à une diminution du niveau de conscience ou à une sédation OU à une capacité limitée à ressentir la douleur sur la majeure partie de son corps.	Ne répond qu'aux stimuli douloureux. Ne peut pas communiquer son inconfort, sauf par des gémissements ou de l'agitation OU a une altération de la sensibilité qui l'empêche de ressentir la douleur ou bien limite la sensation de douleur ou d'inconfort sur une moitié du corps.	Répond aux commandes verbales, mais ne peut pas toujours exprimer son inconfort ou son besoin d'être tourné OU a un certain degré d'altération de la sensibilité qui limite sa possibilité de ressentir la douleur ou un inconfort dans un ou deux membres.	Répond aux commandes verbales. N'a pas de déficit sensitif ou sensoriel qui limiterait sa capacité à ressentir ou à verbaliser la douleur ou l'inconfort.
Humidité	**1. Toujours humide**	**2. Très humide**	**3. Occasionnellement humide**	**4. rarement humide**
Degré d'humidité auquel la peau est exposée	La peau est presque toujours humide, en particulier du fait de la transpiration et des urines. La moiteur ou l'humidité sont toujours constatées lorsque le patient est bougé ou tourné.	La peau est souvent, mais pas toujours humide. Les changes doivent être effectués au moins une fois pour chaque équipe soignante.	La peau est occasionnellement humide, nécessitant un change supplémentaire, environ une fois par jour.	La peau est habituellement sèche. Les changes sont nécessaires seulement aux intervalles habituels.
Activité	**1. Alitement**	**2. Séjour au fauteuil**	**3. Marche occasionnellement**	**4. Marche fréquemment**
Degré d'activité physique	Confiné au lit.	La capacité de marcher est sévèrement limitée ou absente. Le patient ne peut pas supporter son propre poids et/ou doit être assisté sur sa chaise ou dans son fauteuil roulant.	Marche occasionnellement pendant le jour, mais sur de très courtes distances avec ou sans assistance. Le patient passe la plupart du temps au lit ou sur une chaise.	Marche hors de sa chambre au moins deux fois par jour et dans sa chambre au moins une fois toutes les deux heures en dehors des heures de sommeil.
Mobilité	**1. Totalement immobile**	**2. Très limité**	**3. Légèrement limité**	**4. Aucune limitation**
Capacité à changer et à contrôler la position du corps	N'effectue pas sans assistance le moindre changement dans la position du corps ou des membres.	Fait occasionnellement de légers changements de la position du corps ou des membres mais est incapable de les accomplir seul de manière fréquente ou significative.	Fait de fréquents mais légers changements de position du corps ou des membres de manière autonome.	Fait de fréquents et importants changements de position sans aide.
Nutrition	**1. Très insuffisante**	**2. Probablement insuffisante**	**3. Correcte**	**4. Excellente**
Consommation alimentaire habituelle	Ne mange jamais un repas complet. Mange rarement plus que le tiers de la nourriture proposée. Au maximum, ne mange que deux plats de protéines par jour (viande ou produit laitier). L'absorption de liquides est faible. Ne prend pas de supplémentation sous forme liquide OU ne prend rien par la bouche et/ou est maintenu sous liquide non nutritif per os ou sous perfusion IV pendant plus de 5 jours	Mange rarement un repas complet et généralement seulement la moitié de la nourriture proposée. L'apport en protéines ne comprend seulement que 3 plats de viande ou de produit laitier par jour. Occasionnellement, le patient prend une supplémentation OU reçoit moins de la quantité optimale de nutriment liquide ou bien est nourri par sonde.	Mange la moitié ou davantage de la plupart des repas. Mange au total 4 plats de protéines (viande ou produit laitier) chaque jour. Occasionnellement, le patient va refuser un repas, mais prendra habituellement un supplément s'il est proposé OU est nourri par sonde ou par nutrition parentérale qui assure probablement les besoins nutritionnels.	Mange plus de la moitié de chaque repas. Ne refuse jamais un repas. Mange habituellement un total de 4 plats ou davantage de viande et de produit laitier. Mange occasionnellement entre les repas. N'a pas besoin de supplémentation.
Friction et cisaillement	**1. Problème**	**2. Problème potentiel**	**3. Pas de problème apparent**	
	Le patient nécessite une assistance modérée à maximale pour se mouvoir. Il ne peut pas se soulever sans glisser contre les draps. Le patient glisse fréquemment de sa chaise et nécessite des repositionnements fréquents avec une assistance maximale. La spasticité, les contractures ou l'agitation provoquent une friction cutanée quasi permanente.	Bouge faiblement ou nécessite une assistance minimale. Pendant un mouvement, la peau glisse probablement dans une certaine mesure sur les draps, le dispositif de contention ou d'autres dispositifs. Le patient maintient le plus souvent une position relativement bonne dans son lit ou sur sa chaise, mais glisse parfois au sol.	Bouge au lit et sur sa chaise de manière autonome et possède une force musculaire suffisante pour se soulever complètement pendant les mouvements Garde toujours une bonne position au lit ou sur sa chaise.	

FILIERIS
la santé en action
Carmi Est

Hôpital de Freyming-Merlebach
2, rue de France - BP n° 50161 - 57804 Freyming-Merlebach cedex

DS
6.3

FICHE ASSISTANTE SOCIALE

Etiquette patient

Demande faite par : .....

Feuille n°

DATE / HEURE	OBSERVATIONS / TRANSMISSIONS	SIGNATURE

Sécurité sociale dans les mines

Hôpital de Freyming-Merlebach

2, rue de France - BP n° 50161 - 57804 Freyming-Merlebach cedex

DS 6.4

Etiquette patient

FICHE PSYCHOLOGUE

Demande faite par : .....

Feuille n°

DATE / HEURE	OBSERVATIONS / TRANSMISSIONS	SIGNATURE

FILIERIS
la santé en action
Carmi Est

Hôpital de Freyming-Merlebach

2, rue de France - BP n° 50161 - 57804 Freyming-Merlebach cedex

DS
5.6

Etiquette patient

SURVEILLANCE PANSEMENT

Chirurgien ou médecin responsable du patient : .....

Feuille n°

DATE / HEURE	SIEGE et NATURE du PANSEMENT	ETAT du PANSEMENT ou EVOLOUTION de la PLAIE	SET n°	ANTISEPTIQUES	DRAINAGES ou DIVERS	NOM SIGNATURE

Etiquette patient

Hôpital de Freyming-Merlebach

DS 2.3

PRESCRIPTIONS COMPLEMENTAIRES

Feuille n°

Date et heure	Prescripteur signature	Examens biologiques	Pour Le :	Soignant Initiales	B F	Examens complémentaires	Rendez-vous pris le	Acte réalisé le	Soignant Initiales	B F

FILIERIS
la santé en action
Carmi Est

Hôpital de Freyming-Merlebach

2, rue de France - BP n° 50161 - 57804 Freyming-Merlebach cedex

DS 5.2

TRANSMISSIONS CIBLEES

Etiquette patient

Feuille n°

Date/Année Heure	CIBLE	TRANSMISSIONS	Initiales Signature
		D A R	
		D A R	
		D A R	
		D A R	

FILIERIS
la santé en action
Carmi Est

Hôpital de Freyming-Merlebach

DS 1.2

FICHE D'OBSERVATION SOIGNANTE

ETIQUETTE

Situation familiale : Marié(e) - Veuf(ve) - Divorcé(e) – Célibataire **Caisse :** ..... **ALD** ☐

Adresse :.....

Tél. :.....

MODE D'ADMISSION :

Date d'entrée : ..... **Heure d'entrée :** .....

Programmé ☐ Domicile ☐ Autre :.....

Autre : .....

Adressé par:

Médecin traitant ☐ Autre : .....

PROFIL SOCIAL et CADRE DE VIE :

Profession : .....

Position professionnelle : Actif ☐ Retraité ☐ Autre : .....

Position juridique : Mineur ☐ Tutelle ☐ Autre : .....

Devenir envisagé : Domicile ☐ Famille ☐ Institution ☐ Autre : .....

ACCES AUX INFORMATIONS

Pour les mineurs :

Détenteur de l'autorité parentale ☐ Par l'intermédiaire d'un médecin ☐ Aucun accès ☐

Autorisation d'accès aux informations : Oui ☐ Non ☐

Confidentialité de l'hospitalisation dans l'établissement : Oui ☐ Non ☐

PERSONNES A PREVENIR

NOM et Prénom : ....

Lien de parenté : ....

Adresse : ....

Tél. :..... .....

PERSONNE de CONFIANCE

Oui ☐ Non ☐

SI oui, lien avec le patient :.....

NOM :..... PRENOM :..... Tél. :.....

Adresse :.....

Renseignements fournis par le patient Oui ☐ Non ☐ Signature du patient :

Livret d'accueil donné ☐ Date : ..... | Dépôt de valeur : Oui ☐ Non ☐

BILAN D'AUTONOMIE DU PATIENT

COMMUNICATION :

Langue parlée :..... Vue : Lunettes ☐ Lentilles de contact ☐

Compréhension :..... Ouïe : Prothèses ☐

Handicap :..... Prothèses dentaires : Bas ☐ Haut ☐

SOMMEIL :

Insomnie ☐ Agitation ☐ Barrières ☐

ALIMENTATION :

Régime : normal ☐ sans sel ☐ diabétique ☐ sans graisse ☐ sans résidu ☐ AVK ☐ sans porc ☐

Autres : ..... Collations : .....

Non goût : .....

Texture : normale ☐ molle ☐ viande hachée ☐ menu haché lisse ☐ liquide enrichi ☐

Aide partielle ☐ Aide complète ☐

Gastrostomie ☐ Nutrition entérale : .....

MOBILISATION :

Autonomie ☐ aide ☐ canne ☐ déambulateur ☐ fauteuil roulant ☐ prothèse ☐ Alitement ☐

HYGIENE :

Autonomie ☐ Aide partielle ☐ Aide complète ☐

ELIMINATION :

Urinaire :

Incontinent ☐ Etui pénien ☐ Autre ☐ : .....

Sonde vésicale ☐ N°: ....Posée le : .....

Stomie ☐

Fécale :

Incontinent ☐ Stomie ☐ Autre ☐ : .....

ETAT CUTANE :

Escarres ☐ Localisation : .....

Echelle de Braden ☐

BMR connu ☐ Localisation :.....

Autres : .....

DOULEUR : Oui ☐ Non ☐ Localisation : .....

RESPIRATION :

Oxygène ☐ Continu ☐ Discontinu : ..... /24h

Trachéotomie ☐

MOTIF D'HOSPITALISATION

Identification IDE/ AS : ..... **SIGNATURE :**

Date et Heure : .....

DS1.2/Version 3 2/2 Juin 2010

FILIERIS
la santé en action
Carmi Est

Hôpital de Freyming-Merlebach

2, rue de France - BP n° 50161 - 57804 Freyming-Merlebach cedex

DS 5.3

DIAGRAMME - SOINS DE BASE

Nom et Prénom :

Soin Programmé : /
Soin réalisé : initiales
Transmissions associées : O
Feuille n°

JOUR et DATE												
	M	A	N	M	A	N	M	A	N	M	A	N
HYGIENE												
Degré de dépendance												
Toilette complète au lit												
Aide à la toilette au lit												
Aide à la toilette au lavabo												
uche												
Soins de bouche / de dentier												
Rasage												
Réfection de lit												
Aide à l'habillage												
Nettoyage de l'environnement												
ALIMENTATION												
Installation au repas												
Aide au repas												
Aide totale												
Faire boire												
Collation												
ELIMINATION												
Aide pour aller aux toilettes												
aise percée												
Bassin – urinal												
Change Couche												
Selles												
Soins et suivi sonde urinaire												
MOBILISATION												
Mise au fauteuil												
Latéralisation												
Effleurage des plis												
SOINS RELATIONNELS												
Explications examens												
Education												
Documents signés récupérés												
Famille prévenue												
RONDES DE NUIT												

Poids : _____

Taille : _____

Etiquette patient

Hôpital de FREYMING MERLEBACH

PRESCRIPTIONS PHARMACEUTIQUES

DEPARTEMENT DE MEDECINE

Dr A. LAUGROS - Dr G. SENG - Dr J.P. CRUMBACH

Dr G. KAZMIERCZAK - Dr B. LIZON - Dr L. MEYER

MEDECINE SECTEUR 1 - tél. : 03 87 81 84 88

DS 2.2

feuille n°

Dates Heures Prescripteur/Signature	TRAITEMENT per os Dosage - Forme - Voie d'aministration	Posologie le M	M	S	N	Durée	M	M	S	N	M	M	S	N	M	M	S	N	M	M	S	N	M	M	S	N	M	M	S	N	M	M	S	N
Identification IDE																																		
Validation médicale																																		

Code de non administration : **I** Arrêt d'un médicament - **O** Médicament non administré - **R** Refus du patient - **A** Patient absent du service - **N** Médicament non disponible - **J** patient à jeun - **V** Vomissements nausées

FILIERIS la santé en action Carmi Est

Poids : _____

Taille : _____

Etiquette patient

Hôpital de FREYMING MERLEBACH

PRESCRIPTIONS PHARMACEUTIQUES

DEPARTEMENT DE MEDECINE

Dr A. LAUGROS - Dr G. SENG - Dr J.P. CRUMBACH

Dr G. KAZMIERCZAK - Dr B. LIZON - Dr L. MEYER

DS 2.2

MEDECINE SECTEUR 1 - tél. : 03 87 81 84 88

feuille n°

Dates Heures	TRAITEMENT INJECTABLE	Posologie				le																															
Prescripteur/Signature	Dosage - Forme - Voie d'administration	M	M	S	N	Durée	M	M	S	N	M	M	S	N	M	M	S	N	M	M	S	N	M	M	S	N	M	M	S	N	M	M	S	N	M	M	S	N
	TRAITEMENT DIVERS	M	M	S	N	Durée	M	M	S	N	M	M	S	N	M	M	S	N	M	M	S	N	M	M	S	N	M	M	S	N	M	M	S	N	M	M	S	N
Identification IDE																																					
Validation médicale																																					

Code de non administration : **I** Arrêt d'un médicament - **O** Médicament non administré - **R** Refus du patient - **A** Patient absent du service - **N** Médicament non disponible - **J** patient à jeun - **V** Vomissements nausées

FILIERIS
la santé en action
Carmi Est

Hôpital de Freyming-Merlebach
2, rue de France - BP N° 50161 - 57804 Freyming-Merlebach CEDEX

DS
1.4

REFLEXION BENEFICE RISQUE - MEDECIN

En date du _____, j'ai vu M_____

pour _____

Après réflexion sur le bénéfice / risque encouru pour le patient, j'en ai conclu que :

_____

Je l'ai informé du but, de la nature, des avantages, des inconvénients concernant les orientations diagnostiques et thérapeutiques proposées et ai répondu au meilleur de ma connaissance aux questions posées.

Docteur

Fonction

Date _____ signature _____

CONSENTEMENT – PATIENT

Je déclare avoir été informé du but, de la nature, des avantages, des risques et inconvénients concernant les orientations diagnostiques et thérapeutiques envisagées pour :

☐ mon état de santé

☐ l'état de santé de *(Nom – Prénom)* _____

lien avec le patient _____

Après réflexion et un délai raisonnable,

☐ je **consens** librement à prendre part à ces orientations.

☐ je **refuse** à prendre part à ces orientations.

Le patient

Nom - Prénom :

_____

date : _____

signature

Le représentant légal

Nom – Prénom :

_____

date : _____

signature

Remettre une copie au patient et l'original dans le dossier

DS2.5 version 2

juin 2010

Hôpital de FREYMING-MERLEBACH

DS 1.1

OBSERVATION MEDICALE

Date : _____ / _____ / _____ Horaire : _____ h _____ Service : _____

Médecin examinateur : Dr _____

étiquette patient

NOM : .....

PRENOM : ..... date de naissance : ___ / ___ /___

Nom de jeune fille : .....

AT du : .....

Transit urgences ☐

Mutation de service ☐

Transfert inter-hospitalier ☐

Venant du domicile ☐

Médecin adresseur : .....

Médecin traitant : .....

MOTIF :

- **Situation familiale :**

Ce Ma Co Se Di V

Alcool

Tabac

Toxique

- **Profession :**.....

actif retraite chômage

- **Familiaux**

-

-

-

-

-

- **ALLERGIES**

-

-

-

-

- **ANTECEDENTS**

- nombre de grossesse :
- ménopause :
- contraception :

Traitement

DS1.1/Version 2 1/4 Mars 2006

🕮 HISTOIRE DE LA MALADIE

Plainte initial *(Quand ? Ou ? Comment ?)*

Symptômes à l'admission :

EXAMEN CLINIQUE

☐ **Etat Général :**

☐ **Téguments, muqueuses et phanères :**

☐ **Yeux, nez, gorge, oreilles :**

☐ **Système endocrinien** :

☐ **Système lymphatique :**

☐ **Système cardio-vasculaire :**

☐ **Système broncho-pulmonaire :**

☐ **Système digestif :**

☐ **Système uro-génital :**

☐ **Système nerveux :**

☐ **Système ostéo-articulaire** :

❖ **CONCLUSIONS / HYPOTHESES DIAGNOSTIQUES**

❖ **DEMARCHE DIAGNOSTIQUE**

❖ **DEMARCHE THERAPEUTIQUE ET SURVEILLANCE**

Le patient a-t-il exprimé des souhaits quant à sa fin de vie dans des directives anticipées ?

☐ OUI ☐ NON

Nom - Prénom de l'observateur :

Signature

Validation de l'observation

le_____ à _____heure

Date	Evaluation de l'évolution de l'état de santé	Nom – Prénom Signature

RESUME DE LA THESE

Introduction : Le thème de ce travail est d'évaluer la prise en charge des soins support dans le service d'hépato-gastro-entérologie à Freyming-Merlebach dans le cadre d'une amélioration de la qualité en santé. L'objectif est de la comparer à des référentiels existants, de constater s'il y a eu une amélioration entre 2006 et 2011 et de proposer un plan d'amélioration.
Matériels et méthodes : Cette étude rétrospective a été réalisée sous forme d'un audit clinique. Elle est basée sur un échantillon de 30 patients en 2006 ainsi qu'en 2011, comprenant 10 patients en soins palliatifs pour chacune des 2 années, tous hospitalisés pour des cancers digestifs ou hématologiques à l'hôpital de Freyming-Merlebach. L'outil de recueil des données est un questionnaire qui à été établi à partir des référentiels soins de support établis par les réseaux régionaux de cancérologie ONCOLOR, l'Association Francophone pour les Soins Oncologiques de Support - AFSOS et des protocoles propres à l'hôpital de Freyming-Merlebach.
Résultats : La prise en charge des soins de support est similaire chez les patients atteints de cancer recevant des traitements spécifiques ou des soins palliatifs. Cette étude montre que malgré une bonne évolution de la prise en charge il reste certains points à améliorer comme la prise en charge socio-professionnelle, psychologique, dentaire… Un plan d'amélioration est proposé afin de pallier à ces dysfonctionnements.
Conclusion : La qualité en santé occupe une place de plus en plus importante pour les soignants et les patients. Les soins de support se sont développés au fil du temps et l'état d'esprit des soignants envers cette organisation a évolué. Des progrès restent à faire. C'est pourquoi un deuxième tour d'audit est nécessaire afin de vérifier l'efficacité de l'application de ce plan d'amélioration.

TITRE EN ANGLAIS

Supportive care evaluation in digestive and haematological oncology department at Freyming-Merlebach's hospital.

THESE : MEDECINE GENERALE – ANNEE 2012

MOTS CLEFS :

Evaluation de la qualité des soins. Soins de support. Audit clinique dans un service de médecine d'un hôpital général. Référentiels en soins de support ONCOLOR, AFSOS.

INTITULE ET ADRESSE DE L'U.F.R. :

UNIVERSITE DE LORRAINE
Faculté de Médecine de Nancy
9 avenue de la Forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex