

- Cellule garante de la qualité (et pouvant le prouver) dans un établissement dans le domaine de la cancérologie
- S'adresse aux établissements de santé et aux centres de radiothérapies autorisés en cancérologie

Dans quelle structure ?

Le 3C peut

- Appartenir à un seul établissement : intra-établissement
- Couvrir plusieurs établissements : inter-établissement

Dans les 2 cas, il pourrait se constituer sans l'aide du réseau RCYN ou sans participation de celui-ci, ou être complètement à l'intérieur du réseau. L'ARHIF souhaite cependant que le 3C soit à l'intérieur ou au moins en partenariat avec les réseaux de cancérologie.

Ce partenariat peut s'envisager du minimum au maximum : simple conseil à l'élaboration, participation à un comité de pilotage, consultant pour monter le projet, gestion du projet, main-d'œuvre secrétariat, évaluation, prestataire soins de supports, élaboration d'outils, formation interne et externe, saisie base de données interne à l'établissement, travail statistique, etc.

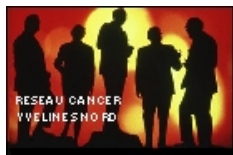
Quelle charpente ?

En fonction de votre taille.

Au moins un temps de secrétariat, avec une petite formation de qualicienne chapotée par un comité d'organisation, peut-être doublé d'un comité de pilotage (par exemple oncologue, cadre de Hôpital de jour, IDE de soins palliatifs, puis en plus, en fonction de la taille et de l'activité d'un représentant des usagers, un de la direction, un du réseau, un psychologue, un pharmacien etc).

Beaucoup plus si vous avez une grosse activité et de nombreux services.

Quelles sont les missions du 3C ?



Voici un petit référentiel qui, en vous posant les questions, vous permettra de définir qu'elles sont, chez vous, en fonction de votre activité, de vos spécificités, de votre projet d'établissement, de vos moyens, de votre culture, de votre philosophie, les actions à mener (tout en restant dans un bon sens de bon aloi !)

La mise en place de votre 3 c :

Répondre localement à ces questions :

Ce qu'on attend de vous : c'est la mise en place localement d'une organisation qui permet de répondre à ces questions;

En fait vous prenez chaque point, vous en faites une question (vous pouvez en inventer d'autres) et vous réfléchissez à l'organisation, aux actions qui permettraient d'y répondre favorablement (il faut bien sur que le sujet soit pertinent chez vous, c'est à dire applicable, sinon vous passez.)

DOMAINE QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE PLURIDISCIPLINAIRE

Les RCPs :

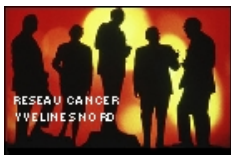
Le 3 C s'assure :

Que tout patient atteint de cancer est bien enregistré dans une RCP; que le dossier est bien discuté de façon pluridisciplinaire théoriquement avant le début du traitement, s'il ne s'agit pas d'un cas standard.

La RCP doit être organisée : prévue avec un calendrier prévisionnel, les médecins participants doivent être bien informés des dates et d'éventuels changements, il existe un responsable de cette RCP, il existe un registre consultable rétrospectivement des dossiers présentés et/ou enregistrés.

Ce passage en RCP devra se faire au moment du diagnostic, au moment de la décision thérapeutique, au moment de la rechute, éventuellement au moment du passage en soins palliatifs; tout cela bien sur adapté à votre structure.

A noter qu'il existe plusieurs types de RCP ou STAFF : certains établissements ont des staffs généralistes où tous les dossiers sont discutés, d'autres présentent certains dossiers en plus aux RCPs spécialistes organisées par le RCYN : il est évident que dans les cas un peu



difficiles, la confrontation avec plusieurs spécialistes du sujet (chirurgiens et spécialistes d'organes, avec parfois recours avec un universitaire extérieur) paraît intéressante.

Quel est le minimum de participants : il est à définir selon chaque établissement; cependant au minimum : un chirurgien, un spécialiste de d'organes, un oncologue, un radiothérapeute, un radiologue, un anatomopathologiste.

Il paraît bien sur plus intéressant qu'il y ait plusieurs chirurgiens et plusieurs spécialistes d'organes ce qui permet un réel échange, un débat contradictoire.

De même dans les staffs généraliste, il faudrait au moins un représentant des soins de supports et des soins palliatifs.

Si un établissement est trop petit pour organiser un staff généraliste, il devra présenter ses dossiers à des RCPs spécialistes et/ou rejoindre un établissement proche pour présenter les dossiers lors d'un staff commun.

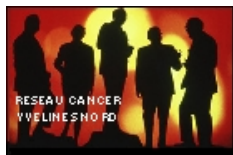
Théoriquement, avant la RCP/staff, une liste des dossiers à présenter doit être établie, le patient doit avoir donné l'accord à cette présentation, le médecin généraliste doit être prévenu que le dossier de son patient va être staffé tel jour, et invité.

Que noter et comment lors de la RCP/STAFF :

Au minimum : le nom du patient, son prénom, sa date de naissance, s'il s'agit d'un premier passage en concertation ou s'il est déjà connu, la localisation, le stade et la problématique actuelle, l'anatomopathologie, certaines spécificités (douleurs, AEG, problèmes sociaux, antécédents, refus de traitement, etc), le nom du médecin traitant, du médecin référent, les résultats de la concertation : complément de bilan, traitements proposés ; la conformité ou non des protocoles aux standards; si cela ne l'est pas : expliquer la raison de la décision.

Si le médecin référent n'est pas d'accord avec l'avis du staff, il argumentera sa décision dans une logique : bénéfique risque et en informera son patient.

Le compte-rendu de la RCP/staff sera dans un premier temps rédigé manuscritement sur une



fiche préétablie, ou dicté sur un dictaphone, ou saisi sur un logiciel spécifique avec un portable (en fonction des ressources, de l'histoire, de la participation ou pas d'une secrétaire).

Dans un second temps un secrétariat s'assurera que le compte-rendu de la RCP/staff est bien imprimé, qu'un exemplaire est envoyé au médecin réfèrent, un au médecin traitant, qu'un exemplaire est classé dans le dossier patient, et qu'un exemplaire est archivé dans un classeur dédié au secrétariat.

(Le RCYN espère pouvoir vous proposer d'ici 3 mois un outil vous permettant de gérer vos RCPs à partir du site : www.rcyn.org) ;

Certaines spécialistes aiment bien staffer entre eux et parfois en dehors du territoire (les urologues par exemple) : cela semble valide dans la mesure où la démarche qualité est assurée et traçable (même contrainte que précédemment décrite) [peut-être faudrait-il établir une convention avec leur réseau ?].

Les thesauri : les décisions doivent être prises en conformité avec un référentiel validé et actualisé : on peut soit refaire ses thesauri de façon collégiale (mais cela n'est ni simple ni toujours faisable), soit se référer aux thesauri faits par des réseaux régionaux, l'INCa, ou des grands centres référents.

Ces documents peuvent être sous format papier ou sur supports informatiques dans la salle de staff/RCP, à la disposition des médecins.

Evaluation des RCPs : au moins une fois par an, faire un audit des RCPs/staff c'est à dire se poser les questions correspondant au référentiel ci-dessus, y répondre honnêtement, mesurer les écarts, les analyser et proposer des mesures correctives de bon sens; (questions à se poser : tous les patients traités pour cancer ont-ils bien été enregistrés ?, les RCPs ont elles eu lieu régulièrement ?, y avait-il une liste ?, quels étaient les médecins présents ?, etc).

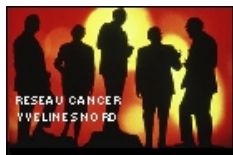
Puis vérifier dans un échantillon de dossiers patients si la thérapeutique faite a bien été celle recommandée et sinon pourquoi.

Bases de données :

Le **3C** doit pouvoir fournir à l'établissement, aux tutelles, au réseau régional, des chiffres valides d'activité;

L'organisation là encore va dépendre de chaque cas : si chaque chirurgien, chaque spécialiste tient déjà une base de données, le problème ne se posera pas de la même façon qu'un établissement qui ne tient pas (en dehors du Dim et donc des séjours) son activité cancérologique.

Dans ce cas là à partir de la RCP/staff on peut constituer une base de données.



Si on part du principe que tout patient atteint d'un cancer est staffé au moins une fois et que la définition être atteint d'un cancer est : l'anapath a été faite dans notre établissement, cela est assez simple d'organiser à partir du service d'anapath /et des patients passés en RCP.

Il arrive parfois que des patients dont l'anapath. a été faite ailleurs soit traités dans notre établissement : dans ce cas, on se procurera le compte-rendu anapath à la source et on saisira ce dossier dans notre base de données.

Que doit tenir cette base de données :

1. Au minimum tous les **nouveaux** patients pris en charge cette année par l'établissement : date de diagnostic, localisation, anapath , site ou service ou médecin (à voir localement) référent, stade, âge, traitement, date de passage en RCP. Eventuellement, dans la mesure du possible et selon les cas une mesure du délais de traitement paraît intéressante;

2. Ou plus tous les patients pris en charge pour un problème carcinologique une année que ce soit des nouveaux patients ou une récurrence.

Le médecin référent est responsable que le patient informé, ait bien donné son accord à cette base de données (toujours en l'informant verbalement et en lui remettant une charte ou équivalent **CNIL** ou en inscrivant dans le dossier « *a bien été informé et a donné son accord* »)

Domaine soins de supports

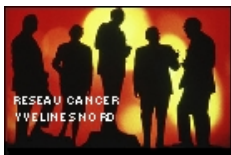
Le **3C** doit mettre en place une organisation de moyens qui permettent la coordination des soins de supports, soit par une procédure, soit par un temps de consultation, soit par un entretien systématique : quoiqu'il en soit, il faut **qu'un membre de l'équipe soignante** (IDE, cadre, médecin, AS, autres)

soit chargé de prendre le temps

et de faire le point sur ce sujet avec chaque patient /proches

à l'entrée dans la maladie et que le patient sache qu'il peut y avoir accès au fur et à mesure de sa prise en charge ultérieure.

En complément des traitements spécifiques, il faut tenir compte des besoins qui concernent principalement la prise en compte :



La douleur, la fatigue, les problèmes nutritionnels, les troubles digestifs, les troubles respiratoires et génito-urinaires, les troubles moteurs et les handicaps, les problèmes odontologiques, les difficultés sociales, la souffrance psychique, les perturbations de l'image corporelle et l'accompagnement de fin de vie.

Il faut donc que le professionnel chargé de la concertation entre intervenants de soins de supports, s'assure de la visibilité par le patient de cet ensemble coordonné de soins (tuteur ?)

On peut également imaginer la participation des intervenants de soins de supports au staff, ou un temps et lieu de rencontre de ses intervenants avec l'équipe soignantes, soit en synthèse soit en transmissions, soit en réunion autre.

Il sera proposé une RCP spécialiste de soins de supports à l'intérieur de RCYN en 2006 pour partager les expériences, les savoirs et solutions.

Le 3C, en accord avec les soignants devra procurer à l'établissement les différentes spécialités nécessaires et faire remonter les besoins.

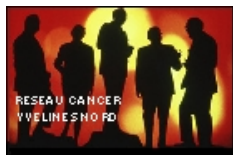
Domain coordination des soins entre service, établissement, avec la ville

Le **3C** devra formaliser, diffuser, et s'assurer de leur utilisation les procédures définissant, les circuits de relations entre les services prenant en charge le patient à l'intérieur de l'établissement (radiologie, urgences par exemple), entre établissements d'un même site ou sites différents, et entre le service et les partenaires extérieurs autour du patient : médecin généraliste, IDEs, pharmaciens, kinésithérapeutes, etc. Pour cela le livret d'information pourra servir de support à la circulation de l'information. Des procédures devront être rédigées et diffusées aux personnels internes sur l'information des partenaires nécessaires (rapidité des CR ou coup de téléphone entre médecins internes –externes, fiche de liaison IDEs, kinésithérapeutes ou/et appel téléphonique)

Le 3C devra, une fois par an faire un audit de ce domaine.

On peut imaginer également qu'une rencontre entre soignants internes et externes soit organisée si besoin par le 3C.

Domain information des patients



Le 3 C doit s'assurer que tous les patients disposent bien de l'information qui leur est nécessaire :

Information sur leur cas / dispositif d'annonce : veiller à ce que chaque praticien concerné décline bien un dispositif d'annonce qui est à définir et à écrire localement en fonction de chaque contexte, moyens, histoire et faisabilité, que chaque service remette bien un livret d'information patient avec un PPS; peut être prévoir un audit sur ce sujet une fois par an après que une procédure d'annonce ou d'information ait été mis en place collégalement et diffusée par le 3C; (le 3C pourra également proposer des outils, ou des formations, ou des groupes de paroles soignants, qui garantiront que progressivement chacun s'empare de cette organisation).

Information - découverte du service de chimiothérapie /ou radiothérapie : être informé de ce qui attend permet à l'individu de s'y préparer et donc d'y faire mieux face; le 3C pourrait organiser, en accord avec les cadres des services concernés, une visite avant le premier traitement ainsi que différentes explications sur les traitements, leurs effets secondaires, le déroulement.

Information plus générale sur la maladie et les traitements : Livrets Ligue, brochures FNLCC

Information sur un second avis et recours.

Information sur leur droit : accès au dossier, accès au soins de supports : avis d'une AS, soutien psychologique, groupe de paroles patients, proches, diététicienne, réadaptation, soins esthétiques, prothèses capillaires, traitement contre la douleur.

Satisfaction des patients : une fois par an sur un nombre limité de patients ou selon d'autres modalités à définir, le 3C pourrait recueillir le vécu des patients (questionnaire, entretiens autres), une analyse collégiale avec retour aux services permettrait de cibler les améliorations possibles et souhaitées.

DOMAINE DE FORMATIONS

Les tâches et actions qu'assurent le 3C nécessitent de la part des différents partenaires des



ajustements de connaissance, d'attitudes, de savoir.

Le 3 c devra proposer les formations et faire émerger les besoins localement : soins de supports, satisfaction des patients, gestion de son propre stress, angoisse des soignants, comment répondre ?, comment écouter ?, comment organiser la consultation d'annonce ? etc)

Le 3C devra également proposer les formations nécessaires aux soignants de ville.

Domain suivi des chimiothérapies

En concertation entre pharmaciens et prescripteurs, un comité pourrait s'envisager à l'intérieur du 3C

3 fois par an (activité et analyse, nouveautés, axes).