

ANNEE 2016

N°

**Coordination ville-hôpital dans la prise en charge du cancer du poumon
dans l'Yonne
Proposition d'outils visant à en améliorer l'efficacité**

THESE

présentée

à l'UFR des Sciences de Santé de Dijon
Circonscription Médecine

et soutenue publiquement le

12 Décembre 2016

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par Claire AGOGLIATI

Né(e) le 16 mars 1983

A Paris IV

ANNEE 2016

N°

**Coordination ville-hôpital dans la prise en charge du cancer du poumon
dans l'Yonne
Proposition d'outils visant à en améliorer l'efficience**

THESE

présentée

à l'UFR des Sciences de Santé de Dijon
Circonscription Médecine

et soutenue publiquement le

12 Décembre 2016

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par Claire AGOGLIATI

Né(e) le 16 mars 1983

A Paris IV

Année Universitaire 2016-2017
au 1^{er} Septembre 2016

Doyen :

1^{er} Assesseur :

Assesseurs :

M. Frédéric HUET

M. Yves ARTUR

Mme Laurence DUVILLARD

M. Pablo ORTEGA-DEBALLON

M. Marc MAYNADIE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

			Discipline
M.	Marc	BARDOU	Pharmacologie clinique
M.	Jean-Noël	BASTIE	Hématologie - transfusion
M.	Emmanuel	BAULOT	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M.	Laurent	BEDENNE	Gastroentérologie et hépatologie
M.	Yannick	BEJOT	Neurologie
M.	Alain	BERNARD	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M.	Jean-François	BESANCENOT	Médecine interne
Mme	Christine	BINQUET	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	Bernard	BONIN	Psychiatrie d'adultes
M.	Philippe	BONNIAUD	Pneumologie
M.	Alain	BONNIN	Parasitologie et mycologie
M.	Bernard	BONNOTTE	Immunologie
M.	Olivier	BOUCHOT	Chirurgie cardiovasculaire et thoracique
M.	Belaid	BOUHEMAD	Anesthésiologie - réanimation chirurgicale
M.	Alexis	BOZORG-GRAYELI	ORL
M.	Alain	BRON	Ophtalmologie
M.	Laurent	BRONDEL	Physiologie
M.	François	BRUNOTTE	Biophysique et Médecine Nucléaire
M.	Patrick	CALLIER	Génétique
M.	Jean-Marie	CASILLAS-GIL	Médecine physique et réadaptation
Mme	Catherine	CHAMARD-NEUWIRTH	Bactériologie - virologie; hygiène hospitalière
M.	Pierre-Emmanuel	CHARLES	Réanimation
M.	Pascal	CHAVANET	Maladies infectieuses
M.	Nicolas	CHEYNEL	Anatomie
M.	Alexandre	COCHET	Biophysique et médecine nucléaire
M.	Luc	CORMIER	Urologie
M.	Yves	COTTIN	Cardiologie
M.	Charles	COUTANT	Gynécologie-obstétrique
M.	Gilles	CREHANGE	Oncologie-radiothérapie
Mme	Catherine	CREUZOT-GARCHER	Ophtalmologie
M.	Frédéric	DALLE	Parasitologie et mycologie
M.	Serge	DOUVIER	Gynécologie-obstétrique
Mme	Laurence	DUVILLARD	Biochimie et biologie moléculaire
Mme	Laurence	FAIVRE-OLIVIER	Génétique médicale
Mme	Patricia	FAUQUE	Biologie et Médecine du Développement
Mme	Irène	FRANCOIS-PURSELL	Médecine légale et droit de la santé
M.	Pierre	FUMOLEAU	Cancérologie
M.	François	GHIRINGHELLI	Cancérologie
M.	Claude	GIRARD	Anesthésiologie – réanimation chirurgicale
M.	Vincent	GREMEAUX	Médecine physique et réadaptation

M.	Frédéric	HUET	Pédiatrie
M.	Pierre	JOUANNY	Gériatrie
M.	Denis	KRAUSÉ	Radiologie et imagerie médicale
M.	Sylvain	LADOIRE	Histologie
M.	Gabriel	LAURENT	Cardiologie
M.	Côme	LEPAGE	Hépatogastroentérologie
M.	Romarc	LOFFROY	Radiologie et imagerie médicale
M.	Luc	LORGIS	Cardiologie
M.	Jean-François	MAILLEFERT	Rhumatologie
M.	Cyriaque Patrick	MANCKOUNDIA	Gériatrie
M.	Sylvain	MANFREDI	Hépatogastroentérologie
M.	Laurent	MARTIN	Anatomie et cytologie pathologiques
M.	David	MASSON	Biochimie et biologie moléculaire
M.	Marc	MAYNADIE	Hématologie - transfusion
M.	Thibault	MOREAU	Neurologie
M.	Klaus Luc	MOURIER	Neurochirurgie
Mme	Christiane	MOUSSON	Néphrologie
M.	Paul	ORNETTI	Rhumatologie
M.	Pablo	ORTEGA-DEBALLON	Chirurgie Générale
M.	Jean-Michel	PETIT	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
M.	Lionel	PIROTH	Maladies infectieuses
Mme	Catherine	QUANTIN	Biostatistiques, informatique médicale
M.	Jean-Pierre	QUENOT	Réanimation
M.	Patrick	RAT	Chirurgie générale
M.	Jean-Michel	REBIBOU	Néphrologie
M.	Frédéric	RICOLFI	Radiologie et imagerie médicale
M.	Paul	SAGOT	Gynécologie-obstétrique
M.	Emmanuel	SAPIN	Chirurgie Infantile
M.	Henri-Jacques	SMOLIK	Médecine et santé au travail
M.	Éric	STEINMETZ	Chirurgie vasculaire
Mme	Christel	THAUVIN	Génétique
M.	Pierre	VABRES	Dermato-vénérologie
M.	Bruno	VERGÈS	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
M.	Narcisse	ZWETYENGA	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

PROFESSEURS ASSOCIES DES DISCIPLINES MEDICALES

M.	Bruno	MANGOLA	Urgences (du 01/05/2016 au 14/11/2016)
----	-------	----------------	--

PROFESSEURS EN SURNOMBRE

M.	Roger	BRENOT	(surnombre jusqu'au 31/08/2018)
M.	Philippe	CAMUS	(surnombre jusqu'au 31/08/2019)
Mme	Monique	DUMAS-MARION	(surnombre jusqu'au 31/08/2018)
M.	Maurice	GIROUD	(surnombre jusqu'au 21/08/2018)
M.	Frédéric	MICHEL	(surnombre du 20/10/2015 au 31/12/2016)
M.	Pierre	TROUILLOUD	(surnombre du 05/02/2014 au 31/08/2017)

**MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES
PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES MEDICALES**

			Discipline Universitaire
M.	Sylvain	AUDIA	Médecine interne
Mme	Shaliha	BECHOUA	Biologie et médecine du développement
Mme	Marie-Claude	BRINDISI	Nutrition
M.	Jean-Christophe	CHAUVET-GELINIER	Psychiatrie, psychologie médicale
(Mobilité Novembre 2016 à 2017)			
M.	Alexis	DE ROUGEMONT	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
M.	Hervé	DEVILLIERS	Médecine interne
M.	Olivier	FACY	Chirurgie générale
Mme	Ségolène	GAMBERT-NICOT	Biochimie et biologie moléculaire
Mme	Françoise	GOIRAND	Pharmacologie fondamentale
Mme	Agnès	JACQUIN	Physiologie
M.	Alain	LALANDE	Biophysique et médecine nucléaire
M.	Louis	LEGRAND	Biostatistiques, informatique médicale
Mme	Stéphanie	LEMAIRE-EWING	Biochimie et biologie moléculaire
M	Maxime	SAMSON	Médecine interne
(Mobilité Novembre 2016 à 2017)			
M.	Benoit	TROJAK	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
M.	Paul-Mickaël	WALKER	Biophysique et médecine nucléaire

PROFESSEURS EMERITES

M.	Jean	CUISENIER	(01/09/2014 au 31/08/2017)
M.	Jean	FAIVRE	(01/09/2012 au 31/08/2018)
M.	Marc	FREYSZ	(01/09/2016 au 28/02/2017)
M	Philippe	GAMBERT	(01/09/2014 au 31/08/2017)
M.	Patrick	HILLON	(01/09/2016 au 31/08/2019)
M.	François	MARTIN	(01/09/2015 au 31/08/2018)
M.	Pierre	POTHIER	(01/09/2015 au 31/08/2018)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

M.	Jean-Noël	BEIS	Médecine Générale
----	-----------	-------------	-------------------

PROFESSEURS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

M.	Didier	CANNET	Médecine Générale
M.	Gilles	MOREL	Médecine Générale
M.	François	MORLON	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

M.	Clément	CHARRA	Médecine Générale
M.	Rémi	DURAND	Médecine Générale
M.	Arnaud	GOUGET	Médecine Générale
Mme	Anne	WALDNER-COMBERNOUX	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

M.	Didier	CARNET	Anglais
M.	Jean-Pierre	CHARPY	Anglais
Mme	Catherine	LEJEUNE	Pôle Epidémiologie
M.	Gaëtan	JEGO	Biologie Cellulaire

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

Mme	Marianne	ZELLER	Physiologie
-----	----------	---------------	-------------

PROFESSEURS AGREGES de L'ENSEIGNEMENT SECONDAIRE

Mme	Marceline	EVARD	Anglais
Mme	Lucie	MAILLARD	Anglais

PROFESSEURS CERTIFIES

Mme	Anais	CARNET	Anglais
M.	Philippe	DE LA GRANGE	Anglais
Mme	Virginie	ROUXEL	Anglais (Pharmacie)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme	Evelyne	KOHLI	Immunologie
M.	François	GIRODON	Sciences biologiques, fondamentales et cliniques

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

M.	Mathieu	BOULIN	Pharmacie clinique
M.	Philippe	FAGNONI	Pharmacie clinique
M.	Frédéric	LIRUSSI	Toxicologie
M.	Marc	SAUTOUR	Botanique et cryptogamie
M.	Antonin	SCHMITT	Pharmacologie

L'UFR des Sciences de Santé de Dijon, Circonscription Médecine, déclare que les opinions émises dans les thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ne leur donner ni approbation, ni improbation.

COMPOSITION DU JURY

Président :

Monsieur le Professeur Alain BERNARD, Service CCVT, CHU de Dijon

Membres :

Monsieur le Professeur Philippe BONNIAUD, Service de Pneumologie, CHU de Dijon

Monsieur le Professeur Éric STEINMETZ, Service CCVT, CHU de Dijon

Monsieur le Docteur Pascal FOUCHER, Service de Pneumologie, CHU de Dijon

Monsieur le Docteur Hubert BARBIEUX, Service de Pneumologie, CH d'Auxerre

A Monsieur le Professeur Alain BERNARD,

qui m'a fait l'honneur de présider ce jury.

Je vous remercie pour votre disponibilité, votre écoute et votre compréhension tout au long de l'élaboration de ce travail.

Veillez trouver ici l'expression de ma respectueuse reconnaissance et de mon profond respect.

A Monsieur le Docteur Pascal FOUCHER,

pour avoir accepté de diriger ce travail.

Je vous remercie pour l'attention, l'écoute bienveillante que vous m'avez témoignées et pour l'aide précieuse que vous m'avez apportée tout au long de ce travail.

Veillez recevoir toute ma gratitude.

A Monsieur le Professeur Philippe BONNIAUD,

qui me fait l'honneur de juger ce travail.

Veillez trouver ici l'expression de mes remerciements les plus sincères et de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Eric STEINMETZ,

vous me faites l'honneur de juger ce travail,

veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect et de mes sincères remerciements.

A Monsieur le Docteur Hubert BARBIEUX,

qui me fait l'honneur de juger ce travail.

Vous qui m'avez accueillie et encadrée au sein du service de pneumologie.

Vous m'avez fait partager votre expérience de pneumologue et d'oncologue.

Veillez trouver, dans ce travail, un témoignage de ma gratitude et de mon profond respect.

Avec mes plus sincères remerciements.

SERMENT D'HIPPOCRATE

"Au moment d'être admis(e) 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.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) 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 déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque."

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION **19**

GENERALITES **20**

I	Epidémiologie du cancer bronchique	21
I.1	Données épidémiologiques générales	21
I.2	Répartition des types histologiques	21
I.3	Facteurs de risques du cancer du poumon	22
I.3.1	Tabagisme actif	22
I.3.2	Tabagisme passif	23
I.3.3	Exposition professionnelle	23
I.4	Les nouveautés épidémiologiques	23
I.4.1	Cancer du poumon et cannabis	23
I.4.2	Cancer bronchique chez les non fumeurs	24
I.4.3	Cancer bronchique chez la femme	24
II	Les formes histologiques de cancers bronchiques	25
II.1	Le carcinome bronchique à petites cellules (CPC)	25
II.1.1	CPC généralités	25
II.1.2	Les stades anatomo-cliniques des CPC	25
II.1.2.1	Les formes limitées au thorax qui représentent 1/3 des cas de CPC :	25
II.1.2.2	Les formes disséminées qui représentent deux tiers des cas de CPC :	25
II.2	Les carcinomes bronchiques non à petites cellules CBNPC	26
II.2.1	Le carcinome épidermoïde	26
II.2.2	L'adénocarcinome	26
III	La prise en charge thérapeutique des cancers bronchiques non à petites cellules CBNPC	27
III.1	La classification TNM des cancers bronchiques non à petites cellules	27
III.2	Les grands principes thérapeutiques du cancer bronchique non à petites cellules	28
III.2.1	LA CHIRURGIE	28
III.2.2	LA RADIOTHERAPIE	29
III.2.2.1	La radiothérapie curative	29
III.2.2.2	La radiothérapie palliative	30
III.2.3	LA CHIMIOTHERAPIE	30
III.2.3.1	Situations de recours à la chimiothérapie	31
III.2.3.2	Les médicaments anti cancéreux dans les cancers bronchiques non à petites cellules	31
III.2.3.3	La complexité de la prise en charge en chimiothérapie	32
IV	La prise en charge du cancer bronchique dans l'Yonne	34
IV.1	Présentation de l'unité d'hospitalisation de semaine de l'hôpital d'Auxerre.	34
IV.2	Réflexions sur l'articulation ville hôpital	34

ENQUETE AUPRES DES MEDECINS GENERALISTES DE L'YONNE **36**

V Introduction **37**

VI	Elaboration du questionnaire	37
VII	Questionnaire	37
VIII	Résultats	37
VIII.1	Question 3 : Selon vous votre place de médecin traitant est-elle respectée dans la prise en charge ?	38
VIII.2	Question 4 : la coordination de la prise en charge de ces patients vous semble-t-elle aisée ?	38
VIII.3	Question 6 : A quels effets secondaires des chimiothérapies les médecins généralistes sont-ils confrontés dans leur pratique ?	38
VIII.4	Question 9 : les autres problématiques chimio-induites prises en charge par le médecin traitant	39
VIII.5	Question 11 : concernant la prise en charge des patients suivis pour cancer bronchique dans l'Yonne, les médecins généralistes ont ils à disposition les informations nécessaires ?	40
VIII.6	Question 21 : concernant les courriers médicaux, le délai de réception satisfait-il les médecins traitants ?	40
VIII.7	Question 20 : concernant les courriers médicaux des patients suivis pour un cancer, comment les informations sont-elles perçues par les médecins traitants ?	41
IX	Conclusion	41

PROPOSITION D'OUTILS POUR LA COORDINATION DE LA PRISE EN CHARGE

X	Introduction	43
X.1	Les plans cancer	43
X.1.1	Premier plan cancer 2003-2007 :	43
X.1.2	Le deuxième plan cancer 2009-2013	44
X.1.3	Le troisième plan cancer 2014-2019 :	45
X.2	Présentations des objectifs du plan cancer 2014-2019 s'intégrant dans notre projet de création d'outil pratique	46
X.2.1	Objectif 2 : Améliorer la coordination ville –hôpital et les échanges d'actions entre professionnels	46
X.2.2	Objectif 7 : assurer des prises en charges globales et personnalisées	47
X.2.3	Objectif 16 : « optimiser les organisations pour une plus grande efficience »	49
X.3	Le dossier communicant de cancérologie selon les textes de l'INCa :	50
X.4	Le dispositif d'annonce : mesure phare des différents plans cancer	50
X.4.1	Détaillons ces quatre temps du dispositif d'annonce	51
X.4.1.1	Le temps médical	51
X.4.1.2	Le temps d'accompagnement soignant	51
X.4.1.3	L'accès à une équipe impliquée dans les soins de support	52
X.4.1.4	Un temps d'articulation avec la médecine de ville	52
X.4.2	Modalité de l'annonce l'importance du choix des mots	52
X.5	Les principes de l'interface ville hôpital	53
XI	Méthodes de mise en place de l'outil pratique	55
XI.1	Introduction	55
XI.2	Construction du livret	56
XI.2.1	Les choix retenus	56
XI.3	STRUCTURE DU LIVRET	57
XI.3.1	Check-list d'initiation de la prise en charge multimodale et multidisciplinaire en oncologie thoracique	57

XI.3.2	Fiche coordonnées utiles	58
XI.3.3	Fiches de réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) d'oncologie thoracique	58
XI.3.4	Fiches proposées pour la mise en place du Dispositif d'annonce	60
XI.3.4.1	Fiches de synthèse de consultation d'annonce	60
XI.3.5	Fiches du Plan Personnalisé de Soins, PPS patient,	60
XI.3.6	Fiches Ordonnances types	61
XI.3.7	Fiches d'information et conseils aux patients :	61
XI.3.8	Proposition d'un modèle de dossier médical de prise en charge hospitalière en oncologie thoracique : dossier médical d'HDS	61
XII	Bibliographie	65

ANNEXE 1 - ENQUETE **67**

ANNEXE 2 - OUTILS PRATIQUES **73**

XIII	Fiche de réunion de concertation pluridisciplinaire	74
XIV	Dispositif d'annonce	78
XIV.1	Fiche de synthèse de la consultation d'annonce	78
XIV.2	Consultation d'annonce les mots employés	82
XIV.3	Autorisation de transmission des données médicales du dossier au médecin traitant	84
XV	Plan personnalisé de soins	85
XV.1	Plan personnalisé de soins	85
XV.2	Mémo numéros utiles	87
XV.3	Projet thérapeutique en pratique	88
XVI	Schématisation des protocoles de chimiothérapie	91
XVI.1	PPS Protocole pemetrexed	91
XVI.2	PPS Protocole CARBOPLATINE pemetrexed	92
XVI.3	PPS Protocole CARBOPLATINE vinorelbine	93
XVI.4	PPS Protocole CARBOPLATINE PACLITAXEL	94
XVI.5	PPS Protocole CARBOPLATINE PACLITAXEL hebdomadaire	95
XVI.6	PPS Protocole CARBOPLATINE etoposide	96
XVI.7	PPS Protocole DOCETAXEL	98
XVI.8	PPS Protocole CISPLATINE DOCETAXEL	100
XVI.9	PPS Protocole CISPLATINE vinorelbine	103
XVI.10	PPS Protocole CISPLATINE pemetrexed	105
XVI.11	PPS Protocole CISPLATINE etoposide	108
XVI.12	PPS Protocole CISPLATINE etoposide renforcé	110
XVI.13	PPS Protocole gemcitabine hebdomadaire	112
XVII	Informations patient	113
XVII.1	Information patient chambre implantable	113
XVII.2	Fiche conseils diététique – Troubles du goût et nausées	115
XVII.3	Fiche conseils diététique – Régime Hypercalorique Hyperprotique	118
XVII.4	Informations patient ASSOS	120

XVIII	Ordonnances	127
XIX	Coordination hospitalière	139
XIX.1	Checklist hôpital de semaine	139
XIX.2	Fiche coordonnées patient	141
XIX.3	Acteurs de la prise en charge	142
XIX.4	Dossier médical hôpital de semaine	146
XX	Coordination médecin traitant	159
XX.1	Courrier médecin traitant : initiation de prise en charge onco-pneumologie	160
XX.2	Compte rendu initiation de ligne de chimiothérapie	162
XX.3	Compte rendu normalisé de chimiothérapie	163

TABLE DES FIGURES

Figure 1: Classification TNM	27
Figure 2: Résultat enquête médecin traitant question 3	38
Figure 3: Résultat enquête médecin traitant question 4	38
Figure 4: Résultat enquête médecin traitant question 6	39
Figure 5: Résultat enquête médecin traitant question 9	39
Figure 6: Résultat enquête médecin traitant question 11	40
Figure 7: Résultat enquête médecin traitant question 21	40
Figure 8: Résultat enquête médecin traitant question 20	41

LISTE DES SIGLES OU ABREVIATIONS

Sigle	Définition
RCP	Réunion de concertation pluridisciplinaire
PAC	port-à-cath®
CIP	Chambre implantable percutanée
KTC	cathéter central
IRM	Imagerie par résonance magnétique
HDS	Hôpital de semaine
DCC	Dossier communicant de cancérologie
RRC	Réseau régional de cancérologie
INCa	Institut National du Cancer
3C	Centre de Coordination en Cancérologie
ARS	Agence Régionale de Santé
PPS	Plan personnalisé de soins
PPAC	Programme personnalisé de l'après cancer
EMRC	Equipes mobiles de recherche clinique
IDE	infirmier diplômé d'Etat
SSIAD	services de soins infirmiers à domicile
HAD	Hospitalisation à domicile
ASIP	Agence des systèmes d'information partagés de santé
DMP	Dossier médical partagé
DSSIS	Délégation à la stratégie des systèmes d'information de santé
ERI	Espaces de rencontre et d'information
OMS	Organisation mondiale de la santé
AFSOS	Association francophone pour les soins oncologiques de support

INTRODUCTION

Le cancer du poumon est un cancer fréquent et des plus meurtriers avec moins de 5% de survie à 5 ans tous stades confondus. Cependant, les moyens thérapeutiques actuels, isolés ou combinés, en font dans certains cas une maladie tendant à se chroniciser.

Les patients sont de plus en plus jeunes au diagnostic avec une proportion de femmes en constante augmentation.

Le corps médical et les soignants en général sont confrontés à une prise en charge longue, complexe, évolutive et réglementée.

Une des difficultés réside dans la coordination des soins qu'ils soient curateurs ou palliatifs, en ville ou à la campagne, les démarches de soins étant pluridisciplinaires et multimodales.

Le patient doit rester acteur privilégié, au centre de cette démarche de soins, aidé en premier lieu par son médecin traitant, interlocuteur de proximité, s'appuyant lui-même sur une coordination optimale.

En tant que futur médecin généraliste travaillant actuellement en secteur hospitalier, je me suis interrogée sur les moyens d'y parvenir.

Après avoir recueilli les souhaits des médecins généralistes de l'Yonne, par une enquête, mon travail a porté sur l'élaboration d'un recueil de documents restant conformes aux attentes réglementaires du plan cancer et adaptés à notre pratique quotidienne.

Une partie est réunie sous forme d'un livret patient interface hôpital-domicile, une autre partie sous forme d'éléments du dossier communicant de cancérologie à l'attention du médecin généraliste pour la coordination ville-hôpital.

GENERALITES

I Epidémiologie du cancer bronchique

I.1 Données épidémiologiques générales

Le cancer bronchique est la première cause de mortalité par cancer dans le monde.

Son incidence mondiale était en 2008 estimée à 1,61 millions de cas incidents et 1,38 millions de décès soit 18,2% au total des décès par cancer.

En Europe, l'incidence du cancer bronchique est au troisième rang derrière le cancer colorectal et le cancer du sein et juste avant le cancer de la prostate.

Il reste le premier en cause de mortalité avec 342000 décès soit presque 20% des décès par cancer.

En France, le cancer bronchique a été responsable de 26624 décès en 2005 pour 30651 nouveaux cas ce qui représente 20% des décès par cancer du poumon.

Le cancer bronchique représente la première cause de décès toute cause confondue chez l'homme entre 45 et 64 ans en France.

Les hommes représentent 78% des nouveaux cas soit un sex-ratio de 6/1.

Mais on assiste actuellement à une augmentation nette de l'incidence et de la mortalité du cancer bronchique chez les femmes.

En effet, il était au sixième rang de la mortalité chez les femmes en 1975, quatrième cause en 1985, troisième en 1995 et seconde en 2005.

Cette nette augmentation de mortalité chez les femmes s'oppose à une stabilisation voire une diminution de la mortalité par cancer bronchique des hommes aux Etats Unis et en Europe.

L'âge médian au diagnostic varie selon les pays et le niveau de soins. Il se situe à environ 70 ans aux Etats Unis.

En France selon une enquête de 2000, l'âge moyen au diagnostic était de 64,7 ans, et 33% des patients étaient âgés de 70 ans et plus.

I.2 Répartition des types histologiques

La répartition des types histologiques a également considérablement changé ces dernières décennies.

Avant, chez les fumeurs, le cancer épidermoïde était l'histologie la plus fréquente suivi du cancer à petites cellules.

Actuellement, on assiste à une augmentation de prévalence de l'adénocarcinome.

Plusieurs facteurs peuvent expliquer cette évolution de répartition des types histologiques :

Facteurs mineurs :

- Changement de classification anatomopathologique, certains anciens carcinomes indifférenciés à grandes cellules sont maintenant classés adénocarcinomes.
- Développement des prélèvements histologiques périphériques (fibroscopie souple, ponction biopsie transthoracique) qui ont sans doute contribué à augmenter le diagnostic d'adénocarcinome dans les années 1980.

Facteurs majeurs :

- Modifications des habitudes tabagiques.
- L'utilisation, d'abord aux Etats Unis puis en France, de cigarettes avec du tabac blond au pH plus acide, cigarettes avec filtre au contenu en goudron diminué, amène les carcinogènes bien plus en profondeur dans l'arbre bronchique et favorise le développement de tumeurs plus périphériques comme les adénocarcinomes, contrairement au grosses bronches lieu de prédilection des carcinomes épidermoïdes.

I.3 Facteurs de risques du cancer du poumon

Le cancer du poumon est au premier rang des cancers qui peuvent être prévenus. Les facteurs de risques sont bien identifiés : le tabagisme actif, le tabagisme passif, l'exposition professionnelle et l'exposition environnementale.

I.3.1 Tabagisme actif

Depuis 1950, on connaît bien le lien entre tabagisme et cancer bronchique.

Le tabac est un risque majeur de cancer bronchique.

Les données françaises de 2008 confirment bien la relation entre la consommation moyenne de cigarettes par jour et la mortalité par cancer du poumon.

La durée d'exposition au tabagisme semble plus importante que la quantité de cigarettes fumées.

Le problème majeur, actuellement, est que les jeunes fument de plus en plus tôt. L'âge moyen de survenue de la maladie diminue, s'approchant de 40 ans.

Malheureusement on assiste également à une augmentation du tabagisme féminin avec des chiffres édifiants.

Depuis 15 ans, le nombre de cigarettes fumées a diminué chez les hommes et augmenté chez les femmes. Chez les 35-44 ans, en 10 ans, le risque de mortalité par cancer bronchique a diminué de moitié chez les hommes tandis qu'il a été multiplié par 4 chez les femmes.

Chez les femmes, sur les dix dernières années, on observe une hausse de mortalité de 6,9% par an, du fait de l'augmentation de la consommation de tabac durant les 30 dernières années.

En France, et dans les pays occidentaux, on assiste actuellement à une diminution du tabagisme contrairement aux pays de l'Asie et aux pays émergents.

I.3.2 Tabagisme passif

Chez les personnes exposées au tabagisme passif des molécules cancérigènes dont la cotinine et les goudrons sont retrouvées à des concentrations élevées dans les urines.

I.3.3 Exposition professionnelle

On retiendra qu'il est admis que 9 à 15 % des cancers pulmonaires sont d'origine professionnelle aux Etats Unis.

En France les chiffres sont différents : en 2000, 2,5% des cancers du poumon chez l'homme et 0,3% des cancers du poumon chez la femme étaient attribuables à une origine professionnelle.

L'amiante est un cancérigène bronchique et pleural bien connu. L'exposition à l'amiante et le tabagisme sont deux cancérigènes pulmonaires synergiques (la fumée de tabac retiendrait les fibres d'amiante)

- La silice qui associée au tabac majore les risques par effet associatif et multiplicatif.
- Les fibres céramiques
- Plusieurs études tendant à incriminer les vapeurs diesel
- Le nickel
- Le chrome hexavalent
- Le cadmium
- La peinture (classée cancérigène pour les cancers du poumon et de la vessie)
- Les hydrocarbures
- Le radon premier cancérigène domestique à l'origine de la pollution intérieure

I.4 Les nouveautés épidémiologiques

I.4.1 Cancer du poumon et cannabis

Les études portant sur le cannabis sont contradictoires mais il est indispensable d'inclure la consommation de cannabis dans les données de l'interrogatoire.

I.4.2 Cancer bronchique chez les non fumeurs

Chez les non fumeurs, le nombre de cancer bronchique est plus élevé chez les japonais.

Certains facteurs étiologiques sont connus, comme la fumée de cuisine en Asie, l'utilisation des fours à charbon en Chine.

Le cancer bronchique du non fumeur est considéré comme une maladie très différente du cancer bronchique du fumeur, son pronostic est bien meilleur.

Il existe une prédominance encore plus marquée pour l'adénocarcinome ainsi que des particularités biologiques avec une plus grande fréquence des mutations activatrices des exons 19 et 21 de l'EGFR avec donc plus d'éligibilité aux thérapies moléculaires ciblées (TMC).

Chez les patients atteints de cancer bronchique, la proportion de non-fumeurs chez les femmes est plus importante que celle des hommes.

I.4.3 Cancer bronchique chez la femme

L'augmentation de l'incidence des cancers bronchiques chez la femme est le fait le plus marquant des dernières décennies.

En France, cette augmentation est notable depuis les années 1980. Le nombre de cas de cancers bronchiques a augmenté de 51% globalement entre 1985 et 2002 mais de 76% chez les femmes contre 44% chez les hommes.

Il semblerait exister une différence de risque entre hommes et femmes à tabagisme égal.

Certains éléments biologiques rendent plausibles une plus grande susceptibilité des femmes à la fumée de tabac :

- Les enzymes de réparation de l'ADN jouent un rôle important dans la carcinogénèse et les femmes ont des capacités de réparation de l'ADN inférieures à celles des hommes. A l'inverse cette capacité de réparation inférieure expliquerait la plus grande sensibilité à la chimiothérapie chez les femmes.
- Les mutations kras, proto-oncogène les plus concernées par les mutations induites par le tabac, sont plus fréquentes chez les femmes ;
- Les estrogènes pourraient jouer le rôle de promoteur tumoral.
- Un traitement hormonal substitutif de la ménopause de plus de 10 ans majorerait significativement l'incidence des cancers bronchiques chez la femme.

II Les formes histologiques de cancers bronchiques

Les cancers pulmonaires sont classés en deux grandes catégories :

- Les carcinomes dits **carcinomes non à petites cellules** qui dérivent de cellules souches épithéliales de la muqueuse broncho-pulmonaire.
- Les carcinomes dits **carcinomes à petites cellules** qui regroupent plusieurs catégories de cancers d'architecture commune avec en particulier présence de glandes neuro-sécrétoires et une importance activité mitotique.

II.1 Le carcinome bronchique à petites cellules (CPC)

II.1.1 CPC généralités

Il représente 15% des cancers bronchiques

Les CBPC sont des tumeurs développées à partir des cellules neuroendocrines dispersées à l'état normal dans tout l'arbre bronchique.

L'âge au diagnostic se situe entre 40 et 50 ans.

Le CPC se présente généralement comme une tumeur de développement proximal, hilare avec extension médiastino-pulmonaire. Plus rarement sous forme d'un nodule périphérique.

II.1.2 Les stades anatomo-cliniques des CPC

On distingue deux stades anatomo-cliniques basés sur les principes de traitement :

II.1.2.1 Les formes limitées au thorax qui représentent 1/3 des cas de CPC :

Tumeur limitée au thorax avec adénopathies hilaires homolatérales, adénopathies médiastinales homolatérales, adénopathies sus claviculaires homo ou contro- latérales.

L'ensemble des lésions pouvant être prises dans un seul champ de radiothérapie.

Le traitement repose sur l'association radio-chimiothérapie.

II.1.2.2 Les formes disséminées qui représentent deux tiers des cas de CPC :

Lésions hilaires ou pulmonaires bilatérales associées ou non à un envahissement pleural ou une extension métastatique extra-thoracique.

Le traitement repose sur la chimiothérapie exclusive.

II.2 Les carcinomes bronchiques non à petites cellules CBNPC

Ils représentent 85% des cancers bronchiques et on en distingue 3 grands types :

- L'adénocarcinome
- Le carcinome épidermoïde
- Le carcinome indifférencié à grandes cellules

II.2.1 Le carcinome épidermoïde

Ce type de tumeur est composé par des cellules de grande taille qui ressemblent plus ou moins à des cellules malpighiennes.

Ce type tumoral se manifeste le plus souvent par un bourgeon endo-bronchique proximal facilement accessible à la fibroscopie.

La tumeur peut être excavée en son centre par une importante nécrose tumorale.

II.2.2 L'adénocarcinome

Tumeur bronchique primitive ayant des caractéristiques glandulaires.

Il s'agit soit d'un nodule intra-parenchymateux soit plus rarement d'une masse bronchique proximale.

Il existe une forme particulière singulière réalisant un aspect pneumonique : le type bronchiolo-alvéolaire.

En immuno-histochimie les cellules expriment le CK7 mais pas le CK20.

Le TTF1 est un marqueur spécifique thyroïdien et pulmonaire du carcinome bronchique non à petites cellules.

III La prise en charge thérapeutique des cancers bronchiques non à petites cellules CBNPC

III.1 La classification TNM des cancers bronchiques non à petites cellules

Tableau 1. Classification TNM	
Tumeur primitive (T)	TX: tumeur qui ne peut être évaluée, ou tumeur prouvée par la présence de cellules malignes dans l'expectoration ou le lavage bronchique mais non détectable en endoscopie ou par imagerie
	TO: absence de tumeur primitive
	Tis: carcinome in situ
	T1: tumeur ≤ 3 cm dans sa plus grande dimension, entourée par du poumon ou la plèvre viscérale, sans mise en évidence par l'endoscopie d'une extension plus proximale qu'une bronche lobaire (c'est-à-dire sans atteinte d'une bronche principale)
	T2: tumeur présentant l'un des critères de taille ou d'extension: <ul style="list-style-type: none"> - taille > 3 cm dans sa plus grande dimension - extension à une bronche principale mais restant à distance d'au moins 2 cm de la carène - extension à la plèvre viscérale - association à une atélectasie ou une pneumopathie obstructive qui s'étend à la région hilare mais respecte une partie du poumon
	T3: <ul style="list-style-type: none"> - tumeur, quelle que soit sa taille, qui envahit directement l'une des structures suivantes: paroi thoracique (ce qui inclut les tumeurs de l'apex), diaphragme, plèvre médiastinale, feuillet pariétal du péricarde - tumeur dans une bronche principale à moins de 2 cm de la carène mais sans l'envahir - atélectasie ou pneumopathie obstructive de tout le poumon
T4: <ul style="list-style-type: none"> - tumeur, quelle que soit sa taille, envahissant l'une des structures suivantes: médiastin, cœur, gros vaisseaux, trachée, carène, œsophage, corps vertébral - tumeur accompagnée d'un épanchement pleural ou péricardique malin - tumeur associée à la présence de nodule(s) tumoral(aux) situé(s) dans le même lobe pulmonaire (homolatéral) que la tumeur primitive 	
Ganglions régionaux (N)	NX: l'envahissement ganglionnaire régional ne peut être évalué
	NO: absence de ganglion régional métastatique
	N1: atteinte métastatique des ganglions péribronchiques et/ou hilaires homolatéraux, et envahissement des ganglions intrapulmonaires par extension directe de la tumeur primitive
	N2: atteinte métastatique des ganglions médiastinaux homolatéraux et/ou des ganglions sous-carinaires
Métastase(s) à distance (M)	N3: atteinte métastatique des ganglions médiastinaux controlatéraux, hilaires controlatéraux, des ganglions scaléniques homo- et controlatéraux, ou des ganglions sus-clavaires
	MX: la présence de métastase à distance ne peut être évaluée
	MO: absence de métastase à distance
	M1: présence de métastase(s) à distance: la présence de nodules tumoraux métastatiques situés dans le même poumon que la tumeur primitive, mais dans un autre lobe qu'elle, la fait classer M1

Figure 1: Classification TNM

III.2 Les grands principes thérapeutiques du cancer bronchique non à petites cellules

III.2.1 LA CHIRURGIE

L'objectif technique de l'exérèse chirurgicale tumorale est une résection macroscopique et microscopique complète dite « R0 ».

Le geste chirurgical est bien sûr conditionné par un bilan d'opérabilité qui comporte :

- L'évaluation des réserves fonctionnelles respiratoires et cardiaques.
- L'âge
- Les éventuelles comorbidités du patient.

On estime à 25% la part des malades porteurs d'un cancer bronchique éligible à une chirurgie d'exérèse dans un but curatif.

L'étendue de l'exérèse parenchymateuse dépend :

- Du volume de la tumeur
- De sa topographie
- De ses éventuelles extensions ganglionnaires et aux structures de voisinage.

La chirurgie d'exérèse doit être préférée à d'autres techniques interventionnelles (radiofréquence, cryothérapie, radiothérapie stéréotaxique) chaque fois qu'elle est possible. La résection pulmonaire anatomique doit être préférée aux autres techniques chirurgicales.

Différentes techniques chirurgicales peuvent être employées :

- résection atypique pulmonaire (« wedge »)
- segmentectomie (mortalité post-opératoire à 30 jours : 0 à 2%)
- lobectomie/bilobectomie (mortalité post-opératoire à 30 jours : 2 à 5 %)
- pneumonectomie (mortalité post-opératoire à 30 jours : 5 à 15 %)

Le curage ganglionnaire médiastinal systématique permet le prélèvement et la cartographie des adénomégalies N1, N2, voire N3.

Un traitement complémentaire à la chirurgie par chimiothérapie adjuvante sera proposé au patient en fonction du stade per-opératoire de la tumeur.

Le traitement péri-opératoire est indiqué et discuté en réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) selon le stade de la tumeur :

- Stade IA : pas de traitement péri-opératoire, surveillance.
- Stade IB : pas de traitement péri-opératoire sauf en fonction de mauvais pronostic (à discuter en RCP)
- Stade IIA : indication de chimiothérapie adjuvante.
- R1/R2 : indication de radiothérapie associée.

NB : la reprise évolutive par métastase est deux fois plus fréquente que la récurrence locale.

III.2.2 LA RADIOTHERAPIE

Environ 20% des malades atteints d'un cancer bronchique localement avancé peuvent bénéficier d'une radiothérapie radicale.

La radiothérapie est proposée :

- Aux patients opérés/opérables, comme traitement complémentaire en association avec la chimiothérapie adjuvante.
- Aux patients inopérables, pour des raisons carcinologiques, fonctionnelles ou autres, comme traitement de première intention, associé ou non à une chimiothérapie.
- Aux patients métastatiques, comme traitement palliatif.

On distinguera la radiothérapie curative de la radiothérapie palliative.

III.2.2.1 La radiothérapie curative

Stade I, II inopérables

S'adresse aux patients qui ont un cancer théoriquement résecable mais qui sont, pour des raisons fonctionnelles, non éligibles à une exérèse chirurgicale.

Les résultats sont moins bons que ceux de la chirurgie mais les malades sont souvent plus âgés, en plus mauvais état général et porteurs de contre-indications à l'intervention curative.

Stade III A,B

L'association d'une chimiothérapie à une radiothérapie thoracique délivrant au moins 60 Gy représente le traitement de référence des cancers non à petites cellules localement avancés.

Cette association possède trois avantages théoriques :

- Une coopérativité spatiale : radiothérapie pour le contrôle local, action systémique de la chimiothérapie (micrométastases)
- Additivité des effets anti-tumoraux, indépendante des effets toxiques.
- Potentialisation d'un traitement par l'autre.

III.2.2.2 La radiothérapie palliative

Sur la tumeur primitive

Elle est parfois employée dans le seul but de :

- Diminuer les symptômes provoqués par la tumeur : hémoptysie, toux, dyspnée, douleur thoracique, obstruction de la veine cave supérieure (syndrome de la veine cave supérieure)
- Désobstruer une bronche souche de la carène ou de la trachée.

Sur les métastases

Dans le but de diminuer les symptômes associés aux métastases.

- Les métastases osseuses

Les principales indications sont de :

- Diminuer voire supprimer la douleur.
 - Prévenir les fractures, en combinaison avec d'autres interventions comme le chirurgie orthopédique ou la cimentoplastie.
 - Prévenir ou diminuer les syndromes de compression veineuse ou médullaire.
- Les métastases cérébrales

Pour diminuer les symptômes neurologiques lié à l'œdème cérébral.

- Les métastases surrenaliennes

III.2.3 LA CHIMIOThERAPIE

Deux grandes questions se posent :

- La chimiothérapie fait-elle mieux qu'un traitement palliatif bien conduit ?
- Quelle est la stratégie la plus efficace ?

Il existe deux situations :

- La chimiothérapie de première ligne
- La chimiothérapie de lignes ultérieures

La chimiothérapie nécessite une voie d'abord veineuse de préférence centrale (PAC, CIP, KTC) pour limiter les risques d'extravasation de produits parfois vésicants et leurs complications.

C'est un traitement fréquemment employé dans le cancer bronchique.

III.2.3.1 Situations de recours à la chimiothérapie

III.2.3.1.1 En péri-opératoire

La chimiothérapie encadre alors l'acte opératoire soit :

- En situation néoadjuvante quand elle a lieu avant l'acte opératoire dans le but de faire diminuer le volume tumoral pour le rendre résécable
- En situation adjuvante quand elle a lieu après l'acte chirurgical dans le but de diminuer le risque de rechute de la maladie.

III.2.3.1.2 Dans les formes tumorales localement avancées

La chimiothérapie est associée à la radiothérapie dans un schéma curatif classiquement concomitant, on parle alors de radio-chimiothérapie concomitante.

III.2.3.1.3 Dans les formes métastatiques

L'objectif thérapeutique étant de stabiliser la maladie et de diminuer les effets secondaires.

III.2.3.2 Les médicaments anti cancéreux dans les cancers bronchiques non à petites cellules

Le choix du protocole de chimiothérapie est fonction :

- Des caractéristiques de la maladie :
 - son type histologique
 - son extension et donc de son stade
- Des spécificités du patient
 - Ses comorbidités
 - Son âge
 - Son contexte médico-social

- Ses souhaits
- Son adhésion au traitement

La pierre angulaire du traitement est le choix en première ligne d'un doublet de chimiothérapie à base de sels de platine.

Préférentiellement le CISPLATINE si l'âge, les comorbidités, le bilan fonctionnel rénal et cardiaque le permettent.

En cas de contre-indication à l'administration de CISPLATINE, on choisira le CARBOPLATINE.

Sera associé au sel de platine un autre produit de chimiothérapie de deuxième ou troisième génération

- VINOURELBINE
- TAXANES : DOCETAXEL, PACLITAXEL
- GEMCITABINE
- PEMETREXED si l'histologie n'est pas à prédominance épidermoïde.

Pour les patients âgés, il existe des adaptations spécifiques ou des protocoles dédiés.

III.2.3.3 La complexité de la prise en charge en chimiothérapie

La prise en charge en chimiothérapie nécessite des prérequis :

- les référentiels standardisés
- la décision de RCP.

III.2.3.3.1 Un bilan d'éligibilité à la chimiothérapie

Les protocoles de chimiothérapie sont des traitements lourds, pourvoyeurs d'effets secondaires et de complications. Le bilan d'éligibilité comporte :

- Une bonne connaissance du patient et de son terrain
 - Identifier les comorbidités
 - Evaluer finement son état général
 - Repérer les signes de fragilité sociale
 - Porter une vigilance toute particulière au sujet âgé plus volontiers polypathologique et présentant des problématiques gériatriques spécifiques :

- Evaluation de « pré screening » de signes de fragilités gériatriques reportée sur l'« échelle oncodage » qui fera retenir, si nécessaire, l'indication d'une consultation oncogériatrique spécialisée.
- L'échelle oncodage est un outil gériatrique de dépistage en oncologie, validé dans le cadre de l'essai oncodage promu par l'Institut National du Cancer, la généralisation de son utilisation était inscrite dans l'action 23.4 du plan cancer 2009-2013.

IV La prise en charge du cancer bronchique dans l'Yonne

IV.1 Présentation de l'unité d'hospitalisation de semaine de l'hôpital d'Auxerre.

Le Centre Hospitalier d'Auxerre est un centre hospitalier général situé dans la préfecture de l'Yonne, il est le centre hospitalier pivot de la zone de soins Yonne sud.

Sa capacité d'accueil est de 572 lits.

Le CH d'Auxerre dispose d'un plateau d'imagerie complet : IRM, SCANNER et PET TDM.

L'activité d'oncologie thoracique est effectuée par l'équipe de pneumologie essentiellement dans l'unité d'hospitalisation de semaine qui comporte 9 lits avec si nécessaire recours à l'unité d'hospitalisation conventionnelle de pneumologie de 24 lits.

Les RCP sont organisées avec la participation d'un oncologue médical, d'un radiothérapeute, d'un isotopiste, d'un anatomopathologiste, d'un chirurgien thoracique, des pneumologues, des internes du service, de l'infirmière référente d'HDS et de la secrétaire référente. Les RCP sont effectuées avec la collaboration du centre de coordination de cancérologie de l'hôpital (3C).

Les RCP d'oncologie thoracique sont hebdomadaires, 50 séances sont effectuées à l'année.

En 2015, 1393 dossiers de cancérologie tout organes confondus ont été pris en charge au Centre Hospitalier d'Auxerre. 490 dossiers étaient des dossiers d'oncologie thoracique dont 132 nouveaux cas sur l'année.

Ce qui signifie que 35% des patients suivis pour un cancer au Centre Hospitalier d'Auxerre sont des patients suivis pour un cancer pulmonaire, et que parmi les nouveaux patients suivis chaque année, 20 % sont des malades porteurs d'une néoplasie thoracique à prendre en charge.

En 2015, en hôpital de semaine de pneumologie ont été effectués 1347 séjours.

IV.2 Réflexions sur l'articulation ville hôpital

Au cours de mon stage chez le praticien, en tant qu'interne de médecine générale, j'ai pu appréhender les difficultés et la complexité de la prise en charge des patients oncologiques avec leur chronicité et leurs spécificités.

J'ai été confrontée à la problématique du rôle du médecin traitant, spécialiste de la prise en soins de premiers recours, dans un contexte de prise en charge multimodale avec intervention d'une tierce équipe.

Le manque d'information, les informations peu exploitables, peu adaptées, ou le retard d'information rendent complexe une prise en charge cohérente avec l'équipe hospitalière. S'y ajoute la dimension supplémentaire du domicile et de la famille.

Dans un deuxième temps, au cours de ma formation d'interne au centre hospitalier d'Auxerre, j'ai été amenée, chez ces patients, à gérer d'autres problématiques spécifiques à la prise en charge hospitalière : leurs entrées directes en aigu, leur prise en charge oncologique spécifique aiguë ou chronique, la complexité de la gestion thérapeutique spécifique et de ses aléas et la difficulté de la coordination intra hospitalière et extra hospitalière dans les meilleurs délais.

Je me suis rendu compte :

- Du manque de coordination efficiente pour chacun des partenaires acteurs de la prise en charge tant en ville qu'à l'hôpital.
- Des perceptions différentes de la problématique d'un même patient que l'on se place du point de vue du médecin traitant ou du point de vue de l'équipe hospitalière.

Au vue de l'évolution de la pathologie cancéreuse, avec une incidence forte, et devant les contraintes du plan cancer, au vue de la structure hospitalière dans laquelle je travaille en temps qu'interne de médecine générale et avec mon regard d'interne de médecine générale ayant travaillé en cabinet libéral en zone semi rurale, j'ai été amenée à réfléchir à des solutions pratiques pour tenter de combler le hiatus entre la prise en charge en ville et la prise en charge hospitalière.

Il m'a paru intéressant de réfléchir sur la mise en place d'outils pratiques partagés entre les différents protagonistes :

- l'équipe hospitalière référente,
- le médecin traitant, en renforçant et en clarifiant sa place fondamentale comme pivot central de la coordination globale des soins.
- le patient, en favorisant son autonomisation dans sa prise en charge.

Ma démarche première, base de mon travail, a été de recenser attentes, besoins et remarques des médecins généralistes de l'Yonne.

La proposition d'outils adaptés à la pratique courante s'est naturellement appuyée sur les résultats de cette enquête et les critères du plan cancer

**ENQUETE AUPRES DES
MEDECINS GENERALISTES
DE L'YONNE**

V Introduction

Au cours de la réflexion ayant amenée à l'élaboration de ce travail, il nous a semblé nécessaire d'établir une enquête auprès des médecins généralistes de l'Yonne pour recueillir leur ressenti sur la coordination ville hôpital et essayer d'appréhender au mieux leurs attentes.

Notre objectif est de proposer des outils de travail qui permettraient une meilleure coordination en étant au plus près des attentes du plan cancer.

VI Elaboration du questionnaire

Le questionnaire, plutôt court, comporte une vingtaine de questions. En effet, il semblait impossible d'imposer aux médecins traitants une longue enquête fastidieuse et chronophage.

Celle-ci, servant surtout à étayer l'idée de fond de réalisation de ce travail, a été centrée sur des questions simples concernant la coordination ville-hôpital dans la prise en charge de cancers bronchiques.

Trois axes d'études sont abordés :

- Le ressenti du médecin traitant sur sa place et son rôle propre dans la prise en charge des cancers bronchiques.
- Les attentes du médecin traitant en terme d'information et de disponibilité de l'équipe hospitalière référente.
- Des précisions sur ses conditions d'exercice.

Nous avons réalisé cette enquête auprès des médecins généralistes de l'Yonne.

Au cours d'un entretien d'exposition du projet de thèse, le questionnaire a été soumis au président du conseil de l'ordre des médecins de l'Yonne avant sa diffusion pour l'enquête.

Un premier envoi par mail a été effectué, avec lien d'accès au sondage en ligne.

Un démarchage par téléphone a également été effectué auprès de certains médecins de l'Yonne pour collecter plus de réponses, bien que cela génère des biais.

VII Questionnaire

L'ensemble du questionnaire papier est exposé dans l'Annexe 1.

VIII Résultats

Le taux de réponse est faible. 31 réponses ont été recueillies sur les 162 médecins généralistes de l'Yonne, ce qui malheureusement donne une faible valeur statistique aux résultats.

Néanmoins, ces réponses nous permettent de dégager des grandes lignes de réflexion.

Analysons quelques réponses en particulier :

VIII.1 Question 3 : Selon vous votre place de médecin traitant est-elle respectée dans la prise en charge ?

	Tout à fait	Plutôt oui	Plutôt non	Pas du tout	Total	Moyenne pondérée
(aucune étiquette)	3,23% 1	22,58% 7	51,61% 16	22,58% 7	31	2,94

Figure 2: Résultat enquête médecin traitant question 3

La majorité des médecins généralistes (73%) se sentent exclus de la prise en charge oncologique coordonnée de leur patient.

VIII.2 Question 4 : la coordination de la prise en charge de ces patients vous semble-t-elle aisée ?

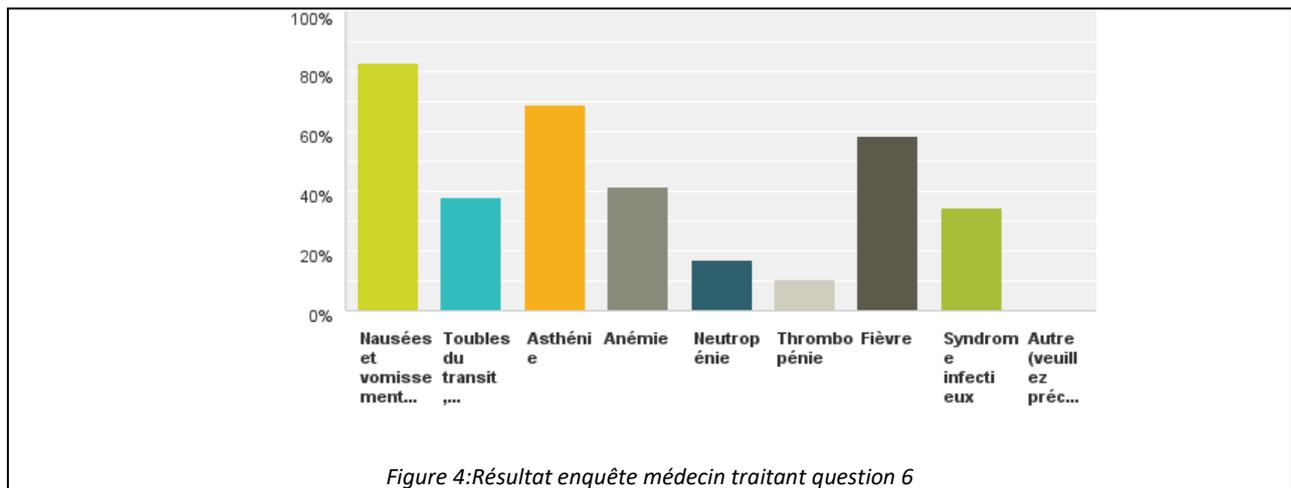
	Tout à fait	Plutôt oui	Plutôt non	Pas du tout	Total	Moyenne pondérée
(aucune étiquette)	6,45% 2	32,26% 10	51,61% 16	9,68% 3	31	2,65

Figure 3: Résultat enquête médecin traitant question 4

Environ 40% des médecins traitants pensent que la coordination est aisée , 60% estiment qu'elle est difficile.

Les médecins généralistes se sentiraient exclus d'une coordination qui leur semblerait aisée.

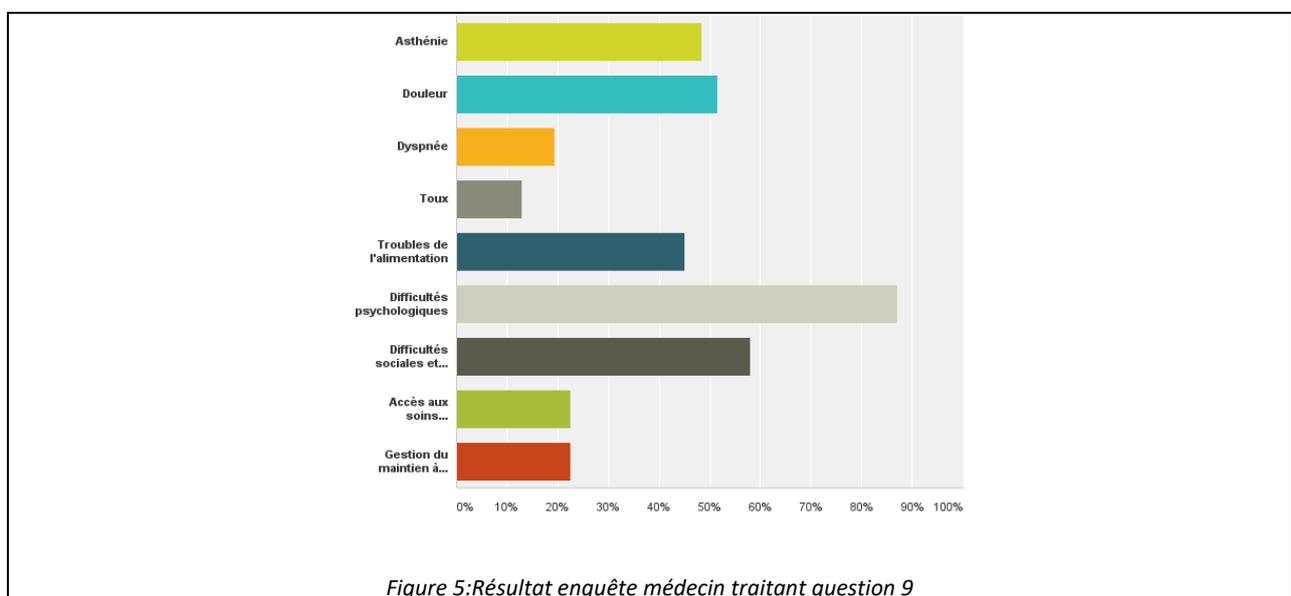
VIII.3 Question 6 : A quels effets secondaires des chimiothérapies les médecins généralistes sont-ils confrontés dans leur pratique ?



Les trois principaux effets secondaires sont les nausées et vomissements chimio-induits, l'asthénie et la fièvre.

On note ici une vraie différence entre les symptômes confiés au généraliste et ceux rapportés en hospitalisation. Pour exemple, l'asthénie chimio-induite, amputant probablement la qualité de vie de façon notable et durable, passe souvent au second plan en hospitalisation.

VIII.4 Question 9 : les autres problématiques chimio-induites prises en charge par le médecin traitant



Malgré notre prise en charge hospitalière (assistante sociale, réseau...) les difficultés psycho-sociales restent une préoccupation majeure à la sortie de l'hôpital.

Cela souligne bien le manque d'efficacité de la coordination dans ce domaine et la nécessité de renforcer le travail en réseau.

VIII.5 Question 11 : concernant la prise en charge des patients suivis pour cancer bronchique dans l'Yonne, les médecins généralistes ont-ils à disposition les informations nécessaires ?

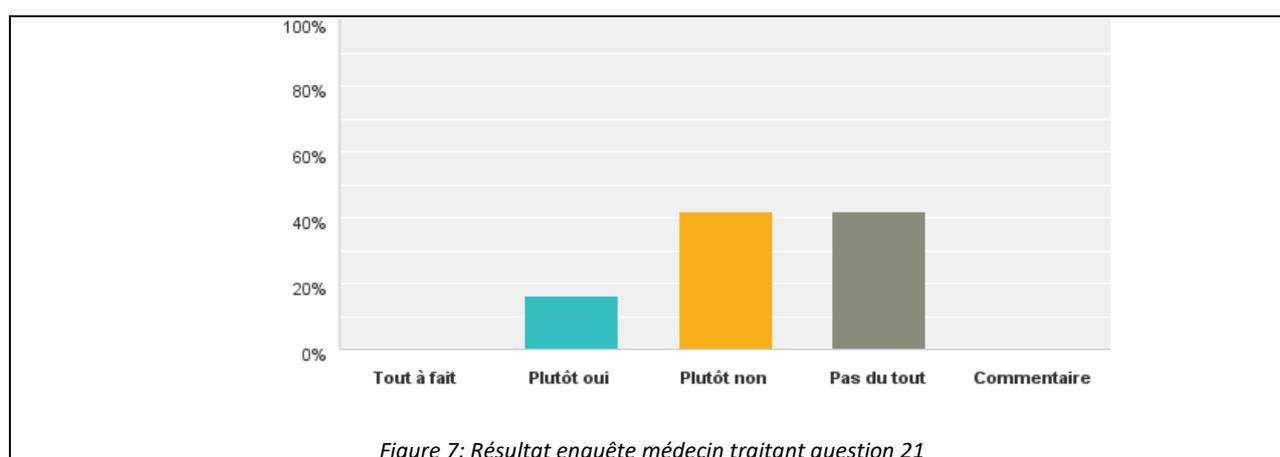
Choix de réponses	Réponses	
Tout à fait	3,23%	1
Plutôt oui	29,03%	9
Plutôt non	58,06%	18
Pas du tout	9,68%	3
Total		31

Figure 6: Résultat enquête médecin traitant question 11

67% des médecins généralistes estiment ne pas avoir à leur disposition les informations nécessaires à la bonne prise en charge ambulatoire de leurs malades.

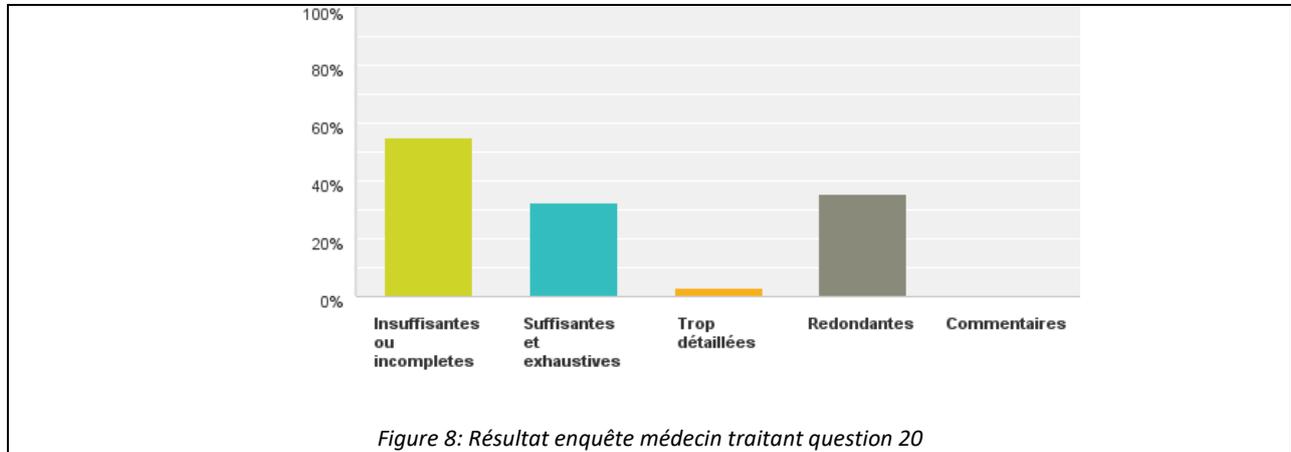
C'est clairement cette réponse qui valide le sens de notre travail.

VIII.6 Question 21 : concernant les courriers médicaux, le délai de réception satisfait-il les médecins traitants ?



Les médecins traitants sont très insatisfaits du délai de réception des courriers. Développer des outils de communication médicale informatisés et renforcer le dossier patient permettraient une information plus rapide.

VIII.7 Question 20 : concernant les courriers médicaux des patients suivis pour un cancer, comment les informations sont-elles perçues par les médecins traitants ?



La majeure partie des courriers semblent insuffisants ou incomplets pour les médecins traitants alors que le ressenti hospitalier est différent. Cette incompréhension empêche une bonne coordination et conforte la nécessité de créer des documents réellement partagés.

IX Conclusion

Malgré le peu de puissance statistique de l'étude, certains points importants ressortent de façon évidente et nous conduisent à tenter d'élaborer des outils de communication pour une information partagée.

Il ressort de l'enquête une mauvaise compréhension entre l'hôpital et la ville sous tendue par des courriers certes trop tardifs et incomplets mais ne pouvant à eux seuls résumer la complexité de la prise en charge des patients atteints de cancer.

La coordination ville-hôpital pluridisciplinaire doit pouvoir s'appuyer sur des documents simples, reproductibles, exhaustifs, exploitables par tous les acteurs, en particulier le patient et son médecin traitant qui doivent rester au cœur de la démarche de soin.

PROPOSITION D'OUTILS POUR LA COORDINATION DE LA PRISE EN CHARGE

Réflexion autour de l'élaboration d'outils pratiques dans le but de tenter d'améliorer la coordination ville- hôpital et l'information des patients.

X Introduction

Echanger et partager des données médicales entre les différents professionnels de santé qu'ils soient libéraux ou hospitaliers me semble être un point fondamental pour l'amélioration de la continuité et de la qualité de la prise en charge.

C'est un des enjeux majeurs des différents plans cancers que nous détaillerons ci-après.

C'est dans cet objectif qu'a été développé le dossier communicant de cancérologie (DCC) par les réseaux régionaux de cancérologie (RRC).

X.1 Les plans cancer

En 2003, la France a décidé de se doter d'une politique coordonnée de lutte contre le cancer, en prônant une approche intégrant la prévention, l'organisation des soins, la recherche.

Il s'agit d'une démarche transversale ayant permis la mise en œuvre d'initiatives innovantes propres à la France.

Les plans cancer successifs sont considérés comme des modèles du genre en Europe grâce aux modifications de prises en charge qu'ils ont permises et aux innovations qu'ils ont favorisées.

Cette politique a été portée au plus haut niveau de l'état par les différents Présidents de la République.

En leur donnant une dimension sociétale et médiatique particulière et en leur allouant des financements conséquents, ils ont donné aux plans cancer un statut à part au sein des plans de santé publique.

La lutte contre le cancer est une priorité nationale, avec une responsabilisation des acteurs et une obligation de résultats.

X.1.1 Premier plan cancer 2003-2007 :

Le premier plan cancer fut lancé par Monsieur le Président Jacques Chirac en 2003.

D'une durée de cinq ans, son but premier était de structurer la cancérologie française et de garantir une sécurité minimale des soins apportés aux malades.

De façon concise, ce premier plan a permis :

- la création par la loi de santé de 2004 d'un organisme dédié à la coordination des actions de lutte contre le cancer : l'Institut National du Cancer (INCa)
- d'organiser la coordination des acteurs à l'échelon territorial par la création :
 - des Réseaux Régionaux de Cancérologie (RCC)
 - des centres de coordination en cancérologie (3C)

- de sept cancéropoles qui ont entre autres permis de donner une meilleure visibilité de la recherche française sur le cancer.
- d'organiser une meilleure prévention avec en particulier
 - La mise en place de mesures fortes de lutte contre le tabagisme en 2004 (exemple de prévention primaire)
 - La mise en place d'un dépistage organisé du cancer du sein (exemple de prévention secondaire)
- d'améliorer la sécurité des soins par des mesures mises en place pour répondre à des critères qualités de prise en charge, on retiendra :
 - l'obligation de discuter de tout nouveau cas de cancérologie en Réunion de Concertation pluridisciplinaire (RCP)
 - C'est la démarche emblématique, elle garantit aux malades d'être traités selon les standards du moment grâce à une confrontation entre différents spécialistes acteurs de la prise en charge des cancers.
 - Ces confrontations pluridisciplinaires encadrées et coordonnées permettent également la formation et l'amélioration des pratiques professionnelles.
 - l'obligation de seuil de minimal d'activité qui garantit aux patients d'être pris en charge par des équipes ayant une compétence spécifique. Des critères d'autorisation sont mis en œuvre par l'INCa. Ce sont les Agences Régionales de Santé, les ARS, qui sont en charge de vérifier leur bonne application sur le terrain. Suite à la mise en place de ces critères qualité, le nombre d'établissements prenant en charge des patients atteints de cancer a chuté de 2000 à 900 actuellement.

X.1.2 Le deuxième plan cancer 2009-2013

Le deuxième plan cancer fut présenté par Monsieur le Président Nicolas Sarkozy en 2009.

Il s'inscrit dans une démarche de confortation et de complément des dispositifs d'organisation structurelle mis en place par le premier plan cancer.

Les cinq axes principaux de travail de ce plan sont la recherche, la prévention, le dépistage, les soins, l'après cancer.

Une nouvelle notion incontournable de la prise en charge en cancérologie y a été introduite : la personnalisation de la prise en charge, cette notion regroupe :

- l'information du malade de son parcours de soins avec la remise du Plan Personnalisé de Soins (PPS) et du plan personnalisé de l'après cancer (PPAC).
- l'apport de l'onco-pédiatrie et de l'onco-gériatrie pour prendre en compte les spécificités de prise en charge aux âges extrêmes.

- la nécessité primordiale de prendre en compte la qualité de vie des patients avec la mise en place et l'accès aux soins oncologiques de support.

Ce deuxième plan a permis un accès aux innovations thérapeutiques faisant de la France un pays à l'avant-garde de la médecine de précision. :

- mise en place des 28 plateformes de génétiques moléculaires pour la caractérisation génétique des tumeurs permettant un accès aux thérapies moléculaires ciblées.
- renforcement et développement de la recherche clinique académique ou industrielle :
 - Création des Equipes Mobiles de Recherche clinique (EMRC)
 - Labellisation des 16 centres d'essais cliniques de phase précoce les CLIP

On notera toutefois que certaines mesures de ce plan n'ont pas abouti, en particulier le renfort du rôle central du médecin généraliste dans le parcours de soins des personnes atteintes de cancers avant, pendant et après la maladie. Cependant, aucune mesure précise n'y était associée.

X.1.3 Le troisième plan cancer 2014-2019 :

Ce dernier plan cancer a été lancé le 4 février 2014 par Monsieur le Président François Hollande, il est copiloté par le ministre en charge de la santé et de la recherche.

Il a été construit selon une structure en grands objectifs de santé :

- l'investissement dans la prévention pour réduire significativement le nombre de nouveaux cas de cancer. Les cancers étant la première cause de mortalité évitable.
- Le soutien de la recherche fondamentale
- Le pilotage et l'organisation de la lutte contre les cancers en y associant les personnes malades et les usagers du système de santé.

L'ambition première de ce 3^{ème} plan est de guérir plus de personnes malades en favorisant les diagnostics précoces, en garantissant l'accès de tous à une médecine de qualité et aux innovations.

Un des autres objectifs principaux est de préserver la continuité et la qualité de vie pendant et après la maladie.

Il comporte quatre objectifs principaux :

- la diminution de l'incidence des cancers
- la baisse de la mortalité par cancer
- l'amélioration de la qualité de vie des patients et de leurs proches
- la recherche de l'efficacité des organisations de prise en charge

X.2 Présentations des objectifs du plan cancer 2014-2019 s'intégrant dans notre projet de création d'outil pratique

X.2.1 Objectif 2 : Améliorer la coordination ville –hôpital et les échanges d'actions entre professionnels

On assiste à une évolution en cancérologie avec une augmentation des prises en charge à domicile et le développement des allers retours ville-hôpital.

Aussi les professionnels de santé de premier recours, sont plus fortement sollicités.

Le médecin traitant est bien sûr au coeur de cette démarche pluridisciplinaire qui concerne également l'infirmière libérale (IDE), le pharmacien, le kinésithérapeute, la psychologue, la diététicienne ...

On comprend que la qualité des échanges d'information entre les professionnels de santé ainsi que l'interface ville-hôpital soit fondamentale et concerne de nombreux professionnels.

Cette qualité des échanges va permettre une organisation de la coordination, de la réactivité de chaque intervenant dans l'objectif ultime d'améliorer l'efficacité des soins.

C'est dans ce but qu'a été décidée la mise en place du dossier commun communicant (DCC) de cancérologie.

Le DCC doit répondre en terme de contenu aux attentes du plan cancer et être le vecteur d'échanges entre les acteurs de soins en particulier entre l'hôpital et le médecin traitant.

L'objectif 2 du plan cancer est décliné en plusieurs actions, nous retiendrons pour notre travail :

- l' ACTION 2.19 de l'OBJECTIF 2 : « généraliser le dossier communicant de cancérologie DCC et mobiliser les outils de communication numérique au service de la coordination ville hôpital »
 - déployer le DCC conformément au cadre donné par l'INCa
 - déployer le dossier médical personnel
 - soutenir les expériences d'ouverture sécurisée des systèmes d'information communicants permettant aux médecins traitants d'accéder aux dossiers médicaux hospitaliers et aux pharmacies d'officines d'accéder aux données des pharmacies hospitalières.
- l'ACTION 2.20 de l'OBJECTIF 2 « faire évoluer les programmes personnalisés de soins et de l'après cancer intégrés à terme dans le DCC vers des outils opérationnels de déclinaison de la prise en charge et d'interface ville hôpital. »
 - faire évoluer les contenus du PPS et du PPAC pour une meilleure prise en compte des besoins des patients et en faire des supports opérationnels de premier recours

- expérimenter un carnet de suivi partagé avec le patient
- donner la possibilité à l'équipe de premier recours de contribuer à la constitution des documents (connaissance des traitements antérieurs et de l'environnement psycho social.)
- l'ACTION 2.22 de l'OBJECTIF 2 : « mettre à disposition des professionnels de premier recours des outils de bonnes pratiques pour l'organisation des parcours de soins en ambulatoire »
 - produire des supports d'information sur la prise en charge clinique par type de cancer s'inscrivant dans une logique de parcours et tenant compte des moments clés de l'articulation ville hôpital
 - améliorer la diffusion nationale de ces supports et leur appropriation par les médecins traitants (mise en place d'outils interactifs ou intégration dans les logiciels métiers)

X.2.2 Objectif 7 : assurer des prises en charges globales et personnalisées

La démarche de soins en cancérologie se doit d'évoluer vers un accompagnement prenant en considération l'ensemble des besoins de la personne et des proches.

Pour cela une organisation pluridisciplinaire coordonnée doit être mise en place en donnant au malade tous les moyens de participer pleinement à sa prise en charge.

Une attention toute particulière est portée sur

- l'amélioration du dispositif d'annonce diagnostique et thérapeutique.
- la remise d'un programme personnalisé de soins et d'un programme personnalisé de l'après cancer à tous les patients : support d'information sur sa pathologie et son traitement.
- L'ACTION 7.2 de l'OBJECTIF 7 : « adapter et renforcer le dispositif d'annonce »

Le dispositif d'annonce est un acquis essentiel des deux premiers plans cancer et doit être proposé à tous les patients ;

Il doit répondre au mieux aux besoins des malades en particulier les plus fragiles : personnes âgées, déficients intellectuels, malades isolés socialement ...

Les objectifs sont de :

- redéfinir avec les parties prenantes le dispositif d'annonce, ses différents temps, c'est à dire annonce diagnostique et annonce de traitement ainsi que ses modalités de mise en œuvre en cohérence avec l'évolution des prises en charge.
- sensibiliser et former les professionnels de santé en ville et à l'hôpital à l'annonce diagnostique tout au long de leur parcours professionnel.

- amplifier le suivi des populations fragiles en étendant pour ces populations le rôle de l'équipe d'annonce à l'ensemble du parcours.
- L'ACTION 7.3 de l'OBJECTIF 7 : « permettre à chacun de disposer de programmes personnalisés de soins et de l'après cancer prenant en compte l'ensemble des besoins »

Ces programmes doivent être des éléments de dialogue entre soignants et soignés. Ils ont été initiés lors des deux plans cancers précédents mais demandent encore à être généralisés à toutes les personnes atteintes de cancer.

Dans la pratique, selon l'enquête VICAN2 de 2012 seulement un patient sur deux a reçu un protocole personnalisé de soins.

Pour que les PPS et les PPAC soient en accord avec les attentes du plan cancer et en particulier avec la personnalisation des soins il faut :

- associer d'avantage le patient et son entourage
- détecter les besoins en soins oncologiques de support et d'accompagnement dès l'annonce et tout au long de la prise en charge. Ce qui nécessite la sensibilisation des soignants et le développement d'outils adaptés.
- Faire évoluer le contenu des PPS et PPAC pour y intégrer les soins oncologiques de support et l'action médico-sociale.
- L'ARTICLE 7.4 de l'OBJECTIF 7 : « garantir au patient l'articulation entre l'hôpital et la ville à l'occasion de la consultation de fin de traitement »

Pour fluidifier la prise en charge, l'équipe hospitalière ayant initié le traitement doit s'assurer que le suivi du patient se poursuivra sans rupture à l'issue de la phase aiguë de traitement.

Il faut donc « passer le relais » aux professionnels de premier recours et notamment au médecin traitant d'où la mise en place d'un programme personnalisé de suivi et de surveillance de la période de l'après cancer.

Cet échange de fin de traitement peut revêtir une importance particulière pour les populations en difficulté et pour les personnes fragiles. L'appui du médecin traitant est donc primordial ainsi que l'appui du réseau de soins en ville, réseau territorial de soins de support, SSIAD, HAD.

- Définir le contenu de la consultation de fin de traitement pour assurer la liaison entre l'équipe hospitalière, le patient, son entourage et le médecin traitant.
- Le programme personnalisé de soins de l'après cancer sera intégré à terme dans le dossier communicant de cancérologie. D'autres supports ou formats de type carnet de suivi pour les patients seront expérimentés.

- L’ACTION 7.5 de l’OBJECTIF 7 « structurer sous la responsabilité des ARS une organisation territoriale mobilisant les acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux impliqués pour assurer une prise en charge globale coordonnée. »

- L’ACTION 7.6 de l’OBJECTIF 7 « assurer une orientation adéquate vers les soins de support pour tous les malades »
 - introduire dans les critères d’autorisation des exigences d’accès et de continuité des soins de support. Discuter systématiquement en RCP les besoins en matière de soins de support (et ou soins palliatifs) et notamment de prise en charge de la douleur

- L’ACTION 7.13 de l’OBJECTIF 7 : « permettre à chacun d’être acteur de sa prise en charge » et « rendre accessible aux malades et aux proches une information adaptée »
 - enrichir les contenus des supports d’information de référence et notamment la plateforme d’information santé cancer info concernant les soins de support
 - généraliser la remise par l’équipe soignante d’un support d’information sur la prise en charge adaptée selon le type de cancer

X.2.3 Objectif 16 : « optimiser les organisations pour une plus grande efficience »

- L’ACTION 16.5 de l’OBJECTIF 16 : « structurer l’organisation territoriale de proximité autour de l’objectif de continuité et de globalité des parcours de prise en charge »
 - évaluer et redéfinir en vue d’une meilleure intégration des professionnels de ville, le périmètre des actions de coordination (3C, infirmière de coordination, réseaux territoriaux) mise en place des plans cancers précédents : améliorer la synergie de leurs interventions et expliciter leurs relations avec les RCC.

Les trois plans cancer successifs et les différents objectifs ci-dessus sont à la fois la base réglementaire et la justification de mon travail.

Cependant, les mesures officielles sont détaillées et exigeantes.

La création des différents outils pratiques de mon travail dans sa première version, ne pourra bien évidemment pas y répondre de façon optimale.

X.3 Le dossier communicant de cancérologie selon les textes de l'INCa :

L'importance du DCC est, comme nous l'avons détaillé plus haut, réaffirmée par les objectifs du troisième plan cancer de 2014-2019 et en particulier l'objectif 2 qui prévoit la généralisation du DCC et vise à mobiliser les outils de communisation numérique au service de la coordination ville hôpital.

Il doit permettre aux professionnels de santé d'échanger des données médicales telles que :

- les fiches de réunion pluridisciplinaire
- les comptes rendus opératoires
- les comptes rendus anatomopathologiques
- l'élaboration des PPS et des PPAC

L'INCa et l'ASIP Santé (Agence des systèmes d'information partagés de santé) ont signé en décembre 2009 un accord de partenariat pour le développement du DCC dans le cadre du Dossier Médical Partagé (DMP).

Une instruction d'actualisation du système d'information cible du DCC a été cosignée entre l'INCa et la DSSiS (Délégation à la stratégie des systèmes d'information de santé), elle est destinée aux ARS pour la mise en place du système. L'objectif est qu'au 31 décembre 2017 chaque patient atteint d'un cancer bénéficie :

- d'un passage en RCP donnant lieu à une RCP informatisée.
- d'un programme personnalisé de soins PPS informatisé.
- d'un programme personnalisé de l'après cancer PPAC informatisé.

X.4 Le dispositif d'annonce : mesure phare des différents plans cancer

Il constitue un temps fort du parcours de soins.

Lors des premiers Etats Généraux des malades organisés par la Ligue nationale Contre le Cancer en 1998, les patients ont exposé combien la difficulté de l'entrée dans la maladie était majorée par des conditions d'annonce inappropriées et violentes.

En réponse, la mesure 40 du plan cancer de 2003-2007 prévoyait de faire bénéficier aux patients de meilleures conditions d'annonce de leur maladie.

Le dispositif d'annonce est construit autour de 4 temps correspondant à quatre étapes de prise en charge du patient par des personnels médicaux ou soignants :

- Le temps médical

- Le temps d'accompagnement soignant : la consultation infirmière
- L'accès à une équipe impliquée dans les soins de support
- Un temps d'articulation avec la médecine de ville

Le dispositif d'annonce s'inscrit donc dans une dynamique d'équipe multidisciplinaire prioritairement médicale mais aussi paramédicale.

Il concerne autant l'annonce du diagnostic initial que l'annonce des rechutes et progressions successives.

X.4.1 Détaillons ces quatre temps du dispositif d'annonce

X.4.1.1 Le temps médical

S'effectue en une ou plusieurs consultations.

L'explication du diagnostic et de la stratégie thérapeutique définie lors de la RCP sont exposées verbalement au patient puis formalisées par écrit sous forme d'un document synthétique remis au patient : le Plan Personnalisé de Soins.

- Le PPS correspond à une ou plusieurs consultations dédiées à l'annonce diagnostique et à l'annonce de la stratégie thérapeutique définie lors de la réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP).
- La décision thérapeutique est comprise et acceptée par le malade.
- Le PPS est ensuite remis au patient.

X.4.1.2 Le temps d'accompagnement soignant

- Permet au malade ou à ses proches d'accéder à des soignants, en général un infirmier qui était ou non présent lors de la consultation médicale d'annonce.
- Permet une reformulation de ce qui a été dit pendant la consultation médicale d'annonce, un autre temps d'écoute, délivre d'autres informations sur les soins et peut orienter le malade vers d'autres professionnels de santé ou services d'accompagnement.
 - Le psychologue
 - Le service social
 - Les associations de malades, l'Espace Rencontre Information (ERI)
- Ce temps de consultation paramédicale peut s'organiser immédiatement au décours de la consultation médicale d'annonce ou dans un second temps.
- Ce temps d'accompagnement soignant est un des acquis forts de la mise en place du dispositif d'annonce, il est hautement recommandé, mais non imposé et non obligatoire.

X.4.1.3 L'accès à une équipe impliquée dans les soins de support

- Le patient doit être informé qu'il peut selon ses besoins et souhaits être soutenu et accompagné par différents professionnels de santé ou services d'accompagnements tels que :
 - Le service social
 - Le psychologue
 - Les associations de malades
 - Les espace de rencontre et d'information`
 - La diététicienne
 - Le kinésithérapeute
 - Le centre antidouleur

X.4.1.4 Un temps d'articulation avec la médecine de ville

Le dispositif d'annonce s'appuie sur un travail de coordination entre les différents professionnels concernés. Le médecin traitant, qui doit rester en premier recours l'interlocuteur privilégié du patient, doit bien sûr être intégré au parcours de soins. Pour rendre la prise en charge la plus efficiente possible les informations devraient pouvoir lui être transmises en temps réel.

Même si le dispositif d'annonce est un point fondamental du référentiel sa mise en place en pratique est lourde et chronophage.

X.4.2 Modalité de l'annonce l'importance du choix des mots

- Il n'existe pas de « bonnes » façons d'annoncer un cancer
- Il faut savoir que les mots employés lors de la première annonce marquent définitivement l'imaginaire du patient.
- Le médecin doit avoir conscience de l'importance du non-verbal, des mécanismes de défense auxquels il recourt. Le « ratage » d'une annonce se produit souvent lorsque le médecin se défend lui-même de sa propre angoisse.
- Pour les psychanalystes, celui qui fait des annonces doit être volontaire pour les faire et il ne faut pas imposer une annonce à un médecin réticent.

- Le professionnel doit avoir à l'esprit qu'il s'agit d'une négociation « sur ce que l'on va faire ensemble »
- Il faut construire la relation à travers laquelle passe l'information. En écoutant le patient, on recueille ce qu'il est, ce qu'il sait, son vécu. La personne malade se sent légitimée, estimée, comprise, considérée et partenaire. Cela constituera le premier mécanisme d'adaptation à la maladie.

En pratique, il existe quelques clés pouvant guider l'annonce médicale :

- Commencer par les questions plutôt que par les réponses : « qu'est qui vous a été dit ? »
- Adapter l'information en fonction du patient :
 - Ecouter la personne malade pour respecter sa volonté de savoir ou pas.
 - Respecter le temps du patient : se mettre à sa vitesse.
 - Savoir traduire les termes médicaux en langage courant.
- Aller à l'essentiel en respectant un principe de convivialité.
- Pouvoir annoncer une ébauche de projet thérapeutique.
- Faire de l'annonce un travail d'équipe :
 - Il est fondamental d'y intégrer les paramédicaux : infirmier coordinateur, infirmiers, cadre de santé, psychologue pour permettre différents temps de reformulation par étapes.
 - Y intégrer les proches du patient, sa famille, sa personne de confiance...
- Il faut du temps, cette annonce est longue et chronophage puisqu'elle dure en moyenne 45 mn à une heure.

X.5 Les principes de l'interface ville hôpital

- L'accord du patient est nécessaire pour transmettre des informations médicales à son médecin traitant.
- Cette coordination doit être mise en place très précocement.
- Les démarches de liaison, de coordination, de travail en réseau sont tracées dans le dossier médical.
- Assurer sécurité et continuité des soins pour le malade
- Garantir le rôle du médecin traitant qui est capital : c'est le médecin de premier recours, de proximité, le seul qui puisse intervenir au domicile y compris dans l'urgence.
- Le médecin traitant est destinataire des résultats significatifs des examens complémentaires.

- A noter : l'enquête URMN DRASS Alsace de 2005 « Prise en charge d'un patient atteint d'un cancer dans la dimension psychologique, sociale et humaine » confirme que le médecin généraliste est celui qui répond le plus souvent aux interrogations du patient confronté à l'annonce de son diagnostic de cancer.
- On rappellera que la demande d'exonération du ticket modérateur doit être faite par le médecin traitant
- La personne malade doit pouvoir être assurée que la coordination existe entre l'équipe hospitalière et son médecin traitant. Le médecin hospitalier doit donc s'enquérir des coordonnées du médecin traitant et inviter le patient à en choisir un s'il n'en a pas.
- Il est recommandé qu'un contact téléphonique ou autre soit pris avec le médecin traitant soit par le médecin hospitalier responsable ou par un de ses collaborateurs pour :
 - Informer le médecin traitant de la pathologie du patient en temps réel
 - Recueillir les éléments sur l'environnement global du malade qui pourraient influencer les choix thérapeutiques ou les demandes d'accompagnement.
- L'information détaillée transmise le plus rapidement possible au médecin traitant comprendra :
 - Le diagnostic
 - Le projet thérapeutique
 - Les effets secondaires prévisibles du traitement et leur gestion.
 - L'inclusion éventuelle dans un essai clinique
 - Les éléments du pronostic et les informations données au patient et à ses proches
 - Le rapport de la consultation d'annonce
 - Les résultats des examens complémentaires réalisés
 - Le compte rendu chirurgical
 - La RCP
 - Le PPS
 - Le protocole d'essai clinique s'il y a lieu
- Le médecin traitant doit pouvoir contacter 24h/24 le service référent du malade. La coordination entre le service hospitalier et le médecin de ville doit pouvoir permettre de limiter au maximum le recours au passage systématique vers les urgences et garantir la possibilité d'hospitalisation directe si nécessaire.

XI Méthodes de mise en place de l'outil pratique

XI.1 Introduction

En s'appuyant sur les recommandations des plans cancer, la structure attendue du DDC, et sur les attentes et objectifs du dispositif d'annonce, nous avons tenté d'élaborer un ensemble d'outils nécessaires à notre pratique quotidienne.

Comme nous l'avons exposé plus haut, le CH d'Auxerre draine un bassin de population large et rural donnant toute son importance à l'interface ville-hôpital.

La création des outils a été réfléchi en tenant compte de nos contraintes hospitalières propres et des attentes des médecins traitants recueillies au préalable.

Le but de ce travail est d'avoir des documents pertinents pour la pratique quotidienne de chacun, efficaces, tout en garantissant au médecin traitant son rôle de pivot et de pièce maîtresse de la prise en charge du malade.

Le médecin traitant est non seulement garant de la continuité des soins mais par la confiance et la réassurance du malade, il participe à l'adhésion participative de celui-ci à son projet de soins.

XI.2 Construction du livret

Respect des contraintes factuelles actuelles

XI.2.1 Les choix retenus

- adapter l'outil aux contraintes de terrain
 - support papier obligatoire car le DMC informatisé n'est pas mis en place dans l'Yonne actuellement
 - outil transportable facilement par le patient
 - outil modifiable pour s'adapter aux évolutions de la prise en charge en cancérologie
 - outil papier facilement transposable dans un DMC informatisé par la création de documents avec champs actifs
- recherche d'une efficacité maximale
 - en développant des outils synthétiques
 - en élaborant des modèles types reproductibles de comptes rendus
 - en élaborant des outils communs pouvant s'intégrer à la fois dans le livret destiné aux patients, dans le dossier hospitalier, dans le dossier du médecin traitant.
 - optimiser les outils à la recherche d'une exhaustivité de l'information échangeable par tous dans l'objectif de réduire, à terme, le temps médical consacré aux redondances administratives (toujours chronophages et sources de dilution voire de perte de l'information) et pouvoir dégager ce temps pour la relation humaine.
 - Optimiser le temps de secrétariat par réduction du temps de frappe (document type) et de classement (tout dans un dossier commun). Ce temps de secrétariat dégagé pourrait permettre une communication réciproque directe entre le service hospitalier et le médecin traitant.
 - Optimiser le temps de gestion du centre de coordination de cancérologie (3C) grâce à la mise en place de fiches de RCP types, synthétiques, exhaustives :
 - Une fiche détaillée de présentation initiale.
 - Une fiche simplifiée de présentation itérative. A chaque RCP, les fiches sont pré remplies par le médecin présentant le dossier et la décision de RCP peut ainsi être transcrite directement par la secrétaire pendant la réunion.
 - Avoir un objectif à terme d'utilisation de ces documents dans une démarche de mise en place de bases de données exploitables dans des protocoles de recherche clinique.

XI.3 STRUCTURE DU LIVRET

L'ensemble des documents proposés est divisible en trois parties : les documents destinés au patient, les documents destinés au médecin traitant, les documents du dossier hospitalier.

Certains des documents sont partagés ou accessibles aux trois protagonistes, nous avons veillé à proposer des documents types synthétiques et reproductibles.

L'ensembles des outils pratiques élaborés sont regroupés dans l'Annexe 2 (cf que nous avons donc subdivisée en trois parties :

- Dossier hospitalier de prise en charge oncologique
- Dossier patient
- Dossier médecin traitant

C'est un choix de présentation pour faciliter la lecture du livret, en réalité, puisque l'objet de ce travail est de proposer des outils pour la coordination ville hôpital, de nombreux documents sont des documents d'interface et sont donc partagés entre les différents protagonistes de la prise en charge.

XI.3.1 Check-list d'initiation de la prise en charge multimodale et multidisciplinaire en oncologie thoracique

L'initiation d'un traitement de chimiothérapie nécessite des prérequis que nous avons formalisés dans la première partie.

Un outil simple de vérification des différentes tâches à accomplir nous semblait nécessaire.

Cet outil devant être accessible aux intervenants médicaux, paramédicaux et administratifs (secrétaire) dès l'initiation de la prise en charge d'un nouveau malade dans le service.

Les points de vérification détaillés sont les suivants :

- concernant l'organisation générale :
 - désignation du médecin référent
 - compte rendu de RCP avec option thérapeutique retenue
 - compte rendu de la consultation d'annonce
 - indication d'une consultation oncogériatrique
 - indication de prise charge en soins oncologiques de support
 - programmation des reconvoctions

- concernant l'organisation d'une mise place de chimiothérapie
 - Le protocole défini
 - L'indication de prémédication
 - L'indication de chambre implantable
 - L'indication de bilan pré thérapeutique
 - L'organisation pratique de la première cure (date et ordonnances préalables)

XI.3.2 Fiche coordonnées utiles

L'identification des acteurs de la prise en charge médicale et paramédicale est indispensable. Elle doit être clairement accessible pour tous les acteurs à tout moment pour optimiser la fluidité et la continuité des soins.

Sont répertoriés dans notre document :

- Un volet acteurs de la prise en charge médicale et paramédicale :
 - L'équipe hospitalière (le médecin référent, l'infirmière coordinatrice, la secrétaire, le psychologue et l'assistant social)
 - Le médecin traitant
 - Le réseau ville hôpital (HAD et autres réseaux de soins)
 - Les autres professions (kiné, Dentiste, IDE libérale)
 - Le laboratoire d'analyses médicales habituel
 - Transporteur médical préférentiel indiqué par le patient
 - Autre
- Un volet coordonnées patient
 - Coordonnées détaillées
 - Personne de confiance
 - Personnes à prévenir

XI.3.3 Fiches de réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) d'oncologie thoracique

Nous avons pris l'option d'établir deux fiches

- Une fiche de présentation initiale détaillée comportant
 - Le motif de présentation
 - Le statut tabagique
 - Les pathologies associées, les comorbidités
 - Le « Performance Status » (évaluant l'état général)
 - L'indication d'une consultation onco-gériatrique
 - La description initiale de la maladie néoplasique
 - Une présentation synthétique des résultats anatomo-pathologiques
 - Un tableau cytologie, histologie, immuno-histo-chimie
 - Un tableau résumant les analyses cytogénétiques de biologie moléculaire donnant le statut mutationnel de la tumeur
 - Précision des cibles tumorales
 - Précision de l'extension de la maladie et classification de la maladie : TNM et Stades
 - Bilan fonctionnel impactant la décision thérapeutique
 - Détection des cibles d'appel en soins oncologiques de support
 - Décision thérapeutique finale de la RCP

- Une fiche de présentation ultérieure simplifiée, ne reprenant que les éléments clés d'une nouvelle décision :
 - Motif de présentation
 - Statut OMS « Performance Status »
 - Evaluation clinique actuelle
 - Réévaluation des cibles d'appel en soins de support
 - Réévaluation des cibles tumorales selon les critères « Resist »
 - Décision thérapeutique finale de la RCP
 - S'y ajoute un tableau synthétique de présentation récapitulative chronologique des différentes séquences thérapeutiques.

XI.3.4 Fiches proposées pour la mise en place du Dispositif d'annonce

XI.3.4.1 Fiches de synthèse de consultation d'annonce

L'objectif de ce document est de synthétiser le temps d'annonce diagnostique ou thérapeutique en traçant les différents points clés de l'information donnée au patient selon les recommandations du plan cancer. Le vécu de l'annonce par le patient et ses proches sera également tracé.

Cette fiche comporte :

- Le détail des personnes présentes à l'annonce
- Le type d'annonce
- L'annonce diagnostique
- L'annonce thérapeutique
- L'exposition des cibles de soins de support
- La proposition d'un temps de reformulation
- Plusieurs espaces sont dédiés pour tracer des remarques sur l'annonce médicale, sur la réaction du patient à l'annonce, sur la réaction de ses proches à l'annonce.

L'annonce thérapeutique y est détaillée

- Présentation du protocole
Séquençage, modalités d'hospitalisation, nombre de cures avant évaluation.
- Présentation des effets secondaires et exposition de leur prise en charge.

Nous y associons une fiche synthétique reprenant le vocabulaire employé par chacun des intervenants, ce qui permettra de guider les différentes étapes de reformulation médicale ou paramédicale.

XI.3.5 Fiches du Plan Personnalisé de Soins, PPS patient,

Ce document doit formaliser par écrit les notions clés du projet thérapeutique.

Notre PPS comporte donc :

- Une lettre d'introduction présentant le service, les intervenants médicaux et para médicaux.

- Un mémento des numéros utiles du service.
- Le projet thérapeutique en pratique
- La représentation schématique du protocole de chimiothérapie avec code couleur correspondant aux mesures associées à la chimiothérapie
- Un calendrier prévisionnel des cures de chimiothérapie qui est complété devant le patient, lors d'un temps d'annonce, et colorisé selon le code couleur qu'il pourra retrouver sur les différentes ordonnances associées.

XI.3.6 Fiches Ordonnances types

Nous avons élaboré des modèles de prescription pour les mesures associées aux chimiothérapies : Antiémétiques, prémédication, post médication, facteurs de croissance, bilans biologiques

XI.3.7 Fiches d'information et conseils aux patients :

Nous proposons

- une fiche d'information sur la chambre implantable
- une fiche de conseils diététiques

Nous avons fait le choix de mettre à la disposition des patients les fiches d'informations de l'Association Française de Soins Oncologiques de Support AFSOS, exposées en annexe.

XI.3.8 Proposition d'un modèle de dossier médical de prise en charge hospitalière en oncologie thoracique : dossier médical d'HDS

Nous y avons regroupé les observations médicales, le dossier de chimiothérapie et les fiches synthétiques résumant les séances de chimiothérapie. Ces dernières pouvant également servir de compte-rendu type de séance de chimiothérapies transmissible quasiment en temps réel au médecin traitant.

Proposition de documents synthétiques spécifiquement destinés au médecin traitant

Pour présenter de manière claire au médecin traitant la prise en charge dans le service de leurs patients, nous avons fait le choix de lui adresser, dès la consultation d'annonce, les documents suivants :

- Courrier de présentation du service et d'initiation de prise en charge

- Mémento des numéros utiles de l'HDS
- Documents médicaux types
- Copie du PPS patient.

Nous sollicitons au préalable l'autorisation du patient à transmettre ces documents à son médecin traitant

- Fiche d'autorisation

UNIVERSITE DE BOURGOGNE

THESE SOUTENUE PAR Madame Claire AGOGLIATI.....

CONCLUSIONS

Depuis 2003, les différents plans cancer nous donnent le cadre réglementaire, législatif de la prise en charge de la pathologie cancéreuse en France.

Les différents objectifs chapitrés en différentes mesures y sont pertinemment et clairement détaillés.

Cependant, le constat actuel est la difficulté de leur application et leur inadaptation à notre pratique quotidienne attentes et exigences gouvernementales.

Une des explications possibles est l'évidente inadéquation entre les démarches chronophages et l'évolution de la démographie médicale hospitalière et libérale.

Les documents exhaustifs demandés sont lourds à exploiter, amputant souvent le peu de temps médical restant qui devrait être prioritairement dédié au dialogue singulier médecin-malade.

Au delà des attentes théoriques règlementaires, convaincue du caractère fondamental de la coordination des soins, du rôle pivot du médecin traitant, et de la nécessité de replacer le patient au centre de la démarche de soins, les outils développés tentent de proposer des solutions exploitables adaptées à la pratique de terrain.

Les documents créés tout en étant exhaustifs tentent de rationaliser le temps de travail afin de dégager du temps pour la pratique clinique et la relation médecin-patient.

Ils pourraient être le support d'une information partagée entre le secteur hospitalier et le secteur libéral faisant le lien privilégié de la coordination triangulaire médecin traitant-patient-médecin référent hospitalier.

Les documents proposés, actuellement sous format papier, ont pour vocation d'être évolutifs en fonction de la réglementation, de leur utilisation, des retours d'expérience.

Ces derniers pourraient être formalisés lors de rencontres thématiques, de groupes de travail, de post enquête, à l'issue d'un test à la réalité de terrain, en renforçant le lien entre les différents acteurs de soins partageant la prise en charge.

L'objectif futur est à l'informatisation de ces documents, attente du DDC pour fin 2017, favorisant l'accès à une information dynamique partagée par tous en temps réel.

La création d'un site internet sécurisé avec portail patient, portail médecin serait un objectif à l'avenir.

L'exhaustivité de ces documents partagés pourrait également servir de support de base de données exploitable dans des projets ultérieurs de recherche clinique.

Le Président du jury,



P. A. BERNARD

Vu et permis d'imprimer

Dijon, le 21 NOVEMBRE 2016

Le Doyen



P. F. HUET

XII Bibliographie

1. Institut National du Cancer INCa. Portail ecancer [en ligne]. Les cancers en France. Edition 2015. Faits et Chiffres; [consulté le 20 septembre 2016]. Disponible : <http://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Les-chiffres-du-cancer-en-France/Epidemiologie-des-cancers>.
2. Institut National du Cancer INCa. Portail ecancer [en ligne]. estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2012. partie 1. ; [consulté le 20 septembre 2016]. Disponible : <http://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Les-chiffres-du-cancer-en-France/Epidemiologie-des-cancers>.
3. Démographie médicale en cancérologie / États des lieux, appui à la décision, INCa, juin 2016.
4. Ordre National des Médecins. Conseil National de l'Ordre [en ligne]. La démographie médicale en région Bourgogne. Situation en 2013. [consulté le 20 septembre 2016]. Disponible : <http://www.conseil-national.medecin.fr>
5. Institut National du Cancer INCa. Portail ecancer [en ligne]. Critères d'agrément pour la pratique de la chimiothérapie; [consulté le 20 septembre 2016]. Disponible : <http://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante>
6. Institut National du Cancer INCa. Portail ecancer [en ligne]. Proposition pour la mise en place d'un programme personnalisé de l'après-cancer. Version du 21 mai 2012; [consulté le 20 septembre 2016]. Disponible : <http://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante>
7. Institut National du Cancer INCa. Portail ecancer [en ligne]. Fiche de détection de la fragilité sociale. Version de mai 2011; [consulté le 20 septembre 2016]. Disponible : <http://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante>
8. Institut National du Cancer INCa. Portail ecancer [en ligne]. Fiche de réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP)-socle commun. Version août 2015 ; [consulté le 20 septembre 2016]. Disponible : <http://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante>
9. Institut National du Cancer INCa. Portail ecancer [en ligne]. Dossier communicant de cancérologie (DCC) et dossier médical personnel (DMP). cadre national. version octobre 2010; [consulté le 20 septembre 2016]. Disponible : <http://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante>
10. République Française, Ministère des Affaires Sociales et de la Santé . Instruction N°SG/DSSIS/INCa/2016/109 du 05 avril 2016 relative à l'actualisation pour 2017 de la cible du système d'information du dossier communicant de cancérologie BO le 1^{er} avril 2016, p.1-5.
11. République Française, Ministère des Affaires Sociales et de la Santé . Instruction SG/DSSIS/INCa N° 2013_378 du 13 novembre 2013 relative à la description du système d'information cible du dossier communicant de cancérologie (DCC). 15 janvier 2014, p.1-7.
12. Institut National du Cancer INCa. Portail ecancer [en ligne]. Recommandations nationales pour la mise en œuvre du dispositif d'annonce du cancer dans les établissements de santé. Mesure 40 du plan cancer. Novembre 2015; [consulté le 20 septembre 2016]. Disponible : <http://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante>
13. République Française, Ministère des Solidarités et de la Famille. Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins. Circulaire N° DHOS/SDO/2005/101 du 22 février 2005 relative à l'organisation de soins en cancérologie. 22 février 2005, p.1-13.
14. République Française. Ministère de la Santé et des Solidarités. Décret n° 2007_388 du 21 mars 2007 relatif aux conditions d'implantation applicables à l'activité des soins de

- traitement du cancer et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires). 22 mars 2007. p1-3
15. Institut National du Cancer INCa. Portail ecancer [en ligne]. Etude sur l'annonce du diagnostic de cancer et le ressenti des malades en 2011. Collection Enquêtes et Sondages. Version de mai 2012. [consulté le 20 septembre 2016]. Disponible : <http://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante>
 16. Institut National du Cancer INCa. Portail ecancer [en ligne]. Mettre en place le dispositif d'annonce expériences et conseils. Mai 2006; [consulté le 20 septembre 2016]. Disponible : <http://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante>
 17. République Française. Plan Cancer 2014-2019 synthèse.
 18. République Française. Plan Cancer 2014-2019.
 19. Buzyn, A. Oncologie (2014) 16: 4. doi:10.1007/s10269-014-2438-3

ANNEXE 1 - ENQUETE

ENQUETE : Relation ville /hôpital : Le médecin traitant et le cancer broncho-pulmonaire dans l'Yonne

Dans le cadre d'un travail de thèse de médecine générale, je réalise une enquête, ciblant la coordination des soins ville hôpital pour les patients atteints de cancer broncho-pulmonaire dans le but de créer un outil de liaison, sous forme d'un carnet de suivi médecin patient.

Interne dans le service de pneumologie de l'hôpital d'Auxerre, ce questionnaire a été établi avec l'accord des Dr BARBIEUX (Chef de service) et LEMONNIER (PH) et avec l'aide et la relecture du Dr FOUCHER (CHU de Dijon, responsable du groupe thorax du réseau Onco-Bourgogne)

ENQUETE : Le médecin traitant et les patients suivis pour pathologie onco-thoracique dans l'Yonne

1 En temps que médecin traitant :

1. *Suivez-vous des patients porteurs d'un cancer bronchique?*
 - Oui
 - Non

2. *Si oui, parmi eux, combien par an, en suivez-vous en cours de traitement actif?*
 - Aucun
 - moins de 3/an
 - entre 3 et 10/an
 - plus de 10/an

2 En temps que médecin traitant, concernant la prise en charge de vos patients porteurs d'un cancer bronchique :

3. *Selon vous, votre fonction de médecin traitant vous semble -t-elle suffisamment intégrée dans la prise en charge pluridisciplinaire de ces patients ?*
 - Tout à fait
 - Plutôt oui
 - Plutôt non
 - Pas du tout

4. *La coordination de la prise en charge pour ces patients vous semble-t-elle aisée ?*
 - Tout à fait
 - Plutôt oui
 - Plutôt non
 - Pas du tout

3 Concernant la prise en charge de vos patients porteurs d'un cancer bronchique, parmi ceux en cours de traitement actif par chimiothérapie ?

5. *Etes-vous confrontés aux effets secondaires des chimiothérapies ?*

- Oui
- Non

6. *Si oui, lesquels ?*

- Nausées et vomissements chimio-induits
- Troubles du transit : diarrhée, constipation ?
- Asthénie
- Anémie
- Neutropénie
- Thrombopénie
- Fièvre
- Syndrome infectieux
- Autre :

7. *Avez vous été confrontés à d'autres complications concernant ces patients ?*

- Oui
- Non

8. *Si oui, lesquelles ?*

-

9. *Pour ces patients, êtes-vous amenés à prendre en charge les problématiques suivantes ?*

- Douleur
- Difficultés psychologiques
- Trouble de l'alimentation
- Dyspnée
- Toux
- Difficultés sociales et familiales
- Accès aux soins ambulatoires paramédicaux
- Gestion du maintien à domicile

10. *Pour prendre en charge les différentes problématiques liées à ces patients, quand le recours à un tiers est nécessaire faites-vous appel ?*

- Au service spécialisé référent
- Directement au spécialiste référent
- A un réseau de soins (SSIAD , réseau de soins palliatifs ...)
- A une structure d'urgence
- Autre :

- Commentaires :

11. *Concernant la prise en charge de ces patients avez-vous à votre disposition les informations nécessaires ?*

- Tout à fait
- Plutôt oui
- Plutôt non
- Pas du tout

12. *Pour la prise en charge de ces patients, auriez-vous besoin d'être mieux informés sur les protocoles de soins et leurs spécificités ?*

- Oui
- Non

13. *Connaissez vous avec précision l'unité hospitalière référente ?*

- Oui
- Non

14. *Connaissez vous avec précision le médecin onco-pneumologue référent ?*

- Oui
- Non

15. *Avez-vous facilement accès au médecin référent ?*

- Oui
- Non

16. *Si non pourquoi ? Quelles difficultés avez-vous déjà rencontrées ?*

-

17. *En cas d'absence du médecin onco-pneumologue référent, avez-vous accès facilement aux informations concernant vos malades ?*

- Oui
- Non

18. *Avez-vous connaissance d'une infirmière coordinatrice référente ?*

- Oui
- Non

4 Informations relatives à votre mode d'exercice de la médecine générale :

25. Exercez-vous ?

- En milieu rural / commune de moins de 3000 habitants
- En milieu semi-rural / commune de 3000 à 5000 habitants
- En milieu urbain / commune de plus de 5000 habitants

26. Toujours concernant votre mode d'exercice : exercez-vous ?

- En cabinet de groupe
- En maison médicale
- En cabinet isolé
- Autre :

27. Depuis combien de temps exercez-vous ?

- Moins de 5 ans
- Entre 5 et 10 ans
- Entre 10 et 20 ans
- Plus de 20 ans

28. Votre dossier patient est-il informatisé ?

- Oui
- Non

5 Commentaires divers

En vous remerciant vivement pour votre participation à cette enquête et au temps que vous y avez accordé.

ANNEXE 2 - OUTILS PRATIQUES

XIII Fiche de réunion de concertation pluridisciplinaire

Réunion de concertation pluridisciplinaire Oncologie Thoracique Séance du :

- Pneumologues :
- Oncologues :
- Radiothérapeutes :
- Isotopistes :
- Radiologues :
- Anatomopathologistes :

Patient

Nom : Prénom :
Date naissance : Age : ans Sexe :
Médecin traitant : Dr Médecin référent : Dr

Données RCP du

Dossier présenté par :

RCP antérieure :

Non Oui : le :

Motif de présentation :

Dossier pour enregistrement Dossier pour discussion :
 RCP pré-opératoire RCP post opératoire

Mode de vie, Statut OMS comorbidités et ATCDs

Tabagisme : Non Oui : Actif Passif
 Sevré : depuis : Chiffré : PA
 Amiante Autre :

Profession :

Pathologies associées / comorbidités/ATCDs :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Diabète : | <input type="checkbox"/> Dysthyroïdie : |
| <input type="checkbox"/> BPCO : | <input type="checkbox"/> Maladie systémique auto-immune : |
| <input type="checkbox"/> Insuffisance respiratoire : | <input type="checkbox"/> Déficit immunitaire : |
| <input type="checkbox"/> Insuffisance cardiaque : | <input type="checkbox"/> Autre /commentaire : |
| <input type="checkbox"/> Insuffisance rénale chronique : | |
| <input type="checkbox"/> HTA | |
| <input type="checkbox"/> Cardiopathie ischémique : | <input type="checkbox"/> AOMI : |
| <input type="checkbox"/> Cardiopathie rythmique : | <input type="checkbox"/> AIT/AVC : |
| <input type="checkbox"/> Pacemaker <input type="checkbox"/> DEF | <input type="checkbox"/> Pathologie thrombo-embolique : |
| <input type="checkbox"/> Pathologie neuro-dégénérative : | |
| <input type="checkbox"/> Syndrome dépressif majeur : | |
| <input type="checkbox"/> Autre ATCD psychiatrique : | <input type="checkbox"/> Troubles cognitifs / Démence : |
| <input type="checkbox"/> ATCD néoplasique guéri ou en RC : | |
| <input type="checkbox"/> Autre néoplasie évolutive : | |
| <input type="checkbox"/> ATCD néoplasique familial : | |

PS /OMS :NS,

Cibles et Extension

Thoracique et locorégionale:

Thoracique parenchymateux :

Ganglionnaire

Cibles TDM :

Cibles TEP :

Cible endoscopique :

Absence de cible endoscopique

Si nouvelle évaluation, selon les critères RESIST:

stabilité réponse partielle réponse complète progression

Commentaires :

A distance / sites métastatiques

Foie

Surrénale

Os

cérébrale

Autre

Cibles TDM :

Cibles TEP :

Cibles IRM :

Cibles scintigraphiques :

Si nouvelle évaluation, selon les critères RESIST:

stabilité réponse partielle réponse complète progression

Commentaires :

Classification TNM:

T :

N :

M :

Stade :

Commentaire(s) :

Bilan fonctionnel impactant la décision thérapeutique

	Respiratoire	Cardiaque	Rénal	Hépatique	Autre
Non fait					
Normal					
Pathologique					
Commentaire					

Cibles d'appel soins de supports

- Statut nutritionnel :
 Poids actuel : kg Poids de forme : kg Perte de poids : kg IMC :
 Albuminémie : g/l Pré albuminémie :
- Anémie : Hb : g/dl Asthénie :
 Plaintes douloureuses :
 Plaintes psychiques : Problématiques sociales :
 Autres, commentaires :

Décision

- Mise en traitement Nécessité d'examen complémentaires Surveillance En attente
- Application d'un référentiel :** oui non **Inclusion dans un essai :** oui non. Si oui, nom de l'étude :

Si mise en traitement : numérotation du plan de traitement initial par ordre chronologique

Chirurgie	RTE curative	Radiologie interventionnelle	Autre :
Chimiothérapie	RTE palliative	Endoscopie interventionnelle	
RTE + CT séquentielle	RTE + CT concomitante	Soins palliatifs	

Echéance souhaitable de début de traitement (jours) : < à 1 semaine dans les 15 jours dans le mois

Docteur

XIV Dispositif d'annonce

XIV.1 Fiche de synthèse de la consultation d'annonce

Fiche de synthèse de la consultation d'annonce
--

PATIENT :

Nom		Nom d'usage	
Prénom		Date de naissance	01/01/1901
Adresse			

Date de la consultation :

H début :

Médecin consultant : Dr

H fin :

Durée :

Personnes présentes :

• **Le patient et ses proches :**

Patient vu seul

Patient vu en présence de

Préciser tous les proches présents :

Nom : Prénom : lien de relation :

• **Le personnel médical et paramédical :**

Consultation effectuée par le médecin référent

Consultation effectuée en présence de :

Nom : Prénom : Fonction :

Motif de consultation :

Annonce diagnostique

Première annonce

Rechute, progression

Annonce Thérapeutique

Autre, préciser en clair :

Annonce médicale, remarques :

Remarques, questions, et/ou réactions du patient :

Remarques, questions, et/ou réaction des proches :

L'annonce diagnostique

- Annonce du diagnostic tumoral
 - Complète
 - Partielle
 - Non annoncé, justifierPréciser en quel termes :
- Annonce de l'extension de la maladie
 - Complète
 - Partielle
 - non annoncé, justifierPréciser en quels termes :
- pronostic abordé :
 - oui
 - nonPréciser en quels termes :

Annonce médicale, remarques :

Remarques, questions, et/ou réactions du patient :

Remarques, questions, et/ou réaction des proches :

L'annonce thérapeutique :

- Annonce faisant suite à la RCP du
- Exposition des options thérapeutiques retenues
 - Traitement spécifique :
 - Chimiothérapie IV type Choisir ou préciser :
 - Chimiothérapie associée à de la radiothérapie
 - Chimiothérapie orale
 - Thérapie moléculaire ciblée préciser :
 - Radiothérapie seule : préciser :
 - Traitements associés
 - Radiothérapie : type choisir et ou préciser :
 - « Biphosphonates » type :choisir fréquence : ou préciser
 - Autre : préciser :
 - Numéroter les phases de traitement selon PPS
- Objectifs du traitement exposés, préciser en clair :

Si chimiothérapie IV détailler :

- Protocole défini :
 - Séquençage J1 J2 J3 Reprise J21 si autre, préciser :
 - Exposition des modalités d'hospitalisation :
 - Lieu Durée Mesures associées sb, (*préhydratation, prémédication ...*)
 - Rencontre de l'équipe paramédicale référente d'HDS et/ou visite des locaux
 - Nb de cures avant évaluation
 - Détailler les modalités d'évaluation :
 - PET TDM
 - TDM préciser
 - explo cérébrale TDM IRM
 - Fibro bronchique
 - Scinti osseuse
 - Autre :
- Information sur la chambre implantable : boîtier de démonstration utilisé
 - Indication
 - Modalités de pose
 - Modalités d'utilisation
 - Complications, préciser :
 - Autre, préciser :

Effets secondaires :

- Effets secondaires non exposés, justifier :
- Effets secondaires exposés :
 - Fatigue
 - Nausées et vomissements
 - Modification du goût et de l'appétit
 - Troubles du transit : diarrhée/constipation
 - Chute des Globules rouges, blancs, plaquettes
 - Chute des cheveux
 - Troubles de la sensibilité des doigts et des pieds
 - Douleurs buccales, aphtes, muguet
 - Signes cutanés préciser :
 - Sensibilité aux infections
 - Autres, préciser
- Exposition de la prise en charge des effets secondaires
 - Anti-nauséeux, préciser :
 - Conseils et règles hygiéno-diététiques
 - Casque réfrigérant
 - Discussion prothèse capillaire
 - Prémédication préciser :
 - Injections G CSF
 - Autres, préciser :

Annonce médicale, remarques :

Remarques, questions, et/ou réactions du patient et de ses proches :

Remarques, questions, et/ou réaction des proches :

Cibles soins de support

- Prise en charge antalgique, préciser :
- Prise en charge psychologique :
 - Patient, préciser :
 - Proche(s), préciser :
- Prise en charge nutritionnelle, préciser :
- Prise en charge sociale, préciser :
- Autre, préciser :

Temps de reformulation spécifique

- Prévus
 - à prévoir
- Par :
- IDE consultation IDE
 - nouvelle cs médicale préciser :
 - temps dédié en HDS : préciser :

Remarques importantes relatives à cette consultation d'annonce

Annonce médicale, remarques :

Remarques, questions, et/ou réactions du patient :

Remarques, questions, et/ou réaction des proches :

XIV.2 Consultation d'annonce les mots employés

Consultation d'annonce : quels mots pour quels maux ?

Date :

Contexte :

- Annonce initiale
 Temps de reformulation

Mots	M	IDE	P	T	Remarques
Annonce diagnostique					
Grosueur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Masse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Boule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nodule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tumeur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Primitif /ve	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Poumon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bronche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Plèvre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Enveloppe du poumon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Drainage ggl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ganglions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Métastases	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Annonce pronostique					
Objectif ttt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Guérison	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rémission C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Réponse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Partielle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Stabilité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Maladie diffuse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Progression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Echappement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Annonce thérapeutique					
Chimiothérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Chirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Radiothérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Thérapie ciblée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Effets secondaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

XIV.3 Autorisation de transmission des données médicales du dossier au médecin traitant

**Autorisation de transmission des données médicales de mon dossier
à mon médecin traitant**

Je soussigné ,

- Autorise
 N'autorise pas

La transmission des données principales de mon dossier médical hospitalier à mon médecin traitant : Dr

Les informations qui lui seront transmises comportent :

- Le plan personnalisé de soins : PPS
- Le compte rendu de la Réunion de Concertation pluridisciplinaire RCP
- Le compte rendu opératoire (eventuellement)
- Le compte rendu d'anatomopathologie
- Les comptes rendus d'examens complémentaires
- Les courriers de consultations
- Les comptes rendus d'hospitalisation
- Les résumés d'hospitalisation pour les séances de chimiothérapie

Fait à, le

Signature,

XVPlan personnalisé de soins

XV.1 Plan personnalisé de soins

Plan personnalisé de soins

[Insérer une date]

[Destinataire]

[Adresse 1]

[Adresse 2]

[Adresse 3]

Cher/Chère [Destinataire]:

Vous avez été reçu en consultation d'annonce par le Dr _____, le _____, qui vous a exposé votre diagnostic et votre projet thérapeutique.

Votre dossier médical a été discuté en Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) : c'est une réunion médicale qui réunit tous les acteurs impliqués dans la prise en charge des cancers pulmonaires, peuvent y être présents : pneumologues, oncologues, radiothérapeute, anatomopathologiste, scintigraphiste, chirurgien thoracique, attachée de recherche clinique, interne en médecine, infirmière du service, psychologue.

A l'issue de cette réunion, un projet thérapeutique a été retenu collégialement pour votre prise en charge.

Vous allez être pris en charge prochainement dans l'unité d'Hôpital De Semaine (communément appelé HDS) qui dépend du Service de Pneumologie du Centre Hospitalier d'Auxerre.

L'HDS est situé deux étages au dessus des consultations de pneumologie, niveau 1 du bâtiment Campagne (signalétique orange).

L'unité est ouverte du lundi 8h au vendredi de 20h, comprend 9 lits d'hospitalisation (deux chambres doubles et 5 chambres seules).

Vous y serez accueilli, selon les soins qui seront programmés, en hospitalisation de jour (entrée le matin et sortie en fin d'après midi) ou en hospitalisation conventionnelle avec nuits en hospitalisation.

L'équipe d'HDS :

- L'infirmière référente coordinatrice de l'HDS, Madame : (ou en son absence Madame : qui la supplée.) : c'est votre interlocutrice principale pour toute la coordination et l'organisation de votre prise en charge : vous pouvez la joindre par ligne directe du lundi au vendredi de 9h à 17h.
- Les médecins, effectuent le suivi médical et la visite quotidienne, vous rencontrez un médecin à chacune de vos hospitalisation :
 - Dr _____
 - Dr _____
 - les Internes en médecine du service de pneumologie, qui travaillent en collaboration avec les médecins seniors du service.
- Le personnel soignant d'HDS
 - Les infirmières (IDE) d'HDS sont présentes de 8 h à 20 h :
 - Madame _____
 - Madame _____
 - Parfois, en période de congés, IDE travaillant sur plusieurs services formées à la cancérologie.
 - La nuit l'infirmière de nuit de l'unité est une IDE d'oncologie.
 - Les aides soignantes (AS) d'HDS sont présentes de 8h à 20h :
 - Madame _____
 - Madame _____

- Parfois, en période de congés, aides soignantes travaillant dans plusieurs services, formées à la cancérologie.
- La secrétaire référente d'HDS : Madame , joignable par ligne directe du lundi au vendredi de 9h à 16h45.
- Les autres intervenants en HDS de pneumologie :
 - Psycho-oncologue : Madame
 - Assistant social : Monsieur
 - Diététicienne : Madame
 - Les kinésithérapeutes du service de pneumologie.
- Le service hôtelier est assuré par les agents de service hospitalier (ASH)

L'unité d'HDS dépendant du service de pneumologie, en dehors des modalités d'accueil spécifique à l'HDS, et selon la nécessité, vous pourrez être amenés à être hospitalisés dans le service d'hospitalisation conventionnelle de pneumologie.

Madame est l'infirmière cadre de santé responsable de l'organisation des soins de l'ensemble des unités composant le service de pneumologie.

Vous trouverez ci après les numéros utiles de l'HDS et votre Plan Personnalisé de Soins (PPS) qui présente de façon concise et schématique le projet thérapeutique retenu pour vous.

Votre médecin traitant joue pour nous et pour vous un rôle fondamental dans votre prise en charge.

Nous travaillons en étroite collaboration avec lui, différents outils de liaison sont développés pour permettre de le tenir informé de la manière la plus exhaustive possible de votre prise en charge médicale en HDS.

Toute l'équipe d'HDS, médicale et paramédicale, travaille en coopération pour vous offrir la meilleure prise en charge possible. N'hésitez pas à nous faire part de toutes vos questions, interrogations, inquiétudes ou remarques, nous sommes là pour y répondre et vous accompagner.

Avec nos plus cordiales salutations,

Toute l'équipe de l'Hôpital de Semaine de Pneumologie.

XV.2 Mémo numéros utiles

Mémo numéros utiles HDS

L'équipe d'Hôpital De Semaine de pneumologie (HDS), est joignable par ligne directe du lundi au vendredi de 9 h à 17h.

- Pour toutes les questions, concernant la coordination de votre prise en charge, une interrogation inter-cure ou une information sur votre état de santé à nous transmettre, joindre :

IDE REFERENTE COORDINATRICE :

Madame :

Tel : (ligne directe)

- Pour le secrétariat :

Mme :

Tel :

Fax :

Mail :

Psychologue:

- Madame : tel :

Assistant social :

- Monsieur : tel :

En dehors des plages d'ouverture de l'HDS, en cas de besoin, contacter le service d'hospitalisation de pneumologie par le standard de l'hôpital.

En cas de problème médical inter-cure joindre et consulter votre médecin traitant et prévenir également l'infirmière coordinatrice.

En cas d'urgence médicale contacter le SAMU en composant le 15 d'un poste fixe ou le 112 d'un téléphone portable

Bilans biologiques :

L'administration d'une séance de chimiothérapie nécessite la vérification préalable de votre bilan biologique effectué par prise de sang, en particulier : contrôle du taux de globules blancs, de plaquettes et d'hémoglobine, contrôle de votre fonction rénale, et éventuellement du bilan hépatique.

Cette prise de sang est à réaliser en ville, par une IDE à domicile ou directement à votre laboratoire d'analyses médicales, la veille ou l'avant veille de votre entrée en hospitalisation, et parfois également entre les cures de chimiothérapie, selon votre ordonnance, pour surveiller la tolérance de la chimiothérapie.

Les résultats nous sont transmis le jour même en HDS par fax ou internet, nous ne vous téléphonerons que si vos résultats nécessitent une modification de la prise en charge théoriquement prévue.

Modalités d'hospitalisation :

Séance de chimiothérapie HDS en hospitalisation de jour : vous entrez le matin en HDS et vous sortez le soir après votre traitement de chimiothérapie.

Séance de chimiothérapie en HDS en hospitalisation classique :

Vous entrez la veille au soir (J0) pour la préhydratation, les produits spécifiques de chimiothérapie vous sont administrés en journée, le lendemain de votre entrée (J1) et vous sortez après la post hydratation, le surlendemain matin (J2) de votre arrivée soit deux nuits en HDS.

Vous entrez la veille au soir (J0) pour la préhydratation, les produits spécifiques de chimiothérapie vous sont administrés en journée à partir du lendemain de votre arrivée sur trois jours (J1 J2 J3), vous sortez à J3 après la fin de l'administration de votre chimiothérapie, soit trois nuits en HDS.

Vous entrez le matin de votre premier jour de chimiothérapie (J1), votre protocole s'étalant sur trois jours, vous bénéficiez de votre chimiothérapie à J1, J2 et J3 vous sortez le surlendemain de votre arrivée (J3) après la fin de l'administration de votre traitement, soit deux nuits en HDS.

Les principaux effets secondaires :

Ils vous ont été exposés et expliqués au cours de la consultation d'annonce ainsi que les mesures thérapeutiques spécifiques pour les prendre en charge.

Tout est entrepris pour limiter au maximum les effets secondaires et ainsi vous permettre la meilleure tolérance possible de votre traitement, lors de chaque séance de chimiothérapie, la tolérance du traitement et ses effets secondaires ainsi que leur éventuel retentissement sur votre vie quotidienne sont réévalués, et les mesures thérapeutiques adaptées sont prises si besoin.

Effets secondaires liste non exhaustive:

- Fatigue
- Nausées et vomissements
- Modification du goût et de l'appétit, dysgueusie
- Troubles du transit : diarrhée/constipation
- Possible Chute des Globules rouges, blancs, plaquettes

- Chute des cheveux, alopecie
- Troubles de la sensibilité des doigts et des pieds : neuropathie périphérique
- Douleurs buccales, aphtes, muguet : mucite, mycose oropharyngée
- Signes cutanés préciser :
- Sensibilité aux infections
- Autres, préciser
- Exposition de la prise en charge des effets secondaires
 - Anti-nauséeux, préciser :
 - Conseils et règles hygiéno-diététiques
 - Casque réfrigérant
 - Discussion prothèse capillaire
 - Prémédication préciser :
 - Injections facteurs de croissance des globules blancs : G CSF pour lutter contre la diminution du taux de certains globules blancs
 - Autres, préciser :

Schéma type de l'organisation d'une cure de chimiothérapie et des thérapeutiques spécifiques associées :
Un schéma type vous sera remis en annexe.

Calendrier prévisionnel :

Un calendrier **prévisionnel** de la programmation et de l'étalement de vos cures théoriques de chimiothérapie vous sera remis secondairement.

Ce calendrier **peut être modifié à tout moment** en fonction des adaptations nécessaires à votre prise en charge.

Ordonnances associées à la chimiothérapie pour la gestion des effets secondaires, ou selon les spécificités de certains protocoles :

Elles vous sont remises en temps utiles, parfois certaines dès la consultation d'annonce, ou toutes lors de votre venue en HDS pour la première séance de chimiothérapie.

L'ensemble de l'équipe médicale et paramédicale de l'hôpital de semaine de pneumologie est là pour vous informer et vous guider tout au long de votre prise en charge.

Nous vous rappelons que vous pouvez joindre l'infirmière coordinatrice du service par ligne directe du lundi au vendredi de 9h à 17 h :

XVI protocoles de chimiothérapie

Schématisation des

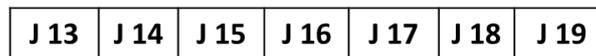
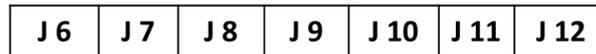
XVI.1 PPS Protocole pemetrexed

PPS : SCHEMATISATION CURE DE CHIMIO

PEMETREXED : J1 reprise J 21



C2 J 20 C2 J 21



!!! ORDONNANCE !!!
Acide FOLIQUE tous les jours
Vitamine B12 une fois toutes les 9 semaines

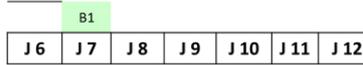
LEGENDE	
BIO	
HOSPIT	
CHIMIO	
Anti-Chute GB	
Anti-Nausée	
SOLU	

Service HDS Pneumologie Auxerre

XVI.2 PPS Protocole CARBOPLATINE pemetrexed

PPS : SCHEMATISATION CURE DE CHIMIO

CARBOPLATINE/PEMETREXED : J1 reprise J 21
Avec Neulasta® et Zophren®



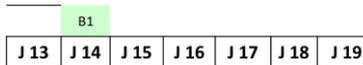
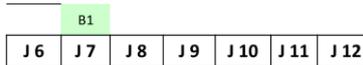
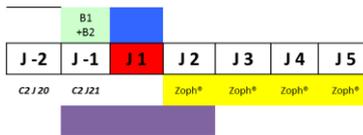
Service HDS Pneumologie Auxerre

III) ORDONNANCE III)
Acide FOLIQUE tous les jours
Vitamine B12 une fois toutes les 9 semaines

LEGENDE	
BIO	
HOSPIT	
CHIMIO	
Anti-Chute GB	
Anti-Nausée	
SOLU	

PPS : SCHEMATISATION CURE DE CHIMIO

CARBOPLATINE / PEMETREXED : J1 reprise J 21
Avec Zophren



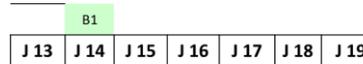
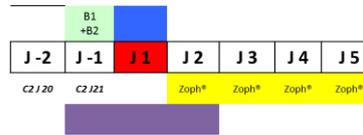
Service HDS Pneumologie Auxerre

III) ORDONNANCE III)
Acide FOLIQUE tous les jours
Vitamine B12 une fois toutes les 9 semaines

LEGENDE	
BIO	
HOSPIT	
CHIMIO	
Anti-Nausée	
SOLU	

PPS : SCHEMATISATION CURE DE CHIMIO

CARBOPLATINE/PEMETREXED : J1 reprise J 21
Avec G CSF® et Zophren®



Service HDS Pneumologie Auxerre

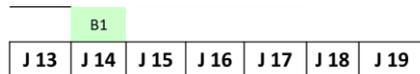
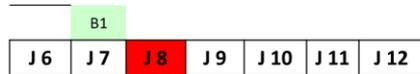
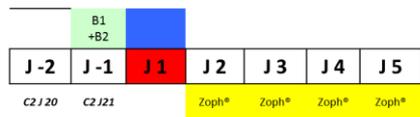
III) ORDONNANCE III)
Acide FOLIQUE tous les jours
Vitamine B12 une fois toutes les 9 semaines

LEGENDE	
BIO	
HOSPIT	
CHIMIO	
Anti-Chute GB	
Anti-Nausée	
SOLU	

XVI.3 PPS Protocole CARBOPLATINE vinorelbine

PPS : SCHEMATISATION CURE DE CHIMIO

CARBOPLATINE/VINORELBINE : J1 J8 reprise J 21
avec Zophren®

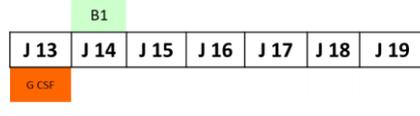
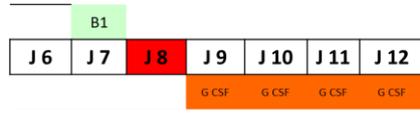
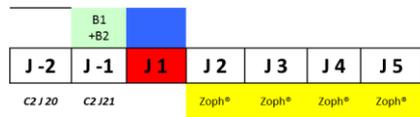


Service HDS Pneumologie Auxerre

LEGENDE	
BIO	
HOSPIT	
CHIMIO	
Anti-Chute GB	
Anti-Nausée	
SOLU	

PPS : SCHEMATISATION CURE DE CHIMIO

CARBOPLATINE/VINORELBINE : J1 J8 reprise J 21
Avec G CSF et Zophren®



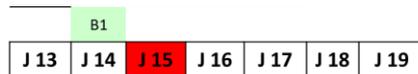
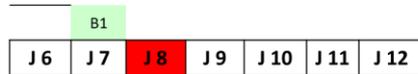
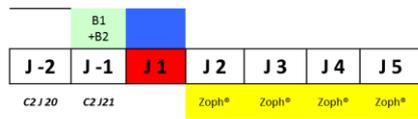
Service HDS Pneumologie Auxerre

LEGENDE	
BIO	
HOSPIT	
CHIMIO	
Anti-Chute GB	
Anti-Nausée	
SOLU	

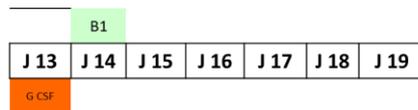
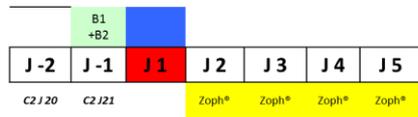
XVI.4 PPS Protocole CARBOPLATINE PACLITAXEL

PPS : SCHEMATISATION CURE DE CHIMIO

CARBOPLATINE® / PACLITAXEL : J1 J8 J15 reprise J 28
avec Zophren®



Service HDS Pneumologie Auxerre



Service HDS Pneumologie Auxerre

PPS : SCHEMATISATION CURE DE CHIMIO

CARBOPLATINE® / PACLITAXEL : J1 J8 J15 reprise J 21
Avec G CSF

LEGENDE	
BIO	
HOSPIT	
CHIMIO	
Anti-Chute GB	
Anti-Nausée	
SOLU	

LEGENDE	
BIO	
HOSPIT	
CHIMIO	
Anti-Chute GB	
Anti-Nausée	
SOLU	

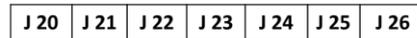
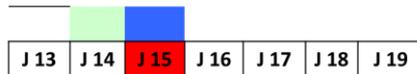
XVI.5 PPS Protocole CARBOPLATINE PACLITAXEL hebdomadaire

PPS : SCHEMATISATION CURE DE CHIMIO

PA CLITAXEL HEBDOMADAIRE: J1 reprise J 21



C2 J 27 C2 J 28



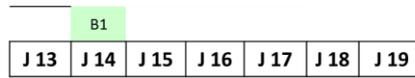
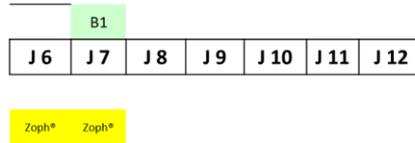
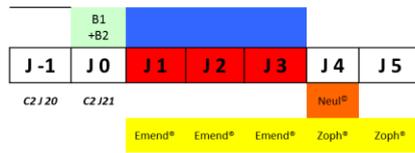
LEGENDE	
BIO	
HOSPIT	
CHIMIO	
Anti-Chute GB	
Anti-Nausée	
CORTI COIDES	

Service HDS Pneumologie Auxerre

XVI.6 PPS Protocole CARBOPLATINE etoposide

PPS : SCHEMATISATION CURE DE CHIMIO

CARBOPLATINE/ETOPOSIDE : J1 J2 J3 reprise J 21
Avec Neulasta® et Emend® et Zophren®



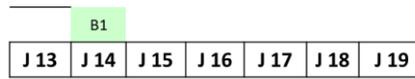
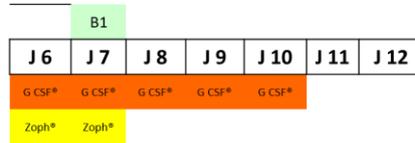
LEGENDE	
BIO	
HOSPIT	
CHIMIO	
Anti-Chute GB	
Anti-Nausée	

Service HDS Pneumologie Auxerre

1

PPS : SCHEMATISATION CURE DE CHIMIO

CARBOPLATINE/ETOPOSIDE : J1 J2 J3 reprise J 21
Avec G CSF® et Emend® et Zophren®



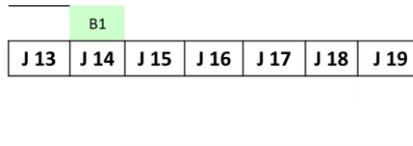
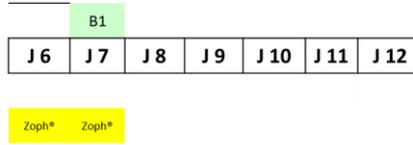
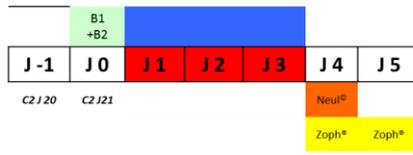
LEGENDE	
BIO	
HOSPIT	
CHIMIO	
Anti-Chute GB	
Anti-Nausée	

Service HDS Pneumologie Auxerre

2

PPS : SCHEMATISATION CURE DE CHIMIO

CARBOPLATINE / ETOPOSIDE : J1 J2 J3 reprise J 21
 Avec *Neulasta*® et *Zophren*®



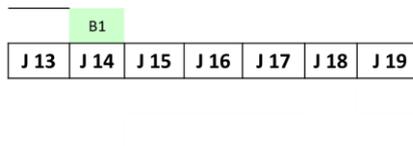
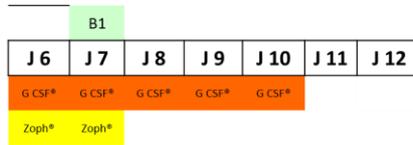
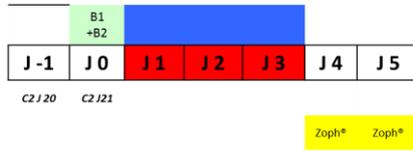
Service HDS Pneumologie Auxerre

4

LEGENDE	
BIO	
HOSPIT	
CHIMIO	
Anti-Chute GB	
Anti-Nausée	

PPS : SCHEMATISATION CURE DE CHIMIO

CARBOPLATINE / ETOPOSIDE : J1 J2 J3 reprise J 21
 Avec *G CSF*® et *Zophren*®



Service HDS Pneumologie Auxerre

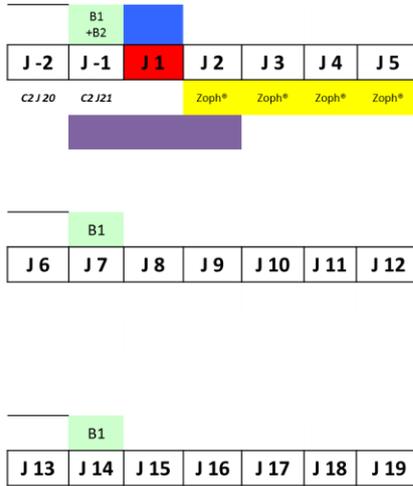
3

LEGENDE	
BIO	
HOSPIT	
CHIMIO	
Anti-Chute GB	
Anti-Nausée	

XVI.7 PPS Protocole DOCETAXEL

PPS : SCHEMATISATION CURE DE CHIMIO

DOCETAXEL : J1 reprise J 21
avec ZophrEn®



!!! ORDONNANCE !!!
Prémédication

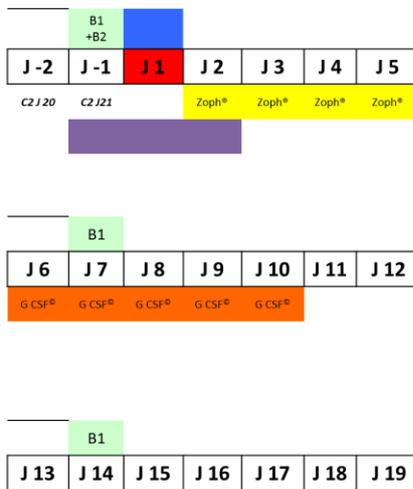
LEGENDE	
BIO	Green
HOSPIT	Blue
CHIMIO	Red
Anti-Nausée	Yellow
CORTI COIDES	Purple

Service HDS Pneumologie Auxerre

1

PPS : SCHEMATISATION CURE DE CHIMIO

DOCETAXEL : J1 reprise J 21
Avec G CSF® et Zophren®



!!! ORDONNANCE !!!
Prémédication

LEGENDE	
BIO	Green
HOSPIT	Blue
CHIMIO	Red
Anti-Chute GB	Orange
Anti-Nausée	Yellow
CORTI COIDES	Purple

Service HDS Pneumologie Auxerre

2

PPS : SCHEMATISATION CURE DE CHIMIO

DOCETAXEL : J1 reprise J 21
Avec *Neulasta*®

	B1 +B2	Neul [®]				
J -2	J -1	J 1	J 2	J 3	J 4	J 5
C2 J20	C2 J21		Zoph*	Zoph*	Zoph*	Zoph*

	B1					
J 6	J 7	J 8	J 9	J 10	J 11	J 12

	B1					
J 13	J 14	J 15	J 16	J 17	J 18	J 19

!!! ORDONNANCE !!!
premedication

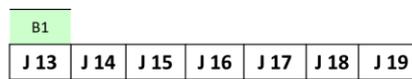
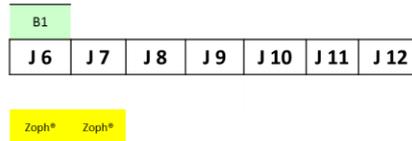
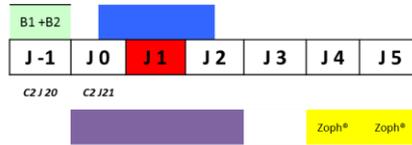
LEGENDE	
BIO	
HOSPIT	
CHIMIO	
Anti-Chute GB	
Anti-Nausée	
CORTI COIDES	

Service HDS Pneumologie Auxerre

XVI.8 PPS Protocole CISPLATINE DOCETAXEL

PPS : SCHEMATISATION CURE DE CHIMIO

CISPLATINE® / DOCETAXEL : J1 reprise J 21



III ORDONNANCE III
Prémédication/solu

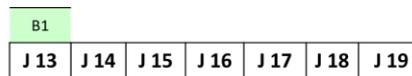
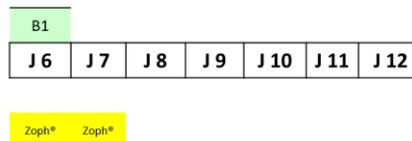
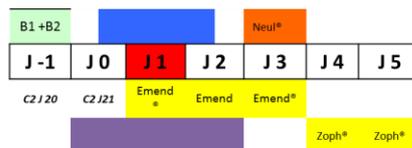
LEGENDE	
BIO	Green
HOSPIT	Blue
CHIMIO	Red
Anti-Nausée	Yellow
SOLU	Purple

Service HDS Pneumologie Auxerre

1

PPS : SCHAMATISATION CURE DE CHIMIO

CISPLATINE® / DOCETAXEL : J1 reprise J 21
Avec Neulasta® et Emend® et Zophren®



III ORDONNANCE III
Prémédication/corticoides

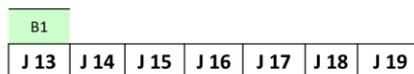
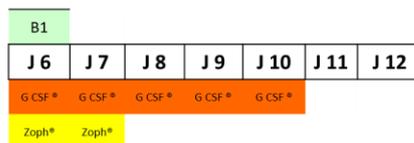
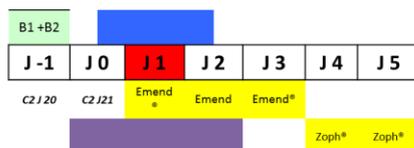
LEGENDE	
BIO	Green
HOSPIT	Blue
CHIMIO	Red
Anti-Chute GB	Orange
Anti-Nausée	Yellow
CORTI COIDES	Purple

Service HDS Pneumologie Auxerre

4

PPS : SCHEMATISATION CURE DE CHIMIO

CISPLATINE®/DOCETAXEL: J1 reprise J 21
Avec G CSF® et Emend® et Zophren®



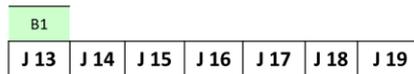
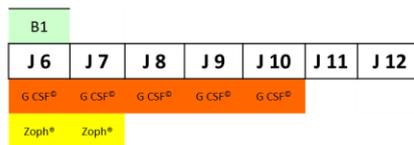
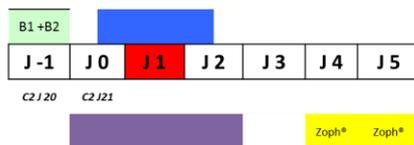
Service HDS Pneumologie Auxerre

III ORDONNANCE III
Prémedication corticoïdes

LEGENDE	
BIO	
HOSPIT	
CHIMIO	
Anti-Chute GB	
Anti-Nausée	
CORTI COIDES	

PPS : SCHEMATISATION CURE DE CHIMIO

CISPLATINE®/DOCETAXEL: J1 reprise J 21
Avec G CSF® et Zophren®



Service HDS Pneumologie Auxerre

III ORDONNANCE III
Prémedication corticoïdes

LEGENDE	
BIO	
HOSPIT	
CHIMIO	
Anti-Chute GB	
Anti-Nausée	
CORTI COIDES	

PPS : SCHEMATISATION CURE DE CHIMIO

CISPLATINE® / DOCETAXEL : J1 reprise J 21
 Avec Neulasta® et Zophren®

B1 +B2						
J -1	J 0	J 1	J 2	J 3	J 4	J 5
C2 / 20	C2 / 21			Neul®		
					Zoph®	Zoph®

B1						
J 6	J 7	J 8	J 9	J 10	J 11	J 12

Zoph® Zoph®

B1						
J 13	J 14	J 15	J 16	J 17	J 18	J 19

Service HDS Pneumologie Auxerre

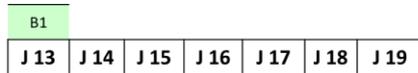
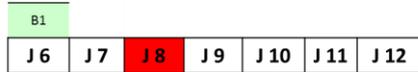
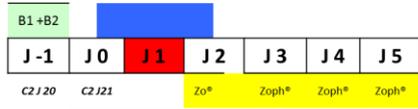
III ORDONNANCE III
 Prescription corticoïdes

LEGENDE	
BIO	
HOSPIT	
CHIMIO	
Anti- Chute GB	
Anti- Nausée	
CORTI COIDES	

XVI.9 PPS Protocole CISPLATINE vinorelbine

PPS : SCHEMATISATION CURE DE CHIMIO

CISPLATINE®/VINORELBINE : J.18 reprise J.21
Avec Zophren®



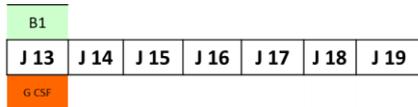
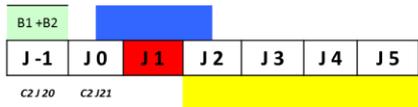
LEGENDE	
BIO	
HOSPIT	
CHIMIO	
Anti-Nausée	
SOLU	

Service HDS Pneumologie Auxerre

1

PPS : SCHEMATISATION CURE DE CHIMIO

CISPLATINE®/VINORELBINE : J.18 reprise J.21
Avec G CSF avec Zophren®



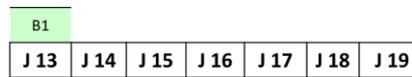
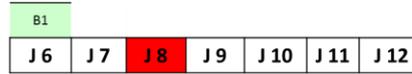
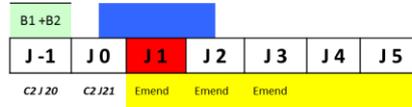
LEGENDE	
BIO	
HOSPIT	
CHIMIO	
Anti-Chute GB	
Anti-Nausée	
SOLU	

Service HDS Pneumologie Auxerre

2

PPS : SCHEMATISATION CURE DE CHIMIO

CISPLATINE®/VINORELBINE : J1 J8 reprise J 21
Avec EMEND avec Zophren®

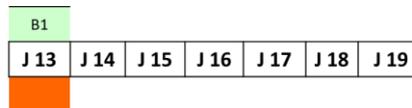
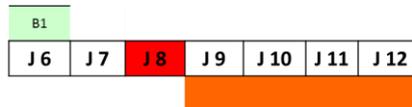
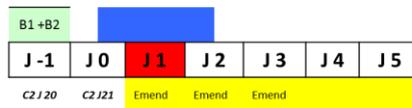


Service HDS Pneumologie Auxerre

LEGENDE	
BIO	
HOSPIT	
CHIMIO	
Anti-Chute GB	
Anti-Nausée	
SOLU	

PPS : SCHEMATISATION CURE DE CHIMIO

CISPLATINE®/VINORELBINE : J1 J8 reprise J 21
Avec G CSF et EMEND



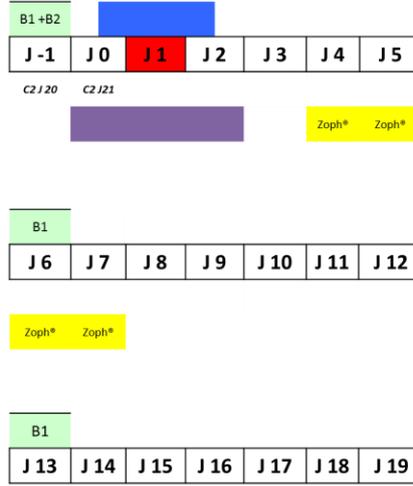
Service HDS Pneumologie Auxerre

LEGENDE	
BIO	
HOSPIT	
CHIMIO	
Anti-Chute GB	
Anti-Nausée	
SOLU	

XVI.10 PPS Protocole CISPLATINE pemetrexed

PPS : SCHEMATISATION CURE DE CHIMIO

CISPLATINE®/PEMETREXED® : J1 reprise J 21
Avec Zophren®



!!! ORDONNANCE !!!
Acide FOLIQUE tous les jours
Vitamine B12 une fois toutes les 9 semaines

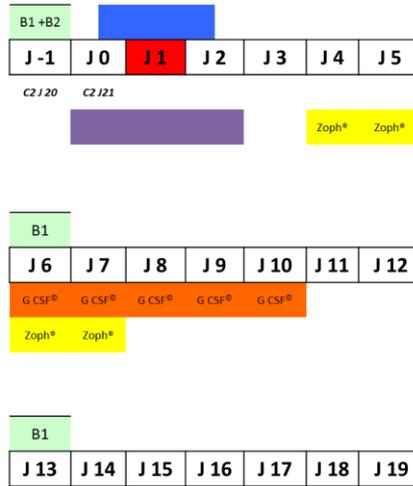
LEGENDE	
BIO	
HOSPIT	
CHIMIO	
Anti-Nausée	
SOLU	

Service HDS Pneumologie Auxerre

1

PPS : SCHEMATISATION CURE DE CHIMIO

CISPLATINE®/PEMETREXED® : J1 reprise J 21
Avec G CSF® et Zophren®



!!! ORDONNANCE !!!
Acide FOLIQUE tous les jours
Vitamine B12 une fois toutes les 9 semaines

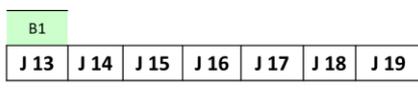
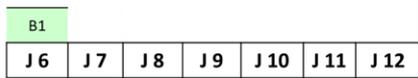
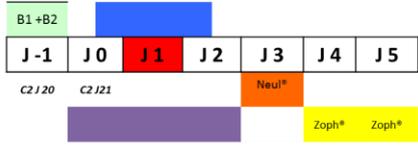
LEGENDE	
BIO	
HOSPIT	
CHIMIO	
Anti-Chute GB	
Anti-Nausée	
SOLU	

Service HDS Pneumologie Auxerre

2

PPS : SCHEMATISATION CURE DE CHIMIO

CISPLATINE/PEMETREXED : J1 reprise J 21
 Avec **Neulasta®** et **Zophren®**



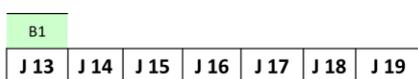
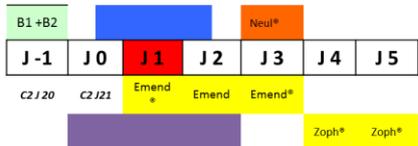
Service HDS Pneumologie Auxerre

!!! ORDONNANCE !!!
 Acide FOLIQUE tous les jours
 Vitamine B12 une fois toutes les 9 semaines

LEGENDE	
BIO	
HOSPIT	
CHIMIO	
Anti- Chute GB	
Anti- Nausée	
SOLU	

PPS : SCHEMATISATION CURE DE CHIMIO

CISPLATINE®/PEMETREXED : J1 reprise J 21
 Avec **Neulasta®** et **Emend®** et **Zophren®**



Service HDS Pneumologie Auxerre

!!! ORDONNANCE !!!
 Acide FOLIQUE tous les jours
 Vitamine B12 une fois toutes les 9 semaines

LEGENDE	
BIO	
HOSPIT	
CHIMIO	
Anti- Chute GB	
Anti- Nausée	
SOLU	

PPS : SCHEMATISATION CURE DE CHIMIO

CISPLATINE® / Pemetrexed® : J1 reprise J21
 Avec GCSF® et Emend® et Zophren®

B1+B2						
J-1	J0	J1	J2	J3	J4	J5
C2 J20	C2 J21	Emend®	Emend®	Emend®		
					Zoph®	Zoph®

B1						
J6	J7	J8	J9	J10	J11	J12
G CSF®						
Zoph®	Zoph®					

B1						
J13	J14	J15	J16	J17	J18	J19

III. ORDONNANCE III
 Acide FOLIQUE tous les jours
 Vitamine B12 une fois toutes les 3 semaines

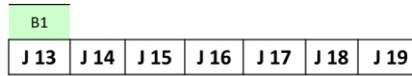
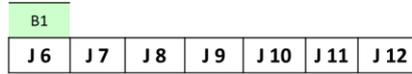
LEGENDE	
BIO	
HOSPIT	
CHIMIO	
Anti-Chute GB	
Anti-Nausée	
SOLU	

Service HDS Pneumologie Auxerre

XVI.11 PPS Protocole CISPLATINE etoposide

PPS : SCHEMATISATION CURE DE CHIMIO

CISPLATINE/ETOPOSIDE : J1 J2 J3 reprise J 21
Avec Neulasta® et Emend® et Zophren®



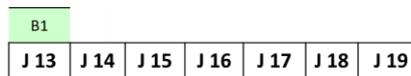
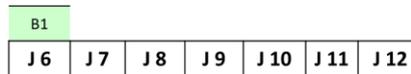
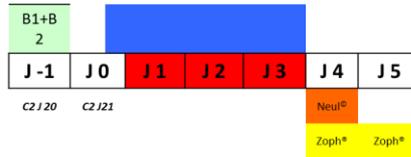
LEGENDE	
BIO	[Green box]
HOSPIT	[Blue bar]
CHIMIO	[Red bar]
Anti-Chute GB	[Orange box]
Anti-Nausée	[Yellow box]

Service HDS Pneumologie Auxerre

1

PPS : SCHEMATISATION CURE DE CHIMIO

CISPLATINE/ETOPOSIDE : J1 J2 J3 reprise J 21
Avec Neulasta® et Zophren®



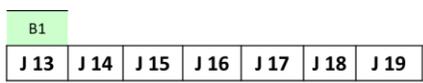
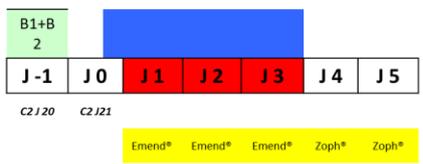
LEGENDE	
BIO	[Green box]
HOSPIT	[Blue bar]
CHIMIO	[Red bar]
Anti-Chute GB	[Orange box]
Anti-Nausée	[Yellow box]

Service HDS Pneumologie Auxerre

2

PPS : SCHEMATISATION CURE DE CHIMIO

CISPLATINE/ ETOPOSIDE : J1 J2 J3 reprise J 21
 Avec G CSF® et Emend® et Zophren®



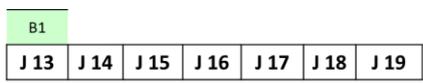
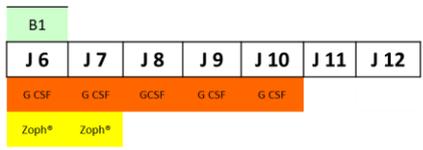
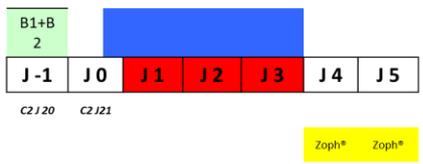
LEGENDE	
BIO	
HOSPIT	
CHIMIO	
Anti-Chute GB	
Anti-Nausée	

Service HDS Pneumologie Auxerre

3

PPS : SCHEMATISATION CURE DE CHIMIO

CISPLATINE / ETOPOSIDE : J1 J2 J3 reprise J 21
 Avec G CSF® et Zophren®



LEGENDE	
BIO	
HOSPIT	
CHIMIO	
Anti-Chute GB	
Anti-Nausée	

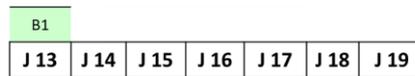
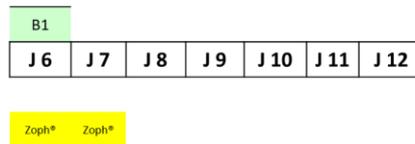
Service HDS Pneumologie Auxerre

4

XVI.12 PPS Protocole CISPLATINE etoposide renforcé

PPS : SCHEMATISATION CURE DE CHIMIO

CISPLATINE/ ETOPOSIDÉ : J1 J2 J3 reprise J 21
Avec Neulasta® et Emend® et Zophren®



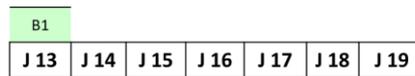
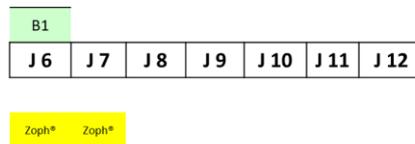
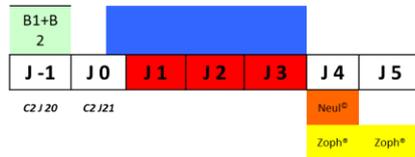
LEGENDE	
BIO	
HOSPIT	
CHIMIO	
Anti-Chute GB	
Anti-Nausée	

Service HDS Pneumologie Auxerre

1

PPS : SCHEMATISATION CURE DE CHIMIO

CISPLATINE/ ETOPOSIDÉ : J1 J2 J3 reprise J 21
Avec Neulasta® et Zophren®



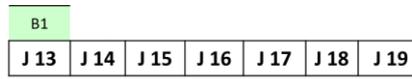
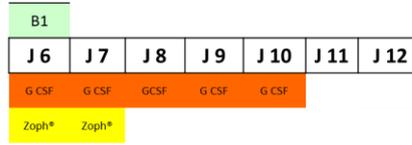
LEGENDE	
BIO	
HOSPIT	
CHIMIO	
Anti-Chute GB	
Anti-Nausée	

Service HDS Pneumologie Auxerre

2

PPS : SCHEMATISATION CURE DE CHIMIO

CISPLATINE / ETOPOPOSIDE : J1 J2 J3 reprise J 21
 Avec G CSF® et Emend® et Zophren®



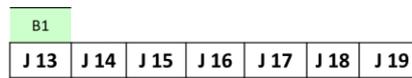
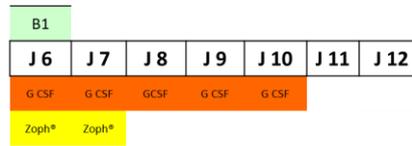
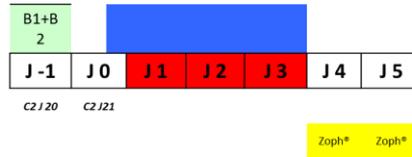
LEGENDE	
BIO	Green
HOSPIT	Blue
CHIMIO	Red
Anti-Chute GB	Orange
Anti-Nausée	Yellow

Service HDS Pneumologie Auxerre

3

PPS : SCHEMATISATION CURE DE CHIMIO

CISPLATINE / ETOPOPOSIDE : J1 J2 J3 reprise J 21
 Avec G CSF® et Zophren®



LEGENDE	
BIO	Green
HOSPIT	Blue
CHIMIO	Red
Anti-Chute GB	Orange
Anti-Nausée	Yellow

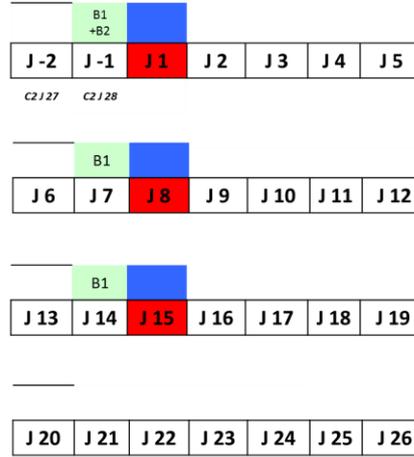
Service HDS Pneumologie Auxerre

4

XVI.13 PPS Protocole gemcitabine hebdomadaire

PPS : SCHEMATISATION CURE DE CHIMIO

GEMCITABINE Hebdomadaire : J1 reprise J 21



LEGENDE	
BIO	Green
HOSPIT	Blue
CHIMIO	Red
Anti-Chute GB	Orange
Anti-Nausée	Yellow
CORTI COIDES	Purple

Service HDS Pneumologie Auxerre

XVII Informations patient

XVII.1 Information patient chambre implantable

PPS Information CHAMBRE IMPLANTABLE PERCUTANEE (CIP,PAC)

Qu'est ce qu'une chambre implantable percutanée ou PAC, à quoi ça sert ?

L'administration intraveineuse de chimiothérapie sur des petites veines fragiles comme celles des bras peut être difficile, douloureuse, et toxique.

C'est pourquoi, de façon préférentielle, la chimiothérapie intraveineuse est effectuée sur une chambre implantable percutanée, appelé également PAC ou CIP.

C'est un petit boîtier surmonté d'une membrane en silicone relié à un cathéter central (petit tuyau souple et fin). Ce dispositif est placé entièrement sous la peau sur le haut du thorax, l'extrémité du cathéter va dans une grosse veine en arrière du sternum près du cœur.

Lors de chaque séance de chimiothérapie, les médicaments peuvent donc être perfusés directement dans la chambre implantable.



Mise en place de la chambre implantable :

Les chambres implantables sont posées par nos confrères chirurgiens en ambulatoire, sous anesthésie locale au bloc opératoire.

Vous rencontrerez d'abord le chirurgien en consultation, à l'issue de celle-ci, la date de la pose de votre chambre implantable sera organisée.

Il peut arriver que la première cure de chimiothérapie soit administrée sur voie veineuse périphérique, pour ne pas retarder un traitement urgent, dans ce cas la pose, de la chambre implantable est organisée entre deux cures de traitement.

Le PAC au quotidien :

Après le délai de cicatrisation complète faisant suite à la pose, la peau est saine et le PAC est totalement sous la peau.

Vous pouvez donc vous doucher, vous baigner, à la piscine comme à la mer, mettre votre ceinture de sécurité en voiture, une gêne peut-être ressentie en voiture lors du port de la ceinture .

En revanche, les sports violents avec risque de chocs directs sur le boîtier ou mouvements violents répétés avec grande amplitude de l'épaule sont contre indiqués.

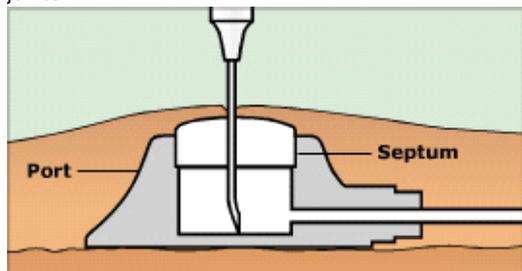
Pour la même raison, si vous êtes chasseur, signalez-le au chirurgien, la pose sera préférée du coté controlatéral à la mise en joue.

Le PAC est un dispositif pouvant être laissé en place de façon prolongée, il est conservé pendant toute la durée de votre prise en charge.

L'administration du traitement sur le PAC :

Pour permettre d'administrer les traitement sur le PAC, l'infirmière doit piquer à travers la peau dans le PAC pour y laisser en place une aiguille spéciale (aiguille de Huber) reliée à vos perfusions.

Pour éviter toute douleur et pour plus de confort , vous collerez sur votre boîtier un patch délivrant de l'anesthésique local par voie transcutanée. Le patch est à coller au moins une heure avant votre venue en HDS, à chaque séance, cf : ordonnance jointe.



L'administration de la chimiothérapie par le PAC est indolore, **vous devez immédiatement signaler à l'équipe soignante toute douleur, gonflement ou inconfort lors des séances de chimiothérapie**

PAC et complications :

Il existe un risque faible d'infection, de thrombose ou de migration du de votre chambre implantable. L'équipe médicale y est très vigilante tout au long de votre prise en charge.

En cas de douleur inhabituelle, ou gonflement ou rougeur ou autre signe vous alertant vous devez immédiatement prévenir l'équipe d'HDS qui vous indiquera la conduite à tenir.

Le PAC ne doit pas être utilisé pour d'autre raison que vos séance de traitement en HDS, sauf dans des cas particuliers sur accord de votre médecin référent.

XVII.2 Fiche conseils diététique – Troubles du goût et nausées

FICHE CONSEILS DIETETIQUES : Troubles du goût et Nausées

Troubles du goût , cancer et chimiothérapie :

Différentes causes peuvent être à l'origine d'une modification du goût ou de l'appétit : la maladie cancéreuse, la fatigue, les traitements de chimiothérapie, une mycose buccale ou une inflammation de la bouche.

Certaines chimiothérapie peuvent donner un goût métallique ou amer dans la bouche.

Il n'existe pas de médicament spécifique qui empêchent ses modifications du goût. Mais de nombreuses astuces et mesures simples permettent d'en réduire l'inconfort.

Voici quelques conseils pour vous aider au quotidien, en cas de difficulté, faites appel à l'équipe soignante qui saura vous conseiller, une diététicienne est également attachée au service, vous pourrez la rencontrer lors de vos venues en HDS.

Avoir une bonne hygiène bucco-dentaire :

Se laver les dents au moins deux fois par jour avec une brosse souple.

Eviter les bains de bouche décapants et alcoolisés sauf en cas de prescription médicale spécifique.

En cas d'inconfort buccal, effectuez les bains de bouche bicarbonatés prescrits et signaler à l'équipe médicale vos symptômes, pour la mise en place d'un traitement si besoin.

Vous pouvez essayer de sucer des pastilles, bonbons mentholés en cas de mauvais goût dans la bouche.

Adaptation alimentaire :

Privilégiez surtout les aliments qui vous font le plus envie .

Adapter les températures, parfois les plats frais ou froids sont plus appréciés : pensez à la viande froide, œufs durs froids, jambon, dinde, poisson vapeur froids, sardines, pour les apports en protéines. Les crèmes glacées aux œufs, les entremets froids sont aussi de bonnes sources d'énergie et protéines

Vous pouvez être écoeuré par certaines odeurs de cuisine, essayer de déléguer la préparation des repas si vous le pouvez.

Fractionnez vos prises alimentaires : manger de petites quantités de façon répétées sur la journée
Vous pouvez ajouter des épices, des herbes, de la fleur de sel aux aliments.

Lutter contre la dénutrition :

douloureuse, et toxique.

C'est pourquoi, de façon préférentielle, la chimiothérapie intraveineuse est effectuée sur une chambre implantable percutanée, appelé également PAC ou CIP.

C'est un petit boîtier surmonté d'une membrane en silicone relié à un cathéter central (petit tuyau souple et fin). Ce dispositif est placé entièrement sous la peau sur le haut du thorax, l'extrémité du cathéter va dans une grosse veine en arrière du sternum près du cœur.

Lors de chaque séance de chimiothérapie, les médicaments peuvent donc être perfusés directement dans la chambre implantable.



Mise en place de la chambre implantable :

Les chambres implantables sont posées par nos confrères chirurgiens en ambulatoire, sous anesthésie locale au bloc opératoire.

Vous rencontrerez d'abord le chirurgien en consultation, à l'issue de celle-ci, la date de la pose de votre chambre implantable sera organisée.

Il peut arriver que la première cure de chimiothérapie soit administrée sur voie veineuse périphérique, pour ne pas retarder un traitement urgent, dans ce cas la pose, de la chambre implantable est organisée entre deux cures de traitement.

Le PAC au quotidien :

Après le délai de cicatrisation complète faisant suite à la pose, la peau est saine et le PAC est totalement sous la peau.

Vous pouvez donc vous doucher, vous baigner, à la piscine comme à la mer, mettre votre ceinture de sécurité en voiture, une gêne peut-être ressentie en voiture lors du port de la ceinture .

En revanche, les sports violents avec risque de chocs directs sur le boîtier ou mouvements violents répétés avec grande amplitude de l'épaule sont contre indiqués.

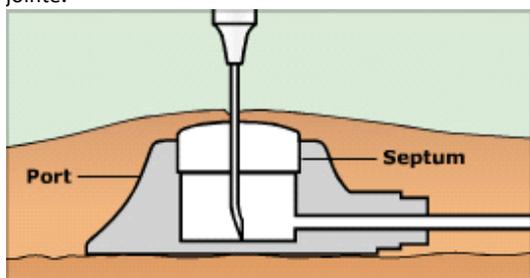
Pour la même raison, si vous êtes chasseur, signalez-le au chirurgien, la pose sera préférée du côté controlatéral à la mise en joue.

Le PAC est un dispositif pouvant être laissé en place de façon prolongée, il est conservé pendant toute la durée de votre prise en charge.

L'administration du traitement sur le PAC :

Pour permettre d'administrer les traitement sur le PAC, l'infirmière doit piquer à travers la peau dans le PAC pour y laisser en place une aiguille spéciale (aiguille de Huber) reliée à vos perfusions.

Pour éviter toute douleur et pour plus de confort , vous collez sur votre boîtier un patch délivrant de l'anesthésique local par voie transcutanée. Le patch est à coller au moins une heure avant votre venue en HDS, à chaque séance, cf : ordonnance jointe.



L'administration de la chimiothérapie par le PAC est indolore, **vous devez immédiatement signaler à l'équipe soignante toute douleur, gonflement ou inconfort lors des séances de chimiothérapie**

PAC et complications :

Il existe un risque faible d'infection, de thrombose ou de migration du de votre chambre implantable. L'équipe médicale y est très vigilante tout au long de votre prise en charge.

En cas de douleur inhabituelle, ou gonflement ou rougeur ou autre signe vous alertant vous devez immédiatement prévenir l'équipe d'HDS qui vous indiquera la conduite à tenir.

Le PAC ne doit pas être utilisé pour d'autre raison que vos séance de traitement en HDS, sauf dans des cas particuliers sur accord de votre médecin référent

XVII.3 Fiche conseils diététique – Régime Hypercalorique Hyperprotique

FICHE CONSEILS DIETETIQUES : Régime Hypercalorique Hyperprotique

Lutter contre la dénutrition :

La maladie cancéreuse, la fatigue, le manque de goût, les effets secondaires des traitements peuvent entraîner une perte d'appétit, et un amaigrissement ainsi qu'une diminution de la masse musculaire.

La dénutrition est une perte de poids de plus de 5% du poids de forme en un mois ou de plus de 10% du poids de forme sur 6 mois.

Il est très important d'y être vigilant, pour pouvoir limiter, éviter et prendre en charge la dénutrition.

Nous vous conseillons de surveiller votre poids par une pesée par semaine toujours dans les mêmes conditions (*par exemple le matin au lever avant le petit déjeuner et l'habillage*), la pesée quotidienne est totalement inutile, pensez à noter votre poids dans votre classeur.

L'équipe paramédicale et médicale est là pour vous conseiller, vous aider pour votre alimentation, n'hésitez pas à leur demander conseils, astuces, voire quelques recettes enrichies en calories et protéines.

Une diététicienne est attachée au service pour optimiser votre prise en charge nutritionnelle.

Adaptation alimentaire :

Privilégiez surtout les aliments qui vous font le plus envie.

Adapter les températures, parfois les plats frais ou froids sont plus appréciés : pensez à la viande froide, œufs durs froids, jambon, dinde, poisson vapeur froids, sardines, pour les apports en protéines. Les crèmes glacées aux œufs, les entremets froids sont aussi de bonnes sources d'énergie et protéines.

Vous pouvez être écoeuré par certaines odeurs de cuisine, essayer de déléguer la préparation des repas si vous le pouvez.

Fractionnez vos prises alimentaires : manger de petites quantités de façon répétées sur la journée. Vous pouvez ajouter des épices, des herbes, de la fleur de sel aux aliments.

Lutter contre la dénutrition :

Il faut adapter un régime riche en calories et en protéines c'est le régime hypercalorique- hyperprotidique.

Faire des collations dans la matinée et au goûter.

Enrichir les aliments en calories et protéines :

- Œufs, lait entier, crème fraîche entière, viande hachée, farce à la viande, à la charcuterie, au fromage rapé, fondu
- Les gratins de légumes seront réalisés à la béchamel au lait entier, avec du fromage rapé ...
- Les purées et parmentiers : la purée sera enrichie au beurre et montée au lait entier ou à la crème fraîche, pensez à y ajouter du fromage selon votre goût, variez les goûts des parmentiers : viande rouge hachée, dinde, jambon, blanc, poisson.
- Les soupes et potages seront enrichis de pommes de terre, de tapioca, de perles de tapioca, de crème fraîche, un jaune d'œuf peut être ajouté, pensez au fromage fondu portionable qui fait par exemple un délicieux velouté de courgettes.
- Les entremets à la crème fraîche et aux œufs, les pâtisseries, les biscuits
- Pensez aux crèmes glacées, milkshakes ...

Les compléments nutritionnels oraux CNO :

Ce sont des produits diététiques vendus en pharmacie hypercaloriques et hyperprotéiques qui existent le plus souvent sous forme de boissons lactées, fruitées, de crèmes desserts, mais aussi de soupes, de plats cuisinés et de biscuits.

De nombreux parfums, textures de différentes marques sont disponibles. Pensez à goûter différents CNO, différents parfums, demandez conseil à votre pharmacien.

Ils sont prescrits (généralement 2 à 3 CNO par jour) dans certains cas par le médecin en complément, ils sont pris en charge en cas de dénutrition.

Les CNO ne remplacent pas l'alimentation, ils doivent être consommés idéalement à distance de l'heure des repas pour éviter de couper l'appétit, ils peuvent également venir enrichir le petit déjeuner en remplaçant un yaourt, servir de dessert à midi et le soir.

Astuces CNO :

- Parfois ils sont préférés froids : faites le test, vous pouvez même les glacer ou vous en servir pour préparer des milkshakes...
- Parfois certains sont très appréciés tièdes ou chauds : à tester avec les goûts moka, cappuccino, chocolat et vanille...

Ils se conservent avant ouverture à température ambiante, une fois ouverts, ils sont à conserver au réfrigérateur et à consommer dans les 24H.

XVII.4 Informations patient ASSOS

Les soins et moi

Les soins de support, à quoi ça sert ?

Interview d'Ivan Krakowski, Président de l'Association Francophone pour les Soins Oncologiques de Support.

Qu'est-ce que les soins de support ?

La maladie a des répercussions sur la vie quotidienne, sociale et professionnelle. Les soins de support désignent « l'ensemble des soins et soutiens nécessaires aux personnes malades tout au long de la maladie conjointement aux traitements spécifiques (chirurgie, chimiothérapie, radiothérapie) lorsqu'il y en a ».

Leur but est d'améliorer la qualité de vie des personnes malades. Ils s'appliquent dès le diagnostic, pendant les traitements, mais aussi après la maladie s'il y a des séquelles.

A quels besoins répondent-ils ?

Ils visent avant tout à contrôler les symptômes liés à la maladie ou à ses traitements, à réduire la souffrance physique ou psychologique, à rompre l'isolement social.

Chaque situation est différente, mais l'objectif est toujours le même : bénéficier des meilleures conditions de vie possibles quelle que soit l'issue.

1 Avec la collaboration de l'Association Francophone pour les Soins Oncologiques de Support.

Les soins et moi

Les soins de support, à quoi ça sert ?

Qui sont les principaux interlocuteurs des soins de support ?

Dans les établissements, le médecin oncologue est le premier concerné car il est très impliqué dans la prise en charge des symptômes liés à la maladie ou aux traitements. Il connaît bien le dossier du patient, sa situation, ses besoins, ses attentes. En ville, médecin traitant, pharmacien et infirmière partagent le même rôle.

La plupart des autres soignants sont impliqués de près ou de loin, mais l'infirmière a un rôle central. Plus proche du patient, elle facilite l'évaluation des besoins et l'appel aux différentes équipes de support. Son rôle de coordination interne au service en fait également un acteur incontournable des soins de support.

Qui délivre ces soins de support ?

Tous les professionnels peuvent assurer ces soins jusqu'à leur limite de compétence dans les différents domaines (diététique et nutrition, psycho-oncologie, lutte contre la douleur, rééducation et réadaptation, accompagnement social, soins esthétiques, soins palliatifs...). Quand la situation devient complexe, il faut faire appel à des équipes plus expertes.

Quelle est leur place dans le parcours de soins ?

Le déploiement du premier plan cancer a amélioré l'organisation et la coordination des soins, à l'hôpital et à domicile. Aujourd'hui, les soins oncologiques de support sont reconnus comme faisant partie intégrante du soin en cancérologie.

Le patient est pris en charge de façon personnalisée, dans sa globalité en prenant en compte son antécédent, son environnement... Le traitement de la tumeur, du cancer, est tout aussi important que la gestion des symptômes, des conséquences physiques, psycho-sociales et professionnelles et ce, dès le début de la maladie.

1 Avec la collaboration d'Ivan Krakowski, oncologue médical et Président de l'Association Francophone pour les Soins Oncologiques de Support.

Les soins et moi

Dialoguer avec l'équipe soignante

Durant le parcours de la maladie, toute une équipe est aux côtés de la personne malade. Le dialogue et la relation de confiance entre cette équipe et le patient sont des enjeux de taille pour la bonne marche des traitements.

Les moments d'annonces

La consultation d'annonce est le premier moment important d'échange avec le médecin. La relation de confiance entre la personne malade et lui se joue en grande partie sur ce rendez-vous. Cette confiance est essentielle pour avancer en équipe dans la lutte contre la maladie.

Beaucoup d'informations sont données ce jour-là sur l'état de santé, le diagnostic, les traitements envisagés, les risques fréquents ou graves, les autres solutions... Être accompagné facilite la digestion de ce flot de données et permet d'en reparter ensuite.

Dans le cadre de ce dispositif d'annonce, un second temps d'échange avec un autre membre de l'équipe, le plus souvent un infirmier, est organisé visant à reformuler ce qui a été compris, permettre de poser des questions, d'intégrer ce qui arrive. Un temps de présentation et une évaluation des besoins en soins de support sont également prévus.

2 Avec la collaboration de l'Association Francophone pour les Soins Oncologiques de Support.

Les soins et moi

Dialoguer avec l'équipe soignante

Le processus de la maladie est ponctué de rencontres pouvant s'accompagner d'annonces de mauvaises mais aussi de bonnes nouvelles. Préparer ces rendez-vous en notant par exemple les questions à poser, facilite le dialogue et permet de ne rien oublier. Le rôle des soignants sera de répondre aux interrogations du patient et de ses proches avec des explications répétées et des mots adaptés.

Un travail d'équipe

Ce travail d'information sera grandement facilité par les moments d'échanges que sont les réunions pluridisciplinaires. Chaque membre de l'équipe, selon ses compétences et sa connaissance de la situation, peut aider à mieux comprendre les ressentis, à rapporter les craintes et les questions du patient et ainsi à réorienter certaines explications.

L'information concerne l'ensemble de l'équipe, les infirmières et les aides soignantes pouvant être amenées à donner des informations sur les soins et les traitements, tout en étant aussi une oreille attentive.

Un second avis est toujours possible

Il est à savoir que si la relation de confiance se fragilise, il est toujours possible de demander à changer de médecin, voire de demander un second avis dans un autre hôpital ; il faut à ce moment-là demander à récupérer son dossier médical. Pour autant, dans la plupart des cas, une discussion avec le médecin suffit pour rétablir le lien.

Ainsi, pendant toute la durée des traitements, et même après, la relation de confiance avec son médecin et l'équipe soignante apparaît primordiale. C'est l'ensemble de l'équipe soignante qui agit aux côtés de la personne malade et de ses proches pour les soutenir dans leur combat contre la maladie.

2 Avec la collaboration de Pr Philippe Colombat, Vice Président de l'Association Francophone pour les Soins Oncologiques de Support.



L'art-thérapie

Il n'est pas toujours facile d'exprimer avec des mots le ressenti face à la maladie. Avec la créativité et l'imaginaire, l'art-thérapie propose un parcours de soutien accompagné « hors des mots » avec des propositions artistiques adaptées.

Une parenthèse pour se ressourcer

L'art-thérapie aménage un espace d'accompagnement protégé du regard et du jugement pour reprendre ses repères à son rythme, au fil d'un parcours créatif qui s'inscrit dans le temps de la maladie ou après les traitements.

Pour les enfants et les adolescents, c'est un moment privilégié pour continuer à se construire et à grandir. Il est toujours proposé en lien et complément du soutien par un psychologue ou parfois, à la place lorsque parler est trop difficile.

Peinture, dessin, écriture, mouvement dansé, conte, jeu théâtral, musique ou chant... les pratiques artistiques proposées sont conçues dans un dispositif complet qui, en douceur, remobilise l'énergie, l'identité, l'image corporelle et accompagne vers un mieux-être.



L'art-thérapie

En lien avec les équipes soignantes

Sur-mesure et en fonction du contexte des soins, ces ateliers d'art-thérapie peuvent être organisés en groupe ou en individuel. Le temps de la séance proposée peut varier en fonction de l'état d'énergie des participants et du contexte de prise en charge.

Les programmes d'art-thérapie peuvent être proposés au sein des services, le plus souvent par des associations. Ils sont réfléchis avec les équipes soignantes. Le médecin ou le psychologue propose ce soutien à la personne malade.

Des programmes adaptés...

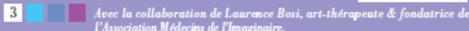
Les programmes d'art-thérapie sont spécifiquement adaptés au contexte de la maladie et de l'hospitalisation. Il existe des groupes par tranche d'âge (enfants, adolescents, adultes) et aussi des groupes plus spécifiquement dédiés aux femmes touchées par la maladie ou aux enfants ayant un proche malade... Ces séances sont un lieu d'échange et de partage avec d'autres personnes passant par la même épreuve.

... gérés par des professionnels de l'art-thérapie

Ces programmes sont animés par des art-thérapeutes spécifiquement formés et diplômés. En tant que professionnels, les art-thérapeutes sont tenus de respecter le secret professionnel. Ce qui se passe et ce qui se dit lors des séances reste confidentiel.

L'art-thérapie est un moyen d'évasion et d'expression pour faciliter la traversée de la maladie et aider à intégrer cette épreuve dans son propre parcours de vie.

Des activités de ce type sont peut-être proposées dans votre service ou à proximité. Il ne faut pas hésiter à se renseigner auprès de l'équipe soignante ou des espaces d'information de l'hôpital.



Avec la collaboration de Laurence Basi, art-thérapeute & fondatrice de l'Association Médecins de l'Imaginaire.



Recevoir un soutien psychologique

L'annonce du cancer bouleverse l'existence, les relations avec l'entourage et provoque souvent des troubles dans la qualité de vie (sommeil, alimentation, anxiété, ...). Certains retrouvent un équilibre spontanément, alors que d'autres ont besoin d'une aide psychologique.

Pourquoi se faire aider ?

Les traitements contre le cancer chamboulent la vie personnelle, sociale, professionnelle, familiale, au point de modifier la perception de soi-même et de se sentir perdu. Il est légitime d'en être perturbé, important de l'identifier, et essentiel de l'accepter. Ces événements peuvent affecter le moral. C'est souvent difficile à supporter, mais tout à fait compréhensible.

Le soutien psychologique permet de mieux vivre ce bouleversement et de continuer à se sentir une personne à part entière. Il libère la parole et facilite la communication avec son entourage et le retour à la vie sociale et professionnelle.

Parler de ses difficultés, ses craintes, ses angoisses, permet de faire le point sur ses capacités à avancer avec la maladie, de faire les choix utiles pendant et après les traitements. Partager ses doutes, ses interrogations permet souvent de mieux se situer.



Recevoir un soutien psychologique

Quand se faire aider ?

Le soutien est souvent proposé dans la première phase des traitements. Mais chacun est différent face à la maladie et le besoin d'une aide psychologique peut survenir à différentes étapes : au début comme à la fin des traitements, lors d'une récidive ou encore longtemps après la maladie.

Par qui se faire aider ?

Par un psychologue, spécialisé dans la connaissance du fonctionnement psychique et des difficultés personnelles et relationnelles, ou un psychiatre, médecin. Formé au fonctionnement mental, à ses perturbations, à la pharmacologie, ce dernier est sollicité notamment pour confirmer un diagnostic de dépression. Contrairement au psychologue, il peut prescrire des médicaments. Formés aux spécificités de la cancérologie, ces professionnels sont souvent appelés psycho-oncologues. Ils travaillent en lien étroit avec l'équipe soignante. Ce qui est dit lors d'un entretien psychologique relève du « secret professionnel ». Le soutien psychologique a lieu le plus souvent sous forme d'entretiens individuels, ponctuels ou suivis.

Certains services hospitaliers ou des associations proposent des groupes de parole, des rencontres entre patients ou encore des forums de discussion sur Internet qui peuvent remplir le même rôle. Pour certains, ces espaces d'échanges et de partage favorisent mieux l'expression. Avant de se lancer, il est important de se renseigner sur le sérieux de ces structures. L'équipe soignante ou les associations présentes dans le service peuvent diriger vers les aides disponibles sur place ou en dehors, à proximité du domicile en lien avec les réseaux de cancérologie. Les professionnels soignants ont une écoute soutenante et rassurante.

Les techniques de relaxation et les thérapies complémentaires peuvent également être associées. Elles apportent du bien-être et aident à se retrouver.

Une épreuve comme celle de la maladie nécessite souvent une aide pour intégrer les événements et trouver en soi ses propres ressources pour avancer. Faire appel à un psy n'est pas une marque de folie ou de faiblesse. C'est plutôt un choix qui témoigne du désir d'être accompagné pour continuer à être soi.



Avec la collaboration de Florence Barruel, psychologue clinicienne, Groupe Hospitalier Intercommunal de Montfermeil.



Soulager la douleur

La douleur est difficile à définir car le ressenti est différent pour chacun. Elle agit à la fois sur le physique et sur le moral. Être malade ne veut pas dire souffrir inutilement. La douleur doit être signalée, évaluée et traitée.

Quelle en est la cause ?

Dans 70% des cas, elle est provoquée par la maladie elle-même, quand la tumeur touche ou comprime une partie sensible du corps. Dans 20% des cas, elle est liée aux traitements contre le cancer. Les douleurs postopératoires, par exemple, sont systématiques mais de mieux en mieux maîtrisées. De même, les douleurs liées aux chimiothérapies et à la radiothérapie sont connues et une série de conseils et de traitements préventifs permettront d'éviter la majorité de ces douleurs. Elle peut être également occasionnée par des examens médicaux ou des soins.

Évaluer sa douleur

Le dialogue avec l'équipe soignante est essentiel dans la gestion de la douleur pour une évaluation précise et donc un traitement adapté. En effet, si elle est subjective, elle reste évaluable. Il faut apprendre à décrire et doser sa douleur. Ce n'est pas toujours facile, mais les professionnels de santé sont aussi là pour y aider. En plus des médecins et paramédicaux du service, il existe des équipes pluridisciplinaires spécialisées dans la gestion de la douleur pour aider à l'évaluation et la gestion de la douleur (consultation ou unité antidouleur).



Soulager la douleur

Différents outils ont été créés pour faciliter cette évaluation : règles graduées, dessins, questionnaires... Associés à un examen clinique et des examens d'imagerie, ils aident à la localisation et à la détermination de la cause de la douleur.

Quand le patient ne peut s'exprimer et pour les enfants malades, les proches sont une aide précieuse pour cette évaluation.

Elle sera régulière pour adapter les traitements et la soulager au mieux. La plupart du temps, elle disparaît quand on en supprime la cause. Si elle dure plus de 3 mois malgré un traitement antidouleur, on parle de douleur chronique. Elle ne joue plus alors le rôle de système d'alarme du corps et un traitement adapté sera proposé.

Comment la soulager ?

Différentes techniques sont utilisées pour soulager la douleur. Associés, ces techniques permettent de prendre en compte les deux dimensions de la douleur et d'avoir un traitement adapté.

Les médicaments. Les plus utilisés sont les antalgiques. Du paracétamol à la morphine, ils sont classés en 3 paliers selon leur force d'action. Ils interrompent le circuit de la douleur et sont prescrits par le médecin qui en suivra les effets secondaires éventuels. Les douleurs neuropathiques liées à une lésion du système nerveux, sont traitées par antidépresseurs ou antiépileptiques. Cela ne signifie pas que la douleur est psychologique ou qu'il y a une dépression. D'autres médicaments comme les corticoïdes peuvent compléter le panel de médicaments.

Les traitements anti-cancer. En agissant sur la tumeur, ils réduisent les douleurs qui y sont liées.

Les techniques non-médicales. En complément, ces techniques permettent de gérer et maîtriser sa douleur (Voir fiche 8). Elles ne remplacent pas les traitements mais permettent de mieux les accepter et quelquefois de réduire les doses en accord avec le médecin prescripteur.

Le soutien psychologique apporte également une aide en apprenant à gérer la douleur.

La douleur n'est pas une fatalité. La soulager permet de retrouver une meilleure qualité de vie et de garder ses forces pour se battre contre la maladie.



Avec la collaboration de Dr Philippe Paulain, anesthésiste, Polyclinique de l'Ormeau, Tarbes.



Lutter contre la fatigue

La fatigue, dans le cadre de la maladie, est plus importante que pour les personnes en bonne santé. Elle ne passe pas après une bonne nuit de sommeil. Cet affaiblissement général de l'organisme, ou asthénie, peut être gênante pour les actes du quotidien. La fatigue est un symptôme fréquent de la maladie et de ses traitements. Pour autant, elle n'est pas normale et doit être prise en charge.

Quelle en est la cause ?

Elle peut être provoquée par plusieurs facteurs physiques, psychologiques ou sociaux : la maladie elle-même, les traitements et leurs effets secondaires, le stress, la douleur, les changements de rythme dus à la maladie...

Elle est différente selon les étapes de la maladie et elle ne touche pas tout le monde de la même façon. Elle s'atténue avec l'éloignement des traitements mais, dans certains cas, peut durer plusieurs mois voire plusieurs années.

Est-elle réversible ?

Il est possible de soulager cette fatigue. Il est donc important avant tout d'en parler à l'équipe soignante pour identifier sa fatigue, ses causes, décrire ses conséquences au quotidien. Des échelles graduées et des questionnaires existent pour évaluer et caractériser cette fatigue. Cela permettra de mettre en place une prise en charge adaptée.



Lutter contre la fatigue

Que faire ensuite ?

Plusieurs professionnels de santé proposent des actions selon les situations, les besoins, les désirs de chacun dans une optique d'améliorer la qualité de vie. Ils sont souvent accessibles dans les structures de soins ou à proximité, ou par le biais d'une association. L'équipe soignante est là pour vous informer et vous guider dans cette démarche. Le médecin commencera par chercher les causes corrigibles comme l'anémie ou les douleurs et pourra adapter certains traitements.

Relaxation Les massages et autres techniques de détente sont bons pour le moral et favorisent le repos. Le psychomotricien, par exemple, propose des séances de relaxation, stimulation sensorielle. La socio-esthéticienne aide à la réappropriation de son corps.

Activité sportive Une activité physique adaptée et régulière provoque une fatigue saine qui favorise l'endormissement et donc la récupération. Le masseur-kinésithérapeute aide à la récupération musculaire et à la rééducation aux mouvements pour permettre cette activité. A l'inverse, l'inactivité peut aggraver la fatigue.

Adapter son environnement L'ergothérapeute facilite l'aménagement de l'univers personnel ou l'adaptation des gestes du quotidien afin de diminuer la fatigue. La restauration d'un équilibre du sommeil est également essentielle.

Alimentation Elle a aussi un impact sur la fatigue. Le diététicien conseille sur la façon de se nourrir pour trouver son équilibre.

Soutien psychologique La fatigue ressentie peut aussi être une manifestation du stress, d'une déprime voire d'une dépression. Les psycho-oncologues sont présents dans la majorité des services pour aider les patients en demande. Les associations de patients peuvent aussi répondre à cette demande de soutien.

Pour en savoir plus, s'adresser à son médecin (Cf. aussi les fiches correspondantes à ces différents thématiques).

Ecouter son corps, ses envies, c'est aussi lutter contre cette fatigue en retrouvant son équilibre.



Avec la collaboration de Dr Didier Mayeux, oncologue médical, CH de Versailles.



Bien manger

Maintenir son poids, une régularité des repas et le plaisir de manger... Pour les professionnels de santé, la bonne alimentation est un soin à part entière qui participe à l'état général de santé de chacun.

Garder un équilibre pendant les traitements

Les traitements notamment chimiothérapiques peuvent modifier la perception des goûts, provoquer des désordres digestifs. La fatigue entraîne aussi une perte d'appétit ou de la motivation à cuisiner.

À chaque situation, des mesures peuvent être prises pour garder le plaisir de s'alimenter selon ses goûts et ses habitudes ainsi que les contraintes liées à l'état de santé ou aux traitements.

Il est notamment recommandé de faire au moins 3 repas par jour, varier son alimentation, et manger équilibré, sans oublier les fruits et les légumes. Le maintien d'un poids stable favorise l'état de santé général et donc la bonne acceptation des traitements.

Certaines tumeurs ou traitements spécifiques peuvent avoir un impact particulier sur la digestion. Le médecin traitant, aidé du nutritionniste ou du diététicien mettra en place les moyens de prévenir ou d'atténuer ces effets.



Bien manger

Si durant une période les apports alimentaires sont insuffisants ou que la difficulté à se nourrir est trop importante, il sera proposé une nutrition par sonde ou par voie veineuse. Elle apporte tous les nutriments nécessaires et permet la poursuite du traitement dans de bonnes conditions. Si nécessaire, cela peut se faire à domicile.

Et après les traitements ?

Les effets secondaires peuvent perturber le système digestif même après l'arrêt des traitements. Les précautions alimentaires seront prises selon la situation, notamment en fonction des interventions chirurgicales subies. Habituellement, en reprenant progressivement ses habitudes alimentaires, une activité physique et en maintenant un poids stable, l'équilibre digestif se rétablira.

Des compléments nutritionnels peuvent faciliter cette récupération. Ils sont prescrits par le médecin et sont remboursés.

Les professionnels de la nutrition

Au sein des services ou en consultation de ville, les nutritionnistes et les diététiciens proposent les régimes alimentaires adaptés aux demandes et aux besoins de chacun selon les contraintes médicales, les goûts et les habitudes alimentaires.

Le médecin nutritionniste est un médecin spécialisé. Il prévient, dépiste et traite les problèmes liés à la Nutrition. Il peut également prescrire des médicaments, des analyses ou des examens médicaux.

Le diététicien nutritionniste a suivi une formation paramédicale. Il prévient, dépiste et réalise des bilans diététiques. Il conseille les patients, prend en charge leurs troubles digestifs et nutritionnels et établit les régimes sur prescription médicale.

Une alimentation sera bénéfique si elle est adaptée aux symptômes observés et prévient les complications digestives des traitements. Elle participe aussi à l'état de santé et à la qualité de vie de chacun.

Ne pas hésiter à en parler à son médecin.



Médecines douces ou thérapies complémentaires

Il peut être tentant de recourir à d'autres pratiques que celles du protocole des médecins pour atténuer les effets de la maladie sur le physique ou sur le mental. Si les médecines douces ou autres thérapies complémentaires peuvent apporter un bien-être, elles sont à manier avec précaution.

Des techniques multiples

Le Conseil de l'Ordre des médecins les définit comme des pratiques médicales "non éprouvées". Elles n'ont pas fait leurs preuves, selon les critères scientifiques exigés pour tout traitement. Ces techniques sont multiples et reflètent différentes réalités.

La plupart ne sont pas spécifiques au cancer : les approches dites corporelles concernent la relaxation, la sophrologie, le yoga, la réflexothérapie plantaire... En diminuant le stress, en permettant de réinvestir le corps malade, elles peuvent aider à mieux vivre pendant la maladie. Certaines structures de soins ou des associations de patients en lien avec les services, proposent d'ailleurs des séances de ce type.

Un complément aux traitements

D'autres techniques se prétendent spécifiques au cancer : régimes, phytothérapie, vitaminothérapie, oligothérapie... Il n'y a pas de preuve de leur efficacité. De plus, elles



Médecines douces ou thérapies complémentaires

sont à manier avec beaucoup de précaution car certains produits peuvent interférer avec les traitements en cours.

Il faut donc avant tout s'adresser à l'équipe soignante pour vérifier que telle ou telle pratique n'est pas contre-indiquée selon la tumeur, le stade de la maladie, les traitements en cours... Ces pratiques sont un complément aux traitements contre le cancer, mais jamais une alternative.

Homéopathie et acupuncture, une place à part

Toujours en accord avec l'équipe soignante, ces deux pratiques ont une place particulière car elles sont prescrites et suivies par des médecins. Elles peuvent notamment réduire les nausées et les vomissements liés aux chimiothérapies. Elles apportent un bien-être physique et moral mais elles ne s'attaquent qu'aux symptômes et en aucun cas ne guérissent du cancer.

Attention aux dérives

Certaines personnes mal intentionnées peuvent profiter de la faiblesse de la personne malade pour la manipuler. Voici quelques clés pour les identifier avant d'en parler à l'équipe soignante :

- s'ils dénigrent les traitements ou conseillent de les arrêter,
- s'ils promettent des bienfaits supérieurs aux résultats des traitements proposés par l'équipe médicale,
- s'ils proposent d'agir à la fois sur le mental et sur le physique,
- s'ils proposent des séances gratuites pour essayer une méthode ou demandent de régler à l'avance des séances,
- s'ils utilisent un langage pseudo-scientifique ou prétendent avoir découvert un principe très simple,
- s'ils conseillent de vous couper de votre famille, de votre médecin, de votre entourage pour favoriser votre guérison.

Les thérapies complémentaires peuvent apporter un bien-être. Mais elles ne remplacent pas les traitements, elles ne doivent pas être en contre-indication avec eux. Enfin, leur pratique ne doit pas donner lieu à une exploitation financière ou à toute autre manipulation à tendance sectaire.

Avant de vous lancer, demandez donc conseil à votre médecin !





La sexualité

La sexualité appartient à l'intimité de chacun. Dans la majorité des cas, les perturbations de la santé sexuelle sont temporaires. Des solutions existent pour les prévenir ou les résoudre. En parler permet déjà de briser ce tabou et de corriger les fausses idées.

Chaque cas est différent

Pour autant, chaque cas est différent et les priorités et souhaits de chacun sont variables selon la personnalité, le moment, la personne qui accompagne...

Le stress, la perte de confiance en l'avenir ainsi que la modification de l'image de soi ont un impact sur le désir et l'excitation. Dans certains cas, la tumeur ou ses traitements entraînent des troubles fonctionnels.

Les traitements en cas de cancers des parties génitales et des zones érogènes ont des implications particulières. Il ne faut donc pas hésiter à parler aux professionnels de santé de ces questions même si cela paraît délicat.

Les associations de patients ont un rôle important pour aider les hommes et les femmes à mieux comprendre et à mieux intégrer cette dimension.

9



La sexualité

Les troubles de la fertilité

Même si les effets secondaires des traitements sont de mieux en mieux gérés, les chimiothérapies et certaines radiothérapies ou chirurgies peuvent entraîner des problèmes de fertilité (temporaires ou définitifs). Évoquer tôt ses projets parentaux est important pour mettre en place avec l'équipe médicale une prévention de l'infertilité (conservation de sperme, de follicule ovarien...).

Retrouver une santé sexuelle

En dehors de la chirurgie, il n'y a pas de délai à respecter après les traitements pour reprendre une activité sexuelle selon le désir et la forme physique de chacun. Le dialogue et la redécouverte progressive du corps de l'autre débloquent la majorité des situations pour retrouver cette vie émotionnelle, affective et relationnelle.

Les médecins ou les professionnels de la santé sexuelle peuvent proposer une série d'outils pour y aider (information, soins esthétiques, médicaments contre les troubles érectiles, les douleurs ou les sécheresses vaginales...).

Un soutien psychologique, l'intimité d'un groupe de parole ou l'anonymat d'un forum de discussion peuvent apporter une aide pour retrouver confiance en l'avenir et en son image corporelle.

Et les ados et jeunes adultes ?

Cette question prend une dimension particulière pour cette tranche d'âge où l'on se construit sur le plan corporel et où l'on forge son identité sexuelle. L'information des parents et l'échange avec d'autres jeunes passant par la même épreuve apportent soutien et conseils. Le forum de l'association *Jeunes Solidarité Cancer* est là pour cela.

Quel que soit l'âge, la santé sexuelle et la vie intime sont une force de vie qui participe à la vie personnelle, identitaire et relationnelle de chacun. Sa perte n'est pas un prix à payer dans la bataille contre la maladie.

En parler rapidement à son médecin, à l'infirmière d'annonce ou à un psychologue permet de se rassurer efficacement.



9

Avec la collaboration du Dr Pierre Bondil, urologue-oncologue, CH de Chambéry



Une activité physique adaptée

Marche sportive, gymnastique, vélo, aérobic... Maintenir une activité physique même pendant les traitements est bénéfique pour le moral et la qualité de vie.

Une activité pas que sportive

L'activité physique adaptée permet la mise en mouvement des personnes qui en raison de leur état ne peuvent pratiquer cette activité dans des conditions habituelles. Elle répond aux besoins spécifiques de santé de chacun et ne se réduit pas à la pratique sportive mais inclut l'ensemble des activités de la vie quotidienne : les tâches domestiques, le travail, les transports, les loisirs. L'activité physique correspond à l'énergie dépensée au cours des mouvements. La nature, l'intensité, la durée et la fréquence doivent être modulées selon le moment de la maladie, les traitements et les possibilités de chacun.

Un bénéfice sur la qualité de vie

L'activité physique permet une amélioration de l'état de santé général, du moral, de la qualité de vie, de l'état psychologique et émotionnel. Elle réduit d'environ 30% le niveau de la fatigue quel que soit le moment de la prise en charge du cancer. L'activité physique adaptée a un bon impact sur l'image et la confiance en soi et permet également de mieux suivre les traitements. Ces bénéfices ont été démontrés pour de nombreux cancers.

10



Une activité physique adaptée

Pratiquer une activité physique régulière permet de diminuer le risque de développer certains cancers (sein, côlon). Cette activité physique permet également d'améliorer la survie à plusieurs cancers. Par exemple, après un cancer localisé du sein, elle améliore le pronostic en diminuant le risque de rechute d'environ 30%.

Une activité adaptée et progressive

Maintenir une activité physique est essentiel mais son type et son intensité varient en fonction de l'état de santé du sujet, du stade de la maladie, des traitements, des souhaits des personnes et des possibilités locales.

Selon le moment des traitements, le poids, la fatigue mais aussi les envies de chacun, des professionnels réfléchissent à l'activité la plus adaptée. Il s'agit d'enseignants d'activités physiques adaptées, de certains éducateurs sportifs spécifiquement formés ou de kinésithérapeutes.

Un bilan d'évaluation initial permettra d'établir un programme personnalisé et progressif. Un certificat médical d'aptitude sera nécessaire pour pratiquer en toute sécurité cette activité physique.

Pendant ou juste après la maladie, il vaut mieux éviter les salles de sport publiques s'il n'y a pas d'accompagnement par un professionnel formé à cette activité physique adaptée, et sensibilisé aux problèmes de la cancérologie. L'idéal est de rejoindre des structures associatives sportives ou de loisirs bien sensibilisées à la reprise d'une activité sportive pour ces patients. Les médecins de soins de support et/ou les cancérologues vous orienteront vers les structures les plus adaptées.

L'activité physique adaptée a également pour but de reprendre en main son quotidien et de faciliter le retour à une pratique sportive en conditions ordinaires et à une vie sociale après la maladie.

Ne pas hésiter à s'adresser à son médecin pour tout conseil !



10

Avec la collaboration du Pr Michel Puvion, Oncologue médical, Hôpital d'Instruction des Armées Desgenettes, Lyon.



Se repérer dans les aides sociales

Comprendre ses droits en tant que malade ou proche n'est pas toujours facile, surtout quand son attention est occupée ailleurs. Des aides financières ou techniques existent pour faciliter le quotidien. Encore faut-il s'y retrouver !

Consulter une assistante sociale

Chaque situation est unique. La constitution d'un dossier d'aide tient compte de la situation présente de l'usager, de ses revenus diminués du fait de la maladie, du lieu géographique où il réside, etc...

Le meilleur moyen de s'y retrouver est de s'adresser à une assistante sociale. Elle va aider à faire un bilan social et un tour d'horizon de ce qui est possible selon chaque situation, afin d'améliorer les conditions de vie sociale, économique, professionnelle. Elle pourra diriger vers des associations relais, des dispositifs locaux... Elle est tenue au secret professionnel.

Une assistante sociale peut être présente dans le lieu de soins. Mais une consultation sociale est également possible auprès de la Caisse primaire d'assurance maladie, la Caisse d'allocations familiales, les caisses de retraite, les institutions de prévoyance, les mutuelles santé ainsi que le Centre communal d'action sociale et les Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MDPH).

Se repérer dans les aides sociales

Les MDPH

Selon la loi, le terme de handicap désigne toute limitation de l'activité ou restriction de participation à la vie en société. Le rôle de ces MDPH est de reconnaître le handicap (de façon temporaire ou définitive) et de l'indemniser. Des aides techniques ou humaines peuvent être apportées dans le cadre du maintien au domicile en particulier.

Relire ses contrats

D'autres aides peuvent aussi être apportées. Par exemple, il est possible de demander des aides auprès de l'action sociale des caisses de retraite, des caisses de prévoyance, ou encore de la mutuelle. Différentes aides ou services sont également liés aux assurances ou à la carte bleue, assurance habitation : ménage, garde, conseils juridiques, suspensions de remboursements... Il ne faut donc pas hésiter à bien relire ses contrats.

Aides pour les proches

Des aides existent également pour les proches, comme le congé d'accompagnement, ainsi que des aides spécifiques pour les parents d'enfants malades.

Informations et aides d'urgence

Différents espaces de rencontres et de renseignements sont présents dans les structures hospitalières ou en ville comme les *Espaces de Rencontres et d'Information*, les *Kiosques Information Cancer*, les *Espaces Ligue*, les *Accueils Cancer de la Ville de Paris*... Ils peuvent guider la personne malade ou ses proches dans toutes ces démarches. La ligne téléphonique *Cancer Info Service* également : 0810 810 821.

Certaines associations comme la *Ligue Contre le Cancer* proposent également des aides d'urgences complémentaires aux autres aides sociales : 0810 111 101 (voir les coordonnées du comité départemental sur le site Internet : www.ligue-cancer.net).

Il est important de rencontrer un professionnel de l'action sociale pour aider dans toutes les démarches qui facilitent le quotidien pendant et après la maladie.



Préserver son image corporelle

Durant la maladie, le corps, la peau, les cheveux sont malmenés à cause des effets des traitements. Pour maintenir moral et qualité de vie, se donner du temps pour prendre soin de soi est essentiel.

L'onco-esthétique

Les traitements contre le cancer ont un impact sur le corps et sur la peau. Ces conséquences sont très variables selon les traitements et les individus. Les effets sont plus ou moins durables. Par des soins et des conseils, l'onco-esthétique aide à les atténuer ou à mieux les accepter.

Les soins proposés lors de séances individuelles ou de groupes sont les mêmes qu'en salon esthétique tout en étant adaptés aux règles d'hygiène, aux traitements, à l'état de santé des patients et à leurs besoins. Ils sont proposés gratuitement dans un cadre rassurant avec un personnel formé spécifiquement.

Une bulle de détente

Le soin est une bulle de détente, une parenthèse beauté qui permet de garder un lien bienveillant avec soi-même. Le salon d'esthétique est un lieu pour se réapproprier son corps et tester le regard de l'autre.

Préserver son image corporelle

Soins du visage, des mains, apportent hydratation mais aussi confiance en soi. Les conseils de maquillage ou sur les prothèses capillaires ou les foulards sont précieux pour gérer l'absence de cheveux.

Lors des massages, le corps est effleuré, touché pour autre chose que des soins médicaux. Ils apportent un bien-être physique et psychologique. Des conseils sont également donnés lors de ces séances pour faire durer le bénéfice de ces soins au quotidien.

Un bénéfique sur la maladie

Les équipes médicales ont constaté que ces soins ont également des bénéfices physiologiques : baisse de l'hypertension et de la tension musculaire, détente générale, réduction des états nauséux, meilleure acceptation des traitements et surtout, ils redonnent le sourire.

La vision est le sens le plus utilisé pour décoder son environnement. L'entretien de son image est donc un atout essentiel dans les relations sociales et professionnelles qui, elles aussi, sont compliquées par la maladie.

Les soins socio-esthétiques concernent en premier lieu les femmes. Mais les séances sont ouvertes aux hommes notamment aux adolescents et jeunes adultes chez qui la question de l'image de soi est aussi une préoccupation.

Les professionnels de la socio-esthétique

La socio-esthéticienne ou psycho-socio-esthéticienne est une esthéticienne formée aux spécificités de la maladie et à ses conséquences sur le corps et le psychisme.

Des infirmières en oncologie se forment également à l'image et à l'esthétique pour apporter conseil et bien-être aux personnes malades.

Ces séances sont proposées dans les structures de soins, avec le soutien d'associations comme la *Vie de plus belle* ou *Cosmetic Executive Woman*. En ville, des lieux de conseils et d'échanges existent également comme *L'Embellie*.

Prendre soin de son corps, de son bien-être et de son image n'est pas superflu dans le processus de la maladie.

Des activités de ce type sont peut-être proposées dans votre service ou à proximité. Il ne faut pas hésiter à se renseigner auprès de l'équipe soignante ou des espaces d'information de l'hôpital.





Mes proches et moi

Où'il soit membre de la famille, ami ou collègue, le proche d'une personne malade est avant tout celui qui va pouvoir lui apporter un soutien. Il a différents rôles à jouer selon l'étape de la maladie et ses liens avec la personne malade.

Chacun a sa place

Le rôle de chacun n'est pas prédéfini. Selon ses habitudes et ses relations de confiance, chacun trouve sa place auprès de la personne malade. Au quotidien, il s'agit de maintenir au mieux les liens préexistants pour que la personne malade se sente le mieux possible.

Le conjoint et les parents ont bien sûr une place plus importante. Ils peuvent accompagner leur proche malade au quotidien à l'hôpital ou à la maison ; selon le désir du patient, un proche peut assister aux consultations. Cela permet d'être soutenu et de rediscuter des nombreuses informations qui ont été données lors de l'entretien. Cet accompagnement par un proche est même conseillé lors de la consultation d'annonce.

Un soutien essentiel

Le soutien des proches est important quelle que soit la phase de la maladie, à l'annonce comme à la fin des traitements, ou lors de la reprise des activités ou du travail.

Il prend en compte les besoins et les attentes de la personne malade.

13



Mes proches et moi

Chacun a des réactions différentes, un vécu différent de la maladie. L'échange entre la personne malade et ses proches est essentiel pour permettre à celle-ci d'exprimer ce dont elle a besoin, de partager, si elle le souhaite, ses émotions et de se sentir mieux comprise pour avancer ensemble.

Les proches sont aussi les premiers témoins des signes inhabituels ou de changements de comportements. Ils sont donc une aide précieuse pour l'équipe soignante. Au quotidien, ils peuvent aussi apporter une aide logistique importante, pour faciliter les gestes du quotidien et aider au retour à une vie sociale.

Il arrive qu'une personne veuille traverser cette épreuve seule, souvent pour protéger ses proches. Tout en respectant cela, lui montrer que l'on est là pour elle en cas de besoin, est déjà une façon d'aider.

Que dit la loi ?

Le secret médical protège l'intimité de la personne malade. Pour autant, en cas de diagnostic ou de pronostic grave, le secret médical ne s'oppose pas à ce que la famille et les proches reçoivent les informations nécessaires destinées à leur permettre d'apporter un soutien direct à celle-ci, sauf opposition de sa part.

La loi prévoit aussi la possibilité de désigner une personne de confiance qu'elle soit ou non de la famille. (Voir fiche 14).

Aider les proches

La vie des proches est elle aussi perturbée. Des lieux d'échanges, comme les *Espaces de Rencontres et d'Information*, existent pour répondre à leurs questions. Un soutien psychologique leur est possible dans la plupart des structures de psycho-oncologie. Les groupes de parole pour les proches, comme ceux proposés par la *Ligue contre le Cancer*, favorisent l'expression des angoisses et le partage d'expérience.

Concernant les aides sociales, les proches ont également des droits comme l'allocation de présence parentale pour les parents d'enfants malades ou le congé d'accompagnement. (Voir fiche 14). Pour en savoir plus, s'adresser à l'assistante sociale du service.

Le lien entre une personne malade et ses proches est important pour avancer ensemble dans le processus de la maladie. Etre proche est une réelle implication. Il faut donc savoir aussi faire des pauses et accepter de se faire aider.

13

Avec la collaboration de Dr Sarah Dauchy, psychiatre, Institut Gustave Roussy, Villejuif.

Lexique

Adénopathie Ganglion anormalement augmenté de volume.

Allogreffe Injection chez un patient appelé receveur, des cellules souches sanguines prélevées chez un donneur. Le but est de remplacer la moelle osseuse malade du patient par celle du donneur.

Alopecie Chute ou absence, partielle ou généralisée, des cheveux et/ou des poils.

Anémie Diminution du taux d'hémoglobine dans le sang.

Antalgique Traitement ou posture ayant pour but de calmer la douleur.

Antémétique Traitement destiné à prévenir et à contrôler les nausées ou haut-le-cœur et les vomissements.

Antirjet Aussi appelé immunosuppresseur. Médicament permettant d'éviter le rejet par l'organisme d'un organe greffé.

Aplazie Diminution momentanée de la production par la moelle osseuse des globules rouges (anémie), des globules blancs (neutropénie) ainsi que des plaquettes (thrombopénie), provoquée par les traitements anti-cancer.

Asthénie Etat de fatigue plus ou moins intense pouvant aller jusqu'à l'épuisement.

Autogreffe Réinjection, chez un patient, de ses propres cellules souches sanguines, prélevées avant les traitements et réinjectées ensuite pour favoriser la récupération hématologique.

Biopsie Opération sous anesthésie locale ou générale consistant à prélever un fragment d'organe ou de tumeur pour l'analyser.

Cathéter Tuyau fin et souple destiné à être placé ponctuellement ou en permanence dans les vaisseaux pour réaliser des injections ou des perfusions.

Céphalées Maux de tête.

Chambre implantable Appelée aussi site ou capsule ou port-à-cathé du nom des premières chambres commercialisées. Petit boîtier de quelques cm implanté sous la peau, introduit dans une veine profonde ou dans le liquide autour de la moelle épinière, permettant d'injecter les médicaments.

Dyspnée Difficulté à respirer, avec une sensation de gêne ou d'oppression pouvant aller jusqu'à une sensation d'étouffement.

Endoscopie Examen consistant en l'introduction d'un tube souple de quelques mm ou cm de diamètre permettant la retransmission d'images par des fibres de verre pour la réalisation de gestes à l'intérieur de l'organisme (organes creux : poumon, estomac, côlon...) sous contrôle de la vue.

Exérèse Intervention chirurgicale visant à enlever une partie ou la totalité d'un organe.

Ganglion lymphatique Le système lymphatique est composé de vaisseaux et de ganglions qui jouent un rôle de filtre et de barrière immunitaire permettant à l'organisme de combattre les infections (de façon complémentaire aux globules blancs) et les tumeurs.

Hémopathie Maladie du sang.

Hémostase Arrêt d'une hémorragie.

IRM Imagerie par Résonance Magnétique. Examen radiologique utilisant des champs magnétiques pour obtenir des images internes du corps humain en complément souvent d'autres techniques d'imagerie (échographie, scanner dit aussi TomoDensitométrie-TDM, Petscan, scintigraphie...) et/ou endoscopies. Cf Petscan, scanner.

15



Lympe Liquide riche en protéines et en lymphocytes, circulant dans les vaisseaux et les ganglions lymphatiques. Les lymphocytes jouent un rôle essentiel dans les réactions immunitaires de l'organisme. Cf Ganglion lymphatique.

Lymphœdème Gonflement, par exemple du bras, suite à une circulation lymphatique défectueuse.

Marqueur tumoral Substance sécrétée par les cellules tumorales. Son dosage dans le sang permet d'aider à suivre l'évolution de certaines tumeurs (PSA dans le cancer de la prostate par exemple).

Mucite Inflammation des muqueuses (tissu de revêtement) de la bouche et des voies digestives, respiratoires ou urinaires.

Neutropénie Diminution, dans le sang, du taux de neutrophiles, une catégorie de globules blancs.

Petscan Positron Emission Tomography Scanner. Appareil d'imagerie médicale permettant la localisation des foyers pathologiques exprimant une activité métabolique élevée (reproduction rapide des cellules).

Prurit Démangeaison.

Scanner ou TDM (TomoDensitométrie) Appareil de radiodiagnostic qui permet d'obtenir et de traiter des images en coupe dans les différents axes du corps.

Scintigraphie Technique d'imagerie visualisant un organe ou un tissu par l'intermédiaire d'une substance radioactive injectée ou ingérée.

Septicémie Infection générale due à la pullulation de microbes dans le sang.

Thrombopénie Diminution du taux de plaquettes dans le sang.

Quelques sigles

AAH Allocation adulte handicapé

AERAS Assurer et emprunter avec un risque aggravé de santé (convention)

AGEFIRH Association de gestion des fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées

AEEH Allocation d'éducation de l'enfant handicapé

AJPP Allocation journalière de présence parentale

ALD Affection de longue durée

CECOS Centre d'étude et de conservation des œufs et du sperme

CISS Collectif inter-associatif sur la santé

DMP Dossier médical personnel

INCA Institut national du cancer

MDPH Maison départementale des personnes handicapées

HAD Hospitalisation à domicile

NB - Medisigle est une application gratuite pour smartphone développée avec l'Union Nationale Hospitalière Privée de Cancérologie (UNHPC). Elle regroupe plus de 38000 sigles.

15

XVIII Ordonnances

Le

Contre les nausées, vomissements associés à votre chimiothérapie
TRAITEMENT SYSTEMATIQUE

Le jour de la chimiothérapie =J1 :

EMEND[®], Aprepitant 125 mg :

Apporter votre boîte lors de l'hospitalisation
L'infirmière du service vous indiquera à quelle heure prendre votre comprimé

!!! Pour vous procurer l' Emend[®] à la pharmacie vous devez être en possession de l'ordonnance spécifique médicament d'exception (ordonnance quatre volets A4 bleue) !!!

Le lendemain = J2

EMEND[®], Aprepitant 80 mg :
une gelule le matin.

MEDROL[®], Méthylprednisolone, comprimé à 16 mg :
4 cp soit 64 mg le matin.

ZOPHREN[®], Ondansétron, comprimé à 8 mg (boîte de 2cp) :
un comprimé matin et soir .

Le surlendemain = J3

EMEND[®], Aprepitant 80 mg :
une gelule le matin.

MEDROL[®], Méthylprednisolone, comprimé à 16 mg :
4 cp soit 64 mg le matin.

Le quatrième jour = J4

MEDROL[®], Méthylprednisolone, comprimé à 16 mg :
4 cp soit 64 mg le matin.

QSP cycles de chimio de jours (Schéma J 1 reprise J).

Contre les nausées, vomissements associés à votre chimiothérapie
TRAITEMENT SYSTEMATIQUE

Le jour de la chimiothérapie = J1 :

- EMEND®, Aprépitant 125 mg :**
 Apporter votre boîte lors de l'hospitalisation
 L'infirmière du service vous indiquera à quelle heure prendre votre comprimé
!!! Pour vous procurer l' Emend à la pharmacie vous devez être en possession de l'ordonnance spécifique médicament d'exception (ordonnance quatre volets A4 bleue) !!!

Le lendemain = J2

- EMEND®, Aprépitant 80 mg :**
 une gelule le matin.
- MEDROL®, Méthylprednisolone, comprimé à 16 mg :**
 4 cp soit 64 mg le matin.
- ZOPHREN®, Ondansétron, comprimé à 8 mg (boîte de 2cp) :**
 un comprimé matin et soir .
- PRIMPERAN®, Métoclopramide, cp à 10 mg :**
 1 à 2 cp trois fois par jour, maximum 6 cp par jour
- XANAX, Alprazolam, cp 0,50 mg :**
 1 cp matin et soir

Le surlendemain = J3

- EMEND®, Aprépitant 80 mg :**
 une gelule le matin.
- MEDROL®, Méthylprednisolone, comprimé à 16 mg :**
 4 cp soit 64 mg le matin.
- PRIMPERAN®, Métoclopramide, cp à 10 mg :**
 1 à 2 cp trois fois par jour, maximum 6 cp par jour
- XANAX, Alprazolam, cp 0,50 mg :**
 1 cp matin et soir

Le quatrième jour = J4

- MEDROL®, Méthylprednisolone, comprimé à 16 mg :**
 4 cp soit 64 mg le matin.
- PRIMPERAN®, Métoclopramide, cp à 10 mg :**
 1 à 2 cp trois fois par jour, maximum 6 cp par jour
- XANAX, Alprazolam, cp 0,50 mg :**
 1 cp matin et soir

QSP cycles de chimio de jours (Schéma J 1 reprise J).

Le

Contre les nausées, vomissements associés à votre chimiothérapie
TRAITEMENT SYSTEMATIQUE

Le jour de la chimiothérapie =J1 :

EMEND®, Aprépitant 125 mg :

Apporter votre boîte lors de l'hospitalisation
L'infirmière du service vous indiquera à quelle heure prendre votre comprimé

!!! Pour vous procurer l' Emend à la pharmacie vous devez être en possession de l'ordonnance spécifique médicament d'exception (ordonnance quatre volets A4 bleue) !!!

Le lendemain = J2

EMEND®, Aprépitant 80 mg :
une gélule le matin.

ZOPHREN®, Ondansétron, comprimé à 8 mg (boîte de 2cp) :
un comprimé matin et soir .

Le surlendemain = J3

EMEND®, Aprépitant 80 mg :
une gélule le matin.

QSP cycles de chimio de jours (Schéma J 1 reprise J).

Le

**MESURES ET TRAITEMENTS CONTRE LA CONSTIPATION
TRANSIPEG®**

Les produits de chimiothérapie, les médicaments anti-nausée peuvent modifier le transit et entraîner une constipation.

Surveillez votre transit, et appliquer les conseils ci-dessous :

Pensez à vous hydrater correctement

Pensez par aux eaux riches en Magnésium Ex : Un grand verre d'Eau d'Hépar® fraîche le matin

Alimentation si possible riche en fibres : pain complet, fruits, légumes, pruneaux.

TRANSIPEG® *Macrogol 3350*, sachets à 5.9g :

1 à 2 sachets en une seule prise le matin, diluer chaque sachet dans un verre de 100ml d'eau

QSP cycles de chimio de jours

Le

**MESURES ASSOCIEES à votre chimiothérapie par ALIMTA®, Permetrexed
Corticothérapie et Vitaminothérapie OBLIGATOIRES**

1. **Vitaminothérapie à débiter dès réception de cette ordonnance** et à poursuivre selon les modalités ci-dessous pendant toute la durée du traitement (ne pas interrompre votre vitaminothérapie sans l'aval du service référent) :

SPECIAFOLDINE®, Acide folique, (vitamine B9) comprimé à 0,4mg

1 comprimé matin et soir tous les jours

VITAMINE B12, Cyanocobalamine, ampoule de 1000µg/2 ml sol buv inject :

1 ampoule **à boire**, une fois toutes les 9 semaines

Pensez à renouveler la prise une fois toutes les 9 semaines.

2. **Corticothérapie** encadrant les cures de chimiothérapie par Alimta® :

MEDROL®, Méthylprednisolone, comprimé à 16 mg :

- **La veille de la cure = J -1 :**
2 comprimés soit 32 mg le matin et le soir
- **Le jour de la cure = le soir du J1 :**
2 comprimés soit 32 mg le soir
- **Le lendemain de la cure = J2 :**
2 comprimés soit 32 mg le matin et le soir

QSP cycles de jours (Schéma J1 reprise J) QSP mois

Le

**PREVENTION DE LA NEUTROPENIE (Baisse des globules blancs)
NEULASTA**

Faire pratiquer par une IDE, à domicile, week-end et jours fériés inclus si nécessaire :

NEULASTA[®] Pegfilgrastim 6 mg :

- Injection sous cutanée,
- 1 fois le lendemain soir de la chimiothérapie = J au soir.

!!! Pour vous procurer le produit à la pharmacie il vous faut être en possession de l'ordonnance de médicament d'exception (ordonnance quatre volets A4 bleue) !!!

Attention au mode de conservation et de transport du produit
Respectez scrupuleusement les consignes de votre pharmacien

QSP cycles de jours

Le

**Contre les nausées vomissement sous chimiothérapie TAXOTERE[®], docétaxel
TRAITEMENT SYSTEMATIQUE**

La veille de la chimiothérapie = J -1 :

- MEDROL[®], Méthylprednisolone, comprimé à 16 mg :**
2 cp soit 32 mg le matin et le soir.

Le jour de la chimiothérapie :

- MEDROL[®], Méthylprednisolone, comprimé à 16 mg :**
2 cp soit 32 mg le matin et le soir.

Le lendemain et surlendemain de la chimiothérapie = à J2 et à J3

- MEDROL[®], Méthylprednisolone, comprimé à 16 mg :**
2 cp soit 32 mg le matin et le soir.
- ZOPHREN[®], Ondansétron, comprimé à 8 mg (boite de 4cp) :**
1 cp matin et soir .
- PRIMPERAN[®], métoclopramide, comprimé à 10 mg :**
1 à 2 cp trois fois par jour, maximum 6 cp par jour

QSP cycles de chimio de jours (Schéma J 1 reprise J).

Le

Contre les nausées, vomissements associés à votre chimiothérapie

En cas de nausées et ou de vomissements :

PRIMPERAN[®], métoclopramide, cp à 10 mg :
1 à 2 cp trois fois par jour, maximum 6 cp par jour

QSP cycles de chimio de jours (Schéma J 1 reprise J).

Le

Contre les nausées, vomissements associés à votre chimiothérapie
TRAITEMENT DE SECOURS

Durant tout le cycle de chimiothérapie, SI BESOIN, en plus du traitement systématique , si celui-ci est insuffisant, ou si les nausées ou vomissements persistent ou surviennent à distance dans l'inter cure :

PRIMPERAN[®], métoclopramide, cp à 10 mg :
1 à 2 cp trois fois par jour, maximum 6 cp par jour

QSP cycles de chimio de jours (Schéma J 1 reprise J).

Le

PROTHESE CAPILLAIRE

Le

**PREVENTION DE LA NEUTROPENIE (Baisse des globules blancs) :
GRANOCYTE**

Faire pratiquer par une IDE, à domicile, week-end et jours fériés inclus si nécessaire :

GRANOCYTE © *Lénograstim 34*

- Injection sous cutanée,
- 1 fois par jour
- Pendant jours
- A partir du J de chaque cure de chimiothérapie

Soit du au pour cette cure

!!! Pour vous procurer le produit à la pharmacie il vous faut être en possession de l'ordonnance de médicament d'exception (ordonnance quatre volets A4 bleue) !!!

QSP cycles de jours

Le 05/12/2016

PRISES DE SANG : Ordonnance surveillance biologique et hématologique sous chimiothérapie :

Faire pratiquer au laboratoire d'analyses médicales ou par une IDE, si besoin à domicile :

- L'avant veille de chaque J1 de chaque cure de chimiothérapie : **Bilan B1 + B2**
- L'avant veille de(s) J J de chaque cure de chimiothérapie : **Bilan B1 seul**
- En surveillance biologique hebdomadaire intercure les : **Bilan B1 seul**

En cas de fièvre supérieure ou égale à 38,5°C réaliser en urgence le bilan suivant par une IDE à domicile week-end et jours fériés inclus, contacter le médecin le jour même :

- Numération formule sanguine
- Plaquettes
- CRP
- Procalcitonine
- Ionogramme sanguin
- Urémie et créatinémie avec estimation de la clairance de la créatinine

QSP mois

Légende :

- **Bilan B1 =**
 - Numération formule sanguine
 - Plaquettes
 - Ionogramme sanguin
 - Urémie
 - Créatininémie avec estimation de la clairance de la créatinine
 - Glycémie
- **Bilan B2 =**
 - Bilan hépatique : ASAT/ ALAT PAL GGT Bilirubinémie Totale et conjuguée
 - Albuminémie
 - Calcémie
 - LDH

En cas d'hémoglobine inférieure ou égale à 8,5 g/dL merci de réaliser des RAI

Merci de transmettre les résultats le jour au service d'HDS du CH d'Auxerre

-mise en ligne des résultats sur votre serveur de résultats

-ou au besoin par fax au 03 68 48 46 54

-merci d'adresser une copie au Médecin traitant

Le

PATCH ANESTHESIQUE LOCAL pour la CHAMBRE IMPLANTABLE

Merci d'appliquer le patch sur votre chambre implantable au moins une heure avant l'heure de votre convocation en hospitalisation :

EMLAPATCH® LIDOCAINE, PRILOCAINE, pansement adhésif cutané à 5 %

1 PATCH AVANT CHAQUE SEANCE (J)

QSP cycles (J J J) de jours

(Soit patchs par cycle)

Le

Contre les nausées, vomissements associés à votre chimiothérapie
TRAITEMENT SYSTEMATIQUE

Le jour de la chimiothérapie =J1 :

- EMEND® , Aprépitant 125 mg :**
Apporter votre boîte lors de l'hospitalisation
L'infirmière du service vous indiquera à quelle heure prendre votre comprimé
!!! Pour vous procurer l' Emend à la pharmacie vous devez être en possession de l'ordonnance spécifique médicament d'exception (ordonnance quatre volets A4 bleue) !!!

Le lendemain = J2

- EMEND® , Aprépitant 80 mg :**
une gelule le matin.
- MEDROL® , Méthylprednisolone, comprimé à 16 mg :**
4 cp soit 64 mg le matin.
- ZOPHREN® , Ondansétron, comprimé à 8 mg (boîte de 2cp) :**
un comprimé matin et soir .
- PRIMPERAN® , Métoproclamide, cp à 10 mg :**
1 à 2 cp trois fois par jour, maximum 6 cp par jour
- XANAX, Alprazolam, cp 0,50 mg :**
1 cp matin et soir

Le surlendemain = J3

- EMEND® , Aprépitant 80 mg :**
une gelule le matin.
- MEDROL® , Méthylprednisolone, comprimé à 16 mg :**
4 cp soit 64 mg le matin.
- PRIMPERAN® , Métoproclamide, cp à 10 mg :**
1 à 2 cp trois fois par jour, maximum 6 cp par jour
- XANAX, Alprazolam, cp 0,50 mg :**
1 cp matin et soir

Le quatrième jour = J4

- MEDROL® , Méthylprednisolone, comprimé à 16 mg :**
4 cp soit 64 mg le matin.
- PRIMPERAN® , Métoproclamide, cp à 10 mg :**
1 à 2 cp trois fois par jour, maximum 6 cp par jour
- XANAX, Alprazolam, cp 0,50 mg :**
1 cp matin et soir

QSP cycles de chimio de jours (Schéma J 1 reprise J).

XIX Coordination hospitalière

XIX.1 Checklist hôpital de semaine

Initiation de prise en charge Onco Thoracique : Check list de coordination

- Médecin référent défini Choisir**
- Médecin référent à définir**
- Réunion de concertation pluridisciplinaire :**
- Faite le 01/01/2014
 - CR disponible
 - CR en attente
 - Prévues le 01/01/2014 dossier et fiche RCP préparés
 - A prévoir
- Option thérapeutiques retenues :**
- Traitement spécifique :
 - Chimiothérapie IV type Choisir ou préciser :
 - Chimiothérapie associée à de la radiothérapie
 - Chimiothérapie orale
 - Thérapie moléculaire ciblée préciser :
 - Radiothérapie seule : préciser :
 - Traitements associés
 - Radiothérapie : type choisir et ou préciser :
 - « Biphosphonates » type : choisir fréquence : ou préciser
 - Autre : préciser :
- Consultation d'annonce :**
- Faite le 01/01/2014 par :
 - Prévues le 01/01/2014 sera faite par :
 - A prévoir
- Si première cs d'annonce faite avant la RCP → cs annonce thérap post RCP :**
- Faite le 01/01/2014 par :
 - Prévues le 01/01/2014 sera faite par :
 - A prévoir
- Indication d'une consultation onco gériatrique**
- Faite le 01/01/2014 par :
 - Prévues le 01/01/2014 sera faite par :
 - A prévoir
- Indication de consultation de RT :**
- Prévues le 01/01/2014 préciser par notes :
 - A prévoir
- Indication soins de supports**
- prise en charge psychologique notes :
 - prise en charge sociale notes :
 - prise en charge nutritionnelle notes :
 - prise en charge antalgique spécifique notes :
 - Autre : préciser :
- En absence de chimio : Reconvocation en Choisir**
- Prévues le 01/01/2014 préciser par notes :
 - A prévoir

Initiation de prise en charge Onco Thoracique : Check list de coordination

Concernant la chimiothérapie :

- Protocole défini :**
 - Séquençage J1 J2 J3 Reprise J21 si autre, préciser :
 - Nb de cures avant évaluation

 - Indication de prémédication**
 - Choisir , si besoin préciser
 - Ordonnances faites**
 - Remises au patient le 01/01/2014
 - Transmises au patient le 01/01/2014 par
 - Education thérapeutique prémed faite**
 - Prémed débutée le**
-
- Indication Chambre implantable :**
 - Cs chir pré pose de PAC :**
 - Faite le 01/01/2014 par : Choisir autre préciser :
 - Prévues le 01/01/2014 sera faite par :
 - A prévoir si besoin préciser par Choisir
 - Bon fait le 01/01/2014
 - pose de PAC :**
 - Faite le 01/01/2014 par :
 - Prévues le 01/01/2014 sera faite par : en Préciser
 - A prévoir
 - radio contrôle**
 - faite et vue
 - non faite
-
- Indication de bilan pré thérapeutique**
 - rénal : préciser :**
 - cardiaque :**
 - ETT nécessaire :
 - Faite le 01/01/2014 par :
 - Prévues le 01/01/2014 sera faite par :
 - A prévoir
 - Bon fait le 01/01/2014
 - Autre préciser :
 - Autre : préciser**
-
- Organisation première cure :**
 - Prévues le en Préciser
 - à prévoir sous Préciser
 - IDE coordinatrice prévenue
 - Ordonnance biologie pré chimio donnée**

XIX.2 Fiche coordonnées patient

Fiche coordonnées			
Patient			
Nom		Nom d'usage	
Prénom		Date de naissance	01/01/1901
Adresse			
Tel domicile		Tel professionnel	
Tel portable		Fax	
Autre :		E mail	
Personne de confiance			
<input type="checkbox"/> formulaire légal rempli daté et signé		Lien de relation : AUTRE	
Nom		Nom d'usage	
Prénom		Date de naissance	01/01/1901
Adresse			
Tel domicile		Tel professionnel	
Tel portable		Autre	
Personnes à prévenir :			
<input type="checkbox"/> Première personne à prévenir = Personne de confiance			
Lien de relation : AUTRE			
Nom		Prénom	
Tel domicile		Tel portable	
Lien de relation : AUTRE			
Nom		Prénom	
Tel domicile		Tel portable	
Lien de relation : AUTRE			
Nom		Prénom	
Tel domicile		Tel portable	

XIX.3 Acteurs de la prise en charge

Acteurs de la prise en charge : coordonnées utiles					
Equipe référente					
Fonction	Nom	Tel	Fax	Adresse	Notes
Médecin					
IDE coordinatrice					
Secrétaire					
Psychologue					
Assistant Social					
Médecin traitant					
Réseaux ville hôpital					
HAD					
Réseau de soins					
Autres Professions					
Kiné					
Dentiste					
IDE Libérale					
IDE Ville					
Laboratoire d'analyses médicales					
Labo de Ville					
Transporteur médical préférentiel indiqué par le patient					
Autre					

XIX.4 Dossier médical hôpital de semaine

PATIENT

Nom :

Nom d'usage :

Prénom :

DDN :

Personne de confiance :

Service de Pneumologie
Centre hospitalier d'Auxerre

Tel IDE coordinatrice : 03 86 48 48 48

Tel Secrétariat : 03 86 48 48 48

Fax : 03 86 48 46 54

Les soirs, nuits, week-ends et jours fériés joindre le service de pneumologie

MEDECINS

Pneumologue référent :

Dr

Médecin traitant :

Dr

Autres spécialistes :

Dr

Mode de vie

Profession :

- En activité
 Retraité

Autre : *préciser* :

Notion d'exposition à un agent carcinogène potentiel

Amiante :

- Professionnelle
 Environnementale

Autres carcinogène potentiel : Le(s)quel(s), *préciser* :

- Professionnelle
 Environnementale

Tabagisme :

- Actif
 Passif

Sevré : depuis :
 Chiffré : PA

Autre addiction significative :

Préciser :

Sevrée
 Non sevrée

Mode de vie :

Questionnaire de fragilité sociale modèle INCa

Si âge sup à 75 ans score onco gériatrique sur questionnaire G8

Evaluation ONCADAGE modèle INCa :
Score : /17

Evaluation onco gériatrique :

Questionnaire de dépistage de la fragilité sociale : *modèle INCa*

1. L'âge du patient est égal ou supérieur à 75 ans.
2. Le patient vit seul.
3. Le patient a des personnes à charge : *personnes âgées, handicapées ...*
4. Le patient ne vit pas chez lui.
5. Le patient ne bénéficie pas de l'aide de son entourage en cas de besoin.
6. Le patient n'a pas eu des contacts amicaux et/ou des activités de loisirs (*sportives, culturelles ou associatives*) au cours des 12 derniers mois.
7. Le patient n'a pas eu des contacts familiaux au cours des 6 derniers mois.
8. Le patient rencontre des difficultés dans les gestes de la vie quotidienne, y compris au travail.
9. Le patient ne bénéficie pas d'une couverture maladie complémentaire ou d'une couverture prévoyance.
10. Le patient n'exerce pas d'activité professionnelle, *si le patient est retraité, passer directement à la question 12.*
11. Son emploi n'est pas stable: (*ne pas répondre en cas d'inactivité*).
12. La situation financière de son foyer risque d'être déstabilisée par la maladie.

¹ La notion de vivre chez soi s'oppose à celle de vivre chez un parent, un enfant une tierce personne ou dans une institution. ² Contrat à Durée Déterminée, temps partiel, intérim.

Synthèse :

- Le patient présente un risque de fragilité sociale oui non
- Le patient souhaite rencontrer une assistante sociale oui non

Si la réponse à ces 2 items est oui : → **Signalement au service social**

Commentaires :

Source : INCa site e-cancer : www.e-cancer.fr

Comorbidités et ATCDs

Pathologies associées significatives / comorbidités :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Diabète : <i>préciser</i> : | <input type="checkbox"/> Dysthyroïdie : <i>préciser</i> : |
| <input type="checkbox"/> BPCO | <input type="checkbox"/> Maladie systémique auto-immune |
| <input type="checkbox"/> Insuffisance respiratoire | <input type="checkbox"/> Déficit immunitaire |
| <input type="checkbox"/> Insuffisance cardiaque | <input type="checkbox"/> Autre néoplasie évolutive : |
| <input type="checkbox"/> Insuffisance rénale chronique | <input type="checkbox"/> Autre /commentaire : |

Spécifier le statut respiratoire :

- Asymptomatique
 BPCO
 STADE de Gold : *préciser* :
 O₂ à domicile : *préciser* débit et durée :
 Ventilation à domicile : *spécifier* :
 Autre

ATCD cardio-vasculaires :

- HTA
 Cardiopathie ischémique : *préciser* :
 Cardiopathie rythmique : *préciser* :
 AOMI
 AIT/AVC
 Pathologie thrombo-embolique : *préciser* :
 Pacemaker DEF

ATCD néphrologiques :

Préciser:

ATCD neuro-psychiques :

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Pathologie neuro-dégénérative | <input type="checkbox"/> Autre ATCD psychiatrique :
<i>préciser</i> : |
| <input type="checkbox"/> Syndrome dépressif majeur | <input type="checkbox"/> Troubles cognitifs / Démence :
<i>préciser</i> : |

ATCD néoplasiques guéris ou en rémission complète :

préciser :

ATCD chirurgicaux :

ATCD gynécologiques :

Antécédents familiaux néoplasiques :

Nb : spécifier et dessiner un arbre

Préciser :

ATCDs : Texte libre

Traitement habituel

Date :

Nom	Posologie	Prises				Notes
		M	M	S	C	

Données cliniques générales

Capacité de vie / Statut OMS :

NS,

Données physiques initiales :

Poids à la prise en charge initiale : kg

Taille : cm

IMC :

Poids de forme : kg

Perte de poids : kg ou %

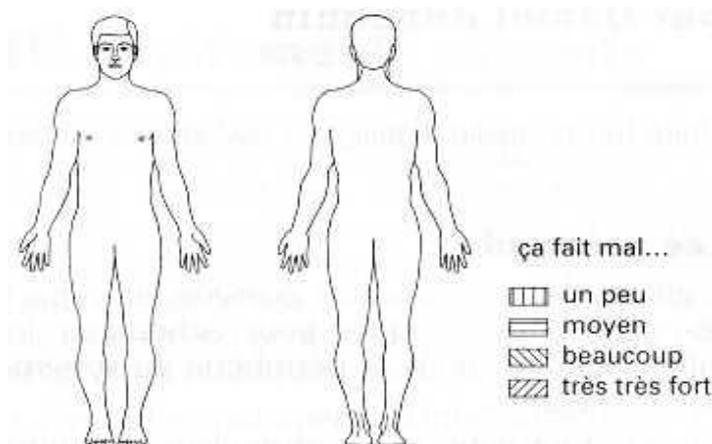
Points d'appels douloureux initiaux :

Oui

Non

Spécifier :

Zones douloureuses à placer sur le schéma :



Etat buccal :

RAS

Autre : *Préciser :*

Prise en charge spécialisée : En cours A organiser Prévüe *Préciser :*

Etat cutané :

Ras

Autre : *préciser :*

Examen clinique initial

Remarques générales :

Constantes :

Examen pulmonaire :

Examen cardio-vasculaire :

Examen abdomino-pelvien :

Examen neurologique :

Aires ganglionnaires :

Autres :

Données biologiques initiales

Valeurs de référence à lors de la prise en charge initiale

Hémoglobine : g/dL

Albuminémie : g/L

Calcémie : mmol/L

Créatinémie : micromol/L

Clairance : mL/min

Autres :

Si CBPC

NSE de référence :

LDH de référence :

Remarques complémentaires diverses

Contexte néoplasique initial

HDM :

Circonstances de découverte au diagnostic :

- Manifestations cliniques : *préciser :*
- Découverte fortuite
- Surveillance d'une autre pathologie :
préciser :
- Autre :

Clinique initiale en précisant si plainte douloureuse :

Diagnostic :

Anatomopathologie :

Statut mutationnel

- EGFR :
- KRAS :
- BRAF :
- HER2 :
- ALK :
- Autres :

TNM :

STADE :

PRECISION CARTOGRAPHIE TUMORALE (côté + territoire)

Tumeur primitive T :

Description et taille :

Localisation :

Latéralité : droite gauche médian non applicable non renseigné

Cible TDM :

Cible TEP :

Cible endoscopique : préciser :

Commentaire :

Envahissement pleural : préciser la nature :

Endoscopie bronchique :

Non significative

Pathologique : préciser :

Non réalisée

Commentaires :

Envahissement ganglionnaire N :

Préciser :

Cible TDM :

Cible TEP :

Commentaires :

Envahissement à distance M / Métastases :

Pleurale : préciser : Cible TEP cible TDM

Pulmonaire controlatéral : préciser : Cible TEP cible TDM

Autre :

Cérébrale(s) :

Nombre :

Cible TDM : préciser :

Cible IRM : préciser :

Symptômes : non oui préciser :

Surrénalienne(s) :

Droite Gauche Bilatérales

Cible TDM :

Cible TEP (SUV) :

Hépatique(s) :

Nombre :

Cible TDM :

Cible TEP (SUV) :

Osseuse (s) :

Localisation et description : préciser :

Cible TDM :

Cible TEP :

Cible scintigraphique :

Si os porteur, Risque fracturaire :

oui

non

non renseigné

Si axiale(s), risque médullaire :

oui

non

non renseigné non concerné

Fiche synthèse

Histoire néoplasique et phases thérapeutiques

Date de diagnostic	Anapath	Mutation	Localisation	TNM

Date de début	Date de fin	Événement	N° ligne	Précision	Protocole	Commentaire

DOSSIER de CHIMIOThERAPIE

Nom d'usage

Prénom

Nom

**Date de
naissance**

01/01/1901

TYPE de ligne : NEO ADJUVANTE ADJUVANTE AUTRE : *préciser :*

NUMERO DE LIGNE :

PROTOCOLE :

SCHEMA : J J

Reprise J

Adaptation de dose initiale :

Oui
 Non

Préciser :

Facteurs de croissance :

Oui
 Non

Préciser :

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES GENERAUX A L'INSTAURATION DE LA LIGNE

- **Capacité de vie / Statut OMS :**

NS,

- **Données physiques initiales :**

Poids en début de ligne : kg

Taille : cm

IMC :

Perte de forme : kg

Perte de poids : kg ou %

- **Commentaires :**

Séance de chimiothérapie

Date		Médecin		Poids	
Ligne		Protocole		dPoids	
Cure n°	/	J		PS	NS,

Verification prémédication selon protocole :

Préciser

si défaut de prémédication, *préciser* :

Toxicités cliniques							
Type	Y/N	Grade	Remarques	Type	Y/N	Grade	Remarques
NVIC	NON	NC		Hémorragie	NON	NC	
Diarrhée	NON	NC		Infection	NON	NC	
Constipation	NON	NC		Sp Cutanés	NON	NC	
Neuropathie	NON	NC		Alopécie	NON	NC	
Mucite	NON	NC		Autre	NON	NC	

Toxicités hématologiques							
Type	Y/N	Grade	Remarques		Y/N	Grade	Remarques
Anémie	NON	NC		Rénale : Créat	NON	NC	
Neutropénie	NON	NC		Hépat : Transa	NON	NC	
Thrombopénie	NON	NC		Hépat : Bili	NON	NC	
Leucopénie	NON	NC		Autre :	NON	NC	
Autre	NON	NC			NON	NC	
	NON	NC			NON	NC	

Evènements cliniques intercurrents :

Notes libres : plaintes du patient, examen clinique, remarques diverses :

Indication d'adaptation de dose :

Arguments :

Spécification :

Indication de modification des mesures associées (adaptation anti-émétiques, G CSF, etc. ...)

Arguments :

Spécifications :

Reconvocation :

XXCoordination médecin traitant

XX.1 Courrier médecin traitant : initiation de prise en charge onco-pneumologie

Courrier MT : Initiation de prise en charge onco-pneumologique

[Insérer une date]

[Destinataire]

[Fonction]

[Société]

[Adresse 1]

[Adresse 2]

[Adresse 3]

Cher Confrère,

Un diagnostic de cancer broncho-pulmoanire vient d'être effectué chez M/Mme XXXXX, dont vous êtes le médecin traitant.

La prise en charge onco-pneumologique va être effectuée dans notre service, le médecin référent de votre patient est le Dr YYY

Nous avons particulièrement à cœur de respecter et faciliter votre rôle de médecin traitant coordinateur de soins primaires indispensable à la prise en charge pluridisciplinaire optimale des patients et de leur famille.

C'est pourquoi toute l'équipe médicale et paramédicale s'efforcera d'être la plus disponible et réactive possible, n'hésitez pas à nous solliciter, vous trouverez en annexe *les coordonnées utiles du service* .

Nous vous adressons ci joints les différents documents relatifs à la prise en charge initiale de votre patient :

Le courrier de synthèse médicale initiale

Le compte-rendu anatomopathologique

Le compte-rendu de la Réunion de Concertation Pluridisciplinaire

La fiche de synthèse médicale dans le cadre du dispositif d'annonce

Le Programme Personnalisé de Soins avec le schéma des cures et le calendrier prévisionnel personnalisé.

Nous vous laissons le soin d'établir la prise en charge en ALD du patient

Pour les patients allant recevoir de la chimiothérapie, dans le souci de vous transmettre les informations de façon la plus efficiente possible, nous avons fait le choix de vous adresser dans les plus brefs délais un document synthétique sous forme de fiche type résumé,.

Des courriers médicaux complémentaires plus étayés seront réalisés aux différentes étapes charnières de la prise en charge : réévaluations, changement de protocole thérapeutique, ou si l'état de santé ou le contexte du patient le nécessite.

Nous avons établi un classeur patient pour faciliter notre collaboration qui comprend les documents pratiques relatifs à la prise en charge.

Ce classeur sera remis au patient lors de la consultation d'exposition des modalités thérapeutiques dans le cadre du dispositif d'annonce

En restant à votre disposition pour tout renseignement complémentaire, et en espérant que ces documents faciliteront notre collaboration,

Bien Confraternellement,
Claire Agogliati

XX.2 Compte rendu initiation de ligne de chimiothérapie

Coordination ville Hôpital : Compte rendu Initiation de ligne de chimiothérapie

Cher confrère,

M. _____ dont vous êtes le médecin traitant a été hospitalisé le _____, du _____ au _____ en hôpital de semaine de pneumologie (HDS) pour l'initiation sa nouvelle ligne de traitement.

Nous vous rappelons ci dessous de façon synthétique les éléments clefs de l'histoire néoplasique pulmonaire de votre patient, puis nous vous présentons le protocole thérapeutique qui débute.

Lors des séances ultérieures de cette même ligne de traitement, nous vous adresserons dans les plus brefs délais, idéalement le jour même, une fiche résumant la séance de chimiothérapie.

Vous trouverez également ci-joint :

Une copie de l'actualisation du Plan personnalisé de soins remis au patient :

- Présentation du protocole
- Schématisation du déroulement d'une cure et des mesures associées.
- Calendrier prévisionnel des séances de chimiothérapie.

N'hésitez pas à nous contacter pour tout renseignement complémentaire

Bien confraternellement,

Rappel des numéros utiles équipe référente :

IDE coordinatrice
Secretariat
Médecin référent

XX.3 Compte rendu normalisé de chimiothérapie

Coordination ville Hôpital : Compte rendu standardisé de séance de chimiothérapie

Séance du :

J C /

Protocole :

Séquençage : J J J reprise J

Ligne thérapeutique :

Diagnostic en bref :

Intercure :

Tolérance clinique :

- RAS
 On signalera :
spécifier :

Tolérance hématologique :

- RAS
 On signalera :
spécifier :

Evènement clinique significatif intercurrent :

- RAS
 Evènement significatif :

Le jour de la séance :

Plaintes du patient :

Examen clinique remarques significatives :

- RAS examen stable

Détail de la séance :

Adaptation de dose : Arguments : Spécification :

Modification des mesures associées Arguments : Spécification :

Données clinico-biologiques pré thérapeutiques :

Poids : kg Taille : cm SC :
GB : PNN : Hb : g/dL Plaquettes :
Créat : µmol/L Clairance : Autres : (BU ECG)

Produits de chimiothérapie :

- : mg/m2 soit de dose totale.
- : mg/m2 soit de dose totale.

Bonne tolérance clinique immédiate du traitement :

Incident per administration :

Notes, remarques diverses:

Autres actes thérapeutiques effectués en HDS (ex bi phosphonates, recharge martiale, transfusion, etc.) :

Prescriptions de sortie effectuées (préciser):

- Poursuite des prescriptions de mesures associées à la chimiothérapie remises au cures antérieures.
- Nouvelle(s) prescription(s) spécifique(s) :
- Autre(s) prescription(s) :

Interventions spécialisées dans la prise en charge en soins oncologiques de support :

- Consultations diététicienne :
- Consultation psychologue
- Intervention assistant social :
- Autre

Reconvocation(s) en HDS :

- pour chimiothérapie : le pour J C /
- pour autres actes en HDS :

Autres RDV prévus :

- examens complémentaires :
- consultations :
- autre :

TITRE DE LA THESE : Coordination ville-hôpital dans la prise en charge du cancer du poumon dans l'Yonne. Proposition d'outils visant à en améliorer l'efficacité.

AUTEUR : CLAIRE AGOGLIATI

RESUME :

Introduction : La coordination ville-hôpital en cancérologie est une obligation de santé publique rappelée par les différents Plans Cancers. Elle se heurte à la complexité de sa mise en place, à la consommation de temps médical et soignant. La complexité de ces maladies éloigne le plus souvent le médecin traitant de ses malades.

Matériels et méthodes : Ressentant le besoin d'améliorer cette coordination dans le département de l'Yonne nous avons réalisé une enquête auprès des médecins généralistes du département pour analyser leur ressenti, leurs attentes au sujet de la prise en charge des patients atteints de cancer bronchique.

Résultats : Les résultats de cette enquête nous ont amené à la création de documents structurés d'échange comprenant plusieurs parties.

Conclusion : L'outil élaboré a été testé en interne et semble utilisable dans la pratique, nous allons maintenant envisager un test de l'utilisation de ces outils dans la pratique quotidienne. Nous envisagerons une évaluation ultérieure de l'outil afin de l'améliorer.

MOTS-CLES : COORDINATION VILLE-HOPITAL ; MEDECIN TRAITANT ; CANCER BRONCHIQUE ; PLANS CANCER ; DOSSIER COMMUNICANT DE CANCEROLOGIE ; CHIMIOTHERAPIE.