

**ESNAULT Marine**

Master Management Sectoriel

Parcours Management des Risques, de la Qualité et des Flux

Année universitaire 2020-2021

**PERTINENCE DU PARCOURS DE SOIN DU CANCER DU SEIN AU  
CENTRE DE COORDINATION DE CANCEROLOGIE ARTOIS**

Mémoire de fin d'études de la 2<sup>ème</sup> année de Master

Sous la Direction de Monsieur CORVOISIER Cédric

Membre du jury :

- *Président du jury* : Monsieur le Professeur HUBERT Hervé – Professeur des Universités, Assesseur chargé de la Recherche, Responsable du Master Management des Risques, de la Qualité et des Flux, Faculté d'Ingénierie et Management de la Santé –
- *2<sup>ème</sup> membre du jury* : Monsieur CORVOISIER Cédric – Ingénieur Coordonnateur Qualité, Vigilances et Sécurité des Soins, Centre Hospitalier Universitaire de Lille –
- *3<sup>ème</sup> membre du jury* : Madame KRUKOWSKI Bérangère – Directrice des Opérations de l'Hôpital Privé de Bois-Bernard et Cheffe du Projet Médical du Pôle Artois –

Date de soutenance : 28 septembre 2021 à 9h00



## AVANT-PROPOS

Diplômée d'une licence de Psychologie en juillet 2018, j'ai décidé de poursuivre mes études en Coordination. Durant les deux années de Master Ingénierie de la santé, parcours Coordination des trajectoires de santé j'ai eu l'opportunité d'effectuer mon stage au sein de l'Établissement Public de Santé Mentale de l'Agglomération Lilloise. Il m'a été demandé, durant la première année de Master de visiter 5 secteurs de psychiatrie adulte et d'en observer les pratiques afin de découvrir s'il existait ou non du Case Management. Concernant le stage de 2<sup>ème</sup> année de Master, il a été dédié à l'évaluation d'un programme de réhabilitation psychosociale pour étudier l'impact de celui-ci sur l'autonomie dans la vie quotidienne des patients pris en soins en psychiatrie adulte.

Afin d'enrichir mes compétences et mon savoir-faire j'ai décidé d'intégrer la formation en Master 2 Management Sectoriel, parcours Management de la qualité, des Risques et des Flux.

Ce mémoire rentre dans le cadre de l'obtention du diplôme de ce Master. Il étudiera la satisfaction des patientes concernant le parcours de soins proposés en cancer du sein dans le Centre de Coordination de Cancérologie (3C) de l'Artois. L'idée de ce mémoire de recherche est venue afin d'optimiser les prises en charge proposées au sein des structures membres de ce 3C.

## REMERCIEMENTS

Je souhaite remercier Madame Bérangère KRUKOWSKI, tutrice de mon contrat de professionnalisation, de m'avoir permis de mener à bien ce mémoire et pour son suivi au sein de l'Hôpital Privé Arras les Bonnettes.

Je tiens également à remercier Monsieur Cédric CORVOISIER, Ingénieur Coordonnateur qualité, pour ses précieux conseils et son implication qui m'ont été d'une grande aide.

Je souhaite également remercier Monsieur Stéphane FILIPOVITCH, Elève directeur hospitalier, pour son suivi au sein du Centre Hospitalier d'Arras.

Finalement, je tiens à remercier toutes les personnes membres du Comité de Pilotage du Centre de Coordination de Cancérologie Artois pour leur confiance et leur implication dans mes missions, ainsi que tous les professionnels de santé impliqués dans le parcours de cancérologie de l'Artois et particulièrement les patientes qui ont participé à l'étude de satisfaction.

Une pensée particulière à ma famille et mes proches pour leur soutien tout au long de cette année.

*Marine*

# SOMMAIRE

AVANT-PROPOS.....	3
REMERCIEMENTS .....	4
SOMMAIRE .....	5
TABLE DES ANNEXES .....	6
TABLE DES FIGURES.....	7
GLOSSAIRE.....	8
INTRODUCTION THEORIQUE : UNE PRISE EN CHARGE DES PATIENTES ATTEINTES DE CANCER EN CONSTANTE EVOLUTION.....	9
1.    LE CANCER LE PLUS FREQUENT CHEZ LA FEMME.....	9
2.    UN PARCOURS DE PRISE EN SOINS TRACE.....	13
3.    LA PERTINENCE D’UN PARCOURS DE SOIN : QUALITE ET RATIONALISATION .....	17
4.    QUALITE ET INDICATEURS : UN OUTIL DE MANAGEMENT.....	23
METHODOLOGIE : MESURER ET AMELIORER LA QUALITE DES PARCOURS DE SOINS .....	25
1.    PRESENTATION DU PARCOURS DE PRISE EN CHARGE : FOCUS SUR LE 3C ARTOIS.....	25
2.    SELECTION D’UN ECHANTILLON REPRESENTATIF.....	27
3.    MODALITES DE REALISATION DE L’ENQUETE DE SATISFACTION .....	27
RESULTATS.....	30
1.    RESULTATS DESCRIPTIFS DU QUESTIONNAIRE.....	30
2.    RESULTATS DES INDICATEURS QUALITE .....	39
DISCUSSION .....	45
1.    LA REMISE AU PATIENT D’UN PROGRAMME PERSONNALISE DE SOINS ET D’UN PROGRAMME PERSONNALISE D’APRES-CANCER .....	46
2.    LA COORDINATION AVEC LA VILLE .....	48
3.    LE RESPECT DU QUORUM EN RCP .....	49
4.    LA PROPOSITION D’ACCOMPAGNEMENT PARAMEDICAL ET LES SOINS ONCOLOGIQUES DE SUPPORT.....	50
CONCLUSION GENERALE .....	51
BIBLIOGRAPHIE.....	52
ANNEXES.....	54

## TABLE DES ANNEXES

- *Annexe 1 : Fiche individuelle d'information sur l'évaluation du parcours de soin*
- *Annexe 2 : Questionnaire de satisfaction*
- *Annexe 3 : Déclaration de conformité CNIL*
- *Annexe 4 : Tableau des indicateurs*
- *Annexe 5 : Résultats de l'enquête*

## TABLE DES FIGURES

- *Figure 1 : Schéma de la structure du sein*
- *Figure 2 : Schéma chronologique du dispositif d'annonce*
- *Figure 3 : Cartographie des processus de la prise en charge d'un cancer du sein*
- *Figure 4 : Résultats en pourcentage du temps d'annonce médicale*
- *Figure 5 : Résultats en pourcentage de la forme du PPS*
- *Figure 6 : Résultats en pourcentage de la satisfaction concernant le contenu de l'entretien médical*
- *Figure 7 : Résultats des motifs de carence d'accompagnement paramédical en nombre de personnes*
- *Figure 8 : Résultats en pourcentage de la satisfaction concernant le contenu de l'entretien paramédical*
- *Figure 9 : Nombre d'entretiens réalisés par soin de support*
- *Figure 10 : Qualité perçue par les patientes concernant la qualité de l'information transmise au médecin traitant*
- *Figure 11 : Résultats en pourcentage de la satisfaction concernant l'accompagnement global*
- *Figure 12 : Utilité perçue de l'accompagnement de l'annonce en termes de soutien, réconfort, échange et dialogue*
- *Figure 13 : Résultats de l'indicateur « Qualité des prises en charge perçue par les patients »*
- *Figure 14 : Résultats de l'IQSS RCP*
- *Figure 15 : Résultats de la remise à la personne malade d'un PPS/PPAC*
- *Figure 16 : Cartographie des processus de la prise en charge d'un cancer du sein avec les ruptures éventuelles*

## GLOSSAIRE

3C : Centre de Coordination de Cancérologie  
AJCC : American Joint Committee on Cancer  
APA : Activité Physique Adaptée  
ARS : Agence Régionale de Santé  
ATIH : Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation  
CHA : Centre Hospitalier d'Arras  
CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens  
CNAMTS : Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés  
DCC : Dossier Communicant en Cancérologie  
DGS : Direction Générale de la Santé  
DGOS : Direction Générale de l'Offre de soins  
DPI : Dossier Patient Informatisé  
HAS : Haute Autorité de Santé  
HPAB : Hôpital Privé Arras les Bonnettes  
IFAQ : Incitation Financière à l'Amélioration de la Qualité  
INCa : Institut National du Cancer  
IRM : Imagerie par Résonance Magnétique  
LFSS : Loi de Financement de la Sécurité Sociale  
PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information  
PPAC : programme Personnalisé d'Après Cancer  
PPS : Programme Personnalisé de Soins  
RC : Recherche Clinique  
RCP : Réunion de Concertation Pluridisciplinaire  
RRC : Réseau Régional de Cancérologie  
TNM : Tumor Nodes Metastasis (Tumeur, Ganglions, Métastases)  
UICC : Union Internationale Contre le Cancer

# INTRODUCTION THEORIQUE : UNE PRISE EN CHARGE DES PATIENTES ATTEINTES DE CANCER EN CONSTANTE EVOLUTION

## 1. LE CANCER LE PLUS FREQUENT CHEZ LA FEMME

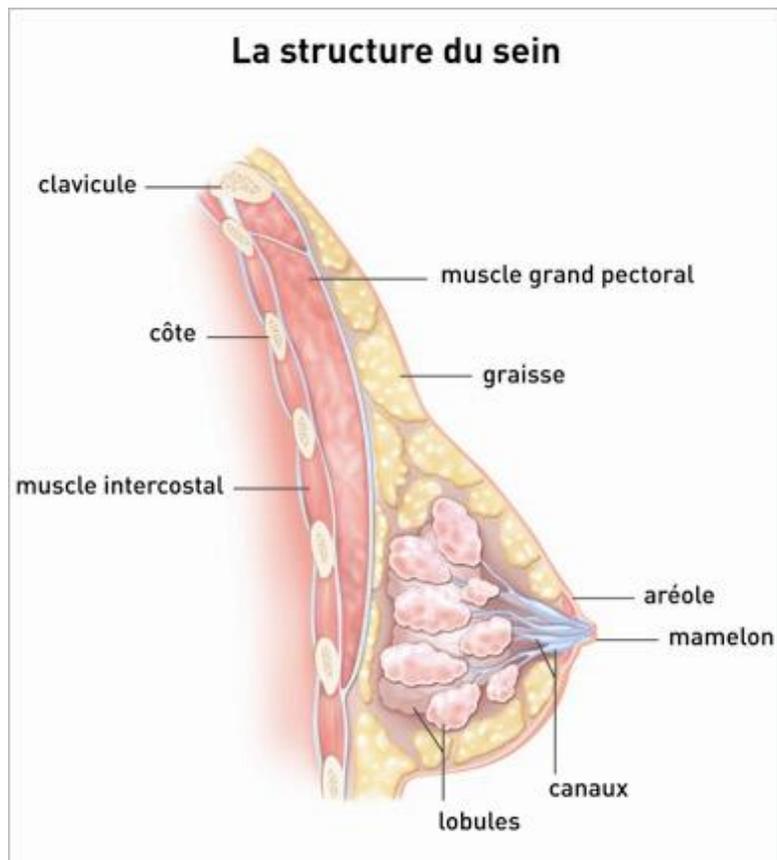
En France le cancer du sein est à la fois le plus fréquent et le plus meurtrier chez la femme. Mais la détection précoce, à l'aide de dépistages organisés, permet d'augmenter les chances de survie de manière considérable. Ce dépistage a été fortement compromis par la pandémie de Covid-19 et la Ligue contre le Cancer craint le retard de prises en charge et la suspension de certains traitements pour les malades. C'est pourquoi le parcours de prise en charge du cancer est un enjeu important pour ces prochaines années. Le parcours de soin d'une patiente commence à la détection du cancer, l'élaboration du diagnostic (auto-détection ou dépistage), puis s'enchainent les différents temps d'examen (mammographie, échographie, Imagerie par Résonance Magnétique) et analyses de l'anomalie (biopsie et examens anatomopathologiques), et ensuite débutent la prise en charge thérapeutique, les soins oncologiques de support jusqu'à la rémission (fin des principaux traitements mais poursuites de soins de support si besoin).

Le cancer du sein reste le cancer le plus menaçant chez la femme : en 2018 nous avons compté plus de 58 000 nouveaux cas<sup>1</sup>. Le cancer du sein est une tumeur dite maligne qui se développe dans l'organe ; il « résulte d'un dérèglement de certaines cellules qui se multiplient et forment le plus souvent une masse »<sup>2</sup>. Les plus fréquents (95% des cas) sont des adénocarcinomes. Les tumeurs dites malignes ont des cellules cancéreuses le plus souvent mal délimitées et peuvent envahir les tissus voisins et entraîner des métastases. Il existe différents symptômes locaux dans le cancer du sein comme : une masse dans un sein, des ganglions durs au niveau de l'aisselle, des modifications de la peau du sein et du mamelon, changement de la taille ou de la forme du sein.

---

<sup>1</sup> D'après [santepubliqueFrance.fr](http://santepubliqueFrance.fr)

<sup>2</sup> <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-sein/Les-points-cles>



*Figure1 : Schéma de la structure du sein<sup>3</sup>*

➤ Les facteurs de risque :

D'après L'Institut National du Cancer (INCa) il existe un certain nombre de facteurs de risque du cancer du sein des incertitudes existent tout de même quant à l'implication et le poids de ces facteurs<sup>4</sup>.

- Les facteurs de risque liés à l'âge : la grande majorité des cancers du sein se déclarent après 50 ans.
- Les facteurs de risque liés au mode de vie : consommation d'alcool et de tabac, le surpoids et le manque d'activité physique.
- Les facteurs de risque liés à certains antécédents médicaux personnels et familiaux : autre cancer développé, prédispositions génétiques.

<sup>3</sup> <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-sein/Anatomie-du-sein>

<sup>4</sup> <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-sein/Facteurs-de-risque>

➤ Le dépistage et le diagnostic :

La Direction Générale de la Santé (DGS) a mis en place en 1994 un programme national de dépistage organisé, et généralisé en 2004. Ce programme propose aux femmes de 50 à 74 ans de bénéficier tous les deux ans d'une mammographie de dépistage. Cet examen comprend un examen clinique par un médecin radiologue et deux clichés par sein. Ce dépistage organisé est totalement pris en charge ce qui assure une égalité totale concernant la garantie de la qualité de prise en charge dans l'ensemble du territoire. Le médecin radiologue communique les premiers résultats dès la fin de la consultation de dépistage. S'il y a présence d'anomalies radiologiques, d'autres examens complémentaires sont prescrits comme une échographie ou une biopsie. Pour établir le diagnostic de cancer de sein, un prélèvement est réalisé, c'est une biopsie avec examen anatomopathologique.

Pour finir, afin de vérifier si d'éventuelles cellules cancéreuses ont migré vers d'autres parties du corps de la personne, d'autres examens sont recommandés comme une radiographie du thorax, une scintigraphie osseuse, un scanner, etc.

➤ La mesure du degré d'avancement

Afin d'évaluer l'étendue et la gravité du cancer chez la patiente 3 critères sont pris en compte :

- **La taille et l'infiltration de la tumeur** : vérifier si la tumeur traverse la paroi et si elle est donc invasive.
- **L'atteinte éventuelle des ganglions lymphatiques** de l'aisselle, leur nombre et leur emplacement : après prélèvement une analyse au microscope permet de déterminer si les ganglions contiennent des cellules cancéreuses, leur nombre et leur emplacement permet de connaître le degré de propagation du cancer.
- **La présence ou non de métastases** : vérifier que les cellules cancéreuses n'atteignent pas d'autres organes comme les poumons, le foie ou les os.

Ces 3 critères permettent de définir le stade du cancer selon la classification TNM (« Tumor, Nodes, Metastasis » soit « Tumeur, Ganglions, Métastases ») de l'Union Internationale Contre le Cancer (UICC) et de l'American Joint Committee on Cancer (AJCC). L'examen clinique réalisé avant tout traitement permet de définir le stade pré-thérapeutique : on parle de classification cTNM. L'analyse réalisée après la chirurgie permet de définir le stade anatomopathologique : on parle alors de classification pTNM. Le stade du cancer est exprimé par un chiffre romain allant de 0 à IV, le stade 0 détermine une tumeur localisée et un stade IV une tumeur avec des métastases.

L'analyse anatomopathologique permet également de définir le grade du cancer : le pathologiste évalue dans ce cas l'architecture tumorale, la forme et la taille du noyau de la cellule et le nombre de cellules qui se divisent. Ces 3 critères permettent de connaître la vitesse à laquelle les cellules cancéreuses se développent avec une note de 1 à 3: le grade correspond à la somme des notes obtenues dans chacun des critères. Les scores 3, 4, et 5 correspondent au grade I, les notes 6 et 7 correspondent au grade II et pour les scores 8 et 9 on parle de grade III.

➤ Les alternatives thérapeutiques :

Différents traitements existent contre le cancer de sein :

- **La chirurgie** conservatrice ou non conservatrice
- **La radiothérapie** : rayonnements ionisants pour détruire les cellules et les empêcher de se multiplier
- **L'hormonothérapie** empêche l'action stimulante des hormones féminines sur les cellules cancéreuses
- **La chimiothérapie** : traitement à base de médicaments qui atteint les cellules quelle que soit leur localisation dans le corps
- **Les thérapies ciblées** : médicaments qui bloquent les mécanismes spécifiques des cellules cancéreuses.

Un traitement est fait seul ou en association si nécessaire : le traitement complémentaire est alors appelé traitement adjuvant qui a pour but de compléter l'action du traitement de première intention. Différents effets sont attendus : suppression de la tumeur ou des métastases, réduction du risque de récurrence, ralentissement du développement de la tumeur ou des métastases ou encore l'amélioration du confort de vie. Le choix du traitement dépend de différentes caractéristiques : le type de cancer, la localisation, le stade, le grade, et de l'état de santé général et des préférences du patient.

## 2. UN PARCOURS DE PRISE EN SOINS TRACE

### *a. Une succession de plans cancer au fil des années*

La stratégie de lutte contre le cancer se structure en France depuis 2002. Sous la présidence de Jacques Chirac, **le premier plan cancer est élaboré (2003-2007)** : il constitue un programme stratégique pour les 5 ans à venir. Il comporte six chapitres opérationnels et prioritaires à l'horizon 2007 : prévenir, dépister, soigner, accompagner, enseigner, comprendre et découvrir – pour un but unique : vaincre la maladie et se battre pour la vie. L'objectif principal est de diminuer la mortalité par cancer de 20%<sup>5</sup>. C'est durant ce plan cancer que l'agence d'expertise sanitaire et scientifique en cancérologie de l'Etat, l'Institut National du Cancer est créé. L'INCa a pour objectifs de coordonner les actions de lutte contre le cancer. Plusieurs points primordiaux émanent de ce premier Plan cancer, notamment une réflexion sur l'annonce de la maladie au patient : l'objectif est de faire bénéficier le patient des meilleures conditions d'annonce de sa maladie avec un temps d'information, d'échange et de soutien. Grâce à cela, un processus d'accompagnement soignant est proposé au patient ainsi qu'un accès aux soins de support (soutien psychologique, socio-esthétique ou diététicienne). Le Plan cancer a pour projet d'améliorer la prise en charge des patients en rattrapant le retard en matière de prévention (contre le tabac, la consommation d'alcool par exemple) et en organisant de façon plus optimale le dépistage (développement des dépistages réguliers pour un diagnostic plus précoce). Ce programme prend en compte le patient dans sa globalité et développe la recherche. Ce premier Plan cancer a permis de définir le cancer comme une problématique de santé publique. Le cancer n'est plus tabou, c'est un sujet sur lequel on peut communiquer. Ce dispositif a permis également une plus grande visibilité avec la création de plusieurs cancéropôles ainsi que les Centres de Coordination de Cancérologie. Le bilan est mitigé à la fin 2007 notamment dans l'égalité d'accès aux soins<sup>6</sup>.

**Le deuxième Plan cancer (2009-2013)** a été officiellement lancé par le Président de la République Nicolas Sarkozy le 2 novembre 2009. Alors que le financement pour le premier plan cancer était de 600 millions d'euros, il est de 750 millions d'euros pour le second. Celui-ci propose 30 mesures, 118 actions et 5 axes : la recherche, l'observation, la prévention et le dépistage, les soins et la vie pendant et après cancer. Ce second plan vise principalement à diminuer les inégalités dans l'accès à la santé, développer la coordination

---

<sup>5</sup> Plan cancer 2003→2007 – Mission Interministérielle pour la Lutte contre le Cancer

<sup>6</sup> D'après l'Evaluation du Plan cancer, rapport final du Haut Conseil de la Santé Publique, Janvier 2009

des soins et l'implication des médecins traitants pour un accompagnement tout au long de la maladie et après la maladie, et aussi renforcer les moyens concernant la recherche et l'innovation pour les chercheurs. La plupart des actions prévues dans ce second plan ont pu être mises en œuvre : avancées majeures dans la qualité et la sécurité de prise en charge des patients avec la mise en œuvre des autorisations des établissements de santé soumis à des critères de qualité et de sécurité pour les traitements de cancers. Ce dispositif a permis une progression dans l'innovation thérapeutique avec une participation aux essais cliniques croissante faisant avancer la recherche dans les thérapeutiques. Enfin, le Plan a mis en œuvre le parcours des patients avec des programmes personnalisés pendant et après cancer ce qui améliore la qualité de vie des patients avec un repérage plus précoce des fragilités sociales ou des effets secondaires des thérapeutiques par exemple. Des efforts sont à poursuivre dans certains domaines comme la coordination avec les médecins traitants et les professionnels de ville, la compréhension des inégalités face au cancer la participation au dépistage organisé<sup>7</sup>.

**Le troisième plan cancer 2014-2019** s'est achevé avec environ 90% des objectifs atteints. Ce plan s'est construit autour de 4 grands axes. Le premier est de guérir plus de malades avec des diagnostics plus précoces, poursuivre dans l'amélioration de la qualité et de la sécurité des prises en charge, faire évoluer les formations de tous les professionnels du cancer (médecins généralistes, spécialistes, infirmiers, manipulateurs, etc.). Le deuxième axe est de préserver la continuité et la qualité de vie des patients en assurant des prises en charges personnalisées, en réduisant les risques d'apparition d'un second cancer et en diminuant l'impact de la maladie sur la vie du patient. Le travail se poursuit concernant la prévention notamment autour du tabac et des cancers liés au travail ou à l'environnement dans le troisième axe. Les moyens en recherche clinique sont augmentés. Le quatrième et dernier axe de travail est d'optimiser le pilotage et les organisations au niveau national et régional. Ce 3<sup>ème</sup> Plan a permis un déploiement de la recherche clinique (meilleure visibilité même au niveau international), une amélioration de la qualité des soins (production de référentiels de bonnes pratiques), des avancées dans la prise en charge du cancer en pédiatrie. Cependant des résultats sont encore en deçà des attentes dans certains domaines comme le dépistage organisé du cancer du sein, du col de l'utérus ou encore le cancer colorectal. Le parcours de soins doit faire face à des ruptures et des difficultés dans

---

<sup>7</sup> D'après le Rapport final au Président de la République, Plan cancer 2009-2013, Juin 2013.

l'accès aux soins de support. Nous avons vu une progression dans la réduction des inégalités de façon dispersée<sup>8</sup>.

C'est en 2020 que la stratégie décennale de lutte contre les cancers est lancée (à la place des plans quinquennaux) en complément des actions et dispositifs déjà en place, et sur la base du rapport d'évaluation du Plan cancer 2014-2019. Elle a des objectifs ambitieux tels que réduire le nombre de cancers évitables (cancers ayant des facteurs de risques évitables comme la consommation de tabac, d'alcool, d'une alimentation déséquilibrée) de multiplier ou développer les moyens de dépistage, réduire la part de patients souffrant de séquelles 5 ans après le diagnostic et améliorer le taux de survie des cancers ayant un mauvais pronostic. La recherche est une composante primordiale de cette stratégie pour permettre l'amélioration des connaissances et donc la réalisation des objectifs. Pour cela une coopération européenne et internationale en recherche est attendue. La stratégie décennale repose sur une démarche participative des acteurs du système de santé autour de concertations<sup>9</sup>.

#### *b. Des centres de Coordination en Cancérologie : une nécessité pour répondre à un besoin*

Les Centres de Coordination en Cancérologie (3C) ont été créés en 2003 suite à la mesure 32 du Plan cancer 2003-2007. La circulaire DHOS/SDO/2005/101 du 22 février 2005 relative à l'organisation des soins en cancérologie précise les missions des 3C. Ils sont la cellule qualité opérationnelle des établissements de soins ou centres de radiothérapie, autorisés à prendre en charge le cancer. Un 3C coordonne les actions d'un ou plusieurs établissements de santé, suivant le territoire. Ils ne s'imposent pas comme structure administrative ou hiérarchique supplémentaire mais plutôt comme une structure transversale.

Dans les Hauts-de-France on compte 25 Centres de Coordination en Cancérologie, tous rattachés au Réseau Régional de Cancérologie (RRC) : les 3C sont les interlocuteurs privilégiés du RRC. Le Réseau met en œuvre une démarche d'amélioration continue des pratiques en cancérologie. Pour assurer aux patients une prise en charge coordonnée et

---

<sup>8</sup> D'après l'Évaluation du troisième Plan cancer, 2014-2019, rapport de synthèse.

<sup>9</sup> D'après la Stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030, feuille de route 2021-2025, des progrès pour tous, de l'espoir pour demain.

équitable dans l'accès aux soins. Le RRC contribue à l'organisation régionale de l'offre de soins en cancérologie et à sa lisibilité, promeut la qualité et la sécurité des traitements des patients, développe l'expertise et l'expérimentation de projets communs innovants, accompagne les évolutions de l'offre de soins et contribue à l'information et à la formation des acteurs, des patients et leurs proches sur le parcours de santé en cancérologie.

### *c. Des acteurs incontournables du parcours de soins au 3C Artois*

L'organisation des activités de traitement du cancer dans l'arrageois s'inscrit dans une convention entre les structures de soins publiques et privées. Le Centre de Coordination en Cancérologie est composé des établissements arrageois autorisés pour le traitement du cancer, soit :

- Le Centre Hospitalier d'Arras
- L'Hôpital Privé Arras les Bonnettes
- Le centre de radiothérapie Marie-Curie

La prise en charge en cancérologie est transversale impliquant la mobilisation et la coordination des acteurs aux différentes étapes de l'accompagnement des patients. Pour exemple : un patient atteint d'un cancer peut être diagnostiqué au CHA, opéré à HPAB et suivre une radiothérapie au Centre Marie-curie. La convention vise à harmoniser les pratiques et les outils afin de faire bénéficier le patient d'un parcours de soins le plus fluide possible.

Le Centre Hospitalier d'Arras (CHA) propose plusieurs spécialités en cancérologie : l'hématologie, la pneumologie, l'urologie, la dermatologie, la sénologie, la gynécologie, la gastro-entérologie et la neuro-oncologie. Le CHA garantit sur son territoire une offre publique en cancérologie. Il dispose d'autorisations de l'Agence Régionale de Santé (ARS) en chirurgie carcinologique, sénologie, gynécologie, gastro-entérologie et urologie et chimiothérapie. Les soins de support proposés aux patients atteints de cancer, pris en charge au CHA sont : un soutien psychologique des patients et des aidants, un accompagnement social, une prise en charge palliative, une prise en charge de la douleur, une prise en charge des troubles de la sexualité, un accompagnement dans l'activité physique adaptée, un sevrage tabagique, un accompagnement socio-esthétique, de la stomathérapie et un accompagnement par l'infirmière coordinatrice. Le CHA propose également des évaluations en onco-gériatrie et des consultations par des oncologues, des

gériatres et des onco-gériatres en collaboration avec un assistant social, un infirmier, un diététicien, un neuropsychologue et un ergothérapeute.

L'Hôpital Privé Arras les Bonnettes (HPAB) offre une prise en charge de plusieurs spécialités de cancérologie : la pneumologie, l'urologie, l'oto-rhino-laryngologie et thyroïde, la sénologie, la gynécologie et la gastro-entérologie. L'Institut de cancérologie de l'HPAB offre un accompagnement du dépistage jusqu'au retour à domicile : il facilite l'accès des patients aux professionnels de l'établissement, coordonne les équipes médicales et paramédicales dans le parcours de soin et renforce les liens avec les professionnels de ville. La structure assure les traitements par chirurgie, chimiothérapie et radiothérapie grâce à la collaboration avec le Centre Marie-Curie. Les patients atteints de cancer peuvent bénéficier de différents soins de support par une équipe pluridisciplinaire : la coordinatrice de parcours de soins, l'infirmière douleur, l'onco-psychologue, les kinésithérapeutes, l'assistante sociale, la diététicienne, la stomathérapeute, l'onco-esthéticienne, le professionnel de conseil juridique et les bénévoles des associations de patients.

Le Centre Hospitalier d'Arras ainsi que l'Hôpital Privé Arras les Bonnettes ont élaboré une Convention de partenariat relative au traitement du cancer avec le Centre Marie-Curie. Les établissements travaillent ensemble pour prendre en charge les patients atteints de maladies cancéreuses. De ce fait, la radiothérapie est proposée, pour l'Arrageois, dans le Centre Marie-Curie.

### 3. LA PERTINENCE D'UN PARCOURS DE SOIN : QUALITE ET RATIONALISATION

#### *a. La pertinence des soins : une définition de la HAS*

« Un soin est qualifié de pertinent lorsqu'il est dispensé en adéquation avec les besoins du patient, conformément aux données actuelles de la science, aux recommandations de la haute autorité de santé (HAS) et des sociétés savantes, nationales et internationales. »<sup>10</sup> D'après la HAS « la pertinence des soins correspond à l'adéquation des soins (actes diagnostiques et thérapeutiques) et des hospitalisations aux besoins des patients. L'analyse de la pertinence évalue la prescription et/ou l'utilisation appropriée des soins et des hospitalisations. Améliorer la pertinence des soins et des hospitalisations permet de renforcer la qualité, la sécurité et l'efficacité de la prise en charge des patients. »

---

<sup>10</sup> <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/qualite-des-soins-et-pratiques/pertinence-des-soins-10584/pertinence>

La France a vu apparaître, plus tardivement que les pays voisins, la notion de pertinence des soins. La loi Teulade n° 93-8 du 4 janvier 1993 relative aux relations entre les professions de santé et l'Assurance Maladie définit le concept de « maîtrise médicalisée des dépenses de santé » et reconnaît que « donner le juste soin permettra une amélioration de la qualité des soins et une diminution de leur coût ».<sup>11</sup>

La notion de pertinence des soins est évolutive parallèlement aux évolutions des connaissances, des techniques, de l'organisation des soins et de l'état du patient. Évaluer la pertinence des soins permet d'améliorer les pratiques professionnelles, d'éviter des traitements inadéquats, des risques pour le patient et des dépenses financières inutiles. Ce sont les professionnels de santé qui sont au cœur de cette démarche, et plusieurs institutions permettent sa diffusion : la HAS, la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS), l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH) et les ARS. Plusieurs dispositifs sont disponibles au niveau national comme la certification des établissements de santé intégrant la thématique « pertinence des soins », l'accréditation des professionnels de santé pour valoriser les pratiques exemplaires, l'intégration de cette notion dans les orientations nationales du développement professionnel continu, les Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM) signés entre les ARS et l'État (Ministère des Solidarités et de la Santé) et entre l'ARS et les établissements de santé.

De plus, la Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS) en 2015 apporte des outils complémentaires comme l'élaboration d'un plan d'action pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins et un rapport d'état des lieux et de propositions de renforcement de la diffusion de la pertinence des soins auprès des professionnels de santé par le Gouvernement au Parlement.

Pour l'amélioration du système de santé, Agnès Buzyn, Ministre de la Santé en 2017, poursuit l'avancée en mettant la qualité et la pertinence des soins au cœur des organisations et des pratiques pour préparer la loi sur l'organisation et la transformation du système de santé en 2018.

---

<sup>11</sup> [www.irdes.fr/documentation/syntheses/la-pertinence-de-soins-en-france.pdf](http://www.irdes.fr/documentation/syntheses/la-pertinence-de-soins-en-france.pdf)

### *b. Le point de vue des pays voisins*

Le sujet de la pertinence des soins et de variations des pratiques médicales n'intéresse pas que la France, c'est un sujet discuté au niveau international également.

Aux États-Unis, la notion de pertinence de soin a émergé suite à des réflexions sur les variations de pratiques médicales notamment en termes de taux d'hospitalisation suite à des interventions chirurgicales variables en fonction de la zone géographique. Le pionnier de ces recherches est John Wennberg qui évoque ce phénomène dans les années 1973. C'est à la fin des années 1990 que la notion de « pertinence des soins », traduite en « appropriateness », est apparue. La première définition qui fait référence est principalement celle de la Rand Corporation<sup>12</sup> « un soin est pertinent si les bénéfices escomptés pour la santé excèdent les conséquences négatives attendues, avec une marge suffisante pour qu'il vaille la peine d'être prodigué ».

En 1993 au Royaume-Uni, la notion a été approfondie par un groupe de travail du National Health Service (le système de santé publique du Royaume Uni). Une définition plus complète apparaît : « Pertinent, pour un soin, signifie qu'il a été choisi parmi l'ensemble des interventions disponibles qui ont démontré leur efficacité pour une affection, comme étant le plus vraisemblablement à même de produire les résultats attendus pour un patient donné. Une intervention ne peut être pertinente que si certaines conditions sont satisfaites. Les compétences techniques et les autres ressources nécessaires à l'intervention doivent être disponibles, en sorte que le soin puisse être dispensé selon les bons standards. L'intervention doit être réalisée d'une manière telle qu'elle soit acceptable pour le patient. Les patients doivent recevoir une information adéquate au sujet de toutes les interventions potentiellement efficaces. Leurs préférences sont centrales dans la détermination de quelle intervention sera pertinente parmi celles dont l'efficacité est connue. »

La notion de gestion appropriée des ressources apparaît dans la définition de soins de qualité de l'Organisation Mondiale de la santé de la manière suivante : un soin de qualité « doit permettre de garantir à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en termes de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre

---

<sup>12</sup> Institution américaine de conseil et de recherche pour améliorer la politique et le processus décisionnel par la recherche appliquée et l'analyse stratégique

risque iatrogène, et pour sa grande satisfaction, en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins. »

Ensuite, plusieurs études ont été menées au niveau international concernant ces variations dans les pratiques médicales, la Rand Corporation a développé une méthodologie de mesure de la pertinence clinique des services. La définition de la pertinence des soins est alors complétée par des dimensions importantes, celle de la prise en compte des préférences des patients et celle de l'utilisation optimale des ressources. Aujourd'hui elle est formulée de la manière suivante « la bonne intervention de santé, au bon moment, au bon endroit, pour le bon patient ».

### *c. Les 6 conditions transversales de qualité d'un 3C*

Six critères transversaux de qualité doivent être assurés par le 3C :

- **L'organisation et la formalisation des Réunions de Concertation Pluridisciplinaire (RCP)** : ces réunions regroupent des professionnels de santé de différentes disciplines pour prendre une décision accordant aux patients la meilleure prise en charge en fonction de l'état de la science. Les dossiers de patients y sont discutés de façon collégiale et un plan thérapeutique est tracé via le Dossier Communicant en Cancérologie (DCC). Ce dispositif est garant de la qualité de la prise en charge ultérieure. L'objectif est que 100% des nouveaux patients bénéficient d'une RCP. Une RCP à visée diagnostique ou thérapeutique doit se faire en présence d'au moins 3 médecins de spécialités différentes suivant la localité du cancer. Concernant le 3C Artois, les professionnels des 3 établissements se rejoignent pour les RCP urologie, gastro-entérologie, gynécologie, oto-rhino-laryngologie, pneumologie et sénologie tous les 15 jours. Les RCP hématologie et dermatologie se déroulent au CHA (seul établissement autorisé à traiter ces cancers) chaque semaine. La décision de prise en charge thérapeutique se fait en connaissance des référentiels nationaux et régionaux disponibles et le compte-rendu doit contenir certaines informations comme : la date, la proposition thérapeutique, les médecins participants et leurs spécialités, le nom du médecin traitant.
- **L'organisation du dispositif d'annonce** : ce dispositif représente un temps fort du parcours de soin. Les recommandations publiées en 2005 précisent qu'il doit se

dérouler en 4 temps : temps médical, temps d'accompagnement soignant paramédical, accès aux professionnels de soins de support et un temps d'articulation avec la médecine de ville, trop souvent tronqué.<sup>13</sup> L'accompagnement est personnalisé et adapté à chaque patient concerné. En 2019, le dispositif d'annonce évolue : 1<sup>er</sup> temps consacré au temps d'annonce de suspicion d'un cancer, 2<sup>ème</sup> temps confirmation du diagnostic de cancer, 3<sup>ème</sup> temps consultation dédiée à la proposition thérapeutique, 4<sup>ème</sup> temps d'accompagnement paramédical et pour finir le 5<sup>ème</sup> temps consultation de synthèse en ville.

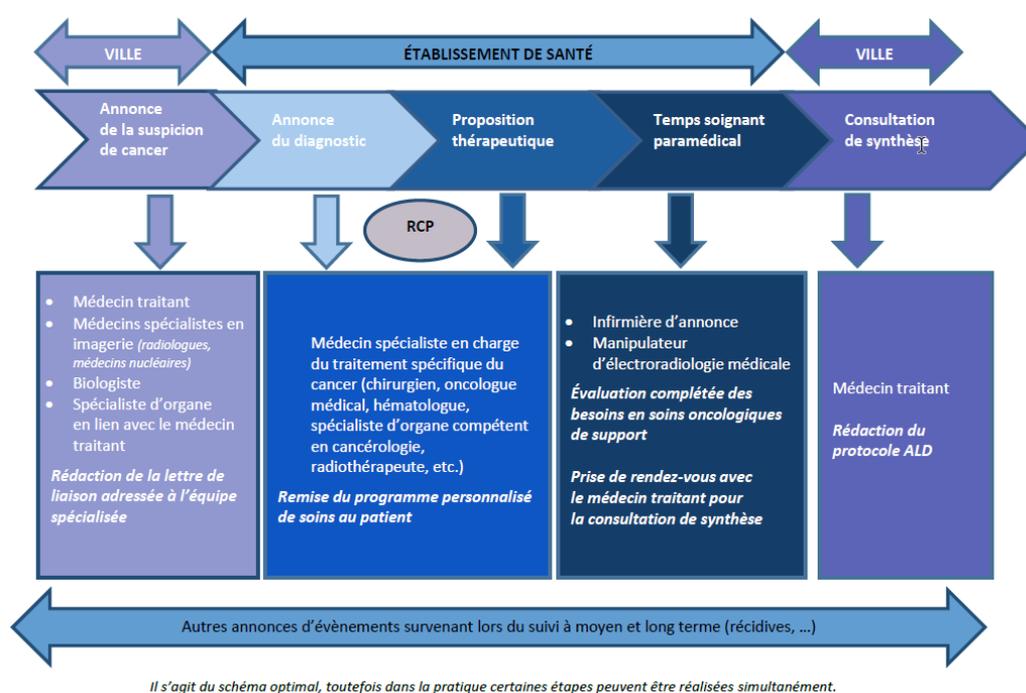


Figure 2 : Schéma chronologique du dispositif d'annonce<sup>14</sup>

- **L'élaboration du Programme Personnalisé de Soins (PPS) et Programme Personnalisé de l'Après Cancer (PPAC) :** le PPS formalise l'accompagnement global du parcours de soin du patient atteint d'un cancer incluant le programme thérapeutique et les soins de support. Ce document peut évoluer et être modifié au fil du temps ; il est généré à la suite de la RCP. C'est un outil d'informations voué à être partagé par l'ensemble des professionnels, hospitaliers ou non, impliqués dans le suivi du patient. D'après les recommandations de l'INCa, les informations minimales à retrouver dans ce document sont : informations administratives du patient, date de la dernière RCP, date de remise du PPS au patient, nom, spécialité

<sup>13</sup> D'après l'Evolution du dispositif d'annonce d'un cancer / Référentiel organisationnel, septembre 2019.

<sup>14</sup> D'après l'Evolution du dispositif d'annonce d'un cancer / Référentiel organisationnel, septembre 2019

et établissement du médecin ayant remis le document, informations relatives au traitement, coordonnées du médecin traitant, coordonnées de structures de soutien et d'information de ville, le diagnostic et sa date, le programme thérapeutique, et les soins de support.

- **Le respect des référentiels des bonnes pratiques** : au 3C Artois c'est le RRC qui recense, par spécialités, les différentes recommandations disponibles, les référentiels régionaux élaborés dans le cadre de groupe de travail RRC, les référentiels nationaux de l'INCa et les sites de sociétés savantes. Ce sont des référentiels d'aide à la décision en RCP. Le 3C doit contribuer à l'amélioration continue de la qualité des pratiques et des prises en charge en mettant à disposition des professionnels de santé les derniers référentiels et recommandations existants.
  
- **L'intégration des soins de support dans le parcours de soin des patients** : les soins de support font partie intégrante du parcours de soin des patients en cancérologie. « Les soins de support répondent à des besoins qui peuvent survenir pendant la maladie et lors de ses suites et qui concernent principalement la prise en compte de la douleur et de la fatigue, mais aussi les problèmes nutritionnels, les troubles digestifs, respiratoires et génito-urinaires, les troubles moteurs, les handicaps et les problèmes odontologiques. Ils concernent également les difficultés sociales, la souffrance psychique, les perturbations de l'image corporelle et l'accompagnement de fin de vie »<sup>15</sup> Il en existe de différents types, voici quelques exemples : évaluation et traitement de la douleur, gestion des effets indésirables, Activité Physique Adaptée (APA), soutien psychologique, suivi social, consultation diététique, soins palliatifs, aide à l'arrêt du tabac, etc. Le 3C doit s'assurer que les établissements membres mettent à disposition des soins de support pour tous les patients et doit veiller à leur bonne organisation.
  
- **L'accès aux innovations et à la recherche clinique (RC)** : les essais cliniques en cancérologie ont pour but d'évaluer l'efficacité des nouveaux traitements du cancer. C'est ainsi que les patients peuvent bénéficier d'innovations en termes de chirurgie, médicaments, imagerie, radiothérapie. La qualité de la prise en charge dépend

---

<sup>15</sup> D'après la Circulaire DHOS-SDO-2005 1041 du 22 février 2005 relative à l'organisation des soins en cancérologie.

également de l'accès à la recherche clinique et à l'innovation de la même manière pour tous les patients pris en charge en cancérologie.

Le 3C a donc pour rôle de mettre en œuvre et coordonner les actions relatives à la qualité des prises en charges des patients atteints d'un cancer en accompagnant les différents établissements membres du 3C sur ces 6 conditions transversales de qualité.

#### 4. QUALITE ET INDICATEURS : UN OUTIL DE MANAGEMENT

« Un indicateur de qualité et de sécurité des soins est un outil de mesure d'un état de santé, d'une pratique ou de la survenue d'un événement, qui permet d'évaluer de manière valide et fiable la qualité des soins et ses variations dans le temps et l'espace »<sup>16</sup>

La HAS stipule qu'il existe 3 types d'indicateurs :

- **Indicateurs de structure** : mesurent la qualité de la gestion des ressources humaines, matérielles et financières nécessaires à la mise en œuvre des processus de soins
- **Indicateurs de processus** : mesurent la qualité de la mise en œuvre d'une activité de soins du processus de prise en charge d'un patient
- **Indicateurs de résultats** : mesurent directement, à l'issue de la mise en œuvre d'un processus de soins, les bénéfices et/ou les risques générés pour le patient en termes d'efficacité, de satisfaction et de sécurité.

Les critères de validation des Indicateurs de Qualité et de Sécurité des Soins (IQSS) développés par la HAS sont : la pertinence clinique, la faisabilité (capacité à collecter les données), la pertinence pour l'amélioration de la qualité des soins, les qualités métrologiques et l'ajustement (capacité de l'indicateur à prendre en compte les variables parasites).

C'est en 1994 que les établissements de santé publics ou privés doivent se soumettre à une évaluation externe, « l'accréditation », basée sur des indicateurs et des critères de qualité des procédures. Cette évaluation est devenue ensuite « certification ». La démarche de certification s'effectue tous les 4 ans par des professionnels mandatés par la HAS. Ces professionnels évaluent le niveau de la qualité des soins en s'appuyant sur des référentiels

---

<sup>16</sup> Article HAS, janvier 2017. Qu'est-ce qu'un indicateur de qualité et de sécurité des soins ?

répertoriant des objectifs et des critères. Les résultats de chacun des critères donnent un score global permettant à la HAS de fonder la décision de certification, avec ou sans mention, pour un score global supérieur ou égal à 50%, et certifié sous condition ou non certifié pour un score inférieur à 50%. C'est dans cette logique que les établissements de santé doivent piloter la qualité des soins en mettant en place des directions de la qualité et ainsi intégrer dans leur management la gestion de la qualité.

Les indicateurs de qualité et de sécurité des soins recueillis dans les établissements de santé, publics ou privés, sont principalement mesurés par l'analyse des dossiers patients mais également par des questionnaires patients comme le questionnaire e-Satis qui mesure la satisfaction et l'expérience du patient hospitalisé, par des questionnaires destinés aux établissements ou par l'utilisation des bases de données médico-administratives nationales (PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information). L'un des objectifs de l'HAS est d'étendre la mesure de la qualité au-delà des établissements de santé en s'intéressant à l'ensemble du parcours de soin des patients et donc crée des indicateurs de qualité des parcours de soin pour les patients atteints d'une pathologie quel que soit le lieu de prise en charge (ville ou hôpital).

Une liste des IQSS est publiée chaque année par arrêté. Les résultats de chaque établissement de santé sont publiés et en accès libre sur Scope santé de manière obligatoire depuis 2010. La mise à disposition de ces résultats permet d'informer les usagers sur la qualité des prises en charge hospitalières, d'aider les établissements de santé au pilotage de la qualité et de la sécurité des soins pour une amélioration continue interne, et d'éclairer sur les décisions des pouvoirs publics à l'échelle régionale et nationale<sup>17</sup>.

---

<sup>17</sup> Les indicateurs de qualité et de sécurité des soins dans les établissements de santé, mars 2018

# METHODOLOGIE : MESURER ET AMELIORER LA QUALITE DES PARCOURS DE SOINS

## 1. PRESENTATION DU PARCOURS DE PRISE EN CHARGE : FOCUS SUR LE 3C ARTOIS

Le Centre de Coordination de Cancérologie Artois assure une prise en charge des pathologies bénignes et malignes de la femme, avec une collaboration étroite entre les différents services des établissements du 3C. Chacun des praticiens adhère au réseau de cancérologie et participe aux Réunions de Concertation Pluridisciplinaire Onco-Artois.

L'étude vise à étudier la pertinence du parcours de soins des patientes atteintes d'un cancer du sein et à optimiser les prises en charge des établissements membres du 3C. Pour cela la méthode utilisée est l'évaluation de la satisfaction des patientes qui est un outil traditionnel dans la démarche qualité d'un établissement de santé.

Nous avons décidé d'étudier la satisfaction des patientes à travers un questionnaire et de mettre en lien les résultats avec les indicateurs qualité des établissements de santé membres du 3C<sup>18</sup>. Nous pouvons ainsi mesurer l'écart entre la qualité attendue et la qualité perçue. Nous voulons analyser a posteriori l'adéquation de la prise en charge des patientes atteintes d'un cancer du sein avec leurs besoins. C'est une approche par comparaison aux critères prédéterminés et validés présents dans les établissements de santé.

Le parcours de soin des patientes atteintes de cancer du sein dans le 3C Artois suit le processus suivant.

---

<sup>18</sup> Voir tableau des indicateurs, annexe 4.

### Cartographie de processus de la prise en charge d'un cancer du sein

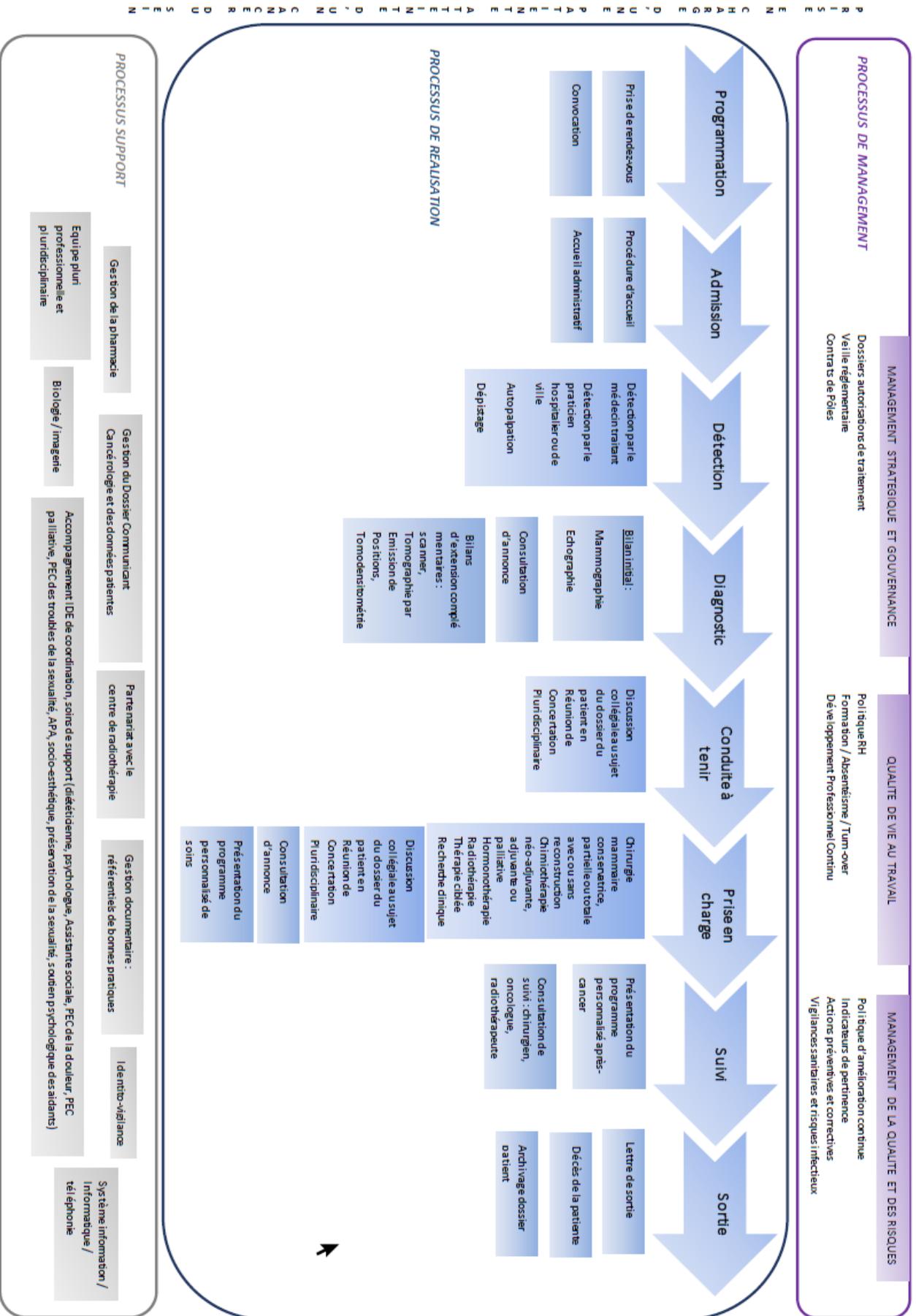


Figure 3 : Cartographie des processus de la prise en charge d'un cancer du sein

## 2. SELECTION D'UN ECHANTILLON REPRESENTATIF

Le questionnaire a été adressé à 51 patientes prises en charge dans l'un au moins des 3 établissements adhérant au Centre de Coordination de Cancérologie : le Centre Hospitalier d'Arras, l'Hôpital Privé Arras les Bonnettes et le centre de radiothérapie Marie-Curie. Les patientes ont été sélectionnées suivant certains critères.

### *Critères d'inclusion*

- Femme âgée de 18 ans minimum et 70 ans maximum
- Cancer du sein exclusivement
- Cancer diagnostiqué en 2020
- Langue française

### *Critère d'exclusion*

- Homme
- Femmes de moins de 18 ans et plus de 70 ans
- Récidive de cancer
- Cancer métastatique
- Tumeur bénigne
- Décès

## 3. MODALITES DE REALISATION DE L'ENQUETE DE SATISFACTION

Il s'agit d'une étude d'expérience patient réalisée par les établissements de santé autorisés au traitement du cancer du sein du 3C Artois.

Comme il est question d'une étude sur l'expérience du patient, elle ne dépend pas de la loi Jardé<sup>19</sup>. Cependant conformément aux exigences du Règlement Général sur la Protection des Données, une déclaration de conformité au référentiel de méthodologie de référence MR-004 auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL) a été effectuée.

Afin de rassurer les patientes sur le déroulement de l'étude une notice d'information est intégrée au questionnaire. Celle-ci indique le cadre de l'étude ainsi que les objectifs, informe

---

<sup>19</sup> La loi n° 2012-300 du 5 mars 2012 relative aux recherches impliquant la personne humaine

sur l'anonymat et l'identité et les fonctions de la personne responsable de l'étude et propose une aide au remplissage.

La présentation de l'étude est préalablement faite aux patientes par téléphone. Cette prise de contact est importante pour que les patientes se sentent en confiance avant l'envoi du questionnaire par voie postale.

Les patientes sont toutes contactées par téléphone pour les informer de la prochaine réception de l'enquête de satisfaction à leur domicile. Une fois le questionnaire reçu, les participantes ont eu environ un mois pour retourner le questionnaire à l'aide d'une enveloppe pré-timbrée transmise avec le questionnaire. Des relances téléphoniques sont initiées afin d'inciter les patientes à répondre à notre questionnaire.

Cette étude rétrospective est constituée d'une enquête sur l'expérience du patient afin de recueillir son vécu concernant le déroulement de sa prise en charge :

- Consultation d'annonce médicale
- Consultation d'annonce par les professionnels soignants
- Les soins de supports
- Lien avec la ville

Les modalités de recueil et de diffusion des résultats garantissent la totale confidentialité des données.

Le questionnaire utilisé est le questionnaire « expérience patient » réalisé dans le cadre d'une étude réalisée conjointement entre des membres du Comité de Coordination de l'Évaluation Clinique et de la Qualité en Nouvelle-Aquitaine (CCECQA), du Réseau régional de Cancérologie d'Aquitaine (RCA), des 3C et des établissements de santé de la région Aquitaine.

Le questionnaire est divisé en plusieurs sections :

- La première section concerne le temps consacré à **l'annonce de la maladie** et du traitement par le médecin qui compte 6 questions fermées.
- Une deuxième partie avec réponses fermées également concernant le temps consacré à **l'accompagnement de l'annonce de la maladie par des professionnels soignants**.
- Une troisième partie recense la prise en charge de chacune des patientes par **les soins de support**.
- Une question concerne le **lien avec la médecine de ville**.

- Pour finir il est demandé aux patientes de donner leur satisfaction sur **leur prise en soin générale**.
- Une partie à la fin du questionnaire est destinée aux commentaires, suggestions, réponses libres des patientes.

Seuls l'âge et la date de remplissage sont demandés aux participantes. La durée de remplissage du questionnaire est estimée à dix minutes.

# RESULTATS

Dans cette partie nous allons étudier les principaux résultats récoltés lors de l'enquête de satisfaction envoyée aux patientes atteintes d'un cancer du sein prises en charge au sein du 3C Artois.

Cette étude devrait nous permettre de déterminer des recommandations adéquates pour permettre au 3C Artois pour l'amélioration continue du parcours de soins en sénologie.

## 1. RESULTATS DESCRIPTIFS DU QUESTIONNAIRE

### *a. Population interviewée*

Le questionnaire de satisfaction a été transmis à 51 patientes diagnostiquées ayant un cancer du sein en 2020, 21 réponses ont été comptabilisées, soit un taux de réponse de 41.18%. En comparaison, le taux de réponse au questionnaire e-Satis était de 29.1% en 2018 et 27.4% en 2019 au niveau national<sup>20</sup>. Les patientes ont entre 40 et 69 ans, la moyenne d'âge est de 53.6 ans.

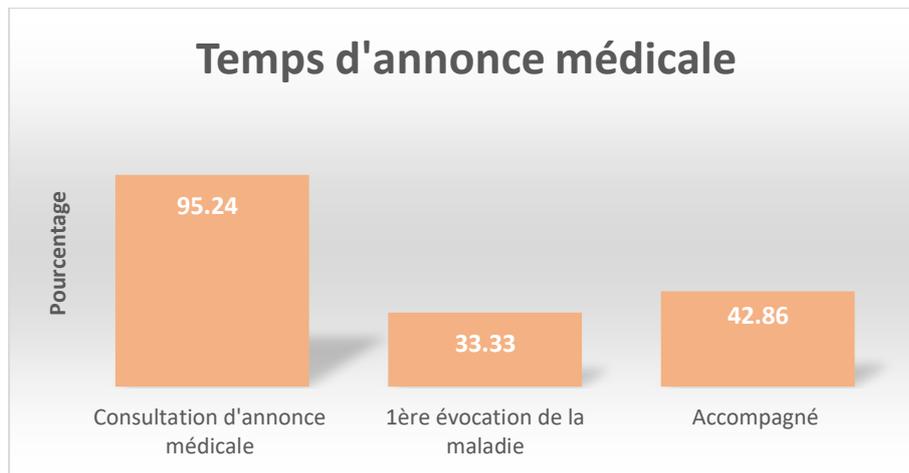
Les patientes ont répondu entre le 15 juillet et le 19 août, dates à prendre en compte dans le taux de réponse puisque la période tombe en période de vacances scolaires.

### *b. Le dispositif d'annonce médicale*

Les patientes ont tout d'abord été interrogées sur leur satisfaction concernant la dimension du dispositif d'annonce.

---

<sup>20</sup> D'après le rapport de la HAS sur la mesure de la satisfaction et de l'expérience des patients « e-satis », patients hospitalisés pour une chirurgie ambulatoire, 2019.



*Figure 4 : Résultats en pourcentage du temps d'annonce médicale*

20 patientes sur 21 ont affirmé avoir été reçues en consultation d'annonce médicale, 1 seule patiente n'a donc pas eu de consultation d'annonce médicale mais celle-ci affirme qu'on lui avait déjà évoqué sa maladie à l'extérieur de l'hôpital.

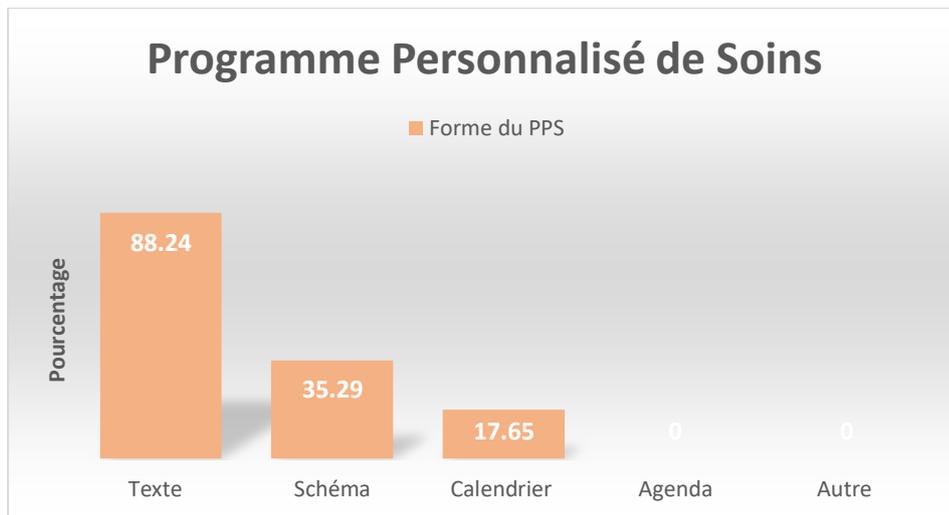
7 patientes ont affirmé que la consultation d'annonce médicale était le lieu de la 1<sup>ère</sup> évocation de leur maladie. Parmi les 14 autres patientes : 10 patientes ont affirmé que la 1<sup>ère</sup> évocation de la maladie s'est effectuée en cabinet de ville et 4 patientes ont reçu la 1<sup>ère</sup> information dans un autre établissement de santé. Nous n'avons pas demandé de spécifier les coordonnées de l'établissement de santé, il est donc possible qu'une patiente ayant été prise en charge à HPAB ait eu la 1<sup>ère</sup> information au CHA et inversement.

9 patientes ont affirmé avoir été accompagnées par un proche lors de la consultation d'annonce. Les patientes sélectionnées ont été diagnostiquées et prises en soins en 2020. 2020 a été une année de crise sanitaire due à la maladie COVID-19 et beaucoup de restrictions sanitaires ont été mises en place, notamment dans les établissements du 3C Artois : visites interdites, aucun accompagnement autorisé. C'est un aspect à prendre en compte puisque en temps « normal » lors de la prise de rendez-vous pour la consultation d'annonce le patient est encouragé à venir accompagné d'un proche ou, selon le profil du patient, de la personne la plus adaptée à sa situation<sup>21</sup>.

Le Programme Personnalisé de soins doit être remis à toute personne atteinte d'un cancer au moment de la proposition thérapeutique issue de la RCP<sup>22</sup>.

<sup>21</sup> Référentiel organisationnel, évolution du dispositif d'annonce d'un cancer, septembre 2019

<sup>22</sup> Référentiel organisationnel, le nouveau programme personnalisé de soins, septembre 2019

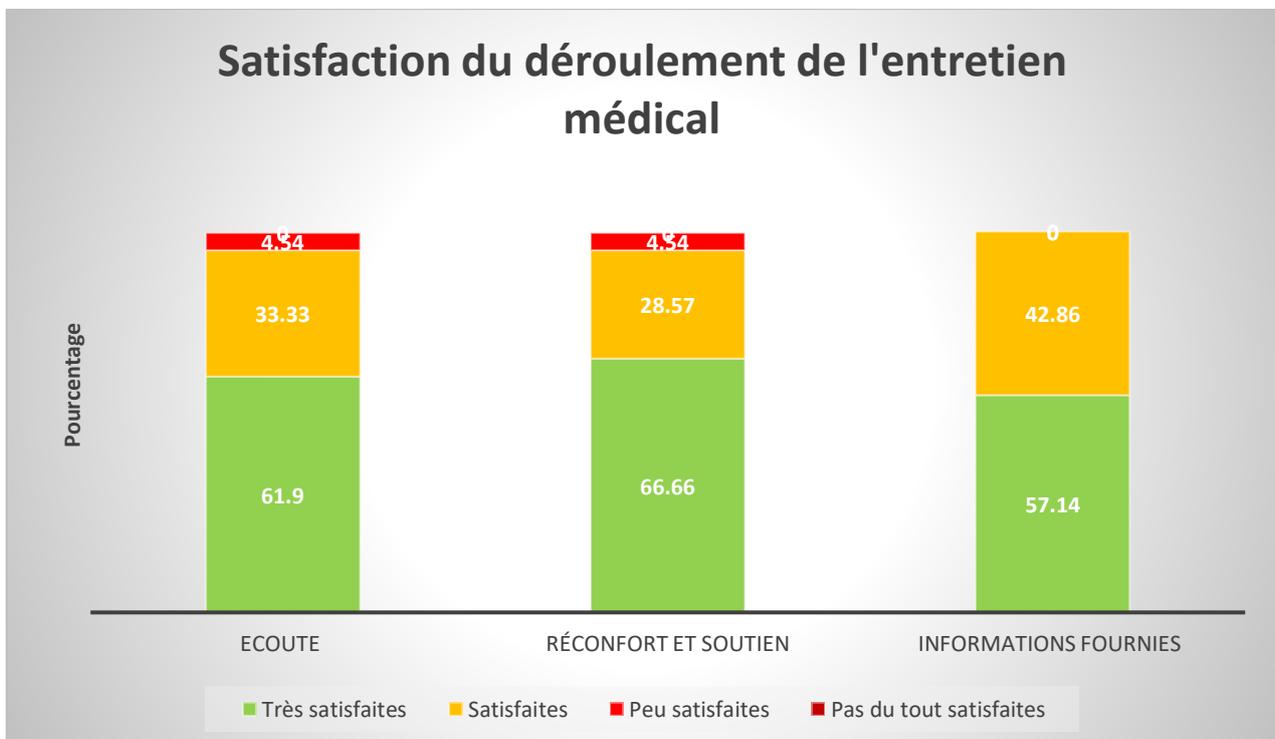


*Figure 5 : Résultats en pourcentage de la forme du PPS*

17 patientes sur 21 (80.1%) affirment avoir reçu un PPS dans son établissement, 3 affirment ne pas avoir eu de PPS et 1 patiente a répondu « je ne sais pas ».

Sur les 17 patientes à qui un PPS a été remis, dans la majorité des cas il était sous forme de texte, 88.24% nous retrouvons 35.29% de PPS avec des schémas et 17.65% avec un calendrier.

Pour finir la thématique du temps d'annonce médicale, les patientes ont dû évaluer leur satisfaction concernant trois attitudes du médecin lors de l'entretien.



*Figure 6 : Résultats en pourcentage de la satisfaction concernant le contenu de l'entretien médical*

13 patientes sur 21 ont affirmé être très satisfaites des capacités d'écoute et 14 patientes affirment être très satisfaites concernant le réconfort et le soutien apporté par leurs médecins.

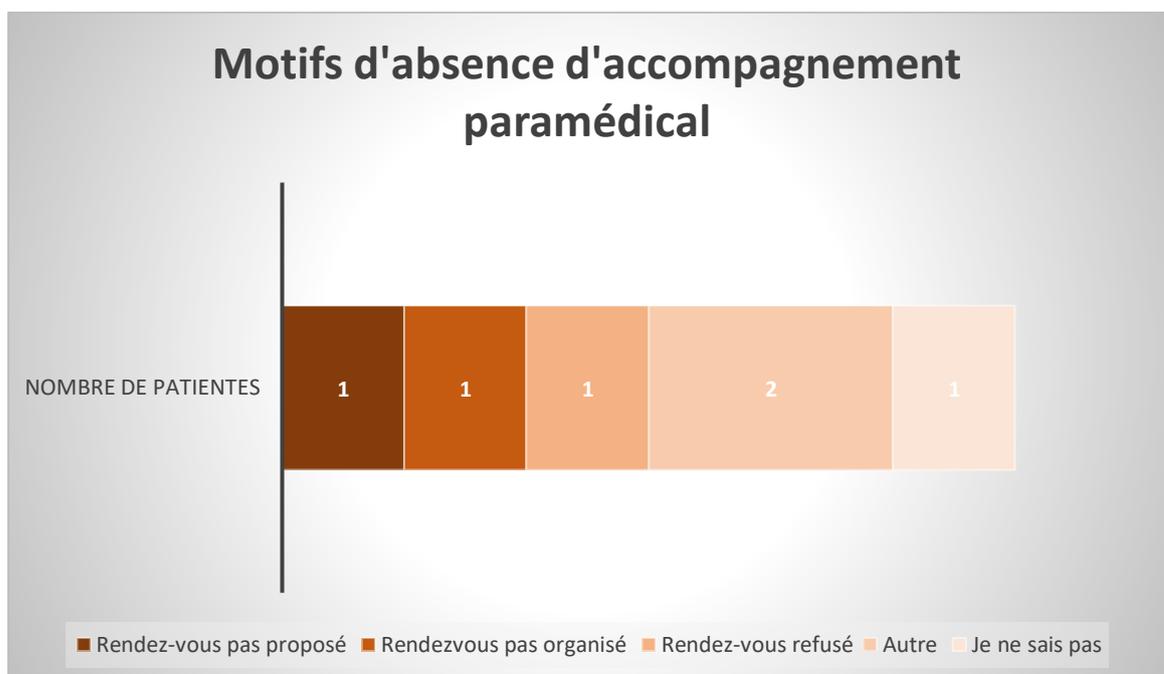
12 patientes sur 21 affirment avoir été très satisfaites des informations fournies par le médecin concernant la maladie, les examens et les traitements. Le reste du panel affirme être satisfait concernant ces thèmes.

A la question « Lors de votre (vos) consultation(s) médicale(s), les médecins ont-ils répondu à vos questions ? », 17 patientes sur 21 ont répondu « oui totalement » les 4 autres patientes ayant répondu « oui partiellement ».

### *c. L'accompagnement paramédical*

Le thème suivant concerne le ressenti sur le déroulement de l'annonce de la maladie par les professionnels paramédicaux au sein de l'établissement (Infirmier Diplômé d'État ou un manipulateur radiothérapie).

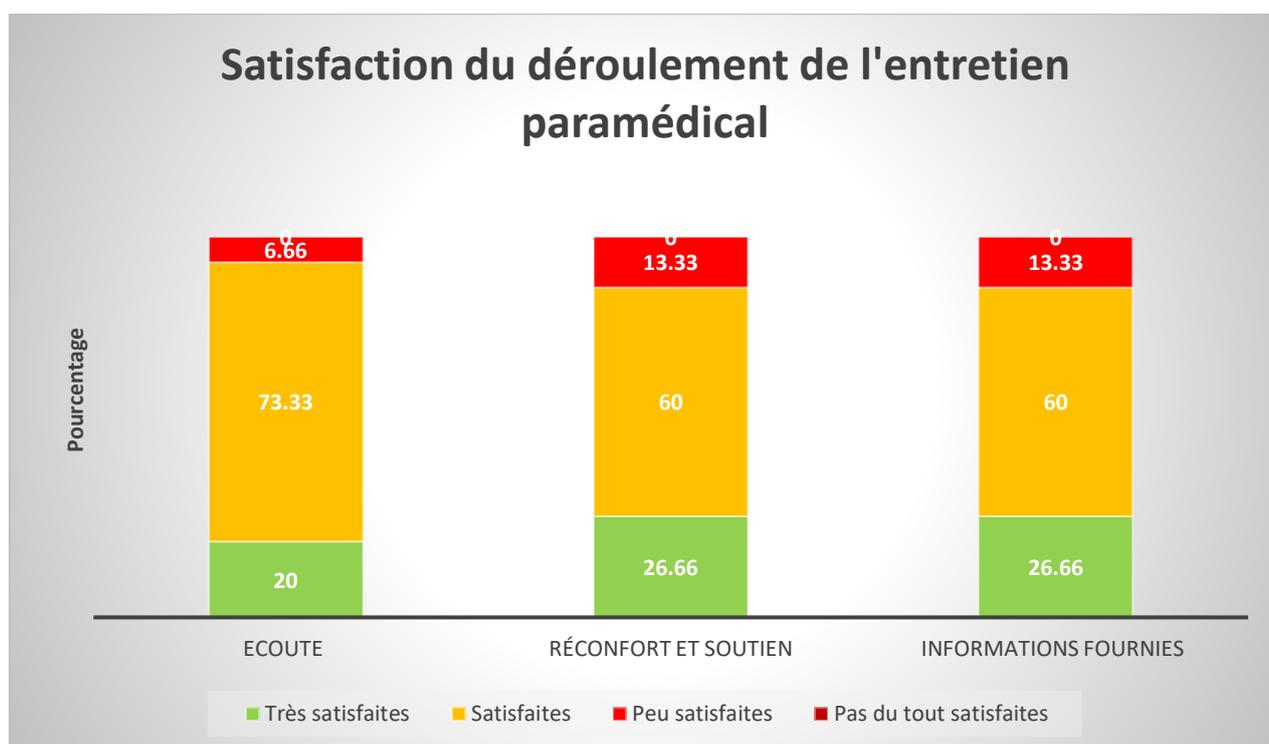
15 patientes sur 21 (71.43%) ont eu un entretien avec un soignant (autre qu'un médecin) pour parler de sa maladie. Les 6 personnes ayant répondu « non » avaient la possibilité de donner une raison.



*Figure 7 : Résultats des motifs de carence d'accompagnement paramédical en nombre de personnes*

Sur les 6 personnes n'ayant pas eu d'entretien paramédical, 1 patiente affirme que le rendez-vous n'a pas été organisé, 2 patientes ont répondu « autre », 1 patiente affirme que personne ne lui a proposé, 1 patiente affirme avoir refusé l'entretien, 1 patiente a répondu « je ne sais pas » à la question « pour qu'elle raison ? ».

Sur les 15 patientes ayant bénéficié d'un accompagnement paramédical, 6 patientes ont pu être accompagnées par un proche lors de l'entretien.



*Figure 8 : Résultats en pourcentage de la satisfaction concernant le contenu de l'entretien paramédical*

Il a été demandé aux patientes ayant bénéficié d'un accompagnement paramédical d'en évaluer leur niveau de satisfaction. Sur les 15 patientes, 3 ont été très satisfaites de l'écoute du soignant concernant ses préoccupations et 11 ont été satisfaites et 1 peu satisfaite.

4 ont été très satisfaites du réconfort et du soutien apporté par le professionnel, 9 ont été satisfaites et 2 ont été peu satisfaites. Pour finir, 4 patientes ont été très satisfaites des informations transmises concernant leur maladie, leurs examens et leur traitement, 9 ont été satisfaites de la qualité des informations et 2 patientes ont été peu satisfaites.

A la question « Lors de votre (vos) entretien(s) spécifique(s) de l'accompagnement de l'annonce, les soignants (infirmier ou manipulateur radiothérapie) ont-ils répondu à vos

questions ? », sur les 15 personnes ayant eu un entretien : 12 patientes ont répondu « Oui totalement » et 3 personnes ont répondu « Oui partiellement ».

*d. Temps consacré à l'accompagnement par d'autres professionnels (soins de support)*

A la suite de l'entretien d'annonce de la maladie, le professionnel propose à la patiente un accompagnement par les soins de support. Sur les 21 personnes interviewées, 15 personnes affirment qu'on leur a proposé de voir d'autres professionnels pour compléter leur prise en charge (psychologue, assistante sociale, kinésithérapeute, etc.).

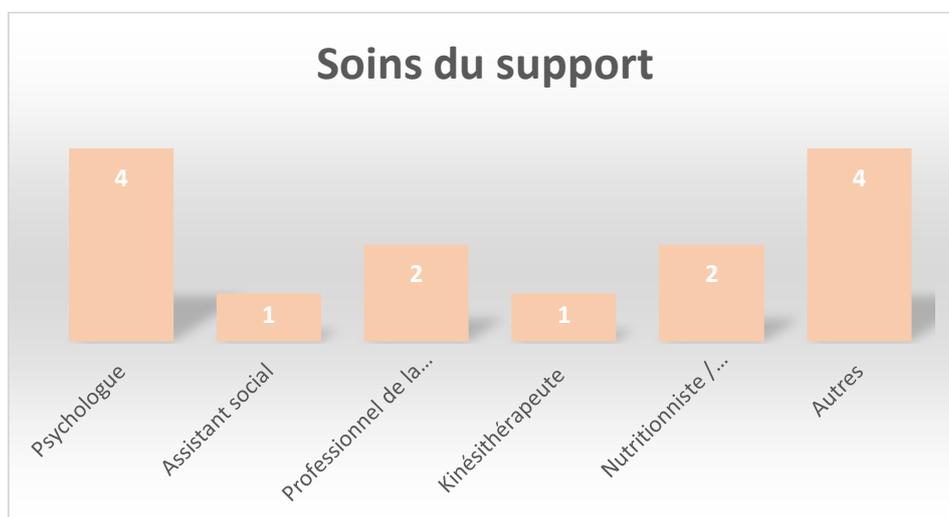


Figure 9 : Nombre d'entretiens réalisés par soin de support

Sur les 15 patientes à qui ont été proposés les soins oncologiques de support 6 n'ont accepté aucun suivi par l'un des professionnels de soins de support. 4 patientes ont bénéficié d'un entretien avec un psychologue, 1 patiente a bénéficié d'un accompagnement par l'assistant social, 2 patientes ont rencontré un professionnel de la prise en charge de la douleur, 1 patiente a consulté un kinésithérapeute, 2 patientes ont été suivies par un nutritionniste ou un diététicien et 4 patientes ont répondu « autre » en précisant que l'entretien a été avec un chirurgien, 2 par des socio-esthéticiennes et 1 par un sophrologue.

### e. Articulation avec la ville

Une question concernait l'articulation avec la ville, et plus précisément sur la qualité de l'information transmise par les professionnels hospitaliers aux professionnels de ville comme le médecin traitant.

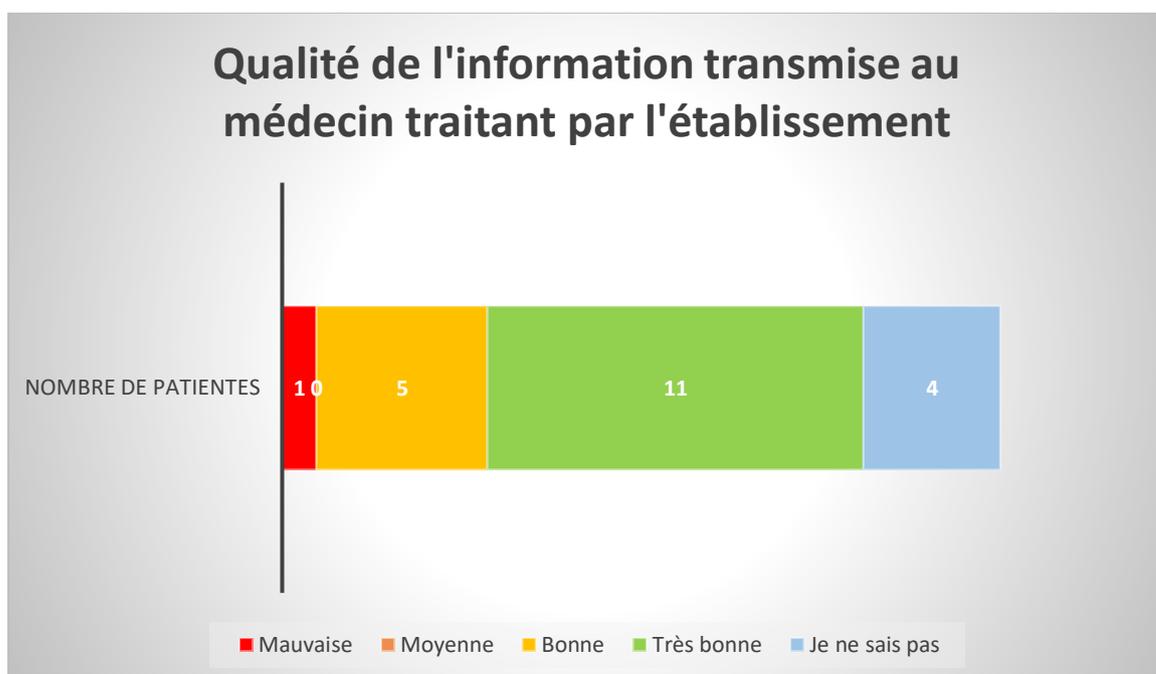
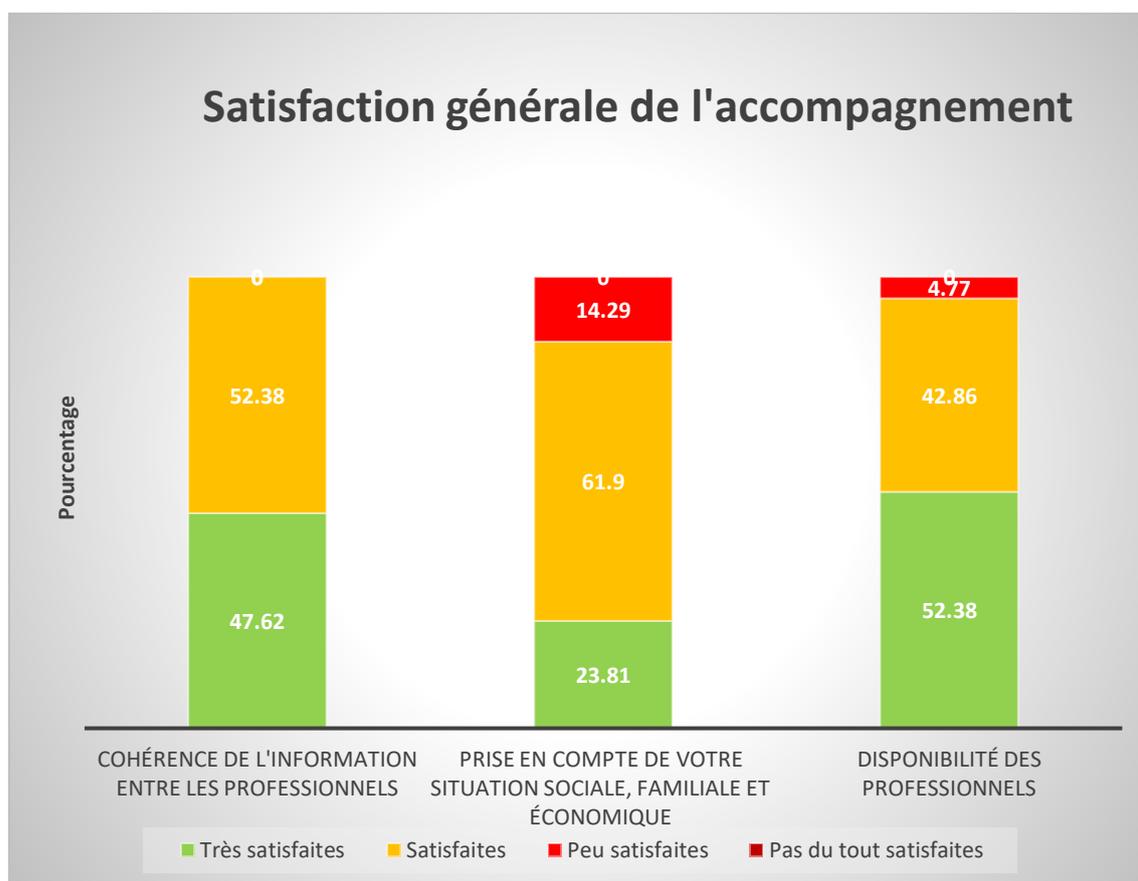


Figure 10 : Qualité perçue par les patientes concernant l'information transmise au médecin traitant

### f. De manière générale

Pour terminer le questionnaire, les patientes devaient donner leur avis général sur l'accompagnement au sein de l'établissement : évaluation de la satisfaction concernant la cohérence des informations fournies par les différents intervenants, la prise en compte des dimensions sociales familiale et économique des patientes et la disponibilité des professionnels en cas de besoin.



*Figure 11 : Résultats en pourcentage de la satisfaction concernant l'accompagnement global*

- Très satisfaites de la cohérence des informations entre les différents intervenants pour 10 patientes et satisfaites pour 11 patientes.
- Très satisfaites de la prise en compte de votre situation sociale, familiale et économique pour 5 patientes, satisfaites pour 13 patientes, et peu satisfaites pour 3 patientes.
- Très satisfaites de la disponibilité des professionnels en cas de besoin pour 11 patientes, satisfaites pour 9 patientes et peu satisfaites pour 1 patiente.

A la question « *Au final, cet accompagnement de l'annonce de votre maladie au sein de notre établissement vous a-t-il apporté quelque chose en termes de soutien, de réconfort, d'échange et de dialogue ?* » les réponses sont :

- *Oui totalement* pour 9 patientes sur 21
- *Oui, partiellement* pour 9 patientes sur 21
- *Non* pour 2 patientes sur 21
- *Je ne sais pas* pour 1 patiente sur 21.

## Utilité de l'accompagnement de l'annonce en termes de soutien, réconfort, échange et dialogue

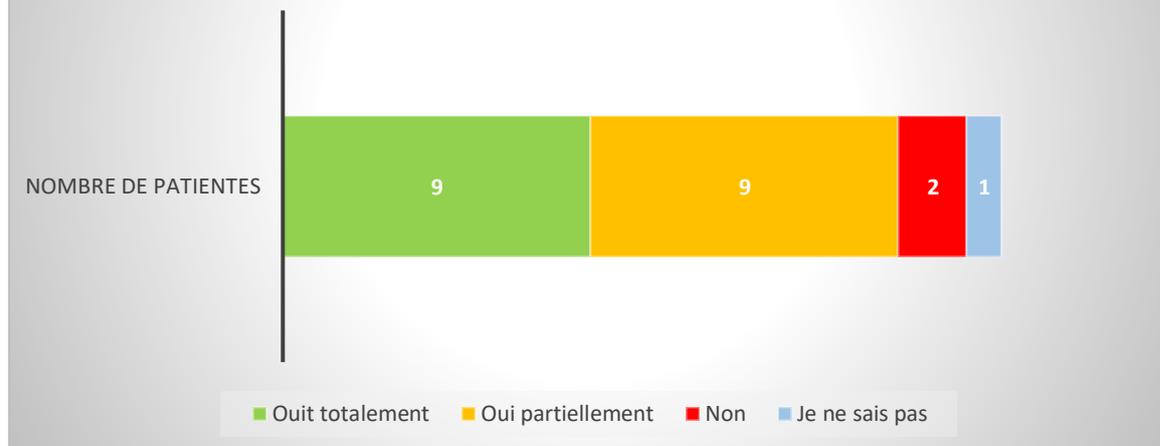


Figure 12 : Utilité perçue de l'accompagnement de l'annonce en termes de soutien, réconfort, échange et dialogue

### *g. Commentaires*

A la fin du questionnaire un encadré vide était disponible pour permettre aux participantes de l'étude d'ajouter des commentaires ou des suggestions.

13 patientes sur les 21 répondantes ont complété cet encadré.

Nous pouvons classer les commentaires en 3 thèmes abordés par les patientes :

- *Commentaires positifs* : description d'une prise en charge de qualité, avec des traitements efficaces, des professionnels à l'écoute et une bonne coordination entre les professionnels.
- *Critiques constructives* : des participantes nous ont fait part de leur difficulté pour recueillir un nombre très important d'informations en peu de temps. Certaines ont suggéré de plus communiquer sur la possibilité de bénéficier des différents soins de support. Pour finir certaines patientes nous ont décrit une peur de déranger les professionnels en leur posant des questions, les voyant débordés dans leur travail.
- *Suggestions* : des patientes témoignent sur le manque de suivi dans l'après cancer, certaines ont écrit se sentir délaissées et d'autres ont décrit la nécessité d'un suivi pour les années après le cancer.

## 2. RESULTATS DES INDICATEURS QUALITE

### a. Exemples d'indicateurs qualité en cancérologie

Il existe un grand nombre d'indicateurs qualité<sup>23</sup> pour les établissements de santé, dont certains concernent la cancérologie. Voici quelques exemples des résultats retrouvés dans les établissements membres du 3C Artois.

- « **Qualité des prises en charge perçue par les patients** » : c'est un Indicateur de qualité et de sécurité des soins de la HAS évalué grâce au questionnaire e-Satis qui mesure la satisfaction et l'expérience des patients hospitalisés. C'est un indicateur présent dans le manuel de certification V2020 (certification de la HAS, procédure d'évaluation du niveau de qualité et de sécurité des soins des établissements de santé, évalué suite à une visite de l'établissement<sup>24</sup>) sous le critère 1.1-17 « Le patient est invité à faire part de son expérience et à exprimer sa satisfaction ». C'est un indicateur qui s'applique à tout l'établissement. Les résultats sont accessibles par tous sur le site Scope Santé<sup>25</sup>. Depuis 2017 l'Incitation Financière à l'Amélioration de la Qualité (IFAQ), copilotée par la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) et la HAS, entre dans les modalités de financement des établissements et les résultats de la certification valorisent financièrement les niveaux de décision de certification. L'indicateur de la qualité perçue par les patients concerne la V2020 et l'IFAQ.
  - o *CHA* : certification en date du 05/12/2017, Version 2014 et le résultat est B. La note globale de satisfaction et expérience des patients hospitalisés est de 71/100 et la note globale des patients admis pour une chirurgie ambulatoire est de 78/100
  - o *HPAB* : certification en date du 26/02/2019, Version 2014 et le résultat est A. La note globale de satisfaction et expérience des patients hospitalisés est de 78/100 et la note globale des patients admis pour une chirurgie ambulatoire est de 79/100.

---

<sup>23</sup> Voir tableau des indicateurs, annexe 4

<sup>24</sup> Manuel de certification des établissements de santé pour la qualité des soins HAS octobre 2020

<sup>25</sup> <https://www.scopesante.fr>

INDICATEURS DE PERTINENCE DU PARCOURS DE SOIN CANCEROLOGIE												
Intitulé de l'indicateur	Sources	Attendus des indicateurs	N° résultat	Résultats 3c Artois	Evolution	Critère du manuel de certification V2020	Indication Financière à l'Amélioration de la Qualité (IFAQ)	Autorisations de traitement du cancer, ARS	Hôpital numérique	Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Efficience des Soins (CAQES)	Satisfaction patient	Champ d'application
Qualité des PEC perçue par les patients - Satisfaction des patients hospitalisés plus de 48h en MCO - Satisfaction des patients hospitalisés pour une chirurgie ambulatoire en MCO	HAS 17/03/2021. IQSS –e-Satis : mesure de la satisfaction et de l'expérience des patients hospitalisés (e-Satis +48h MCO) (e-Satis MCO CA)	NA	1	HPAB 2019 = A +48h = 78/100 CA= 79/100  CHA 2017 = B +48h = 71/100 CA= 78/100	↗  ↗	1.1-17 « Le patient est invité à faire part de son expérience et à exprimer sa satisfaction »  3.2-01 « L'établissement promeut toutes les formes de recueil de l'expression du patient »	OUI	NA	NA	NA	NA	Tout l'établissement

Figure 13 : Résultats de l'indicateur qualité des prises en charge perçue par les patients<sup>26</sup>

- « **Indicateur IQSS RCP** » : depuis 2010 les établissements de santé autorisés pour l'activité de cancérologie doivent transmettre à la HAS des données permettant de calculer l'IQSS RCP. Les campagnes évaluant l'indicateur Réunion de Concertation Pluridisciplinaire sont menées avec l'INCa. L'analyse de 60 dossiers de patients pris en charge dans l'établissement, mesure le nombre de dossiers pour lesquels le passage en RCP est tracé, daté, comporte la proposition de prise en charge et la pluridisciplinarité de la réunion. L'indicateur est composé de deux niveaux de conformité : Niveau 1 ; pourcentage de patients pour lesquels est retrouvée, lors de sa prise en charge initiale pour un primo diagnostic de cancer, la trace d'une RCP datée et comportant la proposition de prise en charge. Niveau 2 ; pourcentage de patients pour lesquels est retrouvée, lors de sa prise en charge initiale d'un primo diagnostic de cancer, la trace d'une RCP datée comportant la proposition de prise en charge formulée avec au moins trois professionnels de spécialités différentes. Cet indicateur est retrouvé sous le critère 2.2-05 « Le dossier du patient est complet et accessible par les professionnels impliqués » et le critère 2.2-16 « Le carnet de santé, le dossier du patient et le cas échéant le dossier médical partagé, sont mis à jour de manière synchronisée pour assurer la continuité des soins ». Cet indicateur, intégré à « l'Hôpital Numérique »<sup>27</sup> intervient également dans les autorisations de traitement<sup>28</sup> de cancer délivrées par l'ARS. La dernière campagne date de 2018 sur les données 2017<sup>29</sup>. Les résultats dont nous disposons concernant les établissements membres du 3C datent de 2016 sur les données 2015. L'objectif national de performance se situe entre 80% et 100%.

<sup>26</sup> Voir tableau des indicateurs complet en annexe 4

<sup>27</sup> Hôpital numérique, Guide des indicateurs des prérequis et des domaines prioritaires du socle commun, DGOS, Avril 2012

<sup>28</sup> Les autorisations de traitement du cancer, INCa mis à jour le 22/01/2021

<sup>29</sup> IQSS 2018 – RCP MCO : campagne de recueil de l'indicateur de qualité et de sécurité des soins (IQSS) « Réunion de Concertation Pluridisciplinaire en cancérologie ».

- **CHA** : RCP Niveau 1 est de 92% et RCP Niveau 2 est de 72%
- **HPAB** : RCP Niveau 1 est de 93% et RCP Niveau 2 est de 90%.

Intitulé de l'indicateur	Sources	Attendus des indicateurs	N° résultat	Résultats 3c Artois	Evolution	Critère du manuel de certification V2020	Indication Financière à l'Amélioration de la Qualité (IFAQ)	Autorisations de traitement du cancer, ARS	Hôpital numérique	Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Efficiences des Soins (CAQES)	Satisfaction patient	Champ d'application
Indicateur IQSS RCP	HAS, IQSS 2016 - RCP MCO : campagne de recueil de l'indicateur de qualité et de sécurité des soins (IQSS) « Réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie	Niveau 1 et niveau 2 : objectif régional entre 30 et 100 %	6	<b>CHA 2016 =</b> 92% Niveau 1 72% Niveau 2  <b>HPAB 2016 =</b> 93% Niveau 1 90% Niveau 2	=	2.2-05 « Le dossier du patient est complet et accessible par les professionnels impliqués » 2.2-16 « Le carnet de santé, le dossier du patient et le cas échéant le dossier médical partagé, sont mis à jour de manière synchronisée pour assurer la continuité des soins »	NA	OUI	OUI	NA	NA	Tout l'établissement

*Figure 14 : Résultats de l'IQSS RCP*

- **« La remise à la personne malade d'un PPS/PPAC »** : ces documents formalisent l'accompagnement tout au long de la prise en charge thérapeutique, il est remis à toute personne atteinte d'un cancer au moment de la proposition thérapeutique issue de la RCP. Le PPS est évolutif et peut être réadapté en cas de nouvelle RCP, en cas de modification du plan thérapeutique, pour ajouter des soins oncologiques de support et en cas de modification de coordonnées du patient ou d'un professionnel. Le PPAC prend le relai du PPS après la prise en charge thérapeutique, il atteste de l'entrée dans une nouvelle période de la prise en charge, de l'après-cancer avec les modalités de surveillance médicale et d'accès aux soins de supports. En 2015 une enquête avait été menée par le 3C Artois sur le PPS. Les résultats ont montré que seulement 53% des patients pris en charge par l'un des 3 établissements membres ont reçu un PPS. D'après les audits type IQSS faits dans les établissements membres du 3C nous savons que 0% de PPAC ont été tracés.

Intitulé de l'indicateur	Sources	Attendus des indicateurs	N° résultat	Résultats 3c Artois	Evolution	Critère du manuel de certification V2020	Indication Financière à l'Amélioration de la Qualité (IFAQ)	Autorisations de traitement du cancer, ARS	Hôpital numérique	Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Efficience des Soins (CAQES)	Satisfaction patient	Champ d'application
												

La remise à la personne malade d'un PPS / PPAC	Le nouveau PPS / Principes généraux d'utilisation et éléments fondamentaux, Septembre 2019, INCa	NA	9	3C 2016 = 53% PPS 3C 2020 = 0% PPAC	NA	1.1-09 « Le patient, en prévision de sa sortie, est informé des consignes de suivi pour les médicaments qui lui sont prescrits »  1.4-06 « Les conditions de vie habituelles sont prises en compte notamment pour la préparation de la sortie »  2.2-06 « Les équipes se coordonnent pour la mise en œuvre du projet de soins »	NA	OUI	NA	NA	NA	Tout l'établissement
--	--	----	---	--	----	---	----	-----	----	----	----	----------------------

**Figure 15 : Résultats de la remise à la personne malade d'un PPS/PPAC**

b. Résultats des indicateurs et parcours de soins

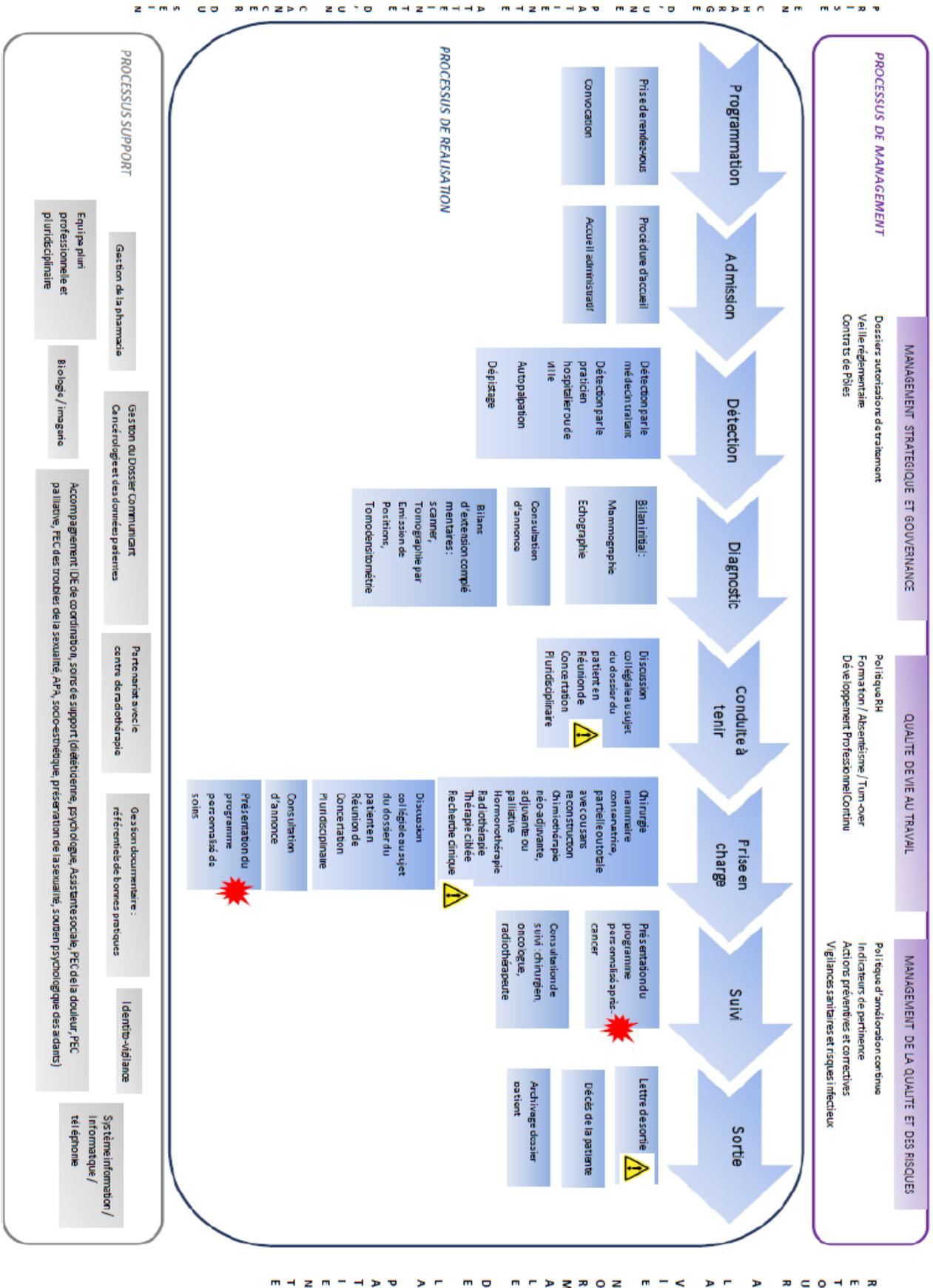


Figure 16 : Cartographie des processus de la prise en charge d'un cancer du sein avec les ruptures éventuelles



: Résultats insatisfaisants



: Résultats peu satisfaisants

Les résultats d'indicateurs de qualité et de pertinence des soins mettent en avant 3 indicateurs dont les résultats sont peu satisfaisants et 1 indicateur dont les résultats ne sont pas satisfaisants.

Les résultats sont présentés sur le parcours patient du cancer du sein, à différents moments de la prise en charge. Cela permet ainsi d'avoir une vision globale des ruptures possibles dans le parcours de soin des patientes.

L'objectif prochain est de faire une analyse systémique : pour cela il faut mettre en lien les points de rupture détectés grâce aux indicateurs et les résultats du questionnaire.

## DISCUSSION

L'objectif de l'enquête était d'étudier le parcours de soin des patientes atteintes d'un cancer du sein et prises en charge au sein de l'un des 3 établissements membres du Centre de Coordination en Cancérologie Artois.

Pour cela 21 patientes suivies dans le cadre d'un cancer du sein ont répondu à un questionnaire visant à évaluer leur satisfaction concernant leur prise en charge. Pour évaluer l'écart entre la qualité attendue et la qualité perçue et dans le cadre de l'évaluation de la pertinence des soins, je me suis en parallèle, intéressée aux résultats indicateurs de qualité dont je disposais dans les établissements de santé du 3C Artois.

Cette enquête a mis en avant plusieurs points positifs : tout d'abord la satisfaction des patients concernant les informations transmises par le médecin lors de la consultation d'annonce et les réponses apportées par les médecins aux questions des patientes. Même si la proposition d'accompagnement soignant est à améliorer, la satisfaction des patientes concernant l'écoute, le réconfort, le soutien, la qualité d'informations transmises et les réponses apportées par les soignants sont des éléments dont ils peuvent être fiers.

Comme le montrent les résultats, certains temps de l'accompagnement doivent être améliorés :

- La remise au patient du programme personnalisé de soins (PPS),
- La proposition d'accompagnement lors de la consultation d'annonce de la maladie par des professionnels soignants,
- La proposition de consultation avec d'autres professionnels de soins oncologiques de support
- La qualité de l'information transmise en ville au médecin traitant.

Les résultats de l'enquête et des indicateurs révèlent tous deux des dysfonctionnements quant à la remise du PPS aux patientes ainsi que dans la coordination des prises en charge. Concernant les résultats des indicateurs : le pourcentage de Réunions de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) respectant le quorum ainsi que l'accès aux traitements innovants sont des objectifs à améliorer. L'enquête met en avant 2 axes d'amélioration : l'élaboration

d'un accompagnement avec un soignant et la proposition de prise en charge par les soins oncologiques de support.

## 1. LA REMISE AU PATIENT D'UN PROGRAMME PERSONNALISE DE SOINS ET D'UN PROGRAMME PERSONNALISE D'APRES-CANCER

La remise du PPS est une des mesures transversales de qualité dans le dispositif d'autorisations des établissements de santé pour la pratique de la cancérologie et fait l'objet d'un suivi par l'Agence Régionale de Santé (ARS) et de l'Institut National du Cancer (INCa). Ce document permet d'illustrer la proposition thérapeutique issue de la Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP). Il permet au patient d'être informé sur sa prise en charge et est également un outil de coordination de l'ensemble des professionnels concourant à ses soins. Cet outil doit répondre aux besoins des praticiens et des patients pris en charge pour un cancer pour être efficient. La création d'un document unique PPS, commun aux 3 établissements membres du 3C peut-être une piste d'amélioration.

Les résultats de l'enquête de satisfaction et de l'étude menée par le 3C en 2015 concernant la remise du PPS montrent que le pourcentage de patients ayant reçu un PPS est très insuffisant (53%).

Le patient doit bénéficier d'une explication quant à la fonction du document et son utilisation. Le PPS permet aux patients de connaître le personnel soignant et les correspondants éventuels de ville disponibles pour sa prise en charge, d'avoir des informations sur sa maladie et ses traitements et de prendre connaissance des différents examens complémentaires éventuels qui lui seront demandés par la suite. L'annonce de la maladie peut avoir un effet traumatique<sup>30</sup>. Un grand nombre d'informations, très techniques parfois, sont transmises au patient mais celui-ci peut n'entendre ou ne retenir qu'une infime partie de celles-ci. C'est pourquoi le PPS permet au patient de disposer de toutes les informations nécessaires écrites afin qu'il puisse s'y référer à tout moment tout au long de son parcours de soin. Le PPS doit être remis au patient au bon moment de sa prise en charge par le praticien c'est-à-dire avant le début de son traitement. Pour que l'outil soit

---

<sup>30</sup> HAS, Annonce d'une mauvaise nouvelle, Février 2008.

valorisé, il doit guider la prise en soin du patient et doit donc être remis au patient avant tout acte thérapeutique<sup>31</sup>.

Pour que le document soit utilisé par nos praticiens, il se doit d'être pratique et facile à remplir. La création de ce document pourrait être faite selon une logique de case à cocher. Le praticien ne remplirait que les champs suivants : coordonnées du patient, date de la RCP, date de la proposition thérapeutique, cocher la proposition de traitement, avec la date de début du traitement et la durée éventuelle. Ce document doit être intégré au Dossier Patient Informatisé (DPI) pour garantir la traçabilité des informations et doit être en version imprimable afin de garantir la remise en mains propres au patient à la fin de la consultation d'annonce médicale.

Au même titre que le PPS, le PPAC est un outil sous-utilisé. L'enquête de satisfaction ne permettait pas de questionner la remise du PPAC aux patientes mais cette période d'après cancer a été évoquée plusieurs fois dans la partie commentaire du questionnaire. En effet les patientes ont déclaré avoir besoin d'un suivi coordonné même après le traitement. Certaines formulent même le sentiment « d'être lâchée dans la nature » pendant la phase de surveillance. Certaines éprouvent le besoin de marquer cette nouvelle étape dans le traitement du cancer tout en gardant un lien avec les professionnels soignants pendant cette phase de suivi.

Tout comme le PPS, le PPAC doit être facilement utilisable par les praticiens et doit répondre aux attentes des patients et aux besoins de renseignements des intervenants de ville. Des informations doivent apparaître concernant la surveillance détaillant les différents rendez-vous médicaux ou paramédicaux et leur fréquence, la proposition des différents soins de support afin de bénéficier d'un accompagnement social ou encore diététique. L'après-cancer est une nouvelle étape dans la vie du patient avec des besoins qui ont évolué durant la prise en charge. « Après le cancer, le combat continue ! »<sup>32</sup>. Même si de plus en plus de personnes guérissent du cancer, les conséquences liées à cette maladie sont nombreuses. Cette enquête de la ligue contre le cancer montre que 1 personne sur 3 considère que cette période est plus difficile à vivre que la période des traitements. 4 personnes sur 10 estiment qu'elles n'ont pas été assez bien préparées à la période de « l'après cancer » et 1 personne sur 3 a eu le sentiment d'être abandonnée à la fin des

---

<sup>31</sup> Référentiel organisationnel, Le nouveau PPS, principes généraux d'utilisation et éléments fondamentaux. INCa, septembre 2019.

<sup>32</sup> 7<sup>ème</sup> rapport de l'observatoire sociétal des cancers, octobre 2018, ligue contre le cancer

traitements. Ces résultats rejoignent les propos des patientes ayant répondu à l'enquête. Sensibiliser les praticiens sur l'utilisation de ces outils, apparaît comme une réelle nécessité pour les patients pris en charge dans le cadre d'un cancer.

## 2. LA COORDINATION AVEC LA VILLE

En cancérologie la prise en charge se veut pluridisciplinaire et pluri professionnelle : un grand nombre de professionnels de différentes structures sanitaires intervient auprès du patient dès le début de la prise en charge du cancer jusqu'à la rémission. En conséquence une information claire et précise doit être transmise à chacun.

L'enquête de satisfaction nous montre que l'information transmise au médecin traitant est décrite comme « bonne ou très bonne » dans 76.19% des cas : c'est un élément à améliorer afin de faire bénéficier à nos patients d'une prise en charge mieux coordonnée. Les résultats de l'IQSS qualité de la lettre de liaison de sortie de la campagne de 2019 pour HPAB et 2017 pour CHA, fait apparaître une marge d'amélioration.

Le médecin traitant est souvent l'interlocuteur privilégié du patient, cependant les 2/3 éprouvent des difficultés pour accompagner la fin de vie, gérer les effets indésirables des traitements ou prendre en charge les séquelles du cancer. Le manque de transmission d'informations en provenance des hôpitaux ou des spécialistes est souvent évoqué comme source de difficulté<sup>33</sup>. Selon une étude de 2017, seuls 31% des médecins disposeraient d'une information complète sur la pathologie de leur patient, telle qu'elle est recommandée par le Plan Cancer. De plus 20% des généralistes, faute de pouvoir contacter facilement l'oncologue référent de leur patient, choisissent d'adresser aux urgences un patient immunodéprimé déclarant une fièvre élevée pendant le week-end. Le médecin traitant a un rôle majeur dans le dépistage et le suivi notamment des effets secondaires liés aux thérapeutiques. Il a donc besoin d'une information complète sur la prise en charge cancérologique de son patient.

La lettre de liaison a pour objectif principal de synthétiser les informations nécessaires à la prise en charge du patient. Elle doit être remise le jour de la sortie de l'établissement du patient et doit être communiquée au médecin traitant et aux autres correspondants le cas échéant.

---

<sup>33</sup> Études et résultats, « Suivi des patients atteints de cancer », DREES, octobre 2017

Pour faire bénéficier au patient, aux praticiens hospitaliers et aux correspondants de ville d'une information partagée de qualité, un modèle de lettre de coordination pourrait être mis en place et utilisé par les équipes de soin de cancérologie. Il est important que ce document soit intégré au DPI, remis au patient et transmis aux différents interlocuteurs.

### 3. LE RESPECT DU QUORUM EN RCP

La concertation pluridisciplinaire pour la prise en charge initiale d'un patient atteint de cancer est une étape garantissant la qualité de la prise en charge ultérieure. L'organisation des RCP s'appuie sur la pluridisciplinarité et l'utilisation des référentiels validés.

Les RCP sont le lieu de discussion diagnostique et thérapeutique mais aussi comme vecteur d'échanges de grande valeur pédagogique entre les professionnels, permettant d'effectuer une analyse bénéfices/risques et de la qualité de vie pour le patient.<sup>34</sup> L'organisation prévoit une fréquence de réunions préétablie et un quorum de base pour chaque type d'organe, prévoyant au minimum 3 spécialités différentes dont un oncologue, un chirurgien et un radiologue. Les médecins travaillent en collaboration autour d'un même patient : leurs différentes compétences sont nécessaires pour faire bénéficier de la meilleure prise en charge possible. C'est un travail collectif pour un objectif commun dont le bénéficiaire est le patient. Il est important de coordonner sa prise en charge, d'informer et de sensibiliser tous les intervenants dans la RCP.

Le relevé de présence des médecins en RCP nous permet de constater l'insuffisance de certaines spécialités. Il ne s'agit pas de blâmer un praticien ou un établissement participant moins aux RCP mais de rappeler l'importance de la pluridisciplinarité lors de ces réunions. Proposer un « roulement » entre les différents professionnels d'une même spécialité permettrait peut-être de bénéficier, à toutes les RCP, d'un quorum parfait.

---

<sup>34</sup> Circulaire N°DHOS/SDO/2005/101 du 22 février 2005 relative à l'organisation des soins en cancérologie.

#### 4. LA PROPOSITION D'ACCOMPAGNEMENT PARAMEDICAL ET LES SOINS ONCOLOGIQUES DE SUPPORT

Tous les patients atteints d'un cancer doivent avoir accès aux soins de support. Ils sont définis comme « l'ensemble des soins et soutiens nécessaires aux personnes malades tout au long de la maladie conjointement aux traitements »<sup>35</sup>. Ils font partie intégrante de la prise en charge du cancer. Ils permettent une meilleure prise en charge des effets secondaires des traitements et peuvent faciliter le retour à la vie normale des patients après le cancer.

Les soins oncologiques de support doivent être accessibles à tout moment de la prise en charge du patient, y compris le suivi après cancer durant la phase de surveillance. La mise en place des soins de support peut être organisée à la demande des patients mais aussi sur indication de l'équipe médicale qui a repéré des difficultés.

Les résultats de l'enquête montrent que les soins de support n'ont été proposés qu'à 15 patientes sur 21, soit 71% ce qui est insuffisant. Pourtant sur 15 patientes à qui ont été proposés les soins oncologiques de support 6 patientes ont refusé un accompagnement. On peut se demander si les patientes n'en ressentent pas le besoin au moment où on leur propose, c'est-à-dire avant le début des traitements et quelle serait leur réponse si on leur proposait à d'autres moments de leur prise en charge ?

Les patientes ont également formulé leur besoin d'être suivies dans leur étape « après-cancer » : elles se sentent parfois « lâchées dans la nature » et « abandonnées ». Les soins de support sont un accompagnement au retour à la vie « normale ». Les professionnels doivent être incités à proposer les soins de support de façon systématique à différents moments de la prise en charge et pas seulement au moment de l'annonce de la maladie. En effet en fonction des traitements, les besoins apparaissent à différents moments de la prise en charge.

---

<sup>35</sup> I. KRAKOWSKI, in *Oncologie*, 2004 – 6 : 7-15

## CONCLUSION GENERALE

Cette étude de recherche était basée sur la problématique suivante « *Les parcours de soins proposés au 3C pour les patientes atteintes d'un cancer du sein sont-ils pertinents ?* »

La prise en charge du cancer et du cancer du sein sont des parcours complexes, de par la durée de prise en charge et du nombre d'interlocuteurs. Le Centre de Coordination de Cancérologie (3C) a pour mission de structurer et évaluer les activités en cancérologie des établissements sur un territoire de santé et de veiller sur l'engagement des établissements dans une démarche d'assurance de qualité.

La prise en soin des patientes se doit d'être coordonnée, et respectant la qualité et la sécurité de ces soins. Pour cela un grand nombre d'indicateurs de qualité et de sécurité des soins existent pour l'évaluer. Cependant il est intéressant d'analyser la qualité attendue et la qualité perçue. C'est pour cela que dans cette recherche j'ai mis en lien une enquête de satisfaction concernant la prise en charge des patientes atteintes d'un cancer du sein en 2020 et les résultats de différents indicateurs de qualité et de pertinence des soins.

Les résultats de l'enquête de satisfaction des patientes prises en charge pour un cancer du sein et les résultats des indicateurs de qualité ont été croisés. Les résultats dévoilent des axes d'amélioration communs : la remise au patient d'un programme personnalisé de soins et la coordination avec la ville (la lettre de sortie pour les indicateurs et l'information transmise au médecin traitant pour l'enquête de satisfaction).

## BIBLIOGRAPHIE

- Abad, M. et Johanet, S. (2015). "Synchroniser les temps des acteurs autour du patient pour conjuguer qualité des soins, bien-être au travail et efficience économique." Journal de gestion et d'économie médicales 33(2) : 107-108.
- Article : INCa, « le cancer du sein ».
- Chappuis, P. (2006) Un dépistage du cancer du sein différent de celui de la population générale : pour quelles femmes et avec quelles mesures ? Revue médicale suisse.
- Circulaire N° DHOS/SDO/2005/101 du 22 février 2005 relative à l'organisation des soins en cancérologie.
- Comprendre les indicateurs ARTICLE HAS - Mis en ligne le 24 février 2020
- Etudes et résultats, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques « suivi des patients atteints de cancer : les généralistes favorables à des échanges renforcés avec l'hôpital » (octobre 2017) numéro 1034.
- Évolution du dispositif d'annonce d'un cancer / Référentiel organisationnel, septembre 2019.
- HAS, Annonce d'une mauvaise nouvelle, (Février 2008).
- <https://www.cancer.ca/>
- IQSS - Validation des indicateurs de qualité et de sécurité des soins de processus ARTICLE HAS - Mis en ligne le 25 juillet 2019
- Kahn K.L., Kosecoff J., Chassin M.R., Flynn M.F., Fink A., Pattaphongse N., Solomon D.H., Brook R.H. (1988), « Measuring the Clinical Appropriateness of the Use of a Procedure. Can we Do it ? », Med Care, Apr ; 26(4), p. 415-422.
- Le nouveau programme personnalisé de soins / Référentiel organisationnel, septembre 2019.
- Les indicateurs de la qualité des soins en France et à l'étranger » (mars 2018) centre de documentation de l'IRDES.

- Observatoire sociétal des cancers, après un cancer le combat continue, ligue contre le cancer, plan cancer 2014-2019, (septembre 2018).
- Pertinence des soins – Les professionnels en action ARTICLE HAS - Mis en ligne le 15 janv. 2018 - Mis à jour le 12 juin 2019.
- Qu'est-ce qu'un indicateur de qualité et de sécurité des soins ? Article HAS. Mis en ligne le 19 janvier 2017.
- Recommandations nationales pour la mise en œuvre du dispositif d'annonce du cancer dans les établissements de santé. Institut national du cancer et Ligue contre le cancer, 2005.
- Réunion de concertation pluridisciplinaire, HAS, Novembre 2017.
- SAFON, M et SUHARD, V. (2018) « La pertinence des soins en France, les principaux dispositifs et leurs évaluations », synthèse documentaire. Centre de documentation de l'IRDES.

# ANNEXES

---

## ANNEXE 1 : Fiche individuelle d'information sur l'évaluation du parcours de soin

---



Groupe Hospitalier  
Artois-Ternois  
CENTRE HOSPITALIER D'ARRAS



### Fiche individuelle d'information des patients sur l'évaluation du parcours de soin

Madame,

L'établissement (Centre Hospitalier d'Arras, Hôpital Privé Arras les Bonnettes ou centre de radiothérapie Marie-Curie) dans lequel vous avez été pris en charge souhaite recueillir l'avis des patients sur leur prise en charge.

En effet, un dispositif spécifique, appelé dispositif d'annonce, comprenant plusieurs temps dont un temps médical et un temps soignant (avec un infirmier ou un manipulateur de radiothérapie) doit être mis en place pour les patients atteints d'une pathologie maligne.

Votre participation est entièrement volontaire et sans conséquence sur votre prise en charge médicale.

Si vous acceptez de participer, votre participation consiste à répondre à un questionnaire, chez vous, à tête reposée.

Le temps de remplissage du questionnaire est de 10 minutes environ.

➤ *Objectif de l'étude*

L'objectif de l'étude est d'analyser l'organisation globale du parcours de soins mis en œuvre dans l'établissement de santé au travers notamment de l'expérience des patients.

➤ *Méthodologie*

Un questionnaire vous est remis. Il vous est demandé de le remplir en fonction de vos souvenirs et de votre ressenti concernant la période où l'on vous a annoncé et expliqué votre maladie.

Une enveloppe de retour vous est remise avec le questionnaire pour faciliter son renvoi (Tous les retours sont effectués à l'Hôpital Privé Arras les Bonnettes, peu importe votre lieu de prise en charge)

➤ *Bénéfices attendus*

L'analyse de vos réponses et de celles des autres patientes, permettra à l'établissement d'identifier ses points forts et ses points faibles et ainsi de mettre en place des actions lui permettant d'améliorer sa pratique.

➤ *Garanties*

L'anonymat des patients qui acceptent de répondre au questionnaire est garanti.

Nous vous remercions de votre coopération et, si vous êtes d'accord, vous demandons de bien vouloir remplir le questionnaire ci-joint, et de nous le retourner **avant le lundi 5 juillet 2021** à l'aide de l'enveloppe retour jointe avec ce courrier.

Sachez que votre participation est précieuse car elle détermine la qualité des résultats.

**Contact d'aide de remplissage, si nécessaire :**

ESNAULT Marine, Responsable qualité du Centre de Coordination de Cancérologie Artois.  
07-64-51-31-13 / [m.esnault@ramsavids.fr](mailto:m.esnault@ramsavids.fr) / [marine.esnault@gh-artoisternois.fr](mailto:marine.esnault@gh-artoisternois.fr)

---

## ANNEXE 2 : Questionnaire de satisfaction

---



Groupe Hospitalier  
Artois-Ternois  
CENTRE HOSPITALIER D'ARRAS



Numéro téléphonique d'aide au remplissage du questionnaire : 07-64-51-31-13

### Votre perception en tant que patient

Dans les pages suivantes, nous allons vous poser des questions concernant votre opinion sur la période de l'annonce de votre maladie diagnostiquée en 2020.

Il vous est proposé de remplir ce questionnaire en fonction de vos souvenirs et de votre ressenti concernant la période où l'on vous a annoncé et expliqué votre maladie du sein.

Si vous souhaitez nous faire part de vos remarques ou de quelque chose qui vous paraît important et qui n'est pas abordé dans ce questionnaire, vous pouvez le faire sur la dernière page (le questionnaire comporte 6 pages)

Date de remplissage du questionnaire :  /  /

Q5. Lors de votre (vos) consultation(s) médicale(s) au sein de notre établissement, qu'avez-vous pensé de :	Pas du tout satisfait(e)	Peu satisfait(e)	Satisfait(e)	Très satisfait(e)
- La disponibilité des médecins à écouter l'ensemble de vos préoccupations ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Le réconfort et le soutien que les médecins vous ont apportés ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Les informations que les médecins vous ont fournies sur votre maladie, sur les examens et les traitements à réaliser ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q6. Lors de votre (vos) consultation(s) médicale(s), les médecins ont-ils répondu à vos questions ?

- Oui, totalement       Oui, partiellement       Non       Je ne sais pas

### Temps consacré à l'accompagnement de l'annonce de votre maladie par des professionnels soignants (infirmier, manipulateur radiothérapie)

Nous vous proposons, dans un deuxième temps, de donner votre ressenti sur le déroulement complémentaire de l'annonce de votre maladie par les personnels paramédicaux au sein de notre établissement.

En effet un temps de soutien, d'explication, et d'appréciation des besoins et des ressources environnementales et familiales du patient par un infirmier ou un manipulateur radiothérapie est prévu après la consultation médicale.

Q7a. Avez-vous bénéficié d'un entretien spécifique avec un soignant (infirmier ou manipulateur radiothérapie, autre qu'un médecin) pour parler de votre maladie ?

- Oui       Non       Je ne sais pas

Q7b. Si non, pour quelle raison ?

- On ne me l'a pas proposé  
 On me l'a proposé mais le rendez-vous n'a pas pu être organisé  
 On me l'a proposé mais j'ai refusé  
 Autre  
 Je ne sais pas

Q8. Lors de cet (ces) entretien(s) soignant spécifique(s) de l'accompagnement de l'annonce, étiez-vous accompagné (famille, proches, amis, etc.) ?

- Oui       Non       Je ne sais pas

## Temps consacré à l'annonce de votre maladie et de votre traitement par un médecin

Nous vous proposons, dans un premier temps, de donner votre ressenti sur le déroulement de l'annonce de votre maladie et des premières explications données par les médecins au sein de notre établissement. Les questions concernent l'ensemble de votre prise en charge.

Q1. Avez-vous bénéficié d'une consultation médicale au sein de notre établissement durant laquelle un médecin vous a expliqué votre maladie et les traitements à réaliser ?

- Oui                       Non                       Je ne sais pas

Q2a. Etait-ce pour vous la première évocation de votre maladie ?

- Oui                       Non                       Je ne sais pas

Q2b. Si non, où la première évocation de votre maladie avait-t-elle été faite :

- En cabinet de ville ?                       Oui                       Non                       Je ne sais pas  
- Dans un autre établissement ?                       Oui                       Non                       Je ne sais pas

Q3. Lors de votre (vos) consultation(s) médicale(s), étiez-vous accompagné (famille, proches, amis, etc.)?

- Oui                       Non                       Je ne sais pas

Q4a. Vous a-t-on remis un plan personnalisé de soins (PPS) au sein de notre établissement ?

(Le PPS est un document expliquant l'ensemble des soins qui vont être mis en place pour vous. Il contient le plan de traitement (parfois avec les effets secondaires selon les traitements), les différents bilans prévus, les noms et coordonnées des professionnels de santé intervenant dans votre prise en charge, les coordonnées des associations de patients, ...)

- Oui                       Non                       Je ne sais pas

Si oui :

Q4b. Sous quelle forme était-il (plusieurs réponses possibles) ?

- Texte  
 Schéma  
 Calendrier  
 Agenda  
 Autre  
 Je ne sais pas

Q4c. Que pensez-vous de ce plan personnalisé de soins ? Il était :

- Très facile à comprendre  
 Facile à comprendre  
 Peu facile à comprendre  
 Pas du tout facile à comprendre  
 Je ne sais pas

Q5. Lors de votre (vos) consultation(s) médicale(s) au sein de notre établissement, qu'avez-vous pensé de :	Pas du tout satisfait(e)	Peu satisfait(e)	Satisfait(e)	Très satisfait(e)
- La disponibilité des médecins à écouter l'ensemble de vos préoccupations ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Le réconfort et le soutien que les médecins vous ont apportés ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Les informations que les médecins vous ont fournies sur votre maladie, sur les examens et les traitements à réaliser ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q6. Lors de votre (vos) consultation(s) médicale(s), les médecins ont-ils répondu à vos questions ?

- Oui, totalement
  Oui, partiellement
  Non
  Je ne sais pas

### Temps consacré à l'accompagnement de l'annonce de votre maladie par des professionnels soignants (infirmier, manipulateur radiothérapie)

Nous vous proposons, dans un deuxième temps, de donner votre ressenti sur le déroulement complémentaire de l'annonce de votre maladie par les personnels paramédicaux au sein de notre établissement.

En effet un temps de soutien, d'explication, et d'appréciation des besoins et des ressources environnementales et familiales du patient par un infirmier ou un manipulateur radiothérapie est prévu après la consultation médicale.

Q7a. Avez-vous bénéficié d'un entretien spécifique avec un soignant (infirmier ou manipulateur radiothérapie, autre qu'un médecin) pour parler de votre maladie ?

- Oui
  Non
  Je ne sais pas

Q7b. Si non, pour quelle raison ?

- On ne me l'a pas proposé  
 On me l'a proposé mais le rendez-vous n'a pas pu être organisé  
 On me l'a proposé mais j'ai refusé  
 Autre  
 Je ne sais pas

Q8. Lors de cet (ces) entretien(s) soignant spécifique(s) de l'accompagnement de l'annonce, étiez-vous accompagné (famille, proches, amis, etc.) ?

- Oui
  Non
  Je ne sais pas

**Q9. Concernant l'accompagnement de l'annonce de votre maladie dans notre établissement, que pensez-vous de :**

	Pas du tout satisfait(e)	Peu satisfait(e)	Satisfait(e)	Très satisfait(e)
- La disponibilité des soignants à écouter l'ensemble de vos préoccupations ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Le réconfort et le soutien que les soignants vous ont apportés ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Les informations que les soignants vous ont fournies sur votre maladie, sur les examens et traitements à réaliser ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Q10. Lors de votre (vos) entretien(s) spécifique(s) de l'accompagnement de l'annonce, les soignants (infirmier ou manipulateur radiothérapie) ont-ils répondu à vos questions ?**

- Oui, totalement       Oui, partiellement       Non       Je ne sais pas

### *Temps consacré à l'accompagnement par d'autres professionnels (soins de support)*

**Q11. A l'issue de ces consultations médicales et/ou entretiens soignants, vous a-t-on proposé de voir d'autres professionnels pour compléter votre prise en charge (psychologue, assistante sociale, kinésithérapeute...) ?**

- Oui       Non       Je ne sais pas

**Q12. Avez-vous eu un entretien avec un psychologue ?**

- Oui       Non       Je ne sais pas

**Q13. Avez-vous eu un entretien avec une assistante sociale ?**

- Oui       Non       Je ne sais pas

**Q14. Avez-vous eu un entretien avec un spécialiste de la prise en charge de la douleur ?**

- Oui       Non       Je ne sais pas

**Q15. Avez-vous eu un entretien avec un kinésithérapeute ?**

- Oui       Non       Je ne sais pas

**Q16. Avez-vous eu un entretien avec un nutritionniste ou un diététicien ?**

- Oui       Non       Je ne sais pas

**Q17. Avez-vous eu un entretien avec d'autres professionnels ?**

- Oui       Non       Je ne sais pas

Si oui, précisez lesquels (plusieurs réponses possibles) :

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Esthéticienne, socio-esthéticienne | <input type="checkbox"/> Réflexologue  |
| <input type="checkbox"/> Orthophoniste                      | <input type="checkbox"/> Educateur sportif, professeur d'activité physique adaptée   |
| <input type="checkbox"/> Stomathérapeute                    | <input type="checkbox"/> Partenaires de santé (associations de patients par exemple) |
| <input type="checkbox"/> Tabacologue                        | <input type="checkbox"/> Autre   |
| <input type="checkbox"/> Sophrologue                        |  |

## Articulation avec la médecine de ville

Q18. D'après vous, l'information que votre médecin traitant a reçue de l'établissement concernant votre prise en charge était :

Mauvaise	Moyenne	Bonne	Très bonne	Je ne sais pas
<input type="checkbox"/>				

## De manière générale

Q19. Concernant l'annonce de votre maladie et son accompagnement au sein de notre établissement, que pensez-vous de :

	Pas du tout satisfait(e)	Peu satisfait(e)	Satisfait(e)	Très satisfait(e)
- La cohérence des informations entre les différents intervenants (discours similaires entre les différents professionnels) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- La prise en compte de votre situation sociale, familiale et économique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- La disponibilité des professionnels en cas de besoin (possibilité de les joindre en dehors des consultations ou entretiens) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q20. Au final, cet accompagnement de l'annonce de votre maladie au sein de notre établissement vous a-t-il apporté quelque chose en termes de soutien, de réconfort, d'échange, de dialogue ?

Oui, totalement     Oui, partiellement     Non     Je ne sais pas

## Vos commentaires

Commentaire libre

Votre âge :

**Merci de votre participation à cette étude**

**Vous pouvez utiliser l'enveloppe affranchie fournie pour retourner le questionnaire**

## ANNEXE 3 : Déclaration de conformité CNIL



Référence CNIL :

2222155 v 0

### Déclaration de conformité

au référentiel de méthodologie de référence MR-004

reçue le 30 avril 2021

Madame Marine ESNAULT  
CENTRE HOSPITALIER D'ARRAS  
QUALITÉ  
3 BOULEVARD GEORGES BESNIER  
62000 ARRAS

#### ORGANISME DÉCLARANT

<b>Nom :</b>	CENTRE HOSPITALIER D'ARRAS	<b>N° SIREN/SIRET :</b>	266209253 00019
<b>Service :</b>		<b>Code NAF ou APE :</b>	8610Z
<b>Adresse :</b>	3 BOULEVARD GEORGES BESNIER	<b>Tél. :</b>	0321211010
<b>CP :</b>	62000	<b>Fax. :</b>	
<b>Ville :</b>	ARRAS		

Par la présente déclaration, le déclarant atteste de la conformité de son/ses traitement(s) de données à caractère personnel au référentiel mentionné ci-dessus.

La CNIL peut à tout moment vérifier, par courrier ou par la voie d'un contrôle sur place ou en ligne, la conformité de ce(s) traitement(s).

Fait à Paris, le 3 mai 2021

—RÉPUBLIQUE FRANÇAISE—

3 Place de Fontenoy, TSA 80715 – 75334 PARIS CEDEX 07 – 01 53 73 22 22 – [www.cnil.fr](http://www.cnil.fr)

*Les données personnelles nécessaires à l'accomplissement des missions de la CNIL sont conservées et traitées dans des fichiers destinés à son usage exclusif. Les personnes concernées peuvent exercer leurs droits Informatique et Libertés en s'adressant au délégué à la protection des données de la CNIL via un formulaire en ligne ou par courrier postal.*

*Pour en savoir plus : <https://www.cnil.fr/donnees-personnelles>*

## ANNEXE 4 : Tableau d'indicateurs de qualité

### INDICATEURS DE PERTINENCE DU PARCOURS DE SOIN CANCEROLOGIE

Qualité de la coordination des PEC - Qualité de la lettre de liaison à la sortie - Qualité de la lettre de sortie après une chirurgie ambulatoire (MCO)		NA	4	HPAB 2019 = CA niveau C 69% MCO niveau B 74%  CHA 2017 = CA niveau C 50% MCO niveau C 43%	NA	2.2-20 « Une lettre de liaison à la sortie est remise au patient et adressée au médecin traitant »	OUI	NA	NA	NA	NA	NA	Tout l'établissement
Certification - Niveau de certification	HAS, Guide méthodologique de certification des établissements de santé, Version 2014	100% pour les établissements certifiés A et 60% pour les B	5	HPAB 2019 = A  CHA 2017 = B	NA	NA	OUI	NA	NA	NA	NA	NA	Tout l'établissement
Indicateur IQSS RCP	HAS, IQSS 2018 - RCP MCO : campagne de recueil de l'indicateur de qualité et de sécurité des soins (IQSS) « Réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie	Niveau 1 et niveau 2 : objectif régional entre 80 et 100 %	6	3C 2016 = 90% Niveau 1 81% Niveau 2	=	2.2-05 « Le dossier du patient est complet et accessible par les professionnels impliqués » 2.2-16 « Le carnet de santé, le dossier du patient et le cas échéant le dossier médical partagé, sont mis à jour de manière synchronisée pour assurer la continuité des soins »	NA	OUI	OUI	NA	NA	NA	Tout l'établissement
Quorum RCP	HAS, Novembre 2017, 'Réunion de concertation pluridisciplinaire »	1 chir / 1 oncologue Radiothérapeute ou 1 spécialiste d'organe / 1 radiologue	7	3C 2020 = 87.2%	=	2.1-01 « La pertinence des décisions de prise en charge est argumentée au sein de l'équipe »	NA	OUI	NA	NA	NA	NA	Tout l'établissement
Mise en place d'un dispositif d'annonce de cancer	Evolution du dispositif d'annonce d'un cancer, INCa, Septembre 2019	Présence d'un dispositif d'annonce d'un cancer dans les établissements	8	CHA 2015 = 97%  HPAB = NA	=	1.1-01 « Le patient reçoit une information claire et adaptée à son degré de discernement sur son état de santé, les hypothèses et confirmations diagnostiques »  1.3-01 « Avec l'accord du patient et selon la situation, les proches et/ou aidants doivent pouvoir	NA	OUI	NA	NA	OUI	OUI	Tout l'établissement

**INDICATEURS DE PERTINENCE DU PARCOURS DE SOIN CANCEROLOGIE**

Intitulé de l'indicateur	Sources	Attendus des indicateurs	N° résultat	Résultats 3c Artois	Evolution	Critère du manuel de certification V2020	Indication Financière à l'Amélioration de la Qualité (IFAQ)	Autorisations de traitement du cancer, ARS	Hôpital numérique	Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Efficience des Soins (CAQES)	Satisfaction patient	Champ d'application
Qualité des PEC perçue par les patients - Satisfaction des patients hospitalisés plus de 48h en MCO - Satisfaction des patients hospitalisés pour une chirurgie ambulatoire en MCO	HAS 17/03/2021, IQSS –e-Satis : mesure de la satisfaction et de l'expérience des patients hospitalisés (e-Satis +48h MCO) (e-Satis MCO CA)	NA	1	HPAB 2019 = A +48h = 78/100 CA= 79/100  CHA 2017 = B +48h = 71/100 CA= 79/100	↗  ↗	1.1-17 « Le patient est invité à faire part de son expérience et à exprimer sa satisfaction »  3.2-01 « L'établissement promeut toutes les formes de recueil de l'expression du patient »	OUI	NA	NA	NA	NA	Tout l'établissement
Qualité des PEC cliniques - Evaluation et PEC de la douleur (MCO) - Taux de séjours disposant de prescriptions de médicaments informatisés (MCO, SSR, HAD)	HAS, IQSS 2018 – Indicateur « Prise en charge de la douleur ». Secteur Médecine, Chirurgie, Obstétrique (MCO)	NA	2	HPAB 2019 = A 97%  CHA 2018 = A 92%	NA	1.2-08 « Le patient bénéficie de soins visant à anticiper ou à soulager rapidement sa douleur »	OUI	NA	NA	OUI	NA	Tout l'établissement
Qualité des pratiques dans la prévention des infections associées aux soins - Consommation de solutions HA pour l'hygiène des mains (MCO, SSR, HAD)	HAS, IQSS Indicateur de consommation des produits hydro alcooliques	NA	3	HPAB 2019 = C 77/100  CHA 2017 = A 100/100	NA	2.3-10 « Les équipes maîtrisent le risque infectieux en appliquant les bonnes pratiques d'hygiène des mains »	OUI	NA	NA	NA	NA	Tout l'établissement

**INDICATEURS DE PERTINENCE DU PARCOURS DE SOIN CANCEROLOGIE**

La remise à la personne malade d'un PPS / PPAC	Le nouveau PPS / Principes généraux d'utilisation et éléments fondamentaux, Septembre 2019, INCa	NA	9	3C 2015 = 53% PPS  3C 2020 = 0% PPAC	NA	s'impliquer dans la mise en œuvre du projet de soins »  1.1-09 « Le patient, en prévision de sa sortie, est informé des consignes de suivi pour les médicaments qui lui sont prescrits »  1.4-06 « Les conditions de vie habituelles sont prises en compte notamment pour la préparation de la sortie »  2.2-06 « Les équipes se coordonnent pour la mise en œuvre du projet de soins »	NA	OUI	NA	NA	NA	Tout l'établissement
Accès aux soins de support	Circulaire DHOS, SDO, 22 février 2005 relative à l'organisation des soins en cancérologie	NA	10	HPAB 2015 = 91.8 %  CHA 2015 = 96%	NA	1.4-01 « Le patient en situation de précarité sociale bénéficie d'un accompagnement pour une orientation vers les services sociaux et associations adéquates »  1.4-04 « En soins de longue durée, le patient bénéficie d'activités lui permettant de maintenir son autonomie et son lien social »	NA	OUI	NA	NA	OUI	Tout l'établissement
Accès aux traitements innovants et aux essais cliniques	INCa, 2007, « Les autorisations de traitement de cancer »	NA	11	HPAB 2020 = Participation à 2 RC  CHA 2020 = Participation à 5 RC	NA	3.2-10 « L'établissement porteur ou non de missions institutionnelles de recherche clinique favorise l'accès aux innovations pour les patients »  4.1-07 « Le groupement promeut et anime la recherche biomédicale et clinique en son sein ou sur le territoire »	NA	OUI	NA	NA	NA	3C

INDICATEURS DE PERTINENCE DU PARCOURS DE SOIN CANCEROLOGIE

						4.1-09 « Le groupement favorise l'accès aux innovations pour les patients »						
<p>S1-2 d'activité minimale</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Chirurgie</li> <li>- Radiothérapie externe</li> <li>- Chimiothérapie</li> </ul>	<p>Arrêté du 20 mars 2007 fixant les seuils d'activité minimale annuelle applicables à l'activité de soins de traitement du cancer</p>	<p>Chirurgie des cancers : 30/an pour sein, digestif, urologique et thoracique / 20/an pour gynécologie, ORL et maxillo-faciale</p> <p>Radiothérapie externe : 600 patients traités / an</p> <p>Chimiothérapie : 80 patients traités par an, dont 50 en ambulatoire</p>	13	<p>HPAB = OK</p> <p>CHA = OK</p>	NA	NA	NA	OUI	NA	NA	NA	Tout rétablissement

Satisfaisant

Peu satisfaisant

Pas satisfaisant

## ANNEXE 5 : Résultats de l'enquête



Groupe Hospitalier  
Artois-Ternois  
CENTRE HOSPITALIER D'ARRAS



Enquête de satisfaction menée sur le parcours de soins en cancer du sein sur les patientes prises en charge au 3C Artois (HPAB / CHA / Centre Marie-Curie)

51 questionnaires envoyés par la poste 21 réponses récoltées (taux de réponse de 41.2%), questionnaires remplis en juillet et août 2021 sur des prises en charge de 2020.

CONSULTATION D'ANNONCE MEDICALE	ITEMS	POURCENTAGE
	Elaboration de la consultation d'annonce médicale	95.24% <sup>1</sup>
	Remise d'un PPS	80.95%
	Satisfaction de l'écoute du médecin (Très satisfait et satisfait)	95.24%
	Satisfaction du réconfort et du soutien du médecin (Très satisfait et satisfait)	95.24%
	Satisfaction sur les informations fournies par le médecin (Très satisfait et satisfait)	100%
	Réponses des médecins aux questions des patientes	100%

TEMPS D'ACCOMPAGNEMENT PAR LES PROFESSIONNELS SOIGNANTS	ITEMS	POURCENTAGE
	Elaboration d'un entretien avec un soignant	71.43% <sup>2</sup>
	Satisfaction de l'écoute des soignants (Très satisfait et satisfait)	93.33%
	Satisfaction du réconfort et du soutien des soignants (Très satisfait et satisfait)	86.66%
	Satisfaction sur les informations fournies par les soignants (Très satisfait et satisfait)	86.66%
	Réponses des soignants aux questions des patientes (Oui)	100%

SOINS ONCOLOGIQUES DE SUPPORT	ITEMS	POURCENTAGE
	Propositions de soins de support	71.43%

ARTICULATION AVEC LA VILLE	ITEMS	POURCENTAGE
	Qualité de l'information transmise au médecin traitant (Très bonne et bonne)	76.19%

<sup>1</sup> 1 personne n'a pas eu de consultation d'annonce médicale au sein de son établissement de prise en charge ayant eu la consultation d'annonce dans un autre établissement de santé

<sup>2</sup> Sur les 6 personnes n'ayant pas bénéficiés d'un accompagnement soignant : 1 personne l'a refusé, 1 personne a accepté mais le rendez-vous n'a pas été organisé, 1 personne n'a pas eu la proposition d'un accompagnement soignant, 1 personne ne sait pas pourquoi elle n'en a pas bénéficié et 2 personnes ont répondu « autre raison ».

PRISE EN CHARGE GLOBALE	ITEMS	POURCENTAGE
	Satisfaction concernant la cohérence des informations transmises (Très satisfaite et satisfaite)	100%
	Satisfaction concernant la prise en compte de la situation sociale, familiale et économique	85.71%
	Satisfaction concernant la disponibilité des professionnels	95.24%
	Satisfaction de l'accompagnement en termes de soutien, réconfort, échange et dialogue	85.71%

**Plan d'actions :**

- Elaboration d'un PPS à proposer à l'ensemble des praticiens du 3C
- Sensibilisation sur la proposition d'un accompagnement soignant pour les patients atteints de cancer
- Sensibilisation sur la coordination ville hôpital

## **Marine ESNAULT - PERTINENCE DU PARCOURS DE SOIN DU CANCER DU SEIN AU CENTRE DE COORDINATION EN CANCEROLOGIE ARTOIS**

Master Management Sectoriel, parcours Qualité, gestion des Risques et des Flux – 2020/2021 – ILIS

---

### **RESUME**

Le cancer du sein est le cancer diagnostiqué le plus fréquemment chez les femmes et la première cause de décès par cancer. Depuis 2003, date du premier plan cancer, la prise en charge des cancers, du sein notamment, est coordonnée par les Centres de Coordination de Cancérologie (3C). Grâce aux innovations et aux recherches le taux de mortalité diminue, les progrès sont notables en termes de dépistage, diagnostic et traitement. L'objectif de mon étude est d'évaluer l'expérience des patientes atteintes d'un cancer du sein prises en charge dans l'un au moins des établissements adhérents du 3C Artois afin de déterminer si le parcours de soins actuellement proposé est adapté. Cette étude rétrospective a permis d'analyser 21 questionnaires de satisfaction de patientes diagnostiquées d'un cancer du sein en 2020. Les résultats de l'enquête de satisfaction ont été mis en parallèle avec certains indicateurs qualité des trois établissements membres du 3C. Cette analyse montre des résultats proches entre les questionnaires et les indicateurs qualité. Enfin cette étude a démontré que la prise en charge de l'après cancer faisait partie intégrante du parcours de soin. Une véritable continuité dans la prise en charge doit être proposée par les professionnels de santé intervenant dans le parcours de soin des patientes atteintes d'un cancer du sein.

**Mots-clés** : Cancer du sein ; Centre de Coordination en Cancérologie ; Expérience patient ; Enquête

### **ABSTRACT**

Breast cancer is the most frequently diagnosed cancer among women and is the first cause of death by cancer. Since 2003, year during which the first "plan cancer" (a national cancer strategy) was published in France, cancer care has been coordinated by oncology coordination center (OCC). Thanks to innovation and research, mortality rate is decreasing and screening, diagnosis and treatment are improving. During the study, we analyzed patient-experience of women with breast cancer, diagnosed in 2020 and taken care of by one of the hospitals of the Artois OCC. The aim of the study was to determine whether the Healthcare pathway was adapted to the patients or not. 21 satisfaction surveys were collected. The results were compared to the OCC's quality criteria and highlighted close values. It was also shown that the "after-cancer" was felt as a part of the healthcare pathway. Carers must pay attention to their patients even after their treatments, and offer a continuity of care.

**Keywords** : Breast cancer ; Oncology Coordination Center ; Patient experience ; Investigation

---

 Université  
de Lille

