



Université Lille 2  
Droit et Santé

UNIVERSITE DU DROIT ET DE LA SANTE - LILLE 2  
**FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG**

Année : 2013

**THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT  
DE DOCTEUR EN MEDECINE**

*Etat des lieux des venues non programmées au Centre Oscar Lambret  
Enquête auprès des médecins traitants des patients concernés par ces  
situations*

**Présentée et soutenue publiquement le 28 mars 2013**

**Par Guillaume CARBONNELLE**

**Jury :**

**Président : Monsieur le Professeur BONNETERRE**

**Assesseurs : Monsieur le Professeur WIEL  
Monsieur le Docteur LEROUGE**

**Directeur de Thèse : Madame le Docteur RODRIGUES**

# SOMMAIRE

|  |           |
|--|-----------|
| <b>INTRODUCTION</b> .....  | <b>3</b>  |
| <b>METHODOLOGIE</b> .....  | <b>8</b>  |
| 1) Objectif principal.....   | 9         |
| 2) Objectifs secondaires.....  | 9         |
| 3) Cadre de l'étude.....   | 10        |
| 4) Population cible.....   | 10        |
| 5) Outils.....   | 11        |
| <b>RESULTATS</b> .....   | <b>13</b> |
| 1) Description des venues non programmées au Centre Oscar Lambret..... | 14        |
| a) Nombre de venues.....   | 14        |
| b) Motifs de venues.....   | 15        |
| c) Age des patients et sex-ratio.....                                  | 16        |
| d) Analyse de la densité médicale du secteur.....                      | 16        |
| e) Description de la pathologie cancéreuse.....                        | 18        |
| f) Moyens engagés à l'arrivée au Centre Oscar Lambret.....             | 20        |
| g) Devenir du patient.....   | 21        |
| 2) Enquête téléphonique auprès des médecins traitants.....             | 22        |
| a) Préambule.....  | 22        |
| b) Questions fermées et croisement de données.....                     | 23        |
| c) Questions ouvertes.....   | 26        |

|  |           |
|--|-----------|
| <b>DISCUSSION.....</b>   | <b>30</b> |
| LE POINT DE VUE HOSPITALIER.....   | 32        |
| 1) Le contrôle des venues non programmées, des solutions pérennes ?.....                       | 32        |
| 2) Les retentissements organisationnels et économiques.....                                    | 34        |
| 3) Analyse de la population.....   | 36        |
| LE POINT DE VUE EXTRAHOSPITALIER.....  | 40        |
| 1) Une prise en charge hospitalière toujours justifiée ?.....                                  | 40        |
| 2) Le rôle des inégalités territoriales d'accès aux soins.....                                 | 41        |
| 3) Les obstacles à la prise en charge en médecine de ville et les solutions envisagées....     | 43        |
| a) L'absence de consultation du médecin traitant.....  | 43        |
| b) Un plateau technique insuffisant en cabinet de ville et un manque de temps.....             | 43        |
| c) Une rémunération inadaptée à la complexité des situations.....                              | 46        |
| d) Le manque d'implication du médecin traitant dans la prise en charge globale du patient..... | 48        |
| LES LIMITES.....   | 52        |
| <b>CONCLUSION.....</b>   | <b>53</b> |
| <b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>  | <b>56</b> |
| <b>ABREVIATIONS.....</b>   | <b>59</b> |
| <b>ANNEXES.....</b>  | <b>60</b> |

# INTRODUCTION

En France, l'incidence du Cancer n'a cessé de croître depuis trente ans.

En 2011 le nombre de nouveaux diagnostics tous cancers confondus s'élevait à 365.500, dont 207.000 hommes et 158.500 femmes (1).

L'analyse épidémiologique de l'incidence du cancer en France en 2011 met en évidence un gradient Nord Sud. En effet, la région Nord Pas-de-Calais devance toutes les autres régions dans la survenue de cancers.

Parallèlement, au cours de la période 2004-2008, le cancer a été la première cause de décès chez l'homme avec 33% de l'ensemble des décès masculins et la deuxième cause de décès chez la femme avec 24% de l'ensemble des décès féminins.

Sur l'année 2011, on enregistre 147500 décès par cancer dont 84.500 chez l'homme et 63.000 chez la femme.

Soit un taux de mortalité par cancer de 138,6/100.000 personnes-années chez l'homme et 77,6/100000 personnes-années chez la femme.

Ce taux de mortalité n'a cessé de diminuer au cours des trente dernières années avec une accélération récente notoire de cette baisse.

Entre la période 1984-1988 et la période 2004-2008 le taux de mortalité par cancer a chuté de 24% chez l'homme et 14% chez la femme réduisant ainsi l'écart constaté entre homme et femme.

D'un point de vue géographique, là encore, on constate le même gradient Nord Sud.

Le Nord Pas-de-Calais détient à nouveau un triste record puisque le taux de mortalité par cancer sur la période 2004-2008 a été supérieur de 30% chez l'homme et 14% chez la femme par rapport à la moyenne nationale.

Au vu de ces chiffres, la prise en charge du cancer s'avère être un enjeu de santé publique. C'est la raison pour laquelle a été lancé, dès 2003, le Plan de Mobilisation Nationale Contre le Cancer 2003-2007, (Plan Cancer) (2).

Celui-ci prévoit la création de l'Institut National du Cancer (I.N.Ca), dont la vocation est d'être un lieu d'expertise, de ressource et de coordination dans la prise en charge du cancer.

Afin de mener à bien les projets coordonnés par l'I.N.Ca, une augmentation massive des budgets alloués dans le domaine de la prévention, du dépistage, de la coordination des soins, de l'accompagnement des patients et de la recherche est également prévue.

L'ensemble de ces mesures a permis une bien meilleure prise en charge des patients atteints de cancer, et imposé la nécessité de contrôle des dépenses de santé liées au cancer.

Une étude de l'I.N.Ca en 2007(3) estime à 11.9 milliards d'euros le coût de la lutte contre le cancer pour l'Etat et l'Assurance maladie en 2004.

Ce chiffre regroupe :

- Les soins, hospitaliers (7.1 milliards d'euros), de ville (3.7milliards d'euros)
- Les politiques de prévention primaire (120 millions d'euros)
- Le dépistage organisé (247 millions d'euros)
- La recherche (670 millions d'euros)

Ne sont pas prises en compte les dépenses liées, aux soins palliatifs, et aux pertes de production engendrées par la maladie.

La prise en charge du cancer est donc un enjeu de santé publique où la maîtrise des coûts doit être toujours présente afin de préserver notre modèle social et ainsi garantir l'égalité d'accès aux soins.

Tenant compte de ces données, le Centre Oscar Lambret (C.O.L) mène depuis plusieurs années une politique d'optimisation des dépenses afin de pouvoir proposer au patient :

- une expertise scientifique dans les domaines de la recherche et des traitements innovants
- un plateau technique de pointe
- un accompagnement personnalisé tout au long de la prise en charge.

Dans cette optique, la maîtrise des venues non programmées a été inscrite dans le Projet d'Etablissement 2005-2009.

Une Venue Non Programmée (V.N.P) se définit par le retour au Centre d'un patient non attendu en hospitalisation ou en consultation.

Marqueur de non-qualité des soins et de dysfonctionnements dans l'organisation de la sortie, la V.N.P a des impacts très significatifs sur le plan organisationnel, médical et psychologique en raison : de la difficulté de trouver rapidement, en cas d'urgence vraie, une solution d'hospitalisation et une prise en charge médicale adaptée.

Mais également des conséquences médicales avec un éventuel retard à la prise en charge d'un patient grave et, paradoxalement aussi, de la disproportion, fréquemment retrouvée a posteriori, entre le motif réel de la V.N.P et les ressources humaines et matérielles engagées à cette occasion (4).

L'équipe de Coordination Interdisciplinaire des Soins de Support (C.I.S.S.P.O) du Centre Oscar Lambret regroupant médecins généralistes, oncologues, onco-psychiatre, psychologues, diététiciennes, kinésithérapeutes, orthophoniste, cadres de soins, infirmières et assistantes médicales, a mis en place dès 2006 un programme de maîtrise des V.N.P.

Celui-ci a permis une réduction d'un facteur dix du nombre de V.N.P ainsi qu'une diminution de la durée moyenne de séjour pour les patients relevant d'une prise en charge complexe.

L'intérêt est donc double, améliorer la qualité de prise en charge du patient et limiter l'impact socio-économique que représentent les V.N.P.

Le Plan Cancer 2009-2013 prévoit de renforcer le rôle du médecin traitant(5).

Une analyse du parcours de soin extrahospitalier s'avère légitime.

L'objet de ce travail est de faire un état des lieux des Venues Non Programmées au Centre Oscar Lambret pour la période de janvier à août 2012; mais également la réalisation d'une enquête auprès des médecins traitants des patients concernés par ces situations afin d'identifier les pistes d'amélioration possibles dans la coordination des soins entre médecine de ville et médecine hospitalière et ainsi, améliorer la prise en charge globale du patient en oncologie.



# METHODE

## **1) Objectif Principal :**

Dans la continuité des travaux précédemment réalisés par le C.I.S.S.P.O du C.O.L(4) et après lecture de plusieurs articles concernant le parcours de soins du patient en cancérologie (6),(7),(8), l'objectif principal de ce travail s'est progressivement dessiné.

Il consiste à réaliser un état des lieux des V.N.P au C.O.L afin d'évaluer le pourcentage de V.N.P évitables.

## **2) Objectifs Secondaires :**

De l'objectif principal découlent plusieurs objectifs secondaires qui sont:

- l'analyse de la pérennité de la diminution des V.N.P en rapport avec les mesures mise en œuvre au C.O.L dès 2007.
- une étude fine de la population de patient consultant en V.N.P afin de comprendre les raisons de la stagnation du taux de V.N.P.
- l'analyse de la densité médicale du lieu où réside le patient et ainsi établir un lien éventuel entre la V.N.P et les moyens de recours au médecin traitant.

- à partir des obstacles rencontrés par les médecins traitants des patients concernés par les V.N.P, faire une revue des solutions existantes permettant l'amélioration de la coordination ville-hôpital.

### **3) Cadre de l'étude :**

L'étude s'est déroulée au Centre Oscar Lambret.

Il s'agit d'un Centre de Lutte Contre le Cancer (C.L.C.C), Etablissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif (E.S.P.I.C), membre de la fédération française-UNICANCER des Centres de Lutte Contre le Cancer.

### **4) Population cible :**

A été concerné par l'étude, l'ensemble des patients suivis au C.O.L ayant consulté en V.N.P pendant la période de janvier à août 2012.

La durée de l'étude a été fixée en fonction du nombre de V.N.P des années précédentes pour une taille d'échantillon espérée aux alentours de 70 patients, valeur pour laquelle la puissance de l'étude s'avère être satisfaisante.

## 5) Outils :

Afin de pouvoir répondre au mieux à l'objectif principal de cette étude, il a été nécessaire d'analyser chaque étape du parcours de soins ayant mené à la V.N.P.

Pour ce faire, une enquête observationnelle, prospective, a été réalisée. Celle-ci s'articule en deux parties distinctes.(Annexe 1)

La première partie, quantitative, est réalisée à l'arrivée du patient. L'assistante médicale du C.I.S.S.P.O centralise l'ensemble des demandes de prises en charge en V.N.P.

C'est à ce moment qu'est constitué la première partie de l'enquête à l'aide du dossier médical informatisé.

Cette première partie vise à décrire le plus précisément possible la population de patients concernés par les V.N.P.

Pour se faire, sont répertoriés :

- l'âge
- le sexe
- le motif de venue
- la date et l'heure d'entrée
- la zone géographique d'origine du patient et la densité médicale du secteur définie par le Conseil National de l'Ordre des Médecins (9).
- la répartition par service et pathologie d'origine
- l'état d'évolution de la maladie et les traitements en cours
- l'orientation du patient et le recours ou non à des examens complémentaires préalables.

- Le suivi des patients à un mois. Ont-ils été revus en consultation, en hôpital de jour ou hospitalisés à nouveau.

La seconde partie de l'étude, qualitative, vise à analyser le parcours de soins extra hospitalier ayant mené à la V.N.P.

Elle se compose de trois questions fermées, et deux questions ouvertes.

Le recueil de donnée est réalisé un mois après la V.N.P, en temps réel, par appel téléphonique du médecin traitant.

Sauf refus avéré, celui-ci est appelé autant de fois que nécessaire.

Pour les questions ouvertes, une liste de mots-clés a été réalisée avant l'étude sur les bases de la littérature médicale traitant de l'organisation des soins en médecine de ville(10) (11). Puis, chaque mot-clé est coché lors du recueil parmi la liste préétablie.

Tout mot-clé ne faisant pas partie de cette liste est répertorié dans la section « autre».

Afin de répondre à l'objectif principal, des critères définissant la non nécessité de venue ont été établis, il s'agit de :

- L'absence de consultation du médecin traitant
- La capacité du médecin traitant à prendre en charge le problème en ville
- L'absence d'hospitalisation

L'ensemble des données a été consigné sur tableur Excel®. Les croisements de données ont été définis en fonction des objectifs de l'étude.

L'analyse statistique a été réalisée par le département de Bio-Statistique du C.O.L.

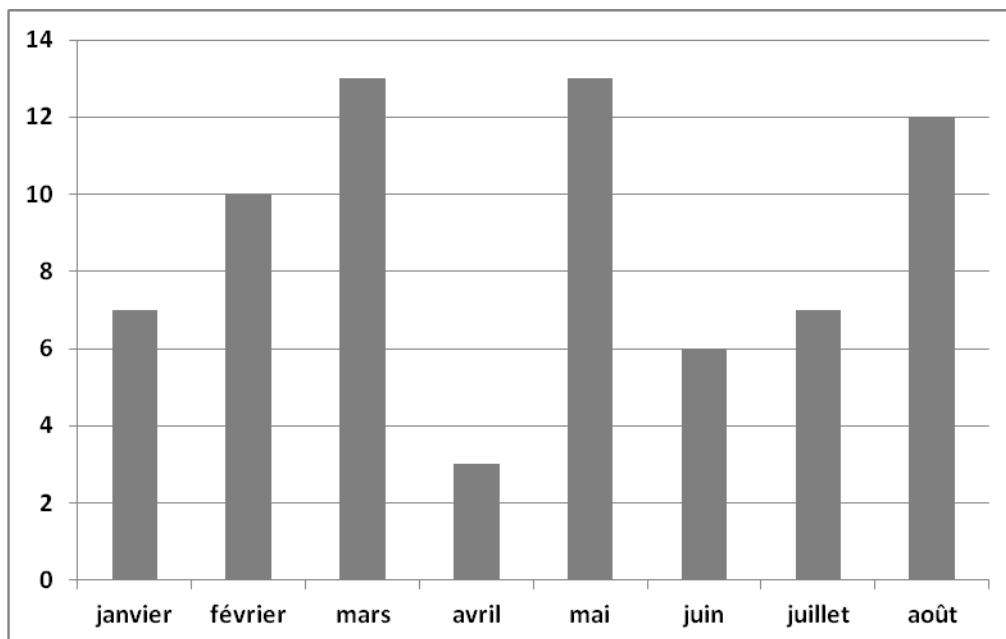
# RESULTATS

## 1) Description des venues non programmées au C.O.L :

### a) Nombre de venues :

De janvier à août 2012, on dénombre un total de **71** venues, avec de fortes variations d'un mois à l'autre, comme le montre la figure ci-dessous.

Ce nombre était estimé à **1300** V.N.P par an en 2005. (Annexe 2)



## **b) Motifs de venue :**

Les motifs de venue sont les suivants, par ordre décroissant de fréquence :

|  |                    |
|--|--------------------|
| . Chute de sonde nasogastrique           | <b>30%</b> (21/71) |
| . Altération de l'état général ± douleur | <b>27%</b> (19/71) |
| . Problème de sonde de gastrotomie       | <b>8%</b> (6/71)   |
| . Douleur                                | <b>7%</b> (5/71)   |
| . Dyspnée                                | <b>4%</b> (3/71)   |
| . Anémie, neutropénie                    | <b>4%</b> (3/71)   |
| . Hémorragie, rectorragie                | <b>4%</b> (3/71)   |
| . Autres                                 | <b>16%</b> (11/71) |

2 lymphocèles

1 hyperthermie

1 fuite de sonde de jéjunostomie

1 ponction d'ascite

1 dysurie

1 nausées-vomissements

1 nodule sous-cutané

1 chute sur le parking

1 pour prise de rendez-vous

1 erreur d'orientation (hôpital de jour)



**c) Age des patients et sex-ratio :**

L'âge moyen est de **62** ans (+/-12ans)

La médiane d'âge se situe à **63** ans (30 à 93)

Le sex-ratio est de **1.36** (41 hommes/30 femmes)

**d) Analyse de la densité médicale du secteur sanitaire d'où provient le patient :**

Nous avons ici relevé la commune de résidence du patient et nous l'avons rapproché de la densité des médecins généralistes libéraux et mixtes pour 5000 habitants du secteur sanitaire concerné pour l'année 2011.

Ces données ont été retrouvées auprès du conseil national de l'ordre des médecins qui établit chaque année un atlas régional de la densité médicale en prenant en compte le lieu d'exercice de chaque praticien. (Annexe 3)

**Secteur sanitaire****Densité de médecins**

|                     |                    | <u>Forte</u> | <u>Moyenne</u> | <u>Faible</u> |
|---------------------|--------------------|--------------|----------------|---------------|
| Métropole lilloise  | <b>56%</b> (40/71) | 34           | 6              | 0             |
| Flandre – Lys       | <b>7%</b> (5/71)   | 5            | 0              | 0             |
| Dunkerquois         | <b>7%</b> (5/71)   | 0            | 4              | 1             |
| Béthune – Bruay     | <b>6%</b> (4/71)   | 1            | 3              | 0             |
| Lens – Hénin        | <b>6%</b> (4/71)   | 0            | 4              | 0             |
| Douaisis            | <b>4%</b> (3/71)   | 0            | 3              | 0             |
| Sambre – Avesnois   | <b>4%</b> (3/71)   | 0            | 0              | 3             |
| Roubaix – Tourcoing | <b>3%</b> (2/71)   | 1            | 1              | 0             |
| Aisne               | <b>3%</b> (2/71)   | 1            | 0              | 1             |
| Cambrasis           | <b>3%</b> (2/71)   | 1            | 1              | 0             |
| Valenciennois       | <b>1%</b> (1/71)   | 0            | 1              | 0             |

Au total, **61%** des patients sont issus d'une zone géographique à forte densité médicale, **32%** d'une zone à densité moyenne, **7%** d'une zone à densité faible.

**e) Description de la pathologie cancéreuse :**

Pour chaque VNP, la pathologie d'origine a été répertoriée. La distribution est la suivante :

|              |   |
|--------------|---|
| ORL          | <b>30%</b> (21/71)                                    |
| Uro-digestif | <b>27%</b> (19/71)                                    |
| Sénologie    | <b>18%</b> (13/71)                                    |
| Poumon       | <b>14%</b> (10/71)                                    |
| Gynécologie  | <b>8%</b> (6/71)                                      |
| Autres       | <b>3%</b> (2/71, 1 lymphome et 1 pathologie inconnue) |

Pour tous ces patients :

- **55%** étaient en situation métastatique (39/71)
- **69%** étaient en cours de traitement au COL (49/71)

Parmi les patients métastatiques, **72%** (28/39) étaient en cours de traitement :

- 19 en cours de chimiothérapie
- 6 en cours de radiothérapie
- 3 bénéficiaient de traitements autres

Parmi les patients métastatiques, **28%** (11/39) étaient en surveillance :

- 7 en prise en charge palliative
- 4 en pause thérapeutique

Parmi les patients non métastatiques, **65%** (21/32) étaient en cours de traitement :

- 11 en cours de chimiothérapie adjuvante
- 2 en cours de radiothérapie
- 2 en cours de radio-chimiothérapie concomitante
- 6 en cours d'hormonothérapie

**35%** (11/32) étaient en cours de surveillance.

Parmi les patients en cours de traitement, **57%** (28/49) étaient en situation métastatique

**f) Moyens engagés à l'arrivée au C.O.L :**

Pour chaque V.N.P, les moyens humains mis en œuvre ont été analysés.

Ils s'articulent de la façon suivante :

- CISSPO sans appel médecin **38%** (27/71)

- Médecin oncologue **32%** (23/71)

- Médecin CISSPO **21%** (15/71)

- Interne Hôpital de Jour **4%** (3/71)

- CISSPO avec appel médecin **1.5%** (1/71)

- Interne de service **1.5%** (1/71)

- Médecin Hôpital de Jour **1.5%** (1/71)

**g) Devenir du patient et son suivi :**

Une fois la V.N.P prise en compte, l'orientation du patient a constitué un élément de l'enquête. Il a ainsi été possible de mettre en évidence les situations suivantes :

- Hospitalisation : **32%** (23/71)

- Retour à domicile : **68%** (48/71)

Dont :

- **33%** sans examen complémentaire (16/48)

- **54%** après examens complémentaires, ou ponction, ou CT  
(26/48)

- **13%** sans autre précision (6/48)

Suite à la survenue de la V.N.P, ont été évalués les moyens mis en œuvre pour le suivi du patient. Pour se faire, une évaluation à un mois a été réalisée et a montré :

- **63%** (45/71) ont été revus en consultation avec leur oncologue référent

- **21%** (15/71) ont été ré hospitalisés

- **8%** (6/71) ont été revus en hôpital de jour

- **7%** (5/71) étaient décédés, quatre patients sont décédés en hospitalisation, un au domicile

## 2) Enquête téléphonique auprès des médecins traitants :

### a) Préambule :

Parmi les 71 patients pris en charge par le CISSPO dans la période étudiée, 5 sont venus 2 fois, et pour chacun c'est le même médecin traitant qui a été appelé pour l'enquête. Afin d'éviter tout biais, seuls les réponses au premier appel ont été prises en compte, à l'exception des 2 suivantes :

-« Etiez-vous informé de la venue de votre patient. »

-« Auriez-vous pu prendre en charge le problème en ville »

Par ailleurs, 4 des médecins appelés ont refusé l'entretien téléphonique.

Au bilan, et à l'exception des 2 questions ci-dessus, l'enquête porte sur **62** médecins (71 – 5 – 4). Soit un taux de réponse de **87%**.

**b) Questions fermées et croisement de données :**

Question 1 : Connaissez-vous les moyens de recours existants au Centre Oscar Lambret en cas de nécessité de prise en charge non programmée ?

**OUI 48%** (30/62)  $IC_{95\%} = 35 \text{ à } 61\%$

Question 2 : Étiez-vous informé de la venue de votre patient ?

**OUI 36%** (24/67)  $IC_{95\%} = 24 \text{ à } 48\%$

Question 3 : Auriez-vous pu prendre en charge le problème en ville ?

**OUI 33%** (22/67)  $IC_{95\%} = 22 \text{ à } 45\%$



### Question 2 versus Question 3

Parmi les 24 médecins ayant été informés de la venue de leur patient au COL, aucun n'aurait pu prendre en charge le problème en ville.

Parmi les 43 médecins n'ayant pas été informés de cette venue, **51%** (22/43) répondent qu'ils auraient pu prendre en charge le problème en ville.

Aucun de ces 22 patients n'a été hospitalisé. On peut affirmer que 22 patients présentaient tous les critères de non nécessité de venue.

Au total, **33%** des venues non programmées (22/67) auraient pu être évitées.

On peut ainsi définir un chiffre cible de **6 V.N.P** par mois.

### Question 3 versus motif de la venue non programmée

En fonction du motif de la venue non programmée, le taux de médecins ayant déclaré être capable de prendre en charge le problème en ville est le suivant :

|                 |                   |
|-----------------|-------------------|
| AEG ± douleur   | <b>53%</b> (9/17) |
| Chute de la SNG | <b>14%</b> (3/21) |
| Problème de GPR | <b>33%</b> (2/6)  |
| Douleur         | <b>60%</b> (3/5)  |

### Question 1 versus Question 2 versus Question 3

Parmi les 30 médecins connaissant les moyens de recours au COL :

- **33%** (10/30) étaient informés de la venue du patient, mais aucun n'était capable de prendre en charge le patient en ambulatoire.

- **67%** (20/30) n'étaient pas informés de la venue du patient, dont **50%** (10/20) auraient été capable de prendre en charge le patient en ambulatoire.

Parmi les 32 médecins ne connaissant pas les moyens de recours au COL :

- **34%** (11/32) étaient informés de la venue du patient, mais aucun n'était capable de prendre en charge le patient en ambulatoire.

- **66%** (21/32) n'étaient pas informés de la venue du patient, dont **52%** (11/21) auraient été capables de prendre en charge le patient en ambulatoire.

**c) Questions ouvertes :**

Question ouverte 1 : quels sont selon vous les obstacles à cette prise en charge extrahospitalière ?

Par ordre décroissant de citation :

- |  |                    |
|--|--------------------|
| - Absence de consultation du médecin traitant  | <b>52%</b> (32/62) |
| - Plateau technique insuffisant en cabinet de ville  | <b>52%</b> (32/62) |
| - Manque de temps, planning de consultation trop chargé pour la prise en charge des patients aigus | <b>47%</b> (29/62) |
| - Consultations lourdes et complexes non rémunérées par rapport au temps passé                     | <b>45%</b> (28/62) |
| - Isolement du médecin généraliste de ville devant une pathologie complexe et spécialisée          | <b>22%</b> (14/62) |
| - Difficultés de recours pour avis diagnostique et thérapeutique auprès du spécialiste d'organe    | <b>22%</b> (14/62) |

- Pression administrative qui réduit le temps médical pur **10%** (6/62)
  
- Pression des pouvoirs publics : nécessité de rentabilité **6%** (4/62)
  
- Pression du patient et de la famille **6%** (4/62)
  
- Manque de reconnaissance du médecin traitant 1 citation
  
- Difficulté de recours aux examens complémentaires en ville 1 citation

Question ouverte 2 : Quels éléments peuvent selon vous améliorer la prise en charge globale du patient en oncologie et ainsi promouvoir une meilleure coordination des soins ?

Par ordre décroissant de citation :

- |  |                    |
|--|--------------------|
| - Le développement de maisons médicales avec personnel paramédical et plateau technique  | <b>63%</b> (39/62) |
| - Créer un forfait de soins en médecine de ville pour les patients lourds ou poly-pathologiques, afin de ne plus être limité par la nécessité de rentabilité | <b>55%</b> (34/62) |
| - Améliorer la communication et informer le médecin traitant de la logistique et des moyens de recours au COL  | <b>53%</b> (33/62) |
| - Meilleure implication du médecin traitant dans la prise en charge oncologique globale  | <b>52%</b> (32/62) |
| - Traiter le problème de démographie médicale et ainsi améliorer la permanence des soins   | <b>16%</b> (10/62) |
| - Formation continue   | <b>11%</b> (7/62)  |

- |  |                   |
|--|-------------------|
| - Prise en compte de l'avis du médecin généraliste qui connaît le contexte social et familial du patient | <b>10%</b> (6/62) |
| - Favoriser la prise en charge hospitalière  | <b>8%</b> (5/62)  |
| - Meilleure coordination ville – hôpital   | <b>6%</b> (4/62)  |
| - Aides financières pour une meilleure prise en charge   | 1 citation        |

# DISCUSSION

Ce chapitre va s'articuler selon trois grands axes.

Une vision hospitalière tout d'abord. Nous regarderons si les mesures de contrôle des V.N.P mise en place depuis 2007 sont efficaces et pérennes, nous analyserons les retentissements organisationnels que peuvent avoir les V.N.P pour les praticiens du C.O.L et enfin nous essayerons de décrire précisément la population de patients consultant en V.N.P.

L'objectif est de voir si la maîtrise des venues non programmées peut être accrue à l'échelle hospitalière et dans ce cas, quelles mesures pourraient être proposées.

La seconde partie s'attachera à identifier les pistes d'amélioration extrahospitalières pouvant améliorer la coordination des soins et ainsi contribuer au contrôle des V.N.P.

Pour ce faire, nous étudierons si l'ensemble des patients consultant en V.N.P relève d'une prise en charge hospitalière, nous essayerons d'établir un lien entre les inégalités territoriales d'accès aux soins et la survenue des V.N.P et enfin nous reprendrons les éléments cités par les médecins traitants afin d'évaluer l'organisation extrahospitalière des soins et ainsi réfléchir aux solutions existantes.

La troisième et dernière partie de ce chapitre aura pour but de mettre en lumière les limites de ce travail et les possibilités d'approfondissement éventuelles.



# LE POINT DE VUE HOSPITALIER

## 1) Le contrôle des venues non programmées, des solutions pérennes ?

Le contrôle des venues non programmées à été, au C.O.L, un élément important du projet médical d'établissement 2005-2009 (12).

Au niveau hospitalier, plusieurs mesures ont été prises et ont permis une réduction drastique des V.N.P, gage d'une meilleure qualité des soins.

Ces mesures comprennent :

- l'élaboration, la diffusion et l'application de protocoles et de procédures standardisées correspondant aux principales difficultés rencontrées par les patients et leur famille.

(Annexe 4)

- la mise en place d'une procédure générale d'organisation de la sortie de chaque patient selon quatre niveaux de complexité, appliquée dès l'entrée, dans tous les services du Centre afin de mieux identifier les paramètres individuels, familiaux et sociaux conditionnant la qualité et la sécurité de la vie à l'extérieur du Centre. (Annexe 5)

- la mise à disposition d'un numéro de téléphone unique permettant de centraliser et de traiter les appels extérieurs de patients ou de médecins traitants.
- la standardisation au niveau de l'établissement de la prise en charge d'actes définis (ponction d'épanchement compressif, transfusion sanguine, repose d'une sonde d'alimentation etc.)
- la production d'indicateurs mensuels quantitatifs et qualitatifs de suivi par le secrétariat du CISSPO. (4)

En 2005, avant la mise en place du C.I.S.S.P.O, on estimait à 1300 le nombre de V.N.P, avec pour conséquence, une désorganisation des soins, un taux d'hospitalisation important puisque 70% des V.N.P donnaient lieu à une hospitalisation (4).

En 2011 on notait 130 V.N.P soit une moyenne de 11 V.N.P par mois. De janvier à août 2012 on dénombre 71 V.N.P, soit une moyenne de 9 V.N.P par mois.

Entre 2005 et 2012 on constate donc une réduction drastique d'un facteur dix du nombre de V.N.P et une stabilité dans le temps avec un taux moyen de 10 V.N.P par mois.

Si l'on s'intéresse aux motifs de venue, on retrouve là encore des données similaires à l'étude réalisée en 2011. En effet la chute de sonde nasogastrique, l'altération de l'état général et les douleurs représentent les motifs les plus fréquents.

A noter également que certains motifs de venue ne sont pas retrouvés, à savoir les infections et thromboses sur chambre implantable.

Cela peut s'expliquer par le développement de la chirurgie ambulatoire qui permet une consultation rapide auprès du chirurgien.

La création d'indicateurs mensuels quantitatifs et qualitatifs a donc permis une réactivité accrue permettant de prendre en charge plus efficacement les problèmes récurrents.

## **2) Les retentissements organisationnels et économiques :**

Comme nous l'avons précédemment évoqué, la V.N.P représente une source de désorganisation des soins.

Les patients, bien que pris en charge dès leur arrivée, sont souvent obligés de patienter en brancard en attendant une orientation adéquate.

Les moyens engagés à l'arrivée au C.O.L ont été analysés.

Pour rappel, tout patient s'adressant au C.O.L en V.N.P est pris en charge par les assistantes du C.I.S.S.P.O qui orientent au mieux le patient en fonction du motif de venue.

L'étude nous montre que pour 38% des cas, le problème a été traité sans appel de médecin.

Pour les autres situations un avis est pris auprès de l'oncologue médical (32%) ou d'un des médecins généralistes du C.I.S.S.P.O (21%).

Le reste de l'activité étant répartie entre les internes des services d'hospitalisation et d'hôpital de jour.

Ces chiffres nous montrent l'importance du C.I.S.S.P.O dans la maîtrise des V.N.P. En effet on remarque que le rôle de coordination des soins de support est totalement satisfait.

De plus l'impact des V.N.P sur l'activité médicale programmée est très limité puisque dans 38% des cas aucun praticien n'est sollicité.

Dans les autres situations, les médecins ne sont appelés que pour guider la prise en charge qui est, la encore, organisée par les assistantes médicales et infirmières du C.I.S.S.P.O. Cette organisation n'a pu être possible qu'après la mise en place, dès 2006, de protocoles et de procédures standardisées, correspondant aux principales difficultés rencontrées par les patients et leur famille.

Ceci est parlant concernant le premier motif de V.N.P qu'est la chute de sonde nasogastrique. Un chemin clinique a été créé et permet une reprise rapide de la sonde nasogastrique avec contrôle radiologique.

Comme nous l'avons vu, le patient bénéficie dès son arrivée en V.N.P d'une prise en charge efficiente. De plus, les praticiens n'étant que peu sollicités, l'organisation des soins programmés n'est pas perturbée.

Le contrôle des V.N.P a également un retentissement économique.

L'assurance maladie dans le P.M.S.I 2010 (13) met en évidence une nette diminution de la D.M.S (Durée Moyenne de Séjour) et un nombre de journées d'hospitalisation économisées supérieur à la moyenne nationale.

L'orientation du patient est également riche d'informations.

Tout d'abord, seules 32% des V.N.P donnent lieu à une hospitalisation, alors qu'en 2005 ce taux s'élevait à 70% pour un nombre moyen de V.N.P 10 fois plus élevé.

De plus, on constate que seulement 21% des patients ont été ré hospitalisés à un mois de la V.N.P et 71% des patients ont été revus soit en consultation soit en hôpital de jour pour la poursuite du traitement.

Ceci vient confirmer les données de l'assurance maladie en termes de journées d'hospitalisation économisées.

Il s'agit là encore d'un effet positif des mesures de contrôle des V.N.P.

On peut ainsi conclure que les mesures mises en œuvre au niveau hospitalier pour le contrôle des V.N.P sont efficaces et pérennes. De plus, leur impact organisationnel et économique est maîtrisé.

Cependant, on constate une stabilisation du taux de V.N.P à 10 par mois. L'objectif cible de 6 V.N.P par mois n'est donc pas atteint.

Dans la suite de ce travail, nous allons essayer d'analyser les spécificités de la population de patients consultant en V.N.P afin de comprendre les raisons de ce nombre incompressible de V.N.P.

### **3) Analyse de la population :**

Les données recueillies nous permettent de mettre en lumière certaines spécificités de la population de patients consultant en V.N.P.

Tout d'abord, la moyenne d'âge est de 62 ans, avec un sex-ratio de 1.36. Ces chiffres sont superposables au sex-ratio et à l'âge moyen de diagnostic tous cancer confondus(1).

Ensuite, la répartition des V.N.P en fonction de la pathologie sous-jacente est similaire à l'évaluation de 2011, sauf pour le département de cancérologie cervico-faciale, où le

pourcentage de V.N.P est passé de 56% à 30%. Le fort taux de V.N.P pour ce département était à rattacher en 2011 au développement de la nutrition entérale au domicile.

Ce problème a été partiellement résolu par l'évaluation et le référencement des différents prestataires de soin à domicile. Ainsi ont été écartés les établissements de soins à domicile n'ayant pas été certifiés et/ou n'ayant pas donné pleine satisfaction dans la prise en charge d'un patient au C.O.L.

Cette évaluation n'a cependant pas été standardisée à l'échelle du C.O.L, il apparaît donc nécessaire d'effectuer un travail de fond afin d'harmoniser le recours aux différents prestataires de soins.

De façon plus précise, il n'existe pas de disparité majeure dans la répartition des V.N.P entre les différents services. Ceci témoigne d'une harmonisation des pratiques au sein du C.O.L facilitée par le C.I.S.S.P.O.

Au delà de la pathologie d'origine, ont été également étudiés, l'état d'évolution de la pathologie cancéreuse et le type de traitement en cours.

Il ressort que 55% (39/71) des patients ayant consulté en V.N.P étaient en situation métastatique, 69% (49/71) en cours de traitement.

Parmi les patients en cours de traitement, 57% (28/49) étaient en situation métastatique.

Parmi les patients en situation métastatique, 72% (28/39) étaient en cours de traitement de seconde ligne ou plus, 18% (7/39) en prise en charge palliative.

Il semble donc que le caractère métastatique de la pathologie et/ou le traitement en cours sont soient des facteurs favorisant la V.N.P.

Or, l'état d'évolution de la maladie est déjà pris en compte dans la procédure de sortie mise en place au C.O.L.

En effet en fonction du degré d'autonomie et de l'importance des soins au domicile à mettre en œuvre, plusieurs niveaux de sortie ont été créés.

On distingue:

- Niveau 1, retour au domicile
  
- Niveau 2, retour au domicile avec prestataires médico-technique et/ou réseaux
  
- Niveau 3, transfert vers un établissement de convalescence, soins de suite ou soins palliatifs
  
- Niveau 4, transfert en H.A.D (Hospitalisation Au Domicile)
  
- Niveau 5, autre mode.

La fiche de sortie, remplie par le médecin ayant pris en charge le patient, permet une traçabilité des soins mis en place au domicile et constitue une aide non négligeable dans la coordination des soins entre médecine hospitalière et médecine de ville.

En ce qui concerne les complications liées aux traitements un travail d'éducation thérapeutique et de prévention est réalisé par des infirmières dédiées et formées. Que ce soit lors de la mise en place des nutriments entérale ou avant un traitement par chimiothérapie.

Lors de ces consultations, le patient peut ainsi revenir sur des points non perçus lors de la consultation avec son oncologue. C'est également un moyen pour les équipes soignantes d'identifier les problèmes médicaux ou psycho-sociaux pouvant impacter la prise en charge.

Les patients consultant en V.N.P sont donc principalement des patients fragilisés, du fait de l'évolution avancée de la pathologie et/ou des traitements en cours. Ceci semble expliquer la stabilisation du taux de V.N.P.

De nombreuses mesures sont déjà mise en place au niveau hospitalier et semblent efficaces.

Il convient donc d'essayer d'analyser le parcours de soins extra hospitalier afin d'identifier les pistes d'amélioration de la coordination des soins ville-hôpital pouvant accroître le contrôle des V.N.P.



# LE POINT DE VUE EXTRA HOSPITALIER

## 1) Une prise en charge hospitalière toujours justifiée ? :

L'étude de l'orientation du patient nous montre que 68% des V.N.P ne donnent pas lieu à une hospitalisation.

L'intérêt économique a été souligné. Il convient néanmoins d'aller encore plus loin et de s'interroger sur la nécessité d'une prise en charge hospitalière pour ces patients.

On constate que parmi les patients n'ayant pas été hospitalisés, 33% sont rentrés au domicile sans examen complémentaire.

Il semble donc que pour 33% des cas, le patient aurait pu être pris en charge en ville.

Cependant, la perception était peut être différente du point de vue du médecin traitant. Or, seuls 36% ont été consultés avant la venue.

De plus, lorsque l'on croise les réponses aux questions 2 et 3 de l'enquête auprès des médecins traitants, on remarque que 33% des V.N.P auraient pu être évitées si le médecin avait été informé de la venue du patient au C.O.L.

Quelque soit le point de vue d'où l'on se place, il semble donc qu'un tiers des V.N.P ne nécessite pas de prise en charge hospitalière.

Il convient donc d'essayer d'identifier les anomalies du parcours de soins ayant conduit à ces consultations afin de pouvoir proposer des mesures adéquates permettant une maîtrise accrue des V.N.P.

## **2) Le rôle des inégalités territoriales d'accès aux soins :**

Les déserts médicaux sont un problème récurrent dans le système de soin français. Le Nord-Pas-de-Calais est bien sur concerné. Dans ce paragraphe nous allons tenter d'établir un lien entre les inégalités territoriales d'accès aux soins et la survenue de V.N.P.

L'analyse de la densité médicale du secteur sanitaire d'où est originaire le patient nous montre plusieurs choses (9).

Tout d'abord, 93% des patients ayant consulté en V.N.P sont issus d'une zone géographique à densité médicale moyenne ou forte.

Les inégalités territoriales ne semblent donc pas en cause dans la survenue de V.N.P.

Par ailleurs, on remarque que 56% des patients ayant consulté au C.O.L en V.N.P proviennent de la métropole lilloise. Celle-ci représente donc le premier bassin de vie pourvoyeur de V.N.P.

On peut également noter que les autres secteurs sanitaires ne sont que peu représentés.

Plusieurs hypothèses sont donc à envisager.

La première, est un développement constant de l'offre de soins de pointe dans l'ensemble des secteurs sanitaires de la région diminuant ainsi le rayonnement que pourrait avoir le C.O.L. Ceci est immédiatement remis en cause lorsque l'on regarde les inégalités d'accès aux soins spécialisés dans la région (14) et la place qu'occupe le C.O.L dans les innovations techniques et thérapeutiques à l'échelle nationale et internationale.

La seconde hypothèse envisagée est la suivante. L'éloignement géographique est à lui seul un obstacle pour le patient relevant d'une prise en charge urgente et non programmée. Il semble donc que les patients concernés se tournent plus facilement vers leur médecin traitant ou les hôpitaux locaux.

A l'inverse, il semble exister, dans les zones à forte densité médicale, une vision consumériste du soin amenant à un déséquilibre du système de santé et des prises en charges disproportionnées par rapport à la gravité des situations. En effet, selon la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques, la grande majorité des patients ont recours aux urgences sans avis médical préalable (15) (16).

Le fait que 36% des médecins traitants n'ont pas été consulté avant la V.N.P de leur patient vient confirmer cette hypothèse.

### **3) Les obstacles à la prise en charge en médecine de ville et les solutions envisagées :**

#### **a) L'absence de consultation du médecin traitant :**

Le premier obstacle qui ressort de l'étude est l'absence de consultation du médecin traitant.

En effet seuls 36% des médecins traitants étaient informés de la venue de leur patient. Parmi ces 36% aucun praticien n'aurait pu prendre en charge le patient en ambulatoire. Parallèlement 51% des médecins n'ayant pas été informés de la venue de leur patient, déclarent qu'ils auraient pu proposer une alternative à l'hospitalisation.

La consultation du médecin traitant semble être un pré requis au contrôle des V.N.P.

#### **b) Un plateau technique insuffisant en cabinet de ville et un manque de temps :**

Le second obstacle à la prise en charge extrahospitalière, cité par 52% des médecins interrogés est l'insuffisance du plateau technique en cabinet de ville.

Vient ensuite, pour 47% des cas un manque de temps et des plannings de consultation trop chargés pour la prise en charge des patients en aigus.

Parallèlement, le développement de maisons médicales, avec personnel paramédical et plateau technique, représente une solution intéressante pour 63% des médecins interrogés.

Le rapport Larcher, définissant en 2007 les missions de l'hôpital, prévoit d'aménager les relations entre le monde hospitalier et son environnement pour mieux répondre aux besoins des patients et assurer la continuité des prises en charge (17).

Il est ainsi prévu d'améliorer l'organisation des soins non programmés en confiant aux A.R.S une mission d'organisation globale (régulation, transport, permanence des soins, urgences), mais également de développer les formes d'exercice pluridisciplinaire en ville.

Or, la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie (C.N.A.M) estime en 2002 à 42% le taux d'omnipraticiens exerçant en groupe (18).

Ce type d'exercice présente en effet différents avantages.

Il permet une diminution de la pression administrative grâce à une mutualisation des moyens nécessaires à l'activité professionnelle : locaux, équipement, personnel non médical prenant en charge des dossiers administratifs de plus en plus lourds (parcours de soins, prise en charge des affections de longue durée).

L'organisation du travail et les aspirations des médecins en matière de qualité de vie sont également pris en compte par une meilleure gestion des emplois du temps, congés et remplacements.

L'exercice regroupé a également pour intérêt d'améliorer la permanence des soins et de permettre aux médecins de confronter leurs pratiques professionnelles à l'image de ce que peut être la prise en charge pluridisciplinaire hospitalière.

Dans cette optique, un rapport du Sénat de 2007 définit les différents types d'exercice regroupés et les soutiens étatiques à ces innovations organisationnelles (19).

On distingue:

- **la maison médicale** qui est en réalité un cabinet de groupe. Ce mode d'exercice n'est pas défini sur le plan législatif, seul le code de déontologie médicale rappelle le principe d'indépendance professionnelle de chaque médecin.
  
- **la maison médicale de garde** qui est un outil technique mutualisé facilitant la permanence des soins.
  
- **la maison de santé pluridisciplinaire** qui va bien au delà de la simple unité de lieu. Il s'agit d'une démarche collective, organisée, où le patient est pris en charge par une équipe pluridisciplinaire regroupant médecins généralistes et médecins spécialistes à temps partiel avec plateau technique adéquat.

Ce type d'organisation est également précurseur par les missions de santé publique qui leur sont attribuées, missions jusqu'alors confiées aux A.R.S.

Cependant ce type d'exercice reste encore marginal.

Ainsi un soutien financier et logistique est proposé par les A.R.S aux praticiens désireux de créer une maison médicale pluridisciplinaire, c'est également un moyen pour les A.R.S de contrôler la répartition des praticiens sur le territoire et ainsi prévenir les déserts médicaux par des mesures incitatives et non coercitives.

Ces aides passent également par une labellisation de ces maisons de santé afin d'harmoniser et contrôler les pratiques.

Le développement de maisons médicales pluridisciplinaires semble donc une solution intéressante aux problèmes évoqués.

Il s'agit également d'une réponse adéquate à la sensation d'isolement et aux difficultés de recours aux spécialistes d'organe citées par 22% des médecins interrogés. Mais également à la pression administrative réduisant le temps médical citée dans 10% des cas.

La maison de santé pluridisciplinaire semble donc la démarche la plus innovante et une réponse adaptée aux mutations du système de soin.

Par leurs missions de Santé publique les maisons médicales pluridisciplinaires pourraient répondre à la mesure n° 16 du plan cancer 2009-2013(5) qui est d'impliquer le médecin traitant dans les programmes nationaux de dépistage et garantir l'égalité d'accès aux techniques les plus performantes sur l'ensemble du territoire.

### **c) Une rémunération inadaptée à la complexité des situations :**

Les consultations lourdes et complexes, non rémunérées par rapport au temps passé semblent en cause dans la survenue des V.N.P. (45% de citation)

Il convient de passer en revue les innovations en termes de rémunération des médecins traitants pouvant pallier à ce problème.

Actuellement le paiement s'effectue à l'acte. Ce mode de rémunération n'est absolument pas adapté au modèle d'exercice en maison de santé pluridisciplinaire.

En effet, le paiement à l'acte ne favorise pas de nouvelles répartitions des tâches entre professionnels, ni le développement de nouveaux services adaptés aux besoins des patients. C'est pourquoi, l'article 44 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 a ouvert la possibilité d'expérimenter de nouveaux modes de rémunérations, pouvant compléter ou se substituer au paiement à l'acte (20).

Ces expérimentations sont pilotées par les ARS au niveau régional. Elles mettent en œuvre 2 modules :

- **Module n°1 : « Missions coordonnées »**

Un forfait, versé à la structure, rémunère les missions de coordination (management de la structure, temps de concertation interprofessionnelle). Il est calculé en fonction du nombre de professionnels de santé et du nombre de patients ayant déclaré leur médecin traitant au sein de la maison de santé (dont les enfants de 6 à 16 ans). Il est en partie modulé en fonction de l'atteinte d'objectifs de santé publique et d'efficience (par ex, dépistage des cancers, lutte contre l'hypertension, prise en charge des patients diabétiques, prévention de l'obésité...)

- **Module 2 : « Education thérapeutique »**

Il finance l'activité d'éducation thérapeutique du patient en médecine de ville. Trois forfaits sont prévus. Le premier pour la formation des professionnels (1000 € /personne dans la limite de deux formations par an), le second pour l'aide à la structuration initiale du projet (1000 €), le troisième est un forfait par programme et par patient variable selon le nombre de séances (250 € pour le diagnostic éducatif et 3 ou 4 séances, 300 € si le nombre de séances est de 5 ou 6. (21)



Ce modèle de rémunération semble être une piste d'amélioration de l'organisation des soins chez 55% des médecins interrogés.

Il permet aussi de promouvoir la formation continue, devenue obligatoire et nécessaire à une pratique efficiente. Celle-ci est d'ailleurs citée chez 11% des médecins interrogés, comme solution d'amélioration de la prise en charge globale du patient en oncologie. On peut ainsi imaginer la création, pour les pathologies les plus fréquemment rencontrées des fiches techniques permettant de guider la prise en charge en ville auxquelles seraient associées des sessions de formation continue régulières. Les axes de réflexion s'orientent vers les principaux effets secondaires des traitements, la nutrition entérale, la gestion des douleurs afin de répondre au mieux aux problèmes rencontrés par les patients et leur famille.

**d) Le manque d'implication du médecin traitant dans la prise en charge globale du patient :**

Le plan cancer 2009-2013 (5) prévoit dans sa mesure n°18 de personnaliser la prise en charge des malades et renforcer le rôle du médecin traitant. Pour se faire il est prévu de :

- Coordonner les parcours de soins des malades pendant la phase active grâce à des coordonateurs de soins
- Conforter la fonction de proximité du médecin traitant pendant la phase thérapeutique aiguë et lors de la période de surveillance

- Partager les données médicales entre professionnels de santé

Or, il émerge de l'étude, une volonté des médecins traitants d'implication accrue dans la prise en charge du patient en oncologie en améliorant l'information et la communication entre praticien de ville et praticien hospitalier (53% de citation).

Certains praticiens vont même plus loin, avec la volonté de participer aux décisions thérapeutiques en apportant leur connaissance du contexte social et familial du patient, souvent utile pour la prévention des complications et des difficultés d'observance.

La création du numéro unique d'appel mis en place au C.O.L semble être une réponse partielle à ce problème et il conviendrait de réfléchir à une méthode systématisée d'information en temps réel.

Le développement du Dossier Médical Personnalisé (D.M.P) (22) est en théorie la réponse idéale. En effet, l'ensemble du dossier médical serait consultable au travers de cette plateforme informatique, améliorant ainsi la coordination entre les différents praticiens. La perte d'information d'un établissement à l'autre, souvent génératrice de doublons dans les examens complémentaires, se verrait ainsi corrigée et la qualité des soins accrue.

Malheureusement, pour des raisons de confidentialité, la mise en place de ce dispositif est loin d'être généralisée.

Une chose est également symptomatique du manque d'implication du médecin traitant dans la prise en charge oncologique. Il s'agit de l'absence de référence aux réseaux de cancérologie.

Ces réseaux, créés lors du premier plan cancer ont pour but de coordonner et harmoniser la pratique oncologique sur l'ensemble du territoire.

Chaque région dispose d'un pôle régional de cancérologie (23), ces centres exercent en plus de leurs activités de soins standards et d'enseignement, des missions de recours qui recouvrent:

- l'expertise diagnostique et thérapeutique
- les soins complexes et hyperspécialisés
- les techniques innovantes
- la recherche clinique

Autour de ce pôle régional s'articule le Réseau Régional de Cancérologie (R.C.C) (24) dont les missions sont :

- l'amélioration de la qualité en cancérologie
- la communication et le partage entre professionnels de santé
- l'information des patients, de leurs proches et des professionnels de santé
- l'aide à la formation continue des professionnels de santé
- l'observation et l'évaluation des pratiques

Pour atteindre ces objectifs le R.C.C met à disposition des outils tels que :

- les recommandations de bonne pratique pour les professionnels de santé
- le Progress d'organisation des réunions de concertation pluridisciplinaires
- le programme personnalisé de soins (P.P.S)
- le dossier communicant de cancérologie (qui est une sous section du D.M.P)
- des méthodes d'audits de la qualité des pratiques

Les Réseaux et Pôles régionaux de cancérologie fonctionnent en complémentarité du Centre de Coordination en Cancérologie (3C), dont le but est d'organiser et fédérer la pluridisciplinarité mais également d'évaluer les établissements certifiés en cancérologie.

Toutes ces structures sont des aides majeures dans la prise en charge oncologique globale. Il semble donc nécessaire de mieux les faire connaître au médecin traitant afin d'éviter d'accentuer la dichotomie entre médecine de ville et médecine hospitalière.

# LES LIMITES

Plusieurs éléments de l'étude sont à évoquer ici.

Tout d'abord l'organisation des différents C.L.C.C de France n'est pas uniformisée, il semble donc difficile de généraliser cette étude.

De plus, la réflexion sur l'organisation du système de soin n'est basée que sur l'événement péjoratif qu'est la V.N.P. Or, ceci ne représente qu'une part minime des patients pris en charge en oncologie à l'échelle nationale.

Enfin, et c'est la principale limite de ce travail, n'ont été étudiés que les V.N.P s'adressant au C.O.L. Nous n'avons donc aucune notion de l'impact des patients orientés vers les urgences avant leur venue au centre.

Il serait donc intéressant de poursuivre cette étude en s'intéressant à la part que représente les patients adressés au C.O.L après un passage aux urgences et si, dans ces cas précis, une hospitalisation directe aurait pu être envisagée afin de ne pas contribuer à l'engorgement des services d'accueil des urgences.

# CONCLUSION

Comme nous l'avons vu les venues non programmées sont un indicateur de non qualité des soins à plusieurs niveaux.

Elles sont d'abord le signe d'un manque d'anticipation dans l'évolution de la maladie et les complications qui en résultent.

Elles ont également une dimension de santé publique par la désorganisation des soins et le surcoût qu'elles occasionnent.

Ce travail a permis une meilleure compréhension des anomalies du parcours de soin menant à la V.N.P.

Nous avons pu établir que les mesures de contrôle mises en place au C.O.L depuis 2006 sont efficaces et pérennes.

Cependant, il semble difficile de passer sous la barre des 10 V.N.P par mois.

Ceci s'explique par la population de patients, fragilisés par une maladie avancée et/ou des traitements lourds.

La marge de progression semble donc limitée à l'échelle hospitalière. A contrario, nous avons pu identifier dans le parcours de soins extrahospitalier des pistes d'amélioration.

Tout d'abord une meilleure implication du médecin traitant semble nécessaire. L'importance de la communication dans la coordination ville-hôpital s'est révélée déterminante. Dans cette optique, il convient de promouvoir auprès des médecins traitants, les aides existantes dans la prise en charge oncologique globale, centralisées au sein des Réseaux Régionaux de Cancérologie. Il serait également intéressant de développer la formation continue afin d'aider le médecin traitant dans sa prise en charge courante.

Ensuite l'exercice du médecin traitant doit être facilité afin de lui permettre de prendre en charge des patients complexes. Comme l'affirme la mesure 18.2 du Plan Cancer 2009-2013, « la fonction de proximité du médecin traitant pendant la phase thérapeutique aigue et lors de la période de surveillance » doit être confortée.

Pour cela, l'exercice en maison médicale pluridisciplinaire associée à de nouveaux modes de rémunération adaptés à la pathologie semble être la meilleure solution et permettrait de mieux impliquer le médecin traitant dans les programmes de dépistages.

L'hôpital ne serait qu'un recours ultime et garantirait ainsi à l'ensemble de la population un égal accès aux traitements et aux innovations.



## BIBLIOGRAPHIE

- 1) I.N.Ca. La situation du cancer en France en 2012. Collection état des lieux et des connaissances, ouvrage collectif édité par l'INCa, Boulogne-Billancourt, décembre 2012
- 2) Plan Cancer 2003-2007. Mission interministérielle pour la lutte contre le cancer, Paris, 2003, [www.plancancer.fr](http://www.plancancer.fr)
- 3) I.N.Ca, analyse économique des coûts du cancer en France, I.N.Ca, avril 2007
- 4) Lefebvre G. Maîtrise des venues non programmées (VNP) au CLCC Oscar LAMBRET (Lille) par la Coordination Interdisciplinaire des Soins de Support en Oncologie (CISSPO). Lille, 2011.
- 5) Ministère des affaires sociales et de la santé, Plan Cancer 2009-2013, [www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr), novembre 2009
- 6) H.A.S. Une méthode d'amélioration de la qualité : revue de pertinence des soins, application aux admissions et aux journées d'hospitalisation, novembre 2004
- 7) Kerrouault E. Profil des patients atteints de cancer admis aux urgences. Thèse de médecine, université de Nantes, mai 2005
- 8) Bussy C et AL. Evaluation de la pertinence des hospitalisations des patients consultant aux urgences de l'Institut Gustave Roussy, Risque et qualité pp volume V-n°3, 2008.
- 9) Ordre National de l'Ordre des Médecins. La démographie médicale à l'échelle des bassins de vie en région Nord-Pas-de-Calais, Situation au 1er juin 2011. [www.conseil-national.medecin.fr](http://www.conseil-national.medecin.fr), 2011.
- 10) La Ligue contre le cancer. Les médecins généralistes face au cancer. La revue du praticien, octobre 2010.

- 11) H.A.S. Rapport d'évaluation, Le recours à l'hôpital en Europe, H.A.S/Service évaluation économique et santé publique, mars 2009.
- 12) Centre Oscar Lambret, Rapport d'activité C.I.S.S.P.O, 2008
- 13) C.N.A.M. P.M.S.I 2010/ Centre Oscar Lambret, 2010
- 14) Westerman JC, Démographie des professions de santé, Etat des lieux en région Nord-Pas-de-Calais, A.R.S, 1er semestre 2012
- 15) D.R.E.E. Les usagers des urgences. Etudes et résultats n°212, janvier 2003.
- 16) D.R.E.E. Motifs et trajectoire de recours aux urgences hospitalières. Etudes et résultats n°215, janvier 2003.
- 17) Larcher G ; France. Présidence de la république ; France. Premier Ministre ; France. Ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative. Rapport de la commission de concertation sur les missions de l'hôpital, présidée par M. Gérard Larcher. La Documentation française, Collection des rapports officiels, Avril 2008.
- 18) C.N.A.M. La mort annoncée de l'exercice isolé. Panorama du médecin n°5040, décembre 2006.
- 19) Juilhard J.M. Sénateur. Rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales sur la démographie médicale. SENAT session ordinaire, 2007-2008.
- 20) LOI n° 2008-1330 du 17 décembre 2008 de financement de la sécurité sociale pour 2009, article 44. Journal Officiel de la République Française n°0294, décembre 2008.
- 21) P.A.P.S. Expérimentation des nouveaux modes de rémunération.  
[www.centre.paps.santé.fr](http://www.centre.paps.santé.fr)
- 22) Ministère de la Santé. Le Dossier Médical Personnalisé. [www.dmp.gouv.fr](http://www.dmp.gouv.fr)
- 23) Circulaire DHOS/SDO/101 relative à l'organisation des soins en cancérologie. Journal Officiel de la République Française, 22.02.2002.

24) Circulaire D.H.O.S/ C.N.A.M.T.S/I.N.Ca/2007/357 relative aux réseaux régionaux de cancérologie. Journal Officiel de la République Française, 25.09.2007.

## **ABREVIATIONS**

**A.R.S** : Agence Régionale de Santé

**C.I.S.S.P.O** : Coordination Interdisciplinaire des Soins de Support en Oncologie

**C.L.C.C** : Centre de Lutte Contre le Cancer

**C.N.A.M.T.S** : Caisse Nationale de l'assurance Maladie et des Travailleurs salariés

**C.O.L** : Centre Oscar Lambret

**D.H.O.S** : Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins

**D.R.E.E.S** : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

**E.S.P.I.C** : Etablissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif

**H.A.S** : Haute Autorité de Santé

**I.N.Ca** : Institut National du Cancer

**O.R.L** : Oto-rhino-laryngologie

**P.A.P.S** : Plateforme d'Appui aux Professionnels de Santé

**P.M.S.I** : Programme de Médicalisation des Systèmes d'information

**P.P.S** : Plan Personnalisé de Soins

**R.R.C** : Réseau Régional de Cancérologie

**V.A.D.S** : Voies Aéro-Digestives Supérieures

**V.N.P** : Venue Non Programmée

**Etat des lieux des venues non programmées au Centre Oscar  
Lambret**

**Données relevées à l'arrivée du patient :**

- Age et sexe
- Cause de la venue
- Date et Heure de venue
  
- Zone géographique d'origine  
    Ville:  
    Code postal:
- Repartition par service
- Pathologie prise en charge au COL
- Patient métastatique ou non
  
- Traitement :
- Quels moyens mis en œuvre à l'arrivée
- Devenir du patient
- Suivi à un mois

## **Rappel du médecin traitant à distance ( 1mois )**

**Connaissez-vous les moyens de recours existants au Centre Oscar Lambret en cas de nécessité de prise en charge non programmée ? OUI/NON**

**Avez-vous été consulté avant la venue ? OUI/NON**

**Rappel du motif de la venue, pour ce motif, auriez-vous pu prendre en charge le problème en ville ? OUI/NON**

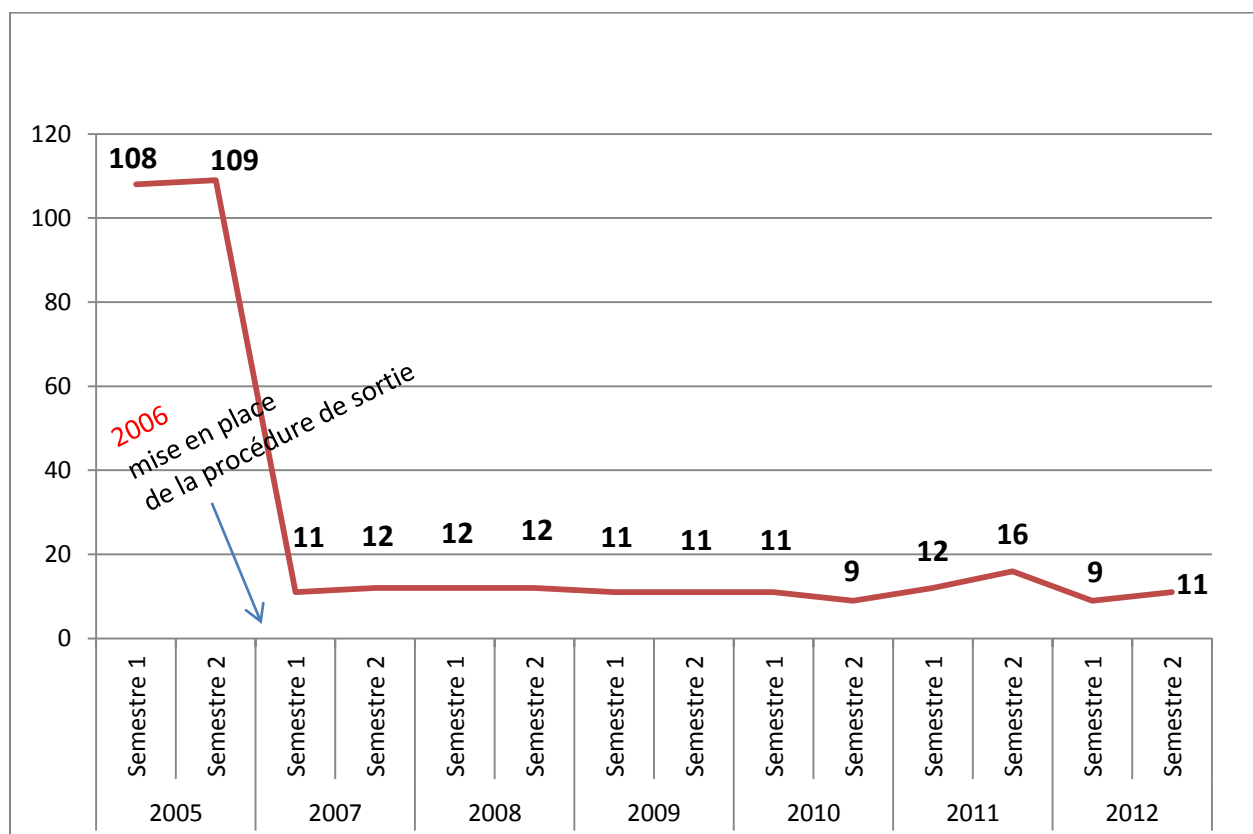
**Quels sont selon-vous les obstacles à cette prise en charge extrahospitalière? : (Question ouverte)**

- Absence de consultation du médecin traitant.
- Manque de temps, planning de consultation trop chargé pour la prise en charge des patients aigus.
- Isolement du médecin généraliste de ville devant une pathologie complexe et spécialisée.
- Difficultés de recours pour « avis diagnostique et thérapeutique » auprès du spécialiste d'organe.
- Consultations lourdes et complexes non rémunérées par rapport au temps passé.
- Plateau technique insuffisant en cabinet de ville.
  
- Autre :

**Quels éléments peuvent selon-vous améliorer la prise en charge globale du patient en oncologie et ainsi promouvoir une meilleure coordination des soins ? : (Question ouverte)**

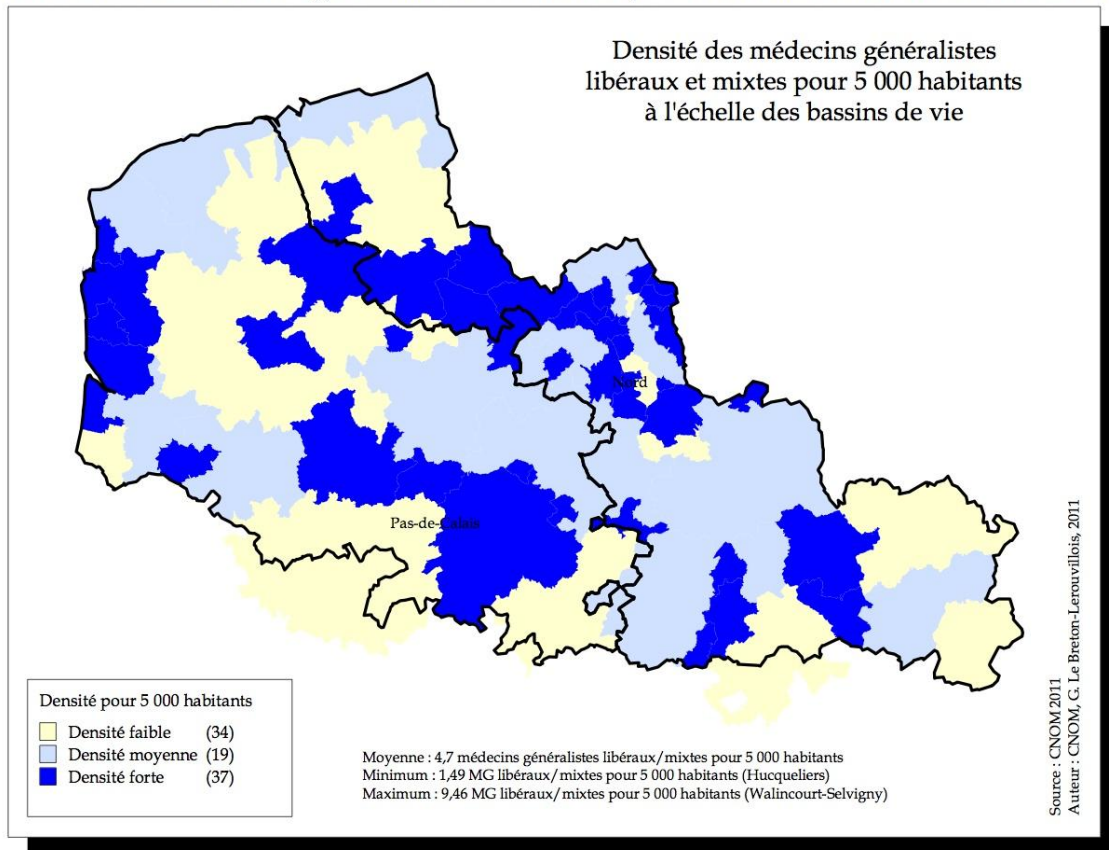
- Meilleure implication du médecin traitant dans la prise en charge oncologique globale.
- Améliorer la communication et informer le médecin traitant de la logistique et des moyens de recours au COL
- Créer un forfait de soins en médecine de ville pour les patients lourds ou poly pathologiques afin de ne plus être limité par la nécessité de rentabilité.
- Le développement de maisons médicales avec personnel paramédical et plateau technique.
- Traiter le problème de démographie médicale et ainsi améliorer la permanence des soins
- Favoriser la prise en charge hospitalière.
- Autre :

## Annexe 2






Carte n°8 : Densité des médecins généralistes libéraux et mixtes pour 5 000 habitants à l'échelle des bassins de vie



**Annexe 3**

## Annexe 4

|   |  |  |
|---|--|--|
| <br><b>ACT MED./ SOINS</b> | <b>PRESCRIPTION D'UN ACTE DEFINI ET PROGRAMMATION<br/>D'HOSPITALISATION A COURT TERME</b>                    | CISSPO/PR/001/V02                                    |
| <u>Rédaction :</u><br>Date :septembre 2008<br>Visa : I.LEROUGE ;<br>L.RO TSAERT ;<br>B.NOIRO T              | <u>Vérification :</u> Date :<br>Visa : A.ADENIS<br>M.BLONDEL ;<br>N.PENEL ;<br>JC NEU ;<br>M.C.LONGUE EPEE ; | <u>Approbation :</u><br>Date :<br>Visa : M. LECLERCQ |

### I OBJET

Cette procédure décrit les modalités de prise en charge des patients venant pour une :

- ☞ Ponction d'ascite
- ☞ Ponction pleurale
- ☞ Transfusion érythrocytaire
- ☞ Transfusion plaquettaire
- ☞ Injection de venofer®
- ☞ Immunoglobulines

Cette procédure ne concerne pas les patients pris en charge en hospitalisation

Cette procédure concerne : les patients en consultation externe  
les patients suivis en hôpital de jour, à domicile

- ☞ Venues à programmer à courte échéance JO / 24h / 48h / 72h ou plus
- ☞ Hospitalisation à organiser dans les délais requis
- ☞ Hospitalisation programmée par CISSPO

Elle s'applique dès lors que le médecin référent, ou en son absence, tout autre « médecin demandeur » pose l'indication d'une hospitalisation pour un acte de type : ponction, transfusion, injection...

Au préalable, il doit vérifier que le patient peut regagner son domicile ( cf. procédure hospitalisation programmée )

### II DOMAINE D'APPLICATION


Sont concernés :

- ☞ tous les médecins du COL
- ☞ les IDE de consultation et d'hospitalisation de jour ou conventionnelle
- ☞ coordinatrice des soins Ville → Hôpital **poste : 5519** ou ses collaboratrices :  
**postes: 6828 / 1324**
- ☞ surveillantes de département
- ☞ surveillantes de soins
- ☞ secrétaire CISSPO **poste 5586**

---

Centre Oscar Lambret

- 1 -sur 7


|   |  |  |
|---|--|--|
| <br><b>ACT MED./ SOINS</b> | <b>PRESCRIPTION D'UN ACTE DEFINI ET<br/>PROGRAMMATION<br/>D'HOSPITALISATION A COURT TERME</b>                | CISSPO/PR/001/V02                                    |
| <b>Rédaction :</b><br>Date :septembre 2008<br>Visa : I.LEROUGE ;<br>L.ROTSAERT ;<br>B.NOIROT                | <b>Vérification :</b> Date :<br>Visa : A.ADENIS<br>M.BLONDEL ;<br>N.PENEL ;<br>JC NEU ;<br>M.C.LONGUE EPEE ; | <b>Approbation :</b><br>Date :<br>Visa : M. LECLERCQ |

### III DOCUMENTS DE REFERENCE

- ↗ Décret de compétence no 2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier
- ↗ Manuel d'accréditation des Etablissements de la Santé -V1, Référentiel : DIP, réf : 4, juin 2003
- ↗ Code de santé publique du 29 juillet 2004
- ↗ Comité de Sécurité Transfusionnelle et d' Hémovigilance du Centre Oscar Lambret

### IV ABREVIATIONS

- ↗ C.O.L. : Centre Oscar Lambret
- ↗ I.D.E. : Infirmière Diplômée d'Etat
- ↗ CISSPO : Coordination Interdisciplinaire des Soins SuPport en Oncologie
- ↗ Cs : Consultation
- ↗ DS : Dossier de Soins
- ↗ SAC : Sérum Albumine Concentré
- ↗ PSL : Produit Sanguin Labile
- ↗ RAI : Recherche d'Anticorps Irréguliers

|  |  |  |
|--|--|--|
| <br><b>ACT MED. / SOINS</b> | <b>PRESCRIPTION D'UN ACTE DEFINI ET PROGRAMMATION D'HOSPITALISATION A COURT TERME</b>                        | CISSPO/PR/001/V02                                    |
| <b>Rédaction :</b><br>Date : septembre 2008<br>Visa : I.LEROUGE ;<br>L.ROTSAERT ;<br>B.NOIROT                | <b>Vérification :</b> Date :<br>Visa : A.ADENIS<br>M.BLONDEL ;<br>N.PENEL ;<br>JC NEU ;<br>M.C.LONGUE EPEE ; | <b>Approbation :</b><br>Date :<br>Visa : M. LECLERCQ |

## V DESCRIPTION DE LA PRESCRIPTION ET DE LA PROGRAMMATION D'HOSPITALISATION A COURT TERME POUR UN ACTE DEFINI

1 - Le médecin prescripteur pose l'indication, précise la durée de l'hospitalisation nécessaire à ce geste (  $\frac{1}{2}$  journée, 1 jour, 2 jours, 3 jours, ou +) ainsi que le délai possible de prise en charge

2 - Le médecin demandeur fait appel au secrétariat CISSPO qui avertit l'infirmière coordinatrice I.Lerouge poste : 5519 ou A.B. Noirot poste : 6828 ou L.Rotsaert poste : 1324 en vue d'organiser le séjour

3 - Le médecin prescripteur formalise la demande sur Dossier Médical Patient et complète :


- ☞ la prescription des produits sanguins labiles (si besoin)
- ☞ les prescriptions thérapeutiques (si besoin)
- ☞ les prescriptions d'examens (si besoin)

4 - La coordinatrice rédige la fiche de programmation d'hospitalisation à court terme et regroupe les différents éléments du dossier :

- ☞ pour une ponction d'ascite :
  - vérification du bilan de coagulation si nécessaire
  - repérage échographique si nécessaire...
- ☞ pour une ponction pleurale :
  - vérification de la nécessité ou non d'une radiographie de thorax à l'admission
  - bilan de coagulation si nécessaire
- ☞ pour une transfusion érythrocytaire :
  - RAI de moins de 72 heures
  - 2 déterminations du GROUPE Rhésus dont une détermination réalisée au COL
  - prescription nominative des produits sanguins labiles

Si le patient est présent au COL au moment de la demande :

-le bilan complémentaire est réalisé immédiatement par les IDE de consultation ou de l'hôpital de jour.

|   |  |  |
|---|--|--|
| <br><b>ACT MED./ SOINS</b> | <b>PRESCRIPTION D'UN ACTE DEFINI ET PROGRAMMATION D'HOSPITALISATION A COURT TERME</b>                        | CISSPO/PR/001/V02                                    |
| <b>Rédaction :</b><br>Date :septembre 2008<br>Visa : I.LEROUGE ;<br>L.RO TSAERT ;<br>B.NOIROT               | <b>Vérification :</b> Date :<br>Visa : A.ADENIS<br>M.BLONDEL ;<br>N.PENEL ;<br>JC NEU ;<br>M.C.LONGUE EPEE ; | <b>Approbation :</b><br>Date :<br>Visa : M. LECLERCQ |

Si le patient est à son domicile :

- Si la demande est formulée par le médecin traitant : la coordinatrice des soins Ville → Hôpital ou une de ses collaboratrices lui communique la conduite à tenir
- Si la demande est formulée par le médecin référent : la coordinatrice des soins Ville → Hôpital ou une de ses collaboratrices prend contact avec le laboratoire de ville du patient afin de s'assurer que celui-ci est équipé du Logiciel ERA pour transmettre les résultats à l'EFS et si besoin compléter le bilan ( exemple RAI...)

Les documents nécessaires aux différentes prescriptions sont à disposition au secrétariat CISSPO et au poste IDE consultation et hôpital de jour ( bon de radiologie, cahier de commande de produits sanguins labiles,fiche de programmation d'hospitalisation à court terme)

**5 - La coordinatrice des soins organise l'hospitalisation en collaboration avec la secrétaire CISSPO**


- **sollicite** la surveillante du département de référence, le surveillant ou la surveillante de soins pour accueillir le patient afin de réserver un lit d'hospitalisation
- **recupère** le dossier médical et transfusionnel du patient
- **programme** l'hospitalisation sur le logiciel Q Planner
- **prévi**ent le patient s'il n'est pas présent au COL et l'informe de la date, heure et secteur d'hospitalisation
- **prévi**ent le médecin généraliste du département, même si le médecin référent veut assurer l'acte lui-même
- **complète** la fiche de programmation d'hospitalisation à court terme en précisant la date, l'heure, et le lieu d'hospitalisation convenus ; Ainsi que l'identification de la personne ayant géré la demande
- **photocopie** la prescription médicale des PSL et la fiche de programmation pour traçabilité
- **réunit** l'ensemble des éléments nécessaires pour l'acte ( dossier médical et infirmier, dossier transfusionnel, bilan pré-transfusionnel, radiographie standard et la photocopie de la prescription PSL...)
- **achemine** le dossier complet vers le service d'accueil du patient
- **complète** le tableau des indicateurs d'activité

## VI ANNEXES



[Fiche de programmation d'hospitalisation à court terme](#)

[Tableau de suivi d'activité](#)

|   |   |  |
|---|---|--|
| <br><b>ACT MED./ SOINS</b> | <b>PRESCRIPTION D'UN ACTE DEFINI ET<br/>PROGRAMMATION<br/>D'HOSPITALISATION A COURT TERME</b>   | CISSPO/PR/001/V02  |
|   | <b>Rédaction :</b><br>Date : septembre 2008<br>Visa : I.LEROUGE ;<br>L.RO TSAERT ;<br>B.NOIRO T | <b>Vérification : Date :</b><br>Visa : A.ADENIS<br>M.BLONDEL ;<br>N.PENEL ;<br>JC NEU ;<br>M.C.LONGUE EPEE ; |

**FICHE DE PROGRAMMATION D'HOSPITALISATION A COURT TERME (recto)**

**Date de la demande :**

**Médecin prescripteur :**

**N° poste :**

**Médecin référent :**

**N° poste :**

**Département de référence :**

Etiquette patient

**Nombre de jours d'hospitalisation nécessaire pour la réalisation de cet acte :**

| Ambulatoire           | Hospitalisation conventionnelle |                              |
|-----------------------|---------------------------------|------------------------------|
| † ½ journée           | † 2 jours                       | } ouvrir un dossier de soins |
| † 1 jour              | † 3 jours                       |                              |
| † 2 jours (2 x1 jour) | † ou +                          |                              |

**Acte à réaliser :**

† Transfusion de Produits Sanguins Labiles † plaquettaire  
 † érythrocytaire Nombre de culots .....

Date dernière RAI : ..... † COL  
 † en ville  
 † 2 déterminations du Groupe Rhésus

**Prévenir le Dr ..... de l'entrée du patient :** † OUI  
 N° poste : † NON

† Ponction d'ascite(PA) Réalisée par : Dr ..... N° poste :  
 † injection SAC  
 † repérage échographique, RDV : .....

† Ponction pleurale (PP) Réalisée par : Dr ..... N° poste :  
 † bilan coagulation en date du : .....  
 † radio de thorax prévue à l'entrée

† Autre : .....

**Délai pour la réalisation de cet acte :**

- † J 0
- † J 24 heures
- † J 48 heures
- † J 72 heures
- † Semaine prochaine


**Date convenue :**

**Heure d'admission convenue :**

**Aile d'admission :**

**N° de chambre :**

**Coordnatrice ayant géré la demande :** † Isabelle Lerouge : 5519  
 † A-Bérangère Noirot : 6828  
 † Laurence Rotsaert : 1324

|   |  |  |
|---|--|--|
| <br><b>ACT MED./ SOINS</b> | <b>PRESCRIPTION D'UN ACTE DEFINI ET<br/>PROGRAMMATION<br/>D'HOSPITALISATION A COURT TERME</b>  | CISSPO/PR/001/V02  |
|   | <b>Rédaction :</b><br>Date : septembre 2008<br>Visa : I.LEROUGE ;<br>L.RO TSAERT ;<br>B.NOIROT | <b>Vérification : Date :</b><br>Visa : A.ADENIS<br>M.BLONDEL ;<br>N.PENEL ;<br>JC NEU ;<br>M.C.LONGUE EPEE ; |

**ACTES DEFINIS EN AMBULATOIRE (verso)**

Patient(e) entré(e) le : ..... / ..... / ..... à : ..... Aile : ..... en VP  TAP  Ambulance   
 Régime alimentaire : ..... Allergies : .....

| Heure         | Prescripteur | Prescription (nom du produit, posologie, voie d'administration, examens) | Administration |                    |
|---------------|--------------|--|----------------|--------------------|
|               |              |  | heure          | Identification IDE |
| à .... h .... | Médecin :    | _____  | .....h.....    | _____              |
|               | Signature :  | _____  | .....h.....    | _____              |
|               |              | _____  | .....h.....    | _____              |
|               |              | _____  | .....h.....    | _____              |
|               |              | _____  | .....h.....    | _____              |

| Echelle / 30' | TA  | Pls | T° | 8h30 | 9   | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 |
|---------------|-----|-----|----|------|-----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
|               |     |     |    | 24   | 140 | 40 |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 20            | 120 | 39  |    |      |     |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 16            | 100 | 38  |    |      |     |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 12            | 80  | 37  |    |      |     |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 8             | 60  | 36  |    |      |     |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 4             | 40  | 35  |    |      |     |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |

|                     |      |
|---------------------|------|
| Poids : ..... kg    | SaO2 |
| Taille : ..... cm   | O2   |
| IMC : .....         | EVA  |
| Glycémie capillaire |      |

|   |                                 |                     |
|---|---------------------------------|---------------------|
| PP <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> | Quantité de la ponction .....ml | Aspect du liquide : |
| Cible   | Données                         | Actions             |
|   |                                 | Résultats           |
|   |                                 | IDE                 |
|   |                                 | Heure : .....       |
|   |                                 | Heure : .....       |
|   |                                 | Heure : .....       |
|   |                                 | Heure : .....       |

**Macro-cible de Sortie**


Le patient(e) a bénéficié de :

- Transfusion érythrocytaire et a reçu ..... culots globulaires /  PAC  VVP
- Transfusion plaquettaire et a reçu ..... pools plaquettaires /  PAC  VVP
- Ponction d'ascite de ..... litres  avec injection de ..... SAC de ..... ml /  PAC  VVP
- Ponction pleurale de ..... litres  avec contrôle Rx Thorax post ponction
- Autre : .....

Retour du patient à son domicile en en VP  TAP  Ambulance  à .... h.....  
 Il sort avec un courrier de liaison pour son médecin traitant  OUI  NON  
 Prochain RDV au COL prévu le : ..... pour : .....

Remarques :  
 .....  
 .....  
 .....

Heure : .....  
 IDE :  
 Signature

|   |   |  |  |
|---|---|--|--|
| <br><b>ACT MED./ SOINS</b> | <b>PRESCRIPTION D'UN ACTE DEFINI ET<br/>PROGRAMMATION<br/>D'HOSPITALISATION A COURT TERME</b> |  | CISSPO/PR/001/V02                                    |
|   | <b>Rédaction :</b><br>Date :septembre 2008<br>Visa : I.LEROUGE ;<br>L.RO TSAERT ;<br>B.NOIROT | <b>Vérification :</b> Date :<br>Visa : A.ADENIS<br>M.BLONDEL ;<br>N.PENEL ;<br>JC NEU ;<br>M.C.LONGUE EPEE ; | <b>Approbation :</b><br>Date :<br>Visa : M. LECLERCQ |

**TABLEAU DE SUIVI DES INDICATEURS RELATIFS AUX ACTES DEFINIS**

**Exemple :**

| INDICATEURS D'ACTIVITE – PROGRAMMATION ACTES DEFINIS |         |                   |            |                      |                       |               |                   |                  |                |  |
|--|---------|-------------------|------------|----------------------|-----------------------|---------------|-------------------|------------------|----------------|--|
| ETIQUETTE PATIENT                                    | IPP     | date de naissance | DATE       | MEDECIN PRESCRIPTEUR | DEPARTEMENT           | AILE D'HOSPI. | ACTE A PROGRAMMER | NOMBRE DE CULOTS | PROGRAMME LE : | REMARQUES  |
| .....<br>.....<br>Née : .....                        | ..... F | ...../...../..... | 14/11/2007 | Dr Vanlerenberghe    | Gynéco / Dr Rodrigues | 3A            | Transfusion E.    | 2                | 16/11/2007     | Nouveau BS demandé en ville le 15/11(Groupe 2ème déterm. + RAI) avec demande de faxer les résultats au plus tard le même jour à 14h pour commande des CG |



# patient en brancard

Cette fiche est à présenter aux personnels soignants à votre arrivée dans le(s) service(s) puis elle est à déposer au guichet d'enregistrement avant votre départ.

## Soins Externes

|                              |         |
|------------------------------|---------|
| Lieu                         | Réalisé |
| ... Cs .....                 |         |
| ... Cs .....                 |         |
| ... Cs Algologie .....       |         |
| IDE Cs Anesthésie .....      |         |
| IDE Cs Cardiologie (+/- ecg) |         |
| ... C. Cisso.....            |         |
| C C. Dentaire ou soins..     |         |
| ... Cs Génétique .....       |         |
| Acc Cs Nutrition .....       |         |
| Acc Cs Psychiatre .....      |         |
| ... Cs Sevrage tabagique.    |         |
| A RCP .....                  |         |

## Para-médical

|  |         |
|--|---------|
| Lieu                                   | Réalisé |
| .... C. infirmière .....               |         |
| .... Soins infirmiers AMI ..           |         |
| .....                                  |         |
| .... Bilan sanguin .....               |         |
| Acc C. sociale .....                   |         |
| Acc C. diététicienne .....             |         |
| Acc C. psychologue .....               |         |
| 1 <sup>er</sup> C. kinésithérapeute... |         |
| 2 <sup>ème</sup> C. orthophoniste..... |         |

## Hôpital de Jour

|                           |
|---------------------------|
| Réalisé                   |
| Cs.....                   |
| Chimiothérapie .....      |
| Bilan sanguin .....       |
| Soins infirmiers AMI..... |
| Pansement – résultat .... |
| Fibroscopie / Rectoscopie |

## Pédiatrie

|                           |
|---------------------------|
| Cs.....                   |
| Chimiothérapie .....      |
| Bilan sanguin .....       |
| Soins infirmiers AMI..... |
| Transfusion.....          |
| Pose ou ablation de PAC . |

## Plateaux techniques

|                          |
|--------------------------|
| Imagerie médicale .....  |
| IRM .....                |
| Echographie .....        |
| Scannographie.....       |
| Médecine Nucléaire ..... |

## Radiothérapie

|                            |
|----------------------------|
| Cs .....                   |
| Centrage RP / simulation   |
| Bilan sanguin.....         |
| Soins infirmiers AMI ..... |
| Curie HDD .....            |
| ICT .....                  |
| Darpac.....                |

## Hospitalisation

Pré-admission

Admission

Admission après consultation

## Sortie

Date et heure ..... en VP VSL Taxi Ambul SAMU Autre

Mode de sortie :

|                          |   |    |
|--------------------------|---|----|
| <input type="checkbox"/> | DOMICILE avec / sans prescription (Niveau 1)  | DO |
| <input type="checkbox"/> | DOMICILE avec prestataires médico-techniques et / ou réseaux (Niveau 2)                       | DO |
| <input type="checkbox"/> | Transfert vers établissement de convalescence, soins de suite ou soins palliatifs..(Niveau 3) | TM |
| <input type="checkbox"/> | HAD transfert dans le cadre d'une hospitalisation à domicile (Niveau 4)                       | HD |
| <input type="checkbox"/> | Transfert vers établissement court séjour   | TC |
| <input type="checkbox"/> | Autre mode .....  |    |

Nom de l'établissement destinataire ou de l'organisme prestataire HAD:

.....

Ré Hospitalisation : oui le ..... à .....H.....  
non

Signature du médecin :

**AUTEUR : CARBONNELLE Guillaume**

**Date de Soutenance : 28 mars 2013**

**Titre de la Thèse :**

**Etat des lieux des venues non programmées au Centre Oscar Lambret  
Enquête auprès des médecins traitants des patients concernés par ces situations**

**Thèse, Médecine, Lille,**

**Cadre de classement : médecine générale**

**Mots-clés : oncologie, venue non programmée, soins de support, coordination des soins ville-hôpital, soins primaires, prise en charge globale.**

**Résumé :**

La venue non programmée (V.N.P) est définie au Centre Oscar Lambret (C.O.L) par le retour d'un patient, non attendu en consultation ou en hospitalisation. Celle-ci témoigne de dysfonctionnements dans la coordination des soins entre médecine de ville et médecine hospitalière.

**Méthode :** Une étude observationnelle, prospective, a été menée au sein du C.O.L. L'objectif était d'identifier le pourcentage de V.N.P évitables et de réfléchir à des pistes d'amélioration de la coordination des soins dans la prise en charge globale du patient en oncologie.

**Résultats :** Nous avons pu montrer, que les mesures de contrôle des V.N.P mises en œuvre au C.O.L depuis 2006, sont efficaces et pérennes avec, cependant, un nombre incompressible de dix V.N.P par mois. Les patients, souvent fragilisés par des traitements lourds et/ou une pathologie évoluée en sont une des causes.

Le parcours de soins extrahospitalier a été analysé. Il en ressort que le système de santé actuel ne permet pas, au médecin traitant, de prendre en charge de façon efficiente des patients présentant des pathologies complexes et évoluées. Le développement de maisons médicales pluridisciplinaires, associé à de nouveaux modes de rémunération adaptés à la pathologie pourrait faciliter l'exercice des soins primaires et promouvoir une prise en charge extrahospitalière de qualité.

Dans cette optique, il conviendrait de diffuser à plus grande échelle, auprès des médecins traitants, l'existence des Réseaux Régionaux de Cancérologie, qui peuvent représenter des aides majeures dans la prise en charge oncologique globale.

**Conclusion :** Les efforts entrepris au niveau hospitalier dans l'amélioration de la coordination des soins doivent être poursuivis et le rôle du médecin traitant renforcé comme le prévoit le Plan Cancer 2009-2013.

**Composition du Jury :**

**Président : Monsieur le Professeur Jacques BONNETERRE**

**Assesseurs : Monsieur le Professeur Eric WIEL**

**Monsieur le Docteur Patrick LEROUGE**

**Madame le Docteur Isabelle RODRIGUES**