



*Restitution « patient traceur en cancérologie »  
Haute-Normandie*



*Le 5 janvier 2016  
S. Lesens*





- Finalité de l'évaluation :

- Evaluer les processus, les interfaces et l'organisation de la prise en charge des patients en cancérologie.



- Objectifs :

- Accompagner les établissements à la préparation à la certification V2014
- Aider les établissements dans leur dynamique d'amélioration de la qualité de prise en charge des patients en cancérologie

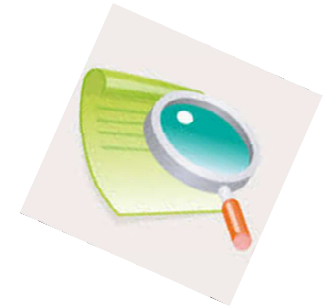


- **Champ d'application:**

- Tous les établissements de Haute-Normandie autorisés en cancérologie
- Tous les services prenant en charge des patients de cancérologie

- **Critères d'audit :**

- Hommes et femmes de 18 ans et plus
- Patients hospitalisés au sein de l'établissement pour la prise en charge d'un cancer, idéalement proches de la sortie
- Si possible, patients ayant des parcours de soins complexes (interaction avec plusieurs services)





- **Matériel :**

- Grilles d'entretien patient et équipe HAS



- **Méthode :**

- Un temps de recueil du ressenti patient +/- entourage
- Un temps d'audit du dossier du patient sélectionné
- Un temps d'entretien avec les acteurs de la prise en charge du patient sélectionné



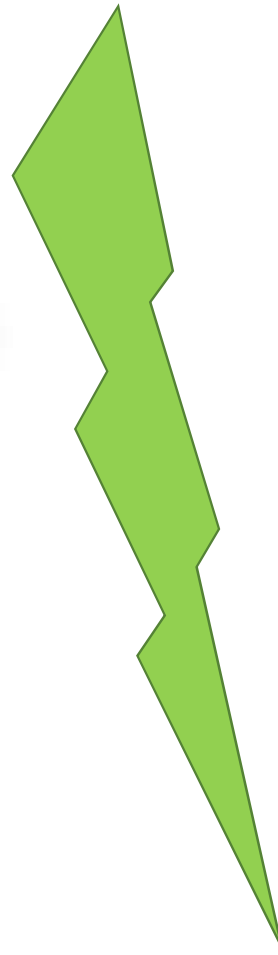


- Taux de participation :

- 18 établissements
- 27 patients traceurs
- 3 services audités :
  - chirurgie
  - médecine
  - chimiothérapie



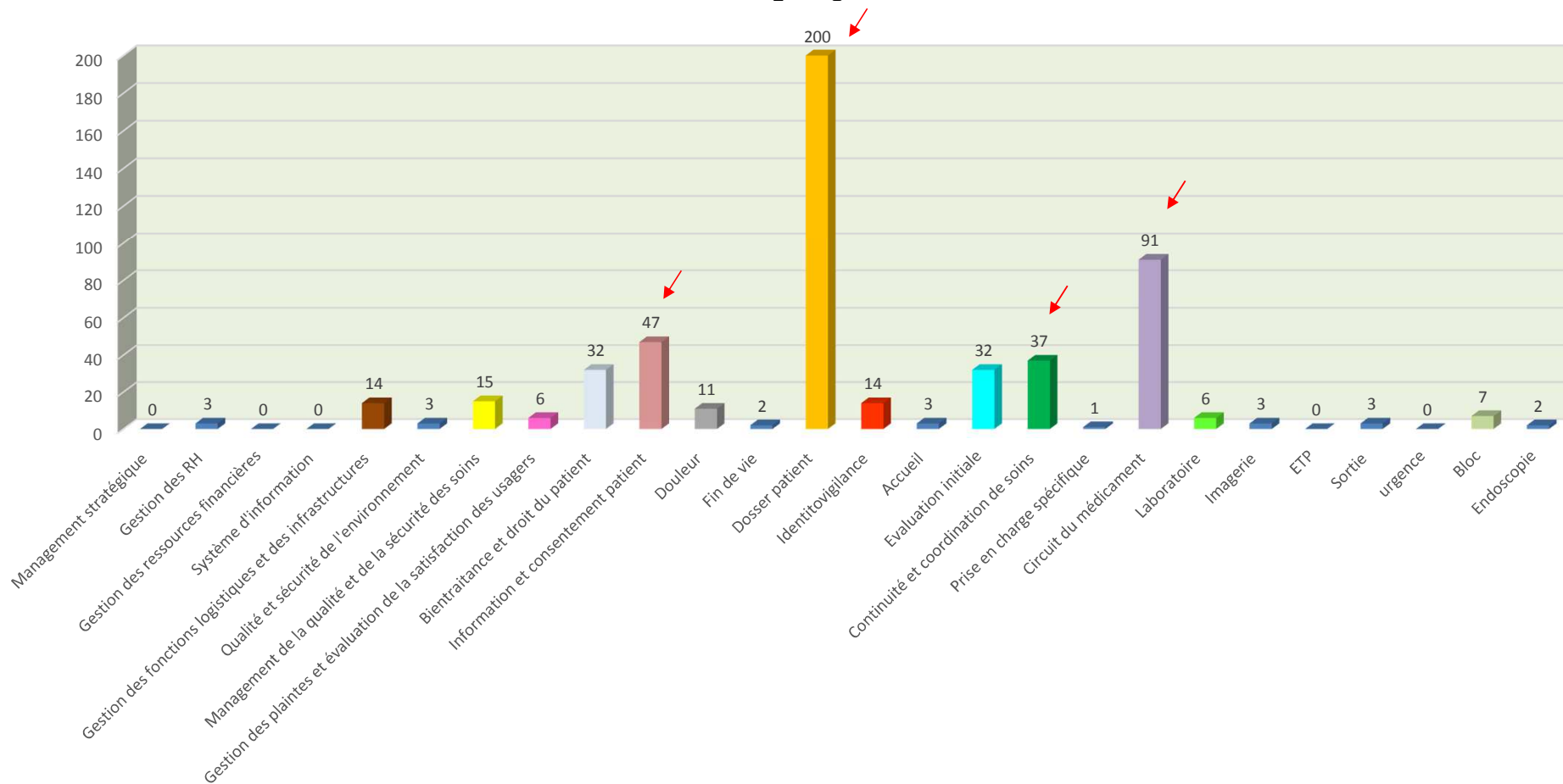
➔ 5 grandes spécialités : Sein, Digestif, Urologie, ORL et Poumon







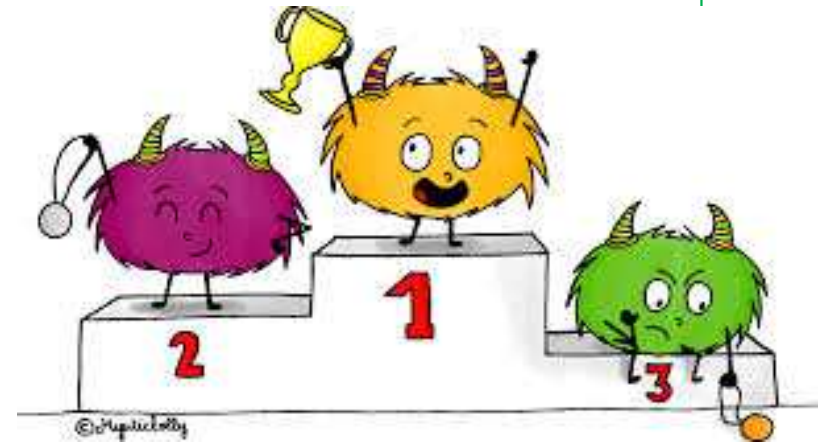
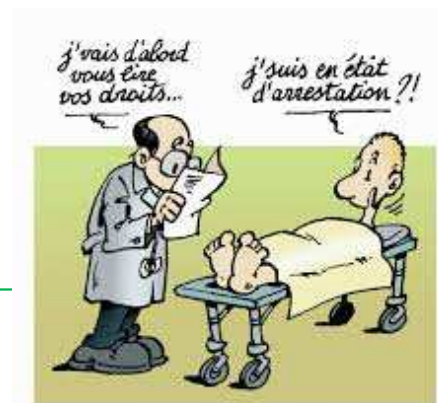
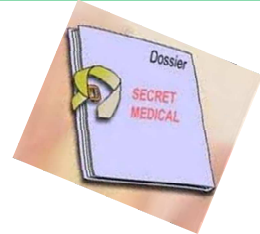
## Axes de progression





# Le classement

- Dossier patient
- Circuit du médicament
- Droit des patients
- Parcours de soins







- Admission:

- Manque d'informations (lettre du médecin traitant, fiche de liaison inter service...)
- Recueil de renseignements patient incomplet
- Recueil des constantes incomplet
- Consentements patients de - en - présents

- Séjour patient:

- Observations médicales très rares
- Absence de traçabilité de l'information donnée au patient (médicament, soins,...)
- Défaut de traçabilité au bloc (VPA, Check-list, heure de sortie du bloc...)
- Hétérogénéité et manque de traçabilité des soins de support





## *Dossier patient*

- **Sortie :**

- Manque de traçabilité de l'état du patient à la sortie



- **Observations globales :**

- Parcours (DA/Soins de support/RCP/PPS) effectif mais traçabilité morcelée
- RCP pré interventionnelles très rares
- Données patients cloisonnées entre les services et les acteurs de santé

- **Risques +++:**

- Multiplicité des supports papiers
- Double support papier/Informatique





- Prescriptions non conformes :
  - Pas lisibles
  - Incomplètes
  - Non coordonnées (Chevauchement anesthésiste/Chirurgien...)
  - Non justifiées (arrêt...)
  - Réévaluation antibiothérapie pas toujours effective
- Validation pharmaceutique :
  - Partielle
- Administration :
  - Support non adapté
  - Retranscription (logiciel chimio...)





- **Outils :**

- Pas uniformes (Ex: bloc/service)
- Présents mais non utilisés

- **Risques +++:**

- Manque de traçabilité des traitements personnels (ordonnance, gestion physique...)
- Données du logiciel chimio non actualisées (Ex: poids, tailles)
- Surdosage d'une même molécule (per os/IV)...





- Dispositif d'annonce:

- Absence de proposition de soins de support
- Annonce brutale/Trop directe
- Plan de soins non expliqué/Non remis

- Ethique:

- Manque de confidentialité (service de nuit/accueil...)
- Bruit, la nuit (rire, discussion à haute voix...)
- Utilisation sac poubelle aux urgences
- Non respect de l'intimité (vie privée divulguée)





- **Informations :**

- Information floue, non adaptée sur le parcours de soins
- Information insuffisante et/ou non adaptée sur les traitements
- Absence d'informations sur l'identitovigilance

- **Organisation :**

- Pas d'espace d'écoute (salle des familles...)
- Organisation des soins non coordonnée et non respectueuse du rythme patient ( matin/soir)
- Impact sur les soins des changements de quart

- **Risques +++ :**

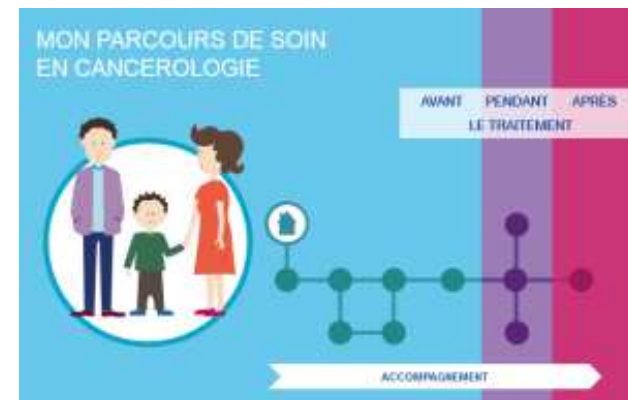
- Comportements et pratiques non harmonisés sur l'accueil des aidants (proches)
- Polyvalence des équipes ( ressenti différent des patients entre les services)







- **RCP:**
  - Changements de protocole non staffés
  - Traitements administrés en amont de la RCP
  - Incohérence non justifiée entre traitement décidé RCP/ administré
  - RCP pré-interventionnelles très rares
- **PPS:**
  - Non formalisé
  - Non actualisé
- **Prise en charge :**
  - G8 en cours de mise en place
  - Délai de prise en charge +++
  - RDV non centralisés (déplacement XXL des patients)





- **Communication:**

- Transmission médecin-IDE (DA) insuffisante
- Cloisonnement dossier médical/dossier soignant
- Défaut de communication résultats labo/radio au médecin traitant
- Manque de données en amont à la prise en charge
- Continuité de prise en charge médicale rarement formalisée
- Manque de documents de liaison aux interfaces (Ex: Transfert pour examen)



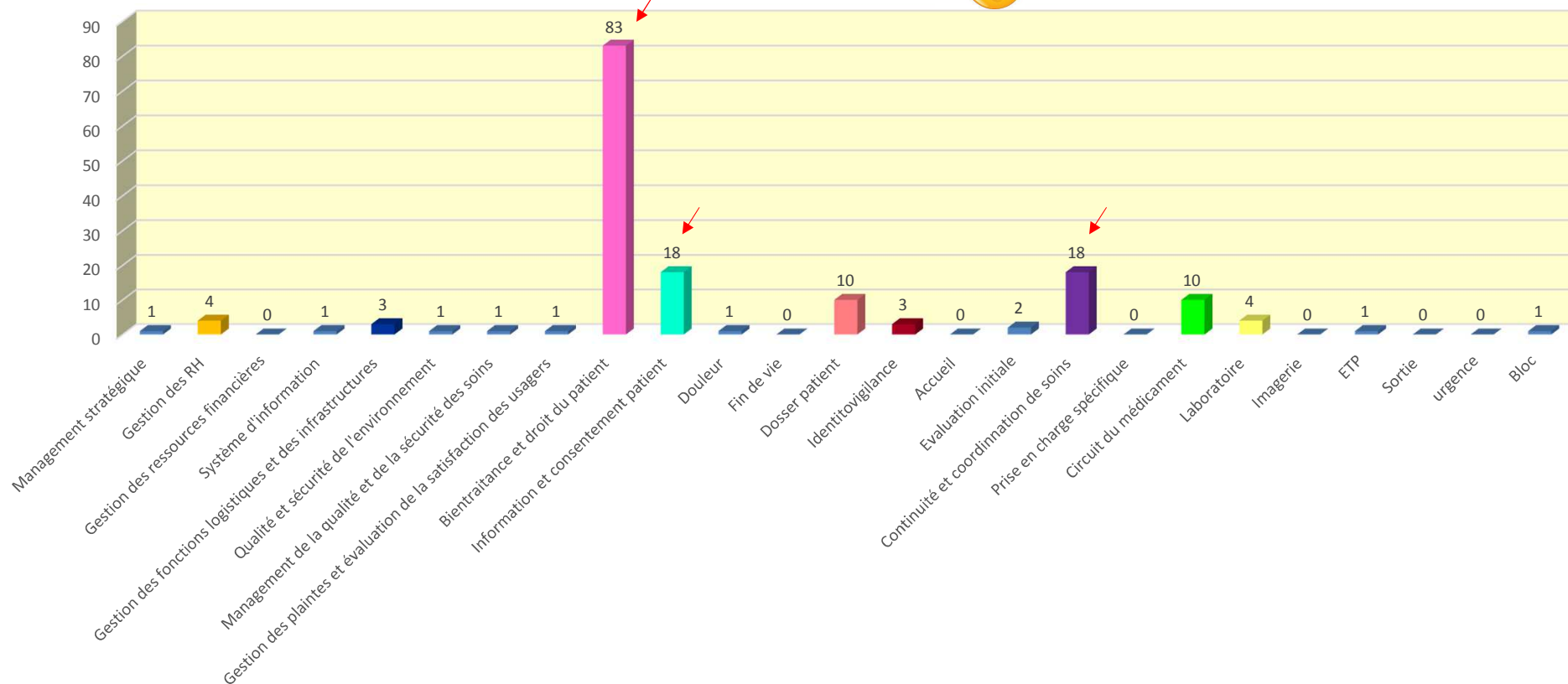
- **Risques +++:**

- Absence de vision globale de la prise en charge
- Mise en difficulté du personnel soignant





## Les points forts





# Le classement

- Droit des patient
- Parcours de soins
- Dossier patient



QUALITÉ DU SÉJOUR





- **Qualité du personnel:**

- Professionnalisme
- Ecoute/disponibilité
- Bienveillance/humanité
- Climat +++



- **Projets:**

- Jeux pour les patients
- Optimisation des parcours de santé (journée diagnostic)
- Comité éthique/réflexion

- **Organisation :**

- Rapidité et efficacité des prises en charges non programmées
- Présence de staff social, de médecine, pré-interventionnel, prescription...





- **Etablissement:**

- Mise à disposition de réfrigérateur/ Micro-ondes pour les patients
- Plan de formation global autour de la prise en charge des patients
- Lit accompagnant
- Procédure de mariage imminent
- Offre de soins de support élargie
- Développement de poste IDEA et IDEC

- **Risque +++:**

- Perte de la relation soignant/soigné (informatique/traçabilité...)
- Polyvalence des équipes
- Ecart de PEC entre les services







## • Constats:

- Coordination/efficacité des PEC non programmées
- Fonctions piliers (IDEA/IDEC)
- Organisation/planification complète de la sortie
- Optimisation des parcours de soins (journée sein...)
- Optimisation des processus de communication (staff, réunions interservices, listing des patients hospitalisés...)
- Coordination inter site (établissement-Centre de radiothérapie)
- Développement d'outils pour les patients (Classeur d'oncologie...)
- Circuits spécifiques de prise en charge (patient âgé, démuné, non programmé...)
- Dossier informatique patient
- Implication et dynamisme des équipes dans les actions d'amélioration des PEC patients



## • Risques+++:

- Scission avec les autres services
- Non valorisation/ non soutien des équipes (indicateurs)



- **Constats:**

- Optimisation du dossier patient (SIH) (accès centralisé aux données + feuille de route)
- Traçabilité rigoureuse des équipes soignantes et aides soignantes (vision systémique)
- Mise en place d'outils de traçabilité (feuille de suivi des bilans des patients de chimio, feuille de suivi de douleur...)
- Gestion efficace des archives
- Accès rapide aux différents dossiers

- **Risque +++:**

- Dossier patient = dossiers des équipes IDE/AS
- Non maîtrise du SIH/perte d'information





*Un jour, j'irai vivre en Théorie parce  
qu'il paraît qu'en Théorie, tout va bien.*

*Pierre Desproges*





- Admission:

Le personnel s'est-il présenté? Pouvez-vous différencier les professionnels? Vous a-t-on bien informé? Vous a-t-on présenté vos droits?

Et si le patient avait seulement besoin d'un sourire, de calme et de réconfort pour l'aider à gérer son stress...





- Participation/ Implication patient et famille :

Avez-vous pu donner votre avis? Avez-vous pu participer aux décisions? Votre entourage a-t-il été impliqué, si oui comment?

Question difficile et parfois vécue comme « déplacée » parfois même « stupide »...







- Circuit des médicaments:

Avez-vous été informé sur les médicaments ? Sur les modifications ?...

Une information adaptée et ciblée...le patient n'est pas stupide, juste malade...

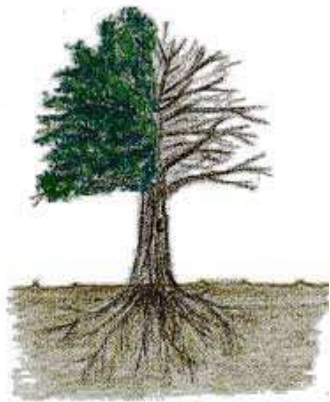






- Douleur :

La douleur est un tout, on peut bien l'évaluer, la traiter, la réévaluer, parfois la source n'est pas toujours celle que l'on croit...



La douleur physique n'est rien comparée à celle de l'âme.

(Nicolas Tackian)



- Education thérapeutique

La notion d'éducation thérapeutique est encore très conceptuelle... Peu adaptée à la cancérologie

- Identitovigilance :

« Je ne suis pas encore sénile.....

Ils me testent pour voir si je perds la boule...

C'est au cas où ils m'oublent au bloc et que je dors... »

### L'Identitovigilance

L'identitovigilance a pour but d'anticiper les erreurs et risques liés à une mauvaise identification du patient. Notre établissement a mis en place un certain nombre de mesures ayant pour but de prévenir ce risque.

**Pour votre sécurité,  
vous devez être bien identifié.**



A votre arrivée, vous devez nous présenter les documents en cours de validité suivants :

**Votre carte d'identité** (ou votre passeport ou votre carte de séjour).

**Vos documents de couverture sociale**

(carte vitale, mutuelle, CMU, Assurance privée).

Référence article 262-21 du code de la Sécurité Sociale

**Un bracelet d'identification est mis en place dès votre arrivée,**  
pour assurer votre identification et votre sécurité durant votre séjour.

**Tout au long de l'hospitalisation** et particulièrement lors de la réalisation d'actes et d'exams,  
**le personnel vous interrogera régulièrement pour vérifier votre identité.**





## • Bloc opératoire

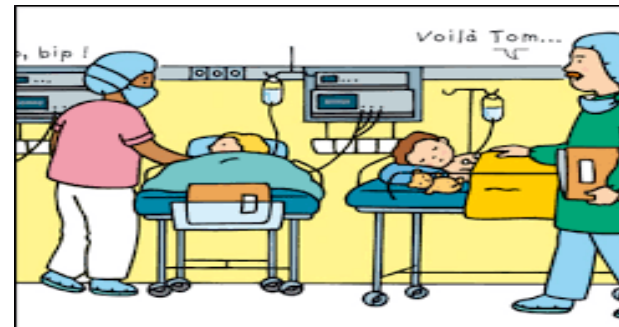
Sécurité et brancardage?

Une vigilance quand à votre surveillance a-t-elle été réalisée?

Salle de réveil (intimité, confidentialité...)?

Bloc = Stress et angoisse

SPPI= Phase de réveil



Objectivité???



- **Sortie :**

Sortie planifiée? Si oui, inquiétude, avis sollicité ? Implication ? Où ? Comment ? Niveau d'information ???

« Beaucoup de questions à résumer en une seule : votre sortie a-t-elle été organisée ? »

- **Points forts de l'établissement:**

Le personnel/La prise en charge/ Le ressenti d'être « unique »...



- **Points faibles:**

Les repas/le parking/le matelas et les fauteuils

« Ils ont fait tant pour moi comment pourrais-je oser me plaindre... »



- Les directives anticipées :

« On ne peut parler de directives anticipées que lorsqu'on est à l'aise avec le concept »

- Le projet soins personnalisé prend-t'il en compte la réflexion bénéfice risque? L'efficacité du traitement est-elle évaluée et la recherche d'effets secondaires réalisée ?

« Evident et pourtant : combien de traitements sont administrés avant RCP ? Combien d'effets secondaires signalés et de séjours aux urgences avant d'en discuter en Staff ? ... »

- Dossier patient et traçabilité :

« On communique oralement, on privilégie le contact patient, on est une petite équipe... »

**OUI MAIS....**



« Les paroles sont éphémères, face au doute seuls les écrits restent »



- Traçabilité de l'information patient :

L'information sur le médicament, la vérification d'identité, la sortie...?

« Transmissions ciblées ou journal de bord ? »

- Education/Information thérapeutique :

« De précieux échanges, une présence continue, un soutien et un suivi personnalisé, une coopération étroite soignant-soigné pour atteindre un objectif commun dans un climat de confiance... Tout cela existe et pourtant ... »

- Urgence vitale :

« Une évidence et pourtant...Est-ce que tout le monde est à l'aise avec le chariot ? »







- **Sortie :**

« Le patient est-il stable au moment de la sortie et son plan de soins permet-il son retour à domicile ou son transfert ?... »

«Peut-on imaginer faire sortir un patient fiévreux, qui vomit et qui ne tient pas debout ?... »

**OUI MAIS**

«Le patient arrive chez lui et meurt comment prouver qu'en sortant il était «stable» si rien n'est écrit ?»

- **Points forts de l'établissement :**

Les actions de bienveillances menées de façon tellement naturelle, l'implication et la motivation forte des personnels, le savoir être au quotidien...

- **Points faibles :**

Les réticences parfois à l'utilisation de l'informatique, les délégations de tâche, le cloisonnement...





## 1- Le patient traceur

Le patient



Neutralité



L'équipe

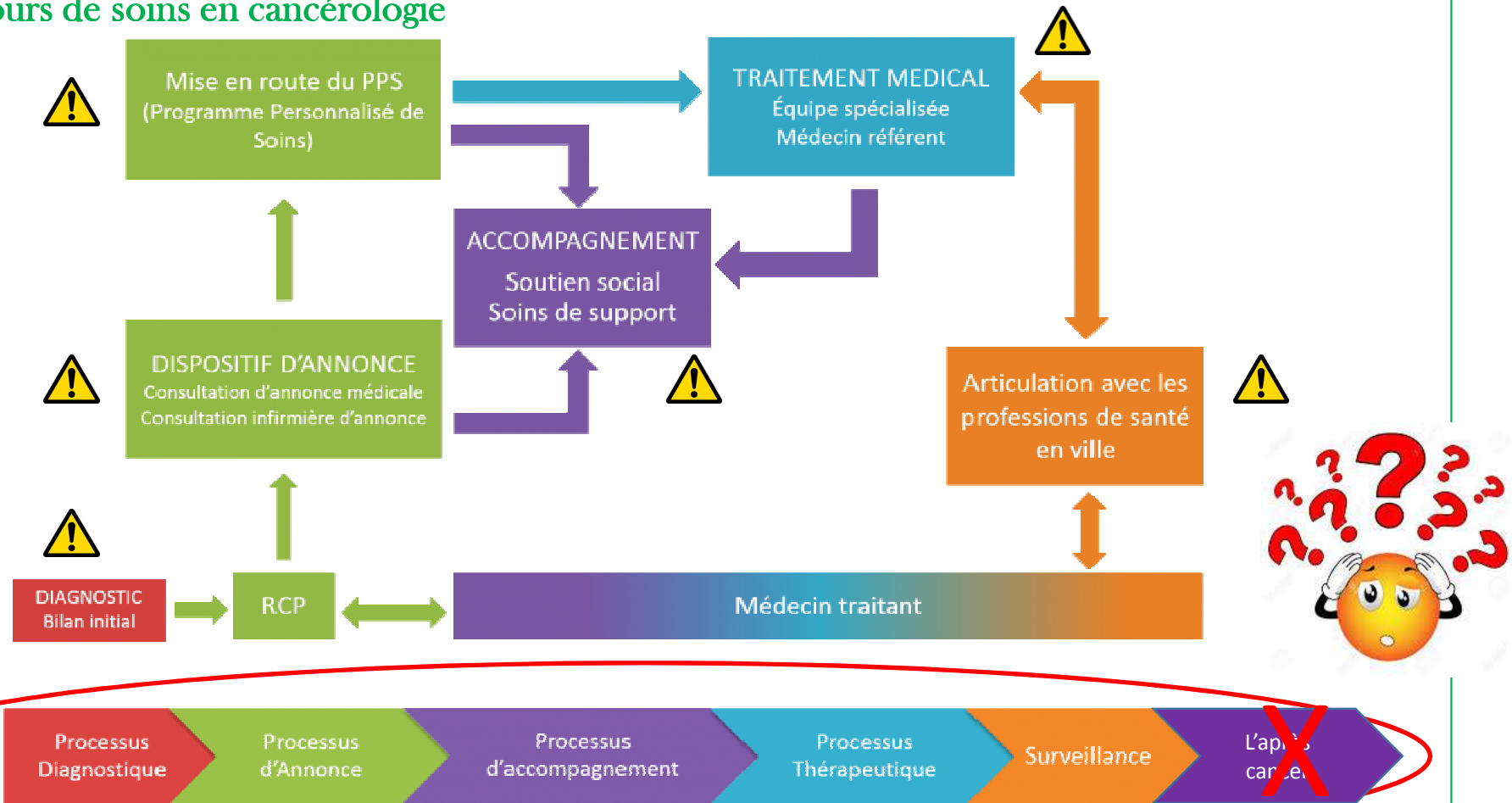


Le dossier





## 2- Le parcours de soins en cancérologie

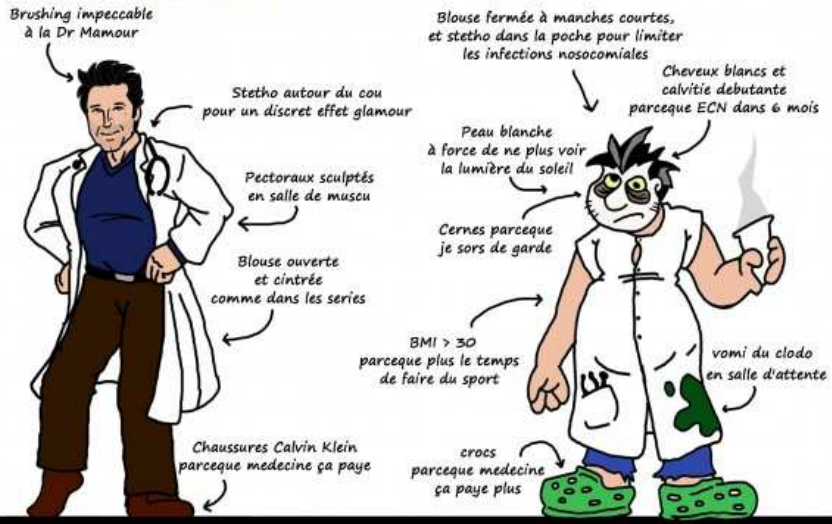




3- Les équipes

Un patient quand ça vient à l'hospital...

ça s'attend à se retrouver plutôt face à ce genre de médecin :



Alors qu'en réalité...





## Conclusion

- Le patient traceur est une **photographie à l'instant « t »** de la prise en charge d'un patient un jour donné... ✓
- Le patient traceur évalue une « **organisation de soins** » et non « **une pratique de soins** » ✓
- Le patient traceur n'est pas une **méthode qualité** mais un outil **d'évaluation des pratiques** ✓
- Le patient traceur n'est pas l'outil de la qualité mais l'outil des acteurs de la prise en charge du patient ✓
- Le patient traceur peut donner une vision globale des processus à travailler mais ne peut pas conclure sur la qualité d'une prise en charge ✓

« **Le patient est unique, sa prise en charge est un tout qui dépend de variables multiples ...** »



*Merci de votre attention*



*Merci aux patients, aux soignants, à vous tous...*





*Octobre Rose*



MERCI ...



Dr Benhammouda (EMMA)

Dr Graïc (Ligue contre le cancer 76)

Drs Chéru et Bastit (RON)

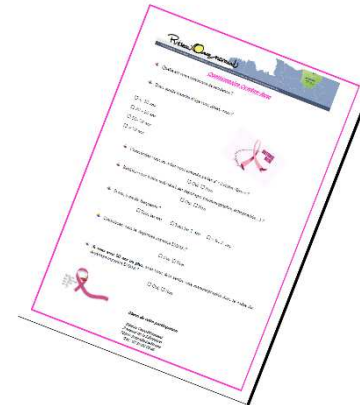




## *Octobre rose- L'enquête ...*

- Enquête proposée aux établissements des 4 territoires de santé:
  - 3C Rouen/Elbeuf: Clinique du Cèdre et Saint-Antoine (n = 162)
  - 3C Caux maritime: Clinique des Aubépines et Clinique Mégival (n = 54)
  - 3C Evreux/Vernon: Clinique Pasteur (n = 136)
  - 3C Estuaire: Pas de participation

➔ Soit 352 retours





## *Octobre rose- L'enquête ...*

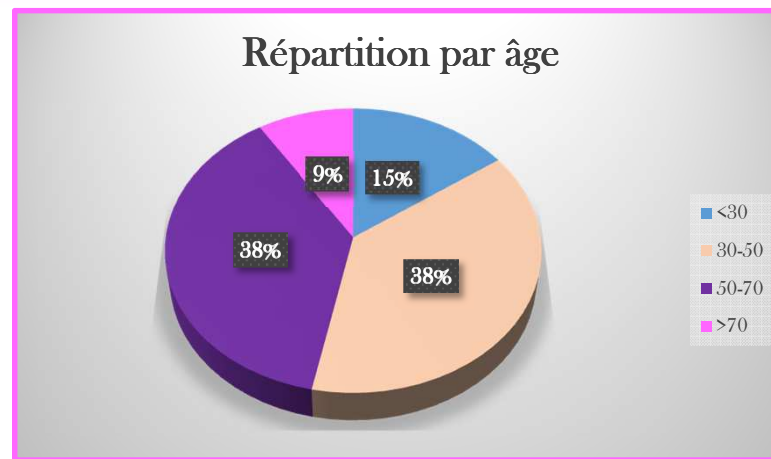
---

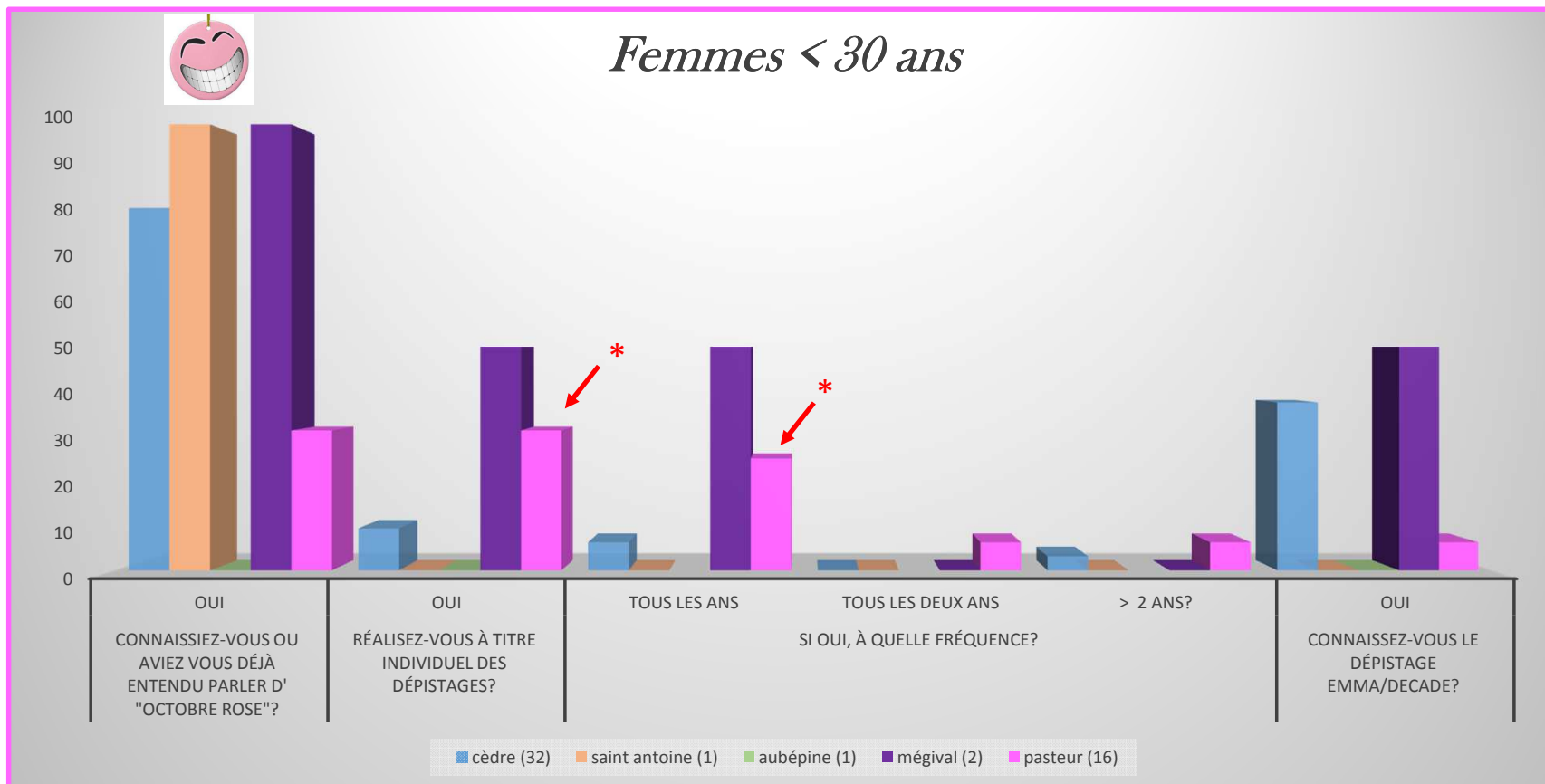
- Les objectifs:
  - Prévention et âge, existe-il un lien ?
  - Les zones rurales sont-elles moins informées ?
  - Existe-t-il des comportements à risque ?





# Impact de l'âge sur la prévention



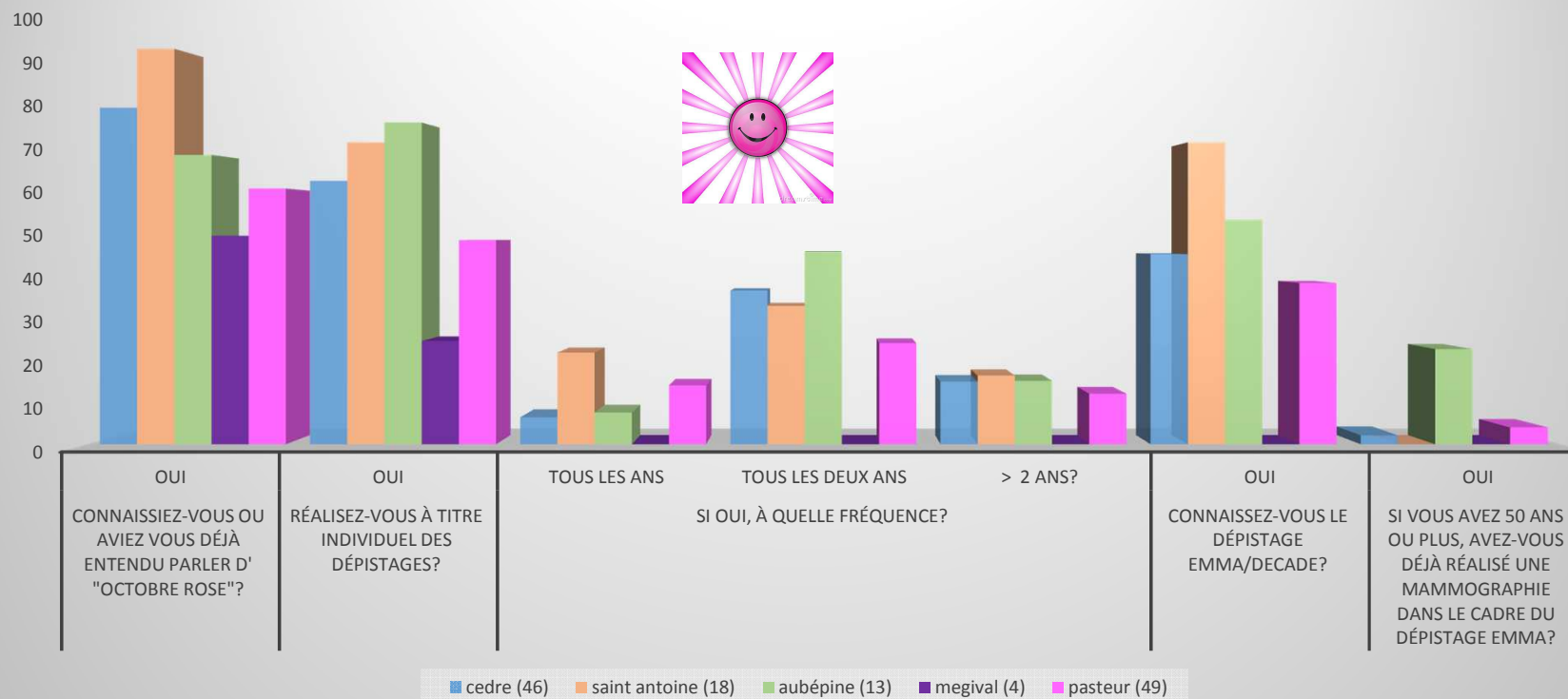


31 % des femmes de moins de 30 ans réalisent à titre individuel des dépistages dont 25% tous les ans\*





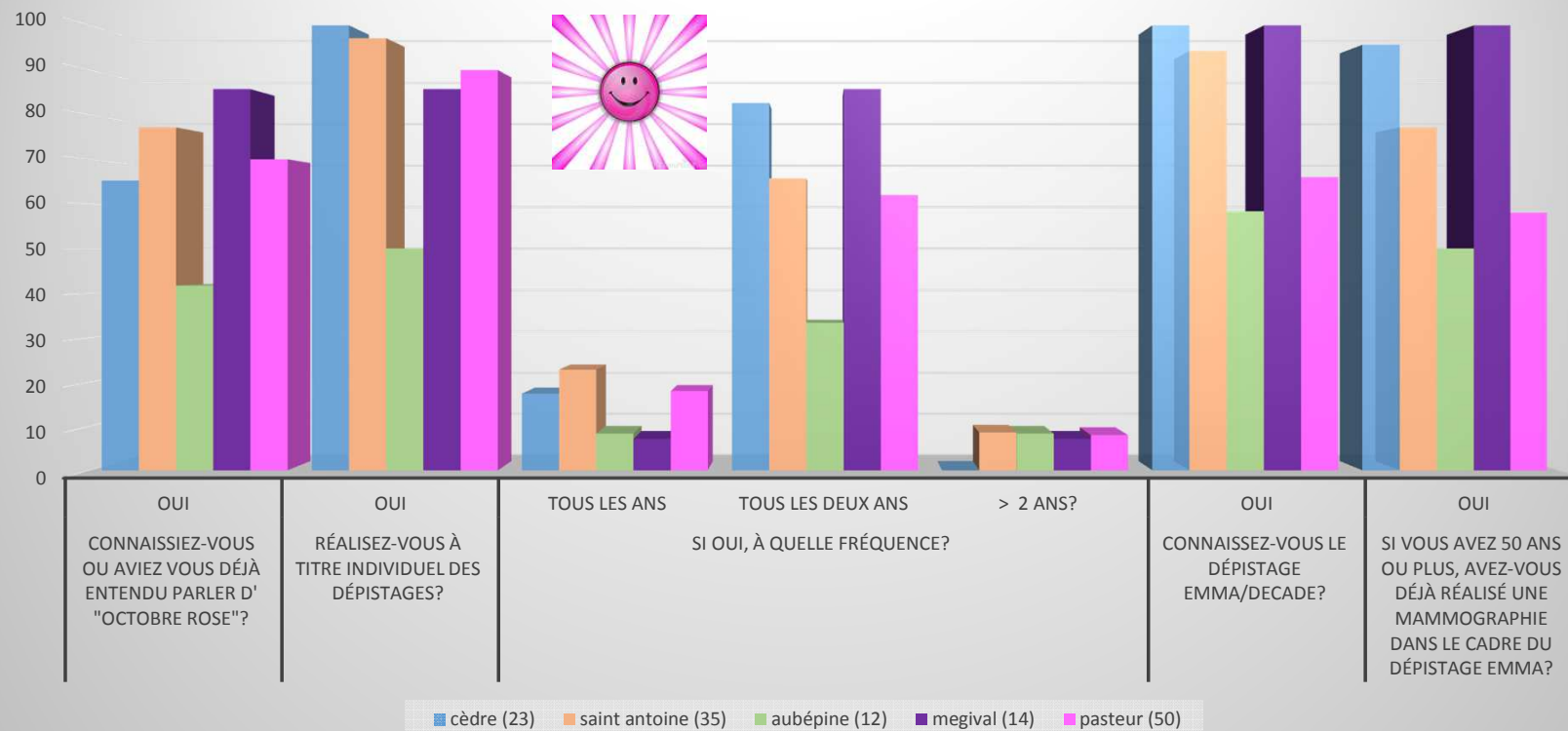
## Femmes 30-50ans





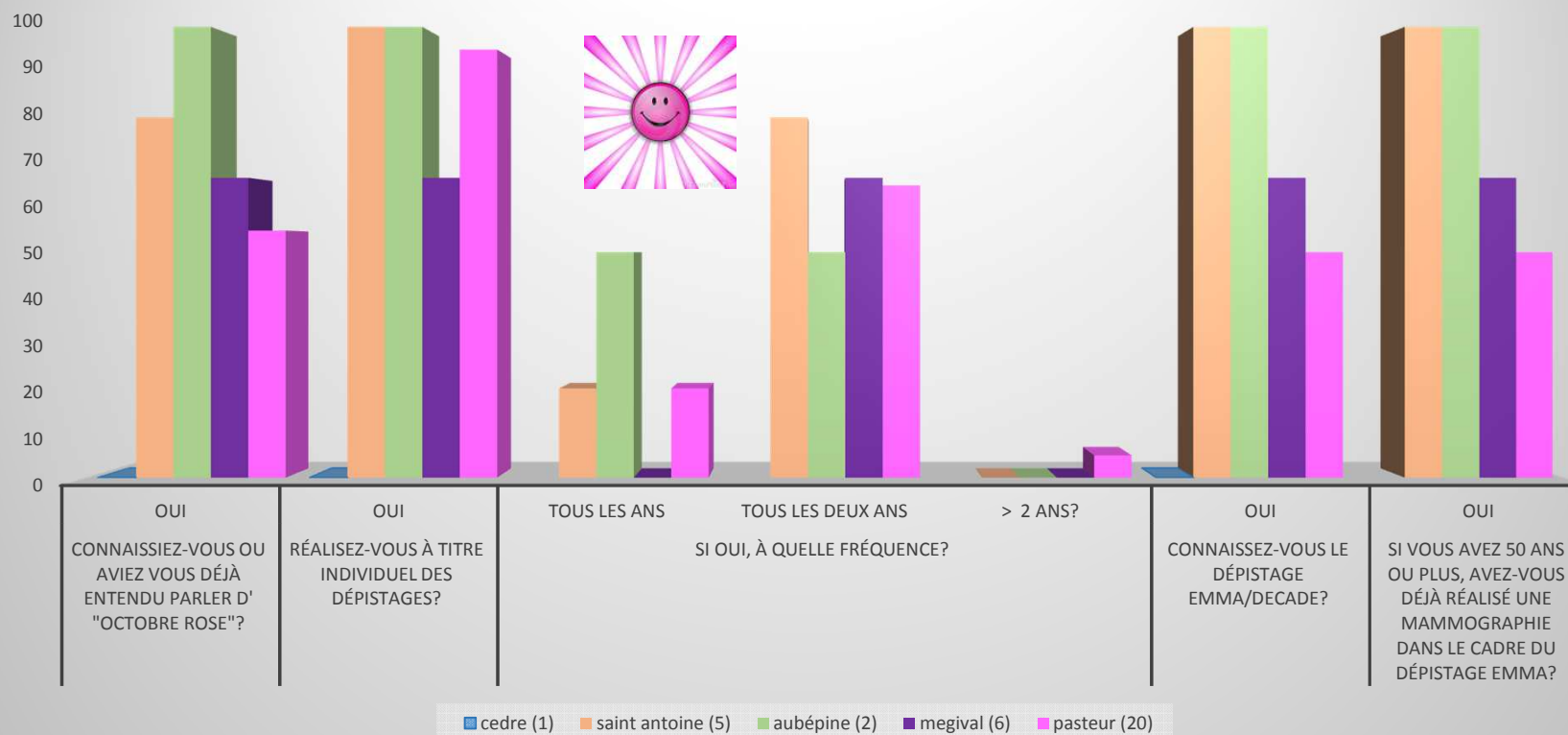


## Femmes 50-70 ans





## Femmes > 70 ans





# Synthèse ...

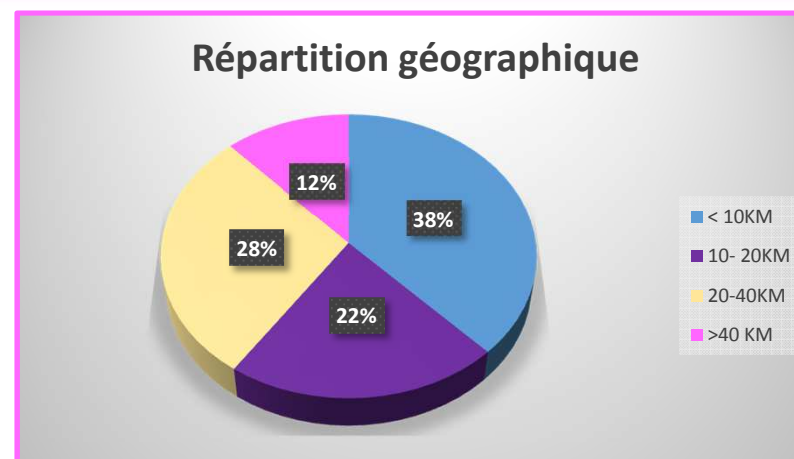


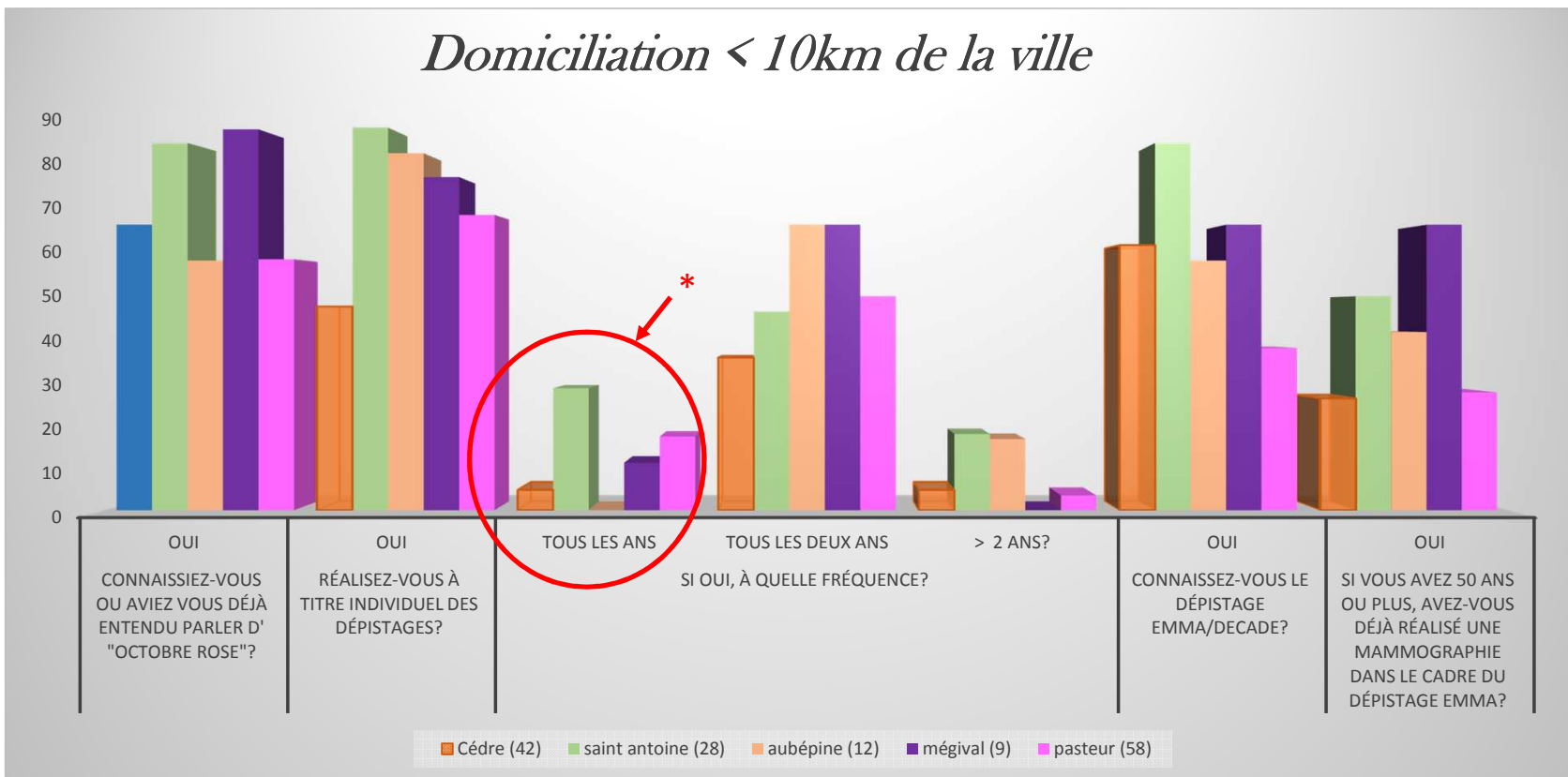
- Même profil/âge selon les 3 territoires
- Le comportement préventif augmente avec l'âge
- Présence d'un comportement à risque (à étudier)





# Impact de la zone géographique



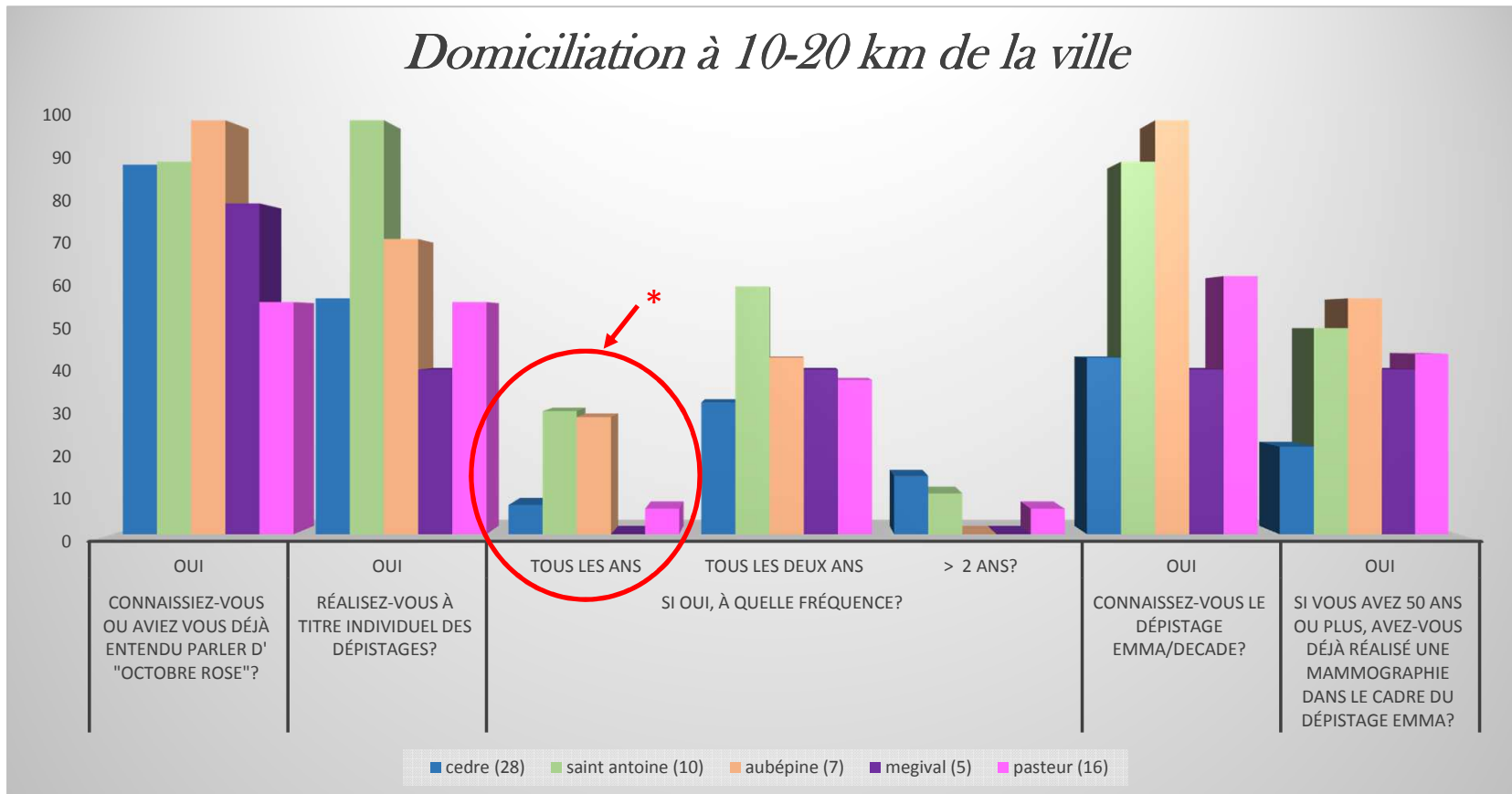


**\* Les femmes de 4 établissements sur 5 déclarent réaliser des dépistages individuels annuels**





## Domiciliation à 10-20 km de la ville



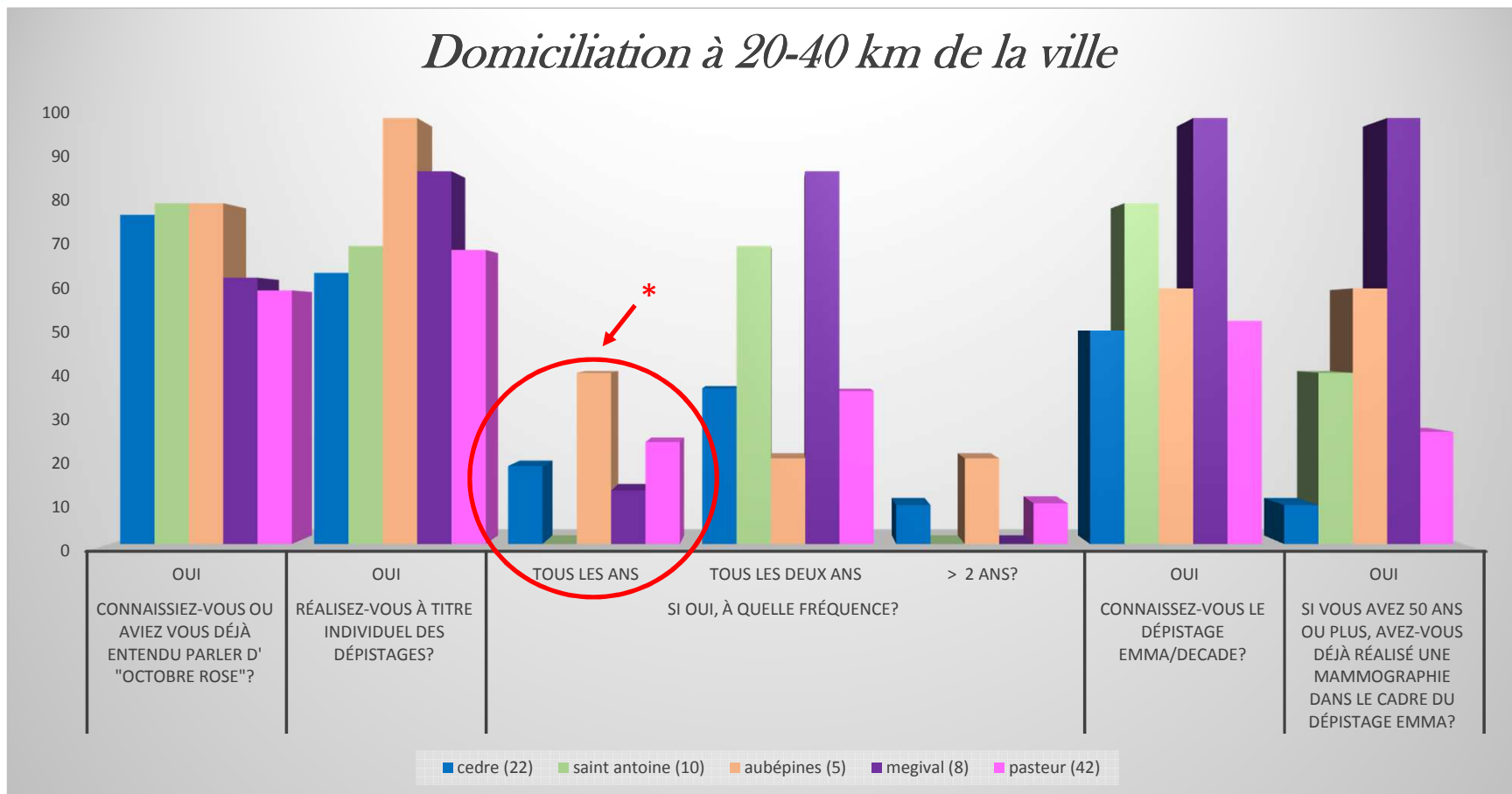
**\*Même comportement à risque**





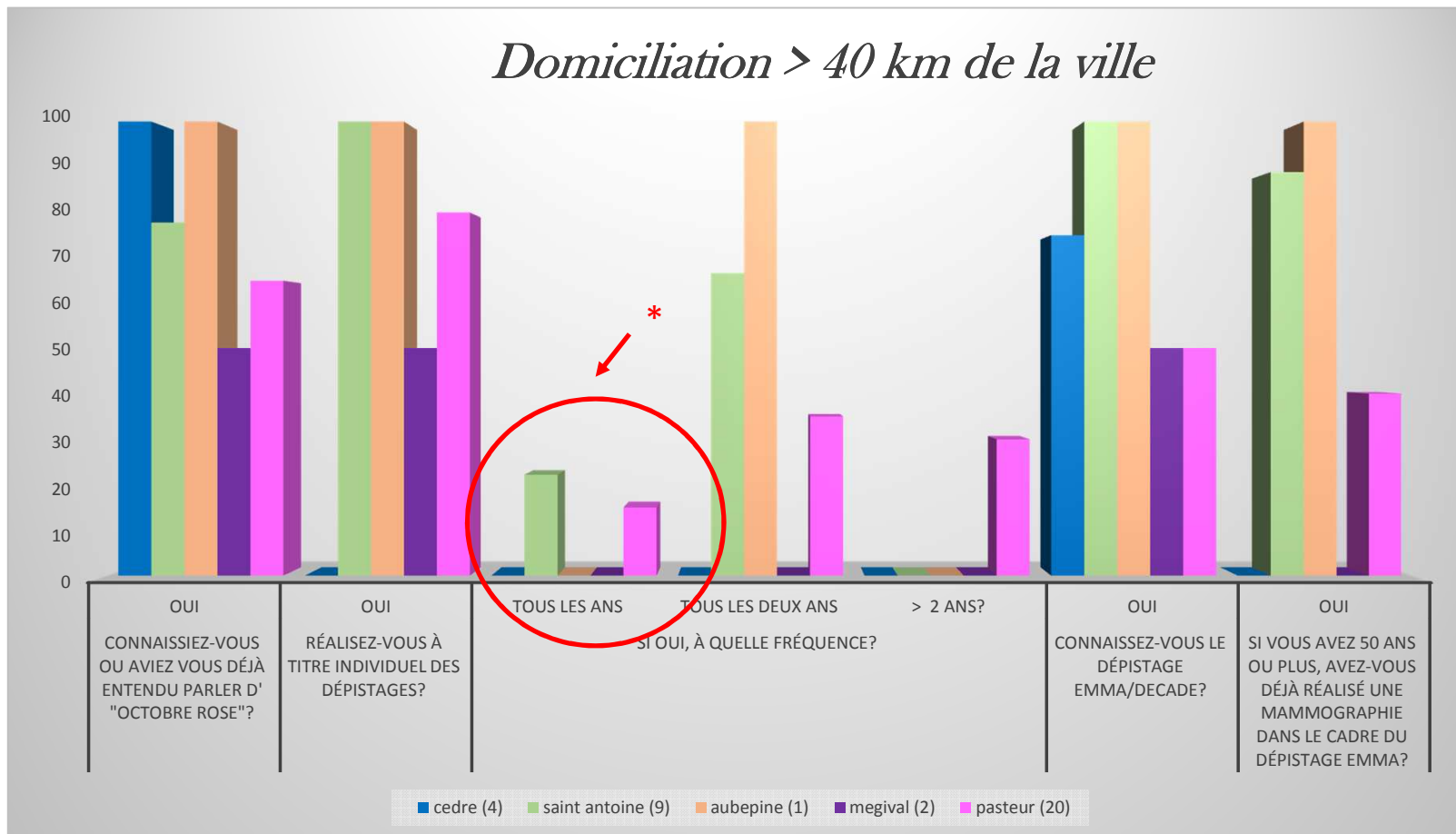


## *Domiciliation à 20-40 km de la ville*



**\*Même comportement à risque**





**\*Même comportement à risque**





# Synthèse ...

- Même profil selon la distance pour les 3 territoires de santé
- La distance ne semble pas influencer le comportement préventif en Haute-Normandie
- Quelle que soit la distance géographique présence d'un comportement à risque

Avant



En 2015





## *Conclusions et perspectives ...*

- ☞ La population féminine de Haute-Normandie semble bien informée
- ☞ Il ne semble pas exister en Haute-Normandie d'inégalité d'accès d'information/prévention selon la répartition géographique
- ☞ Détection d'un comportement potentiellement à risque

### Perspectives...

- Elargir l'enquête au-delà des établissements (échantillon moins ciblé)
- Affiner le questionnaire sur les dépistages individuels (motif)
- Et mars Bleu?





*Merçi* à tous ♥





# *Plan d'actions 2016*







## ➤ EVALUATION:

### ▪ Audit processus du dispositif d'annonce (1<sup>er</sup> semestre)

- Consultation d'annonce médicale
- Accompagnement soignant à l'annonce
- Accès aux soins de support
- Management du dispositif d'annonce dans l'établissement (ressource et moyen)



### ▪ Audit Patient traceur (2<sup>nd</sup> tour) (2eme semestre)

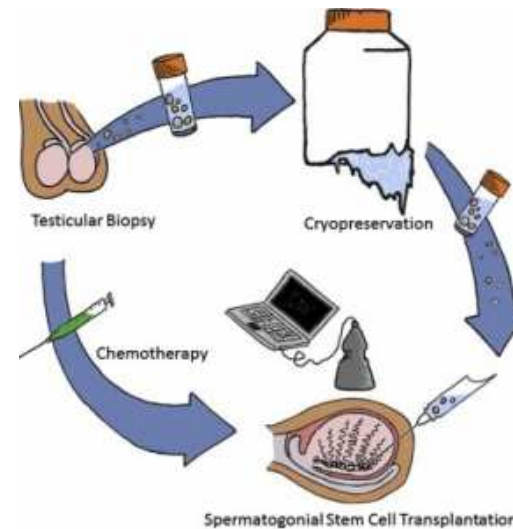
- Déjà 2 audits pour Mathilde



## ➤ EVALUATION:

### ■ Etude rétrospective des délais de prise en charge des patients < 40ans pour préservation de la fertilité (1<sup>er</sup> semestre) :

- Taille échantillon ?
- Critère de sélection ?
- Champ d'audit ?
- Méthodologie ?





## ➤ FORMATION :

### ▪ Groupe qualité:

- CREX

- EPP

▪ Après-midi thématique autour de la prise en charge du cancer (partage d'expérience)- 1 fois/mois

▪ Formation DCC- 2 après midi/mois

▪ Formation PPS et base infocentre (février/juin)





## ➤ COORDINATION :

- Mars Bleu
- Journée départementale de la randonnée 2016
- Réorganisation des missions des 3C



*Bonne et heureuse année à tous*

