



Itinéraires cliniques et oncologie

Marie Stevens, Coordinatrice IC – CHC Liège

avec la collaboration des CSO du CHC

2016 12 10 Symposium GSO

Plan

- Introduction
- IC – IS ? Définitions
- Méthodologie IC
- Rôle(s) de la CSO dans les IC onco
- Apports des IC
 - En général / patients / CSO /Équipe pluridisciplinaire
- Difficultés rencontrées
- En guise de conclusion

INTRODUCTION

Précaution d'usage 😊

Illustration avec des exemples du CHC

= 1 expérience parmi d'autres /liée au contexte du CHC

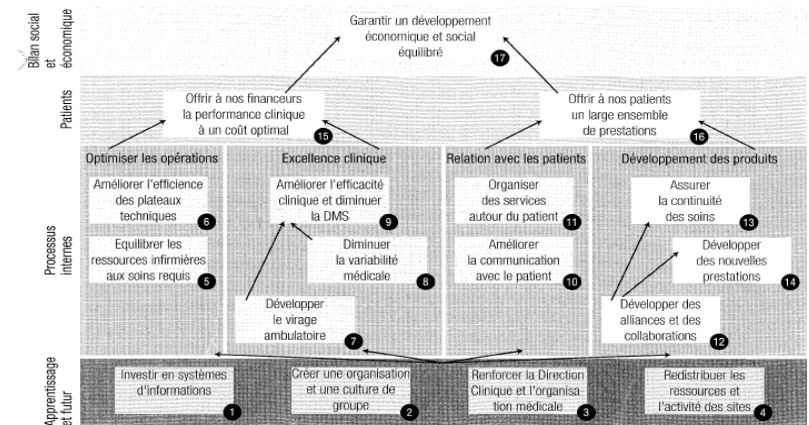
Le Centre Hospitalier Chrétien

- C'est un réseau de soins composé de
 - 6 cliniques, 8 MR – MRS, ± 10 polycliniquessoit
 - 1045 lits aigus, 30 lits soins psychiatriques, 684 lits réseau sénior
- A l'horizon 2019
 - Regroupement des 3 sites liégeois sur la clinique du MontLégia



Au CHC

- IC font partie intégrante du plan stratégique AZIMUT
 - Axe orientation patient
 - Axe excellence clinique



- Objectif général
 - Améliorer la prise en charge des patients à tous les niveaux

IC / IS ? DÉFINITION

Un itinéraire clinique (IC) ou itinéraire de soins (IS) est une **intervention complexe** destinée à réaliser une **prise de décision collective** et à **organiser un processus de soins** pour un **groupe de patients bien défini** durant une **période de temps bien définie**,

- qui rend explicites les buts et **activités de soins clés** basés sur des guidelines **EBM – EBN**;
- qui standardise et séquence les rôles et activités de **l'équipe multidisciplinaire**, des **patients** et de leurs proches;
- qui identifie les **ressources** nécessaires, la **documentation** et les **contrôles**;
- qui évalue les **variances** et les **résultats**;

pour améliorer la qualité des soins, réduire les risques, accroître la satisfaction des patients et l'efficacité dans l'utilisation des ressources.

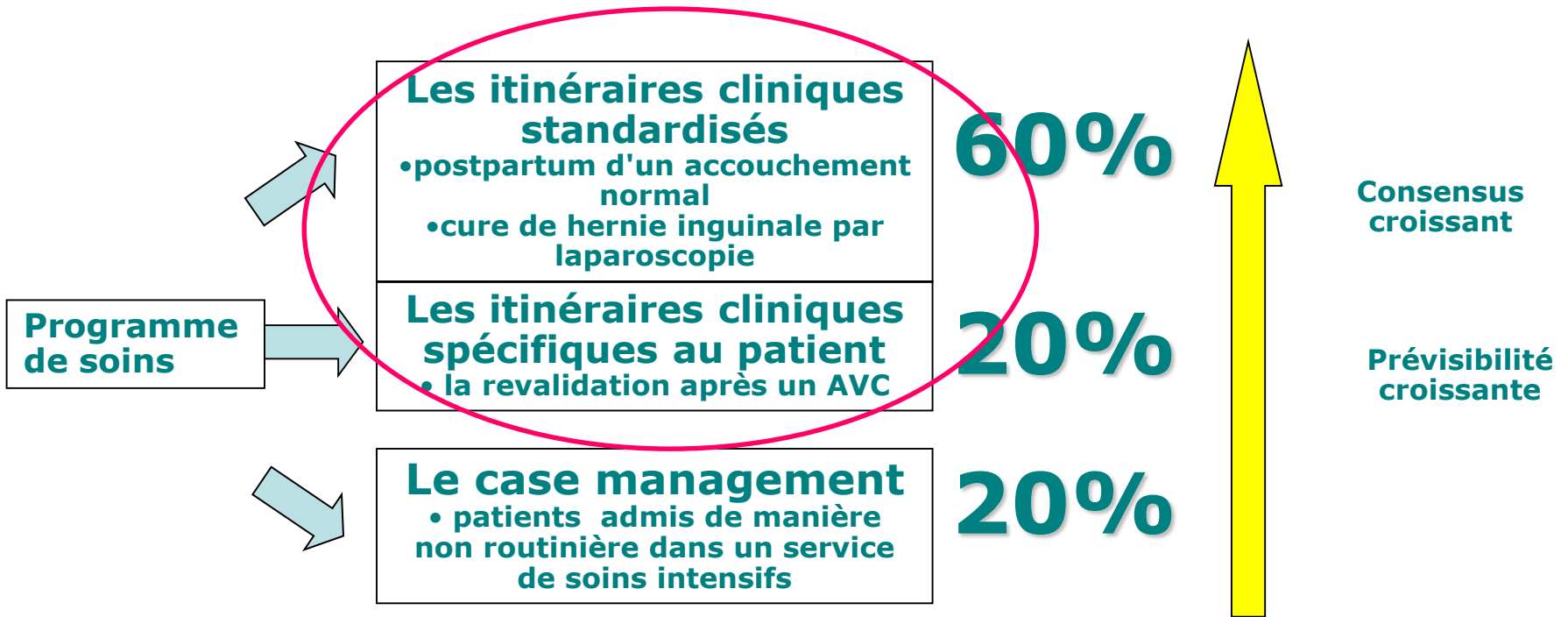
(Traduction de la définition de Vanhaecht K., De Witte K. Sermeus W. (2007), approuvée par l'European Pathway Association)

En résumé...

- Les itinéraires cliniques (IC) ou itinéraires de soins (IS) sont le résultat d'une approche d'organisation des pratiques cliniques :
 - ils partent de l'analyse des pratiques existantes,
 - ils les confrontent à l'évidence provenant de la recherche médicale, infirmière, paramédicale , ... disponibles et aux possibilités d'améliorer les circuits suivis par les malades
 - et aboutissent à une nouvelle proposition de pratiques pour l'équipe multidisciplinaire qui prend en charge le patient.

Trois situations

En oncologie



Quelques précisions...

- Itinéraire clinique = itinéraire de soins
 - « Appellation contrôlée » ☺
 - ➔ Chemin clinique, chemin critique, parcours patient, trajet patient, parcours de soins,
- ≠ trajets de soins (en Belgique) (diabète 2 – Insuffisance rénale chronique)
- IC ou IS
 - C'est l'équipe qui le développe qui détermine quand il commence et quand il se termine
 - ➔ « hospitalier » (pré – per – post)
 - ➔ transversal (sur plusieurs sites)
 - ➔ transmurale (+ 1^{ère} ligne / soins domicile,...)
 - ➔ ...

« Limites »...

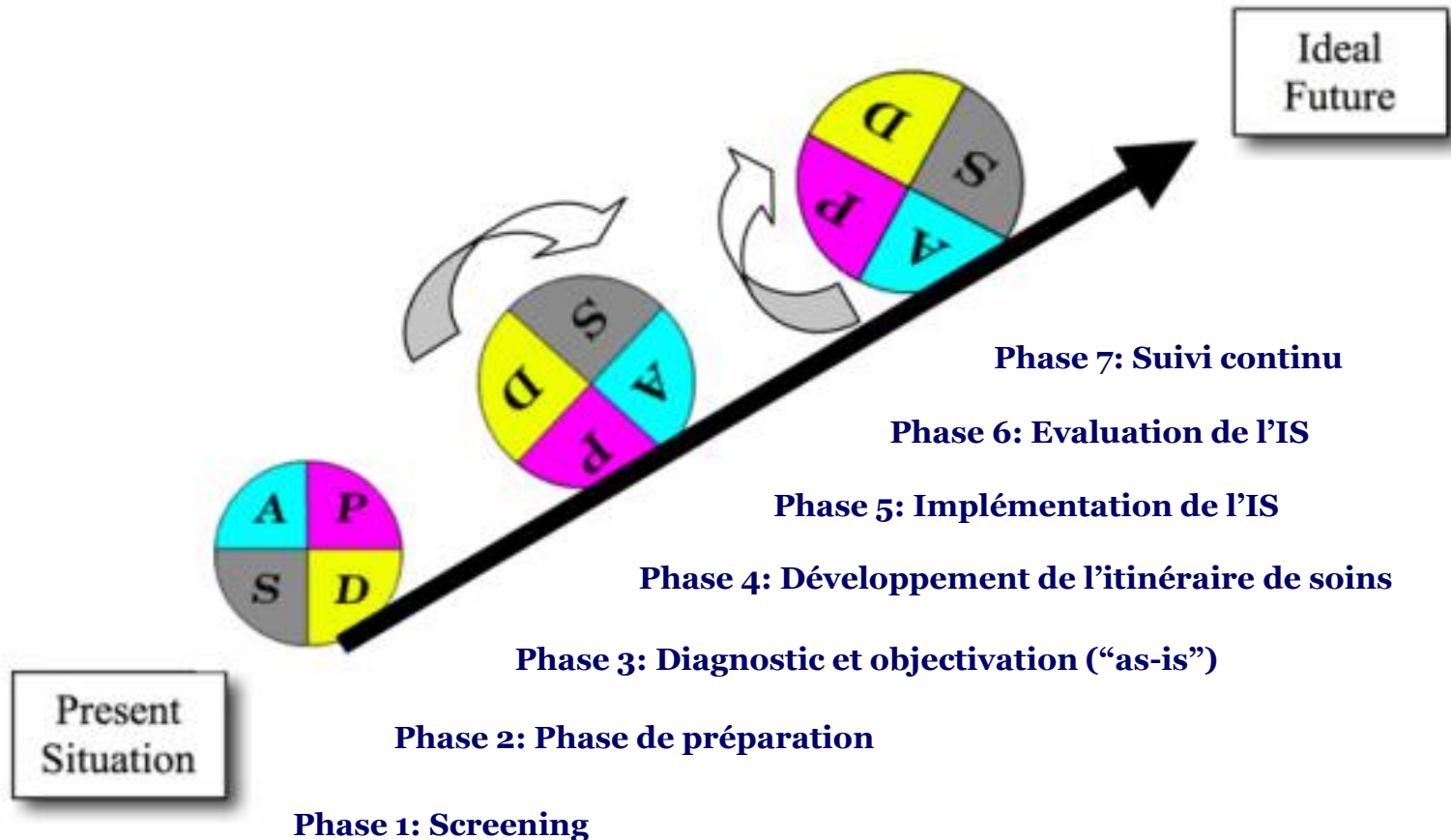
- ! L'expérience montre que les IC ne sont pas la solution à tous les problèmes
- Passe par une (ré)organisation des soins !
- L'IC est une méthode qui demande la contribution de l'équipe au complet (cliniciens et management)
 - Pas d'objectifs propres
 - Pas une solution à toutes les frustrations

LA MÉTHODOLOGIE IC

2016 12 10 Symposium GSO

- La méthodologie suivie = un scénario
- Ce n'est pas :
 - une instruction, une obligation, un 'must'
 - un remède miracle
 - Les 7 phases (et dans cet ordre)
- Ce que c'est alors :
 - une aide
 - une approche systématique
 - un fil conducteur

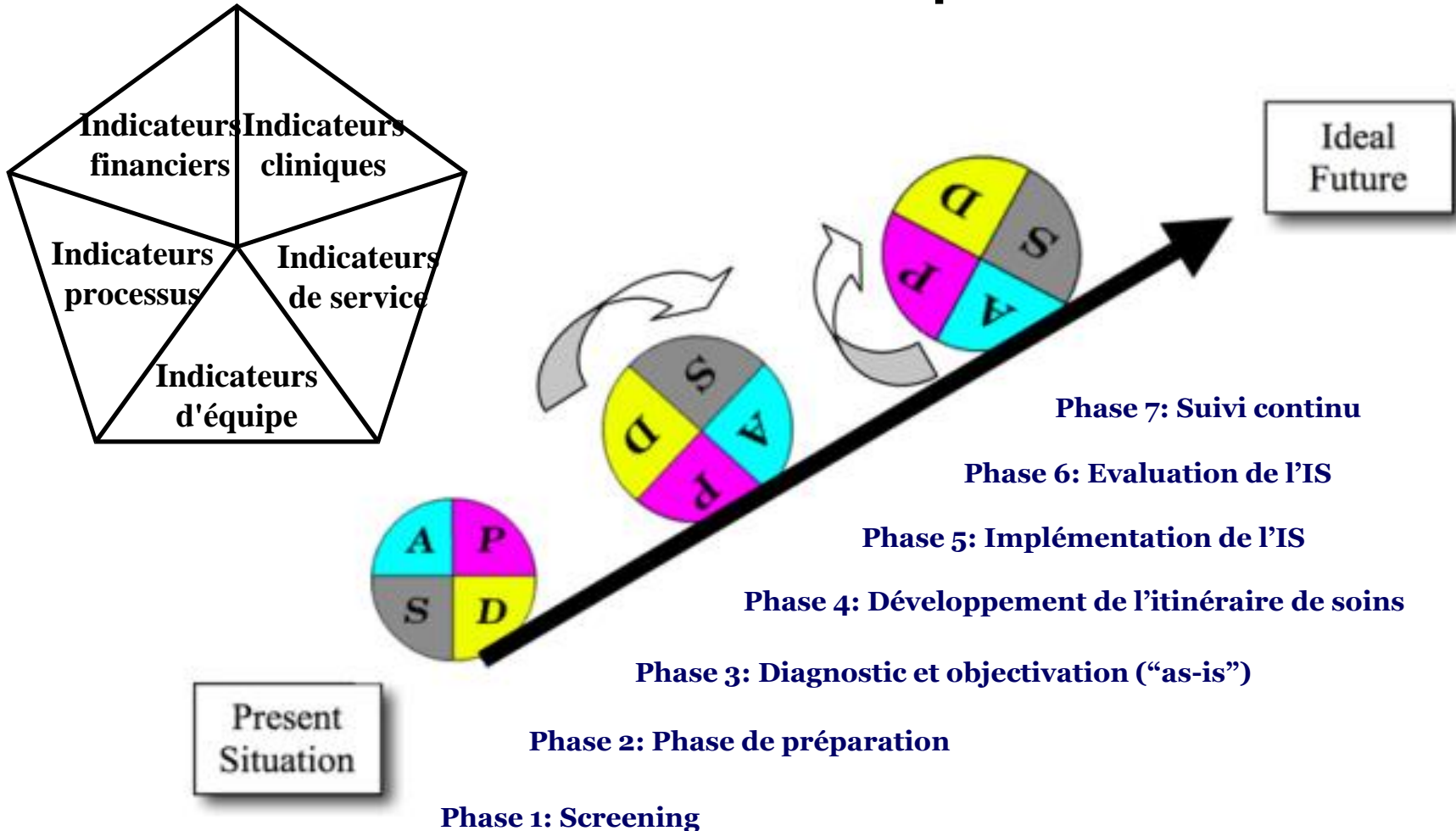
Modèle en 7 phases



Source: Vanhaecht, Deneckere, Van Gerven, Sermeus, CZV-KULeuven, 2009

2016 12 10 Symposium GSO

Modèle en 7 phases



Source: Vanhaecht, Deneckere, Van Gerven, Sermeus, CZV-KULeuven, 2009

RÔLE(S) DE LA CSO DANS LES IC ONCO

2016 12 10 Symposium GSO

Monographie de fonction au CHC

- **Pôles d'activités** (cf. Profil de fonction général de la CSO)
 - Mission d'information, d'accompagnement et de soutien au patient
 - Mission d'assistance médicale
 - Mission d'assistance de l'équipe (HJ, service onco,...)
 - Mission de coordination interdisciplinaires pour la prise en charge des patients

à « géométrie variable » en fonction du site, des intervenants et des disciplines concernées
- + collaboration entre CSO en inter sites

- Les CSO au CHC

	Domaine activité	IC
Nathalie M	Clinique des tumeurs digestives CHC	IC cancer des voies digestives
(Cindy G) Céline D	Hémato/ORL/Uro/Pneumo CHC	IC onco tête et cou
Anne G	CSO site Hermalle	
Véronique C	CSO sites Hermalle et Heusy	
Karima O Laurence H	Clinique du sein Rocourt	IC cancer du sein
Anne L Patricia R	Clinique du sein « les clin » + gynéco	IC cancer du sein

- 4* IC onco au CHC actuellement
 - IC cancer des voies digestives (CHC)
 - Check listes par type de cancer
 - Bilan standard
 - Bilan complémentaire
 - Follow up
 - IC onco tête et cou (les clin)
 - Process du diagnostic → hospitalisation en cas d'intervention chirurgicale
 - IC*s cancer du sein
 - Clinique de sein « les clin »
 - Clinique du sein Rocourt
 - Process du diagnostic → prise en charge en fonction de la stadification
- Nouveau (novembre 2016)
 - Trajet patient pour prise en charge et suivi infirmier en onco (per os)

Dans les IC onco

- Rôle essentiel de la CSO
 - = le « maillon fort » de l'équipe pluridisciplinaire
 - ➔ fait partie du groupe de pilotage de l'IC
 - ➔ aide précieuse dans toutes les étapes de l'IC
 - l'élaboration
 - la mise en place
 - évaluation et amélioration
 - Apport de l'expertise « clinique » // expertise méthodologique de la coordinatrice IC

Points d'attention particuliers

- Etre là dès le diagnostic et guider le patient dans le « dédale » du parcours
- Réexpliquer avec d'autres mots quand c'est nécessaire
- Favoriser l'adhésion en apportant les informations adéquates au moment adéquat
- Rôle de « veille » entre le patient et le médecin
- Être le lien, assurer le relais entre les intervenants (médicaux et autres surtout)
- ...

APPORTS DES IC

**EN GÉNÉRAL / PATIENTS / CSO / ÉQUIPE
PLURIDISCIPLINAIRE**

2016 12 10 Symposium GSO

En général

- Une visibilité des pratiques à tous niveaux (Cf. mesures via la boussole IC)
- Harmonisation, standardisation,...
- Autocritique, remise en questions face aux résultats → amélioration continue de la qualité
- ↓ variabilité non justifiée des pratiques (EBM – EBN)
- Meilleure information, réelle implication du patient → participation active
- ...

Pour les patients

- Standardisation → même prise en charge accessible à tous quelle que soit sa « porte d'entrée »
- Standardisation ≠ obligation pour le patient → parcours adapté à sa situation
- L'IC transforme le « dédale » en un parcours balisé
- Les repères sont les mêmes pour le patient mais aussi pour toute l'équipe
- ...

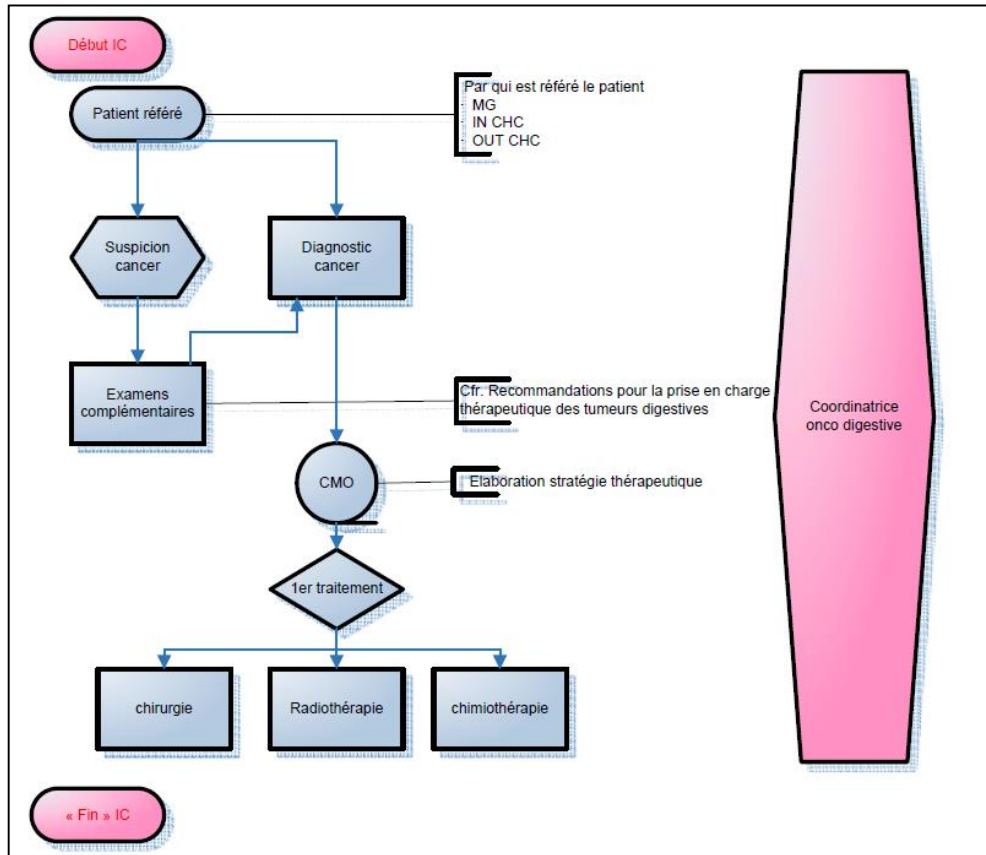
Pour les CSO

- L'IC ne change pas fondamentalement la fonction de la CSO

Mais le consensus écrit et validé de l'IC
= le repère

Son rôle y est explicitement détaillé → « Garde fou » de la fonction CSO (surtout par rapport aux autres intervenants)

IC cancer des voies digestives



Néoplasie œsophage Check list

Bilan standard

- Anamnèse + examen clinique
- Biologie (bio générale+ pré op + nutrition, marqueurs CEA et CA 19/9)
- Consultation gastro-entérologie
- Gastroscopie + anapath
- PET-Scan en première intention (scanner avec contraste)
- Echo-endoscopie si No M+
- Fibroscopie trachéobronchique si No M+, épidermoïde, fumeur, 1/3 sup-moy
- Avis ORL si No M+, épidermoïde, fumeur, 1/3 sup-moy
- CMO

Référer tout patient > 70 ans à la coordinatrice en onco gériatrie (tél: 8688) pour évaluation

Bilan personnalisé

- Scan cérébral si symptômes
- Ponction biopsie si images suspectes
- Scintigraphie osseuse
- Consultation chirurgicale si chirurgie
- Consultation anesthésiste + cardio si chirurgie
- Consultation immuno nutrition si chirurgie
- OED voir avec chirurgien
- EFR si chirurgie
- Colonoscopie + anapath si coloplastie voir avec chirurgien
- Laparoscopie exploratrice +/- écho per op si cardia, 1/3 inf > T3N0
- Consultation oncologie si traitement néo adjuvant
- Consultation Radiothérapie si radiothérapie
- Autres.....

Suivi

De 0 à 3 ans

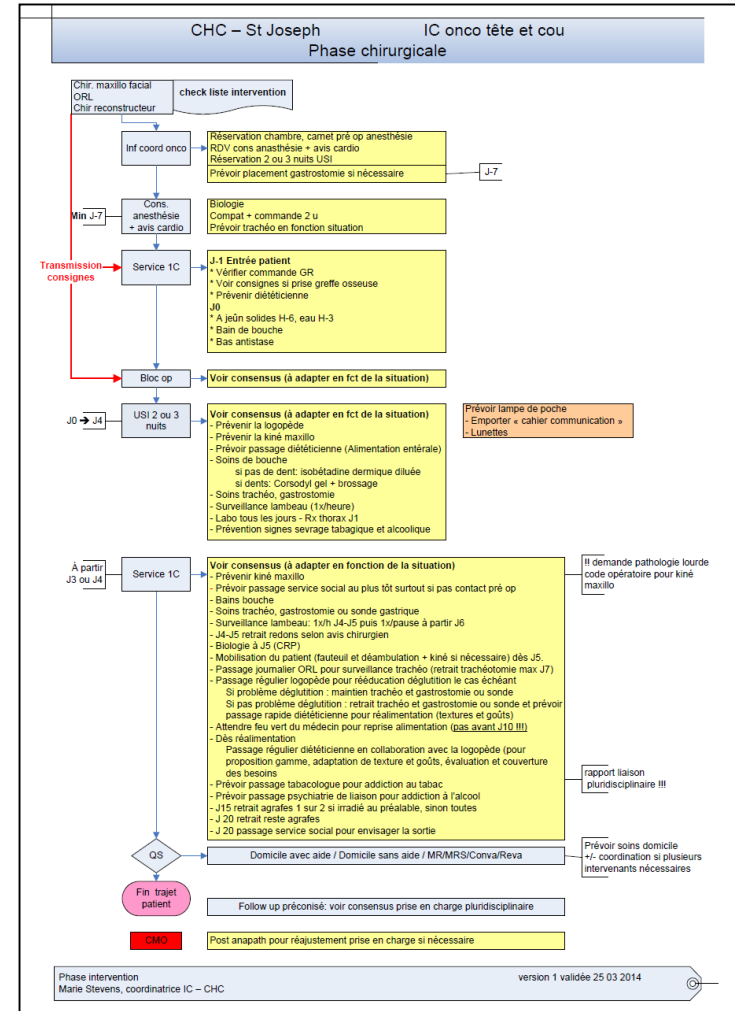
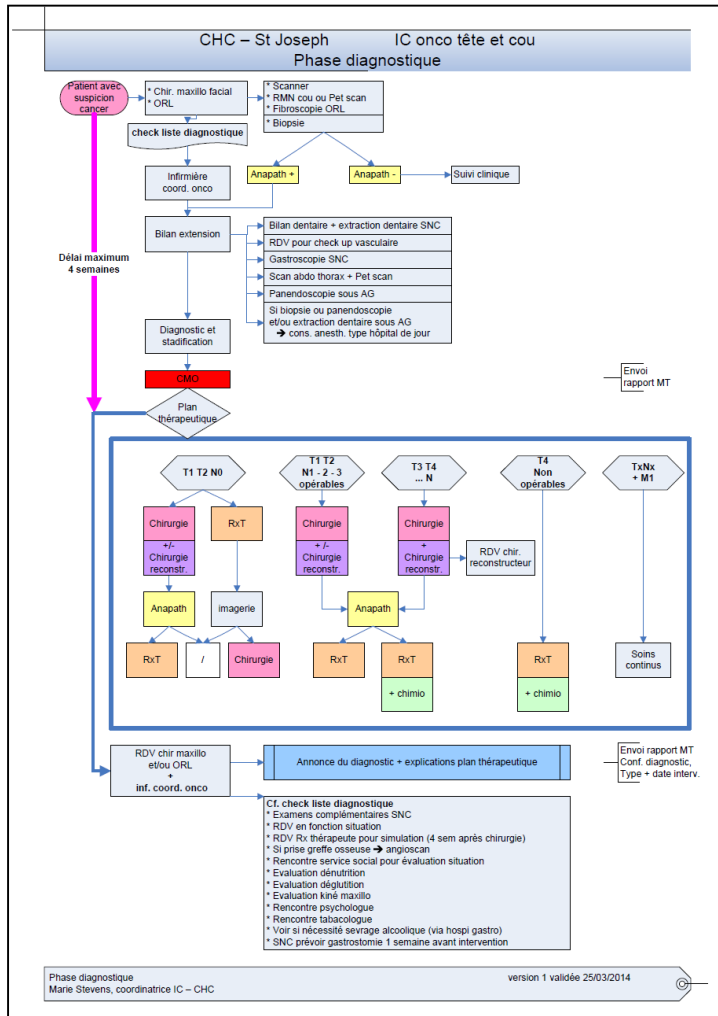
- Anamnèse + examen clinique / 3 mois
- Consultation onco / 3 mois
- Bio + Marqueurs / 6 mois (CEA et CA 19/9)
- Scan thorax / 6 mois
- Scan abdo pelvis / 6 mois
- Gastroscopie + anapath à la demande

De 3 à 5 ans

- Anamnèse + examen clinique / 6 mois
- Consultation onco / 6 mois
- Bio + Marqueurs / 1 an (CEA et CA 19/9)
- Scan thorax / 1 an
- Scan abdo pelvis / 1 an

Avis ORL / 1 an à vie

IC onco tête et cou



- Implication inf coord onco tête et cou

<p>Mise au point diagnostique</p> <p>Cindy Gilson: infirmière coordinatrice onco Ts les jours sauf mercredi ☎ 04/ 2248164 Bip 12 441 GSM 0492/ 977612</p>	<p>→ check liste diagnostique</p> <ul style="list-style-type: none"> • Scanner • RMN et/ou Pet scan (Dans la plupart des tumeurs envisagées dans ce parcours, le bilan RMN est supérieur au bilan CT sauf dans les mises au point des tumeurs de l'étage infra-hyoïdien (tumeurs du larynx) ou cas particuliers (à discuter avec Dr P Reginster ou Dr M Vandevelde, référents en imagerie tête et cou)). • Fibroscopie ORL • Biopsie <p>Prévoir avec anapath. la recherche d'HPV d'office chez les patients non alcoolo-tabagiques (influence sur le pronostic)</p> <p>Appel infirmière coordinatrice onco pour</p> <ul style="list-style-type: none"> • Organisation et prise RDV <ul style="list-style-type: none"> ◦ Examens complémentaires ◦ contacts intervenants nécessaires cf. check liste <p>Premier courrier MT</p>
<p>Bilan d'extension → Organisation via inf coord onco via check liste</p>	<p>Voir check liste diagnostique = outil de communication entre les intervenants</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bilan dentaire • Rencontre chir vasculaire pour check-up • Gastroskopie si tumeur hypopharynx ou oropharynx et/ou patient alcoolique chronique • Scan abdo thorax + Petscan • Panendoscopie S/AG fait par ORL → extraction dentaire si nécessaire Soit en hospi de jour ou hospi classique (organisée par inf coord) Si biopsie sous AG ou si panendoscopie et/ou extraction dentaire → prévoir cons anesth (type hôpital de jour)

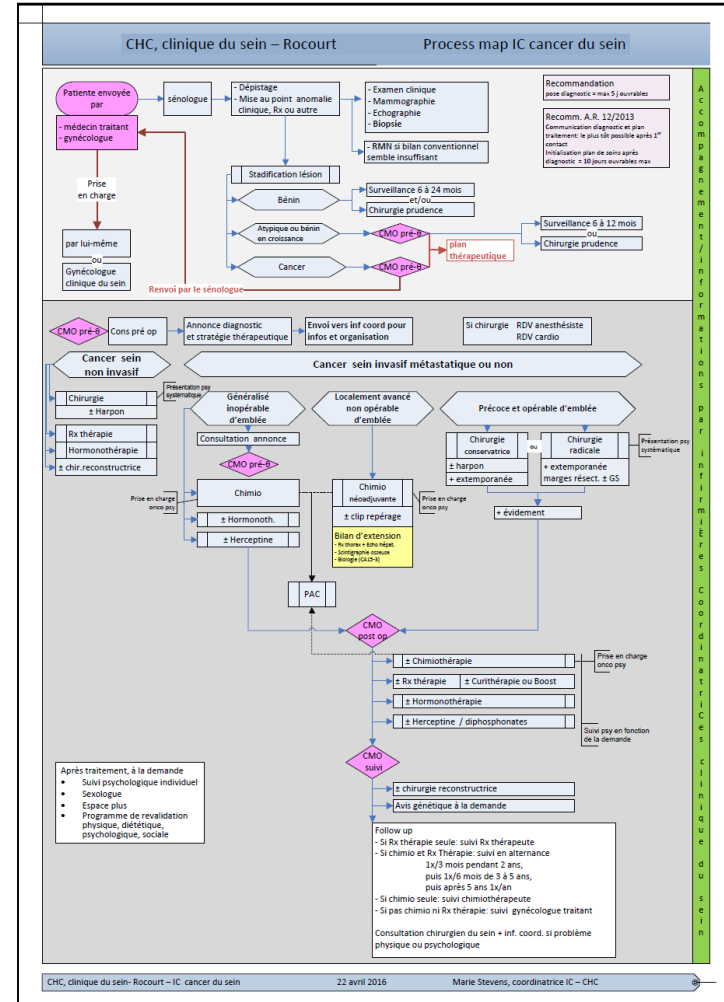
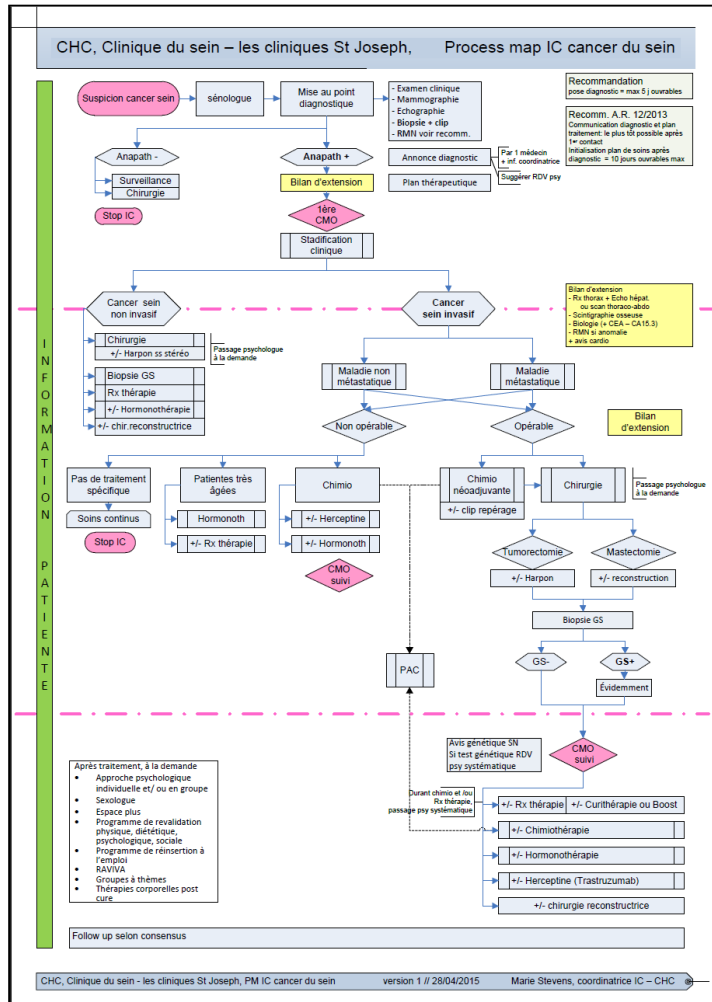
CMO Objectif CMO = décision prise en charge thérapeutique 1x/mois le lundi matin, jour opératoire, de 8h à 9h	<ul style="list-style-type: none"> • ORL • Chir maxillo facial • Rx thérapeute • Oncologue • + Chir reconst • Inf. Coord. Onco Envoi rapport au MT par le médecin qui a vu le patient en premier
---	--

RDV patient chir maxillo Ou RDV ORL	Annonce du diagnostic + Informer le patient des ≠ étapes en fonction de la thérapie envisagée Appel inf. coord. en consultation lors de l'annonce du diagnostic pour <ul style="list-style-type: none"> • Explications complémentaires • Organisation suite prise en charge (voir check liste diagnostique) <ul style="list-style-type: none"> ○ RDV oncologue et/ou Rx thérapeute ○ RDV chirurgien maxillo ○ RDV chirurgien reconstructeur ○ RDV anesthésiste ○ Prévoir angioscan si prise de greffe voir check liste phase diagnostique + autres intervenants en fonction des besoins et de la situation <ul style="list-style-type: none"> ○ Avis cardio ○ Evaluation dénutrition ○ Evaluation déglutition ○ Evaluation par la kiné maxillo ○ Rencontre psychologue / tabacologue ○ Rencontre service social au plus tôt pour évaluation situation et mise en place démarches si nécessaire ○ Envisager sevrage alcoolique (via hospitalisation en gastro si nécessaire) ○ ... Envoi courrier MT: confirmation diagnostic, type intervention + date intervention
--	--

Trajet chirurgical

Etapes process	Actions
Déterminer date intervention Interventions Lundi 1 x/mois	Inf. Coord. Onco (cf. check liste intervention) <ul style="list-style-type: none"> ○ Réservation chambre (Si possible isolement médical) ○ Carnet pré op anesthésie ○ RDV cons anesthésie + cardio ○ Réservation 2 ou 3 nuits USI Explications déroulement intervention, passage USI, appareillage post op...
Avant l'hospitalisation	
Pré hospi Gestion des lits	Prise en charge par l'infirmière coordinatrice onco (voir ci-dessus)

IC cancer du sein



Pour l'équipe pluridisciplinaire

- Comme pour la CSO
Dans le consensus écrit et validé de l'IC chaque rôle y est explicitement détaillé
- Favorise la communication et les échanges entre les intervenants, patient y compris

DIFFICULTÉS RENCONTRÉES

2016 12 10 Symposium GSO

- Tout le monde ne « joue pas le jeu »
 - Contraintes techniques malgré les accords de service
 - La liberté thérapeutique malgré le consensus
 - Les « habitudes »!
- Problème de communication reste entier avec certains intervenants (pas propre à l'IC)
- Peur de certains que la CSO ne « vole » l'exclusivité de la relation établie avec le patient (pas propre à l'IC non plus)

EN GUISE DE CONCLUSION...

Les IC en onco

Oui, c'est un plus, mais...

- Il faut que les ≠ acteurs concernés s'impliquent « réellement »
 - L'individualisme de certains reste un obstacle important
- IC = un super outil mais n'a de valeur que si suivi par tous
- Ça doit être une volonté de tous les niveaux de l'institution (cf. carte stratégique)
- C'est très « efficace » mais loin d'être évident tous les jours

Et surtout,

C'est un moyen et non pas le seul moyen
d'atteindre les objectifs...

Le mot de la fin...

Instaurer une collaboration entre des équipes, c'est mettre de l'huile dans les rouages.

Elaborer un IC c'est améliorer la qualité de l'huile déjà présente dans les rouages.



Merci de votre attention

Questions ?



Commentaires ?



Suggestions ?

