



La vraie vie des RCP

Anne LESUR, Dominique JAUBERT



**Institut
de Cancérologie
de Lorraine**

Alexis Vautrin

Ensemble, construisons l'avenir



Remerciements et absence de conflits d'intérêt...



- Une fois en France
- Une fois en pays francophone
- Cas cliniques commentés argumentés, discutés...
Une façon de mieux se rencontrer

Les pages de la SFSPM



SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE SÉROLOGIE
ET DE PATHOLOGIE HUMAINE

Annnonce de la 3^e édition des « RCP » de la SFSPM

Announcement of the 3rd annual SFSPM
"multidisciplinary cooperation meeting" event



Depuis trois ans, la SFSPM organise une journée annuelle au printemps dédiée à la problématique des réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP).

Principes chers à ses plus anciens présidents, la concertation et la pluridisciplinarité sont des vertus indispensables mais difficiles à mettre en œuvre. Dans une société où chaque principe peut être remis en cause demain matin, l'accord professionnel, l'estime et le partage seront de plus en plus des valeurs refuges garantissant les patients face aux incertitudes et aux excès [1].

Tout comme elle le fut en 2011 à Paris aux Diagonales lors de la première édition, cette journée se déroulera en plusieurs tableaux, illustrant des situations quotidiennes. Les cas cliniques seront présentés par nos plus jeunes collègues et modérés par des membres du Conseil d'administration.

Cette journée sera organisée par les deux secrétaires de la SFSPM (Bruno Cutuli, onc-radiothérapeute, Reims ; Anne Lesur, coordination

sein, Vandœuvre-lès-Nancy), avec le soutien de leur président Richard Villet (chirurgien, Paris), avec la participation de Marc Spielmann (oncologue médical, Villejuif), et présidée par le Pr Didier Peiffert, directeur de l'enseignement et de la communication extérieure (Institut de Cancérologie de Lorraine - Alexis-Vautrin, Vandœuvre-lès-Nancy).

Quelques exemples des thèmes abordés :

- La RCP préthérapeutique
 - Comment proposer la meilleure stratégie thérapeutique après le diagnostic
 - Place des thérapies néoadjuvantes
 - Comment optimiser la prise en charge chirurgicale des carcinomes canauxaires in situ
- RCP postchirurgical
 - Problématique des ganglions sentinelles positifs
 - Les propositions thérapeutiques sont-elles différentes pour le carcinome lobulaire infiltrant ?
 - Modalités des thérapies ciblées
- RCP oncogénétique : problématique de la prise en charge pluridisciplinaire d'un cancer du sein chez les patientes connues mutées
- RCP métastatique : les choix thérapeutiques en première ligne

Elle se déroulera :
le jeudi 13 juin 2013

à l'amphithéâtre Bossière de 08 h 30 à 18 h.

Institut de Cancérologie de Lorraine -
Alexis-Vautrin, Vandœuvre-lès-Nancy

Information sur www.sanologie.com
Contact inscriptions Laurence Metzenthin
Tél. : +33 6 07 81 84 01
sfspm.laurencemetzenthin@yahoo.fr

Reference

1. Lesur A, Rixe M (2012) Révision du concertation pluridisciplinaire sous ses ses formes : présent et avenir... (Meeting of multidisciplinary cooperation in all its forms: present and future... J. Dynacol (Sémin Biol Raport (Paris) 41(4): 31-2



RCP pourquoi ?

- Parce qu'exemple même de la *pluri disciplinarité*
- Parce que difficile et indispensable
- Parce que ... *tout un art* ...



14h00 • 15h00	Troisième session RCP en situation métastatique Modérateurs : Thomas FACCHINI (ICC, Reims) • Arnaud METHLIN (Clinique Claude Bernard, Metz) 1. Situation métastatique : hormonothérapie et/ou chimiothérapie ? Indication des inhibiteurs de mTOR ? • Thierry PETIT (Centre Paul Strauss, Strasbourg) 2. Récidive d'une tumeur HER2 surexprimé • Marc SPIELMANN (IGR, Villejuif) • Maria RIOS (ICL, Nancy) 3. Place du traitement locorégional standard lorsque la situation est métastatique d'emblée ? • Léa LEUFFLEN (ICL, Nancy) • Laetitia TOURNIER-RANGEARD (Clinique de Gentilly, Nancy)
15h00 • 16h00	Flash d'actualité à travers la littérature Modérateur : Didier PEIFFERT (ICL, Nancy) 1. Le point sur le dépistage du cancer du sein : sur-diagnostic ? • Luc CEUGNART (Centre Oscar Lambret, Lille) 2. Quoi de neuf en radiothérapie ? • Mihail LEVITCHI (ICL, Nancy) 3. Faut-il poursuivre l'hormonothérapie adjuvante au-delà de 5 ans ? • Anne LESUR (ICL, Nancy)
16h00 • 16h30	Pause
16h30 • 17h30	Quatrième session RCP face au haut risque mammaire Modérateurs : Elisabeth LUPORSI (ICL, Nancy) • Philippe JONVEAUX (CHU, Nancy) • Philippe TROUFLEAU (ICL, Nancy) 1. Diagnostic et traitement du cancer du sein chez une femme jeune surveillée BRCA positif • Jean-Luc VERHAEGHE (ICL, Nancy) • Anne LESUR (ICL, Nancy) 2. Annexeomie prophylactique, découverte opératoire • Philippe RAUCH (ICL, Nancy)
17h30	Fin de la journée

Renseignements sur www.senologie.com
Contact inscriptions : Laurence Metzenthin
Tél : 06.07.81.84.01 - sfspm.laurencemetzenthin@yahoo.fr

Avec le soutien organisationnel de :
Eisai Oncologie, GlaxoSmithKline,
Novartis Oncologie, Roche et Sanofi

PROGPRAMME
LES RÉUNIONS DE CONCERTATION
PLURIDISCIPLINAIRE DE LA
SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE SÉNOLOGIE
ET DE PATHOLOGIE MAMMAIRE

Page suivante
Dernière page
Rotation horaire
Rotation antihoraire

3^e édition des
" de la SFSPM

Organisée par Anne LESUR (NANCY) et Bruno COSTUJ (REIMS), Secrétaire de la SFSPM,
sous la Présidence de Didier PEIFFERT, Directeur de l'enseignement et de la communication sénologique
et de Richard VALLEY, Président de la SFSPM

Le jeudi 13 juin 2013 • NANCY

Institut de Cancérologie de Lorraine - Alexis Vautrin
Amphithéâtre Bussièrre
6, avenue de Bourgogne - 54500 Vandœuvre-les-Nancy

Institut de Cancérologie de Lorraine
SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE SÉNOLOGIE ET DE PATHOLOGIE MAMMAIRE



Les enquêtes au cours du temps

- 2011 : principe de la RCP Pré thérapeutique ?
 - Fin 2013 : détails organisationnels pré/post
 - Septembre 2015 : dernières nouvelles ...
-
- A propos des enquêtes.....
 - Vous avez échappé à celle-ci

■ PLEASE TICK WHICH OF YOUR TEAM MEMBERS (INCLUDING YOURSELF) has a MAJOR ROLE in providing information to women with breast cancer in each of the following areas.

■ PLEASE TICK WHICH OF YOUR TEAM MEMBERS (INCLUDING YOURSELF) has a MAJOR ROLE in discussing patient problems in the following areas.

V A Jenkins, L J Fallowfield, K Poole Are members of multidisciplinary teams in breast cancer aware of each other's informational roles? Quality in Health Care 2001;10:70–75

74 Jenkins, Fallowfield, Poole

Appendix 1: Multidisciplinary Team Questionnaire

CONFIDENTIAL

Name: _____
Specialty: _____
Hospital: _____
Who is the lead clinician for your multidisciplinary team?
Who regularly attends your multidisciplinary team meetings? (Please indicate in each box how many individuals from each specialty attend.)

Specialty	Regularly	Occasionally	Never
Surgeon			
Medical Oncologist			
Clinical Oncologist			
Physician Breast Care Nurse			
General Practitioner			
Diastase			
Physiotherapist			
Psychiatrist			
Psychiatric Clinical Psychologist			
Health Care Worker			
Other (please specify):			

CONFIDENTIAL

Name and Designation: _____
Hospital: _____

PLEASE TICK WHICH OF YOUR TEAM MEMBERS (INCLUDING YOURSELF) has a MAJOR ROLE in providing information to women with breast cancer in each of the following areas. (This may tick more than one box for each area.)

Surgeon	Oncologist	Breast care nurse	Diastase	Physiotherapist	Research nurse	Clinical nurse	Health care worker	Other (please tick)
<input type="checkbox"/>								
Diagnosis	<input type="checkbox"/>							
Prognosis	<input type="checkbox"/>							
Management	<input type="checkbox"/>							
Supportive care	<input type="checkbox"/>							
Quality of life	<input type="checkbox"/>							
Research	<input type="checkbox"/>							
Education	<input type="checkbox"/>							
Other (please specify):	<input type="checkbox"/>							

PLEASE TICK WHICH OF YOUR TEAM MEMBERS (INCLUDING YOURSELF) has a MAJOR ROLE in discussing patient problems in the following areas. (This may tick more than one box for each area.)

Surgeon	Oncologist	Breast care nurse	Diastase	Physiotherapist	Research nurse	Clinical nurse	Health care worker	Other (please tick)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Physical well-being (e.g. pain, side-effects, fatigue)	<input type="checkbox"/>							
Emotional well-being (e.g. self-esteem, anxiety, depression)	<input type="checkbox"/>							
Practical well-being (e.g. work, home, social life)	<input type="checkbox"/>							
Psychological, emotional well-being (e.g. depression, anxiety, hope)	<input type="checkbox"/>							

Consent to Research Project
Have you read the information sheet? Yes No
Have you had the opportunity to ask questions and discuss this study? Yes No
Have you received enough information about the study? Yes No
Do you agree to take part in the study? Yes No

Signature: _____
Name in block letters: _____
Specialty: _____
Date: _____

www.qualityhealthcare.com



Quelques dates

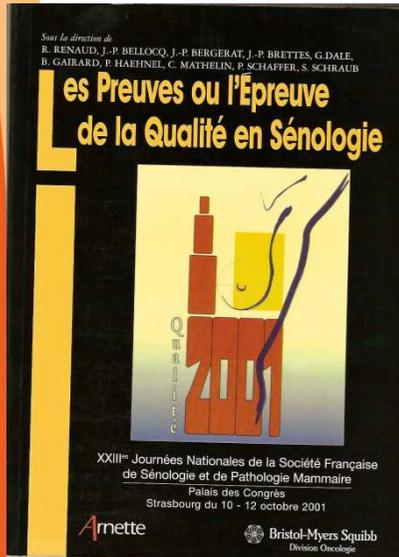


■ Bref rappel ...

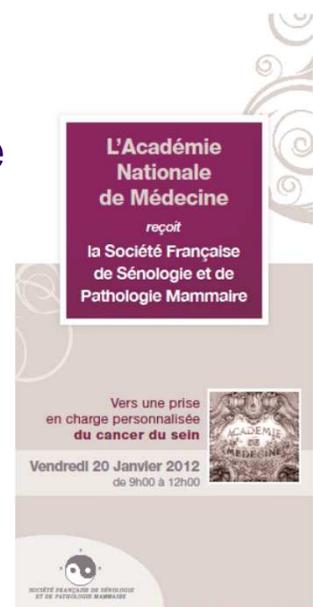
- **1^{er} octobre 1945** : ordonnance légalisant la création des CRLCC, reposant sur le principe d'un travail en équipe, dans une seule unité de lieu et dans le cadre d'une responsabilité collective , *plaçant le patient au centre des préoccupations* .
- **6 avril 1990** : 9^{èmes} journées grenobloises de cancérologie : Pluridisciplinarité et concertation en cancérologie
- **22 février 2005** : circulaire de la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) du relative à l'organisation des soins en cancérologie



Plan cancer 2003-2007



- Réseau de soin
- Favoriser l'information du malade
- Développer les soins de support
- Dispositif d'annonce
- Généralisation des RCP
- Programme Personnalisé de Soins (PPS)
- Utilisation de référentiels
- Évaluation des pratiques : qualité globale





Bref historique : Centres de lutte contre le cancer

■ Principe du Comité d'organe CDT

- Trace des réunions collées dans les dossiers avec tampon date et initiales participants
- Pas tous les dossiers
- Non formalisés, dans contrôle des données exposées
- Pas d'enregistrements
- Une fois par semaine par organe

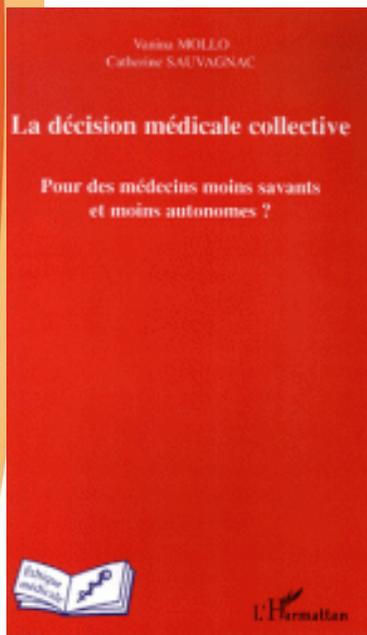
Sauvagnac C, Beckendorf V, Lesur A : Des traitements standard aux cas particuliers: la place des comités de décision thérapeutique en cancérologie. Bull Cancer 1999 ; 86(9) : 767-72



A partir de 1992, démarche de formalisation.....et d'aide à la décision

- Travail sur la notion d'ergonomie
- Notion de décision médicale collective
- Évolution des savoirs...
- Thèse de Catherine

SAUVAGNAC
avec le CNAM



Rios M, Bresson B, Garin H, Lesur A, Boisson A, Bey P. Aide à une prise de décision médicale de qualité en oncologie. Référentiels Oncolor et logiciel Kasimir. *XXIIIe Journées nationales de la Société française de sénologie et de pathologie mammaire*. Strasbourg, 10-12 octobre 2001 : 118.



Organisation progressivement en place 1992 – 1998 - 2004

- **Inscription des dossiers**
- **Fiche rédigée visuelle**
- **Conclusion bien rédigée, répondant à une question précise (*pas CAT ? !!!*)**
- **Espace de discussion, argumentation, implémentation des savoirs..**
- **Lieu de partage, de pédagogie, de mise en commun**
- **Traçabilité car enregistrements...**
- **Passage un peu aléatoire**
- **Pas les dossiers protocolaires ...**

CAV groupe medical
du Centre
Alexis Vautrin

protocoles
d'investigations
et de traitements
pour les cancers

1991 directeur: professeur C. CHARDOT
sous-directeur: Professeur P. BEY

ONCOLOR Réseau de santé en cancérologie de la Région Lorraine

Retour à l'accueil | Contacter le webmestre

Rechercher :

- ACTUALITES
 - Revue de presse
- VIE DU RESEAU
 - Instances
 - Groupes de travail
 - Textes fondateurs
- ORGANISATION
 - Présentation d'ONCOLOR
 - Membres actifs
- DONNEES STATISTIQUES
 - Activité du réseau
 - Données utiles
- RCP
 - Présentation
- REFERENTIELS
 - Présentation
 - Classement alphabétique
 - Classement anatomique
- FORMATIONS
- KASIMIR
- AUTRES SITES WEB
- INSCRIVEZ-VOUS
- ANNUAIRE DES MEMBRES
- FORUMS DE DISCUSSION

REFERENTIELS Sein (principes de prise en charge)

Version téléchargeable et imprimable (PDF) | A propos de la version PDF (aide)

Ce référentiel, dont l'utilisation s'effectue selon les principes déontologiques d'exercice personnel de la médecine, a été élaboré par un groupe de travail pluridisciplinaire de professionnels du réseau ONCOLOR conformément aux données acquises de la science au **27 mars 2006**.

- Généralités
- Diagnostic et bilan
- Anatomo-pathologie
- Classifications (stades)
- Arbres de décision
- Chirurgie
- Ganglion sentinelle
- Radiothérapie
- Chimiothérapie
- Hormonothérapie
- Ttt médical néo-adjuvant
- Traitement médical adjuvant
- Surveillance
- Reconstruction mammaire
- Rédacteurs

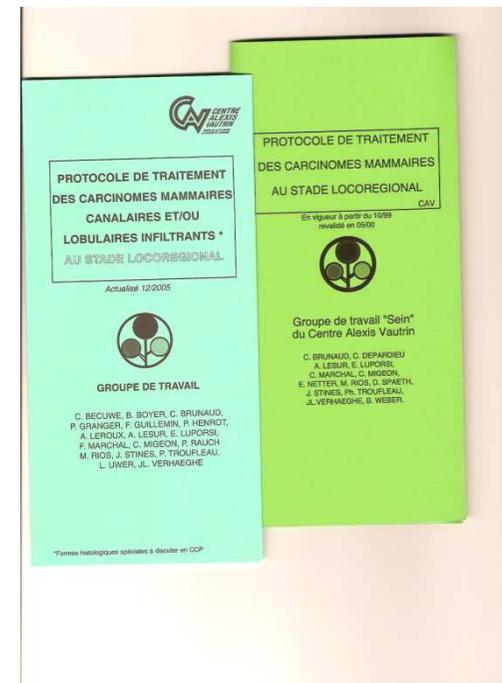
Date de révision : 27 mars 2006

Principes généraux

Ce référentiel présente les démarches diagnostiques et thérapeutiques des cancers du sein, en dehors des mesures de dépistage, individuel ou collectif.

Les principes et modalités techniques des différents traitements sont présentés dans les pages accessibles ci-dessus.

Les arbres correspondant aux différents stades de prise en charge ou types de tumeurs sont également décrits en fonction :





Evolution dans le temps ...

- **2006 2007** enregistrement de tous les dossiers post chir (ACCP)
- **2008** : passage obligatoire de tous les dossiers post chirurgicaux
- **Fin 2012** passage fiche e rcp
- **Début 2013** : passage exhaustif tous dossiers RCP pre thérapeutique

RÉUNION DE CONCERTATION PLURIDISCIPLINAIRE

■ 2 rôles

- Prise de décision
- Enregistrement donc traçabilité

■ À 2 moments

- **AVANT TOUTE THÉRAPEUTIQUE ?**
- Après la chirurgie

**LA CIRCULAIRE DU
22 FÉVRIER 2005**



Les réunions de concertation pluridisciplinaires en cancérologie, permettant de répondre à l'obligation d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP).

Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille
Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
Sous-Direction de l'organisation du système de soins
Personne chargée du dossier : Myriam REVEL
Tél : 01 40 56 46 37
Fax : 01 40 56 41 59
myriam.revel@santef.gouv.fr

Le ministre des solidarités, de la santé et de la famille
à
Mesdames et Messieurs
Les Directeurs d'Agences Régionales de l'Hospitalisation
(pour exécution)
Mesdames et Messieurs
Les Préfets de département
Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
(pour information)
Mesdames et Messieurs les Préfets de région
Direction Régionale
des Affaires Sanitaires et Sociales
(pour information et diffusion)

CIRCULAIRE N°DHOS/SDO/2005/101 du 22 février 2005 relative à l'organisation des soins en cancérologie.

Résumé : L'organisation des soins en cancérologie évolue pour intégrer les missions du plan national de lutte contre le cancer dans les volets cancer des prochains SROC. Chaque établissement de santé exerçant l'activité de traitement du cancer doit garantir une organisation adaptée sur la pluridisciplinarité, l'utilisation des référentiels validés et sur un travail en réseau. Il garantit la réalisation des missions des centres de coordination en cancérologie. Au niveau de chaque région, le recours et l'accès à l'innovation et à la recherche clinique sont organisés au sein d'un rôle régional : les filières de soins sont formalisées dans le CRCC. Au sein des réseaux de cancérologie des territoires de santé, la coordination entre établissements et avec la ville permet de structurer la prise en charge de la majorité des localisations cancéreuses et la continuité des soins entre l'hôpital et le domicile. Le réseau régional de cancérologie élabore les référentiels régionaux à partir des recommandations nationales, coordonne la mise en place du dossier communiquant de cancérologie et évalue ses membres.

Mots clés : organisation des soins - cancérologie - réseaux de santé - sites de cancérologie - sites régionaux de cancérologie - centres de coordination en cancérologie - information du patient - SROC - synopses de la maladie - soins de support - expertise et recours - information du patient

Textes de référence :

- Ordonnance n° 2003-450 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services médico-sociaux soumis à autorisation - Article L. 612-1 du Code de la santé publique
- Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé
- Loi n° 2004-506 du 9 août 2004 relative à la politique de santé - article L. 1415-2 du Code de la santé publique
- Loi n° du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie

Les questions ...



Figure: Multidisciplinary teams can provide comprehensive cancer care, but doctors remain individually liable

- RCP : **Oui** mais quand ?
- RCP : lecture divergente de la circulaire de 2005 ?
- RCP : une valeur organisationnelle ou une garantie de qualité ?
- RCP : une dépersonnalisation ou une feuille de route personnalisée ?
- RCP avant le traitement :
un vœu pieux?
Une illusion?
réservée à certains ?





Première enquête... 2011

ton enquête est longue et pénible...

■ COMMENTAIRES POUR LES TROIS...

- Pas moyen d'avoir une liste exhaustive des RCP en FRANCE..... *Toujours vrai en novembre 2015*
- La liste mail des « experts » toutes réunions confondues
- Le bon vouloir et le timing des uns et des autres...
- La difficulté de répondre précisément à des questions trop détaillées
- Parfois réponses discordantes pour un même centre..
- Une vraie hétérogénéité .. Et ...

*Vieux motard que jamais !
A très vite
Dominique*

MERCI ++++

Encore du pain sur la planche

Je réussis à écrire in extrémiste les réponses pour ton enquête. Mes réponses ne te plairont certainement pas, car elles sont incomplètes et floues, faute de connaissance précise notamment chiffrée.

*voici la contribution de Caen
bon courage
à bientôt*

ENQUÊTE AUPRÈS DES AUTRES INSTITUTIONS...

A BOIRE ET A MANGER JUIN 2011

AVIS RCP PRE THERAPEUTIQUE DANS LE SEIN juin 2011

NOMS	ETABLISSEMENTS			1 ^{ère} Question RCP pré thérapeutique systématique? pour tous les dossiers? quand? avec quels médecins? quel support? cela peut il remplacer la RCP post thérapeutique?	2 ^{ème} Question la RCP pré thérapeutique est elle obligatoire ou va t elle le devenir ?	3 ^{ème} Question quel support utilisez vous et les données sont elles informatisées? qui remplit les fiches ?	
	CAC	PRIVE	CHU				
<i>AIMARD Lydie</i> (Radiothérapeute Marseille)		X		Pas systématique sauf cas CNA, difficiles ou MINDACT	En théorie oui si on veut optimiser la prise en charge et inclure plus d'essais cliniques	Fiches pré-remplies puis tapées par secrétaire	I I sc
<i>CLASSE Jean- Marc</i> (Chirurgien Nantes)	X			Oui RCP sein pré- thérapeutique chaque semaine (1 <u>onco</u> , 1 <u>radiologue</u> , et tout le dossier d'imagerie) mais ça ne remplace pas le RCP thérapeutique			
<i>CLOUGH Krishna</i> (Chirurgien Institut du sein Privé)		X		Non , seulement pour les dossiers avec difficulté de repérage, <u>multicentricité</u> .	Non	Dossier patient informatisé	

ENQUÊTE AUPRÈS DES AUTRES INSTITUTIONS...

A BOIRE ET A MANGERJUN 2011

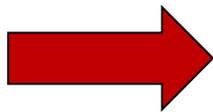
COMMENTAIRES :

- * ***juste irréalisable***
- * ***obligatoire , quelle question...***
- * ***très utile pour choix des traitements***
- * ***optimisation des inclusions dans les
essais thérapeutiques***
- * ***perte de temps***
- * ***trop hétérogène dans rédaction...et
collecte des données***



Au total, en juin 2011

- Rien ne peut remplacer la RCP post chirurgicale
- La RCP pré thérapeutique ... bof
- Supports papier fréquent
- Pas de validation des données



**ENQUETE
fin 2012**

<p>NOM : Prénom : Spécialité : Responsabilité/ RCP (secrétaire ?) : Institution : E-mail : T : Nombre de cas de cancers du sein en adjuvant par an en gros :</p> <p>En décembre 2012 :</p> <p>1- Faites vous des RCP PRETHERAPEUTIQUES pour le SEIN ? :</p> <p><u>OUI :</u> <u>NON :</u> <u>EN DISCUSSION :</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Si oui,• Combien de séances par semaine, et combien de dossiers par séance ?• Quel support, fiche informatisée, manuscrite ?• Qui la remplit? radiologue, chirurgien, secrétaire médicale, dédiée ?• Y a-t-il une validation de la fiche par un médecin avant sa présentation ?• Qui présente la fiche en RCP ?• Date de la réunion par rapport à la première venue de la patiente? (suit jours, trois jours, plus ou moins ?...)• A-t-elle vu le chirurgien avant ce passage ?• Qui assiste à la séance ? (spécialité ?)• Y a-t-il une ARC pour les inclusions dans les essais ?• Réponse, transmise immédiatement en cours de RCP ou en différé, ?• Comment informez-vous la patiente de la proposition ?• Cela vous aide-t-il pour améliorer les délais ?avez vous des problèmes de délais ?• Comment positionnez vous la remise du PPS ?• Pouvez décrire brièvement votre parcours patient depuis son premier coup de fil à l'intervention ?	<p>Sommaire :</p> <p>2- RCP post-thérapeutiques (en général post chir) :</p> <ul style="list-style-type: none">• Reprenez-vous la fiche de RCP pré thérapeutique si elle existe ?• L'information d'un RCP pré thérapeutique, est elle disponible ?• Quelles sont les spécialités présentes ?• Qui fait la fiche et la présente ? informatisée ou manuscrite ?• Y a-t-il des renseignements généraux et de mode de vie ou uniquement des données de tumeur et du geste ?• Qui inscrit le dossier pour son passage en RCP ? (chirurgien, secrétaire dédiée ?)• Réponse, <i>immédiate ou différée</i> ? y a-t-il un contrôle de qualité des données énoncées ?• Y a-t-il une secrétaire ou ARC présente ?• Comment actualisez-vous le PPS ?• Quel délai par rapport à la date de l'intervention, par rapport aux résultats histologiques ?• Modèle de fiche si possible à envoyer à Dagné SIEVERS sievers@nanov.uniconcer.fr <p>Series-vous intéressés par la participation à l'article en cours sur ce sujet ? Enquête Anne LÉCUR / Philippe HÉBARDT sur pratique RCP - CLCC Coordination équipe oncologie et sénologie au sein Centre ALEXIS alexur@nanov.uniconcer.fr 03 83 59 06  (Ctrl) ▾</p>
--	---

Deuxième enquête.....fin 2012

NOM · Prénom ·
Spécialité · Responsabilité/ RCP (secrétaire ?) ·
Institution · E-mail · T ·
Nombre de cas de cancers du sein en adjuvant par an en gros ·

En décembre 2012 :

1- Faites vous des RCP PRETHERAPEUTIQUES pour le SEIN ?

OUI · NON · EN DISCUSSION ·

- *Si oui,*
- Combien de séances par semaine, et combien de dossiers par séance?
- Quel support, fiche informatisée, manuscrite ?
- Qui la remplit? radiologue, chirurgien, secrétaire médicale dédiée ?
- Y a-t-il une validation de la fiche par un médecin avant sa présentation ?
- Qui présente la fiche en RCP ?
- Date de la réunion par rapport à la première venue de la patiente ? (huit jours, trois jours, plus ou moins ? ...)
- A-t-elle vu le chirurgien avant ce passage ?
- Qui assiste à la séance ? (spécialités ?)
- Y a-t-il une ARC pour les inclusions dans les essais ?
- Réponse transmise immédiatement en cours de RCP ou en différé?
- Comment informez-vous la patiente de la proposition ?
- Cela vous aide-t-il pour améliorer les délais ? avez vous des problèmes de délais ?
- Comment positionnez vous la remise du PPS ?
- Pouvez décrire brièvement votre parcours patient depuis son premier coup de fil à l'intervention ?

2- RCP post-thérapeutiques (en général post chir) ·

- Reprenez-vous la fiche de RCP pré thérapeutique si elle existe ?
- L'information d'un RCP pré thérapeutique est elle disponible ?
- Quels sont les spécialistes présents ?
- Qui fait la fiche et la présente ? informatisée ou manuscrite ?
- Y a-t-il des renseignements généraux et de mode de vie ou uniquement des données de la tumeur et du geste ?
- Qui inscrit le dossier pour son passage en RCP ? (chirurgien, secrétaire dédiée ?)
- Réponse immédiate ou différée ? y a-t-il un contrôle de qualité des données énoncées ?
- Y a-t-il une secrétaire ou ARC présente ?
- Comment actualisez-vous le PPS ?
- Quel délai par rapport à la date de l'intervention, par rapport aux résultats histologiques ?
- Modèle de fiche si possible à envoyer à Ingrid SIEVERS
lsievers@nancy.unicancer.fr

Seriez-vous intéressés par la participation à l'article en cours sur ce sujet ?
Enquête Anne LESUR / Philippe HENROT sur pratique RCP CLCC
Coordination sein Centre ALEXIS
a.lesur@nancy.unicancer.fr 03 83 69 86 00

ENQUÊTE AUPRÈS DES AUTRES INSTITUTIONS...

A BOIRE ET A MANGERFIN 2012

COMMENTAIRES :

- * **TOUTE l'hétérogenité DES PARCOURS SEIN**
- * **rigueur au bout du compte**
- * **un bon support pour la suite**
- * **aide pour les PPS**
- * **meilleure organisation pluridisciplinaire**
- * **plus de traitements néo adjuvants**
- * **une meilleure communication**

ENQUÊTE AUPRÈS DES AUTRES INSTITUTIONS...

A BOIRE ET A MANGERFIN 2012

COMMENTAIRES :

**contraintes techniques qui fait la fiche ?*

** avant ou après la consultation du chirurgien ?*

** validité des clichés radiologiques avant la veille de l'opération*

** rôle majeur du secrétariat de la RCP:*

**pas uniquement organisationnel*

**suivi et coordination dans le temps*

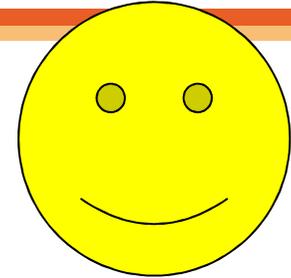
**anticipation et transition*

SI BIEN FAIT ,

une vraie valeur ajoutée pour tous et pour la patiente



Enquête 2015 *dernier cru*



- **QUESTIONS HORAIRES**
 - **DEUX GROUPES : privé / public**
 - Devinez lesquels font 19H30 21 heures ?
 - Blague à part, au moins trois heures voire quatre par semaine ... souvent le vendredi APM, ou la fin d'après midi
 - Différence avec le nombre de cas (600 à 1300)

- **Papier encore en cours ?**
 - encore des fiches manuscrites écrites en cours de réunion)
 - Si informatisées, souvent transmise immédiatement
 - Moitié moitié pour différé ou non...



■ RCP pré thérapeutique

- Rarement individualisée, souvent confondue avec le staff radio séno (chir radiologues)
- Si existe, seulement quatre centres la disent exhaustive
- Pas de rédacteur désigné et régulier
- Oui pour les CNA et cas difficiles (qui juge ?)
- Pas de données patientes en général
- Pas de recours constant à une fiche individualisée
 - Si oui fiche réeseau

**Moyenne 10 à 15
dossiers**

Les délais entre le 1^{er} contact et la RCP sont en moyenne de 10 jours, ceux entre la RCP et le 1^{er} acte thérapeutique de 15 jours.



■ RCP post chirurgicale

- tous les dossiers
- Pas plus de données patientes à part quelques centres (*5 ou 6 disent formellement oui*)
- Pas d'ARC , screening pas homogène...
- Pas de rédacteur désigné et régulier (*internes.....*)
- Pas de transmission automatique au médecin tt
- **Consultation post RCP dédiée majoritaire**
- Quasi aucun relevé prospectif

Les délais entre la chirurgie et la RCP sont en moyenne de 2 ou 3 SEMAINES....



Exemples de fiche de recueil..

DOSSIER RCP SEIN RHONE-ALPES	
Cette fiche RCP doit obligatoirement être accompagnée de tous les CRO et CRA du patient	
PARTIE A COMPLETER PAR LE MEDECIN REFERENT DU PATIENT (OU PAR DELEGATION PAR SA SECRETAIRE ET SOUS LA RESPONSABILITE DU REFERENT)	
IDENTIFICATION PATIENT	
Nom :	Prénom :
Nom de jeune fille :	
Sexe : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> H	Date de naissance : [] [] [] [] [] []
Pays de naissance :	
Ville de naissance :	
IDENTIFICATION DU MEDECIN DEMANDANT L'AVEU	
Nom :	Prénom :
MOTIFS DE PRESENTATION DU DOSSIER EN RCP	
<input type="checkbox"/> Phase initiale <input type="checkbox"/> Rechute <input type="checkbox"/> Phase métastatique	
DONNEES CLINIQUES	
* Phase initiale :	
Antécédents personnels et familiaux notables :	
Ménopause : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Péri ménopause	
Circonstance de découverte	
<input type="checkbox"/> Dépistage organisé <input type="checkbox"/> Dépistage individuel <input type="checkbox"/> Manifestation clinique <input type="checkbox"/> Ne sait pas	
Siège de la tumeur : <input type="checkbox"/> Sein droit <input type="checkbox"/> Sein gauche <input type="checkbox"/> Bilatérale	
Quadrant : <input type="checkbox"/> Sup. Ext. <input type="checkbox"/> Sup. Int. <input type="checkbox"/> Inf. Ext. <input type="checkbox"/> Inf. Int. <input type="checkbox"/> Centrale <input type="checkbox"/> Tout le sein	
Classification TNM :	
Code CIM10 :	
Capacité de vie OMS :	
<input type="checkbox"/> Activité extrinsèque normale sans restriction (0) <input type="checkbox"/> Réduction des efforts physiques intenses (1) <input type="checkbox"/> Doit parfois s'aider mais de - de 50% de la journée (2) <input type="checkbox"/> Doit être aidé + de 50% de la journée (3) <input type="checkbox"/> Incapacité totale, sévèrement fréquent ou constant (4)	
Complément(s) éventuel(s) au descriptif clinique :	
.....	
.....	

Document RCP SEIN version relative à l'OSR-SEIN
Élaborations Inca (août 2004, 2005 et 2007) © INCa-RA 2004-2009. Tous droits réservés.



Réseau de Cancérologie d'Aquitaine

Réunion de Concertation Pluridisciplinaire - SEIN

IDENTIFICATION DE LA PATIENTE	
Nom d'épouse :	Nom de jeune fille :
Prénom :	
Date de naissance : [] [] / [] [] / [] [] [] []	CP / Ville de résidence : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
RCP du [] [] / [] [] / [] [] [] [] <input type="checkbox"/> Dossier discuté en RCP	
Médecin ayant présenté le dossier :	
Motif de présentation en RCP	
<input type="checkbox"/> Avis diagnostique <input type="checkbox"/> Suivi de traitement (ajustement thérapeutique) <input type="checkbox"/> Décision de traitement <input type="checkbox"/> Surveillance (après traitement) <input type="checkbox"/> Autre	
ANECÉDENTS	
Antécédents familiaux (sein/vaïne) : <input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> < 3 <input type="checkbox"/> > 3 <input type="checkbox"/> Non précisé	
Antécédents personnels	
<input type="checkbox"/> Fièvre <input type="checkbox"/> Péri- Ménopause <input type="checkbox"/> Ménopause <input type="checkbox"/> Non précisé <input type="checkbox"/> THS <input type="checkbox"/> Hystérectomie <input type="checkbox"/> Carcinome mammaire : <input type="checkbox"/> Droit <input type="checkbox"/> Gauche Traitement :	
Année : [] [] [] []	
Autres carcinomes (Description) :	
Lésion découverte <input type="checkbox"/> SEIN DROIT <input type="checkbox"/> SEIN GAUCHE	
Circonstance de découverte : <input type="checkbox"/> Manifestation clinique <input type="checkbox"/> Dépistage individuel <input type="checkbox"/> Dépistage organisé	
Etat général du patient : Capacité de vie OMS <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	
Co-morbidités :	
Clinique	
Rechute : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Taille de la lésion 1 : [] [] [] mm	
<input type="checkbox"/> QSE <input type="checkbox"/> QIE <input type="checkbox"/> UQSUP <input type="checkbox"/> UQEXT <input type="checkbox"/> Multifocalité <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> QSI <input type="checkbox"/> QII <input type="checkbox"/> UQINF <input type="checkbox"/> UQINT <input type="checkbox"/> Mamelon / aréole <input type="checkbox"/> Prolongement axillaire <input type="checkbox"/> Central <input type="checkbox"/> Localisations contigües	
Taille de la lésion 2 : [] [] [] mm	
<input type="checkbox"/> QSE <input type="checkbox"/> QIE <input type="checkbox"/> UQSUP <input type="checkbox"/> UQEXT <input type="checkbox"/> Mamelon / aréole <input type="checkbox"/> Prolongement axillaire <input type="checkbox"/> QSI <input type="checkbox"/> QII <input type="checkbox"/> UQINF <input type="checkbox"/> UQINT <input type="checkbox"/> Central <input type="checkbox"/> Localisations contigües <input type="checkbox"/> Autre :	
cT [] [] N [] [] M [] [] localisation :	
CIM10 : C [] [] [] []	
Histologie préopératoire	
Date du prélèvement : [] [] / [] [] / [] [] [] []	
Type : <input type="checkbox"/> Micro/macrobiosie <input type="checkbox"/> Exérèse partielle <input type="checkbox"/> Non réalisée	
<input type="checkbox"/> Carcinome canalair <input type="checkbox"/> Infiltrant <input type="checkbox"/> Micro-infiltrant <input type="checkbox"/> Carcinome lobulaire <input type="checkbox"/> In-situ <input type="checkbox"/> Non contributif <input type="checkbox"/> Autre :	
CIMO : [] [] [] [] [] []	
Grade : <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> bas <input type="checkbox"/> Intermédiaire <input type="checkbox"/> haut <input type="checkbox"/> NG	
Récepteurs : Œstrogènes [] [] % cellulaires Progesterone [] [] % cellulaires	
Her2neu : <input type="checkbox"/> Non fait <input type="checkbox"/> Non évaluable	
[] [] % cellulaires positives Grille Herceptest : <input type="checkbox"/> 0+ <input type="checkbox"/> 1+ <input type="checkbox"/> 2+ <input type="checkbox"/> 3+ Her2neu amplifié en FISH <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Traitement néo-adjuvant	
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Type :	
Date de début : [] [] / [] [] / [] [] [] []	
Essai thérapeutique :	
Durée : [] [] ans	
Type :	
Nombre de cycles : [] [] [] []	
Localisation :	
Dose : [] [] grays	
Chirurgie	
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Date de chirurgie : [] [] / [] [] / [] [] [] [] [] [] [] []	
<input type="checkbox"/> Façonne chirurgicale	

La malade dans tout cela ?

**CANCER :
LE MALADE EST
UNE PERSONNE**



Odile
Jacob

- Et la malade , elle en pense quoi ?
- Qui a vu la patiente ?
- Qui représente la patiente (IDEC, médecin ... ?)
- Que sait on d'elle ?
 - Comorbidités?
 - Ancien traitement cancérologique ? Où et quoi ?
 - Détail parfois idiot... 106 kilos pour 1m56 IRM ?

mais aussi Habite seule ?
quel métier ?
famille ou isolée ?

Conférence « Le cancer du sein chez la femme jeune »

« On ne prend pas en charge une tumeur mais une personne »



■ À l'annonce de la maladie, il y a nécessité « d'avoir un espace de prise en compte », explique le Dr Lesur. Photo d'archives

Nancy. Demain, le docteur Anne Lesur, onco-sénologue et Virginie Adam, psychologue, animeront une conférence-débat à Alexis-Vautrin, le centre lorrain de lutte contre le cancer, sur le thème du « Cancer du sein chez la femme jeune ». Le sujet a fait l'objet des 32^{es} Journées de la Société française de sénologie et de pathologie mammaire qui se sont déroulées à Strasbourg en novembre dernier. Une Société qui tire sa force de ce qu'elle rassemble des spécialistes d'horizons différents (gynécologues, oncologues, épidémiologistes etc.) et donne voix aux patientes.

Quand l'univers bascule à l'annonce de la maladie, il y a nécessité « d'avoir un espace de prise en compte », résume le Dr Lesur pour dire combien

le centre Alexis-Vautrin s'inscrit « parfaitement dans l'esprit du Plan Cancer II » : il s'agit de mieux accompagner les personnes dans la vie, pendant et après le cancer. Pendant et accompagnant dans toutes les étapes du parcours de soins et en faisant que le lien soit fait entre chacune d'elles. Puis un jour, organiser la sortie. « Avec cette idée de mettre autant de temps et de tact pour rassurer la patiente, lui dire vous pouvez quitter l'établissement et la maladie », après l'avoir aidée à vivre son cancer « le moins mal possible », sur tous les plans.

À ce titre, un des aspects les moins évoqués par les femmes jeunes est celui de l'intimité. « C'est un peu le sers de notre message de demain. Quand on vous prend en char-

ge, on ne prend pas en charge que la tumeur mais la personne », insiste le docteur Anne Lesur, qui reste effarée par ce qu'elle peut parfois lire sur certains schémas : « Ce qui serait une thérapie chez une patiente ne doit en aucune façon devenir une source d'inquiétude pour une autre », met-elle en garde.

Tirer sa force de la maladie

Sans minimiser « le parcours difficile » traversé par ces femmes, Anne Lesur aime à témoigner de la force que tirent nombre d'entre elles de cette épreuve : « C'est parfois le moyen de retrouver une nouvelle qualité de relations, familiale, conjugale, amicale de se dépasser, de réaliser des envies... » Ce n'est pas une vue de l'esprit, « plein de fem-

mes le disent », assure le Dr Lesur. Pour cela, les patientes doivent pouvoir bénéficier de toute l'attention de ces professionnels (oncologue, psychologue, nutritionniste, kiné...) qui « ont vocation en équipe à l'aider à dépasser l'épreuve ». Neuf fois sur 10 chez la femme jeune « c'est elle qui trouve son module toute seule », en profite pour rappeler le Dr Anne Lesur. Une découverte qu'il convient de ne jamais banaliser, insiste l'oncologue « même si la plupart du temps ce n'est rien [...] ».

M.H.V.

Conférence-débat au centre de lutte contre le cancer de Lorraine, centre Alexis-Vautrin à Vandœuvre-lès-Nancy, le mardi 7 juin de 17 h 30 à 19 h : « Le cancer du sein chez la femme jeune ».

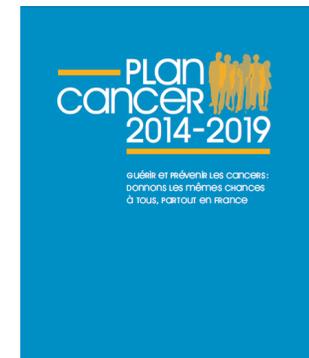


Fluidifier et adapter les **parcours** de santé

Le Plan cancer vise à mettre en place les conditions pour passer d'un **parcours de soins** en cancérologie à un **parcours de santé** assurant une continuité de la prise en charge, sans rupture, et répondant à l'ensemble des besoins des personnes atteintes et de **leurs proches**.

Le parcours doit débuter **dès la forte suspicion** de cancer ou le diagnostic, se dérouler pendant les traitements actifs (par chirurgie, radiothérapie ou chimiothérapie) et se poursuivre **au-delà** pour la surveillance et le suivi.

S'appuyant sur une organisation **coordonnée et multidisciplinaire**, le parcours repose sur une **approche personnalisée** prenant en considération l'ensemble des besoins
au plan physique,
psychologique et social.





Chacun un rôle et lequel ?

- Qui rédige la fiche ?
- Qui relit les fiches ?
- Qui s'assure de l'inscription ?
- Qui envoie la fiche ?
- Secrétariat dédié pas très clair...

70
Papers
Quality in Health Care 2003;18(70): 73

Are members of multidisciplinary teams in breast cancer aware of each other's informational roles?

V A Jenkins, L J Fallowfield, K Poole

Abstract
 Objective—To conduct a commissioned survey of multidisciplinary breast team members' expectations of their own and each other's roles in providing different kinds of information to women with breast cancer.
 Design—Questionnaire based survey.
 Setting and participants—Health professionals from five multidisciplinary breast care centres within a Sussex health authority.
 Main outcome measures—Inter-disciplinary awareness of informational roles played by different team members.
 Results and conclusions—The results of the team survey suggest that, in most cases, health professionals fulfilled the roles expected of them by the team, with two or three individuals identified as the main providers of information for each topic. However, many more professionals were involved in major discussions without the team's knowledge. The professional consistently playing a major 'manager' role was the breast nurse specialist.
 Quality in Health Care 2003;18(70): 73
 Keywords: multidisciplinary teamwork; breast cancer; communication

Key messages

- Most cancer services are now delivered by multidisciplinary teams (MDTs) but the relative benefits of this approach have not been systematically evaluated.
- There is evidence from our pilot study that many members of breast cancer MDTs are unaware of the informational roles of colleagues.
- If patients are to receive comprehensive and consistent information, teams may require extra training, particularly with communication skills, in how to work together as a team.
- Resources must be allocated for training if benefits of MDT working are to be realised.

Research in the primary health care setting highlights a number of benefits for professionals working within a supportive, well functioning team, including better mental health and increased team effectiveness. Complex tasks are accomplished more easily when professionals within the health care team have clear goals, are cooperative and mutually supportive of one another, and are aware of each other's role.¹ In order to achieve this, team members need to be able to communicate clearly within and across the different professional disciplines and with the patient. There is plenty of evidence from hospitals and medical defence organisations showing that poor communication in general results in complaints and litigation.

Inadequate communication between members of specialist cancer teams can lead to confusion for patients about diagnosis, prognosis, and future management plans. Not only does this cause unnecessary distress for patients, but the situation is also frustrating and professionally undermining for team members. 39% of senior oncology nurses and 27% of doctors attending our communication skills courses cited "communication was confusing" among their most stressful and challenging concerns. In addition, poor communication and management skills training were identified as major factors leading to burn out and psychiatric morbidity in UK consultants.²

Since publication of the Calman-Hine report concerning reorganisation of cancer services in the UK, many centres have adopted a multidisciplinary team (MDT) approach with the aim of providing the patient with the best care.³ The NHS Executive breast cancer guidelines and those of the Scottish Intercollegiate Network made explicit recommendations about the need for good communication between the healthcare professionals within an MDT, and between the MDT and patients.⁴ A well functioning MDT with good communication skills should prevent or minimise some of the problems experienced by patients and their professional carers through increased efficiency, improved morale, and work satisfaction. Few data are currently available to show how well this is being achieved and there has been no systematic examination of the advantages and disadvantages of an MDT approach to cancer care. The East Sussex, Brighton and Hove health authority therefore commissioned an in depth survey with five multidisciplinary breast

Correspondence to:
 Dr V Jenkins
 v.a.jenkins@hsc.nhs.uk
 Accepted 18 March 2003
 www.qualityinhealthcare.com

Quel contrôle des données exposées?

DILEMMAS IN BREAST DISEASE

Multidisciplinary Care for Breast Cancer: Barriers and Solutions

Debu Tripathy, MD
 President, American Society of Breast Disease and Komen Alliance Breast Cancer Research Center,
 University of Texas Southwestern Medical Center, Dallas, Texas



Vrai pour d'autres organes...

EUROPEAN JOURNAL OF CANCER 42 (2006) 2459–2462

available at www.sciencedirect.com



ScienceDirect

journal homepage: www.ejconline.com



Current Perspective

The multidisciplinary meeting: An indispensable to communication between different specialities

Thomas Ruhstaller^{a,b,*}, Helen Roe^b, Beat Thürlimann^a, Jonathan J. Nicol^c

^aDivision of Oncology-Haematology, Kantonsspital St. Gallen, Rorschacherstr. 107, CH-9007, Switzerland
^bDepartment of Clinical Oncology, Cumberland Infirmary, Carlisle CA2 7HY, UK

The Breast (2006) 15, 119–122



SHORT REPORT

Breast cancer multi-disciplinary teams in England: much achieved but still more to be done

J.M. Whelan^{a,*}, C.D.M. Griffith^b, T. Archer^c

^aCancer Services Improvement Partnership (CSC-IP), Unit GF12, Block 4, Mountjoy Research Centre, Durham DH1 3UZ, UK

^bWard 46 Office, Royal Victoria Infirmary, Richardson Road, Newcastle upon Tyne NE1 4LP, UK

^cIpswich Hospital NHS Trust, Heath Road, Ipswich, IP4 5PD, UK

Article original
Original article

Bulletin du
Cancer
Société Française du Cancer

Volume 98 • N° 9 • septembre 2011

©John Libbey Eurotext

Évaluation des réunions de concertation pluridisciplinaire en cancérologie : quelles priorités pour quelles améliorations ?

Multidisciplinary team meetings in cancerology: setting priorities for improvement

Article reçu le 21 avril 2010,
accepté le 8 avril 2011
Tirés à part : P. Guillem

Pascale Guillem, Michel Bolla, Stéphane Courby, Jean-Luc Descotes, Mathieu Laramas, Denis Moro-Sibilot
CHU de Grenoble, centre de coordination en cancérologie, BP 217, 38043 Grenoble Cedex 9, France
<pguillem@chu-grenoble.fr>



Exemple NANCY....

- **Volonté de faire du temps diagnostique la pierre angulaire de la suite**
- **La RCP pré thérapeutique clôt cette notion**
- **Procédures très détaillées de qui fait quoi**
- **Un secrétariat dédié et .. Compétent..**
- **Une véritable équipe...**
 - **Contrôle du nombre de plages de consultation**
 - **Contrôle du nombre de RDV50 des radiologues**
 - **Vérification des dates programmées et des examens**
 - **Anticipation et régulation**
 - **Collecte des données semaine par semaine**



CONCEPT de PARCOURS

03 83 59 83 00

La secrétaire va donner un rendez-vous adapté sous trois jours, en fonction de l'entretien qu'elle aura avec le médecin, selon l'une ou l'autre des situations ci-après :



• Une mammographie a mis en évidence une anomalie suspecte, souvent étiquetée ACR4 ou ACR5¹

• Une anomalie suspecte a été trouvée dans le sein de la patiente, confirmée par une mammographie

Un rendez-vous sous trois jours va être donné avec un radiologue afin d'analyser la situation, compléter le bilan, et réaliser un prélèvement, sous anesthésie locale, appelé microbiopsie².

Un questionnaire sera proposé à la patiente, concernant sa santé et son mode de vie, complétant l'entretien médical avec le radiologue.

Au décours de cette consultation, un nouveau rendez-vous sera donné avec un chirurgien dans les 7 jours suivants, temps nécessaire permettant d'obtenir le diagnostic et d'analyser le dossier, avec l'accord de la patiente, lors d'une réunion réunissant plusieurs médecins de spécialités différentes appelée RCP³.

Dès ce stade, une infirmière d'annonce et de coordination (IDEC)⁴ sera disponible pour s'entretenir avec la patiente, si elle le souhaite, afin de diminuer son anxiété. Un compte rendu de la consultation vous sera adressé par le radiologue dans les meilleurs délais.



Glossaire

¹ACR4 ou 5 : conclusion trouvée dans le Compte rendu de l'examen radiologique qui veut dire qu'il y a quelque chose de suspect à définir par des prélèvements.

²Micro biopsie : petit prélèvement de l'anomalie, réalisé et guidé par l'examen en échographie, non douloureux, qui va permettre de faire le diagnostic et proposer un traitement adapté.

³RCP préthérapeutique : Réunion de Concertation Pluridisciplinaire, permettant de proposer le meilleur traitement face à l'anomalie et à son diagnostic, en tenant compte de l'âge, et de la situation médicale. Elle s'appelle préthérapeutique, car elle précède le début du premier traitement. C'est une synthèse de la situation au moment du diagnostic.

⁴IDEC : Infirmière de coordination, disponible pour s'entretenir avec les patientes et les aider à surmonter l'anxiété initiale. Elle pourra accompagner la patiente au cours des traitements successifs, si souhaité.

⁵Médecin coordonnateur du Parcours Sein : c'est le médecin qui coordonne l'ensemble de ces différentes situations et présentera le dossier en RCP pour une prise en charge la plus personnalisée possible. La patiente et vous-même aurez ses coordonnées et celles de son secrétariat, pour toute aide ou complément d'informations.

Quelle que soit la situation initiale, le dossier sera étudié en RCP pour proposer la solution thérapeutique la plus adaptée et personnalisée. Le médecin et la patiente en seront informés au plus tôt, et celle-ci pourra être mise en œuvre. Dès la première consultation à l'ICL et tout au long de la prise en charge de la patiente, les infirmières de coordination des soins et le médecin responsable du Parcours Sein seront ses interlocuteurs privilégiés et les vôtres.



Pour en savoir plus : www.icl-lorraine.fr rubrique Parcours Sein

Délais , mais pas uniquement

Diagnostic et proposition

Le Centre Alexis Vautrin propose le parcours rapide pour les maladies du sein. Ce dispositif permet de proposer une prise en charge au terme des examens diagnostiques nécessaires dans un délai de 10 jours après appel téléphonique initial. L'objectif est de raccourcir les délais entre la demande et la prise en charge, délais généraux d'arrivés.

Le parcours rapide concerne toutes les femmes pour lesquelles un cancer du sein est suspecté (anomalie perçue dans le sein, image radiologique suspecte).

Sur un site unique et dans un délai court, les femmes peuvent rencontrer différents médecins en consultation (radiologue, chirurgien, oncologue, anesthésiste...) et passer tous les examens nécessaires (mammographie, échographie, prélèvements) afin de bénéficier d'une prise en charge multidisciplinaire, complète et rapide.



Il est toujours possible d'avoir un rendez-vous directement avec un praticien particulier, mais dans ce cas les délais peuvent être un peu plus longs.

thérapeutique sous dix jours

Jour 0 Anomalie suspecte dans le sein
Prise de rendez-vous au 03 83 59 83 00

Jour 3 Consultation médicale initiale avec un radiologue
Accueil, connaissance de la patiente et de son dossier
Définir le besoin, réalisation d'examens complémentaires

Jour 7 Concertation pluridisciplinaire réunissant radiologue, chirurgien, oncologue, membre de la coordination sein, rectrice clinique
Analyse des résultats d'examens complémentaires
Elaboration d'une proposition thérapeutique

Jour 10 Consultation avec un chirurgien
Proposition thérapeutique à la patiente et programmation de la prise en charge
Rendez-vous avec l'infirmière coordinatrice du parcours sein
Service du Parcours Personnalisé de Soins

Pour toutes questions parcours rapide contactez le secrétariat au 03 83 59 83 00 www.alexisvautrin.fr



VENIR AU CENTRE ALEXIS VAUTRIN

PAR LA ROUTE
De Metz : 50 Kms par A31 puis A33 - Sortie 2b
De Epinal : 70 Kms par RN57 puis A33
De Bar le Duc : 85 Kms par RN4 puis A33 - Sortie 2b
De Verdun : 100 Kms Direction Pont-à-Mousson, puis A31, puis A33 - Sortie 2b
De Saint Dié : 90 Kms par RN59 puis A33 - Sortie 2b

PAR TRAM / BUS :
Bus : Ligne 123, Station Centre Alexis Vautrin
Tram : Station Vandœuvre CHU Brabois
Bus suburbains : Ligne 511, 512, 514, 521, 522, 523

PAR TRAIN
Gare de Nancy puis par tram ou bus ligne 123.

N° Parcours Rapide : 03 83 59 83 00
de 8h00 à 18h00 du lundi au vendredi



Centre Alexis Vautrin
Centre de Diagnostic
54111 Vandœuvre-du-Francois
www.alexisvautrin.fr

Centre Alexis Vautrin
15 Juin 2011



Maladies du sein Parcours Rapide

Diagnostic et proposition thérapeutique sous dix jours

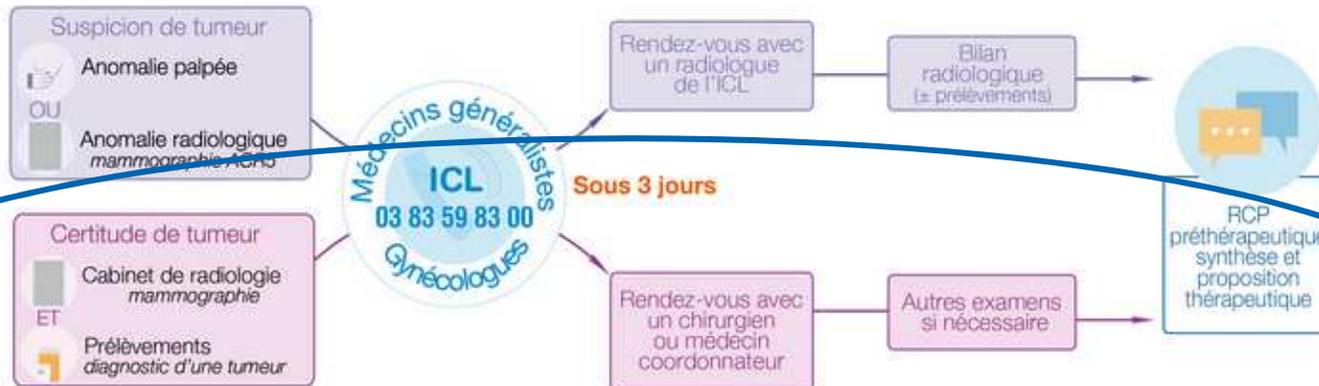




Une anomalie qui est un cancer.....

**Suspicion ou diagnostic de cancer du sein ?
Appelez le 03 83 59 83 00 pour une prise en charge sous 3 jours.**

L'Institut de Cancérologie de Lorraine propose, sur un site unique, une prise en charge pluridisciplinaire coordonnée, appelée parcours sein.



Autre hypothèse : c'est un cancer

Au totaltout est lié....

RCP PPS PPAC

- ***Chemin cliniquedans sa globalité et cohérence, en partage avec tous les intervenants... et la patiente***
- ***Bien débiter pour bien en sortir ...***
- ***Analyse initiale soigneuse et validée***
- ***Plus utile que l'on pourrait le croire***
.....SOUS RÉSERVE ...
 - * ***qualité des données***
 - * ***suivi des propositions***
 - * ***indicateurs de prise en charge***
 - * ***base de données prospectives ?***



Belle image... mais difficile gageure du « ensemble » *en live*.....

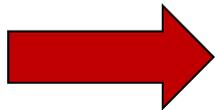
- **Nécessité d'un sentiment d'équipe et d'appartenance à une « maison »**
- **Confiance mutuelle et acceptation de « partage »**
- **Compréhension du mécanisme d'ensemble**
- ***Adhésion* au principe et appropriation**
- **Volonté que cela marche, à chaque niveau..**
 - *Quel est le crétin qui n'a pas pris le RDV?*
 - *Qui a oublié d'inscrire le dossier?*
 - *Pourquoi il faudrait parler du mode de vie ?*
 - *Qu'est ce que cela peut lui faire qu'elle ait des enfants?*
 - *Dicter le CR tout de suite ? VRAIMENT ? Le valider ?*



Un chef d'orchestre...

accepté, humble, dévoué et compétent

- Et une équipe solidaire dans un même but
- Et des professionnels qui se respectent
- Une attention constante, jamais gagné..
- Une évaluation au cours du temps
- Des synthèses régulières
- Une implication totale et humble....
- Une Direction qui accepte la notion de transversalité et de référent pour un groupe

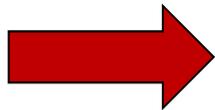


***BEAUCOUP BEAUCOUP de patience
Et des conseils de vrais professionnels en
management (conduite de projets, coachs...)***



Respecter les règles de fonctionnement

- **Ne pas imposer au départ, proposer, discuter, évoluer, évaluer, se mettre d'accord.**
- **Avoir un but commun: certes augmenter les patientes, MAIS leur offrir AUTRE CHOSE..**
- **Etre convaincant, empathique, patient, persuasif et surtout Y CROIRE.....**



Avoir testé tous les maillons,
les zones de frottements, avoir des gens
fiables sur qui compter (secrétaire de type
assistante de direction..) ne pas faire seul,
Etre reproductible tenir la route dans le temps



Ensemble





Bulletin du cancer 1991

78 suppl 1 15s -17s

Réflexions sur la décision thérapeutique et son acceptation par le malade

H Pujol

Centre régional de lutte contre le cancer, 2, rue Bertin-Sans, 34033 Montpellier, France

En cancérologie, la présentation d'une proposition thérapeutique au malade repose souvent sur une double difficulté :

- la difficulté d'identifier, dans chaque situation particulière, le choix du meilleur traitement ;
- la difficulté pour le malade d'accepter un traitement qui comporte parfois une mutilation ou induit des séquelles physiques et psychologiques.

Cette démarche est un transfert de convictions selon un processus en deux temps : acquisition par le médecin que le traitement qu'il va proposer est bien le meilleur, partage de cette conviction par le malade, entraînant son adhésion au traitement proposé.

L'acquisition de la conviction

En cancérologie, la prise de décision thérapeutique peut reposer sur des valeurs très solidement établies et peu contestables. C'est ainsi que l'on doit proposer la chirurgie pour tout cancer colique ou gastrique opérable. Il s'agit là de situations claires mais relativement rares. En effet, pour le traitement des cancers, qu'il s'agisse du traitement primaire loco-régional ou du traitement adjuvant, on assiste à un foi-

sonnement extraordinaire des attitudes thérapeutiques recommandées. On peut observer que les traitements proposés varient d'un pays à l'autre, d'une ville à l'autre, d'un hôpital à l'autre et parfois à l'intérieur du même hôpital, d'un étage à l'autre. Tout cela est bien déconcertant et fragilise la conviction que l'on a de proposer le meilleur traitement possible dans la relation médecin-malade. La pluridisciplinarité en cancérologie permet de pallier en partie cet inconvénient, en regroupant au bénéfice du malade des éléments d'information et de connaissance très divers. Le consensus à l'intérieur d'une communauté médicale et scientifique apparaît donc comme un puissant élément de sécurisation pour le médecin qui fait une proposition thérapeutique. Cependant, il faut se garder de l'excès de sécurisation qu'entraîne le sentiment d'insertion dans une collectivité. On sait en effet que l'établissement d'un consensus ne doit pas faire obstacle à la recherche clinique. Celle-ci, par définition, doit progresser au-delà des acquis, pour aider à formuler les consensus de demain.

La discipline cancérologique est l'une de celles qui justifie le plus l'aphorisme d'Hippocrate : « L'art est long [...] le jugement difficile... » L'année 1990 restera peut-être celle où,

*La pluridisciplinarité
Est bénéfique pour le malade
mais elle est difficile
pour les participants*



Ensemble C'est TOUT ...

« La première attente d'un malade atteint de cancer c'est d'être bien traité, par une bonne équipe pluridisciplinaire, mais ce n'est pas tout »

H. Pujol

Réunion du Cercle Avignon
1999

