



ORGANISATION, COORDINATION & FONCTIONNALITE DES SOINS DE SUPPORT (SOS) AU SEIN DES ETABLISSEMENTS

Groupe de réflexion, Commission Démarche Participative de l'AFSOS

Auteurs : Christine Préaubert-Sicaud, IDE oncologie, Chantal Bauchetet, cadre infirmier, Stéphanie Trager, oncologue, Philippe Colombat, professeur Hématologie, Martine Gardembas-Pain, hématologue, Marie-Josée Masanes, PH pneumologue.

Contributeurs : Sébastien Bacon, assistant social, Anne Bomer, art-thérapeute, Marjorie Ciallis, IDE pneumo, Stéphane Fabriès, coordinateur réseau, Anne Solenn Lebihan, psychologue clinicienne, Virginie Leloup-Morit, médecin, Jérôme Libot, urgentiste, Michel Moriceau, oncologue, Annie Rochedreux, anesthésiste, Claudine Sachot, cadre de santé.

SOMMAIRE

I INTRODUCTION	4
①-1 <u>Rappel de la définition des SOS</u>	4
①-2 <u>La composition des SOS comprend au minimum des équipes ou professionnels isolés de</u>	5
①-3 <u>Missions des SOS</u>	6
II EVALUATION DES BESOINS EN SOS	6
②-1 <u>Temps initial lors du dispositif d'annonce</u>	6
Le dispositif d'annonce s'articule autour de quatre temps :	7
②-1-1 <i>Temps médical</i> :	7
②-1-2 <i>Un temps d'accompagnement soignant</i> :	7
②-1-3 <i>Un temps d'évaluation des besoins en SOS : accès à l'équipe des soins de support</i> :	7
②-1-4 <i>Un temps d'articulation avec la médecine de ville</i> :	8
②-2 <u>A chaque étape du parcours du patient, hospitalisation, hôpital de jour, consultation</u> :	8
②-3 <u>Comment ?</u>	8
②-3-1 Auto évaluation par le patient ou ses proches	8
②-3-2 Hétéro évaluation par les soignants	8
②-3-3 Hétéro évaluation faite par l'équipe en staff pluri professionnel :	9
III ORGANISATION DE LA COORDINATION DES SOS	9
③-1 <u>Coordination interne au sein des services</u>	11
③-1-1 Quelles sont les spécificités de la coordination interne ?.....	12
③-1-2 Règles de fonctionnement :	12
③-2 <u>Les coordinations en SOS au sein des établissements.</u>	12
③-2-1 Ces coordinations ont pour missions :	13
③-2-2 Quelles sont les spécificités de la coordination externe :	13
③-2-3 Règles de fonctionnement :	13
③-2-4 Coordonnateur : Quel profil de poste ?	13

IV LES RCP EN SOINS DE SUPPORT	14
V LES RELATIONS AVEC LE DOMICILE	14
<u>⑤-1 Pour les soignants</u> :	14
<u>⑤-2 pour les personnes malades et leurs proches</u> :	15
VI FONCTIONNALITE DES SOS : TRACABILITE ET EVALUATION	15
<u>⑥-1 Tracabilité</u>	15
➤ <u>Des besoins repérés : elle est le corollaire de l'évaluation</u>	15
➤ <u>De l'offre de soins : elle correspond à celle du parcours et de ce qui a été mis en place.</u>	16
<u>⑥-2 Evaluation des activités et du fonctionnement</u>	16
<u>L'évaluation du dispositif s'effectue à 3 niveaux</u> :	17
<u>Les indicateurs</u> :	17
VII PERSPECTIVES ET CONCLUSION	17
ANNEXES	20
A <u>Les qualités requises à un travail de coordination</u> :	20
B <u>Caractéristiques de l'infirmière coordinatrice de parcours complexe de soins</u> ¹	20
C <u>La RCP (Réunion de Concertation Pluridisciplinaire)</u>	21
D <u>La proposition d'une stratégie thérapeutique et le Programme Personnalisé de Soins (PPS)</u>	21
E <u>Les autres missions du 3C</u>	22
F <u>Outils d'évaluation (liste non exhaustive)</u>	22
REFERENCES	24

¹ Source : Réseau de pratique avancée, Conseil International des Infirmières (2002)

ORGANISATION, COORDINATION & FONCTIONNALITE DES SOINS DE SUPPORT (SOS) AU SEIN DES ETABLISSEMENTS².

I INTRODUCTION

La mise en place des Soins Oncologiques de Support (SOS) s'inscrit dans un cadre législatif répondant aux objectifs de facilitation et de clarification du parcours de soin du patient et de ses proches.

L'essentiel repose sur la coordination de ces soins de support, quelle que soit la situation, la région ou la structure de soins et de traitement du patient, publique ou privée ainsi qu'au domicile.

Cette démarche pluri professionnelle de prise en charge du patient nécessite une concertation entre tous les acteurs de soins concernés, une traçabilité et une lisibilité afin de permettre un parcours optimal, évaluable à l'aide d'indicateurs de qualité.

Le cadre conceptuel de cette organisation des SOS est déjà posé, cependant l'application sur le terrain rencontre des difficultés :

- Dans la mise en place d'une organisation différente et coordonnée, avec l'intention plurielle d'une globalité de la prise en charge du patient,
- Dans l'implication et la participation réelle des médecins généralistes au projet,
- L'évaluation initiale en soins de support n'existe pas forcément partout de manière exhaustive et efficiente,
- Il existe encore des obstacles à la libre circulation des informations entre tous les intervenants du domicile et les services hospitaliers impliqués dans le parcours de soins du patient.

Suite aux constats que nous faisons dans nos expériences professionnelles croisées, nous esquissons quelques pistes de réflexion concernant des propositions cohérentes, réalistes et réalisables.

①-1 Rappel de la définition des SOS :

Les soins Oncologiques de Support se définissent comme « l'ensemble des soins et soutiens nécessaires aux personnes malades tout au long de la maladie conjointement aux traitements onco-hématologiques spécifiques, lorsqu'il y en a »³

² **Groupe de réflexion, Commission Démarche Participative de l'AFSOS :**

Sébastien Bacon, Chantal Bauchetet, Anne Bomer, Marjorie Ciallis, Philippe Colombat, Stéphane Fabriès, Martine Gardembas-Pain, Anne Solenn Lebihan, Virginie Leloup-Morit, Jérôme Libot, Marie-Josée Masanes, Michel Moriceau, Christine Préaubert-Sicaud (responsable groupe), Annie Rochedreux, Claudine Sachot, Stéphanie Trager.

³ Mesure 42 du plan Cancer, circulaire DHOS/SDO/2001/101 du 22 février 2005

Ce n'est pas une nouvelle discipline mais une **coordination de compétences**⁴ au service du patient et de ses proches.

Sa mise en place relève d'une approche transversale commune, interdisciplinaire et pluri professionnelle, le médecin oncologue et le médecin traitant restent les médecins référents.

L'accès aux Soins de Support doit pouvoir se faire dès le diagnostique, pendant la phase curative et/ou palliative, jusqu'à l'après-cancer et cela, quelque soit l'endroit où se trouve le patient : en institution ou à son domicile.

①-2 La composition des SOS comprend au minimum des équipes ou professionnels isolés de :

✚ Soins Palliatifs,

✚ Lutte contre la Douleur,

✚ Psycho oncologie,

✚ Diététique et Nutrition,

✚ Accompagnement Social

✚ Rééducation et Réadaptation fonctionnelle

✚ Et en fonction des possibilités locales , les odontologistes, les socio esthéticiennes, les art thérapeutes, les ergothérapeutes, les espaces « rencontre information » (ERI), les bénévoles d'accompagnement, d'aumônerie, les associations d'usagers et de patients ainsi que les professionnels spécialisés en prise en charge (sophrologie, relaxation, réflexologie...) et en médecine (mésothérapie, auriculothérapie, homéopathie...) complémentaires.

Le second Plan Cancer (2009-2013) recommande une meilleure coordination des soins entre l'hôpital et la ville et permet de mieux formaliser la place du médecin généraliste.

Par la valorisation de sa connaissance du contexte social, familial, culturel et économique de la personne malade et de ses proches, il est ainsi placé au centre du dispositif comme référent médical de proximité en collaboration avec l'oncologue.

La demande en soins de support peut aussi être émise par le patient et ses proches grâce aux listes de référents fournies avec le PPS (Programme Personnalisé de Soins) ou l'annuaire des compétences en SOS, internes ou externes à l'établissement ou encore émaner des autres structures (SSIAD⁵, SSR⁶, HAD⁷, réseaux) lors des interventions par exemple.

⁴ Zarifian définit la compétence comme « la prise d'initiative et de responsabilité de l'individu sur des situations professionnelles auxquelles il est confronté... La compétence est une intelligence pratique des situations qui s'appuie sur des connaissances,... la faculté à mobiliser des réseaux d'acteurs autour des mêmes situations, à partager des enjeux, à assumer des domaines de responsabilité» (Zarifian, 1999, p. 70)

⁵ Service de Soins Infirmiers A Domicile

⁶ Soins de Suite et de Réadaptation

⁷ Hospitalisation A domicile

Un cahier ou un classeur de liaison permet de suivre le patient à son domicile (traçabilité) et donne accès aux informations essentielles à la coordination du suivi et à la continuité des soins.

①-3 Missions des SOS :

- + **Coordination**, l'objectif est d'améliorer la prise en charge globale du malade et de ses proches autour d'un projet commun, en coordonnant les différents professionnels de santé.
- + **Mission de recours et d'expertise** autour de situations complexes cliniques ou éthiques, par un regard extérieur aboutissant à des propositions qui doivent être partagées et acceptées par l'équipe de soins, avec le souci de l'anticipation.
- + **Soutien** aux équipes et aux professionnels de santé par la reconnaissance donnée aux soignants des équipes, par les professionnels des SOS, vis-à-vis de leur prise en charge.
- + **Animation** entre les équipes et soignants des composantes en SOS, permettant de faire régulièrement le point sur le fonctionnement, d'évaluer les besoins et de créer une dynamique de projet afin de proposer des améliorations.
- + **Formation** à la fois aux professionnels de santé de l'établissement par la mise en place de formations internes (formation continue) et aux futurs professionnels de santé des écoles professionnelles (formation initiale).
- + **Recherche** par l'implication des équipes dans des protocoles de recherche clinique ou en Sciences Humaines.

II EVALUATION DES BESOINS EN SOS

②-1 Temps initial lors du dispositif d'annonce

Mesure phare du Plan cancer 2003- 2007, (mesure 40) le dispositif d'annonce expérimenté depuis 2004 est en cours de généralisation sur l'ensemble du territoire.

Ainsi, tout patient atteint de cancer doit pouvoir bénéficier, au début de sa maladie et/ou en cas de récurrence, d'un dispositif d'annonce organisé, qui doit être mis en place dans tous les établissements traitant des patients atteints de cancer.

Le dispositif d'annonce s'articule autour de quatre temps :

②-1-1 Temps médical :

Il correspond à une ou plusieurs consultations dédiées à l'annonce du diagnostic et à la proposition de stratégie thérapeutique (formalisé par le PPS⁸) définie par la Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP, cf. ANNEXE C)

C'est lors du colloque singulier que l'oncologue ou le spécialiste d'organe ou le chirurgien effectue le premier repérage en besoins de Soins de Support et propose au patient un temps de consultation para médicale.

Souvent la première annonce se fait dans le cadre d'une consultation avec le médecin traitant lorsque c'est celui-ci qui a été à l'origine du diagnostic.

Cette procédure, idéalement mise en œuvre par le praticien du domicile, « de première ligne », permettra d'avoir « préparé le terrain » de l'annonce confirmée par les spécialistes sollicités.

Les médecins généralistes, radiologues ou spécialistes d'organe exerçant en ville, ne bénéficiant pas de dispositif d'annonce, doivent alors orienter le patient vers un établissement qui en est pourvu.

Le dispositif d'annonce concerne aussi bien le diagnostic initial que les éventuelles récidives.

L'annonce doit respecter la volonté de savoir du patient et son rythme d'intégration.

Les soins de support doivent apparaître dans le PPS remis au patient, de même que dans le DMP (Dossier Médical Partagé).

②-1-2 Un temps d'accompagnement soignant :

Le patient et / ou ses proches peuvent donc choisir de rencontrer à distance un professionnel du paramédical, manipulateur de radiothérapie, infirmier(e) ou psychologue, seul ou en binôme, selon les ressources et le fonctionnement de la structure.

C'est un temps d'écoute, d'échanges d'informations, de réponses aux questions, de reformulation, de relais entre le médecin et le patient et les proches accompagnants qui permet d'identifier tous les besoins et de proposer les recours en SOS.

②-1-3 Un temps d'évaluation des besoins en SOS : accès à l'équipe des soins de support :

Il permet de repérer et de chercher à répondre aux différents besoins des patients.

Chaque besoin devra être précisément évalué soit au cours d'entretiens ciblés, soit en utilisant des questionnaires ou des grilles d'évaluation.

⁸ Voir dans ANNEXE D « la proposition d'une stratégie thérapeutique et le Programme Personnalisé de Soins (PPS) »

②-1-4 *Un temps d'articulation avec la médecine de ville :*

La communication entre l'équipe et le médecin traitant est essentielle. C'est pour le patient, un gage de sécurité et de continuité des soins à toutes les phases de la maladie.(cf. V, Les relations avec le domicile)

②-2 **A chaque étape du parcours du patient, hospitalisation, hôpital de jour, consultation :**

Lors de chaque passage du patient au sein de l'établissement, une réévaluation des besoins en soins de support devra être faite par l'équipe soignante correspondante. Cela devra donc être une préoccupation de tous les soignants à la fois pour juger de l'apparition de nouveaux besoins et de la prise en compte des besoins précédemment identifiés.

Cette évaluation est d'autant plus difficile

- ✚ que le patient passera peu de temps dans l'établissement (consultation, hôpital de jour)
- ✚ que les équipes n'auront pas été sensibilisées à l'importance de l'évaluation de ces besoins.

Il conviendra de transmettre cette évaluation aux soignants du domicile.

②-3 **Comment ?**

L'évaluation des besoins en soins de support se décline sous différentes formes :

- ✚ **Expression de ses besoins par demande spontanée** du patient ou de ses proches à destination d'un professionnel,
- ✚ **Entretiens** (colloque singulier, consultation infirmière d'annonce, consultation manipulateur de radiothérapie),
- ✚ **Questionnaires d'auto évaluation et d'hétéro évaluation,**
- ✚ **Grilles d'évaluations, Cahier de suivi...**

②-3-1 **Auto évaluation par le patient ou ses proches**

Cette auto évaluation passe par le remplissage de grilles d'évaluation des différents besoins en SOS, des grilles existant soit pour une évaluation globale, soit pour l'évaluation de chaque composante (douleur, besoins sociaux, besoins psychologiques, nutrition, rééducation...).

②-3-2 **Hétéro évaluation par les soignants**

Celle-ci devant être préférentiellement faite par les membres de l'équipe de soins (aides-soignantes, infirmières, médecins) soit lors d'entretiens, soit en utilisant des outils d'évaluation (grilles, EVA, questionnaires d'évaluations ...) remplis par les soignants.

Ce qui semble important est de repérer chez un patient donné la ou les préoccupations majeures pour ce patient et de centrer l'évaluation sur ces items.

La première des évaluations serait peut-être celle qui consiste à repérer réellement ce qui est important et personnalise un patient.

Il est bien évident que certains symptômes tels la douleur doivent être évalués systématiquement, c'est un symptôme « transversal » qui peut toucher tout patient : si un traitement est mis en place, il est nécessaire de répéter les évaluations puisque ce sont elles qui permettront de l'ajuster.

Lorsque des traitements spécifiques sont débutés, il devient évident d'assurer l'évaluation des effets secondaires qui lui sont afférents : mucites, constipation, nausées, vomissements, statut nutritionnel, état psychologique, répercussions sur la qualité de vie...

La connaissance et la gestion des éventuels effets secondaires sont à privilégier à l'arrêt intempestif du ou des traitements mal supportés, ciblés ou spécifiques du cancer.

Ces évaluations seront répétées, d'autant plus qu'un grand nombre de pathologies cancéreuses deviennent chroniques avec un allongement parfois considérable de la survie, ce qui amènera à d'autres traitements qu'il faudra évaluer à leur tour.

L'évaluation sociale est bien sûr incontournable : réalisée initialement elle permettra de mettre rapidement en place les aides éventuelles et surtout de prévoir la sortie dans les meilleures conditions.

De nombreux outils existent pour permettre la cotation des besoins perturbés, assez peu sont utilisés de façon permanente, c'est encore souvent les soignants qui déterminent le degré de perturbation et parfois de manière assez subjective (plusieurs études ont montré que le sentiment perçu de la douleur par les soignants était en fait minoré par rapport au sentiment perçu des patients)

On ne dira jamais assez **l'importance du relationnel** dans l'évaluation des besoins :

- Laisser au patient le temps de s'exprimer,
- Reformuler avec lui pour clarifier les propos sans minimiser sa parole en écoutant son propre savoir et lui donner l'assurance que le problème sera pris en compte.

②-3-3 Hétéro évaluation faite par l'équipe en staff pluri professionnel :

Les staffs cliniques pluri professionnels, obligatoires dans tous les services d'oncologie (mesure 13a de l'HAS au sein de la V2010 et circulaire DHOS de juin 2004) sont un lieu privilégié pour évaluer les besoins en soins de support des patients hospitalisés, cette évaluation bénéficiant du regard croisé des différents soignants prenant en charge le patient et ses proches.

Cette hétéro évaluation permettra l'argumentation plurielle lors d'une RCP Soins de Support, selon les problématiques rencontrées (cf. IV, LES RCP EN SOINS DE SUPPORT)

III ORGANISATION DE LA COORDINATION DES SOS

Les SOS en établissement ne peuvent être conçus uniquement comme une structuration interne, mais doivent être pensés en termes de continuité des soins entre les équipes hospitalières et du domicile.

Si l'on en réfère à la notion de territoire de santé, « *selon les activités et les équipements, les territoires de santé constituent un espace infra régional, régional, inter régional ou national* »⁹, les limites des territoires de santé sont définies par la direction de l'ARS pour les activités et équipements relevant du SROS ; Il est malgré tout judicieux d'identifier des territoires pertinents qui tiennent compte des réalités locales pour l'organisation des soins, indépendamment des limites administratives (départements ou régions).

Au niveau des réseaux de santé, il peut exister 2 échelons territoriaux suivant les régions :

- un ou plusieurs réseaux territoriaux
- un réseau régional de cancérologie (R.R.C.).

Un réseau territorial est une organisation qui travaille en proximité avec le médecin traitant. Elle a pour mission d'assurer la coordination et la continuité des soins et pas exclusivement autour du cancer.

De son côté, le R.R.C¹⁰ a un rôle de coordination de l'ensemble des opérateurs de la prise en charge de patient atteint d'un cancer. Tout établissement de santé qui traite des malades atteints d'un cancer doit appartenir au réseau régional de cancérologie de sa région qui a pour mission d'harmoniser et d'améliorer la qualité des pratiques, de développer l'évaluation et des outils de communication communs.

Il doit avoir signé une convention tripartite avec l'A.R.S. de sa région et l'INCa.

Les structures impliquées dans les SOS au sein de ce regroupement territorial sont : les établissements publics et PSPH (Participant au Service Public Hospitalier), les établissements privés, les HAD, les SSIAD, les professionnels libéraux de santé et du secteur sanitaire et social ainsi que les réseaux de santé et équipes d'appui en interactivité.

- ✚ Au sein d'un grand établissement, il peut s'agir d'une fédération d'unités fonctionnelles ou de services susceptibles d'inclure des professionnels « isolés », d'un département ou de toute organisation équivalente (DISSPO ou SISSPO, Département ou Service Interdisciplinaire de Soins de support pour le Patient en Onco-hématologie).
- ✚ Au sein d'un petit établissement, les structures de SOS regrouperont les compétences de plusieurs établissements et/ou des personnes du secteur privé (établissements de santé, professionnels libéraux)

L'organisation proposée devra alors reposer sur les outils de coopération prévus par la loi tels que les conventions, les groupements d'intérêt public ou de coopération sanitaire.

Le plan cancer prévoit aussi que tout établissement de santé prenant en charge des patients atteints de cancer doit organiser ses activités de cancérologie dans le cadre d'un Centre de Coordination en Cancérologie (**3C**).

Le **3C**¹¹ constitue le pivot de l'organisation territoriale en réseau.

Selon les établissements, l'organisation des SOS s'est structurée sous forme de fédération, de département ou de pôle de Soins de Support.

Deux types de coordination en SOS peuvent être envisagés :

⁹ ordonnance du 4 septembre 2003-850

¹⁰ Source : Circulaire DHOS/CNAMTS/INCa/2007/357 du 28 septembre 2007

¹¹ Cf. ANNEXE E « Les autres missions du 3C »

- ✚ **Une coordination interne au service chargée du recensement des besoins et du recours aux professionnels de SOS**
- ✚ **Une coordination propre aux différents professionnels des SOS**

③-1 Coordination interne au sein des services

La coordination des SOS fait généralement référence au système qui coordonne les intervenants des diverses spécialités des SOS, pourtant une autre coordination est nécessaire : celle d'où émanent les demandes de recours dans les unités de soins.

Or cette fonction existe déjà mais de façon informelle, elle est le plus souvent dévolue à « la personne de bonne volonté qui l'accepte ».

La mesure 18-1¹² du plan Cancer II 2009-2013 préconise ce profil de poste valorisé par la création d'un master infirmier « coordonnateur de parcours de soins complexes » (cf. ANNEXE B).

L'objectif serait de formaliser cette fonction en lui donnant un profil et un Cahier des Charges spécifique, un rôle quantifiable et reconnu dans un processus d'amélioration qualitative de prise en charge des patients et d'en assurer la traçabilité.

L'identification d'une personne responsable permettrait d'éviter les interventions dispersées qui font perdre du temps et garantirait l'exhaustivité des interventions nécessaires.

Il peut être nécessaire de mobiliser les équipes à partir de l'appel téléphonique d'un patient connu au domicile ou des soignants de proximité.

Ceci nécessite alors que le patient se rende à l'hôpital pour une consultation ou en hôpital de jour où les équipes transversales pourront le rencontrer, faire l'évaluation des besoins et prendre éventuellement contact avec leurs correspondants du domicile.

③-1-1 Quelles sont les spécificités de la coordination interne ?

Permettre une centralisation des informations et en assurer la diffusion.

- ✚ Être en capacité d'évaluer les recueils de besoins et la pertinence d'appel aux équipes transversales.
- ✚ Être un interlocuteur privilégié entre les équipes.
- ✚ Connaître le fonctionnement des équipes transversales, des annuaires et des structures hospitalières.
- ✚ Être capable de transmettre les actions déjà mises en place et celles qui sont attendues des équipes transversales (ex : faire appel à une équipe douleur pour douleurs réfractaires nécessite de pouvoir exposer ce qui a déjà été mis en place et la raison précise de l'appel à l'équipe spécialiste).
- ✚ Assurer une traçabilité des actions engagées et de leurs résultats.

¹² Il est proposé de « coordonner les parcours de soins des malades pendant la phase active du traitement grâce à des coordonnateurs de soins » au travers de la mise en place d'infirmiers coordonnateurs de soins (les postes d'infirmiers d'annonce pourront être élargis pour intégrer ces nouvelles missions)

- ✚ Respecter le travail des autres, les considérer comme faisant pour un moment partie d'une même équipe en interaction, aider à la création d'une dynamique de groupe.
- ✚ Déterminer en équipe les cas qui nécessitent d'emblée le recours aux équipes transversales (ex : les patients migrants avec ou sans couverture sociale qui doivent recevoir des traitements lourds et ne pourront pas retourner au domicile).
- ✚ Etre en capacité d'anticiper les sorties problématiques d'hospitalisation et assurer la collaboration entre les équipes internes et celles du domicile.
- ✚ Savoir entretenir des relations avec les patients (lien téléphonique) et les soignants du domicile dans un souci de non abandon et de cohérence des soins.

③-1-2 Règles de fonctionnement :

Cette coordination est dépendante des réalités du terrain et ne peut être effective dans tous les services, chacun devra donc ainsi trouver le meilleur fonctionnement selon sa typologie.

- ✚ La procédure la plus performante est la centralisation consensuelle des besoins recensés au cours de staffs cliniques pluri professionnels dans un continuum de prise en charge.
- ✚ Cette coordination doit être organisée, connue de tous et assurer un retour des actions entreprises auprès de l'équipe, sinon risque de morcellement du patient et de juxtaposition d'actions sans cohérence.
- ✚ Les règles de fonctionnement doivent être écrites dans un cahier des charges.
- ✚ Nécessité en amont de travailler sur des recueils de besoins élaborés en équipe selon la typologie des patients.

③-2 Les coordinations en SOS au sein des établissements.

D'un point de vue administratif, la création d'une fédération, d'une coopération ou d'un regroupement d'unités fonctionnelles répond au mieux à la mise en place d'une « coordination avec mutualisation de moyens » sans confusion des missions.

Il peut aussi s'agir du regroupement des intervenants des différentes composantes des soins de support.

Il s'agit bien d'une coordination et non pas d'une fusion des structures et des compétences concernées.

Une mutualisation de moyens administratifs « guichet unique », secrétariat commun avec n° téléphonique unique, voire des locaux communs semble souhaitable.

Une responsabilité alternée entre les différents responsables des équipes impliquées dans les soins de support peut éviter les situations de clivage interprofessionnel ou de pouvoir interprofessionnel.

Les soignants peuvent solliciter directement la cellule de coordination ou les coordinateurs en SOS au sein des unités de soins lorsqu'ils existent, après une évaluation des besoins des patients ayant objectivé une situation complexe. Il en va de même pour les patients et leurs proches, ce qui nécessite qu'une information soit faite sur ces structures lors de la consultation d'annonce et au sein des services.

Au niveau des sites regroupant une ou plusieurs structures autorisées (établissements de santé et centres de radiothérapie en Cancérologie), ces coordinations peuvent dépendre des 3C.

Parmi les missions de ces 3C, il existe la présentation aux patients des soins de support, la mise à disposition des professionnels de santé intra et extrahospitaliers d'un répertoire des ressources en SOS et la proposition de moyens de réponses coordonnées et pluridisciplinaires.

③-2-1 Ces coordinations ont pour missions :

- ✚ De centraliser les demandes et de les analyser,
- ✚ De solliciter les professionnels des soins de support concernés,
- ✚ D'assurer la traçabilité des demandes reçues et des réponses à ces demandes,
- ✚ D'élaborer un projet de prise en charge commun comprenant le projet de soins, les mesures anticipatoires, le projet de vie incluant un éventuel retour à domicile ou un rapprochement dans une structure relais,
- ✚ De favoriser l'articulation avec la médecine de ville.

③-2-2 Quelles sont les spécificités de la coordination externe :

- ✚ Etre l'interlocuteur de tous les services et le lien entre toutes les composantes de soins de support,
- ✚ Etre une structure reconnue par l'ensemble des équipes de l'établissements,
- ✚ Etre capable de transcrire et de décoder les raisons de l'appel pour mobiliser les ressources adaptées,
- ✚ Provoquer des réunions régulières des soignants et des équipes composant les soins oncologiques de support afin de créer une dynamique et une démarche projet aboutissant en particulier à un choix ou une élaboration des outils, des règles homogènes de traçabilité.

③-2-3 Règles de fonctionnement :

- ✚ La coordination en SOS, rattachée au 3C, doit être connue de tous : patients et soignants. Une formation régulière doit être faite au niveau des équipes et des instances des établissements, ainsi qu'auprès des partenaires associés participant à la démarche de SOS (Réseaux, HAD, SSIAD...),
- ✚ Concernant les patients et leurs proches, une plaquette et si possible une information sur le site Internet de l'établissement doivent être mis à disposition,
- ✚ Les règles de fonctionnement doivent être écrites, claires et précises,
- ✚ La traçabilité des demandes reçues et des réponses à ces demandes est essentielle,
- ✚ L'organisation d'un temps d'information à chaque changement de lieu de soins, en particulier lors du retour à domicile.

③-2-4 Coordonnateur : Quel profil de poste ?

Seul un soignant compétent peut répondre aux exigences de ce poste.

Sa désignation doit être connue de tous et sa place et son statut reconnus et validés.

- ✚ Une infirmière coordinatrice
- ✚ Un cadre de santé coordinateur

Les qualités requises à un travail de coordination sont accessibles dans les ANNEXES (A et B) de cet écrit.

IV LES RCP EN SOINS DE SUPPORT

La RCP en Soins de Support est une réunion de concertation spécifique composée des différents professionnels concernés par les SOS.

Pour chaque domaine d'intervention des soignants, une analyse précise et régulière des besoins de chaque patient ainsi que l'hétéro évaluation faite par l'équipe en staff pluri professionnel, en amont de cette réunion, permet d'optimiser une prise en charge collégiale du malade et de ses proches.

Au cours de cette rencontre pluri professionnelle, les dossiers des patients aux pathologies complexes sont présentés par un soignant du service : il s'agit dans le même temps d'une phase de réévaluation, de mise en adéquation des moyens en SOS et d'anticipation.

A l'issue de cette réunion, une fiche de synthèse propre à chaque patient est établie. Cette fiche RCP Soins de Support est intégrée au dossier médical et envoyée à tous les intervenants extérieurs concernés (médecin traitant, spécialiste, HAD, ...)

Ces RCP sont souvent présentes dans les structures dévolues spécifiquement au cancer mais n'ont pas ou peu été mises en place dans les centres hospitaliers ; il s'agit le plus souvent de « staffs en soins de support ».

Ce type de RCP diffère et élargit la définition première de la RCP (cf. Annexe C) destinée à orienter les stratégies diagnostiques et thérapeutiques, sa mise en place se porte aussi garante d'une amélioration continue de la qualité de la prise en charge oncologique initiale..

L'objectif est d'améliorer la communication entre professionnels de santé. En renforçant la transversalité, ces réunions permettent de faire évoluer les pratiques collaboratrices.

V LES RELATIONS AVEC LE DOMICILE

Ce temps d'articulation avec la médecine de ville favorisera :

- + L'accès aux soins pour tous et la continuité des soins,**
- + La Transversalité, l'écoute et le respect entre équipes,**
- + Des séjours en hospitalisation moins longs,**
- + La limitation des dépenses publiques et permettra une rotation des patients.**

Ce qui sous-entend

⑤-1 Pour les soignants :

- + De Communiquer entre soignants d'un même service (staffs communs),**
- + De Connaitre les structures alternatives, faire le meilleur choix pour une personne et une situation données,**
- + De Reconnaître aux autres équipes des savoirs propres, des compétences, des moyens humains et matériels spécifiques adaptés aux lieux de soins (on ne soigne pas de la même façon dans une chambre au domicile et dans une chambre à l'hôpital et chaque équipe doit s'adapter),**

- ✚ De Communiquer autrement que par des courriers lapidaires, être présents au téléphone voire rencontrer ces équipes pour élaborer un projet commun (trop souvent les équipes complémentaires ne communiquent jamais),
- ✚ D'Elaborer des outils pratiques de communication et d'évaluation (carnet de liaison) et de promouvoir la circulation sécurisée de l'information par le biais du Dossier Communicant de Cancérologie et du Dossier Médical Personnel.
- ✚ De Partager les protocoles, voire organiser des sessions de formation sur les matériels utilisés et les médicaments nouveaux (surtout s'il s'agit de nouvelles technologies émanant de l'hôpital).

⑤-2 pour les personnes malades et leurs proches :

- ✚ Choisir et évaluer avec le patient et sa famille le lieu qui convient le mieux en fonction de son état de santé et des ressources des aidants (domicile, SSR, hôpital de proximité, moyen séjour...),
- ✚ Penser à l'éducation thérapeutique des aidants naturels,
- ✚ Contacter en amont le médecin traitant, le pharmacien, les IDE de proximité et les prestataires de service pour éviter les ruptures de soins,
- ✚ Si transfert en SSR : privilégier le lieu le moins éloigné pour le confort des familles,
- ✚ Evaluer les conditions d'habitat pour les améliorer au besoin si retour à domicile,
- ✚ Si le patient relève d'une USP, faire une préparation anticipée pour une intégration sans rupture. La fin de vie a-t-elle été évoquée ? Avec qui ? Cela est-il noté dans les transmissions ?
- ✚ Programmer des passages réguliers en hôpital de jour pour évaluation et continuité des soins ou en cas de soins ou actes impossibles à réaliser à domicile,
- ✚ Prendre contact avec le Réseau Territorial s'il existe afin d'organiser la continuité et la coordination des soins avec tous les acteurs du domicile,
- ✚ Aider le patient et son entourage en leur donnant accès à un annuaire des prestations en ville accessibles directement ou via les réseaux de santé locaux (annuaires de professionnels de santé, des associations...),
- ✚ Conserver une disponibilité de lien téléphonique, si possible,
- ✚ Valoriser les équipes extérieures auprès des personnes malades.

VI FONCTIONNALITE DES SOS : TRACABILITE ET EVALUATION

⑥-1 Traçabilité

➤Des besoins repérés : elle est le corollaire de l'évaluation

Chaque besoin évalué, chaque symptôme repéré, chaque préoccupation du patient, réaction physique ou psychique, le ou les diagnostics infirmiers, chaque action entreprise doivent faire l'objet d'une transcription utile à la communauté soignante (cf. le décret de compétences du DE infirmier¹³).

Au delà des critères objectifs de l'état de santé, il semble que d'autres éléments doivent être partagés, comme ceux qui ont trait au sommeil, aux sentiments de bien-être ou de mal-être, en bref tout ce qui n'a pas forcément

¹³ Références : Décret n°2004-802 du 29 juillet 2004

corrélation avec la maladie mais qui caractérise une personne souffrante et que le travail relationnel permet de mettre en évidence.

Les moyens existent : transmissions ciblées, dossier soin, cahier de liaison et différents supports plus spécifiques (fiche douleur, relevé des ingestats, questionnaire qualité de vie, indice de Karnofsky...).

La traçabilité des besoins en soins de support et des propositions en rapport doit impérativement se retrouver dans le courrier médical du patient (consultation de suivi ou sortie après hospitalisation) adressé au médecin traitant et aux autres médecins spécialistes concernés.

➤ **De l'offre de soins : elle correspond à celle du parcours et de ce qui a été mis en place.**

Toutes les phases du dispositif d'annonce (consultations, RCP, PPS) ainsi que toutes les interventions des professionnels des soins de support doivent être tracées et accessibles pour tous les professionnels en inter action auprès du patient et de ses proches.

Les données d'activité et les indicateurs de suivi de ce dispositif seront communiqués aux ARS et inclus dans le rapport d'activité des centres de coordination en cancérologie (3C), transmis au réseau régional de cancérologie et analysés au niveau national par l'INCa.

Le dossier communicant permet ainsi à tous les acteurs du soin intra et extra hospitalier :

- ✚ Une prise en charge cohérente dans une même sécurité et qualité des soins
- ✚ Des indicateurs de suivi pertinents et adaptés à la réalité du terrain (besoins, moyens, contexte).

©-2 Evaluation des activités et du fonctionnement

L'objectif est triple :

- ✚ **Evaluer l'accessibilité aux soins de support** en vérifiant que toute personne malade et son entourage ont accès au bon moment aux informations et aux compétences impliquées dans les soins de support,
- ✚ **Evaluer la qualité du service rendu** au patient en vérifiant l'adaptation et l'adéquation de la réponse à la demande,
- ✚ **Evaluer les activités et le fonctionnement** en définissant, par composante ressource, des indicateurs en fonction des spécificités, comme le nombre d'actes, de consultations, le temps moyen passé par patient, le nombre de prises en charge, la durée...

Il est intéressant de noter que les résultats de cette évaluation peuvent aussi permettre une meilleure implication et motivation de tous les professionnels de santé dans leurs fonctionnements transversaux et dans la réflexion vers une amélioration des pratiques et de l'organisation des SOS.

Cette évaluation s'intègre dans des démarches déjà développées ou en cours de développement dans de nombreuses institutions, comme :

- ✚ **La Démarche qualité** : définition en commun avec les acteurs en SOS d'une méthodologie générale (objectifs, moyens, calendrier, modes de réalisation et de diffusion de l'évaluation)

avec détermination d'outils adaptés qualitatifs et quantitatifs afin d'évaluer la situation actuelle et la situation attendue (cible),

- ✚ **La Démarche d'accréditation et de certification** des établissements,
- ✚ **Les Démarches d'Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP)** (individuelles ou institutionnelles) : Etudes de dossiers, Revues de Morbi-Mortalité.

L'évaluation du dispositif s'effectue à 3 niveaux :

- ✚ **Par les usagers** : audits de satisfaction, questionnaires sur l'information, l'accessibilité, la qualité du service rendu
- ✚ **Par les professionnels libéraux et les équipes cliniques**
- ✚ **Par la coordination des SOS** ou le responsable qualité, et selon les structures, par le **3C** : rapport annuel d'activités, décliné selon l'activité générale des missions.

Les indicateurs :

- ✚ **De charge en soins** : file active, nombre de nouveaux patients suivis, nombre de consultations mono et pluri disciplinaires, de RCP, nombre de rencontres avec l'entourage, nombre d'actes techniques, d'avis téléphoniques..
- ✚ **De qualité de prise en charge** : évaluation de la qualité de la prestation rendue, EPP,
- ✚ **De formation** : Thèmes ? Nombre d'heures ? Population concernée ?
- ✚ **De recherche** : quelle implication ? Nombre d'enquêtes épidémiologiques ou de pratique ? De publications ?

Parmi les moyens d'évaluation, il conviendra que chacun choisisse les indicateurs les plus pertinents pour sa structure. (cf. ANNEXE F)

Il paraît essentiel d'organiser une restitution au minimum annuelle des indicateurs de suivi et des résultats des démarches d'évaluation en interne auprès de l'ensemble des professionnels ressources en soins de support, des représentants des patients (notamment en lien avec la commission de relation avec les usagers et de la qualité de la prise en charge) et des responsables des structures d'origine des acteurs de soins de support (responsables de 3C, directions, instances des établissements de santé) **et d'assurer une communication en externe** c'est à dire porter les rapports annuels d'activité et les résultats d'évaluation à la connaissance des tutelles et institutions concernées (ARS, etc.) ainsi que les organismes associés à la démarche (CA des réseaux, HAD, etc.).

VII PERSPECTIVES ET CONCLUSION

Deux axes majeurs sont à travailler :

- L'Après cancer,
- L'intégration des informations UTILES utilisées par les acteurs des soins de support au DMP.

Le cinquième et dernier axe du Plan cancer II¹⁴ mentionne la prise en charge sociale et personnalisée du patient (PPAC). Il définit aussi des moyens et des outils pour permettre de répondre au handicap, pour accéder aux assurances et au crédit, pour lever les obstacles à la réinsertion professionnelle mais aussi pour pouvoir affronter le regard de l'autre.

L'organisation des soins de support mise en place pendant la maladie a un rôle majeur dans l'accompagnement du patient et de son entourage dans l'après cancer, mais aussi dans la phase de surveillance après traitement. Cette « nouvelle » prise en charge doit être le résultat d'un lien entre les différents partenaires médicaux, paramédicaux, sociaux en proximité avec le médecin traitant.

Il y a de nombreuses années, devant le congrès américain le Président Kennedy dit « la seule chose qui coûte plus cher que l'information est l'ignorance des hommes ». Dans nos métiers, nous avons souvent soit trop d'informations soit trop peu.

Depuis la mise en place de l'Agence des Systèmes d'Information Partagées de Santé (ASIP Santé), le déploiement du Dossier Médical Personnel avance. Il est en cours de test sur plusieurs régions¹⁵. Ce dossier médical totalement dématérialisé rassemblera les informations relatives à un patient et nécessaires à la coordination des soins

De plus en novembre 2010, l'INCa et l'ASIP ont publié « le Cadre national Dossier Communiquant de Cancérologie (DCC) et Dossier Médical Personnel (DMP) » qui définit les conditions de mises en œuvre du DCC en tant que service du DMP. Cela facilitera la coordination des soins entre professionnels de santé à toutes les phases (du diagnostic à l'après cancer en passant par les phases aiguës du traitement).

Un des enjeux sera de définir l'information utile.

La complexité des parcours de soins en cancérologie et la multiplicité des acteurs nécessitent une meilleure coordination pour que les malades soient mieux accompagnés pendant et après la phase aiguë de leur traitement.

Les patients demandent un parcours de soins plus fluide pour éviter tout sentiment de rupture, en particulier entre l'hôpital et la ville.

Le médecin traitant dont le rôle de pivot a été confirmé dans la loi « Hôpital, patients, santé, territoires » est un acteur essentiel de la prise en charge en ville et doit être mieux informé et associé à ce parcours afin qu'il dispose de tous les éléments pour assurer pleinement la prise en charge globale de proximité du patient.

Un relais concret entre les équipes hospitalières et les professionnels de proximité, que représentent, en particulier aux côtés des médecins généralistes, les infirmiers libéraux, les pharmaciens et les réseaux territoriaux de santé poly thématiques, est un facteur clé de la réussite de cette coordination.

Des formations seront développées pour ces professionnels de santé de proximité, afin qu'ils disposent de l'accès à une actualisation de leurs connaissances ainsi que d'outils pour faciliter la continuité des prises en

¹⁴ Axe Vivre Pendant et après un cancer – Mesures 25 à 30

¹⁵ En mai 2011 : en Aquitaine, Alsace, Franche-Comté, Lorraine, Midi-Pyrénées, Pays de Loire, Picardie et Rhône-Alpes.

charge sur le terrain via, en particulier, le dossier communicant de cancérologie (DCC)¹⁶.

La généralisation de la démarche d'anticipation par le recours plus systématique et plus précoce aux équipes spécialisées de soins de support permettra aussi l'appropriation du projet de soin par tous les acteurs impliqués : patient, proches et professionnels.

Ces préconisations ne peuvent se réaliser que par un travail commun, c'est tout l'enjeu de la transversalité entre professionnels de santé.

¹⁶ Source : site de l'INCa : <http://www.e-cancer.fr/>

ANNEXES

A Les qualités requises à un travail de coordination:

- Bonne connaissance des pathologies soignées
- Capacités relationnelles et communicatives
- Capacités transmissionnelles
- Proximité et écoute des patients et proches
- Collaboration étroite avec les équipes de soins et les équipes ou soignants des composantes des SOS
- Savoir travailler en transversalité
- Savoir rendre compte des actions et résultats (aussi bien dans le sens équipe de soins vers les équipes transversales que des équipes transversales vers l'équipe de soins)

B Caractéristiques de l'infirmière coordinatrice de parcours complexe de soins¹⁷

L'infirmière régulatrice des parcours complexes de soins contribue à l'efficacité de la prise en charge interdisciplinaire des patients.

- Elle participe, au sein d'un pôle d'activités médicales ou d'un établissement de santé, au bon déroulement du parcours du patient au regard du chemin clinique dans lequel il a été inclus en accord avec son médecin référent.
- Elle coordonne tous les éléments du processus de prise en charge spécifiés au sein du chemin clinique, en suivant le parcours de celui-ci au sein de l'institution.
- Elle facilite la continuité et la cohérence des soins entre les secteurs de soins que traverse le patient dans son parcours en établissement de santé en ville et entre ville et hôpital.
- Elle participe à la détection des écarts constatés dans le parcours des patients entre les résultats de soins obtenus et ceux prévus dans le chemin clinique.
- Elle propose au médecin référent et/ou à l'équipe soignante du patient des mesures correctrices immédiates, et les met en œuvre.
- Elle participe à la compilation et à l'analyse des écarts dans le cadre de la démarche continue d'amélioration de la qualité institutionnelle.

¹⁷ Source : Réseau de pratique avancée, Conseil International des Infirmières (2002)

C La RCP (Réunion de Concertation Pluridisciplinaire)

C'est un lieu d'échange entre spécialistes de plusieurs disciplines sur les stratégies diagnostiques et thérapeutiques en cancérologie.

La RCP est organisée par un établissement, un groupe d'établissements ou un réseau de cancérologie, dans le cadre des Centres de Coordination en Cancérologie (3C). Elle constitue un élément essentiel de l'organisation des soins en cancérologie garante d'une amélioration continue des soins.

La **RCP** oriente vers les protocoles validés par les référentiels. Le patient a toute liberté pour l'accepter ou le refuser en fonction de ses propres souhaits.

D La proposition d'une stratégie thérapeutique et le Programme Personnalisé de Soins (PPS)

- ✚ Le **PPS** permet au patient de prendre les décisions concernant sa santé (art. L. 1111- 4 et 7 du CSP), avec un délai de réflexion quand cela est possible et après consultation d'un deuxième avis médical s'il le souhaite.
- ✚ Il informe sur les bénéfices attendus, les effets secondaires et les risques thérapeutiques sur un court ou long terme (art L. 1111-2 du Code de la Santé Publique) ainsi que sur les éléments de pronostic s'il le souhaite.
- ✚ Il sera transmis au médecin traitant.

Le PPS initial est susceptible d'évolution : il peut être complété, modifié, voire remplacé si des conditions de santé l'y obligent après une nouvelle RCP et en informant le patient.

Y seront indiqués au minimum :

- ✚ Le plan théorique de traitement et son organisation,
- ✚ Les différents bilans prévus,
- ✚ Les noms et coordonnées du médecin responsable du traitement et de l'équipe soignante référente joignables par le médecin traitant, le patient ou ses proches,
- ✚ Les coordonnées des associations de patients avec lesquelles il peut prendre contact,
- ✚ Informations sur les différents matériels et leur fonctionnement (diffuseurs portables, dispositifs veineux centraux).

Ce PPS permet aussi le suivi en cas d'urgence.

E Les autres missions du 3C

- ✚ **Mise à disposition des médecins et des soignants** des référentiels, thésaurus et protocoles validés et actualisés par le réseau régional et mise en place de l'audit interne de leur utilisation.
- ✚ **Assurance d'engagement de l'établissement dans une démarche d'assurance qualité en cancérologie**
- ✚ **Production d'informations quantitatives et qualitatives sur les activités cancérologiques médico-chirurgicales et pharmaceutiques du CHU** (mise en place de la traçabilité des pratiques, production d'indicateurs...)

F Outils d'évaluation (liste non exhaustive)

Certaines des références proposées sont accessibles sur le site de l'INCa (<http://www.e-cancer.fr/>)

Ces outils sont à adapter et à personnaliser en fonction de vos spécificités.

- ✚ **Etat des lieux de ce qui existe déjà au sein de la structure,**
- ✚ **Liste des compétences de recours extérieures à la structure (+ annuaire régional des ressources)**
- ✚ **Fiches de recueils adaptés et personnalisés, au moyen d'auto-évaluations et d'hétéro évaluations :**

Ce sont les outils de liaison médecin-infirmières : les supports écrits de compte-rendu (grille de recueil) de consultation d'annonce, médicale et para médicale, le PPS, le Dossier Communicant de Cancérologie (DCC), le Dossier médical Personnel (DMP),

les outils spécifiques de repérage des besoins en soins de support :
 - outils d'évaluation de l'état de santé (indice de Karnofsky, échelle Edmonton, indice d'activité ECOG/OMS, échelle des activités de vie quotidienne (ADL), indice de masse corporelle, indice de buzby (NRI),
 - outils de repérage de la souffrance psychologique [Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), DT Thermomètre de la détresse psychologique et liste de problèmes],

- outils d'évaluation de la douleur (EVA, EVS, échelle numérique, San Salvador (enfant), Doloplus, DN4 (douleurs neuropathiques), grille d'évaluation Sainte Perrine (patients non communicants),
- outils de repérage de la fragilité et des besoins sociaux.
- outils de dépistage de risque d'escarres(échelle de Norton, grille de Waterloo)
- outils de recueil et surveillance des effets secondaires spécifiques (aplasie, mucites, etc....)

✚ **Outils de liaison / transmission avec le médecin traitant, les autres structures de prise en charge, les équipes de proximité,**

- Fiches de transmission ide, courrier médical de sortie, cahier ou classeur de liaison

✚ **Outils de fonctionnalité**

- Outils institutionnels, indicateurs d'activité par composante ressource, ex : nombre de soutien psychologiques réalisés, nombre de prise en charge en rééducation fonctionnelle, nombre d'interventions du service social, nombre d'interventions de l'équipe référente en soins palliatifs, interventions de la diététicienne,
- Outils d'évaluation de la coordination des SOS (pluridisciplinarité de la prise en charge, circuit de l'information, régulation, traçabilité, évaluation des besoins du patient, supports de communication et d'information ...)
- Outils évaluant la charge en soins, SSIPS,
- Outils d'évaluation du dispositif et de l'accès aux soins de support
 - par le patient et son entourage : audits, questionnaires de satisfaction
 - par les équipes de recours : questionnaires , rencontres
 - par les équipes cliniques et les professionnels libéraux : questionnaires de plus-value, de satisfaction, rencontres
- Indicateurs d'activité de formation,
- Indicateurs d'activité dans le domaine de la recherche.

REFERENCES

- ² Mesure 42 du plan Cancer, circulaire DHOS/SDO/2001/101 du 22 février 2005
- ⁷ ordonnance du 4 septembre 2003-850
- ⁸ Source : Circulaire DHOS/CNAMTS/INCa/2007/357 du 28 septembre 2007
- ¹¹ Décret n°2004-802 du 29 juillet 2004
- ¹² Axe Vivre Pendant et après un cancer – Mesures 25 à 30
- ¹⁴ Source : site de l'INCa : <http://www.e-cancer.fr/>
- ¹⁵ Source : Réseau de pratique avancée, Conseil International des Infirmières (2002)

- Ph COLOMBAT, A ANTOUN, R AUBRY, I BANTERLA-DADON, F BARRUEL, JM BONEL, JC BONNIN, L CHASSIGNOL, A CHOLLET, G CHVETZOFF, D D'HEROUVILLE, M DROUART, H GAILLET, G GANEM, I KRAKOWSKI, MO MORIGAULT, G NALLET, J ROLLAND, A SUC. A propos de la mise en place des soins de support en cancérologie ; pistes de réflexions et propositions. Hématologie ; 2009 ; 1 ; 72-90

- Ph. COLOMBAT, J.P. WAGNER, I. KRAKOWSKI, L'équipe d'oncologie et les soins de support en établissement : quelles interfaces et comment ?; Oncologie ; 2005 ;7,1-6