

Synthèse de la table ronde « évolution des parcours de soins : une meilleure coordination des acteurs »

Cette table ronde, animée par Hélène Cardin, journaliste à France Inter, s'était donnée pour mission d'aborder le rôle de l'infirmière coordinatrice, du médecin traitant, le programme personnalisé de soins ou encore les outils de partage des informations entre les professionnels.

Annie Podeur, directrice de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (ministère de la Santé et des Sports) a ouvert le débat. Elle a mis en lumière les difficultés liées à la transmission des informations entre les équipes hospitalières et le médecin traitant et l'impression d'étanchéité qui pouvait s'en dégager pour le patient. Annie Podeur a précisé l'objectif à atteindre dans ce domaine : garantir à chaque patient un parcours de soins humain et performant. La directrice de la DHOS a dégagé 4 grands axes d'action et de travail autour du médecin traitant et du parcours de soins. Tout d'abord, mieux coordonner le parcours entre l'hôpital et le domicile : articuler les soins avec la ville pour organiser le retour à domicile, coordonner les soins entre les établissements, articuler traitement et soins de support. Ceci, à travers le parcours personnalisé de soins. Annie Podeur a également évoqué l'expérimentation de réunions de coordination multidisciplinaire, à l'image des RCP, afin de mieux organiser ce parcours. Deuxième axe : renforcer le rôle privilégié du médecin traitant, via la formation professionnelle continue. Un dispositif qui pourrait être étendu à d'autres professionnels de santé paramédicaux, acteurs de proximité dont Annie Podeur a, par ailleurs, souligné le rôle et la valorisation dans le parcours de soins. Autre nécessité : le partage des informations entre professionnels : un partage qui pourrait être facilité par la mise en place d'outils tels qu'un courrier récapitulatif adressé au médecin traitant du patient, après une phase de traitement aigue. Enfin, toujours en matière d'information, la directrice de la DHOS a évoqué l'enjeu du dossier communicant en cancérologie (DCC) et son intégration dans le futur dossier médical personnel. L'objectif a rappelé Annie Podeur, étant de rendre la vie du patient plus facile.

Philippe Bergerot, radiothérapeute à Saint-Nazaire et vice-président de la Ligue nationale contre le cancer, a rappelé que des dispositifs avaient d'ores et déjà été mis en place en matière de coordination des soins comme le dispositif d'annonce, qui prévoit un accès à des compétences en soins de support, une évaluation des besoins sociaux ainsi qu'un temps d'articulation avec la médecine de ville et le programme personnalisé de soins. Sur ce dernier point, Philippe Bergerot a toutefois mentionné que le document actuel ne répondait pas aux attentes du patient, en termes d'informations pratiques. Il a également rappelé le besoin de lien entre les différentes structures prenant en charge le patient.

Daniel Serin, oncologue radiothérapeute à Avignon et membre du CCPS de l'INCa, a livré plusieurs pistes de réflexion sur l'infirmier (ère) de coordination, « tour de contrôle, pierre angulaire » dans le cadre de la continuité des soins. Tout en rappelant l'existence des dispositifs actuels permettant une meilleure coordination des soins comme le dispositif

d'annonce, les centres de coordination en cancérologie (3C), la fiche de réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP), Daniel Serin a plaidé pour la création d'un dispositif de coordination du parcours personnalisé des soins, permettant d'identifier les différents acteurs de soins intervenant dans le traitement du patient ainsi que les recours familiaux et/ou sociaux avant la sortie provisoire ou définitive du patient de l'hôpital. Un infirmier (ère) de coordination, référent, pourrait ainsi téléphoner au patient à son domicile, quelques jours après sa sortie de l'hôpital, afin de s'assurer de son état de santé.

Gilles Errieau, médecin généraliste à Paris et membre du CCPS de l'INCa est revenu sur le rôle du médecin généraliste au sein du parcours de soins. Il a rappelé que le médecin généraliste pouvait apporter une compétence de proximité, d'autant plus importante que beaucoup de moments de la vie du patient se situaient en dehors de l'hôpital. Il a également souligné l'importance pour chaque soignant de s'inscrire dans une chaîne d'action autour du patient.

Bernard Couderc, radiothérapeute à Tarbes et président de l'Union nationale hospitalière privée de cancérologie, a pour sa part insisté sur la nécessité d'écouter la parole des patients, notamment leurs inquiétudes concernant les délais d'attente, le retour à domicile, la continuité des soins le dimanche et les jours fériés. Bernard Couderc a également soulevé le problème de la démographie médicale, problématique inhérente à la continuité des soins. Sur la coordination des soins, le partage des informations entre professionnels de santé apparaît essentiel, ce partage pouvant être formalisé par des outils tels un cahier de suivi au domicile du patient. Bernard Couderc a également évoqué la nécessité de former des soignants coordinateurs de soins.

Maurice Schneider, oncologue médical au CLCC de Nice et secrétaire général de la Ligue nationale contre le cancer, est revenu sur l'infirmier (ère) d'annonce, dont le rôle dans le dispositif d'annonce est d'importance. Il a expliqué que cet infirmier(ère) référent devait disposer de suffisamment de temps pour mener à bien cette mission, ce qui n'était pas toujours le cas. Il a également plaidé pour que les professionnels de santé exerçant ce rôle reçoivent une formation spécifique, ce qui commence à être le cas en France sans être toutefois encore généralisé.

Doïna Laroque, ancienne patiente et membre du CMPU de l'INCa, clôturait cette table ronde en livrant le point de vue des patients sur ce poste d'infirmier(ère) référent, coordinateur que beaucoup d'intervenants ont appelé de leurs vœux. Doïna Laroque a rappelé la difficulté pour les patients de se projeter dans l' « après ». « Il ne faut pas perdre de vue le patient », a-t-elle expliqué. L'infirmier (ère) référent serait ainsi le contact du patient à l'hôpital et en ville. Il pourrait être aidé dans sa tâche par deux outils dont Doïna Laroque a souligné la nécessité dans le cadre du parcours de soins : un annuaire régional comprenant les coordonnées des professionnels de santé, médicaux et paramédicaux, pharmaciens... ainsi qu'un guide de synthèse rassemblant toutes les informations dont le patient a besoin pour l'aider dans ses démarches ou l'informer de ses droits.

Plusieurs questions de la salle ont suivi ces interventions. La première émanait d'une ancienne patiente, témoignant du ressenti de certains malades face au dispositif d'annonce et au sentiment d'un passage trop rapide entre l'annonce faite par le médecin et le deuxième temps d'annonce effectué par l'infirmière. Maurice Schneider a précisé que chacun avait un rôle défini et que le médecin gardait sa mission de référent en matière de traitement.

Deuxième témoignage avec une infirmière coordinatrice d'un réseau territorial, témoignant de son métier et de son suivi des patients. Ses coordonnées sont ainsi données dès la consultation d'annonce au patient, qui peut la contacter même plusieurs années après la fin d'un traitement. Principal problème pour cette infirmière coordinatrice : le manque de reconnaissance de cette fonction de coordination.

Dernière intervention évoquant les problèmes de retour à domicile d'une patiente et du manque de prise en compte de difficultés pratiques et matérielles. Sur ce point, Philippe Bergerot a souligné combien la question du financement de l'organisation des soins hôpital-ville était prégnante et complexe par rapport à un séjour en milieu hospitalier et devait, par conséquent, faire l'objet d'une réflexion approfondie.