

FÉVRIER 2026

Comment réduire les délais diagnostiques et thérapeutiques pour les patients atteints de cancers de mauvais pronostic ?



RÉSULTATS D'UNE EXPÉRIMENTATION

ORGANISATIONNELLE EN 9 FICHES-ACTIONS





NOTE AUX LECTEURS

Ce document constitue le retour d'expérience des travaux réalisés par 7 sites expérimentateurs dans le cadre d'un appel à projets de l'Institut national du cancer, qui avait pour but d'améliorer les parcours de soins spécifiques aux cancers de mauvais pronostic. Il propose des pistes d'actions concrètes pour améliorer les parcours de diagnostic et de soins.

Ce document est interactif.

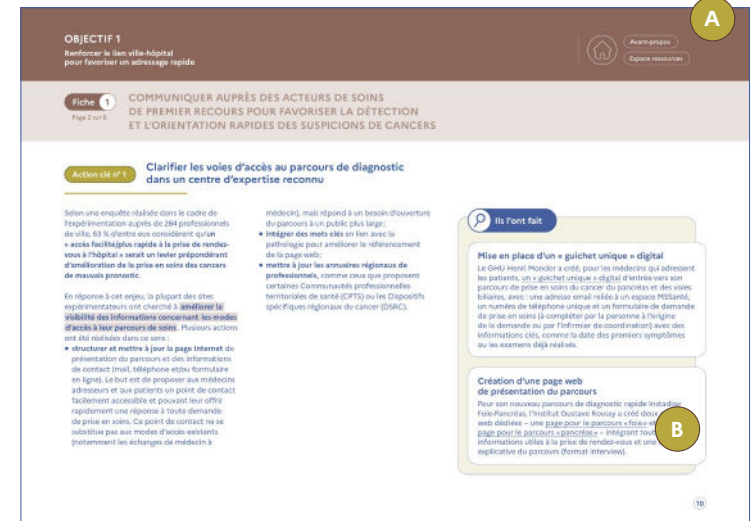
Il est enrichi de fonctionnalités vous permettant de naviguer entre les différentes parties, d'accéder rapidement aux informations importantes et de consulter des ressources complémentaires.

Ce support a été conçu pour une lecture optimale sur écran d'ordinateur. Ne l'imprimer que si nécessaire.

Comment utiliser ce document ?

Plusieurs fonctionnalités interactives sont disponibles :

- un espace de navigation, en haut à droite des pages, permettant un accès direct au sommaire, à l'avant-propos et à l'espace ressources (A) ;
- des ressources complémentaires, accessibles en un clic – les éléments cliquables sont soulignés (B) ;
- un sommaire général (C) pour naviguer plus facilement dans les différentes parties et fiches, agrémenté de sommaires intermédiaires (D).





SOMMAIRE

Note aux lecteurs 02

Avant-propos 04

Objectif 1

RENFORCER LE LIEN VILLE-HÔPITAL POUR FAVORISER UN ADRESSAGE RAPIDE

FICHE 1. Communiquer auprès des acteurs de soins de premier recours pour favoriser la détection et l'orientation rapides des suspicions de cancers • Page 09

FICHE 2. Engager les acteurs du diagnostic dans un circuit d'adressage fluide et coordonné entre ville et hôpital • Page 15

Objectif 2

OPTIMISER LE PARCOURS DE PRISE EN SOINS À L'HÔPITAL

FICHE 3. Structurer un parcours accéléré de prise en soins • Page 19

FICHE 4. Définir des modalités de priorisation des patients pour la réalisation d'examens ou de consultations • Page 23

FICHE 5. Accélérer l'obtention des résultats d'anatomopathologie • Page 28

FICHE 6. Intégrer un responsable de coordination du parcours de soins • Page 32

FICHE 7. Guider les médecins de ville et les patients dans le suivi des étapes clés du parcours de soins • Page 37

Objectif 3

PROPOSER UNE PRISE EN SOINS GLOBALE ET PERSONNALISÉE

FICHE 8. Intégrer précocement les soins de support et les soins palliatifs dans le parcours de prise en soins • Page 42

FICHE 9. Mettre en place un modèle de coopération ville-hôpital pour sécuriser le retour à domicile du patient • Page 46

Pour aller plus loin 51

Contributions 52



AVANT-PROPOS

Promouvoir la coordination entre les acteurs engagés dans la lutte contre les cancers de mauvais pronostic

Dans le cadre de la Stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030, l'Institut national du cancer (INCa) a lancé en 2022 un appel à projets visant à **déployer une expérimentation pour améliorer les parcours de soins spécifiques aux cancers de mauvais pronostic**. Les principaux enjeux de cette expérimentation portent sur **l'accélération et la fluidification des parcours de soins**.

1 Réduire les délais de diagnostic

Dans la plupart des cas, **les cancers de mauvais pronostic sont d'évolution rapide** et présentent **un parcours de diagnostic complexe et pluridisciplinaire**. **Des retards ou errances diagnostiques peuvent différer le début des soins** et entraîner *de facto* **une perte de chance** pour le patient. Ces retards peuvent se traduire sous forme :

- de délais prolongés entre les premiers symptômes et l'adressage à l'hôpital pour le bilan diagnostique complet (manque de médecins généralistes, réticence des patients à consulter, etc.) ;

- de délais prolongés pour réaliser et obtenir le bilan diagnostique complet à l'hôpital (manque de personnel dans les structures hospitalières, pénuries en plateaux techniques complexes, etc.).

2 Réduire les délais de mise en traitement

Une fois le diagnostic prononcé, **le traitement doit également démarrer au plus vite**. **Plusieurs étapes peuvent contribuer à allonger les délais de traitement** :

- des examens complémentaires parfois non optimisés ou non synchronisés avec les examens de diagnostic ;
- un long délai entre les examens et la réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP), puis la consultation d'annonce ;
- la mise en place d'un traitement non spécifique du cancer.

3 Prévenir les ruptures de parcours de soins

Durant le parcours de soins, **des points de rupture réduisant potentiellement le confort des patients et le pronostic de ces cancers peuvent apparaître**, tels que :

- un retard de mise en place des soins de support ou palliatifs du fait d'une attention portée principalement sur l'aspect curatif de la prise en soins ;
- des conditions médicales et sociales du patient qui retardent le retour à domicile ;
- des difficultés de suivi du traitement à domicile pouvant induire une interruption de traitement ou un retour aux urgences.

La complexité et la pluridisciplinarité des parcours de diagnostic et de traitement des cancers de mauvais pronostic nécessitent **une coordination accrue entre les acteurs de la ville et l'hôpital**.





AVANT-PROPOS

Pour réaliser cette expérimentation, l'Institut national du cancer a retenu **7 établissements de santé volontaires pour développer un parcours accéléré de prise en soins**. Chaque site expérimentateur a présenté un projet d'amélioration de parcours de soins spécifique à son contexte et à une pathologie.



CHU CAEN NORMANDIE

Projet : Coordination régionale des soins en cancérologie-hématologie (CReCa-H)
Pathologie : lymphome non hodgkinien



HÔPITAL DE LA PITIÉ-SALPÊTRIÈRE

Projet : Coordination optimisée et multidisciplinaire du parcours de soins des cancers thyroïdiens (COMPACT)
Pathologie : cancers thyroïdiens agressifs



HÔPITAUX PRIVÉS DU HAINAUT

Projet : Expérimentation d'un parcours de soins coordonné
Pathologie : cancers digestifs



HOSPICES CIVILS DE LYON

Projet : Amélioration de la qualité du parcours de soins des glioblastomes (GLIOLINK)
Pathologie : glioblastomes



HÔPITAL HENRI MONDOR

Projet : Filière accélérée de soins et de traitements (FAST) pour prise en charge des cancers des voies biliaires et du pancréas
Pathologie : cancers des voies biliaires/pancréas



GROUPE HOSPITALIER SAINT-JOSEPH

Projet : Instadiag, parcours diagnostique du cancer du poumon accessible, efficace et multidisciplinaire
Pathologie : cancers du poumon



GUSTAVE ROUSSY

Projet : Centre de diagnostic rapide Instadiag, phase pilote sur l'hépatocarcinome et le cancer du pancréas
Pathologie : cancers du foie et du pancréas

À travers cette expérimentation, l'Institut a cherché **à identifier et à tester de nouvelles modalités d'organisation et de coordination des parcours de soins** répondant aux 3 enjeux préidentifiés. La finalité du projet est de pouvoir **capitaliser sur les pratiques les plus bénéfiques pour les diffuser sur le territoire national.**





AVANT-PROPOS

Une expérimentation fondée sur un état de l'art et des indicateurs mesurables

L'expérimentation, lancée en juin 2023 pour une durée d'un an, s'est décomposée en **3 phases** :

- 1. état de l'art** (juin 2023-juillet 2023) : identification et qualification des innovations existantes en France et à l'international;
- 2. mise en œuvre des expérimentations** (septembre 2023-mai 2024) : cadrage et déploiement des leviers organisationnels répondant aux enjeux de l'appel à projets au sein des sites expérimentateurs;
- 3. capitalisation** (juin 2024-juillet 2024) : synthèse des leviers organisationnels remarquables répondant aux enjeux de l'expérimentation.

Les plans d'action des sites expérimentateurs ont été nourris par l'état de l'art réalisé préalablement au lancement de la phase de mise en œuvre. Cet état de l'art est composé d'une revue documentaire qui a permis de recenser les problématiques clés et les pratiques existantes, et d'une analyse comparative d'organisations innovantes (à travers une série d'entretiens) en lien avec les enjeux de l'appel à projets.

Ainsi, les impacts réels des leviers inscrits dans les plans d'action des sites expérimentateurs ont été, pour la plupart, démontrés par la littérature scientifique. Pour objectiver ces impacts dans le contexte spécifique de l'expérimentation, **des indicateurs de performance ont été mis en place pour chaque site**, selon les spécificités de leur projet.

Le choix d'indicateurs a été guidé par des critères d'évaluation de nature organisationnelle, comme :

- les délais entre les différentes étapes du parcours ;
- la fréquence des ruptures de parcours (taux de patients réadmis via les urgences, par exemple) ;
- la satisfaction des professionnels et des patients concernant la gestion du parcours de soins (pouvant être mesurée par un questionnaire) ;
- les moyens organisationnels déployés pour l'atteinte des objectifs visés (taux de patients bénéficiant d'un accompagnement spécifique dans le cadre d'une stratégie d'évitement des ruptures de parcours, par exemple).

Les principaux indicateurs mesurés à date sont restitués dans ce document. Compte tenu de la durée relativement courte de l'expérimentation, des mesures ultérieures seront réalisées et ajoutées dans le document au cours de l'année 2026, afin d'affiner les enseignements sur les bénéfices apportés par les actions expérimentées.





AVANT-PROPOS

Valoriser les premiers résultats de l'expérimentation à travers 9 fiches-actions

Le présent document est structuré autour de **9 fiches-actions thématiques** présentées selon **3 objectifs opérationnels** qui participent à répondre aux enjeux de l'expérimentation :

1. renforcer le lien ville-hôpital pour favoriser un adressage rapide ;
2. optimiser le parcours de prise en soins à l'hôpital ;
3. proposer une prise en soins globale et personnalisée.

Ces fiches apportent **un retour d'expérience des travaux réalisés par les 7 sites expérimentateurs** et proposent **des pistes d'actions concrètes pour améliorer les parcours de diagnostic et de soins**. Chaque fiche présente les principes et bénéfices attendus, les résultats et la méthode de mise en œuvre des actions déployées par les sites, parfois complétés par des exemples de pratiques organisationnelles mises en place par d'autres structures identifiées dans l'état de l'art. Dans la plupart des cas, des exemples de documents formalisés pendant l'expérimentation (procédures, chartes, documents de communication, etc.) sont disponibles (accessibles via des liens, voir détail dans l'encadré ci-contre).

Ces fiches s'adressent principalement aux professionnels de santé hospitaliers ou membres de direction hospitalière (direction générale, direction des affaires médicales, direction des soins...) souhaitant déployer des projets similaires d'optimisation d'un parcours de soins au sein de leur établissement. Bien que l'objet de l'expérimentation porte spécifiquement sur les cancers de mauvais pronostic avec des enjeux forts de réduction de délais et d'évitement des ruptures de parcours, **de nombreuses actions restituées ici sont pertinentes pour d'autres types de pathologies** exigeant une prise en soins interdisciplinaire et une coordination renforcée entre les professionnels de ville et de l'hôpital.

UN ESPACE RESSOURCES À VOTRE DISPOSITION

Un espace ressources présente les **documents élaborés par les équipes ayant participé à l'expérimentation**.

Cet espace propose des exemples concrets afin d'inspirer et d'accompagner les établissements souhaitant développer des actions similaires.

Il est **accessible via ce lien ou en cliquant sur le bouton en haut à droite** de ce document. Les exemples sont classés par fiche et sont **consultables en ligne ou téléchargeables**.

Des liens directs vers les exemples sont également insérés dans le texte, principalement dans les encadrés « Ils l'ont fait ».



Objectif 1

RENFORCER LE LIEN VILLE-HÔPITAL POUR FAVORISER UN ADRESSAGE RAPIDE

FICHE 1. Communiquer auprès des acteurs de soins de premier recours pour favoriser la détection et l'orientation rapides des suspicions de cancers

FICHE 2. Engager les acteurs du diagnostic dans un circuit d'adressage fluide et coordonné entre ville et hôpital

Les fiches-actions présentées dans cette partie concernent **la réduction des délais d'adressage des personnes atteintes de cancers de mauvais pronostic vers les centres de diagnostic et de soins**. Les acteurs de soins de premier recours sont souvent les premiers contacts des patients concernés. Ainsi, s'ils sont sensibilisés et formés au repérage des signes d'alerte, ils peuvent les orienter plus rapidement vers les structures adaptées aux traitements de ces cancers spécifiques. De plus, la formalisation d'un parcours coordonné ville-hôpital pour ce qui concerne le diagnostic des cancers de mauvais pronostic participe également à fluidifier l'entrée dans le parcours de soins et à limiter les pertes de chances.

OBJECTIF 1

Renforcer le lien ville-hôpital
pour favoriser un adressage rapide



Avant-propos

Espace ressources

Fiche 1

Page 1 sur 6

COMMUNIQUER AUPRÈS DES ACTEURS DE SOINS DE PREMIER RECOURS POUR FAVORISER LA DÉTECTION ET L'ORIENTATION RAPIDES DES SUSPICIONS DE CANCERS

Principes et bénéfices attendus

La détection précoce des signes d'appel du cancer et l'orientation rapide du patient vers un centre de diagnostic augmentent significativement les chances de réussite du traitement.

Pour accélérer cette phase préhospitalière du parcours de prise en soins, les filières font face à **deux obstacles majeurs** :

- 1. les signes d'appel du cancer sont difficiles à détecter** et/ou non spécifiques à la pathologie, en particulier pour des médecins de ville, relativement rarement confrontés à ce type de cas ;
- 2. des inefficiences de parcours** contribuent à allonger le délai entre l'émergence d'une première suspicion (à l'examen clinique ou par imagerie) et la prise en soins hospitalière pour bilan diagnostique. Ces inefficiences peuvent se manifester, par exemple, par des difficultés d'orientation du patient (parfois laissé seul pour prendre rendez-vous avec un spécialiste), des difficultés pour le médecin ou le radiologue pour obtenir un rendez-vous proche du domicile du patient, ou des demandes de prise en soins hospitalière mal qualifiées ou documentées.

Il s'agit alors de **mieux accompagner les professionnels de ville** (médecins généralistes, radiologues...) **dans leur rôle diagnostique et d'orientation vers un centre d'expertise reconnu** et, idéalement, situé à proximité du domicile du patient. Cet objectif peut être poursuivi en partie par les centres d'expertise eux-mêmes, notamment au travers **d'actions de communication, de sensibilisation et de partage de bonnes pratiques**, dans un but de réduction des délais d'accès au diagnostic.



Indicateurs mesurables

- Délai entre la date d'examen d'imagerie en amont de la prise en soins hospitalière et la date de début de prise en soins hospitalière (première consultation, par exemple) pour bilan diagnostique.
- Nombre de médecins libéraux ou cabinets touchés par une action de communication ou de formation.
- Nombre de patients adressés au centre d'expertise pour la réalisation d'un bilan diagnostique.

OBJECTIF 1

Renforcer le lien ville-hôpital
pour favoriser un adressage rapide



Avant-propos

Espace ressources

Fiche 1

Page 2 sur 6

COMMUNIQUER AUPRÈS DES ACTEURS DE SOINS DE PREMIER RECOURS POUR FAVORISER LA DÉTECTION ET L'ORIENTATION RAPIDES DES SUSPICIONS DE CANCERS

Action clé n° 1

Clarifier les voies d'accès au parcours de diagnostic dans un centre d'expertise reconnu

Selon une enquête réalisée dans le cadre de l'expérimentation auprès de 284 professionnels de ville, 63 % d'entre eux considèrent qu'un « accès facilité/plus rapide à la prise de rendez-vous à l'hôpital » serait un levier prépondérant d'amélioration de la prise en soins des cancers de mauvais pronostic.

En réponse à cet enjeu, la plupart des sites expérimentateurs ont cherché à améliorer la visibilité des informations concernant les modes d'accès à leur parcours de soins. Plusieurs actions ont été réalisées dans ce sens :

- structurer et mettre à jour la page Internet de présentation du parcours et des informations de contact (mail, téléphone et/ou formulaire en ligne). Le but est de proposer aux médecins adresseurs et aux patients un point de contact facilement accessible et pouvant leur offrir rapidement une réponse à toute demande de prise en soins. Ce point de contact ne se substitue pas aux modes d'accès existants (notamment les échanges de médecin à médecin), mais répond à un besoin d'ouverture du parcours à un public plus large;

- intégrer des mots clés en lien avec la pathologie pour améliorer le référencement de la page web;
- mettre à jour les annuaires régionaux de professionnels, comme ceux que proposent certaines Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) ou les Dispositifs spécifiques régionaux du cancer (DSRC).



Ils l'ont fait

Mise en place d'un « guichet unique » digital

Le GHU Henri Mondor a créé, pour les médecins qui adressent les patients, un « guichet unique » digital d'entrée vers son parcours de prise en soins du cancer du pancréas et des voies biliaires, avec : une adresse mail reliée à un espace MSSanté, un numéro de téléphone unique et un formulaire de demande de prise en soins (à compléter par la personne à l'origine de la demande ou par l'infirmier de coordination) avec des informations clés, comme la date des premiers symptômes ou les examens déjà réalisés.

Création d'une page web de présentation du parcours

Pour son nouveau parcours de diagnostic rapide Instadiag Foie-Pancréas, l'Institut Gustave Roussy a créé deux pages web dédiées – une page pour le parcours « foie » et une page pour le parcours « pancréas » – intégrant toutes les informations utiles à la prise de rendez-vous et une vidéo explicative du parcours (format interview).

OBJECTIF 1

Renforcer le lien ville-hôpital
pour favoriser un adressage rapide



Avant-propos

Espace ressources

Fiche 1

Page 3 sur 6

COMMUNIQUER AUPRÈS DES ACTEURS DE SOINS DE PREMIER RECOURS POUR FAVORISER LA DÉTECTION ET L'ORIENTATION RAPIDES DES SUSPICIONS DE CANCERS

Choix des canaux de contact proposés aux médecins et aux patients par les sites expérimentateurs

- 1. Formulaire en ligne** : permet de structurer les informations entrantes, patients peu à l'aise avec le numérique
- 2. Téléphone** : permet d'apporter un 1^{er} niveau de réponse, facilite la priorisation des cas, ne permet pas de collecter les documents
- 3. Mail** : facilité de mise en œuvre

Au-delà de la clarification des modes d'accès au parcours, les établissements souhaitant favoriser un adressage précoce communiquent généralement sur **un engagement de délais de réponse ou d'accueil**. Par exemple, sur la page Instadiag Pancréas, l'Institut Gustave Roussy mentionne un délai d'obtention de rendez-vous de 48 h maximum (heures ouvrables). Le prérequis à ce type d'engagement est de **mettre en place une organisation spécifique permettant de garantir une réactivité dans le traitement des demandes** (voir [la fiche 6](#)).

	Nom du parcours	Formulaire en ligne	Numéro de téléphone	Mail
Marie Lannelongue	Instadiag Poumon	✓	✓	✓
Hôpital Henri Mondor	Centre de diagnostic rapide – voies biliaires et pancréas	✓	✓	✓
Institut Gustave Roussy	Instadiag Foie-Pancréas	✓	✓	✓
Hospices civils de Lyon	Gliolink (glioblastome)		✓	✓
La Pitié-Salpêtrière	SpeedEndoc (cancer thyroïdien)		✓	✓

OBJECTIF 1

Renforcer le lien ville-hôpital
pour favoriser un adressage rapide



Avant-propos

Espace ressources

Fiche 1

Page 4 sur 6

COMMUNIQUER AUPRÈS DES ACTEURS DE SOINS DE PREMIER RECOURS POUR FAVORISER LA DÉTECTION ET L'ORIENTATION RAPIDES DES SUSPICIONS DE CANCERS

Action clé n° 2

Communiquer proactivement sur les signes d'appel et les modalités d'accès au parcours de diagnostic

En parallèle de la clarification des voies d'entrée dans le parcours hospitalier de diagnostic, **la diffusion d'informations sur les signes d'appel du cancer** représente également un levier important de réduction des délais de prise en soins. Pour cela, les établissements peuvent mettre à profit différents modes de communication possibles, notamment :

- **diffuser un support de communication/fiche synthétique** (au format digital ou papier) visant à clarifier les signes d'appel, les points de contact vers leurs services (mail, téléphone) et les grandes étapes du parcours de prise en soins. Pour assurer la diffusion auprès des professionnels libéraux, plusieurs sites expérimentateurs ont été appuyés par une ou plusieurs CPTS de leur territoire. Une remise en mains propres d'une fiche au format papier est envisageable lorsque le volume de destinataires est plus restreint, ce qui permet d'établir un contact plus personnalisé ;

- **organiser ou participer à un évènement** (soirée de formation, webinaire, congrès...) **à destination des acteurs de soins de premier recours** dans le but de partager des modalités efficaces de repérage précoce des signes d'alerte et des informations sur le parcours de diagnostic ;
- **sensibiliser les acteurs de soins de premier recours sur les signes d'alerte** via un article dans une revue de presse spécialisée.



Ils l'ont fait

Diffuser une fiche synthétique

Les équipes des Hospices civils de Lyon, de l'hôpital Marie-Lannelongue et du GHU Henri Mondor ont formalisé chacune une fiche synthétique (1 à 2 pages) visant à clarifier les signes d'appel et les informations pratiques d'accès à la prise en soins des patients. Dans la plupart des cas, ces supports de communication ont été transmis par mail aux médecins adresseurs, si besoin avec l'appui d'une ou plusieurs CPTS de leur territoire pour faciliter la diffusion. L'hôpital Marie-Lannelongue a également remis son document en mains propres aux principaux centres d'imagerie de son territoire.

Organiser un évènement de sensibilisation/ formation pour les professionnels de ville

L'équipe des Hôpitaux privés du Hainaut a organisé une soirée de formation à laquelle des pharmaciens, des infirmiers diplômés d'État libéral (IDEL), et des médecins libéraux ont assisté. Au programme : présentation par un gastroentérologue des pratiques de repérage précoce du cancer digestif ; présentation par un chirurgien du parcours de prise en soins à la clinique ; présentation de l'infirmier de coordination nouvellement recruté pour recueillir et orienter les demandes.

OBJECTIF 1

Renforcer le lien ville-hôpital
pour favoriser un adressage rapide



Avant-propos

Espace ressources

Fiche 1

Page 5 sur 6

COMMUNIQUER AUPRÈS DES ACTEURS DE SOINS DE PREMIER RECOURS POUR FAVORISER LA DÉTECTION ET L'ORIENTATION RAPIDES DES SUSPICIONS DE CANCERS

Action clé n° 3

Proposer une offre de téléexpertise pour fournir un avis sur les cas de suspicion de cancer

Plusieurs sites expérimentateurs ont inscrit dans leur plan d'action l'ambition de **développer une offre de téléexpertise** visant à **fournir au médecin traitant un avis médical sur une suspicion de cancer**, dans une logique de réduction des délais de prise en soins.

Cependant, à court terme, la mise en œuvre de cette action a fait face à plusieurs freins :

- la multiplicité des logiciels existants, qui rend difficile le choix d'un outil unique partagé avec la ville ;
- le prérequis de la formation des médecins de ville et hospitaliers à l'utilisation de la téléexpertise ;
- les incertitudes relatives à la viabilité économique du modèle.

Le GHU Henri Mondor souhaite tester la possibilité de mettre en œuvre une telle action à l'issue de l'expérimentation en capitalisant sur le déploiement d'un logiciel d'accès à l'hôpital par l'AP-HP ([plateforme LORAH](#)). En 2025, la plateforme était encore très peu utilisée, mais l'équipe envisage de la promouvoir dans l'objectif de proposer des consultations de téléexpertise.



Ils l'ont fait

Les équipes des Hôpitaux privés du Hainaut

Dans le cadre du parcours accéléré de prise en soins dédié aux cancers digestifs, les Hôpitaux privés du Hainaut ont organisé un accès des médecins traitants libéraux à un service de téléexpertise avec un spécialiste hospitalier. De décembre à juin 2025, 22 demandes de téléexpertise ont été réalisées auprès des gastroentérologues par le biais de ce dispositif.

Ces échanges ont permis d'éclairer les médecins libéraux dans leurs questionnements afin que les patients soient orientés plus rapidement vers le parcours adapté de diagnostic et de soins.

OBJECTIF 1

Renforcer le lien ville-hôpital
pour favoriser un adressage rapide



Avant-propos

Espace ressources

Fiche 1

Page 6 sur 6

COMMUNIQUER AUPRÈS DES ACTEURS DE SOINS DE PREMIER RECOURS POUR FAVORISER LA DÉTECTION ET L'ORIENTATION RAPIDES DES SUSPICIONS DE CANCERS

Résultats observés, principaux freins et facteurs clés de succès

Une mobilisation hétérogène des acteurs locaux

Les équipes projet ont constaté **un appui hétérogène des acteurs territoriaux** (CPTS, Dispositifs d'appui à la coordination, etc.) pour assurer la diffusion des informations ou obtenir les coordonnées des médecins de ville. Ainsi, **la portée de la communication dépend beaucoup de la mobilisation des autres acteurs locaux**.

De plus, **la rareté relative de certaines pathologies limite l'impact d'une diffusion ponctuelle d'informations** auprès des professionnels de santé de ville. L'enjeu est alors d'assurer **une meilleure mise à disposition de l'information pour ceux qui la recherchent** (patients, proches, médecins...), notamment grâce à un meilleur référencement sur les moteurs de recherche.

Des actions de communication de longue portée

L'hôpital Marie-Lannelongue a communiqué par mail la **fiche synthétique (recto-verso) de présentation du parcours Instadiag Poumon** auprès de **250 généralistes** (grâce à l'appui de plusieurs CPTS) et **5 à 10 centres d'imagerie** du territoire.

Les Hôpitaux privés du Hainaut ont réuni une **trentaine de professionnels libéraux** (médecins, IDEL, pharmaciens) dans le cadre d'une soirée d'information sur son parcours de prise en soins en cancérologie digestive.

Un adressage a priori plus direct

Après avoir communiqué sur son parcours de diagnostic rapide aux cabinets d'imagerie de son territoire, le service de pneumologie de l'hôpital Marie-Lannelongue a noté que **plusieurs radiologues ont commencé à adresser directement des patients** sur la base d'une imagerie suspecte plutôt que de les laisser prendre rendez-vous avec un spécialiste. Cette pratique doit permettre de réduire le délai du bilan en ville et fera l'objet d'une évaluation en 2026.



Passer à l'action

- 1 S'accorder sur les objectifs de la communication** : meilleure reconnaissance des signes d'appel, clarification des canaux de contact de l'hôpital, etc.
- 2 Préciser les cibles de la communication** : types de professionnels (médecins traitants, radiologues libéraux, spécialistes libéraux, etc.), périmètre géographique, médecins connus ou non de l'hôpital.
- 3 Définir les modalités et le format de la communication** : fiche au format papier ou digital, vidéo de présentation du parcours de prise en soins, etc.
- 4 Construire le contenu de la communication** de façon itérative et via un groupe de travail mixte ville-hôpital, afin d'associer les experts de la pathologie avec les représentants des usagers du système de santé.
- 5 Identifier des relais de communication** : URPS, CPTS, DSRC, etc.

OBJECTIF 1

Renforcer le lien ville-hôpital
pour favoriser un adressage rapide



Avant-propos

Espace ressources

Fiche 2

Page 1 sur 3

ENGAGER LES ACTEURS DU DIAGNOSTIC DANS UN CIRCUIT D'ADRESSAGE FLUIDE ET COORDONNÉ ENTRE VILLE ET HÔPITAL

Principes et bénéfices attendus

Pour favoriser un adressage rapide et fluide des cas de suspicion de cancer, le premier niveau d'action identifié dans le cadre de l'expérimentation consiste à **communiquer auprès des professionnels de santé de premier recours** sur les signes d'appel du cancer et les modalités pratiques d'accès au circuit de diagnostic (voir la [fiche 1](#)).

L'expérimentation a également mis en évidence un second niveau d'action qui consiste à **développer un réseau de coopération renforcée entre la ville et l'hôpital pour la prise en soins des cancers de mauvais pronostic**, pouvant être matérialisé par **une charte d'engagement des professionnels**.

Dans le cadre des travaux portés par les sites expérimentateurs, cette coopération renforcée s'est structurée autour de deux problématiques principales :

- 1. les pratiques et critères de qualité des diagnostics réalisés en ville**, notamment pour l'imagerie, peuvent varier d'un expert à l'autre. Cette situation peut induire des doublons et des étapes supplémentaires dans la prise en soins du patient. Ainsi, il est fréquent que des examens qui pourraient avoir été réalisés en amont soient refaits à l'hôpital ;
- 2. le facteur de temps étant important dans ces prises en soins, il est important de minimiser les délais avec des consignes claires et universelles** pour les différentes étapes du parcours.



Indicateurs mesurables

- 🌀 Délai entre la date d'examen d'imagerie en amont de la prise en soins hospitalière et la date de début de prise en soins hospitalière (première consultation, par exemple) pour bilan diagnostique.
- 🌀 Nombre de médecins libéraux engagés dans un projet territorial d'amélioration du parcours ville-hôpital (via une charte d'engagement et/ou un annuaire de professionnels).

OBJECTIF 1

Renforcer le lien ville-hôpital
pour favoriser un adressage rapide



Avant-propos

Espace ressources

Fiche 2

Page 2 sur 3

ENGAGER LES ACTEURS DU DIAGNOSTIC DANS UN CIRCUIT D'ADRESSAGE FLUIDE ET COORDONNÉ ENTRE VILLE ET HÔPITAL

Action clé n° 1

Construire un référentiel partagé (ville-hôpital) de pratiques de prise en soins

L'objectif de cette action est **d'engager les différents acteurs du parcours de soins** (médecins généralistes, spécialistes, radiologues, équipes de soins hospitalières, Communautés professionnelles territoriales de santé [CPTS]) **dans l'élaboration d'un référentiel partagé de pratiques de prise en soins**. Les éléments constitutifs de ce référentiel peuvent inclure :

- l'application de bonnes pratiques de repérage des signes d'appel par les médecins généralistes ;
- le respect de critères de qualité de réalisation des imageries par les radiologues ;
- le respect d'un protocole par les médecins spécialistes, par exemple, pour la gestion des examens endoscopiques des patients ;
- le respect d'un engagement de délai d'accueil et de réponse à une sollicitation d'un médecin adresseur par les équipes hospitalières.

La constitution d'un groupe de travail ville-hôpital pour s'accorder sur le contenu du référentiel est primordiale afin de sécuriser une adhésion effective. À cette fin, **les CPTS ont été identifiées comme des acteurs ressources** pour organiser la mobilisation des professionnels de ville autour du projet.

Les engagements inscrits dans le référentiel peuvent être matérialisés à travers une charte signée par les professionnels.



Ils l'ont fait

Élaboration d'un référentiel commun de pratiques de prise en soins

Dans un objectif de réduction des délais de diagnostic, et avec l'appui de la CPTS unifiée des Boucles de Marne, le GHU Henri Mondor a élaboré un référentiel commun de pratiques de prise en soins du cancer du pancréas et des voies biliaires avec les médecins généralistes, les hépatogastroentérologues, les centres d'imagerie et les endoscopistes libéraux de son territoire. Ce référentiel inclut :

- un document de partage des pratiques de repérage des signes d'appel (voir l'action 2 de la fiche 1) ;
- un document de recommandations pour l'utilisation optimale des techniques d'imagerie dans le bilan de suspicion et de diagnostic ;
- un protocole pour la gestion des examens endoscopiques des patients, incluant les procédures recommandées et les meilleures pratiques ;
- une recommandation d'utilisation de la plateforme de télémédecine d'Île-de-France ORTIF, pour faciliter la communication dématérialisée des résultats d'examens.

OBJECTIF 1

Renforcer le lien ville-hôpital
pour favoriser un adressage rapide



Avant-propos

Espace ressources

Fiche 2

Page 3 sur 3

ENGAGER LES ACTEURS DU DIAGNOSTIC DANS UN CIRCUIT D'ADRESSAGE FLUIDE ET COORDONNÉ ENTRE VILLE ET HÔPITAL

Résultats observés, principaux freins et facteurs clés de succès

Mobiliser les professionnels de santé en ville pour co-construire un cadre pérenne

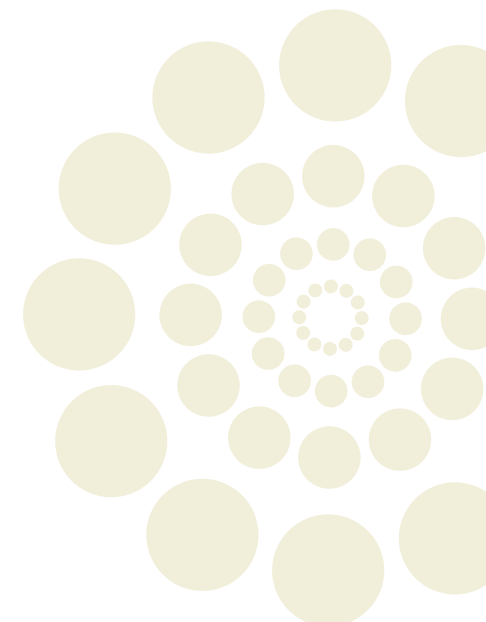
Les quelques mois d'expérimentation ont permis au GHU Henri Mondor de construire un référentiel commun de prise en soins avec les acteurs de ville et de planifier une première rencontre territoriale pour lancer la dynamique de réseau. Les impacts réels de cette démarche, en termes de délais de prise en soins notamment, seront à évaluer à partir de 2026.

L'étape de définition du parcours cible doit mobiliser l'ensemble de ses acteurs, par exemple dans le cadre d'un groupe de travail ville-hôpital, pour favoriser l'adhésion à ce parcours. **L'atteinte d'un accord sur les modes de communication** entre professionnels (messagerie sécurisée) **est un enjeu clé** qui peut se heurter à des pratiques hétérogènes. **L'embarquement de structures territoriales de santé**, comme les CPTS ou le Dispositif spécifique régional du cancer, **est un prérequis à la création d'une dynamique territoriale**.



Passer à l'action

- 1 Constituer un groupe de travail ville-hôpital** pour construire un modèle de coopération renforcée pour la prise en soins de la pathologie.
- 2 Préciser, en groupe de travail, les problématiques saillantes du parcours** (exemples : qualité des imageries, accès aux coordonnées de contact, délais d'accueil à l'hôpital...).
- 3 Définir des engagements partagés réalistes**, en s'appuyant si besoin sur des référentiels existants, et les moyens à mettre en œuvre pour respecter ces engagements (protocoles, formations...).
- 4 Formaliser les engagements** du réseau (au travers d'une charte qualité, par exemple).
- 5 Officialiser et communiquer** sur les engagements du réseau.
- 6 Animer le réseau dans la durée** : formations, retours d'expérience...





2

Objectif 2

OPTIMISER LE PARCOURS DE PRISE EN SOINS À L'HÔPITAL

FICHE 3. Structurer un parcours accéléré de prise en soins

FICHE 4. Définir les modalités de priorisation des patients pour la réalisation d'examens ou de consultations

FICHE 5. Accélérer l'obtention des résultats d'anatomopathologie

FICHE 6. Intégrer un responsable de coordination du parcours de soins

FICHE 7. Guider les médecins de ville et les patients dans le suivi des étapes clés du parcours de soins

Une fois que la personne malade est entrée dans le parcours de soins, l'objectif est de **gagner du temps pour amorcer le traitement au plus tôt, en optimisant l'organisation des soins à l'hôpital**. Pour ce faire, **un vrai projet de transformation de l'organisation est donc à mettre en œuvre**. Comment structurer un parcours accéléré de prise en soins ? Comment prioriser les patients pour la réalisation d'examens en urgence et l'obtention anticipée des résultats d'anatomopathologie ? Comment mieux coordonner les parcours intrahospitaliers des patients et davantage impliquer les médecins de ville dans le parcours de soins ? Les fiches proposées dans cette partie apportent des pistes d'actions concrètes pour relever ces défis.

OBJECTIF 2

Optimiser le parcours de prise en soins à l'hôpital



Avant-propos

Espace ressources

Fiche 3

STRUCTURER UN PARCOURS ACCÉLÉRÉ DE PRISE EN SOINS

Page 1 sur 4

Principes et bénéfices attendus

Pour répondre à un besoin d'efficacité et notamment de réduction des délais de diagnostic et de mise en traitement, l'ensemble des sites expérimentateurs ont conçu et formalisé un « parcours cible » de prise en soins optimale des patients. Sans contraindre les marges d'adaptation des acteurs au quotidien, ce travail consiste à **fixer les modes de fonctionnement intra et interservices permettant d'engager l'action d'une manière efficace et reproductible**.

Les principaux bénéfices visés par cette démarche sont les suivants :

- **soulever des interrogations** sur les modes de travail et les voies d'optimisation du parcours ;
- **définir un cadre pour faciliter l'organisation des étapes du parcours** par les professionnels, et en particulier par des profils de coordination (infirmier de coordination [IDEC], secrétaires) dans une logique de délégation d'activités de planification habituellement portées par les médecins ;

- **s'accorder sur les attentes et modalités de coopération entre services** : « qui fait quoi », informations à communiquer, procédures, points de contact, délais... ;
- **introduire des standards de performance communs** (comme un délai optimal) à suivre dans la durée.



Indicateurs mesurables

- Délai entre la demande de prise en soins (appel, mail) et la première prise en soins du patient (consultation spécialisée, examen...).
- Délai entre l'accueil et la date d'examen d'imagerie, biopsie ou autre examen diagnostique.
- Délai entre l'accueil et la réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) aboutissant à la formulation d'une proposition thérapeutique.
- Délai entre la RCP et l'initiation du traitement (chirurgie, première chimiothérapie, première radiothérapie).
- Durée moyenne de séjour (patients hospitalisés).
- Satisfaction de l'IDEC/secrétaire vis-à-vis de son travail de coordination.
- Satisfaction du patient vis-à-vis de l'organisation de la prise en soins (via un questionnaire).

OBJECTIF 2

Optimiser le parcours
de prise en soins à l'hôpital



Avant-propos

Espace ressources

Fiche 3

STRUCTURER UN PARCOURS ACCÉLÉRÉ DE PRISE EN SOINS

Page 2 sur 4

Action clé n° 1

Construire un parcours cible avec les différents professionnels engagés dans la prise en soins

Le parcours cible de chacun des sites hospitaliers a été défini en groupe de travail interdisciplinaire, en réunissant des professionnels hospitaliers et de ville, selon une méthode répliquable (voir les étapes clés de mise en œuvre). Ce travail de co-construction permet d'aboutir à la formalisation d'un document descriptif du parcours cible avec, par exemple :

- un logigramme ou un schéma de description des étapes, acteurs et outils du parcours ;
- des objectifs de délais ou de qualité de prise en soins aux différentes étapes du parcours ;
- des précisions concernant les engagements et modalités de coordination entre services.

Une fois formalisé, le parcours cible doit être partagé et validé avec l'ensemble des acteurs concernés (dans le cadre d'une réunion dédiée ou en RCP, par exemple) pour reconnaître collectivement la mise en œuvre des nouvelles pratiques et engagements définis. Par la suite, le document peut être utilisé pour rappeler ces modes de fonctionnement partagés et suivre l'atteinte des standards de performance (délais notamment).



Ils l'ont fait

Mise en œuvre d'un nouveau circuit de diagnostic

Pour lancer son nouveau parcours de diagnostic rapide, l'Institut Gustave Roussy a défini un circuit optimisé lors d'ateliers de réflexion qui décrit : les séquences du parcours ; les horaires des examens et consultations (plages sanctuarisées) ; la répartition des tâches entre les intervenants à chaque étape ; et les objectifs de délais et les détails logistiques incompressibles (disponibilité des salles de consultation, trajets du patient, etc.).

Ce travail a abouti à la mise en œuvre d'un nouveau circuit de diagnostic concentré sur 2 à 3 journées valorisées en hôpital de jour (HDJ), et à l'expérimentation de nouvelles pratiques comme la réalisation d'une consultation multidisciplinaire (avec un radiologue, un oncologue et un chirurgien) lors de l'accueil du patient, particulièrement appréciée par les bénéficiaires.

Une session d'évaluation a été réalisée 3 mois après le début de la mise en œuvre du dispositif, pour identifier rapidement les dysfonctionnements et les axes d'amélioration du parcours sur un plan opérationnel.

OBJECTIF 2

Optimiser le parcours de prise en soins à l'hôpital



Avant-propos

Espace ressources

Fiche 3

STRUCTURER UN PARCOURS ACCÉLÉRÉ DE PRISE EN SOINS

Page 3 sur 4

Action clé n° 2

Développer des outils opérationnels

Cette action consiste à **décliner opérationnellement les indications du parcours cible** en créant **des ressources pratiques** pour décrire les responsabilités à chaque étape clé du parcours et ainsi fluidifier la prise en soins des patients.

Ces outils peuvent prendre diverses formes, comme **des schémas de principe** pour guider les décisions cliniques, **des checklists** pour assurer la cohérence et la complétude des soins, **des annuaires de contacts, des mails types, ou des formulaires standardisés** pour simplifier les processus administratifs.

L'objectif est d'**améliorer la coordination et la communication entre les différents acteurs** du parcours de soins (médecins, infirmiers, secrétaires, internes, etc.), d'**assurer une prise en soins fluide et efficace du patient**, et de **minimiser les erreurs ou les retards**. Ces outils peuvent également contribuer à l'autonomisation du personnel, en leur fournissant des guides clairs et accessibles pour accomplir leurs tâches.



Ils l'ont fait

Réorganisation du parcours de diagnostic et création d'outils pratiques

L'équipe de l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière a réorganisé son parcours de diagnostic pour les cancers thyroïdiens avec une séquence d'examen et de consultations réalisés en HDJ. Elle a également créé des outils pratiques pour faciliter le travail des coordinateurs (IDEC, secrétaires) :

- un **arbre décisionnel de planification des examens** selon les éléments d'adressage ;
- une **checklist des informations clés** à transmettre aux autres services, agrafée sur le dossier patient ;
- des **mails types de demandes d'examen** ;
- un **formulaire standardisé** pour la prescription en HDJ.

Plusieurs documents ont été affichés dans le poste infirmier et les bureaux des secrétaires pour servir de « pense-bête » au quotidien.

OBJECTIF 2

Optimiser le parcours de prise en soins à l'hôpital



Avant-propos


Espace ressources

Fiche 3

Page 4 sur 4

STRUCTURER UN PARCOURS ACCÉLÉRÉ DE PRISE EN SOINS

Résultats observés, principaux freins et facteurs clés de succès

 **Une réduction des délais diagnostiques 6,3 jours** : c'est le délai moyen enregistré par l'Institut Gustave Roussy entre l'accueil du patient et la réalisation de la RCP de proposition thérapeutique dans le cadre de son parcours de diagnostic rapide Instadiag foie-pancréas (n = 46 patients), contre 29,3 jours pour un parcours « standard », dans le même établissement. Ce gain est expliqué par la mise en place d'un parcours optimisé, mais aussi par des dispositifs de sanctuarisation de créneaux d'examen et de consultations (voir la [fiche 4](#)).

Une amélioration de la satisfaction des professionnels

De façon générale, **la formalisation d'un parcours cible a permis de clarifier la répartition des tâches** entre les différents intervenants des parcours déployés dans les 7 sites hospitaliers, notamment entre les professionnels paramédicaux de différents services aux étapes clés du parcours (admission, sortie, etc.). Ce travail a permis de **fluidifier le déroulement du parcours du patient et l'organisation des professionnels**. De plus, au sein de l'Hôpital de la Pitié-Salpêtrière par exemple, la création d'outils pratiques de planification (schémas de principe, checklist, etc.) a permis le

transfert de tâches habituellement portées par les médecins vers les équipes de secrétariat, rendues *de facto* plus autonomes.

Une nécessaire organisation rigoureuse et cadrée

Pour que le parcours cible puisse être atteint, il est nécessaire de :

- **prévoir des procédures formalisées** avec une répartition claire des tâches (« qui fait quoi »), pour sortir du « personne-dépendant » ;
- **anticiper les cas d'absence**, notamment pour la gestion des activités de coordination ;
- **formaliser des process** (logigramme par exemple) ce qui peut être chronophage mais nécessaire ;
- **prévenir les difficultés logistiques** dans le cadre de la création d'un nouveau parcours avec des créneaux ou journées sanctuarisés (disponibilité de salles de consultation par exemple).



Passer à l'action

- 1 **Retracer le parcours actuel de prise en soins** : étapes, acteurs, outils, délais (mesurés ou estimés).
- 2 **Définir les objectifs d'amélioration du parcours** (délais, qualité), et les indicateurs de performance à mesurer.
- 3 **Identifier les dysfonctionnements actuels du parcours** en groupe de travail pluridisciplinaire, **les prioriser** selon un ratio effort/impact, et **identifier les causes racines** sur lesquelles agir.
- 4 **Déduire les actions et changements de pratiques à réaliser** pour résoudre les dysfonctionnements du parcours.
- 5 **Concevoir un parcours cible** décrivant les nouvelles étapes, acteurs, outils et/ou indications de prise en soins.
- 6 **Décliner opérationnellement le parcours cible** avec des outils d'aide à la planification : logigrammes, checklists, etc.

OBJECTIF 2

Optimiser le parcours
de prise en soins à l'hôpital



Avant-propos

Espace ressources

Fiche 4

Page 1 sur 5

DÉFINIR LES MODALITÉS DE PRIORISATION DES PATIENTS POUR LA RÉALISATION D'EXAMENS OU DE CONSULTATIONS

Principes et bénéfices attendus

Dans un objectif de réduction des délais de diagnostic, la quasi-totalité des sites expérimentateurs ont travaillé sur **la mise en œuvre de nouveaux modes de fonctionnement visant à réduire les délais d'attente par l'obtention facilitée des rendez-vous d'examen ou de consultation** pour leurs patients suspectés d'être touchés par un cancer de mauvais pronostic.

En effet, pour certains types d'examens comme l'imagerie (scanner, IRM, TEP-scanner...), l'endoscopie ou les bilans cardiologiques, ainsi que pour certaines consultations (en particulier d'anesthésie), **l'embolisation des services par les flux importants de patients** (en ville comme à l'hôpital) a été fréquemment citée comme un facteur augmentant le délai de diagnostic. Dès lors, l'impératif d'une prise en soins urgente pour ces patients requiert **la mise en place d'un dispositif spécifique de priorisation**.

Trois types de dispositifs ont été mis en place dans le cadre des expérimentations :

- **la sanctuarisation de créneaux dédiés** : les créneaux sont préservés par défaut pour les patients intégrés au parcours accéléré et « libérés » peu de temps avant si aucun patient n'est identifié pour les utiliser ;
- **la priorisation des patients du parcours accéléré de prise en soins sur des créneaux d'urgence** prévus pour tous types de pathologie ;
- **la mise en place d'une coopération territoriale** (via des conventions de partenariat entre établissements) en vue de la mutualisation de moyens pour la réalisation d'examens.



Indicateurs mesurables

- Délai entre la demande d'examen et la réalisation de l'examen.
- Délai entre l'accueil et la date d'examen d'imagerie, biopsie ou autre examen diagnostique.
- Délai entre l'accueil et la réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) aboutissant à la formulation d'une proposition thérapeutique.
- Satisfaction des professionnels vis-à-vis de la réactivité des services à la suite d'une demande d'examen.

OBJECTIF 2

Optimiser le parcours de prise en soins à l'hôpital



Avant-propos

Espace ressources

Fiche 4

Page 2 sur 5

DÉFINIR LES MODALITÉS DE PRIORISATION DES PATIENTS POUR LA RÉALISATION D'EXAMENS OU DE CONSULTATIONS

Action clé n° 1

Mettre en place un dispositif de créneaux sanctuarisés d'examens et de consultations

Pour faciliter la programmation d'examens ou de consultations urgentes, plusieurs équipes ont fait le choix de **sanctuariser des créneaux dédiés pour leurs patients**. Ces créneaux sont réservés à l'avance, à des horaires et une fréquence prédéterminés. Pour les mettre en place, les principaux points à arbitrer avec les plateaux techniques et les médecins concernés sont les suivants :

- **combien de créneaux** doivent être réservés par jour, par semaine (selon la volumétrie attendue de patients) ?
- **quels jours** sont concernés ? Par exemple, le lundi et le jeudi, pour répondre à un objectif de disponibilité en moins de 72 h ;
- **quelles sont les règles pour la déprogrammation du créneau** au profit d'un autre patient ? Par exemple, si aucune demande n'est transmise 48 h avant ;
- **quel est le circuit de transmission de la demande** ?

La mise en place de ce dispositif a confirmé son efficacité pour plusieurs sites expérimentateurs sur une période de quelques mois, pour des volumes de l'ordre de 1 à 2 créneaux par semaine (pour un type d'examen donné). Il a également été éprouvé sur une durée plus longue par d'autres établissements, comme l'hôpital Beaujon ([programme HOPE](#)) ou l'hôpital Foch ([SOS Diagnostic Poumon](#)).



Ils l'ont fait

Optimisation des délais grâce à des créneaux préservés pour les patients

Le parcours de diagnostic rapide Instadiag foie-pancréas de l'Institut Gustave Roussy a été structuré autour de plages préservées d'examens et de consultations, de façon à optimiser les délais de prise en soins et réduire les allers-retours du patient.

Chaque semaine, 2 journées de diagnostic sont organisées pour les patients intégrés au parcours Instadiag, avec : 2 créneaux de consultation avec un oncologue, un radiologue et un chirurgien (jour 1, matin) ; 2 créneaux de scanner et IRM (jour 1, après-midi) ; et 2 créneaux d'écho-endoscopie et/ou biopsie percutanée (jour 2).

Grâce à ce dispositif, l'Institut parvient à proposer un accueil du patient sous 48 h (suivant la demande) et à réaliser un diagnostic complet en 7 jours, avant la RCP. Le nombre de créneaux négociés avec les médecins et les plateaux techniques sera reconsidéré par l'équipe projet en fonction de la hausse du volume de patients pris en soins.

OBJECTIF 2

Optimiser le parcours
de prise en soins à l'hôpital



Avant-propos

Espace ressources

Fiche 4

Page 3 sur 5

DÉFINIR LES MODALITÉS DE PRIORISATION DES PATIENTS POUR LA RÉALISATION D'EXAMENS OU DE CONSULTATIONS

Action clé n° 2

Convenir avec les plateaux techniques d'une orientation prioritaire des patients de mauvais pronostic

Dans le même esprit d'amélioration des délais de prise en soins, plusieurs équipes ont privilégié **une approche fondée sur la coordination avec les plateaux techniques et sur la priorisation de leurs patients** pour la réalisation des examens dans un court délai. Le prérequis à cette alternative est **le maintien d'une certaine marge de manœuvre par le plateau technique** pour accueillir rapidement un nouveau patient, par exemple grâce à **des créneaux d'urgence** conservés pour tous types de pathologies.

Ce dispositif « d'orientation prioritaire » a été mis en place dans le cadre de l'expérimentation pour des examens d'imagerie ou des analyses de biologie moléculaire et d'anatomopathologie.

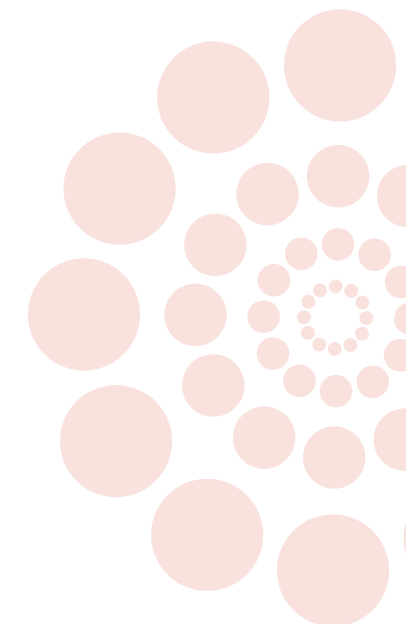


Ils l'ont fait

Priorisation des patients suspectés d'être atteints d'un cancer du poumon

Afin d'obtenir plus rapidement un examen d'imagerie (scanner, IRM) pour des cas urgents, l'équipe de l'hôpital Marie-Lannelongue a convenu, avec le service d'imagerie, d'un délai réduit d'obtention d'un rendez-vous dès lors que la demande concerne un patient suspecté d'être atteint d'un cancer du poumon. L'idée de « sanctuariser » des créneaux dédiés a été évoquée, mais cela n'a pas été jugé nécessaire compte tenu de la capacité du service d'imagerie à absorber ces demandes urgentes.

Un mode de fonctionnement similaire a été convenu avec le service d'anatomopathologie pour prioriser l'analyse des prélèvements biopsiques de ces patients.



OBJECTIF 2

Optimiser le parcours
de prise en soins à l'hôpital



Avant-propos

Espace ressources

Fiche 4

Page 4 sur 5

DÉFINIR LES MODALITÉS DE PRIORISATION DES PATIENTS POUR LA RÉALISATION D'EXAMENS OU DE CONSULTATIONS

Action clé n° 3

Mettre en place une coopération territoriale afin de mutualiser les moyens pour la réalisation d'examens

En raison de la forte sollicitation de certains plateaux techniques hospitaliers pour la réalisation d'examens, **la mise en place d'une coopération fonctionnelle avec un ou plusieurs acteurs tiers** (partenariats interdépartementaux ou avec d'autres établissements) **peut être privilégiée** dans une logique de mutualisation de moyens et de décloisonnement de l'offre de soins.

Sur le plan juridique, le modèle le plus souple est probablement **la signature d'une convention** entre parties (établissements, départements, etc.). D'autres formes de partenariats plus formels prévoient **la création d'une structure juridique dédiée** comme un groupement de coopération sanitaire (GCS).

En fonction du niveau de maturité atteint, ces coopérations peuvent être limitées à la co-utilisation d'un plateau technique ou à l'inverse, comporter des prises en soins déléguées de tout ou partie de l'activité.



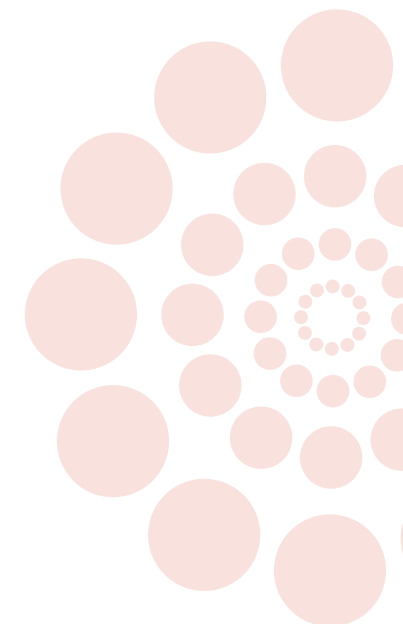
Ils l'ont fait

Signature d'une convention de partenariat avec des établissements tiers

Dans le cadre de son projet CReCa-H (parcours lymphome), le CHU de Caen a signé plusieurs conventions de partenariat avec des établissements tiers pour déléguer la réalisation d'activités de diagnostic pour ses patients. Des conventions avec les CH de Falaise et de François Baclesse ont notamment été développées pour la réalisation de TEP-scanner et de biopsies sous échographie.

Création d'un Institut et mise en place d'une équipe mobile d'oncologie médicale (hors expérimentation)

En 2008, sept hôpitaux de la région Bourgogne-Franche-Comté ont créé l'Institut régional fédératif du cancer en Franche-Comté, IRFC (sous le statut de GSC, établissement hors expérimentation), dans le but de mutualiser leurs compétences et moyens médicaux pour une prise en soins harmonisée des cancers sur le territoire. Au centre de ce dispositif de coopération territoriale, une équipe mobile d'oncologie médicale, financée par les établissements membres et rattachée au CHU de Besançon, se déplace dans chaque établissement pour prendre en soins les patients.



OBJECTIF 2

Optimiser le parcours
de prise en soins à l'hôpital



Avant-propos

Espace ressources

Fiche 4

Page 5 sur 5

DÉFINIR LES MODALITÉS DE PRIORISATION DES PATIENTS POUR LA RÉALISATION D'EXAMENS OU DE CONSULTATIONS

Résultats observés, principaux freins et facteurs clés de succès

Un autre levier pour réduire les délais diagnostiques

La sanctuarisation de créneaux (action clé n° 1) a été le dispositif le plus largement expérimenté par les sites. À l'issue de la période d'expérimentation, son efficacité pour la réduction de délais fait l'objet d'un consensus.

0,5 jour : c'est le délai moyen enregistré par l'Institut Gustave Roussy entre l'accueil du patient et la réalisation d'une IRM sur un créneau sanctuarisé (la même journée) dans le cadre de son parcours de diagnostic rapide Instadiag foie-pancréas (n = 46 patients), contre 5,6 jours pour un parcours « standard » dans le même établissement avant la mise en place de l'expérimentation.

1 semaine : c'est le délai moyen estimé par l'hôpital Marie-Lannelongue entre l'accueil et la réalisation d'une écho-endoscopie sur créneau préservé, contre 2 à 3 semaines précédemment.

Un moyen supplémentaire pour faciliter la coordination des équipes

Grâce à la mise en place de créneaux sanctuarisés et d'accords avec les services pour une prise en soins urgente des patients, les professionnels constatent un gain de temps et d'énergie dépensée pour obtenir

les rendez-vous d'examens (notamment baisse du nombre de mails de sollicitation et de relance).

Pour un dispositif de créneaux sanctuarisés, les équipes des plateaux techniques peuvent craindre de perdre des créneaux si aucun patient n'est programmé. Cette crainte doit être levée grâce à une garantie de libération des créneaux en amont (ex. : 48 h) en cas d'absence de patients.

Un soutien essentiel de la part de la gouvernance de l'établissement

La présence d'un « sponsor » du projet au niveau du pôle ou de la direction peut faciliter la mobilisation des professionnels d'autres services pour la priorisation des patients du parcours.

La démonstration d'une preuve d'efficacité du dispositif, en miroir des efforts consentis, est clé pour assurer sa pérennisation. L'objectivation de cette preuve doit passer par des mesures d'indicateurs (de délais notamment).



Passer à l'action

- 1 Évaluer les délais d'obtention d'un rendez-vous pour les différents examens et consultations du parcours, et analyser les causes à l'origine des délais jugés trop importants (embolisation des services du fait de flux importants de patients, manque de réactivité dans la communication, faible identification du caractère d'urgence pour les patients de mauvais pronostic, etc.).
- 2 Échanger avec les professionnels de l'établissement (radiologues, anesthésistes, etc.) sur les possibilités de priorisation des patients (grâce à des créneaux dédiés, par exemple) et en préciser les modalités opérationnelles concrètes (préavis avant libération du créneau pour un autre patient notamment).
- 3 Étudier l'opportunité d'un recours à des acteurs tiers (via une convention) pour la réalisation d'examens dont les délais sont particulièrement longs à l'hôpital.
- 4 Formaliser par écrit les engagements pris avec les services (charte qualité, protocole formel, etc.) ou les établissements partenaires (convention).
- 5 Évaluer l'efficacité du dispositif et l'adapter si nécessaire (nombre de créneaux sanctuarisés en fonction du volume de patients, par exemple).

OBJECTIF 2

Optimiser le parcours
de prise en soins à l'hôpital



Avant-propos

Espace ressources

Fiche 5

ACCÉLÉRER L'OBTENTION DES RÉSULTATS D'ANATOMOPATHOLOGIE

Page 1 sur 4

Principes et bénéfices attendus

Le diagnostic définitif de cancer et le choix de traitement le plus adapté reposent sur **les résultats de l'examen anatomopathologique**. En moyenne, le délai d'obtention des résultats finaux se situe entre 1 et 3 semaines.

Cette fiche vise à **définir de nouvelles modalités de transmission des résultats d'anatomopathologie**, matérialisées par une procédure convenue entre le service référent pour la prise en soins et les laboratoires d'analyses, **dans le but de réduire les délais de diagnostic et de mise en traitement**.

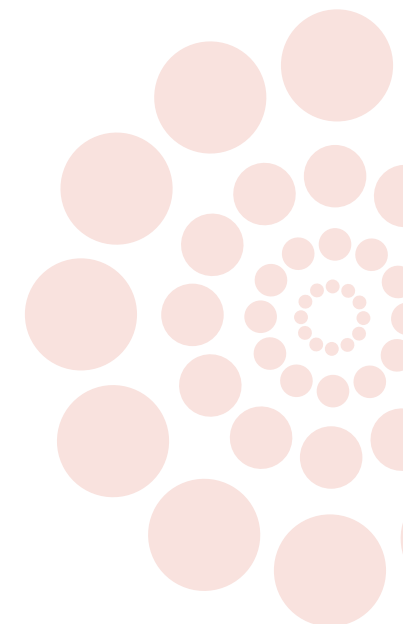
Concrètement, il s'agit de :

- **garantir l'exhaustivité des informations communiquées** au laboratoire d'anatomopathologie pour orienter efficacement ses analyses ;
- **identifier rapidement les prélèvements non contributifs** exigeant la réalisation d'une nouvelle biopsie ;
- **partager des résultats intermédiaires** permettant de débiter le plus tôt possible les soins (examens complémentaires préthérapeutiques, pose de chambre implantable, etc.) et de raccourcir la période d'attente des résultats pour les patients.



Indicateur mesurable

- Délai entre la date de la biopsie et la réception des résultats (intermédiaires ou définitifs)



OBJECTIF 2

Optimiser le parcours
de prise en soins à l'hôpital



Avant-propos

Espace ressources

Fiche 5

ACCÉLÉRER L'OBTENTION DES RÉSULTATS D'ANATOMOPATHOLOGIE

Page 2 sur 4

Action clé n° 1

Enrichir le bon de prescription d'anatomopathologie et sensibiliser les équipes sur les pratiques adéquates de remplissage

La mise à jour du bon de prescription, avec l'ensemble des informations nécessaires au choix d'analyses à effectuer, **peut contribuer à réduire les délais avant la réception des résultats**.

Dans le cadre des expérimentations, trois types d'informations ont été ajoutées dans les demandes d'anatomopathologie :

- **des informations sur le profil du patient et de la pathologie suspectée** ;
- **des informations sur les examens complémentaires** à réaliser (biologie moléculaire, analyse génétique, etc.) ;
- **le compte rendu de consultation**, joint (agrafé) au bon de prescription.

Au-delà de la mise à jour du bon de prescription, l'enjeu est de **sensibiliser l'ensemble des médecins-prescripteurs sur la nécessité de remplir la totalité des informations demandées**.

À plus long terme, la mise en place de la prescription connectée pourra permettre de faciliter le renseignement et le partage des informations, et d'harmoniser les pratiques de remplissage en rendant obligatoires certains champs. Cela n'a pas été testé dans le cadre de l'expérimentation, mais a été identifié comme un levier d'amélioration à déployer ultérieurement, en concertation avec la direction des systèmes d'information de l'établissement.



Ils l'ont fait

Enrichir le bon de prescription pour mieux guider la stratégie d'analyse

En concertation avec le service d'anatomopathologie, trois informations ont été ajoutées au bon de prescription de l'hôpital Marie-Lannelongue dans le cadre d'une suspicion de cancer du poumon : 1) si le patient est fumeur ou non ; 2) si la tumeur est métastatique ou non ; 3) s'il s'agit d'un premier diagnostic ou d'une récurrence. Ces informations permettent de guider la stratégie d'analyse du service d'anatomopathologie et notamment de déterminer l'indication d'une analyse rapide en biologie moléculaire.

Création d'un bon de prescription spécifique pour le « parcours lymphome »

L'équipe du CHU de Caen a créé un bon d'anatomopathologie spécifique pour le « parcours lymphome » en précisant les examens demandés, comme la biologie moléculaire, pour permettre un accueil unique du prélèvement qui est ensuite réparti dans les différents laboratoires concernés. Une réduction de 35 % du temps moyen d'analyse (de 20 jours à 13 jours) a été observée sur la durée de l'expérimentation (1 an). Mais la contribution isolée de ce levier, par rapport aux autres actions déployées, n'a pas pu être objectivement quantifiée.

OBJECTIF 2

Optimiser le parcours
de prise en soins à l'hôpital



Avant-propos

Espace ressources

Fiche 5

ACCÉLÉRER L'OBTENTION DES RÉSULTATS D'ANATOMOPATHOLOGIE

Page 3 sur 4

Action clé n° 2

Prévoir un partage de résultats intermédiaires pour identifier plus tôt les prélèvements infructueux et/ou initier une prise en soins précoce

Si les délais d'obtention de résultats d'analyse sont de l'ordre de 1 à 3 semaines, **le partage de résultats intermédiaires** (avant les résultats définitifs) **participe à la réduction des délais de mise en traitement**.

Ce partage peut contribuer à :

- **l'identification précoce des biopsies non contributives** : l'enjeu est d'éviter de constater tardivement le manque de tissu et la nécessité de renouveler la biopsie. En effet, des cas d'information tardive (> 10 jours après envoi du prélèvement) de la nécessité de réaliser une nouvelle biopsie ont été identifiés par les sites comme un facteur important d'allongement des délais ;
- **la mise en traitement précoce** : l'enjeu est de permettre, sur la base de résultats préliminaires, une initiation précoce des premières étapes de prise en soins, comme une pose de chambre implantable, une chimiothérapie néoadjuvante, etc. Le traitement peut ensuite être adapté selon les résultats définitifs.



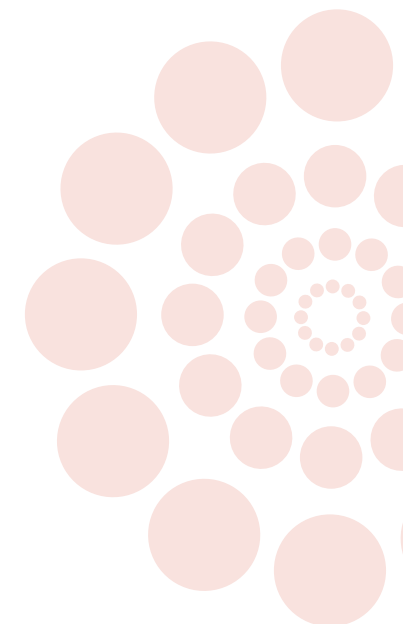
Ils l'ont fait

Envoi d'un mail intermédiaire pour les suspicions de cancer

Selon la nouvelle procédure convenue entre l'hôpital Marie-Lannelongue et le service d'anatomopathologie de l'hôpital Saint-Joseph, un mail est désormais envoyé à l'équipe de pneumologie à J+4 au plus tard (à partir de la date de la demande de l'analyse anatomopathologique) pour confirmer la suspicion de cancer, dans le cas où le résultat définitif ne serait pas encore connu. Ce partage intermédiaire permet d'initier plus tôt les premières étapes de prise en soins.

Communication renforcée en cas de biopsie non contributive

Au CHU de Caen, une nouvelle procédure convenue avec les laboratoires d'anatomopathologie prévoit une communication à J+2 ou J+3 en cas de biopsie non contributive pour permettre au service d'hématologie d'organiser rapidement un nouveau prélèvement.



OBJECTIF 2

Optimiser le parcours
de prise en soins à l'hôpital



Avant-propos

Espace ressources

Fiche 5

Page 4 sur 4

ACCÉLÉRER L'OBTENTION DES RÉSULTATS D'ANATOMOPATHOLOGIE

Résultats observés, principaux freins et facteurs clés de succès

Une réduction des délais d'obtention des résultats d'anatomopathologie

35 % : c'est la réduction du temps moyen d'analyse (de 20 jours à 13 jours) constaté au CHU de Caen pendant l'expérimentation. Les causes de cette évolution sont néanmoins multifactorielles et la contribution exacte du levier n'a pas pu être isolée.

Les sites expérimentateurs ont relevé **une plus grande réactivité dans l'alerte en cas de biopsie non contributive**. Les cas de constat tardif (au-delà de 10 jours) ont été totalement éliminés sur la période observée (3-6 mois).

Un vécu positif de cette nouvelle organisation par les professionnels et les patients

Les équipes impliquées dans cette action partagent **un constat de satisfaction des services grâce à une communication plus fluide et une meilleure réactivité dans la prise en soins**.

Au CHU de Caen, plusieurs patients interrogés via un questionnaire ont indiqué avoir particulièrement apprécié la réactivité des équipes dans le partage de résultats, même lorsque ceux-ci étaient partiels ou infructueux.

L'implication indispensable de l'ensemble des parties prenantes

L'adhésion des parties prenantes peut s'avérer difficile à sécuriser. Une bonne pratique est de **mobiliser les acteurs dans la phase de conception des engagements** (via un groupe de travail élargi) pour favoriser cette adhésion.

L'utilisation d'une boîte mail générique peut faciliter la communication en évitant au laboratoire d'avoir à identifier le prescripteur. À noter que l'utilisation du mail pour le partage de résultats intermédiaires peut susciter des craintes sur le plan légal.



Passer à l'action

- 1 Mesurer les délais actuels** d'obtention des résultats d'anatomopathologie (et leur écart avec les recommandations de l'INCa), et identifier les éventuelles causes de délais et/ou les opportunités de mise en traitement précoce.
- 2 Définir les délais cibles et les nouvelles modalités de collaboration** (précision des demandes, partages de résultats intermédiaires, etc.), via un groupe de travail avec les services prescripteurs et le laboratoire d'anatomopathologie.
- 3 Formaliser par écrit les nouvelles modalités de collaboration** (procédure) et/ou les documents associés.
- 4 Sensibiliser les équipes** au respect des engagements consentis.
- 5 Contrôler le respect des engagements** (de délai notamment).
- 6 Répliquer le modèle** avec d'autres laboratoires partenaires de l'hôpital.

OBJECTIF 2

Optimiser le parcours de prise en soins à l'hôpital



Avant-propos

Espace ressources

Fiche 6

INTÉGRER UN RESPONSABLE DE COORDINATION DU PARCOURS DE SOINS

Page 1 sur 5

Principes et bénéfices attendus

La plupart des sites expérimentateurs ont intégré, avant ou pendant l'expérimentation, **un coordinateur du parcours de soins (profil infirmier ou administratif) pour orienter le patient, faciliter la coordination entre les professionnels et assurer la consolidation des informations sur le parcours**. Dans la plupart des cas, le périmètre de **l'activité de coordination couvre à la fois le volet intrahospitalier, mais également le volet d'interface ville-hôpital**. Sur ce second volet, la réduction du délai entre l'adressage par le médecin de ville et le début de la prise en soins hospitalière a été identifiée comme un enjeu majeur par les équipes impliquées dans l'expérimentation et les médecins de ville interrogés en amont des travaux¹.

Le rapport coût-bénéfice de l'intégration d'un coordinateur pour un ou plusieurs parcours spécifiques **doit être évalué au cas par cas** selon le volume attendu de patients, le niveau d'interdisciplinarité de la prise en soins, les objectifs fixés par les services et les possibilités de valorisation de son activité.

Les principaux bénéfices pouvant être attendus sont :

- à l'entrée du parcours de soins : **fluidifier la coordination avec les professionnels de ville** de façon à limiter le passage par les urgences et favoriser une prise en soins précoce et programmée ;
- **centraliser et optimiser l'effort de planification des rendez-vous** en phase de diagnostic, de mise en traitement et de suivi de traitement dans un objectif de réduction de délais notamment ;
- **mieux suivre et accompagner le patient et ses proches** dans son parcours de soins, et limiter les ruptures de parcours ;
- **piloter l'amélioration continue du parcours** : évaluation du dispositif, collecte d'indicateurs, etc.



Indicateurs mesurables

Délais pendant le parcours de soins

- Délai entre la demande de prise en soins (appel, mail) et la première prise en soins du patient (consultation spécialisée, examen...).
- Délai entre l'accueil et la date d'examen d'imagerie, biopsie ou autre examen diagnostique.
- Délai entre l'accueil et la réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) aboutissant à la formulation d'une proposition thérapeutique.
- Délai entre la RCP et l'initiation du traitement (chirurgie, première chimiothérapie, première radiothérapie).

Qualité/exhaustivité de la prise en soins

- Taux de patients bénéficiant d'un bilan en soins de support.
- Taux de patients bénéficiant d'un suivi à x mois.
- Taux de patients réhospitalisés après un passage aux urgences.

¹ Selon une enquête réalisée dans le cadre de l'expérimentation auprès de 284 professionnels de ville, 62 % des répondants perçoivent le délai entre l'adressage et la prise en soins hospitalière comme un « point prépondérant à travailler dans l'amélioration du parcours de soins des patients ».



INTÉGRER UN RESPONSABLE DE COORDINATION DU PARCOURS DE SOINS

Action clé n° 1

Définir le périmètre d'intervention du coordinateur

Les différents sites hospitaliers qui ont recruté un coordinateur ont identifié **certaines missions transversales indispensables au bon déroulement du parcours cible**. Cet acteur clé aux compétences multiples, pivot dans l'organisation, apparaît essentiel dans le cadre de parcours accélérés de prise en soins des cancers de mauvais pronostic.

Il assume notamment :

1. une mission de coordination :

- réceptionner les demandes de prise en soins et s'assurer de leur bon niveau de complétude (motif, bilans associés...),
- analyser et prioriser les demandes selon leur degré d'urgence, en lien étroit et régulier avec l'équipe médicale hospitalière, le service social et le secrétariat médical,
- planifier les rendez-vous de consultations et d'exams,
- sécuriser la préparation des RCP,
- préparer la sortie d'hospitalisation en lien avec le médecin traitant, les professionnels de soins à domicile et/ou les structures de coordination (Communautés professionnelles territoriales de santé [CPTS], Dispositifs d'appui à la coordination [DAC]...);

2. une mission d'évaluation et d'amélioration continue :

- participer à l'évaluation du dispositif de prise en soins, au recueil et au calcul des indicateurs,
- animer des groupes de travail interdisciplinaires pour améliorer les pratiques,
- suivre la bonne application des recommandations;

3. une mission d'information et d'accompagnement :

- informer les patients et leurs proches sur le parcours de soins,
- suivre le déroulé du traitement et les effets secondaires,
- orienter les patients et leurs proches vers les soins de support, selon leurs besoins.

Pour faciliter l'arrivée du coordinateur, il est nécessaire de préparer un plan d'intégration détaillé incluant : un socle de formations au parcours et aux outils; des temps d'échanges avec l'ensemble des parties prenantes du parcours; un séminaire de communication au sujet du parcours destiné aux médecins adresseurs et incluant une présentation du coordinateur.



Ils l'ont fait

Recrutement d'une infirmière de coordination dédiée au parcours pancréas/voies biliaires

Le GHU Henri Mondor a recruté une infirmière de coordination (IDEC) dédiée au parcours pancréas/voies biliaires, pour :

- réceptionner les demandes des médecins de ville et des établissements tiers ;
- programmer les rendez-vous de consultations et d'exams (scanner, IRM...);
- sécuriser la préparation des RCP et transmettre les décisions de RCP aux services concernés ;
- suivre les patients tout le long de leur parcours pour prévenir les ruptures ;
- piloter le projet d'amélioration du parcours.

OBJECTIF 2

Optimiser le parcours de prise en soins à l'hôpital



Avant-propos

Espace ressources

Fiche 6

INTÉGRER UN RESPONSABLE DE COORDINATION DU PARCOURS DE SOINS

Page 3 sur 5

Choix de profil du coordinateur

Le profil du coordinateur et le périmètre exact de son activité varient d'un parcours de soins à l'autre, selon les besoins établis. Si les Hôpitaux privés du Hainaut et le GHU Henri Mondor ont fait le choix de recruter une IDEC dans le cadre de l'expérimentation, d'autres sites, comme l'Institut Gustave Roussy (parcours Instadiag foie-pancréas), confient le rôle de coordination à un profil administratif.

	Profil IDEC	Profil administratif
Avantages	<ul style="list-style-type: none">• Rôle de priorisation des demandes/d'avis soignant dès le premier appel• Périmètre élargi au-delà de l'activité de coordination, continuité de l'interlocuteur du patient tout au long du parcours (ex. : rôle de conseil sur effets secondaires)• Profil soignant rassurant pour le patient et les médecins	<ul style="list-style-type: none">• Profil pertinent pour se concentrer exclusivement sur la coordination• Possibilité d'atteindre un haut niveau d'autonomie grâce à des processus cadrés et avec l'expérience
Établissements et parcours	<ul style="list-style-type: none">• Hôpitaux Privés du Hainaut, parcours digestif• GHU Henri Mondor, parcours FAST (pancréas/voies biliaires)	<ul style="list-style-type: none">• Gustave Roussy, Instadiag• CHU St-Étienne, CancerDiag (hors expérimentation)• Institut régional fédératif du cancer en Franche-Comté (hors expérimentation)



Ils l'ont fait

Organiser la prise en soins des patients : création d'une cellule de coordination

Pour leur parcours de cancérologie digestive, les cliniques des Hôpitaux privés du Hainaut ont créé une « cellule de coordination », pilotée par une IDEC, afin d'organiser la prise en soins des patients en lien étroit avec les gastroentérologues libéraux. Les missions de la cellule sont :

- le recueil des demandes des médecins adresseurs et l'orientation vers un gastroentérologue du territoire ;
- la planification des rendez-vous (examens IRM notamment) ;
- la préparation des RCP de décision thérapeutique ;
- l'orientation des patients et de leurs proches vers les soins de support et les équipes d'éducation thérapeutique ;
- le suivi du déroulé du traitement.

OBJECTIF 2

Optimiser le parcours de prise en soins à l'hôpital



Avant-propos

Espace ressources

Fiche 6

Page 4 sur 5

INTÉGRER UN RESPONSABLE DE COORDINATION DU PARCOURS DE SOINS

Action clé n° 2

Mettre en place les outils de coordination du parcours de soins

Les expérimentations, couplées à un travail de revue de l'état de l'art en matière de coordination des parcours, **ont permis d'identifier plusieurs outils ou méthodes qui peuvent contribuer au soutien du coordinateur** :

- **des canaux de contact** (adresse mail et numéro de téléphone) **rendus visibles** auprès des médecins adresseurs et/ou des patients (page web, fiche recto-verso...);
- **une application digitale de communication** avec les patients ou les médecins ;
- **un logiciel de planification des examens** co-construit avec les médecins ;
- **un formulaire de recueil des informations du patient** à l'entrée du parcours (digital ou papier) ;
- **un outil de visualisation en temps réel** des créneaux d'examens ou de consultations disponibles ;
- **un outil de recueil des indicateurs du parcours** (délai, etc.).



Ils l'ont fait

Médecins traitants : accès à la plateforme de coordination de parcours

Les Hôpitaux privés du Hainaut prévoient d'ouvrir aux médecins traitants l'accès à leur plateforme de coordination de parcours, Oscare, pour leur permettre d'accéder aux informations sur leurs patients (agenda, programme personnalisé de soins...). L'outil sera piloté par l'IDEC, qui l'utilisera comme moyen de communication avec les médecins.

ONCOTEL, secrétariat d'entrée unique pour les demandes de prise en soins (hors expérimentation)

Pour le compte de ses 7 établissements partenaires, l'Institut régional fédératif du cancer de Franche-Comté (IRFC, établissement hors expérimentation) gère une équipe de secrétaires de parcours qui constitue un point d'entrée unique pour toutes demandes de prise en soins en oncologie sur le territoire, via un numéro de téléphone unique (**ONCOTEL**). Les secrétaires s'appuient sur un logiciel de gestion des demandes intégrant un arbre décisionnel pour définir la marche à suivre selon le cas de figure (avec près de 100 procédures différentes) et les plannings des médecins.

OBJECTIF 2

Optimiser le parcours de prise en soins à l'hôpital



Avant-propos

Espace ressources

Fiche 6

Page 5 sur 5

INTÉGRER UN RESPONSABLE DE COORDINATION DU PARCOURS DE SOINS

Résultats observés, principaux freins et facteurs clés de succès

Quels bénéfices de la coordination des parcours ?

La littérature scientifique fait état de nombreuses études attestant des bénéfices procurés par l'intégration d'une fonction de coordination du parcours en cancérologie, que ce soit sur le pronostic des patients, les délais de prise en soins ou la fréquence des réhospitalisations et des passages aux urgences non programmés.

Le démarrage de l'activité des nouveaux coordinateurs ayant eu lieu en fin de période d'expérimentation, les impacts de ces recrutements seront à évaluer dans la durée. **De premiers impacts ont néanmoins déjà été perçus par les équipes.** Au GHU Henri Mondor, l'IDEC a commencé à prendre en charge des activités de planification du parcours en phase de diagnostic (programmation des scanners, IRM, préparation des réunions de concertation pluridisciplinaire) et de mise en traitement (actions post-RCP). De ce fait, les médecins de l'équipe sont rassurés sur le fait que le circuit sera bien exécuté, avec un nombre réduit de cas de patients « perdus de vue ».

L'IDEC contribue également au projet d'optimisation du parcours, notamment grâce à un travail sur les outils du parcours (livret patient, canaux de contact...).

L'enjeu essentiel de l'intégration et de la reconnaissance du coordinateur

S'agissant d'une cellule de coordination jouant un rôle d'interface avec la ville, **il est crucial de prévoir un effort important de communication** avant et après sa création, afin de la rendre « visible » auprès des médecins adresseurs et convaincre de sa plus-value dans le parcours de soins.

Le recrutement d'une personne disposant déjà d'une expertise pour la pathologie en question permet d'économiser plusieurs mois de formation.

Le soutien de la gouvernance de l'établissement ainsi que la sanctuarisation du budget nécessaire à la coordination constituent des éléments préalables dont l'équipe doit s'assurer en amont du projet. Il appartient au porteur de projet de démontrer l'impact positif de la coordination à moyen et long terme pour justifier de l'investissement consenti : sur les volets financier (temps de coordination économisé dans les services, réduction de la durée moyenne de séjour, etc.) et non financier (qualité du parcours, capacité d'adaptation et de réactivité de l'organisation, etc.).

Les cas d'absence du coordinateur sont importants à anticiper pour que l'organisation puisse fonctionner temporairement sans lui.



Passer à l'action

- 1 Définir le périmètre d'activité envisagé du coordinateur** et le profil recherché, en concertation avec un groupe représentatif des principales parties prenantes du parcours.
- 2 Valider le projet** de recrutement et évaluer son coût.
- 3 Recruter une personne** au profil correspondant.
- 4 Préparer son arrivée :** mettre en place les outils du coordinateur (mail, téléphone, logigramme de planification, etc.) et formaliser le plan d'intégration détaillé sur les premières semaines.
- 5 Intégrer le coordinateur** aux équipes et communiquer sur son rôle auprès des parties prenantes du parcours (ville et hôpital).

OBJECTIF 2

Optimiser le parcours
de prise en soins à l'hôpital



Avant-propos

Espace ressources

Fiche 7

Page 1 sur 4

GUIDER LES MÉDECINS DE VILLE ET LES PATIENTS DANS LE SUIVI DES ÉTAPES CLÉS DU PARCOURS DE SOINS

Principes et bénéfices attendus

Les travaux de cadrage des expérimentations ont permis d'identifier **un besoin important de clarification du déroulé de la prise en soins hospitalière pour les médecins traitants, les patients et leurs proches.**

Malgré leur pleine confiance dans les soins hospitaliers, **les médecins traitants sont nombreux à ressentir une frustration due à l'absence d'informations synthétiques sur le séjour hospitalier et l'évolution de la santé de leurs patients¹.** Les modes de communication classiquement utilisés (partage du compte rendu d'hospitalisation, remise du programme personnalisé de soins [PPS] au patient, etc.) ne répondent qu'imparfaitement à cette demande d'information (car souvent trop denses et complexes à saisir) pour pouvoir orienter et suivre leur patient après son retour à domicile.

Quant aux patients et à leurs proches, ceux-ci expriment le souhait d'avoir accès à une information claire sur les étapes du parcours et les délais estimés de prise en soins².

En réponse à ces besoins, **le développement de documents ou d'outils pour mieux communiquer sur les événements du séjour hospitalier avec les patients et leur médecin traitant peut être mis en œuvre.**

Les principaux bénéfices visés sont :

- **la satisfaction des patients**, des proches et/ou des médecins de ville vis-à-vis de la qualité de l'accompagnement par les équipes impliquées dans le parcours ;
- **l'évitement de ruptures de parcours** pendant ou après la prise en soins hospitalière (patients « perdus de vue » par l'établissement et/ou le médecin traitant).



Indicateurs mesurables

- Niveau de satisfaction et de compréhension des patients sur les étapes de prise en soins, mesuré via un questionnaire (papier ou digital) remis par un membre de l'équipe de soins.
- Du point de vue des médecins généralistes : niveau de compréhension du parcours de soins aux différentes étapes de prise en soins (diagnostic, traitement, post-traitement) ou de la documentation produite par l'établissement, mesuré via une enquête (avant/après).

¹ Source : enquête par questionnaire réalisée dans le cadre de l'expérimentation auprès de 284 professionnels de ville et entretiens avec des représentants de la médecine de ville.

² Source : entretiens réalisés avec des associations de patients.

OBJECTIF 2

Optimiser le parcours de prise en soins à l'hôpital



Avant-propos

Espace ressources

Fiche 7

Page 2 sur 4

GUIDER LES MÉDECINS DE VILLE ET LES PATIENTS DANS LE SUIVI DES ÉTAPES CLÉS DU PARCOURS DE SOINS

Action clé n° 1

Retravailler la documentation communiquée par l'établissement (livret patient, programme personnalisé de soins, compte rendu...)

Plusieurs sites expérimentateurs ont travaillé à **la conception ou à la restructuration de documents clés d'information sur le parcours de prise en soins**, notamment :

- **un livret patient standardisé et spécifique au parcours de soins**, remis généralement au début du parcours en version papier et/ou numérique. Ce livret doit lui servir de guide de discussion avec les professionnels de santé, afin de favoriser une communication ouverte et efficace. Il peut inclure, par exemple : une présentation globale et schématisée du parcours, avec des indications de délais ; une description détaillée des actes médicaux et chirurgicaux ; une description des types de traitement et des effets secondaires potentiels ; les coordonnées des principaux interlocuteurs du patient. En améliorant la compréhension, la communication, et l'autonomie du patient, cette action s'inscrit dans une stratégie globale de limitation des points de rupture du parcours ;

- **une nouvelle version du programme personnalisé de soins (PPS)**, remis au patient lors de la consultation de proposition thérapeutique. L'objectif est de proposer un PPS intégrant une information plus synthétique et fonctionnelle sur le traitement, en réponse aux besoins exprimés par les patients et leur médecin traitant.

D'autres axes de travail ont été identifiés par les sites expérimentateurs, mais n'ont pas pu être mis en œuvre au cours des mois d'expérimentation, notamment :

- la clarification des protocoles de soins auprès des infirmiers libéraux, via un temps d'échange ou la transmission d'une lettre de liaison ;
- la mise en place d'une communication auprès du pharmacien d'officine du patient, en amont du diagnostic et du choix du traitement oral, en particulier pour des traitements très spécifiques devant être commandés en avance.



Ils l'ont fait

Publication d'un livret patient

L'équipe projet des Hôpitaux privés du Hainaut a conçu, avec l'appui d'un prestataire, un nouveau livret patient dont le texte est reconnu « Facile à lire et à comprendre » (FALC). Il intègre des informations sur les thèmes suivants : les différents traitements, les effets secondaires et les gestes à adopter en cas d'inconfort ; les soins de support ; les soins palliatifs : utilité, équipe dédiée ; les droits du patient : directives anticipées, personne de confiance, etc. ; et les numéros en cas de questions ou d'urgence.

Création d'un nouveau programme personnalisé de soins

L'équipe projet de l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière a créé un nouveau PPS pour son parcours SpeedEndoc (cancer thyroïdien grave). Il s'agit d'un PPS global et unique (plutôt qu'un PPS remis par chaque service – radiothérapie, chimiothérapie, etc.), intégrant des informations spécifiques à la pathologie et au parcours (plutôt qu'un modèle « standard » identique à d'autres PPS) et des éléments graphiques (schémas) facilitant la compréhension du lecteur.

OBJECTIF 2

Optimiser le parcours de prise en soins à l'hôpital



Avant-propos

Espace ressources

Fiche 7

Page 3 sur 4

GUIDER LES MÉDECINS DE VILLE ET LES PATIENTS DANS LE SUIVI DES ÉTAPES CLÉS DU PARCOURS DE SOINS

Action clé n° 2

Fournir une information en temps réel sur le déroulé de la prise en soins

Pour exercer pleinement leur rôle, **les professionnels de ville ont besoin d'être informés par les établissements des événements clés du parcours de leurs patients** tels que l'admission, le transfert, la sortie ou le décès.

La diffusion de cette information peut être réalisée en s'appuyant sur des outils existants, comme un mail sécurisé ou un SMS. Pour assurer la pérennité d'une telle pratique, **il convient de mettre en place une forme d'automatisation** ou à minima de préparer des « messages types » limitant le caractère chronophage de ces actions.

Une autre solution, plus avancée, consiste à **ouvrir aux professionnels de ville un accès à un espace sécurisé leur permettant de suivre en temps réel les étapes clés du parcours** du patient

(rendez-vous de consultations ou d'examen, réunion de concertation pluridisciplinaire [RCP], émission d'un nouveau document, etc.). Plusieurs éditeurs de solutions de coordination proposent cette fonctionnalité.

Enfin, il convient de noter que la plupart des sites expérimentateurs proposaient déjà, avant l'expérimentation, des RCP ouvertes aux professionnels de ville grâce à un système de visioconférence.



Ils l'ont fait

Communication systématisée avec le médecin traitant

L'équipe projet de l'Institut Gustave Roussy a intégré l'envoi systématique d'un courrier au médecin traitant du patient à l'issue de la première journée de diagnostic.

L'objectif est de notifier l'admission du patient au médecin et de l'informer des examens réalisés ainsi que des prochaines étapes. Compte tenu du degré de standardisation du parcours de diagnostic, un modèle de « mail type » a pu être réalisé pour faciliter cet envoi.

OBJECTIF 2

Optimiser le parcours
de prise en soins à l'hôpital



Avant-propos

Espace ressources

Fiche 7

Page 4 sur 4

GUIDER LES MÉDECINS DE VILLE ET LES PATIENTS DANS LE SUIVI DES ÉTAPES CLÉS DU PARCOURS DE SOINS

Résultats observés, principaux freins et facteurs clés de succès

Mieux évaluer les impacts de la communication vers la ville et le patient

L'évaluation de l'impact des actions de communication et d'information destinées aux médecins de ville et aux patients a été initiée à la fin de l'expérimentation. Il sera donc nécessaire de recueillir de nouvelles mesures d'impacts en 2026.

Cependant, **la littérature scientifique fait état de nombreuses études attestant du poids de la communication dans la satisfaction du patient et des bénéfices procurés par une communication claire et efficace** en matière d'engagement du patient, de qualité de vie et même de l'état de santé du patient.

La difficile mobilisation des médecins généralistes dans les RCP

Les sites expérimentateurs ont témoigné du fait qu'**il est globalement difficile d'intégrer les médecins généralistes dans les réunions de concertation pluridisciplinaire** qui se tiennent généralement en journée, pendant leurs plages horaires de consultation.

Un temps conséquent pour formaliser les supports destinés aux professionnels libéraux

Par ailleurs, **la formalisation des documents destinés aux professionnels de ville peut prendre du temps**, notamment pour la création de schémas clairs et intelligibles. **Cependant, ce temps est rapidement rentabilisé** si ces outils permettent de tisser des liens de confiance avec les professionnels libéraux, ce qui participe à accélérer l'orientation des patients et à fluidifier le parcours.



Passer à l'action

- 1 Interroger les professionnels de ville et les patients** concernant l'information communiquée sur le parcours de soins et son adéquation par rapport à leurs besoins (clarté, niveau de détails, complétude, moment de diffusion, etc.).
- 2 Définir la cible** en termes de partage d'information et identifier les outils et les pratiques à intégrer (mail, SMS, plateforme partagée...) pour mettre en œuvre ce partage.
- 3 Engager les changements nécessaires** pour atteindre la cible : modification ou création d'un document, intégration d'une nouvelle pratique, intégration d'un nouvel outil, etc.



3

Objectif 3

PROPOSER UNE PRISE EN SOINS GLOBALE ET PERSONNALISÉE

FICHE 8. Intégrer précocement les soins de support et les soins palliatifs dans le parcours de prise en soins

FICHE 9. Mettre en place un modèle de coopération ville-hôpital pour sécuriser le retour à domicile du patient

Bien que la prise en soins des patients atteints de cancers de mauvais pronostic soit globalement centrée à l'hôpital, les patients réalisent néanmoins de nombreux allers-retours entre leur domicile et l'établissement de soins dans le cadre de leur parcours. **Ce partage des espaces de soins peut être à l'origine de ruptures de parcours particulièrement délétères dans le cadre des cancers de mauvais pronostic.**

Les fiches-actions proposées dans cette partie proposent **des repères pour limiter la survenue de tels événements**. En particulier, le développement d'un modèle pérenne de coopération ville-hôpital, autour de la filière accélérée de prise en soins structurée à l'hôpital, apparaît comme une garantie de la qualité des soins et du confort du patient lors de son retour à domicile. De la même façon, l'intégration précoce des soins de support et des soins palliatifs, qui peuvent se poursuivre à domicile, participe à la prise en soins globale de la personne malade et à la fluidité de son parcours de soins.

OBJECTIF 3

Proposer une prise en soins globale et personnalisée



Avant-propos

Espace ressources

Fiche 8

Page 1 sur 4

INTÉGRER PRÉCOCEMENT LES SOINS DE SUPPORT ET LES SOINS PALLIATIFS DANS LE PARCOURS DE PRISE EN SOINS

Principes et bénéfices attendus

L'évolution rapide des cancers de mauvais pronostic justifie **la mise en place précoce, dès le diagnostic, de soins de support renforcés et/ou d'une prise en soins palliative** dans l'objectif de **préserver la qualité de vie des patients, d'apporter le soutien nécessaire aux proches aidants et de limiter les ruptures de parcours** (interruptions de traitement, hospitalisations non programmées...).

Or, les réflexions menées en début d'expérimentation ont fait ressortir les constats suivants :

- **L'intégration des soins de support dans la prise en soins mérite d'être renforcée.** La sensibilisation des professionnels sur cette thématique et le renforcement de leurs connaissances au sujet de l'offre existante constituent des enjeux majeurs pour améliorer l'orientation des patients selon leurs besoins ;
- **L'intégration des soins palliatifs est souvent trop tardive**, ce qui participe à minimiser leur efficacité et à provoquer un sentiment de rupture et d'abandon de la part des patients.

Les objectifs des leviers présentés dans cette fiche sont d'entraîner les professionnels du diagnostic dans **l'adoption de nouvelles pratiques d'évaluation des besoins du patient et de fluidifier son orientation vers des professionnels spécialisés** (en soins de support ou palliatifs) au sein ou à l'extérieur de l'établissement.



Indicateurs mesurables

Intégration précoce des soins de support

- ⚙ Taux de patients bénéficiant d'un bilan en soins de support.

Intégration précoce des soins palliatifs

- ⚙ Exemple d'indicateurs permettant de mesurer l'obstination déraisonnable : proportion de patients sous chimiothérapie dans les 15 derniers jours de vie.
- ⚙ Exemple d'indicateurs d'intégration tardive : délai entre la consultation d'annonce et l'intégration du patient dans un circuit de prise en soins palliative.

OBJECTIF 3

Proposer une prise en soins globale et personnalisée



Avant-propos

Espace ressources

Fiche 8

Page 2 sur 4

INTÉGRER PRÉCOCEMENT LES SOINS DE SUPPORT ET LES SOINS PALLIATIFS DANS LE PARCOURS DE PRISE EN SOINS

Action clé n° 1

Mettre en place des questionnaires d'évaluation des besoins en soins de support et soins palliatifs

Plusieurs équipes des sites expérimentateurs ont cherché à **équiper les professionnels du parcours de soins** (oncologues, chirurgiens, infirmiers...) **avec des outils permettant de détecter les besoins des patients en soins de support et/ou soins palliatifs**.

Des questionnaires existants peuvent être réutilisés ou adaptés, par exemple :

- la grille de repérage de 1^{er} niveau des patients en soins de support (publiée par l'Institut national du cancer en 2021) ;
- le Distress Thermometer : autoquestionnaire de repérage des besoins en soins de support ;
- le G8 Onco-gériatrie : test de détection du besoin de recours au gériatre ;
- le formulaire Pallia 10 : questionnaire d'évaluation des besoins en soins palliatifs ;
- la « double question surprise » (seriez-vous surpris si ce patient décédait dans les 12 mois ? S'il était encore en vie dans les 12 mois ?) : première étape d'identification des patients nécessitant des soins palliatifs précoces.

Ces questionnaires ont été utilisés par les équipes soignantes dès la phase de diagnostic, généralement dans l'objectif d'échanger sur une proposition dès la consultation d'annonce.



Ils l'ont fait

Utilisation du formulaire Pallia10

L'équipe du service de neuro-oncologie des Hospices civils de Lyon a intégré l'utilisation du formulaire Pallia10 (SFAP) dans ses pratiques pour mieux repérer le moment où le recours à une équipe spécialisée de soins palliatifs devient nécessaire. L'utilisation du formulaire permet d'objectiver, avec un score, le besoin d'orientation. L'échelle a dû être adaptée pour ne pas donner un résultat positif pour 100 % des patients atteints d'un glioblastome.

Une présentation de l'échelle Pallia10 devant l'équipe soignante a été réalisée par l'unité de soins palliatifs en réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP). Le service a constaté une attention accrue des soignants sur le sujet, ainsi qu'une augmentation du recours à l'unité de soins palliatifs pour les patients les plus fragilisés.

OBJECTIF 3

Proposer une prise en soins globale et personnalisée



Avant-propos

Espace ressources

Fiche 8

Page 3 sur 4

INTÉGRER PRÉCOCEMENT LES SOINS DE SUPPORT ET LES SOINS PALLIATIFS DANS LE PARCOURS DE PRISE EN SOINS

Action clé n° 2

Fluidifier l'orientation du patient vers des équipes spécialisées en soins de support et soins palliatifs

Au-delà de l'enjeu de détection des cas nécessitant l'intervention d'une équipe spécialisée, il a souvent été constaté que **la collaboration avec ces équipes doit être intensifiée**. Ainsi, plusieurs sites expérimentateurs ont cherché à **clarifier les circuits d'orientation des patients vers les ressources existantes** (professionnels des soins de support, unité de soins palliatifs, etc.), y compris au sein même de l'établissement. Concrètement, il s'agit par exemple de répondre aux questions suivantes :

- Quand et comment aborder le sujet avec le patient ?
- Qui contacter pour initier la prise en soins ?
- À quel moment du parcours faut-il réaliser cette sollicitation ?

Devant la difficulté d'aborder le sujet des soins palliatifs avec les patients, souvent perçus comme synonymes de « mort imminente », **les équipes spécialisées recommandent de les orienter vers un accompagnement global incluant les soins de support et les soins palliatifs** (en hôpital de jour [HDJ]) notamment).



Ils l'ont fait

Intégration précoce des soins palliatifs

L'équipe projet de l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière s'est entretenue avec l'unité mobile de soins palliatifs (UMASP) de l'établissement ainsi qu'avec l'équipe Pallidom (prise en soins palliative urgente à domicile) pour clarifier les besoins de soins des patients atteints d'un cancer thyroïdien grave et les modalités de recours aux services.

Ces échanges ont permis de fluidifier la communication interservices et de sensibiliser les équipes d'oncologie et d'endocrinologie à l'intégration précoce des soins palliatifs. Désormais, en aval de la consultation d'annonce, un séjour préthérapeutique en HDJ (avec oncologue et UMASP) est systématiquement organisé pour les patients nécessitant une prise en soins palliative.

OBJECTIF 3

Proposer une prise en soins globale et personnalisée



Avant-propos

Espace ressources

Fiche 8

Page 4 sur 4

INTÉGRER PRÉCOCEMENT LES SOINS DE SUPPORT ET LES SOINS PALLIATIFS DANS LE PARCOURS DE PRISE EN SOINS

Résultats observés, principaux freins et facteurs clés de succès

Des outils qui facilitent l'intégration de la dimension « support » et « palliative » dans les parcours de soins

Les sites hospitaliers qui ont travaillé sur cette action ont mis en place **des grilles et des outils d'évaluation qui ont permis d'objectiver les besoins en soins de support et en soins palliatifs** (versus intuition du médecin). De plus, l'introduction de ces nouvelles méthodes dans les pratiques cliniques a favorisé **une meilleure compréhension des besoins en soins palliatifs** (en termes de réactivité et d'urgence) par les équipes spécialisées, pour le cas particulier des patients ayant un cancer de mauvais pronostic.

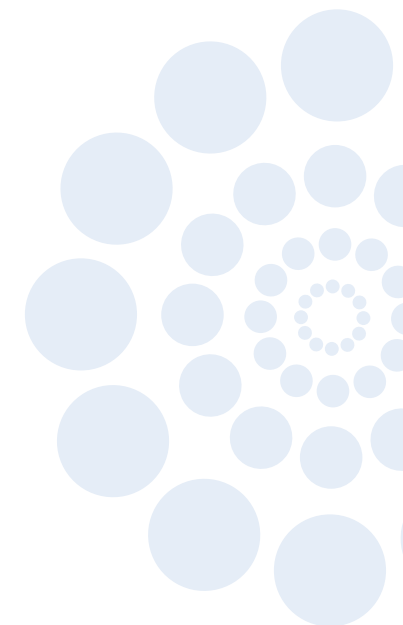
L'orientation vers les soins de support et les soins palliatifs reste cependant complexe

L'intégration des pratiques d'évaluation des besoins en soins de support et soins palliatifs par les professionnels prend du temps et requiert un effort de sensibilisation. De plus, **l'identification du « bon moment » et de la « bonne méthode » pour orienter le patient** vers des soins palliatifs sont **source de questionnements pour les médecins**. En revanche, **l'existence d'un dispositif structuré d'HDJ** incluant soins de support et soins palliatifs **facilite l'orientation précoce des patients** d'un point de vue organisationnel.



Passer à l'action

- 1 Identifier les équipes** (internes ou externes) proposant un accompagnement en soins de support ou en soins palliatifs pour les patients du territoire : professionnels hospitaliers, équipes mobiles, professionnels libéraux, associations, etc.
- 2 Clarifier auprès de ces équipes les modalités de recours à leurs services** : critères de fragilité du patient, moment du parcours, points de contact, etc.
- 3 Se former à l'évaluation des besoins** en s'appuyant sur des outils « clé en main » (à réadapter si besoin) : questionnaires, autoquestionnaires, questions à se poser, etc.
- 4 Sensibiliser les équipes de prise en soins** (oncologues, chirurgiens, infirmiers, etc.) aux pratiques d'évaluation et aux modalités d'orientation des patients.



OBJECTIF 3

Proposer une prise en soins globale et personnalisée



Avant-propos

Espace ressources

Fiche 9

Page 1 sur 5

METTRE EN PLACE UN MODÈLE DE COOPÉRATION VILLE-HÔPITAL POUR SÉCURISER LE RETOUR À DOMICILE DU PATIENT

Principes et bénéfices attendus

La discontinuité des soins en ville après un séjour hospitalier peut entraîner des conséquences indésirables pour le patient : non-respect des procédures de soins, faible observance des traitements médicamenteux, réhospitalisations non programmées, passages aux urgences sont parmi les exemples les plus fréquemment cités de « ruptures de parcours » qui pourraient être évitées grâce à une meilleure coordination ville-hôpital.

Pour garantir un bon niveau de continuité de la prise en soins en phase de traitement, **l'hôpital doit promouvoir la mobilisation des acteurs de ville qui proposent des services de soins, de coordination et/ou de suivi à domicile en maintenant un fil de communication avec eux pour mieux suivre l'évolution de la pathologie.**

En particulier pendant l'expérimentation, il est apparu que les offres de services des structures de coordination comme les Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) ou les Dispositifs d'appui à la coordination (DAC) sont souvent sous-utilisées, car trop peu connues par les professionnels hospitaliers.

Les bénéfices attendus de cette démarche incluent :

- **l'amélioration de la qualité de la prise en soins** en phase de traitement et *a fortiori* des chances de survie ;
- **la réduction du nombre de réhospitalisations et/ou de passages aux urgences** évitables ;
- **la réduction de la durée moyenne de séjour ;**
- **la réduction de la charge de travail** portée par l'équipe hospitalière pour préparer le retour à domicile du patient (via un appui plus important sur les structures de ville).



Indicateurs mesurables

- ⚙ Taux de patients suivis par un professionnel de coordination (infirmier de coordination [IDEC], équipe DAC, par exemple) x mois après la sortie.
- ⚙ Taux de patients admis aux urgences dans les x mois après la sortie.
- ⚙ Durée moyenne de séjour.

OBJECTIF 3

Proposer une prise en soins globale et personnalisée



Avant-propos

Espace ressources

Fiche 9

Page 2 sur 5

METTRE EN PLACE UN MODÈLE DE COOPÉRATION VILLE-HÔPITAL POUR SÉCURISER LE RETOUR À DOMICILE DU PATIENT

Action clé n° 1

Mobiliser les acteurs de ville pour faciliter la recherche de professionnels libéraux

Dans le cas spécifique des cancers de mauvais pronostic, **les problématiques liées aux sorties des patients sont relativement prégnantes** (en raison du caractère fragilisant de ces pathologies) et demandent un effort important de préparation pour le personnel hospitalier. Notamment, **la recherche de professionnels de soins à domicile** (infirmiers libéraux, diététiciens, kinésithérapeutes, psychologues...) **peut s'avérer particulièrement chronophage**.

Or, **plusieurs structures de ville proposent**, dans leur offre de services, **un travail de préparation du retour à domicile et de mise en relation du patient et de ses proches avec des professionnels libéraux**. On peut citer, par exemple, les CPTS, qui proposent parfois un service d'aide à la recherche de médecins traitants ou autres professionnels libéraux, ou les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) dans le cadre du dispositif PRADO (voir le tableau page suivante).

Cette première action clé consiste ainsi à **cartographier les offres de services** présentes sur le territoire, puis à s'en rapprocher pour **clarifier les modalités de recours à ces structures** (pour quels patients ? à quel moment du parcours ? par quels canaux ?).



Ils l'ont fait

Recours au dispositif PRADO et aux CPTS

Dans le cadre de l'expérimentation, l'équipe des Hospices civils de Lyon a cherché à renforcer le processus de préparation de la sortie d'hôpital. Pour la recherche de professionnels libéraux en ville (médecin traitant, paramédicaux), elle s'est appuyée sur les services d'acteurs de ville.

Elle a ainsi pu mettre en place :

- un recours systématique au dispositif PRADO des CPAM pour les patients éligibles (âgés de plus de 75 ans notamment) et répondant à certains critères de fragilité. Concrètement, un simple mail (basé sur un modèle type) est envoyé par le service de l'hôpital à la CPAM du patient pour déclencher un accompagnement à la recherche de professionnels ;
- un recours aux CPTS, selon des modalités similaires, pour les patients non éligibles au PRADO.

OBJECTIF 3

Proposer une prise en soins globale et personnalisée



Avant-propos

Espace ressources

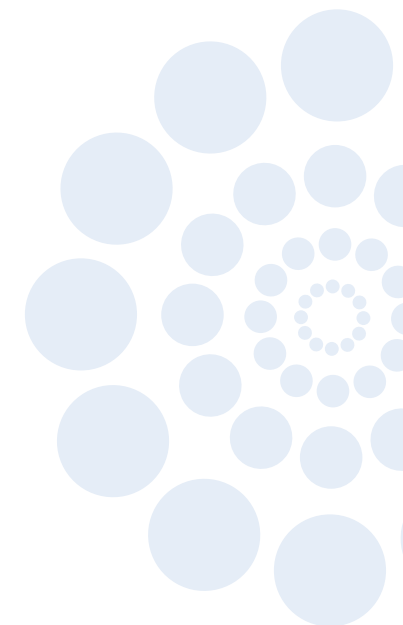
Fiche 9

Page 3 sur 5

METTRE EN PLACE UN MODÈLE DE COOPÉRATION VILLE-HÔPITAL POUR SÉCURISER LE RETOUR À DOMICILE DU PATIENT

Exemples de structures de ville pouvant intervenir sur des activités de coordination post-séjour

	Rôles possibles dans la coordination des soins
Communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS)	Offre de services variable selon le projet de santé défini en lien avec l'ARS : <ul style="list-style-type: none">• aide à la recherche de médecin traitant et autres professionnels libéraux ;• structuration d'un parcours de soins coordonné (gestion de projets).
Dispositif d'appui à la coordination (DAC)	Offre d'appui aux professionnels de santé pour la gestion des cas complexes : <ul style="list-style-type: none">• définition d'un plan d'action personnalisé ;• appui à la coordination des soins.
Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM)	Service de retour à domicile PRADO pour certaines catégories de patients uniquement (y compris les patients âgés de plus de 75 ans ou hospitalisés pour intervention chirurgicale) : <ul style="list-style-type: none">• recherche de professionnels libéraux et prise des premiers rendez-vous avec le patient ;• organisation de prestations d'accompagnement social : aide-ménagère, portage de repas...



OBJECTIF 3

Proposer une prise en soins globale et personnalisée



Avant-propos

Espace ressources

Fiche 9

Page 4 sur 5

METTRE EN PLACE UN MODÈLE DE COOPÉRATION VILLE-HÔPITAL POUR SÉCURISER LE RETOUR À DOMICILE DU PATIENT

Action clé n° 2

Renforcer la communication ville-hôpital pour suivre le patient après son retour à domicile

Dans un objectif de diminution du nombre de réhospitalisations évitables, **plusieurs sites expérimentateurs ont mené des réflexions sur les voies d'amélioration de la communication avec la ville après le retour à domicile du patient.**

Certaines pistes ont ainsi été envisagées (mais non mises en œuvre pendant la période d'expérimentation), notamment :

- **l'attribution d'un rôle proactif de suivi de traitement au coordinateur hospitalier** (IDEC principalement), avec des rituels de prise de contact à intervalles réguliers pour déceler les signes précurseurs de complications ;
- **l'utilisation partagée** (entre ville et hôpital) **d'outils numériques de communication et de suivi** du parcours du patient, qu'il s'agisse d'outils locaux, régionaux (ex. : solutions e-parcours) ou nationaux (ex. : Mon espace santé) ;
- **l'intégration dans les pratiques d'un « passage de relais » vers des structures de coordination**, comme les DAC ;
- **l'intégration dans les pratiques d'une orientation anticipée du patient vers une équipe interne de télésurveillance**, sur prescription de l'oncologue.



Ils l'ont fait

Élaboration d'une charte d'engagement interne

Pour sécuriser la mise en œuvre de son parcours cible avec un enjeu fort sur l'étape de sortie d'hospitalisation, l'équipe des Hospices civils de Lyon a formalisé une charte d'engagement interne précisant la répartition des tâches entre les différents intervenants (médecins, internes, cadres de santé, assistants de service social, équipe paramédicale) et les points de contact des organismes de ville pouvant être sollicités (CPAM, CPTS, etc.).

OBJECTIF 3

Proposer une prise en soins globale et personnalisée



Avant-propos

Espace ressources

Fiche 9

Page 5 sur 5

METTRE EN PLACE UN MODÈLE DE COOPÉRATION VILLE-HÔPITAL POUR SÉCURISER LE RETOUR À DOMICILE DU PATIENT

Résultats observés, principaux freins et facteurs clés de succès

Une meilleure organisation hospitalière du retour à domicile, en partenariat avec la ville

Les réflexions menées sur la préparation de la sortie d'hôpital ont permis **un renfort des connaissances des équipes sur les dispositifs de coordination ville-hôpital existants**.

Aux Hospices civils de Lyon, le recours au dispositif PRADO (CPAM), pour l'accompagnement du retour à domicile des patients âgés, est effectif depuis plusieurs mois. Il s'agit d'une nouvelle pratique, utilisée principalement pour des patients en récidive. Elle a permis de **réduire le temps passé par les médecins à rechercher des professionnels de soins libéraux et de mieux sécuriser la continuité de la prise en soins après le séjour**. L'impact de ces actions sur les indicateurs de résultats, comme la durée moyenne de séjour ou le taux de réhospitalisations non programmées, sera évalué à partir de 2026.

Des univers de soins qui peinent toujours à se décloisonner

Les équipes hospitalières ont tendance à méconnaître les structures de ville et leurs offres de services.

Par ailleurs, **la mise en place de dispositifs de suivi ville-hôpital, en plus des missions de soins, constitue une charge de travail supplémentaire** à court terme pour le professionnel mobilisé. **Cette charge doit en théorie être compensée par un gain de temps ultérieur** (via les réhospitalisations et/ou passages aux urgences évités) qui nécessite d'être démontré par des mesures objectives.

Enfin, **les professionnels de ville doivent être davantage sensibilisés au besoin d'investir la dimension globale de la prise en soins** au-delà de l'approche thérapeutique aiguë.



Passer à l'action

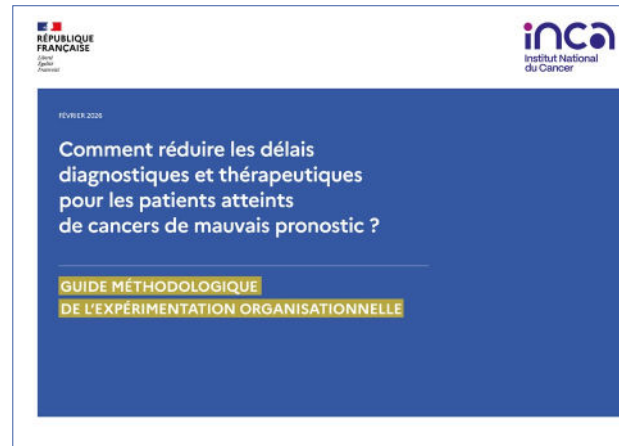
- 1 Préciser le besoin** : profil type du ou des patients devant faire l'objet d'une attention renforcée et recensement de leurs besoins (soins infirmiers, accompagnement social...)
- 2 Cartographier l'offre de services de soins**, de coordination et/ou de suivi à domicile proposés par des structures de ville (DAC, CPTS, CPAM, etc.) sur le territoire.
- 3 Clarifier auprès de ces structures les modalités de recours à leurs services** : critères d'éligibilité du patient, moment de la sollicitation, points de contact, canaux et outils de communication, etc.
- 4 Sensibiliser les équipes de prise en soins** (oncologues, chirurgiens, infirmiers, etc.) à la possibilité de recourir à des prestataires de soins de ville pour sécuriser le retour à domicile des patients.



POUR ALLER PLUS LOIN

Retrouvez le [guide méthodologique complet](#) de cette expérimentation sur le site de l'Institut national du cancer, avec :

- **la méthodologie détaillée**, étape par étape, de conduite d'un projet d'optimisation de parcours de soins : comment lancer la démarche ? comment réaliser l'état des lieux ? comment formaliser un plan d'action et le mettre en œuvre ?
- **des outils clés en main** d'analyse et de pilotage des travaux, avec des exemples de restitutions réalisées dans le cadre de l'expérimentation ;
- des recommandations sur **le suivi et le déploiement** de la démarche.





CONTRIBUTIONS

Coordination et rédaction

INSTITUT NATIONAL DU CANCER

- Lucie VIALARD, cheffe de projet, département Organisation et Parcours de soins
- Anne DUVIARD, responsable du département Organisation et Parcours de soins
- Claude LINASSIER, directeur du département Organisation et Parcours de soins

BEARING POINT

L'expérimentation a été coordonnée par Bearing Point, le prestataire sélectionné par l'Institut national du cancer à la suite d'un appel d'offres ouvert en application du code de la commande publique.

- Tifenn DURIEUX, senior manager santé et protection sociale
- Hélène MARTIN, manager santé
- Paulin ROUSSEL, consultant secteur public

Contributeurs externes

- Fanny BEFFUMO, directrice adjointe de la polyclinique Vauban, Valenciennes
- Stéphanie CARTALAT, neuro-oncologue, Hôpital Pierre Wertheimer, Bron
- Gandhi-Laurent DAMAJ, professeur des universités – praticien hospitalier, hématologue, CHU de Caen
- Baptiste DELAPIERRE, hématologue, CHU de Caen
- Maximiliano GELLI, chirurgien hépato-bilio-pancréatique et chef du département d'anesthésie, chirurgie et interventionnel, Institut Gustave Roussy (Villejuif)
- Kami MAHMOUDI, directeur du territoire Hauts-de-France, groupe ELSAN
- Pauline PRADÈRE, pneumologue, spécialisée en oncologie thoracique, Hôpital Marie-Lannelongue, Plessis-Robinson
- Christophe TOURNIGAND, professeur des universités – praticien hospitalier, oncologue médical et chef de service du département d'oncologie médicale, CHU Henri Mondor, Créteil
- Lambros TSELIKAS, professeur des universités – praticien hospitalier, radiologue interventionnel, chef adjoint du département d'anesthésie, chirurgie et interventionnel, Institut Gustave Roussy (Villejuif)
- Johanna WASSERMANN, oncologue médicale, spécialiste des pathologies thyroïdiennes et tumorales endocrines, Hôpital de la Pitié-Salpêtrière (Paris)



Édité par l'Institut national du cancer (INCa)
Tous droits réservés – Siren 185 512 777
Conception : INCa
Réalisation : Desk (www.desk53.com.fr) et INCa

ISBN : 978-2-38559-172-4
ISBN net : 978-2-38559-173-1

DÉPÔT LÉGAL FÉVRIER 2026

Pour plus d'informations

cancer.fr

Institut national du cancer
52, avenue André Morizet
92100 Boulogne-Billancourt
France

Tél. : +33 (1) 41 10 50 00
diffusion@institutcancer.fr