



Dr Vincent Morel
Président de la SFAP

Conseil scientifique :
Pr Guillemette Laval, Présidente
CHU Grenoble (38)
GLaval@chu-grenoble.fr

Dr Sylvie Chapiro
Hôpital P. Brousse – Villejuif (94)
sylvie.chapiro@pbr.aphp.fr

Dr Laure Copel
Groupe hospitalier des Diaconesses
Croix Saint Simon - Paris (75)
lcpel@hopital-dcss.org

Dr Véronique Danel-Brunaud
Hôpital R. Salengro – Lille (59)
veronique.danel@chru-lille.fr

Dr Sarah Dauchy
Institut G. Roussey – Villejuif (94)
sdauchy@igr.fr

Dr Nathalie Denis-Delpierre
CHU Nantes (44)
Nathalie.denis@chu-nantes.fr

Dr Frédéric Guirimand
Maison J. Garnier – Paris (75)
fguirimand@adc.asso.fr

Dr Nathalie Michenot
CH Versailles (78)
boutiniere@orange.fr

Dr Jean-Christophe Mino
Observatoire national de la fin de vie Paris (75)
jc-mino@croix-saint-simon.org

Dr Sylvie Rostaing
Hôpital St Antoine, Paris (75)
Sylvie.rostaing@sat.aphp.fr

Pr Sébastien Salas
Hôpital de la Timone, Marseille (13)
Sebastien.SALAS@ap-hm.fr

Marie-Claude Dayde, Infirmière libérale
Colomiers (31)
mc.dayde@wanadoo.fr

Elisabeth Gudmer, cadre de santé
CHU Montpellier (34)
elisabethgudmer@orange.fr

Evelyne Malaquin-Pavan, cadre de santé
Direction des soins, GH HUPO Paris (75)
evelyne.malaquin-pavan@vgr.aphp.fr

Aurélien Pourrez, infirmière
Bèze (21)
aureliepourrez@live.fr

Jérôme Alric, psychologue
CHU Montpellier (34)
j-alric@chu-montpellier.fr

Hélène Brocq, psychologue
CHU Nice (06)
Brocq.h@orange.fr

Tanguy Chatel, sociologue
La Celle Saint Cloud (78)
t.chatel@sfr.fr

Paula La Marme, philosophe
Amiens /Reims (80 / 51)
Paula.lamarne@ac-amiens.fr

Damien Le Guay, philosophe
Boulogne Billancourt (92)
Damien.le-guay@aposte.net

AVIS 024 du 12 janvier 2015
DU COMITE SCIENTIFIQUE (CS) DE LA SFAP
Concernant les recommandations nationales pour la pratique clinique :
Organisation du parcours de soins en cancérologie des VADS

Société française d'oto-rhino-laryngologie et de la chirurgie de la face et du cou
Coordination Pr Babin (Caen), Pr Lacau Saint Guily (Paris), Dr Tronche (Paris)

Objet : Demande de relecture pour avis et discussion auprès de professionnels et sociétés savantes, dont la SFAP, de recommandations pour la pratique clinique.

Préambule :

Il s'agit d'un travail émanant d'un groupe d'experts, tous médecins ORL et/ou oncologues en CHU ou CLCC à l'exception d'une assistante sociale. Après avoir posé la problématique d'une coordination insuffisante du parcours de soins, comme un élément pronostique défavorable pour le patient, le texte aborde ce parcours de soins en déclinant : la consultation, la prise en charge diagnostique, le processus de décision thérapeutique, la consultation d'annonce, l'organisation des soins (chirurgie, radiochimiothérapie, soins de support) et la surveillance post-thérapeutique. Chaque sujet abordé s'appuie sur un travail bibliographique et l'expérience clinique avec possible consensus d'experts. Il propose en fin de chapitre une ou plusieurs recommandations graduées selon les critères de l'ANAES 2000.

L'avis du Conseil scientifique, après échanges de courriels, travail avec les rapporteurs et réunion téléphonique avec 8 de ses membres, le 12/01/2015, est le suivant :

Travail de qualité qui contribue à l'amélioration de la prise en charge du patient avec cependant, le regret d'une écriture qui n'associe pas de paramédicaux, particulièrement les infirmier(e)s ni de professionnels de recours en soins de support tels que les psychologues et psychiatres.

Quelques apports bonifieraient encore les propositions tels que la place et le rôle de l'infirmière d'annonce, un développement autour de la radiothérapie, un autre concernant les soins de support au bénéfice du patient et de ses proches et une réelle anticipation de la phase palliative précoce en vue de discussion autour du projet thérapeutique et de la question des structures d'accueil.

Des questions, propositions et rectificatifs de forme sont apportés comme suit :

1. Le paragraphe relatif au temps d'adressage semble insuffisamment développé :
 - Il serait pertinent de donner l'exemple concret des délais pour obtenir certaines imageries médicales nécessaires au bilan. Toujours dans ce chapitre de la problématique du délai, il pourrait être mentionné une infirmière de coordination, présente aux RCP, qui optimise au mieux cette question du temps (elle n'apparaît que dans le chapitre sur le processus de décision).
 - Peut-être serait-il utile d'ajouter page 8, paragraphe 1-2 les IDE dans la formation au dépistage, car de plus en plus de patients ne voient leur médecin traitant qu'une fois tous les 3 mois (même en ville, la démographie médicale devient problématique).

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'ACCOMPAGNEMENT ET DE SOINS PALLIATIFS

Siège social & secrétariat : 106, avenue Émile Zola - 75015 Paris - France - Tél : 01 45 75 43 86 - Fax : 01 45 78 90 20

E-mail : sfap@sfap.org - <http://www.sfap.org> - Siret N° 390 473 353 000 22

Association reconnue d'utilité publique par décret du 24 juin 2008



2. Dans la recommandation sur l'organisation de la 1^{ère} consultation, il faudrait peut-être préciser ce qui a été dit dans le texte et ajouter que « le bilan clinique est général et pas seulement le bilan de la tumeur », c'est-à-dire nutritionnel, douleur et comorbidités...
3. Dans la recommandation soins de support :
 - Chapitre 3.2.3 : les acteurs sont énumérés mais leur rôle spécifique non énoncé et c'est dommage.
 - Dernier paragraphe avant le 6.4.2 : il faudrait ajouter aux réseaux de soins en cancérologie les réseaux de soins de support et de soins palliatifs qui assurent également ces prises en charge.
 - Avant dernier paragraphe avant 6.4.3 : il faudrait ajouter « en cas de douleurs avec composante neuropathique des antalgiques spécifiques » et peut-être proposer le recours à des spécialistes pour la prise en charge de ces douleurs souvent complexes à soulager avec une composante neuropathique fréquente.
 - Dans le chapitre 6.4.3 : il faudrait ne pas mettre au même niveau SNG et gastrostomie. La gastrostomie doit être privilégiée et donc préciser « SNG uniquement si moins de 3 semaines ».
 - Chapitre 6.4.6, paragraphe 5 : ajouter dans le travail en réseau, les réseaux de soins en oncologie, en soins de support et en soins palliatifs. Page 43 : il serait intéressant d'ailleurs de citer aussi les réseaux territoriaux, car il n'existe pas partout des réseaux de soins en cancérologie (mais davantage des réseaux régionaux d'établissements...).
 - Le lien avec le médecin généraliste est trop effacé et pourtant primordial. Cet axe serait à développer, y compris au sein des RCP.
4. Pour la consultation d'annonce (page 22) :
 - la consultation d'annonce paramédicale ne se base pas que sur le dossier du patient, ce n'est pas un temps qui se limite à une redite ou à une reformulation. Une discussion est nécessaire pour évaluer déjà ce que le patient a compris, le contexte psychologique dans lequel il se trouve, établir une relation de confiance.
 - En radiothérapie, la présence d'une manipulatrice de radio est nécessaire pour toutes les interrogations relatives aux machines, à l'installation, à la réalisation des masques qui sont parfois très anxiogènes !!!
5. Pour le traitement de radiothérapie :
 - Choisir une dénomination française ou anglaise et s'y tenir pour plus de clarté (IMRT ou RCMI).
 - page 33-34 : il manque le temps du traitement de radiothérapie : le bilan est détaillé, le suivi post thérapeutique est évoqué mais le traitement se résume aux soins de support ! Il y a des traitements locaux après séance, une évaluation de la douleur primordiale, du risque de surinfection, des capacités de déglutition et de compliance aux thérapeutiques...
6. Autres remarques :
 - Page 11, paragraphe 2-1-3 : contrairement à ce qu'en dit le titre, dans ce paragraphe il n'est pas fait référence à l'évaluation psychologique (seules



sont traitées les évaluations de l'état général, des problèmes dentaires et de la douleur).

- Même page, paragraphe 2-1-4 : parler en titre, plutôt d'évaluation psychosociale, car ce paragraphe ne traite pas uniquement de l'évaluation sociale comme précisé dans le titre.
- Page 26, ligne 3 : on ne comprend pas bien la phrase, il semble manquer des mots.
- Page 27 : « *les SDS initiés à l'hôpital peuvent être poursuivis à domicile* », cela n'est pas aussi évident faute de moyens pour les diététiciennes, les psychologues, la relaxation, sophrologie... auxquels il est fait référence aussi plus loin. Les SDS ne sont pas toujours une réalité à l'extérieur des centres spécialisés ou des hôpitaux !
- **Le titre général du travail mériterait de parler de la personne malade et pas uniquement de l'organe malade. Par exemple : organisation du parcours de soins du patient (ou de la personne) atteint(e) d'un cancer des VADS.**