

Charte d'engagement des médecins spécialistes des VADS pour l'accueil prioritaire des patients présentant des signes d'alerte ou des lésions suspectes de cancers des VADS – Projet « FAST VADS »

Les cancers des VADS (Voies AéroDigestives Supérieures) nécessitent une détection précoce pour augmenter les chances de guérison. Dans ce cadre, une prise en charge rapide des patients présentant des signes d'alerte ou des lésions suspectes est essentielle.

Cette charte formalise l'engagement des médecins ORL et CMF au projet régional FAST VADS visant à assurer un accueil prioritaire des patients orientés par un médecin¹ dans un délai de 7 jours.

Article 1 : Objectif de la charte

L'objectif de cette charte est de constituer un annuaire des professionnels engagés dans le projet FAST VADS. Cet annuaire vise à garantir une prise en charge rapide et prioritaire des patients présentant des signes d'alerte ou des lésions suspectes de cancers des VADS orientés par un médecin, afin de favoriser un diagnostic précoce.

Article 2 : Engagement des médecins ORL et CMF

Les médecins ORL et CMF signataires de cette charte s'engagent à :

1. **Un accueil prioritaire** : réserver à minima un créneau horaire spécifique chaque semaine pour recevoir en priorité tout patient orienté par son médecin pour suspicion de cancers des VADS.
2. **Un délai de consultation** : recevoir le patient dans un délai maximum de 7 jours à compter de la date de l'orientation par le médecin.
3. **Indiquer le mode de contact à privilégier** : par mail ou par téléphone.

Puis, réaffirment également leurs engagements professionnels habituels à savoir :

4. **Une information au patient** : assurer une communication claire et empathique avec les patients, expliquant la nécessité de la consultation rapide et les étapes suivantes possibles.
5. **Une coordination avec le médecin** : informer le médecin orienteur et le médecin traitant (si différent) des conclusions de la consultation dans les meilleurs délais, afin de garantir une prise en charge coordonnée et continue du patient.
6. **Une formation continue** : se tenir informé des dernières avancées en matière de détection précoce et de traitement des cancers des VADS, et participer à des formations régulières sur le sujet.

¹ Médecins identifiés dans le cadre du projet : généralistes, dentistes, urgentistes, addictologues, médecins des structures publics vulnérables (PASS, CSAPA, UC-IRSA, ...).

Article 3 : Collaboration avec le médecin traitant

Les médecins spécialistes collaboreront étroitement avec le médecin traitant pour :

1. **Faciliter l'orientation du patient** en fournissant des instructions claires sur les critères de suspicion de cancers des VADS et les modalités d'orientation.
2. **Assurer une réponse rapide** en mettant à disposition des canaux de communication dédiés (numéro de téléphone, adresse électronique sécurisée) pour faciliter la prise de rendez-vous dans les meilleurs délais.

Article 4 : Utilisation des données

Le signataire de la présente charte accepte que ses coordonnées professionnelles figurent sur l'annuaire du site Internet d'OncoNormandie dans l'annuaire prévu à cet effet. Les médecins orienteurs pourront ainsi identifier et contacter un spécialiste au plus près du domicile du patient.

Article 5 : Respect des principes éthiques

Les médecins spécialistes s'engagent à respecter les principes d'éthique médicale, notamment :

1. **Confidentialité** : garantir la confidentialité des informations médicales des patients.
2. **Égalité de traitement** : assurer une prise en charge équitable et non discriminatoire de tous les patients, indépendamment de leur origine sociale, culturelle ou géographique.

Article 6 : Evaluation

Une évaluation rapide sera communiqué aux spécialistes impliqués dans le projet afin de mesurer l'impact et l'efficacité du dispositif.

Conclusion

En signant cette charte, vous affirmez votre engagement à favoriser un diagnostic plus précoce des cancers des VADS en contribuant à une prise en charge rapide des patients présentant des signes d'alerte ou des lésions suspectes.

**Nom du médecin ou de l'établissement le
cas échéant :**

Signature :

Adresse :

Date :

Téléphone et mail :