



ACCOMPAGNEMENT DU PATIENT ONCOGÉRIATRIQUE PAR LES RÉSEAUX GÉRONTOLOGIQUES DU DÉPARTEMENT DE LA VIENNE

COORDINATION DE LA PRISE EN CHARGE EN ONCOGERIATRIE

CNRC – J-L PEFFERKORN - 2 octobre 2014

LES RESEAUX DE SANTE GERONTOLOGIQUES

Population concernée:

- Les personnes âgées de 75 ans et plus, porteuses de plusieurs pathologies chroniques invalidantes à l'origine d'une dépendance physique et/ou psychique pouvant compromettre la vie à domicile, les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou apparentée, les personnes se trouvant dans une situation de rupture socio-sanitaire.
- L'accès aux services d'un réseau est ouvert, par dérogation, aux personnes de moins de 75 ans dès lors que la situation le nécessite.



LES RESEAUX DE SANTE GERONTOLOGIQUES

- Ils proposent un appui à la coordination pour les professionnels du premier recours par l'accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie et le soutien des aidants naturels et professionnels.
- Ils favorisent un accompagnement global de la personne âgée et aident à la résolution des situations fragiles et complexes, afin d'éviter les ruptures du parcours de santé et les hospitalisations itératives.
- Ils sont une interface entre les différents acteurs médicaux, médico-sociaux et sociaux, des interlocuteurs privilégiés de la personne, de son entourage et des professionnels.



LES RESEAUX DE SANTE GERONTOLOGIQUES

- Grâce à des visites d'évaluation à domicile, les infirmières coordinatrices recensent les problématiques sanitaires et médico-sociales de la personne pour élaborer un Plan Personnalisé de Santé (plan d'aide et de soins) répondant aux besoins et coordonnant les différents acteurs intervenants au domicile (professionnels libéraux, SSIAD, services d'aide à domicile...).
- Ce PPS fait l'objet d'un suivi et de réajustements. Si cela est nécessaire, des réunions de concertation pluri professionnelles peuvent être organisées.



QU'EST-CE QU'UNE SITUATION COMPLEXE?

La complexité se définit par:

⇒ Une complexité médicale

- Un degré de sévérité des pathologies (maladies graves ou chroniques),
- L'association de plusieurs pathologies et/ou de plusieurs ALD mobilisant plusieurs intervenants,
- Des hospitalisations répétées dans l'année (dénutrition, chutes...).

⇒ Une fragilité psycho-sociale

- Age,
- Une personne ayant un faible recours aux soins ou des pratiques de santé inadaptées,
- Un isolement social ou une vulnérabilité sociale et financière (logement inadapté, problématique intra-familiale, précarité...),
- L'intrication de plusieurs pathologies et d'une situation de dépendance.

COLLABORATION UCOG – RESEAUX

Cette collaboration vise à prendre en charge les patients atteints de cancer, en tenant compte des phénomènes du vieillissement, qu'il soit usuel ou pathologique, avec pour objectifs:

- Une détection précoce de la fragilité par l'infirmière UCOG,
- Une orientation vers le CLIC ou le réseau gérontologique concerné pour un relai, une évaluation et un suivi à domicile.

Dans un souci de cohérence et d'intégration, ce travail a été soutenu par les 2 dispositifs MAIA du département.



MODALITES DE LA COLLABORATION

Lors de la consultation d'oncogériatrie

- L'infirmière UCOG dispose de la grille de complexité et de fragilité régionale (outil de sensibilisation aux problématiques sanitaires et médico-sociales).
- En fonction du score qu'elle trouve, en accord avec le patient et sa famille, elle signale la situation au dispositif de coordination gérontologique du territoire de résidence du patient via une fiche d'accueil et d'orientation départementale.
- La messagerie sécurisée portée par le GCS esanté Poitou-Charentes est utilisée.
- L'infirmière UCOG remet également au patient et à sa famille la plaquette départementale: « Les acteurs de la coordination gérontologique en Vienne: une aide à l'accompagnement sanitaire et médico-social des personnes âgées ».



MODALITES DE LA COLLABORATION

A domicile

Le patient oncogériatrique relève, de la part de l'infirmière coordonnatrice du réseau, du même schéma d'accompagnement que les autres patients :

- Visite à domicile
- Inclusion
- Elaboration d'un Plan Personnalisé de Santé validé par le médecin traitant
- Réunion de concertation pluri professionnelle
- Suivi et Réévaluation

Le médecin traitant et l'oncogériatre sont destinataires des comptes-rendus de visites et du PPS du patient.

L'oncogériatre les joint au dossier médical du patient afin que l'oncologue référent puisse être tenu au courant.



MODALITES DE LA COLLABORATION

A domicile

Le patient oncogériatrique, du fait de sa fragilité, peut être dans l'incapacité de s'adapter à un stress minime et se trouve exposé au risque de pathologies en cascade.

Il nécessite un suivi plus intensif que dans les autres situations avec au minimum :

- un suivi 1 mois après la visite d'évaluation initiale,
- puis un suivi tous les 3 mois.



MODALITES DE LA COLLABORATION

Un espace collaboratif, Oncogériatrie 86, a été créé sur l'Espace Numérique Régional Esanté Poitou-Charentes.

Sur cet espace sont à disposition

- Le schéma d'accompagnement du patient oncogériatrique sur le département (UCOG et réseaux gérontologiques),
- Le listing des patients de plus de 70 ans oncogériatriques adressés et suivis par les réseaux,
- Une grille d'indicateurs de suivi renseignée par les réseaux,
- 5 courriers types à adresser au patient, à l'oncogéiatre et au médecin traitant.

Les professionnels de l'UCOG et des réseaux gérontologiques du département y ont accès.



MODALITES DE LA COLLABORATION

ESPACE PROFESSIONNELS JEAN-LUC PEFFERKORN > Mon compte > Changer mon mot de passe > Déconnexion

esanté Des services numériques pour tous les acteurs de santé du Poitou-Charentes

QUI SOMMES-NOUS ? ESPACE COMMUNICATION AIDE EN LIGNE CONTACTEZ-NOUS Recherche

Accueil > Qui sommes-nous ? > Espace Collaboratif (sécurisé)

GCS Réseau Gérontologique Ville Hôpital du Grand Poitiers

ONCO-GERIATRIE 86

Synthèse Tableaux de bord Dossiers Commentaires Participants Planning

Ajouter un dossier

Nom	Responsable	Date de début	Date de fin	Etat d'avancement	Action(s)
PROJET : ONCO-GERIATRIE 86				37	0 2
Listing departemental oncogeriatric 1					
Schéma d'accompagnement du patient...					
COURRIERS TYPES et Plaquette départementale acteurs...				0	6
Courrier DR VALERO accord patient					
Courrier DR VALERO refus patient					
Courrier MEDECIN TRAITANT accord patient					
Courrier MEDECIN TRAITANT refus patient					
Courrier USAGER mise à disposition du réseau					
Les acteurs de la coordination gérontologique en...					
LISTING DEPARTEMENTAL ET INDICATEURS DE SUIVI				0	1
listing_departemental_oncogeriatric					

© GCS Esanté Poitou-Charentes FAQ • Mentions légales • Conditions d'utilisations • Plan du site • Contactez-nous • Accès au GCS • 82351 Visites



DONNEES ET RESULTATS

La réflexion a démarré fin 2013 et a permis :

- une harmonisation des pratiques sur les territoires des réseaux,
- la connaissance des dispositifs de coordination gérontologiques et l'appropriation des outils (grille de complexité et fiche d'accueil et d'orientation) par l'UCOG.



DONNEES ET RESULTATS

Du 1^{er} janvier au 30 septembre 2014, **33 patients ont été signalés.**

- 2 n'ont pas été inclus car après évaluation il s'avérait qu'il n'y avait pas de besoin particulier,
- 5 ont refusé un suivi par un professionnel de la coordination (trop tôt),
- 5 ont été réorientés vers un CLIC, leurs besoins se situant uniquement sur une mise en place d'aide pour l'entretien du logement ou du portage de repas.

Ces 11 patients non inclus ont tous reçu une information quant aux possibilités d'aide à domicile et seront en capacité d'alerter le réseau ou leur médecin traitant en cas de dégradation de leur état de santé.



DONNEES ET RESULTATS

- Sur les 33 signalements, **19 patients** ont bénéficié d'un suivi par un réseau gérontologique, évaluation à domicile, élaboration d'un PPS et suivi.
- Sur ces 19 patients, 2 sont décédés dans les 3 mois (1 à domicile, l'autre à l'hôpital).
- 2 patients sont décédés avant l'évaluation (hospitalisation ou HAD).



PERSPECTIVES

- Développer l'appropriation de la démarche à l'ensemble des professionnels des réseaux gérontologiques qui trouvent la procédure un peu lourde (suivi et liens avec les médecins traitants).
- Etendre la procédure aux patients porteur d'un cancer ne passant pas par l'UCOG
- Travailler l'interopérabilité entre les systèmes d'informations des réseaux gérontologiques (DPUR) et le DCC, dans l'attente du déploiement du DMP.
- Evaluer l'impact d'une prise en charge coordonnée UCOG – dispositifs de coordination gérontologiques sur le parcours de santé du patient oncogériatrique par la construction d'indicateurs de qualité.

CONCLUSION

Dans la Vienne, l'oncogériatrie continue à se structurer grâce à une collaboration grandissante entre oncologues, gériatres, professionnels de la coordination gérontologique, en lien avec la médecine libérale et le réseau Onco-Poitou-Charentes.

Cette collaboration œuvre en faveur d'un décloisonnement des champs sanitaire et médico-social au service d'une médecine de la personne.

Ce partenariat répond aux recommandations du 3^{ème} Plan Cancer qui préconise une meilleure coordination et une réponse anticipée aux situations aiguës ou de ruptures tout en s'appuyant sur des organisations déjà en place.

