



1er
COLLOQUE
onco
NOUVELLE-AQUITAINE



INNOVATIONS
EN CANCÉROLOGIE
Parcours et organisations

onco
NOUVELLE-AQUITAINE
Dispositif spécifique régional du cancer

Bordeaux

12 déc. 2024

**Collaboration avec les dispositifs
d'appui à la coordination (DAC)
en oncogériatrie :
Expérience dans la Vienne**

Simon VALERO

Oncogériatre (CHU Poitiers –
UCOG Poitou-Charentes)

Mélanie BOUISSET

Infirmière de parcours en
oncogériatrie (CHU Poitiers)



Des réseaux aux DAC

Historique

RESEAUX

- Favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires
- Assurer une prise en charge adaptée aux besoins de la personne (éducation à la santé, prévention, diagnostic, soins)
- Participer à des actions de santé publique et procéder à des actions d'évaluation afin de garantir la qualité de leurs services et prestations



PTA

- finalité sanitaire.
- Son objectif est d'être une porte d'entrée, pour les professionnels de santé, en cas de prise en charge de cas complexes
- appui social, médico-social, sanitaire



DAC

- Simplification
- Regroupement obligatoire :
 - PTA,
 - MAIA,
 - dispositif PAERPA,
 - réseaux territoriaux



Quand faire appel au DAC

Patient Complexe

COMPLEXITE MEDICALE

- *Polypathologie et/ou cumul de plusieurs ALD*
- *Pathologies à haut degré de sévérité*
- *Hospitalisations répétées dans l'année pour la même problématique*

COMPLEXITE PSYCHO-SOCIALE

- *Isolement social, vulnérabilité sociale*
- *Pratiques de santé inadaptées*
- *Intrication de plusieurs pathologies et d'une situation de dépendance, associée à la nécessité de faire intervenir plusieurs acteurs*

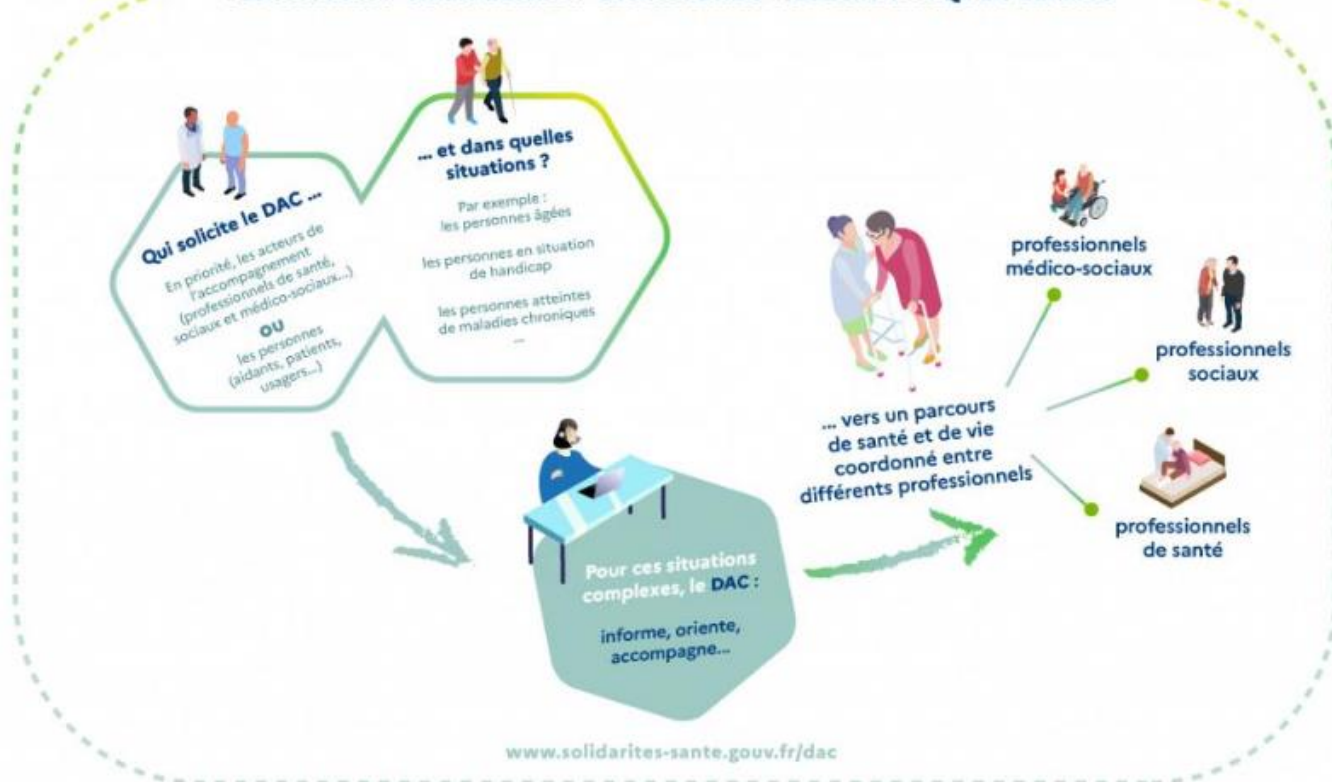


Quand faire appel au DAC



Dispositif d'appui à la coordination

SITUATIONS COMPLEXES ? UN INTERLOCUTEUR UNIQUE : LE DAC



Grille de complexité et de fragilité - Réseaux gérontologiques Poitou-Charentes

Profil gériatrique et facteurs de risque

	Cotation			Résultat
	0	1	2	
Age	74 ans ou moins	entre 75 et 84 ans	85 ans et plus	
Isolement	Aidants naturels et professionnels	Aidants naturels ou professionnels	Absence d'aidants	
Médicaments	3 médicaments ou moins	4 à 5 médicaments	6 médicaments ou plus	
Humeur	Normale	Parfois anxieux	Souvent triste et déprimé	
Dépendance	GIR 6-5	GIR 4-3	GIR 2-1	
Chute dans les 6 derniers mois	Aucune chute	1 chute sans gravité	Chutes multiples ou compliquées	
Nutrition	Poids stable, apparence normale	Perte d'appétit nette depuis 15 jours ou poids inadapté	Dénutrition franche Prise ou perte de poids rapide	
Maladies	Pas en dehors d'une affection aiguë	De 1 à 3 maladies	Plus de 3 maladies ou MAMA ou cancer ou AVC ou IR/BPCO ou ICC	
AIVQ (confection des repas, téléphone, prise de médicaments, transports...)	Indépendance	Aide partielle	Incapacité	
Mobilité (se lever, marcher)	Indépendance	Soutien (aide technique ou humaine)	Incapacité	
Hygiène avec les aides existantes	Satisfaisante	Partielle	Insuffisante	
Prise des repas	Indépendance	Aide ponctuelle	Assistance complète	
Fonctions cognitives (mémoire, orientation)	Normales	Peu altérées	Très altérées	

SCORE / 26

ANALYSE DU RESULTAT

< 8 => profil peu fragile, non-inclusion dans le réseau gérontologique
entre 8 et 11 => situation fragile
> 12 => situation très fragile

Une personne peut être incluse dans un réseau gérontologique à partir d'un score > à 8



Complexité et Oncogériatrie

PATIENTS ONCOGÉRIATRIQUES

= POTENTIELLEMENT À RISQUE DE COMPLEXITÉ

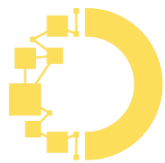
À domicile

Aidant naturel souvent dépassé

Cancer
Traitement
Co-morbidités

A risque
de dégradation

Post chirurgie
En cours de ChimioT
En cours de RadioT
En prise en charge Palliative



Collaboration UCOG / DAC 86 (1)

Depuis 2014 avec les 5 réseaux gérontologiques de la Vienne, puis avec la PTA à la fusion des réseaux en 2019.

CONSULTATION D'ONCO GERIATRIE



- Renseignement par l'IDE ou le Gériatre de la Grille de Fragilité et de complexité
- Si score ≥ 8 : Complexité suspectée nécessitant un signalement à la PTA
- Information du patient
- Si accord du patient, remise d'une Plaquette d'information sur les missions de la PTA et **SIGNALEMENT** (via PAACO-Globule)



DOSSIER DE COMMUNICATION PARTAGE

Documents relatifs au suivi
(Plan d'aide, CR des visites...)
Eléments significatifs pour
l'accompagnement et le suivi

QUI fait
(Personnes responsables)

QUOI,
(Enchaînement des actions)

COMMENT
(Support pour la réalisation)

et **QUAND?**

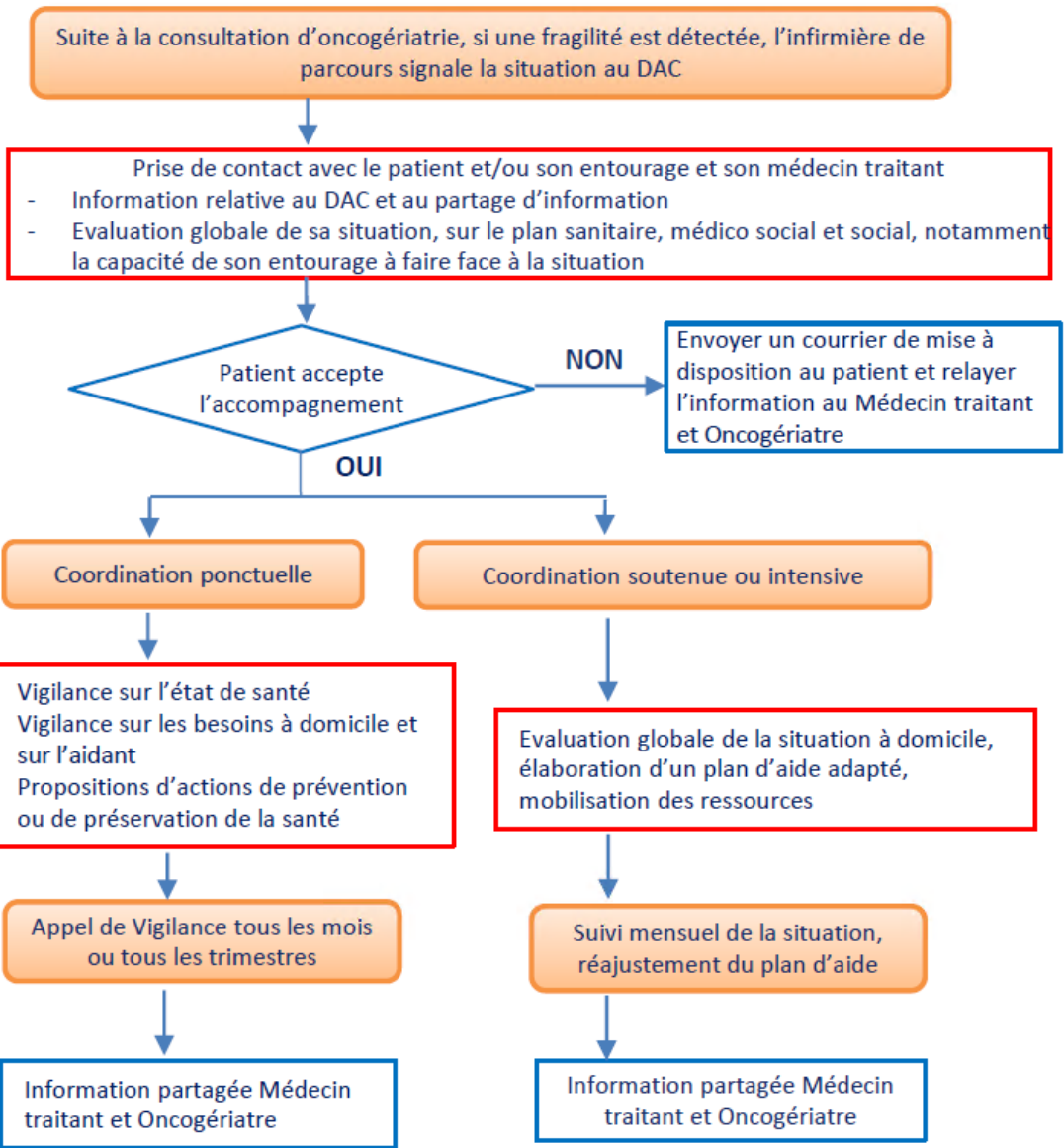
CTA

CTA

Coord territoire

CTA

Coord territoire



Après avoir informé le patient et avec son accord, contact téléphonique.
Remise de la plaquette réalisée par l'UCOG au patient

Dans un délai d'une semaine ?

-
- Création d'un dossier de coordination
 - Étiquette oncogériatrie
 - Remplir les Recueils standards
 - Création d'une synthèse
- RDV notés dans l'agenda du patient

- Fragilités gériatriques:**
- Mobilité
 - Actes de la vie quotidienne
 - Etat nutritionnel
 - Observance médicamenteuse
 - Thymie
 - Etat cognitif
 - Douleur
 - Isolement



L'Infirmière Parcours en OncoGériatrie : Un Nouvel Atout

L'IPOG est une **personne ressource** dans le parcours du patient de 75 ans et plus atteint d'un cancer. Elle facilite l'**articulation** entre les professionnels hospitaliers, les professionnels des soins de ville (médecin traitant, IDEL, DAC...), les patients et leur entourage.

Elle apporte, à l'équipe interdisciplinaire en charge du patient, une **prestation globale de coordination adaptée à la complexité des situations**.





Rôle de l'IPOG auprès du DAC

IMPLICATION auprès du DAC :

- **Signalement** des patients vulnérables à accompagner à domicile
- **Participation régulière aux réunions de coordination** CHU-DAC
- **Implication dans des groupes de travail thématiques** en fonction des besoins rencontrés
(ex: Procédure accompagnement du patient oncogériatrique par le DAC de la Vienne)

MISSIONS :

- **Rôle de passerelle** permanent entre le CHU et le DAC
- **Missions de renforcement des compétences des recrues du DAC**
(Création d'une procédure d'accompagnement du patient oncogériatrique, immersions lors de consultations...)



Résultats en 2023

- Pour les situations complexes, plusieurs échanges peuvent être nécessaires entre l'IPOG et le DAC, faisant parfois intervenir d'autres acteurs de la ville et de l'hôpital (IDEL, médecin traitant, pharmacien...)
- Pour les situations les plus simples, en moyenne un à deux échanges ont lieu.
- La majeure partie des actions consistent en la mise en place d'aides à domicile.

***39** patients signalés au DAC.*

***5%** ont refusé l'accompagnement proposé.*

***1/3** des patients ont bénéficié d'une coordination ponctuelle*

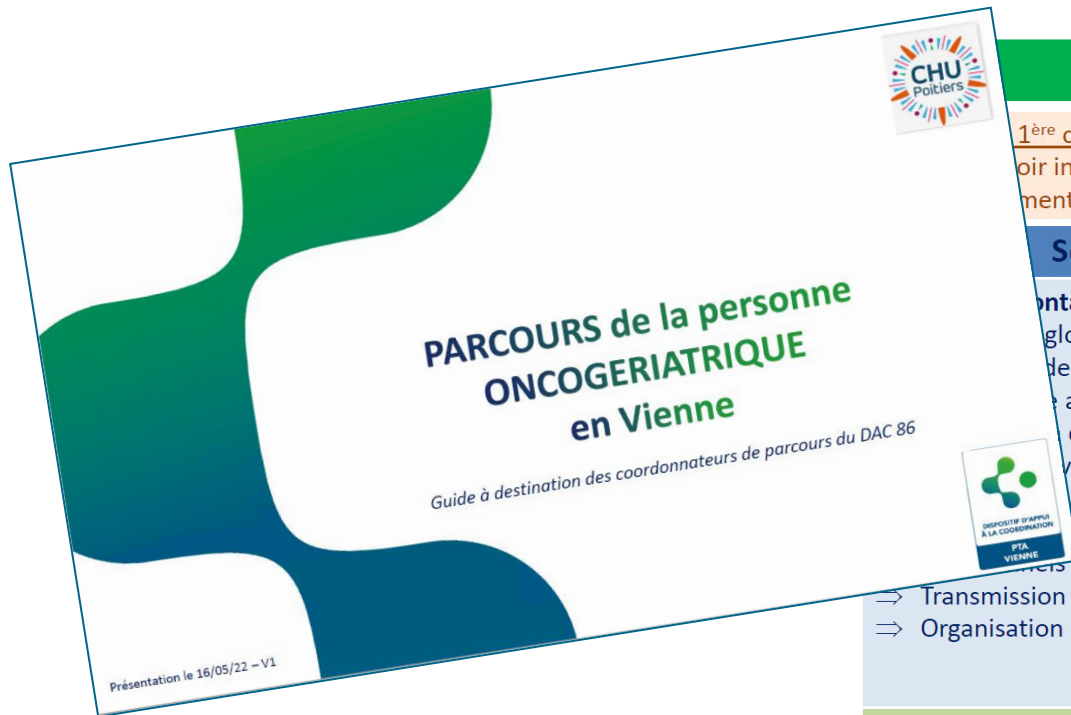
***2/3** des patients ont bénéficié d'une coordination soutenue ou intensive*



Groupe de travail

Un groupe de travail regroupant l'IPOG et les coordinateurs de parcours du DAC (assistants sociaux, IDE, Cheffe de service ...) a été constitué afin d'élaborer :

- **un Guide** du parcours de la personne oncogériatrique en Vienne
- **un PowerPoint**, pour la formation des nouveaux arrivants du DAC sur le parcours de soins d'un patient âgé en cancérologie



Chimiothérapie: accompagnement par le DAC		
1 ^{ère} cure : IPOG fait un appel de suivi, avec une évaluation globale, pour informer la personne, IPOG contacte le DAC pour définir le rythme du suivi selon le type de cancer et le traitement. (Le suivi peut se faire en binôme)		
Services rendus	DAC	Points de vigilance
Contact avec la personne ou son aidant : - Évaluation globale de la situation dont interrogation des aidants - Définition des points de vigilance et suivi selon le rythme défini - Aide aux aidants - Identification des ressources, (SSIAD, SAAD, IDEL...) - Appel médical (appel rdv, transport...)	Connaître le rythme de la chimiothérapie ? Sujets à aborder lors de l'évaluation <ul style="list-style-type: none">• Surveillance de la température, douleur, soins par IDEL,• Etat nutritionnel : reprise du transit, de l'alimentation, hydratation, nausée, vomissement, perte de poids, mycose buccale• Mobilité générale et reprise de l'activité physique• Etat thymique : anxiété, sommeil• Autonomie : nursing, habillage, repas, traitements médicamenteux...• Entourage, isolement.	
Contact avec le médecin traitant et les autres professionnels de santé ⇒ Transmission des informations (paaco-globule...) ⇒ Organisation de réunions de concertation si besoin		
Rythme du suivi	Rythme défini avec IPOG, 1 appel après la 1 ^{ère} cure et ensuite à déterminer avec le patient. Pour les patients non connus de l'oncogériatrie, si le patient se dégrade, signaler au MT, et proposer une CS oncogériatrie selon FOG.	



Exemple d'accompagnement IPOG/DAC

- Mr B 85 ans découverte d'une tumeur colique droite d'emblée métastatique au niveau pulmonaire et hépatique.
- Chimiothérapie palliative (FOLFOX) débutée le **20/10/20**.
- Monsieur B. est marié. Il vit seul à domicile depuis 1 semaine (épouse en EHPAD maladie d'Alzheimer). Il était autonome, conduisait sa voiture, cuisinait...il était l'aidant principal de son épouse.
- Consultation d'évaluation le **28/10/20** : AEG avec chutes à répétitions, malnutrition (MNA 16,5/30) avec perte de poids 27 kg. Mr B est moralement et physiquement épuisé.
- Il est hospitaliser le lendemain pour chute. RAD le **12/11/2020**. Puis nouvelle hospitalisation moins de 24h après sa sortie pour bactériémie à Achromobacter.
- Nouvelle consultation d'évaluation le **23/11/2020** : l'état de santé de Mr B est identique. Il n'aura eu que le J1 de sa 1ère cure. Décision de surseoir à la chimiothérapie.
- Suite à la consultation, un signalement PTA est effectué afin de mettre en place des aides à domicile (ADMR pour le ménage, aide pour la cuisine, kiné, IDEL pour le pilulier)



Exemple d'accompagnement IPOG/DAC

- Mise en place d'un suivi conjoint entre **3 partenaires**
 - la coordinatrice de parcours de la DAC
 - l'infirmière Asalée (Actions de santé libérale en équipe) du médecin traitant de Mr B
 - l'IPOG
- Le **suivi se fait 1 fois par semaine** en alternance dans le but d'évaluer son état thymique, nutritionnel, physique... L'IDE Asalée effectue une VAD 1 fois par mois.
- Ce suivi rapproché et pluridisciplinaire a permis à Mr B de retrouver son autonomie antérieure (sauf la conduite) et a repris goût à s'occuper de lui (cuisine de nouveau, a repris le jardinage...)
- Revu en consultation le **19/01/20** : épouse décédée début janvier... mais nette amélioration au niveau physique et nutritionnel.
- Devant l'amélioration de l'état général, la chimiothérapie a pu être reprise en **janvier 2021 jusqu'en juillet 2021**. Puis Mr B a effectué une alternance de chimiothérapie et pause tout en étant revu en **consultation tous les 3 mois avec un suivi téléphonique tous les 15 jours en alternance IPOG/DAC**.
- En **janvier 2022** après plusieurs chutes dont une compliquée d'une fracture du col fémoral droit, Mr B est entré en EHPAD devant un retour à domicile impossible, Mr B est décédé en **août 2022**.



Qu'en est-il des Recommandations ?

- Une nouvelle mission : **Animation Territoriale autour du Parcours de soins**
 - Contribution au développement des Parcours de soins en oncogériatrie
 - Animation territoriale ville-hôpital



- Améliorer le suivi entre la ville et l'hôpital
- Travailler la coordinations entre les différents acteurs du soin

=> Les UCOG doivent travailler pour développer et renforcer les échanges avec les DAC et les CPTS



Perspectives



- 12 DAC repartis sur la Région
- Décliner le modèle proposé et actif depuis 2014 sur la Vienne sur les autres départements
- Travail actuel avec le DAC des Deux-Sèvres



CONCLUSION

- L'IDE parcours en oncogériatrie a permis d'améliorer les liens ville – hôpital :
 - Ressource primordiale pour la diffusion d'une culture oncogériatrique au sein du DAC
 - Rôle important d'articulation des interventions (approche parcours)
 - Rôle de formation des équipes du DAC à l'oncogériatrie
- Deux réunions de coordination entre l'oncogériatrie et le DAC sont organisées chaque année :
 - Faire évoluer les pratiques professionnelles, les parcours de soins
 - Suivre les patients inclus par le dispositif
- Promouvoir cette prise en charge auprès des autres DAC
 - 10 ans d'expérience dans la Vienne
 - Amélioration du Parcours de soins et du lien ville-hôpital

MERCI

^{1er} COLLOQUE
ONCO
NOUVELLE-AQUITAINE