

"2022 : un nouveau tournant pour les organisations
et les pratiques en cancérologie"

Jeudi 13 octobre 2022

de 8h45 à 16h30

Domaine de la Galinière, Châteauneuf-le-Rouge



Parcours de soin après le traitement d'un cancer

Parcours de soin post Cancer

Quelques éléments de contexte

CPTS coordinatrice du parcours



Territoire

- Rural
- Montagne
- Isolement
- Faible densité
- Difficultés de mobilité
- Hautes-Alpes



Population

- 11 000 hab
- Vieillesse
- Personnes seules
- Touristes et saisonniers
- Revenus modestes



Professionnels de santé

- 18 médecins généralistes
- 3 MSP et 2 cabinets de montagne
- 2 diététiciennes
- 1 psychologue
- 1 Maison Sport-Santé

Parcours post cancer

Démarrage :
septembre 2021

File active prévisionnelle :
20 patients/an



Parcours de soin post Cancer

Mise en œuvre du parcours

Elaboration
concertée des
outils

- Feuille de prescription et formulaire de consentement
- Schéma du parcours et protocole d'inclusion
- Plateforme numérique certifiée HDS

Groupe de travail avec les professionnels concernés :

- 3 MG ,
- 2 diététiciennes,
- 2 psychologues,
- 1 EAPA

Parcours de soin post Cancer

Mise en œuvre du parcours

Communi-
cation

- Après des professionnels de santé
- Après de l'hôpital
- Après du grand public

Rencontres :

- ✓ 3 MSP
- ✓ 1 cabinet de montagne
- ✓ service 3C du CHICAS

Diffusion

- ✓ Newsletter de la CPTS
- ✓ Flyer pour les patients
- ✓ Presse locale
- ✓ Site internet et page facebook

Parcours de soin post Cancer

Mise en œuvre du parcours

Mise en
oeuvre

- Inclusion des patients
- Réalisation des séances
- Coordination et suivi

- ✓ 9 patients adressés
- ✓ 6 patients inclus
- ✓ 5 médecins prescripteurs
- ✓ Diet : 2 bilans / 4 séances
- ✓ Psycho : 4 bilans / 11 suivis
- ✓ APA : 2 bilans
- ✓ 7 conventions (diet et psycho)

Parcours de soin post Cancer

Mise en œuvre du parcours

Des aspects positifs à souligner...

**Une nouvelle offre de soins accessible
pour la population, dans un territoire isolé**

**Possibilité d'adaptation du dispositif à des
cas particuliers (patients en cours de
traitement à Marseille)**

Patients satisfaits de la prise en charge

**Possibilité de proposer des séances à
distance (visio) pour certains patients**

et des difficultés à dépasser

File active plus faible que prévu :

- > Feuille de prescription complexe
- > Public cible difficile à identifier et à motiver
- > Difficulté des patients à entreprendre les démarches.

**Rémunération peu attractive pour les
professionnels libéraux**

**Difficulté à harmoniser les pratiques d'un
professionnel à l'autre**

> Recueil et suivi des données difficile à mettre en place (outils, temps...)

**Solution numérique HDS provisoire dans
l'attente du dossier patient Azurezo**

1^{er} Forum de Cancérologie OncoPaca-Corse

Jeudi 13 octobre 2022

La Galinière, Châteauneuf-le-Rouge



Prendre soin de soi après un cancer



Une équipe à vos côtés :



Un programme qui s'adapte à vos besoins, ou plus près de chez vous.

Renseignements
Pôle Santé Champsaur Valgaudemar
4, Avenue du 11 novembre
05500 St Bonnet
04 13 38 73 61
www.pscv.fr

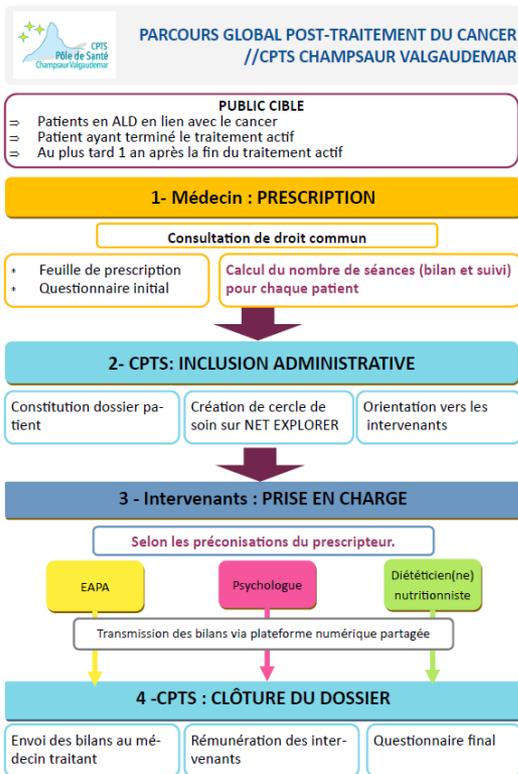
Parlez-en à votre médecin

Dispositif : Parcours de soin global après le traitement d'un cancer



Parcours de soin post Cancer

Exemples d'outils



Parcours global après le traitement d'un cancer
Fiche de prescription du parcours

Identification patient Sexe: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Nom: _____ Prénom: _____ Date de naissance (jj/mm/aaaa): _____ Code postal: _____ Téléphone: _____		Médecin traitant: Couverture sociale: sécurité sociale: Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> mutuelle: Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> PUMA: Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Complémentaire santé solidaire (CMU/ACS): Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> ALD: Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		Fiche remplie le: ____/____/____ Par: _____ Fonction: _____ Tampon, signature: _____	
Points de vigilance Nutrition • Réduction des apports alimentaires : dénutrition (perte d'appétit) et/ou passibles troubles du goût et des ingestions, troubles du comportement alimentaires, troubles cognitifs • Séquelles du traitement : muette, asthénie (au niveau Stomatoc/Oral), réaction digestive haute ou grégaire (diarrhée...), troubles de la déglutition, dysphagies • Problèmes bucco-dentaires • Isolement social, difficultés financières : facteurs de dénutrition et risque associés de dépression • Surveiller la variation de poids		Repérage des besoins Nutrition • Poids actuel (kg) : _____ Poids habituel avant la maladie (kg) : _____ • Taille (m) : _____ IMC : _____ • Critères de dénutrition : Un seul des critères suivants valide la dénutrition. 2 Bilans IMC < 18,5 et/ou perte de poids > 5 % en 3 mois ou 10% en 6 mois et/ou albumine < 35g/L (serumique CRP) 3 Bilans IMC < 18,5 et/ou > 5% en 3 mois et/ou 10 % en 6 mois et/ou > 10% par rapport au poids		Orientation 1 bilan + 6 consultations <input type="checkbox"/> 2 bilans + 4 consultations <input type="checkbox"/> 3 bilans + 2 consultations <input type="checkbox"/> Pour information : Les Formules proposées correspondent au montant maximum du forfait alloué par patient : 1000€. Toute consultation doit être précédée d'un bilan.	
Activité Physique • Aspect fonctionnel : fatigue chronique, douleurs articulaires / musculaires • Aspect psycho-social : isolement, anxiété / stress • Habitudes de vie : - sédentaire: plus de 7h/jour en position assise - niveau d'activité physique en-dessous des recommandations 30 minutes d'activité physique développant l'aptitude cardio-respiratoire d'intensité modérée à élevée, au moins 5 jours par semaine, en évitant de rester 2 jours consécutifs sans pratiquer.		• Dénutrition: Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> • Prise de poids pendant ou/et après la phase de traitement: Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> • Depuis l'arrêt des traitements, l'appétit est: Augmenté <input type="checkbox"/> Diminué <input type="checkbox"/> Inchangé <input type="checkbox"/> • Avez-vous des symptômes associés ? (Troubles de la déglutition ou mastication, troubles du goût, maigreur et/ou vomissements, mauvais transit...) Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> • Si oui, lequel(s) : _____ • Marqueurs de l'état nutritionnel : Albumine : CRP : _____, Vitamines : _____ • Allergies, intolérances alimentaires : _____, Mg : _____ • Mise en place de nutrition entérale/pARENTERALE : pendant le traitement: Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> actuellement: Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> • Remarques : _____		Bilan diététique: Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, nombre de consultations: _____ Nom de la diététicienne choisie par le patient: _____	
Soutien psychologique Pensées : pensées intrusives et rétroactives (ex/ou répétitives), rumination mentale, pensées dépressives (sur soi, sur le monde...) ; Émotions : sensation de perte de contrôle, envahissement émotionnel, sentiment d'injustice, culpabilité, colère, tristesse... ; Facultés cognitives : difficultés mémoriques, troubles de l'attention et/ou de la concentration, difficultés à retenir ses informations, difficultés à se projeter dans l'avenir, anxiété... ; Signes comportementaux : troubles du sommeil et/ou de l'alimentation, capacité à éprouver du plaisir (hédonisme) amoindrie, isolement, comportement phobique, évitement des situations anxiogènes, angoisse, troubles de la sexualité... ; Signes somatiques : troubles respiratoires (pression d'épaulement), troubles digestifs (maux de ventre...), bouffées de chaleur, gorge nouée... ; Soutien, ressources : extérieures (amis, famille...) ; Intérieures : résilience, compétences psychosociales (estime de soi, capacité à communiquer...)		Activité Physique • Rapports bilans, avec vous des difficultés à être actif au quotidien ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> • Par rapport à avant votre maladie, êtes-vous moins actif ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> • Vous sentez-vous capable de débiter ou reprendre une activité physique ? - Avec le soutien d'un professionnel: Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> - En autonomie: _____		Actuel Bilan diététique : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Degré de limitation fonctionnelle : Aucune limitation <input type="checkbox"/> Mineure <input type="checkbox"/> Modérée <input type="checkbox"/> Sévère <input type="checkbox"/> Points de vigilance lors de la pratique: _____	
Soutien psychologique • Vous êtes en fin de traitement, vous sentez-vous fragilisé(e) ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> • La maladie ou ses traitements ont-ils eu un impact sur votre : Confiance en soi <input type="checkbox"/> Image corporelle <input type="checkbox"/> Mémoire/concentration <input type="checkbox"/> Non concerné <input type="checkbox"/> Émotions (avant des traitements, dépenses vives) : _____ De l'angoisse ou de l'anxiété <input type="checkbox"/> Des troubles du sommeil <input type="checkbox"/> Une baisse de moral <input type="checkbox"/> Des épisodes dépressifs <input type="checkbox"/> • Soutenez-vous un soutien psychologique ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		Soutien psychologique Bilan psychologique: Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, nombre de consultations: _____ Nom de la/du psychologue choisi(e) par le patient: _____		La CPTS Champsaur Valgaudemar coordonne votre parcours : Contactez notre équipe par téléphone au 04 13 38 73 61	



Champsaur Valgaudemar