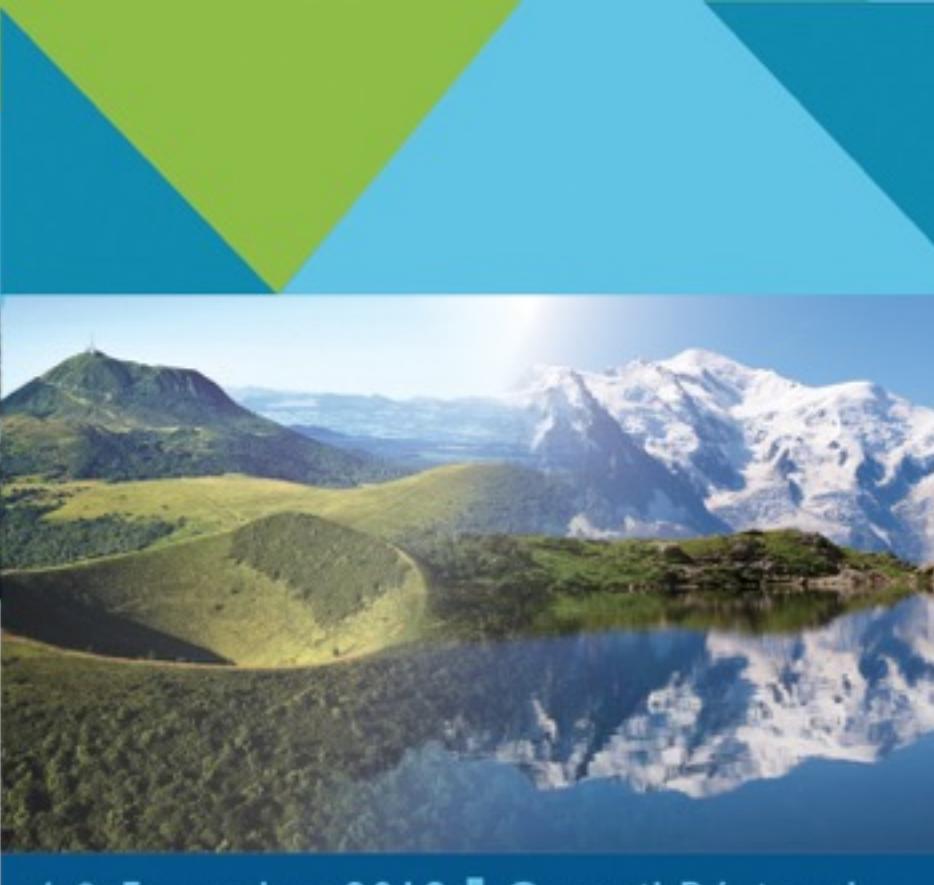




9^e CONGRÈS NATIONAL DES RÉSEAUX DE CANCÉROLOGIE

ÉQUITÉ D'ACCÈS DANS LES PARCOURS
DE SOINS DES PERSONNES ET MALADES ATTEINTS DE CANCER :
QUELLE CONTRIBUTION DU TRAVAIL EN RÉSEAUX À L'ATTEINTE DE CET OBJECTIF ?



4 & 5 octobre 2018 ■ Conseil Régional
Auvergne Rhône-Alpes à Lyon

ORGANISÉ PAR





Le diagnostic précoce : comment améliorer l'articulation entre structures de santé et acteurs du premier recours ?

Frédérique Penault-Llorca et Mohun K Bahadoor

Éléments de contexte

- **DIAGNOSTIC PRÉCOCE ET ORGANISATIONS DE TERRITOIRE**
- **Le diagnostic à un stade précoce** : tumeurs de petite taille sans dissémination → **plus de chance de traitement avec succès.**
- Si le cancer se propage : approche curative plus difficile, diminution survie globale et de la qualité de vie → parcours complexes ; hospitalisations récurrentes, stress médico-psychosocial....

L'enjeu repose sur la rapidité du diagnostic initial et la détection précoce d'une rechute ou d'une complication thérapeutique chez des malades à risque.

Quelques chiffres montrant le bénéfice d'un dépistage précoce

Cadre de dépistages organisés

- **Cancer du sein**
- Plus de 90% des femmes chez lesquelles un cancer du sein a été diagnostiqué au stade précoce survivent pendant au moins 5 ans, contre environ 15% chez les femmes chez lesquelles le cancer a été diagnostiqué au stade le plus avancé.
- **Cancer de l'appareil digestif**
- Plus de 9 patients sur 10 atteints d'un cancer de l'intestin survivront à la maladie plus de 5 ans s'ils sont diagnostiqués à un stade précoce.

Quelques chiffres montrant le bénéfice d'un diagnostic précoce

- **Cancer du poumon**
- Plus de 80% des patients atteints d'un cancer du poumon survivront pendant au moins un an s'ils sont diagnostiqués à un stade précoce, contre environ 15% chez les personnes diagnostiquées au stade le plus avancé de la maladie.
- **Cancer des ovaires**
- 90% des femmes chez lesquelles un cancer de l'ovaire au stade précoce a été diagnostiqué survivent pendant au moins 5 ans, contre environ 5% chez les femmes atteintes du cancer au stade le plus avancé.

Les enjeux avec les organisations de territoire

- Contribuer à élaborer et implémenter des **référentiels de bonnes pratiques**
- **Diffuser** les recommandations de bonnes pratiques et favoriser leur **appropriation** par les professionnels de santé
- Faciliter le **déploiement** d'outils de coordination et de partage d'informations
- Faciliter et coordonner la démarche **d'évaluation des pratiques**
- Participer à la **formation et l'information** des professionnels et du public.

Pourquoi certains cancers sont diagnostiqués tardivement?

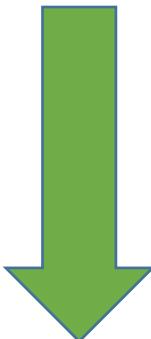
- **Faible sensibilisation aux signes et aux symptômes du cancer** peut signifier que les gens ne réalisent pas qu'un symptôme est important ou qu'ils doivent consulter leur médecin à ce sujet.
- **Crainte des conséquences d'un dépistage, peur du cancer** engendrant une non adhésion au dépistage, ou au report de consultations auprès du MT
- **Faible adhésion** du MT au dépistage → faible mobilisation des patients
- **Carence de screening** de la part des praticiens de premier recours voir des spécialistes
- **Difficultés d'accès** au dépistage dans des régions éloignées
- **Retards dans l'adressage**
- **Delais longs pour l'obtention d'un rendez-vous à l'hôpital.**

- **Qu'en-est-il des symptômes?**
- La détection des symptômes est parfois plus difficile à repérer ou à décrire → Nécessité pour les Réseaux transversaux comme les RRC de **s'articuler avec les organismes de dépistage et l'ambulatoire avec le premier recours** en s'appuyant sur les travaux de l'INCa.
- **Qu'en-est-il des auto-contrôles?**
- L'importance des auto-examens du sein ou des testicules pour tenter de détecter rapidement le cancer : **fiches information, sensibilisation**

Importance de l'articulation RCC et médicosocial

- Aller au devant des **personnes en situation de précarité, personnes âgées isolées**
→ projet avec ADAPEI pour permettre aux publics fragilisés , handicapées d'accéder au dépistage et diagnostic précoce
- Matériel d'éducation pour prévention et dépistage
- Action de dépistage en centres spécialisés

- Un constat : 8,4% de mutations MMR trouvées (19,7% ntle)
- Probable déficit d'identification des patients



projetGenAuv

Pour les patients à haut risque génétique

PROPOSITION DE REPONSE AAP INCa 2012

Prise en charge multi-disciplinaire
des personnes prédisposées héréditairement au cancer

(dead line 27 juin 12)

ORGANISATION : « réseau territorial d'exercice médical coordonné pour une prise en charge globale à travers un chemin clinique » « OncogénaAuvergne »

- Appui sur le réseau OncAuvergne et ses RCP thématiques
- associer tous les acteurs des 6 grandes villes des 4 départements privé/public :
 - * individuels suivant >5 familles à risque
 - * institutionnels (11 sites dont 4 privés)
 - * associations de malades dont les 4 CD de la Ligue
- spécialités médicales concernées: gastro-entérologues, gynécologues, imageurs, sénologues, oncologues, chirurgiens, généticiens, pathologistes médicaux, pédiatres d'adolescents...
- établissement d'une charte de réseau de santé
- numéro « vert » unique d'appel régional

PROPOSITION DE REPONSE AAP INCa 2012

Prise en charge multi-disciplinaire
des personnes prédisposées héréditairement au cancer



ACTIONS « Oncogénauvergne »

- mise en place de référents oncogénétiques locaux (6+4) + 1 référent régional
- équipe mobile d'oncogénétique EMOG (1 généticien + 1 conseiller génétique) :
11 RCP locales du réseau OncAuvergne dédiées oncogénétique : x4/an
qqf associée à consultation avancée
- CROG: conférence régionale d'oncogénétique d'Auvergne annuelles
 - * établissement de « programmes personnalisés de suivi » et actualisation
 - * évaluation et amélioration continue de la qualité des soins
- activité de recours avec tous les spécialistes concernés
- système d'information unique entre les acteurs & base de données centralisée

Vers un réseau "GénAuv" de 200 médecins pour la mise en place de : Programme Personnalisé Oncogénétique de Suivi (PPSO)

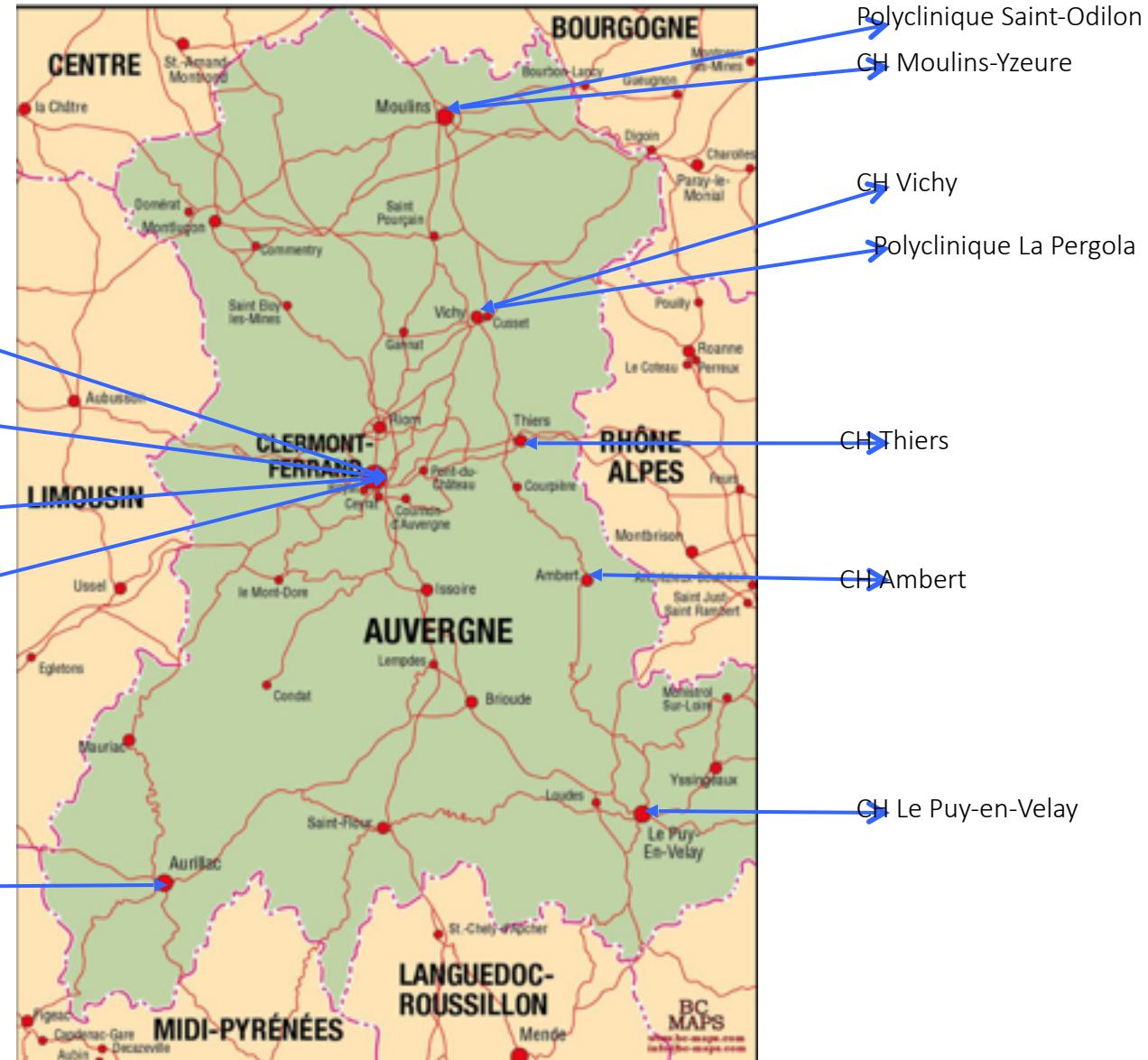
Centre Jean Perrin

Pôle Santé République

Clinique
La Châtaigneraie

CH Estaing

CH Aurillac



Suivi des patients à risque de rechute pour un diagnostic précoce

- Diagnostic précoce des rechutes, Prévention secondaire ou prévention des complications (prévention tertiaire) chez les personnes à risque élevé de cancer. Les RCC sont au cœur de l'implémentation du DCC
- Enjeu se situe au niveau de la **«surveillance»** (exemple de la **surveillance alternée avec les professionnels du premier recours, Expérimentation INCa en 2012**).
- Diagnostic précoce des **complications thérapeutiques** : rôle des IDEC et d'un réseau ville hôpital fort (infirmières, médecins libéraux, pharmaciens etassistants médicaux)et **patient acteur éduqué, « branché »**

Dispositif des infirmiers libéraux de coordination en Cancérologie :



Dispositif infirmier de coordination en cancérologie



Contexte

- Réponse à l'appel à projet de l'instruction N° DGOS/R3/2014/235 du 24 juillet 2014
- Evolution du parcours de soins sous l'effet de nouvelles thérapeutiques et une meilleure espérance de vie
- Augmentation des prises en charge à domicile et surveillance des malades
- Mauvaise appréhension de la coordination ville-hôpital

Présentation ONC'IDEC

- Expérimentation d'une plateforme de coordination des professionnels libéraux du 1^{er} recours avec les professionnels hospitaliers, afin de garantir aux patients une fluidité de prise en charge – au cours des phases à la fois hospitalières et de ville – de leur parcours.
- **Les situations complexes, à la fois en termes médical et psychosocial, sont particulièrement visées par cette démarche.**
- Projet proposé sous l'égide de l'ARS Auvergne en partenariat avec le RRC Oncauvergne et l'URPS-IDEL Auvergne.

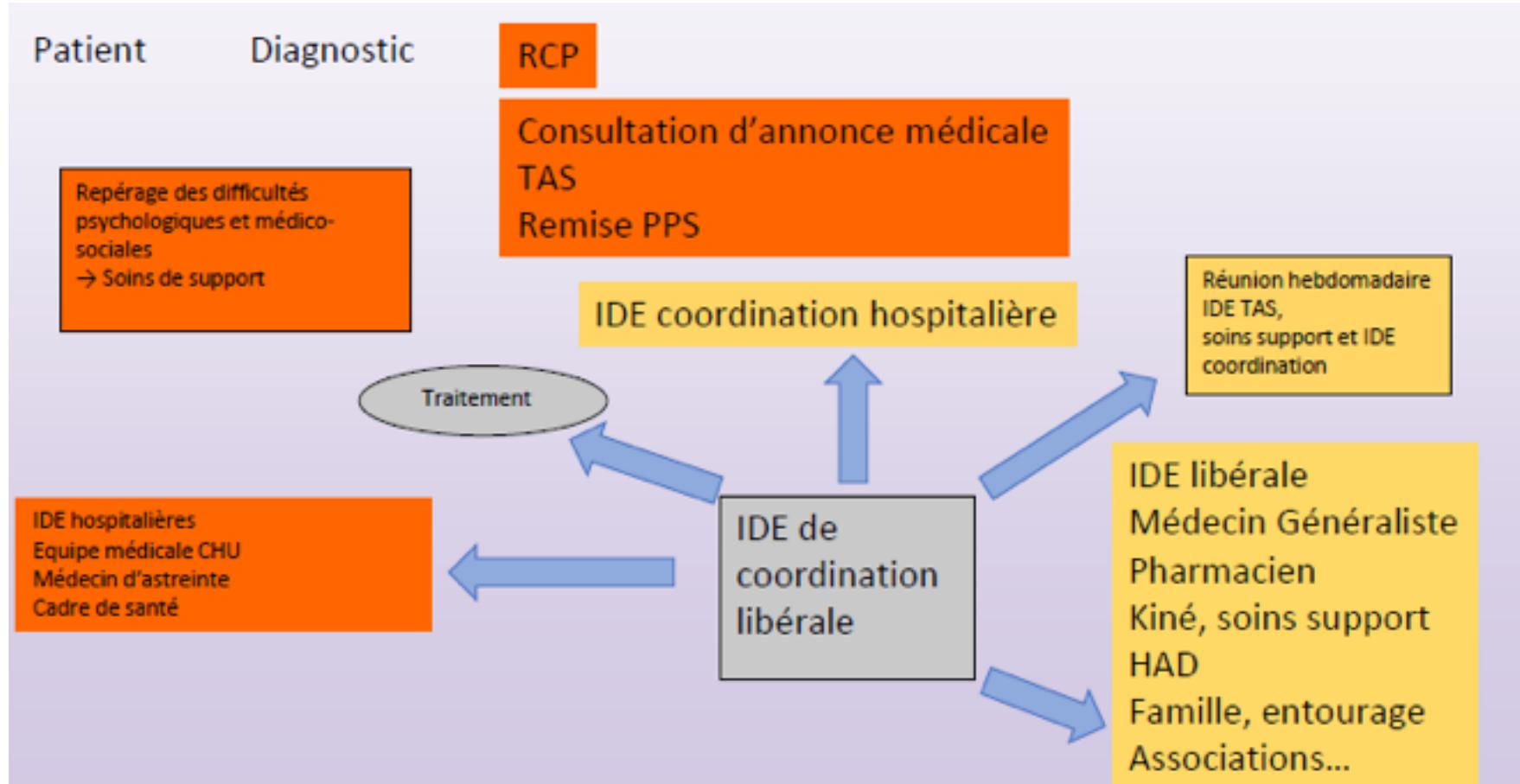
- Plate-forme de coordination par l'URPS-IDEL
- *Numéro d'appel unique de l'IDEC : 04 73 99 00 00*
- *Permanence assurée de 9 h à 17 h et 7J/7*
- *(dimanches et jours fériés compris)*

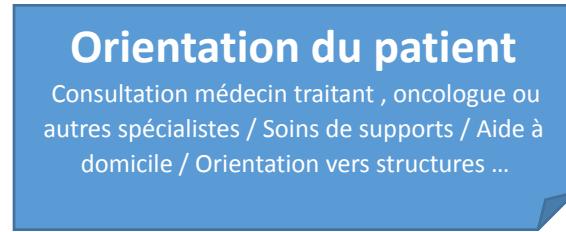
Présentation onc'IDEC



- 12,1 jours de garde en moyenne par infirmier
- 1 seul jour de carence (problème technique) pour 2017
- 887 demandes des IDELs pour 364 jours de garde

Rôle de l'idec





Prise de nouvelles auprès du patient

Effets secondaires / Résultats d'examens / Compte-rendu de consultation oncologue / Suivi nutritionnel / Contexte à domicile ...



Problèmes administratifs

RDV Taxi ou VSL / RDV consultation ou examens / Ordonnances ...



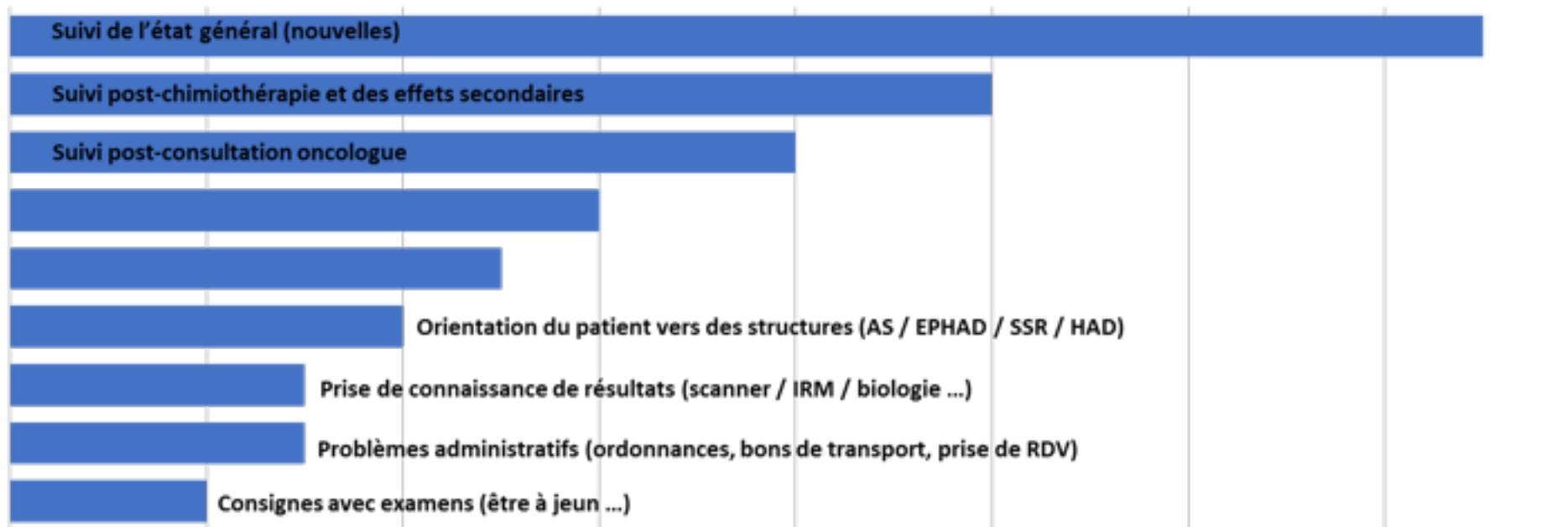
Liaison ville-hôpital

Communication de l'information entre les professionnels de ville et l'hôpital (symptômes, effets secondaires, ordonnances, besoins à domicile ...)



STATISTIQUES

Motifs d'appels sortants les plus fréquents



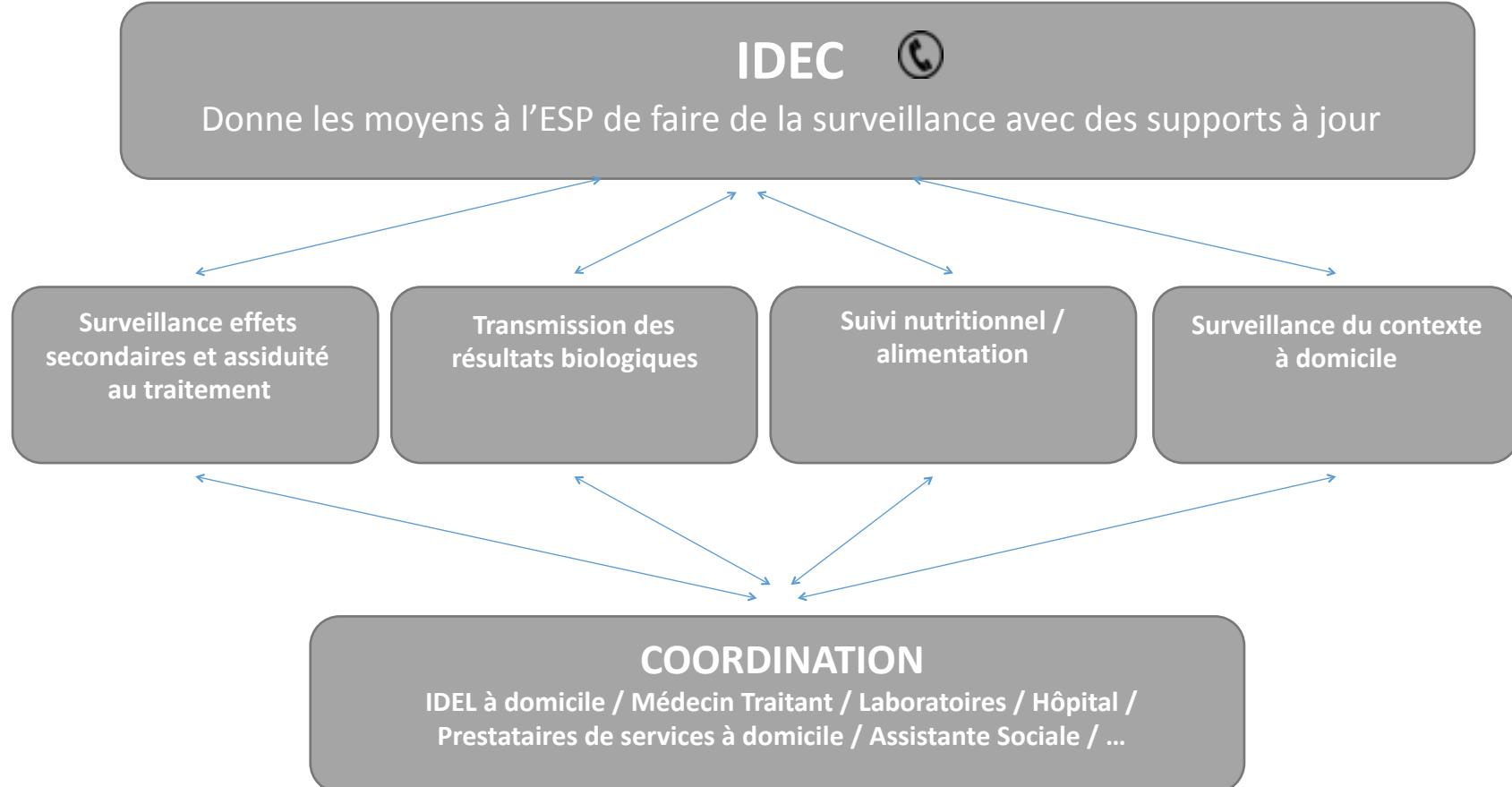
STATISTIQUES (extraction amaris)

- Tarif journalier d'une hospitalisation complète en service d'hématologie : **1256,80 €** (selon arrêté ARS du 31/08/2016 applicable en 2017)
- Nombre d'hospitalisations évitées par patient : **1,25** (patients inclus entre le 01/03/2016 et le 01/03/2017 soit 44 patients – données AMARIS)
- Economie minimum réalisée sur 12 mois : **69124 €** (estimation minimum basée sur 1 seule journée d'hospitalisation évitée)
- Hospitalisations évitées par l'intervention directe de l'IDEC : **24**

Données extraites d'AMARIS pour les patients inclus entre 01/03/2016 et 01/03/2017

Dr BAHADOOR, M. REY, M. BARGOIN

Résume idec



Meilleure prise en charge du patient
Meilleure qualité de vie
IDEC : 1^{er} recours en cas de besoin

Evolution à venir ?

- Axes de développement d'ONC'IDEC sur les prochaines années :
 - ❖ **Virage ambulatoire**
 - ❖ **Outiller les parcours « thérapies orales »**
 - ❖ **Pérenniser l'activité coordination versant ville**
 - ❖ **Développer des interactions avec les plateformes territoriales d'appui (PTA)**
 - ❖ **Aide méthodologique aux médecins du premier recours et accès aux librairies de ressources**
 - ❖ **Articulation avec les organismes de dépistage**

C'est un chantier qui devra être consolidé selon les axes stratégiques du PRS !

Articulation ville hôpital pour PEC rapide

Quelques exemples

- Le sein : l'expérience du Centre Jean Perrin « SOS sein » et « **one day** » est un parfait outil de détection précoce du cancer du sein
- S'appuie sur une coordination ville-hôpital avec **maillage en amont d'adressage des malades**
 - Identification via le RCC des établissements de PEC du cancer du sein
 - Rôle des URPS ML, cabinets de Radiologie, organisme de dépistage comme feu ARDOC et ABIDEC
 - Rôle d'information et de relai des professionnels du 1^{er} recours tels ceux de l'URPS IDE par exemple
 - Organisation hospitalière de prise rapide de rendez vous via une plateforme téléphonique et plages de RDV dédiées

Conclusions

Propositions

- S'appuyer sur des groupes de travail de professionnels de santé de toutes les structures membres du réseau, notamment les structures universitaires, pour garantir que les projets sont bien portés par tous les acteurs
- Mettre en place ou d'aider au **déploiement d'outils spécifiques**: DCC, annuaires, site internet
- Mettre en place ou d'aider à mettre en place des **programmes de formation**, susceptibles d'être intégrés dans le dispositif du Développement Professionnel Continu (DPC) → pilote dans le déploiement des assistants médicaux ?

Propositions

- Mettre en place et de coordonner des **projets d'évaluation des pratiques, organisationnelles et de soins**
- **Aider à la conception et à la mise en œuvre de projets spécifiques portés par les acteurs de terrain** (exemple **projet ONCIDEc** avec le premier recours pour détecter et accompagner les patients dans des parcours complexes **reposant sur le maillage avec le premier recours**.)
- Éduquer les patients pour leur permettre de devenir acteur de leur santé

.”Et c'est autour du patient que doit se construire la réponse des soignants, en proximité, et coordonnée en réseau. **Aussi, la structuration des soins de proximité est la priorité des priorités.**”

“La première orientation, c'est de construire le système autour du patient, et d'abord, tout simplement, de lui permettre d'avoir **accès aux soins** dont il a besoin. C'est la priorité des priorités”

“La deuxième orientation sur laquelle je veux aujourd'hui devant vous insister, c'est celle qui consiste à construire un système autour du patient en lui permettant d'être pris en charge dans un **parcours de soins fluide et coordonné**”

“Moi, je souhaite que nous puissions aujourd'hui, sur ces **territoires** pertinents, avoir une vraie **coopération de l'ensemble des professionnels de santé** au-delà des frontières de statut, de positionnement, et que l'ensemble de celles et ceux qui portent la bonne santé d'une population en soient coresponsables”

“Enfin la troisième orientation que je voulais partager avec vous pour construire ce système autour du patient, c'est de lui **garantir la qualité des soins, quel que soit l'endroit où il vit sur le territoire.**”

UN CADRE DE COHÉRENCE POUR 5 ANS

Décembre 2017

PRÉVENTION

ACCÈS AUX SOINS

INNOVATION

PRIORITÉS PRÉVENTION
SERVICE SANITAIRE

PLAN D'ACCÈS AUX SOINS

100 % SANTÉ,
ZÉRO RESTE À CHARGE

HEALTHDATA HUB

Travailler à la refonte du système de santé en profondeur

**GRAND ÂGE
ET AUTONOMIE**
Un projet pour 2020



MA SANTÉ 2022
Un engagement
collectif