

21^{ème} Rencontres Infirmières *en Oncologie organisées par* l'Association Française des Infirmier(e)s de Cancérologie - 17 Mars 2018

Nutrition, activité physique des sujets âgés traités pour un cancer : Enquête régionale auprès des IDE à domicile



Florence Onno^{1,2} (IDE), Delphine Déniel-Lagadec¹ (chef de projet), Agnès Laurent-Godmer² (gériatre), Sandrine Estivin^{1,3} (gériatre), Romain Corre^{1,4} (oncologue), Isabelle Loisel¹ (cadre de santé)

**Unité de Coordination en Oncogéniatrie de Bretagne, ³OH Britagne Atlantique Varnes, ³OH Cavale Blanche Breta, **CHU Rennes

**Sites Internet UCOG Bretagnes: **ware pote-can perotocile-bretagnes fr / ware on poblectagnes fr

RATIONNEL / OBJECTIFS

Sujet âgé dénutri et ne pratiquant pas ou peu d'activité physique ⇔ risque de sarcopénie ⇔ 🕽 de la masse/qualité musculaires

- ♦ La sarcopénie induit (Parfec al, 2014) Budmann 2014):
 - > Susceptibilité aux infections et augmentation du risque de chute
 - > > tolérance aux thérapeutiques anticancéreuses et > survie
 - Risque de toxicité aux thérapeutiques anticancéreuses
 - Altération de la qualité de vie
- Mobilité = marqueur de vitalité et de qualité de vie chez le sujet âgé

OBJECTIF: Identifier les pratiques, connaissances, souhaits et besoins des IDE en termes de Prévention/Dénutrition/Maintien des performances physiques du patient.

MÉTHODOLOGIE

Envoi enquête à 1300 IDE
via réseaux territoriaux de cancérologie de
Bretagne
207 questionnaires complétés *
Taux de retour 16%

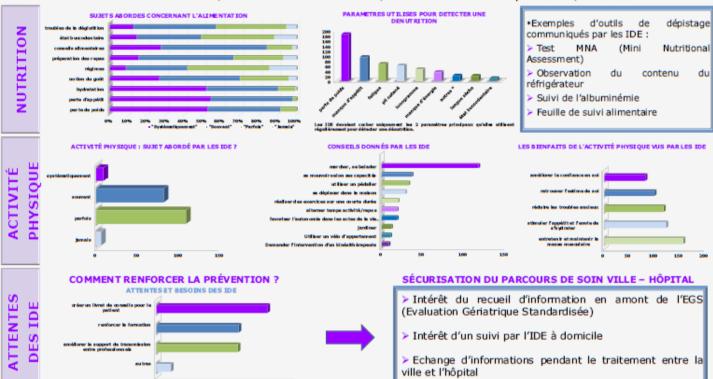
Questionnaire élaboré en 4 parties (google forms) :

- 1ère partie : description des IDE (âge, année du DE, formation nutrition)
- 2^{ème} partie : pratiques déclarées sur la prévention de la dénutrition, paramètres de dépistage, outils, conseils apportés...
- 3^{ème} partie : pratiques déclarées sur l'activité physique des patients, promotion de l'activité physique par L'IDE
- 4ème partie : besoins en formation et outils facilitant la prévention

"sexi(e)s IDE prenant en diarge patients trailés par cancer depuis au moins 2 serraines consécutives étaient arribé(e)s à répondre

RÉSULTATS

PROFIL DES RÉPONDANTS: 87 % F / +50%>10 ans d'ancienneté / Formations nutrition depuis DE: 2/3 des IDE



CONCLUSION

Développement de l'ambulatoire ⇒lien ville-hôpital essentiel

Renforcement du rôle IDE à domicile ⇔ promotion de l'activité physique et prévention de la dénutrition

En 2018, Initiation de formations DPC par l'UCOG Bretagne aux IDE libérales dans les 4 départements bretons (supports des formations : Etudes INOGAD/NUTRIAGE/SarQoL® sur la sarcopénie et la qualité de vie, Amendement « Sport et Cancer »).



















Identification des besoins éducatifs des patients porteurs d'une pompe intrathécale à l'ICO Paul Papin

Emilie BATARDIERE, infirmière à l'ICO Paul Papin, Angers



INTRODUCTION ET OBJECTIFS

Contexte

- La douleur est le 1^{er} symptôme en cancérologie (1)
- Sa prise en charge fait l'objet de plans nationaux de lutte contre la douleur (2) et est inscrite comme objectif prioritaire du plan cancer 2. (3)
- Le soulagement de la douleur est un droit fondamental depuis la loi du 4 mars 2002. L'analgésie intrathécale est une technique récente, efficace et recommandée dans
- prise en charge des douleurs réfractaires en cancérologie. (4) En 2016, 90 patients porteurs d'une Pompe IntraThécale (PIT) sont suivis à l'ICO R.Papin. Informer, aider et accompagner œs patients pour une prise en charge optimale de
- leur douleur est un enjeu important en cancérologie. L'information seule ne suffit pas à aider les patients à gérer leur mala de au quotidien.

L'éducation intègre une notion de participation et d'implication du patient, qui devient un acteur majeur de sa prise en charge en adéquation avec le plan cancer 3. (5) La 1^{em} étape de la démarche éducative est l'évaluation des besoins des patients. (6 et 7)

La prise en compte de leurs difficultés quotidiennes, l'évaluation de leurs besoins sont nécessaires, doivent être répétées tout au long de leur mailadie et requièrent une attention permanente de tous les soignants.

METHODES ET MATERIELS

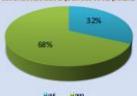
- Questi onnaires diffusés du 23/02 au 31/03/2017 auprès de 25 patients porteurs d'une PIT, à l'ICO Paul Papin pour éva leurs connaissances et leurs besoins
- 22 questions concernant:
- l'était de leurs connaissances sur leur PIT sur les effets secondaires des produits présents dans leur PIT.
- · leur ressenti , leurs difficultés rencontrées, les répercussions sur leur vie quotidienne, leurs attentes et leurs besoins d'informations.

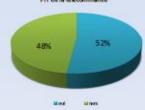
RESULTATS

Connaissances des patients



des effets secondaires potentiels de ces produits





Besoins d'informations des patients

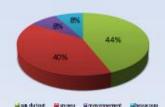


iii non, linne manque beaucoup d'informat iii out, mais il nue reste quelques questions iii out, je suistrés bien naseigné

Soulaits d'informations des patients sur:

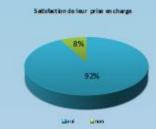


ntsdînguiêtude ?



Qualité de vie et prise en charge





- Les patients ayant répondu sont porteurs d'une PIT depuis 6 mois en moyenne. recharge de leur pompe se fait à interv hospitalisation en ambulatoire d'environ 1h.
- La connaissance du dispositif est perfectible
- ♦ Le besoin d'information est important
- ♦ fis sont très satisfaits de leur prise en charge à l'ICO Paul Papin (92%) et mettent en avant l'amélioration de leur qualité de vie (84%) depuis la pose de la PIT

DISCUSSION

Cette enquête révèle la connaissance imparfaite du dispositif, de sa mise en œuvre et de ses contraintes, malgré une satisfaction globale de la prise en charge antalgique. Maigré un échantillon limité, elle révèle bien les axes d'amélioration sur lesqueis doit porter l'information et l'éducation du patient:

- · Effets secondaires des traitements
- Fonctionnement de la pompe et de la télécommande
- ◆ Conduite à tenir en cas de problèmes

La durée d'hospitalisation très courte pour les recharges ainsi que la fragilité des patients sont des éléments qui rendent la diffusion de l'information diffidie.

L'information du patient semble donc un axe de progression majeur sur lequel les soignants ont réfléchi au vu des résultats de l'enquête, et trois voies se sont dégagées : 1- Réflexion sur l'éla boration avec les mala des d'un guide pratique pour aider les patients à gérer au mieux leur PIT, mais également util e pour l'entourage et les structures de soins acqueillant ces patients suivant l'expérience de l'Institut régional du Cancer de Montpellier. (8)

- 2- Envisager un travail autour de la proposition d'ateliers thérapeutiques individuels ou collectifs.
- 3- Ouvrir la formation des soignants sur la prise en charge de la douleur et sur l'éducation thérapeutique car l'éducation du patient est une activité qui nécessite une véritable compétence de la part des soignants.

CONCLUSION

- Au-delà de la mise en avant par les patients de leur prise en charge satisfaisante, de la qualité des soins, de la disponibilité et du professionnalisme de l'équipe soignante, ils expriment leur envie d'avoir plus d'informations sur les produits et leurs effets secondaires, ainsi qu'une conduite claire à tenir en cas de problème. On note une volonté des patients d'apprendre et de comprendre pour mieux
- ♦11 apparaît néœssaire de mettre en place un a compagnement de ces patients et d'intégrer la dimension éducative dans notre pratique car d'est une occasion unique de créer une relation de confiance et un réel partenariat entre soignant et soigné. (9)
- ♦ La poursuite de cette réflexion sur l'éducation des patients, au sein de l'équipe , en collaboration avec l'infirmière et le médecin d'éducation thérapeutique présents à l'ICO Paul Papin pourrait permettre d'aider le patient et ses proches à gérer de manière optimale sa vie avec la maladie, d'améliorer sa qualité de vie. On peut ainsi espérer une diminution des hospitalisations, des séjours aux urgences et des visites médicales non programmées.

BIBLIOGRAPHIE

- Institut National de cancer. La douleur en cancérdiogie. Fiche repère, Inca 2010: 1-4. Ministère de la Santé et des Solidarités. Plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006-2010. Ministère de la Santé et des Solidarités 2006 : 1-36.
- 2010. Ministere de la sante et des soldiares 2006: 1-34.

 3) Institut National du Cancer. Renforce la qualité des prises en charge pour tous les mais des atteints de cancer. In: Plan cancer. 2009-2013. Inca 2009: 85-87.

 4) Analgésie Intrathécale en cancér dogle. Principes-état des lieux et perspectives. D. Dupoiron. Douleurs Evaluation-Diagnoste-Tratement, 2016-06-01, volume 17, numéro 3, pages 128-134, Biender Masson.

 5) Plan Cancer 3: 2014-2019, objectif 7: assurer des prises en charge globales et personnaisées, action 7-14: promouvoir le développement de programmes d'éducation thérapeutique du patient en 15 questions réponses, Haute Autorité de Santé.

 6) L'éducation thérapeutique du patient en 15 questions réponses, Haute Autorité de Santé.

 7) L'éducation thérapeutique du patient en 15 questions réponses, Haute Autorité de Santé.

- L'éducation thérapeutique en canoirologie: vers une reconnaissance des compétences du patient. D. Pérol, Bull Cancer 2007;94(3): 267-74.

 Douleur: un guide élaboré par des patients et des soignants, infirmiers.com.

 Education thérapeutique et douleur du cancer: intérêt pour les patients, intérêt pour les soignants.
- Dossler de presse. Fondation APICIL 9mars 2017.

Consultations infirmières d'évaluation en pneumologie : Pour une prise en soin globale dans un parcours de vie.

O. Velozo; F. Verstraete; IDE pneumo; F. Jacquot; V. Puglisi; M. Guillet

Gustave Roussy, 114, rue Édouard Vaillant - 94805 Villejuif Cedex – France

Département ambulatoire – Plateau des consultations / Coordination des Soins Externes.

CONTEXTE

Plan cancer 2014-2019 : Objectif 7 : Assurer des prises en charge globales et personnalisées / Objectif 9 : Diminuer l'impact du cancer sur la vie personnelle / Objectif 16 : Optimiser les organisations pour une plus grande efficacité.

LOI nº 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

Titre II : FACILITER AU QUOTIDIEN LES PARCOURS DE SANTÉ

Chapitre ler : Promouvoir les soins primaires et favoriser la structuration des parcours de santé.

Chapitre VII : Fonctions d'appui aux professionnels pour la coordination des parcours de santé complexes.

« Art. L. 6327-1.-Des fonctions d'appui à la prise en charge des patients relevant de parcours de santé complexes sont organisées en soutien des professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux par les agences régionales de santé, en concertation avec les représentants des professionnels et des usagers. Elles contribuent à prévenir les hospitalisations inutiles ou évitables ainsi que les ruptures de parcours ».

« Le parcours de santé est dit complexe lorsque l'état de santé, le handicap ou la situation sociale du patient rend nécessaire l'intervention de plusieurs catégories de professionnels de santé, sociaux ou médico-sociaux ».

« Le recours aux fonctions d'appui est déclenché par le médecin traitant ou un médecin en lien avec ce dernier, en veillant à leur intégration dans la prise en charge globale du patient ».

Au sein de Gustave Roussy: Développement de la culture parcours patient mise en place depuis 2003.

Velozo Olympe, Infirmière de coordination Verstraete Fanny, Infirmière de coordination.

Infirmières consultantes:

Tracol Lyvia, Bourron Anna, Pol Solène, Eng Jacqueline, Ekra

Dominique, Villanova Magali. Médecins consultants :

Pr Besse, Dr Planchard, Dr Le Chevalier, Dr Gazzah, Dr Mezquita.

Comité de Pilotage :

Benjamin Besse, Chef de comité Pneumologie Marilène Guillet, Cadre de Département Ambulatoire Françoise Jacquot, Cadre de Santé.

Vanessa Puglisi, Cadre de santé

PARCOURS PATIENT COORDONNE,

PRE-REQUIS

Expérience professionnelle de 5 ans en oncologie Dont 1 an en consultation ou en coordination



MISSION DESIDE D'EVALUATION

- de l'accueil jusqu'à l'orientation et au suivi Analyser l'auto évaluation et détecter les vulnérabilités
 - Définir les leviers d'aide et de soutien au patient et Activer les professionnels concernés
 - Collaborer avec les professionnels pour accompagner et orienter le patient
 - Consolider les modalités de suivi selon les risques et les survenues de rupture du parcours
 - Faciliter et permettre d'adapter le projet thérapeutique décider en RCP

PROBLEMES MAJEURS IDENTIFIES VIA LE QUESTIONNAIRE AUTO EVAL:

- Perte de poids asthénie 59%, inquiétude 45%, isolement social 43%, dyspnée 44%
- Asthénie et Troubles du sommeil : + de 50% des patients
- Douleurs: 27% des patients

CONCLUSION

RÉSULTATS

97 patients inclus sur 1 an

Orientations proposées : 44 % de conseils et de soins de support, 53 % de suivi léger, 6 % de suivi complexe (mise en place HDJ nutrition, EMASP, Douleur, réseau de santé en collaboration avec médecin traitant, SSIAD), mise en place de soins à domicile (3%)

VALEURS AJOUTEES

Alerte des professionnels support intra ou extra hospitaliers. inclusions réseaux territoriaux, mise en place soins à domicile. Décisions collectives IDE / Dr (staff hebdomadaire).

Valorisation sens clinique IDE : expertise et autonomie.

Coopération inter-service = rupture parcours

Satisfaction des patients

Prise en charge pluridisciplinaire coordonnée, Anticipation des besoins en soins de support, Interlocuteurs identifiés.

EVALUATION DU PROJET:

Question naire de satisfaction patient

- Indicateurs d'activité à un an en cours d'analyse
- Pertinence des Suivis et appels patients

PERSPECTIVES:

Optimisation du parcours patient, Expertise clinique. Nouveaux métiers -> Infirmières de pratiques avancées Suivi Esanté

Passport Patient « Urgences »



Mise en place d'un espace sensoriel à l'Institut de Cancérologie Jean Godinot

Marie Bednarek, Cécile Dos Santos, Mélanie Léonard, Brigitte Costa Institut de Cancérologie Jean Godinot Reims, France

marie.bednarek@reims.unicancer.fr , disspo@reims.unicancer.fr

Un espace sensoriel a été créé à l'Institut de Cancérologie Jean Godinot fin 2016 pour compléter l'offre en soins de support. Un accompagnement basé sur la stimulation sensorielle, le relâchement et la relation à l'autre est proposé au patient dans un espace dédié, pour lui offrir une parenthèse dans le quotidien des soins.

Comment?





A l'aide de matériels spécifiques et variés impliquant la vue, le toucher, l'odorat, le son et l'ouïe (effets lumineux, toucher-massage, diffusion d'huiles essentielles, ambiance sonore, lit à eau...) la personne, guidée par un soignant formé, sera amenée à son rythme, dans un climat de confiance et de détente à retrouver des sensations agréables et positives favorisant le bien-être et la communication.

Pour qui ? Pour les patients en cours d'hospitalisation complète ou en HDJ

Pourquoi?

Pour le patient: relaxer et favoriser la détente mentale, diminuer l'angoisse, améliorer la communication non verbale, améliorer l'image du corps et développer l'estime de soi par la re-découverte de capacités et de sensations oubliées

Pour le soignant: mobiliser les équipes soignantes autour d'une approche nouvelle, valoriser la relation de soin dans un moment privilégié avec le patient, avoir un rôle propre dans un soin sans prescription médicale

Les étapes de la mise en place du projet

- Elaboration par le Directeur des Soins et le médecin responsable du DISSPO
- Enquête par un groupe de lycéennes auprès des patients et des soignants (1er semestre 2016)
- Aménagement d'une pièce de 15 m² située dans un service d'hospitalisation complète
- Formation d'une première équipe de soignants (trois IDE, deux AS, deux médecins, une manipulatrice radio et la coiffeuse) en novembre 2016 et novembre 2017
- Présentation à la presse et au grand public lors de la journée portes ouvertes IJG du 4/02/2017
- Présentation aux équipes soignantes et aux donateurs en avril 2017
- Mise en place en juin d'un groupe multi professionnel, animé par un médecin DISSPO et une psychologue, pour réfléchir au développement de l'espace sensoriel : mise à disposition, suivi des séances, enquête de satisfaction, retour d'expérience et évaluation L'espace a été financé en totalité par des dons (coût : 17000€)
- L'espace est actuellement utilisé en fonction de la disponibilité des soignants





Une séance est aujourd'hui proposée aux patients dans les situations suivantes :

- Angoisse
- Difficultés d'endormissement
- Douleur
- Gestes douloureux ou anxiogène
- Cures de chimiothérapie en hôpital de jour
- Ateliers d'hypnose

Les proches (conjoint, enfants,...) peuvent être invités à participer aux séances

Ressentis des patients: « détente » « apaisement » » bien-être » « oublier son corps, se sentir léger, apaisé » « oublier sa pathologie » « espace de rêve, coupé du monde » « corps apaisé, détendu, relaxé » « écoute » « empathie » « relâcher les tensions » « lâcher prise »





Un IDE, un patient, un appel téléphonique... Comment diminuer les délais d'attente lors de l'administration de la chimiothérapie en ambulatoire tout en garantissant la sécurité et la satisfaction du patient ?

- . Chef de projet IDE : Germain ROUGIER IDE expert
- . Cadre de santé référent : Farida BATROSSE-BRAHAM
- IDE déléguées : Anne-I sabelle JEAN Valérie DECESARE
- · Médecins référents : Jean-Francois MOULIN Gwenaëlle GRAVIS

CONTEXTE

- Rapport Berland 2003; « coopération des professionnels de sante; le transfert des taches et des compétences »;
- Loi HPST du 21 juillet 2009, article 51 permet « la mise en place... à l'initative des professionnels sur le terrain, des transferts d'actes ou d'activités de soins et de réorganisation des modes d'intervention auprès des patients » ;
- Rapport Henart 2010 relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire; professionnels d'aujourd'hui et nouveaux métiers ;
- Évolution démographique et sanitaire: Vieillis sement de la population, chronicis ation de la maladie cancéreuse, réduction du temps médical disponible.

Les délais d'attente comptent parmi les indicateurs les plus importants en termes de qualité de prise en charge auprès des usagers. Face à l'augmentation du nombre de patients et du nombre de traitements, création d'un projet de consultation téléphonique infirmière de pré validation de chimiothérapie afin de réduire les délais de prise en charge tout en assurant la sécurité et un suivi personnalisé du patient.

PROCESSUS_

2013

Projet de recherche médical :

 Appet téléphonique pour la validation des chimiothérapies comme un mayen d'optimiser les soins sans compromettre la satisfaction et la sécurité et la qualité du patient.

PHASE MÉDICALE

- Analyse sur 343 femmes entre 2013 et 2016.
- Optimisation de la prise en charge du patient ambulatoire tout en épargnant du temps patient, du temps médecin et du temps pharmacien.

2016

PHASE INFIRMIÈRE

- Définition des critères d'éligibilité à la procédure.
- Définition des protocoles de chimiothérapie concernés.
 Création de check list todatés par protocole.
- Creation de check list toxicates par protocole.
 Formation et information des différents intervenants.
- du circuits.

 Création d'une fiche CPV informatisée qui tient lieu de
- consultation dans le dossier informatisé du patient.

 Septembre 2016, formation d'un IDE volontaire.
- Phase test sur un panel de patients restreint sous le tutorat d'un médecin référent CPV pendant 1 mois.

2017

- Autonomie de l'IDE au bout d'un mois.
- Définition d'un planning hebdomadaire de médecin « astreinte CPV ».
 SuM régulier de l'évolution de l'activité CPV ainsi que de la satisfaction du patient.

À CE JOUR

- Reconnaissance du statut d'IDE expert « suivi des patients hors les murs ».

PARCOURS PATIENT

- Sélection du patient par le médean ou proposition d'inclusion par l'IDE
- Rencontre avec IDE expert Explication de la procédure.
- de la procédure.

 Numéro laboratoire enregistré,
- Ligne dédiée communiquée.

J-48H

- Vérification par l'agent administratif que le bilan biologique est réalisé par appel patient.
- Contrôle du numéro de téléphone du labo.
- Contrôle des numéros de contact de la notiente

J-24H

- Récupération des résultats du bilan bi ologiques par l'agent administratif.
 A naiyse des résultats biologiques par l'IDE expert,
- Appet téléphonique de l'IDE expert pour évaluation effets secondaires Transmission informatique de la fiche CPV au médecin pour validation chimiothéraple avant 1 5h30.
- Préparation du traitement par la pharmacie

J-O

- Réalisation de la cure de chimiothérapie.
- Visite de l'IDE expert au décours du traitement.

RAD DU PATIENT

RESSOURCES HUMAINES

- Création d'un poste « IDE régulateur CPV » équivalent temps plein :
 8h30 16h00
- Création d'un poste d'agent de régulation CPV sur 20 heures/semaine :

 10h00 14h00
- Temps médical dédié (2h) afin d'assurer les validations CPV AVANT 15H00

FORMATIONS REQUES

- Formation théoriques par pathologie
- Formation pratiques (suivi de consultations médicales pendant 1 mois)
- · Formation de L'IDE expert aux différents parcours de soins
- Formation aux différents outils informatiques

CONCLUSION

Indicateurs

Année 2017	Moyenne 2016	Janv	Fév	Mars	Arril	Mai	Juin	Juil.	Aout	Sept.	Od.	Nov.
CPV / Tot Chimio	6%	11%	10%	13%	11%	14%	15%	14%	15%	14%	14%	14%
CPV-PACT / Tot Chimio	29%	33%	32%	34%	33%	36%	39%	37%	37%	37%	37%	36%
Attente > 2h	43%	28%	28%	30%	27%	24%	32%	32%	26%	32%	31%	27%

Valeurs ajoutées au poste

Projet ayant favorisé l'émergence « d'un nouveau métier » => IPA Valorisation et reconnaissance des compétences IDE

Satisfaction patient

Taux de satisfaction patients 90 % < (Sur la prise en charge CPV)

Valorisation et reconnaissance des compétences infirmiers

Perspectives => application smartphone /Pratiques avancées.



Sandrine Bourgeois, Alexandra Roucoux

Infirmières coordinatrices ERAS Service de Chirurgie Viscérale, Digestive et Cancérologique Unité de transplantation hépatique



Informer pour mieux soigner, ERAS colorectal Le patient, acteur de sa prise en charge

Contexte:

« Le stress psychologique et physiologique avant, durant et après une chirurgie cancérologique a un impact qui nuit au fonctionnement du système immunitaire et influence la progression de la maladie. » Pr Ben-Eli yahu

Améliorer la prise en charge des patients en chirurgie oncologique colorectale avec l'implémentation d'un programme de réhabilitation par le blais d'un travail en équipe multidisciplinaire.

Projet innovant

Méthode Objectifs Actions

impulsion par le chef de service d'Intégrer un label de qualité

Relancer une dynamique d'équipe et permettre au patient de devenir le centre de sa réhabilitation.

Adhésion de l'Institution : investissement financier

Proposer une démarche de qualité au patient.

Formation au centre d'excellence du CHUV de Lausanne pour l'impléme du programme

Mettre en place le programme au sein de notre équipe. Se familiariser avec Encare[®] : base de données prospective et anonyme qui permet le suivi du patient et la mise en place si besoin d'actions correctives

Création par l'in stitution d'un poste d'infirmière coordinattice : deux infirmières 50% coordinattice / 50% service

patient. Exercer un rôle de personne de référence auprès de l'équipe et du patient.

Création d'une consultation infirmière préopératoire dédiée

Information claire et précise du patient sur le déroulement de l'hospitalisation, sur l'anno nœ du diagnostic médical Prise en compte de l'environne ment du patient Création d'une relation de conflance

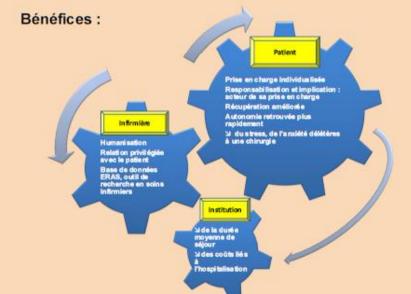
Outils:

Livret détailé donné à la consultation → aider le patient à comprendre et suivre les étapes de sa prise en charge : informations relatives au service, récapitulatif des rendez-vous, les conseils préopératoires et de sortie, le déroulement détaillé de son hospitalisation

Livret donné et expliqué le jour de la consultation infirmière → permettre au patient de suivre les différentes étapes de sa prise en charge et l'impliquer durant son hospitalisation.

- 5 jours après la sortie par l'infirmière coordinatice → retour sé curisé
 Compte-rendu de l'appel visible par l'en semble des professionnels du CHRU
 Travail en collaboration avec le méde cin traitant et les infirmières libérales
- Mise en contact possible avec le chirurgien référent, la diétéscienne ou la stomathérapeute au moment de l'appel

- Formation constante des équipes multidisciplinaires pour mener à bien le projet.
 Uniformisation des pratiques sous forme de protocoles (antaigle, bonnes pratiques des recommandations ERAS basées aur l'évidence scientifique.
- Bulletin d'informations trimestriel pour garder une dynamique d'équipe



*CONTRACT PATER LE ABRE PREPERVO QUE BORRORE SEW PROCE DESCRIPTION OF

Étude de 5 des 150 critères de recommandations ERAS (innerana citriques basis sur des publitimes établis dans la médieche factuelle pour amélione le récapiration post-opératore)



Réussite et limites du projet :

- La réussite repose sur :

 L'adhésion de l'institution
 - Une dynamique d'équipe : soutée et motivée Un patient impliqué
- Les limites sont :
 L'adhésion du patient et la bonne compréhension du



Résultats et conclusion :

- tésfaction de nos patients qui se sentent plus outés et soutenus

- Diminution de la morbidité
 Bonne adrivésion et participation active des patients
 Rôle du patient renforcé
 Au 1st jarnérer 2018, 130 patients dont 93 atteints d'un
 cancer coloractal ent bénéficé de ce label de qualité.
 Diminution du teux de réadmission
 Diminution du temps d'hospitalsation et des coûts
 Augmentation du pourcentage du laux de réussite
 visible grâce à l'outil d'audit, puissant outil de
 recharche en soins infirmiers dans le domaine de
 l'oncologie chirundicale

Equipe ERAS du CHRU de Besençon ; Prietro-Ordervan - or Londo - or MORE - Or MORETTE - M. GARLLEY - MAN GORLON

Perspectives:

- Dans l'avenir, des soins connectés (podomètre...) Luite contre le facteur de strees : faire descendre le patient à pied au bloc opératoire Concept transposable à d'autres pathologies digestives ainsi qu'à d'autres spécialités

ÉTUDE DE FAISABILITÉ

DE LA CONSULTATION DE L'INFIRMIÈRE DE PRATIQUE AVANCÉE (IPA)

DANS LA PRÉ-VALIDATION DE CHIMIOTHÉRAPIES : UN EXEMPLE DANS LE CANCER DU SEIN

Laetitia Cadoret, IDE - IPA, Centre Georges François Leclerc à Dijon

Cette étude a été réalisée dans le cadre du master 2 en sciences cliniques infirmières, spécialité Infirmière de Pratique Avancée en cancérologie à l'université d'Aix-Marseille.

Contexte

IPA , profession émergente

- Plan cancer 2014-2019: évolution des formations et des métiers de la cancérologie
- Loi du 26 janvier 2016 : légitime l'apparition de pratique avancée
- Pas de définition claire des missions des IPA

 en attente du décret
 d'application

Cancer du sein, le plus Fréquent

- Une femme sur neuf : concernée par un cancer du sein au cours de sa vie
- En France, près de 54 000 nouveaux cas par an, 11900 décès par an
- Moins de 10% des cancers du sein surviennent avant 40 ans, augmentation de l'incidence jusqu'à 65 ans

Prise en charge par chimiothérapie pour les cancers infiltrants

- Activité croissante
- Pénurie médicale

 quelle aide ? quelle place pour l'IPA ?

Matériels et méthode

Etude exploratoire prospective monocentrique Objectifs :

- Evaluer la faisabilité d'une pré-validation de la chimiothérapie par
- Evaluer la concordance entre la molécule de chimiothérapie validée par l'emédecin et celle pré-validée par l'IPA
- · Evaluer l'acceptation et la satisfaction des patientes vues par une IPA

Population d'étude

- · Cancer du sein infiltrant
- Chimiothérapie adjuvante par 3 FEC et 3 Docétaxel */ 9 Paclitaxel *
- Prise en charge entre le 9 et le 24 Février 2017 et le 13 et le 31 Mars 2017
- Hôpital de jour.
- 2e ou 3e cure

Déroulement, de l'étude

- Prescription du plan de traitement par le médecin on cologue, pré-validation par l'IPA, validation par le médecin oncologue
- Consultation avec l'IPA: interrogatoire, examen clinique, biologie, orientation vers les soins de support
- Auto-question naire de satisfaction des patientes

Résultats

- 30 patientes incluses dans l'étude
- 100% de concordance entre la pré validation par IPA et la validation de la chimiothérapie par le médecin o ncologue
- Consultation avec l'IPA :
- ► Temps d'échange et d'écoute
- Importance de l'IPA
 - dans l'évaluation et les conseils à la gestion des effets secondaires
 - 👆 dans le lien avec les autres professions paramédicales (assistante sociale, psychologue...)
 - ⇒ Complémentarité avec la consultation médicale
- 96,5% (n=29) des patientes sont satisfaites de la prise en charge par l'IPA

Conclusion

- · Concordance entre l'évaluation par l'IPA et l'évaluation médicale excellente
- · Bon accueil de la consultation de l'IPA par les patientes
- · Partenariat oncologue-IPA indispensable
- Evaluation nécessaire sur une cohorte plus large
- Définition des missions des IPA attendues pour l'été 2018...







Un programme d'Activité Physique Adaptée comme soins de support pour les patients atteints pour un cancer sur le territoire du Beaujolais

Philippon Laurie 1, Enseignante Responsable programme APA, Colomb Claude 1, Cadre de santé en oncologie ambulatoire Beneyton Violaine 2, Médecin Radiothérapeute

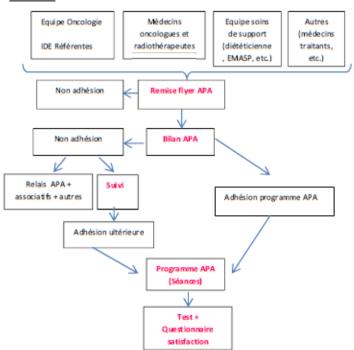
1 Höpital Nord Ouest Villefranche, 2 Centre Léon Bérard

Introduction:

Propositions de différents temps d'interventions en Activité Physique Adaptée tout au long du parcours de soins des personnes traitées et/ou suivies pour un cancer sur le site de l'HNO Villefranche et/ou GCS de Radiothérapie.

L'objectif est de maintenir et/ou améliorer les capacités physiques, psychologiques, limiter la fatigue, et de favoriser les liens sociaux pour conserver une qualité de vie acceptable et la reprise des activités antérieures si possible.

Méthode:

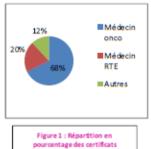


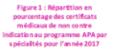
Programme APA:

- 2 activités collectives, marche nordique et/ou gym douce par semaine, en fonction de l'état général et des besoins du patient
- La marche nordique se pratique à 15 km au nord et au sud de l'Hôpital. La gym douce se réalise dans une salle du service de rééducation fonctionnelle de l'Hôpital
- La durée du programme est de 26 séances. A la fin du programme, les patients ont la possibilité de poursuivre l'activité de marche nordique pour éviter un arrêt brutal
- Nous accueillons au maximum 10 personnes par groupe
- Un certificat médical est obligatoire
- Il est proposé au patient bénéficiant du programme des initiations (Biodenza, Escrime) a fin de favoriser la poursuite de l'Activité Physique après le programme
- Le programme est accessible pendant, après les traitements quelques soit le type de cancer.
- L'accès au programme est gratuit pour les patients et entièrement financé par l'association Courir POUR ELLES.

Résultats :

 Depuis 2017: 287 personnes ont bénéficié d'une intervention APA (99 bilans, 163 flyers distribués, 219 suivis, 65 tests). La satisfaction des personnes ayant participé au programme APA est de 19/20.





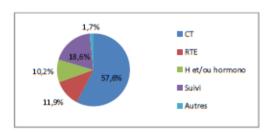


Figure 2: Répartition en pourcentage des pratiquants en fonction de leurs traitements pendant le programme APA sur l'année 2017

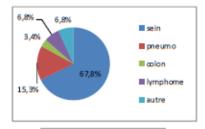


Figure 3 : Répartition des pratiquants en fonction du type de cancer sur l'année 2017

Perspectives :

- Proposer des séances individuelles pour des personnes hospitalisées
- Favoriser les liens avec les structures extérieurs pour garant ir la poursuite de l'activité physique au long terme







Centre Georges-François Leclerc

MISE EN TRAITEMENT ET SUIVI DES PATIENTS SOUS THÉRAPIES ORALES (TO) ANTI-CANCÉREUSES



CLCC porteur: Centre Georges François LECLERC (DIJON) C. Dorléan (DSI), V. Perron (cadre de santé); les IDE de TO, Dr A. Lagrange (oncologue), Dr A. Schmitt (pharmacien)

Contexte

Le plan cancer 2014-2019 promeut l'implication du patient dans sa prise en charge, et le renforcement de la coordination ville/hôpital. Les TO représenteront près de 50 % des traitements du cancer dès 2020. En effet, le patient doit être à même de comprendre son traitement pour le prendre de manière optimale. De plus, lors de l'apparition d'effets indésirables, les professionnels de ville se trouvent souvent en première ligne, avec une connaissance relative de ces traitements et de leurs toxicités.

Afin, d'optimiser et sécuriser le parcours du patient, nous avons mis en place des consultations renforcées et un suivi téléphonique pour permettre un meilleur accompagnement.

Organisation des consultations renforcées et du suivi téléphonique infirmier



2. Consultation pharmacien :

Le pharmacien :

- vérifie la prescription et les interactions médicamenteuses
- informe sur les effets indésirables
- informe sur les modalités de prise

5. numéro direct:

IDE de TO joignable 5j/7

remet une fiche d'information contacte le pharmacien de ville







L'oncologue, en plus de ses activités habituelles: propose, explique et prescrit la thérapeutique



oriente le patient vers le pharmacien





3. Consultation IDE: l'infirmier:

- coordonne le déroulement des consultations
- reprend les points essentiels; modalités de prise du traitement, effets secondaires, conseils hygiéno-diététiques
- s'assure de la bonne compréhension du patient concernant la thérapeutique.
- organise, planifie les rendez-vous vers d'autres professionnels des soins de supports
- Informe sur l'organisation du suivi téléphonique





4. Suivi téléphonique par IDE:

Appelle une fois par semaine jusqu'à la prescription de la 2ème cure Vérifie la tolérance et l'observance à l'aide d'un formulaire par

molécule rattaché au dossier de soins informatisé

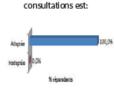
Anticipe les problèmes en lien avec le traitement en orientant le patient vers les professionnels compétents (médecins, soins de support...)

Evaluation du projet

Les consultations de primo prescription sont en place depuis mai 2016 avec une moyenne de 28 par mois.

- 10 interactions médicamenteuses retrouvées sur 6 mois
- 97% de bonne observance sur 3 mois d'étude
- Des évaluations quantitatives et qualitatives régulières
- Evaluation du parcours patient





La succession des

Bénéfices pour les patients et les soignants

Bénéfices pour les patients :

- Temps dédié aux patients pour répondre aux différents besoins exprimés (relai soins de support)
- Ligne téléphonique unique à disposition des patients ou professionnels de ville gérée par un IDE formé aux TO 5 jours

Bénéfices pour les soignants :

- gain de temps pour l'oncologue
- des professionnels peu présents en consultation se sentent impliqués dans la prise en charge directe des patients
- grâce au suivi téléphonique, anticipation des potentiels problèmes
- Renforcement des liens ville/hôpital via l'information des professionnels de ville
- Valorisation grâce aux retours des patients et des libéraux satisfaisants.
- Satisfaction dans la mise en place d'un projet qui répond à une problématique des patients.



« La **e'santé** au service des patients sous anticancéreux oraux »

D'L. RIBIERE (oncologue) / M. P. CHAGUE (directrice innovation groupe) / S. ECLANCHER (infirmière coordinatrice chimio o rale)

PLAN CANCER 2014-2019



CONTEXTE

PLAN CANCER 2014 - 2019**

- -Garantir laqualité et la sécurité des prises en charge (Objectif 2) : Améliorer la coordination Ville Höpit ai et les échanges d'informations entre professionnels
- enne processimme.

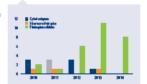
 A compagner les de elutions le chinologiques et théire peutiques (Objec 18'3):
 Définir les bonnes part jues d'utilisation des chimiothé aples celes pour acompagner les professionnels en ville et à floçid.

 Impliquer le patient en développant l'éducation thérapeutique en cancirologie.

VI BLUSSEMENT DE LA POPULATION : en 2050, 1 habitant /3 sera âgé ≥ 60 ans

AU GMENTATION DE L'INCIDENCE DU CANCER AVECL'ÂGE : 2020 : 60% des cancers concerner ont des patients de > 70 ans

OISSANCES DES THÉRAPIES ORALESPI: 2020: 50% destrattements



IDENTIFICATION DES BESOINS

AUFRÉS DES PATIENTS

- Ne passesentirseut
- Connaître sa priseen charge, son parcours desoin

- AUPRÈS DE PROFESSIONNELS DE VILLE (Médecintraltant, pla macien d'officine, in limière libérale)
- nformations et formations sur les théapeutiques orales et la gestion des effets secondales à comit le ; Documents de l'alson et c'information sur la priseen charge ;

- Personne ressource pouvant répondre à leur demands, en cas de nécessité.



→ COORDINATION VILLE / HÓPITAL



Sécuriser la prise en charge du patient en dehors de l'hôpital, pour améliorer son observance

Eduquer le patient et ses professionnels de Santé



COMMENT?



Un outil d'éducation : « ChimiOrale » pour le patient et ses professionnels de Ville, connecté en temps réel avec une plateforme de suivi et de coordination ville hôpital « VivaltoLife »



pour l'éducation des patients et la gestion des alertes avec une orientation adaptée du patient selon un arbre décisionnel défini et validé par les oncologues

- evaluer les commaissances Réévaluer les compétences Permettre une information Suivre au quotidien Partager de sinformationscentrées sur le patient Recueillir des données

Des bénéfices pour tous



亞

PATIENT

- Rendre la patient acteur de sa prise en charge (ETP, choix des intervenants...)
- Limiter les effets secondaires et les ré-hospitalisations
- Limiter au maximum la rupture avec la vie quotidienne et renforcer l'accompagnement de proximité
 Garantir une melleure qualité de vie
- Sécuriser la prise en charge et l'observance du traitement oral

→ OPTIMISER LE TEMPS



PROFESSIONNELS DE VILLE:

- MÉDECINSTRAITANTS, PHARMACIENS D'OFFICINE, INFIRMIÈRES LIBÉRALES
- Améliorer la circulation de l'information
- Améliorer la coordination de l'ensemble des acteurs de Ville avec l'hôpital
 Accéder à des outils de bonnes prafiques sur les thérapies orales

- Créer une filière de proximité avec des professionnels engagés
- Garantir une prise en charge de qualité
- Optimiser les propositions thérapeutiques
- Limiter les interventions en urgence au profit de la prévention et l'éducation du patient

DÉPLOIEMENT Bilan à 18 mois : 112 patients sulvis depuis le 1/06/2016 Moyenne dåge 72 ans PERSONAL PROPERTY AND PERSONAL PROPERTY AND

PAROLES D'USAGERS

« In resourair pasque (in ne pouvais pas mangerde para piemousse » - Patienti de 80 ans. « En chimib, depuis Zans, j'ai apprà des choses sur les effets secondaites et leur geston » - Patiente de 62 ans. « I'al pu trauler les Informations nécessales pour éponde aux questions du parliert ». Me de dintrait ant « Jen Tragit de pas toutes as éta pes à fréptat consultation diagnostic, RCP, thérapeutique et consultation hitem bre » Pharmadon de ville



Ce retour d'expérience est utilisé comme référentiel ANAP dans les parcours numérisés en chimiothérapie orale.

Le Groupe en chiffres















Quand le patient marche vers le bloc opératoire

ALLEMAND Audrey, CHALUS Claudia, HEULOT Virginie, LAGOU Gabrielle, MANUEL Carole, Infirmières GONAN-CORNETTE Laetitia, Infirmière de coordination

Introduction:

Par le biais de ce poster nous mettons en avant une organisation encore peu répandue mais qui tend à se géneraliser dans le domaine hospitalier.

Ayant été choisi comme service pilote pour le projet « patient debout au bloc opératoire » il nous semble intéressant de partager notre expérience.

Constat de départ

- Le départ au bloc opératoire est source d'anxiété pour les patients. Le phénomène est amplifié lorsqu'ils partent en lit/brancard puisqu'il existe alors un sentiment d'infériorité et de vulnérabilité du fait de l'asymétrie entre brancardier et patient
- oncologie particulièrement, l'image corporelle des patients peut être très altérée (maladie, traitements). Devoir enlever les turbans. maquillage prothèses capillaires, revient à se déposséder d'une partie de son identité. Il y a alors une mise à nue et une exposition importante au regard d'autrui.



Octobre 2014

Naissance du projet « patient debout »

- Uniformisation des pratiques au sein des CLCC
- Redonner de la dignité et de la considération
- Tenue adaptée à la déambulation (tunique, pantalon, peignoir, chaussons)
- · Conservation des orthèses par le patient ; ces dernières sont alors tracées sur une fiche de liaison informatisée entre le service et le bloc
- · Acheminement, par le biais d'un sac identifié remis au brancardier, des dossiers papiers (médical. anesthésie et examens d'imagerie) du patient jusqu'au bloc opératoire que les étuis des différentes orthèses conservées

Création d'une salle d'attente spécifique au bloc opératoire avec la diffusion d'une filmographie retraçant le parcours du patient debout, et musicothérapie favorisant relaxation, détente et l'échange entre les

Quels patients sont concernés ?

- Au départ du service de sénologie de court sélour et de celui de l'ambulatoire, tous les patients, adultes, valides, libre de toute perfusion et ne bénéficiant ni d'oxygénothérapie ni de prémédication anxiolytique, peuvent des lors partir à pied au bloc opératoire avec un brancardier.
- Aucun départ debout n'est possible sans le consentement du patient
- Un brancardier peut désormais accompagner plusieurs patients partants à pied.

Inclusion des services de toutes chirurgies adultes confondues hormis 'endoscopie pour une question de gestion du temps et de logistique

Tout patient est considéré « debout » par défaut. L'évaluation de l'autonomie du patient revient aux infirmières du service qui tiennent informés les services de brancardage (pour le 1° patient du programme uniquement, la demande de transport relevant ensuite des salles opératoires) et de bloc opératoire

Enquête de satisfaction des patients (de mars à mai 2015) et du personnel (du 08/07/15 au 24/08/15) à l'initiative du bloc opératoire.

Anxièté movenne selon le type de départ : 2/10 à pied vs 6/10 en lit Satisfaction globale importante pour le « patient debout »

Comment préférez-vous venir au bloc Satisfaction globale des patients "debouts"

2015

2016

Eté

2017

2014

Notre service s'organise

- Préparation du patient dans une chambre de transfert (la majorité entre le jour de leur geste) ou leur chambre definitive
- Identification des sacs, étuis à orthèses et des lits afin de faciliter leur circulation entre le service et la salle de réveil.
- naturels - Les aidants peuvent accompagner le patient jusqu'à l'entrée du



Rénovation de la salle d'attente dédiée



Mise en place d'un nouveau système de localisation de la chambre de départ du patient : gain de temps général

Validation des nouvelles tenues après phase d'essai assortie d'une enquête de satisfaction

Conclusion

- Effet anxiolytique du type de transfert au bloc induit une baisse des prémédications.
- Considération du patient comme acteur de son parcours de soin
- Optimisation des transferts vers le bloc opératoire.
- -Bouleversement des pratiques professionnelles en lien avec l'inconscient collectif qui implique qu'un patient allant au bloc y va nécessairement couché dans un lit.

Perspectives

- Généralisation de l'outil informatique afin d'optimiser la communication entre le service et le bloc opératoire et ainsi gagner du temps.
- Mise en place de ce mode de transfert en service de
- Changement des tenues pour un kit jetable comportant peignoir, pantalon, chaussons à partir de janvier 2018

Bénéfices pour les soignants :

- Humanisation du soin
- -Renforcement de la relation soignantsoigné du fait de la diminution de l'anxiété
- Moins de manutention
- Valorisation du métier de brancardier
- -Simplification des transferts vers le bloc opératoire
- Fluidité





Rôle et place de l'infirmière de coordination dans le suivi par télé-médecine

« e-DomSanté »

L'amélioration du parcours de soins des patientes atteintes de cancer du sein.



SUIVI

Le projet e-DomSanté permet le suivi à distance de patientes par l'équipe grâce à des objets connectés

- > une tablette avec un questionnaire hebdomadaire (10 items remplis par la patiente et un questionnaire de qualité de vie et de satisfaction)
- > une montre connectée renseignant l'activité, l'alitement et les éventuelles chutes de la patiente
- > un portail dédié à l'Institut Bergonié permet de récupérer toutes ces données



REACTIVITE



En cas de problème, 3 niveaux d'intervention sont menés en même temps :

- aide à distance par téléconsultations ;
- échanges grâce à une plateforme de communication sécurisée (PAACO) avec les équipes soignantes locales : Cellule Territoriale d'Appui (CTA), infirmière, pharmaciens, etc.
- Implication importante des médecins traitants dans ce projet ;
- enfin, réservation d'une place à Bergonié afin d'anticiper un besoin en hosptitalisation

CTA à Mont de Marsan avec utilisation d'une plateforme de communication PAACO





Bureau de télémedecine à l'Institut Bergonié

CONCLUSION

Qualité de vie améliorée grâce au maintien à domicile

Lien permanent et rassurant avec l'équipe de cancérologie de l'Institut Bergonié

Des consultations évitées

Hospitalisation d'emblée dans le service adapté en cas de besoin sans passage par les urgences Perspectives futures avec 2 axes :

- la recherche avec étude randomisée; e Domsanté 2
- le déploiement et la pérennisation en Région NA



Contact

Dr Nathalie Quénel-Tueux, Institut Bergonié : n.quenel-tueux@bordeaux-unicancer.fr Valentine Allam Infirmière, Institut Bergonié : v.allam@bordeaux.unicancer.fr

















