

—

Création d'un autoquestionnaire avec gestion d'alertes dans le cadre d'un programme de parcours après cancer du sein

UN PARCOURS DE L'APRES CANCER

Organisé

Coordonné

Personnalisé



Dispositif global permettant un suivi personnalisé, organisé et coordonné, comprenant :

- Une inscription du patient traité par radiothérapie adjuvante (RT) pour un cancer du sein dans le **parcours après cancer** avec explications du **programme**
- **L'implication systématique du patient dans son suivi avec auto évaluation** de son état de santé et de ses besoins par remplissage d'un auto questionnaire, via une plateforme numérique, avec système d'alertes
- **Une prise en compte et gestion des alertes par une équipe dédiée** permettant une prise en charge et un accompagnement précoce et adapté.
- **Des temps d'échanges proposés** avec les soignants de façon mensuelle.
- **Une consultation d'entrée initiale dans l'après cancer EIAC pluri professionnelle médico-soignante** permettant une prise en compte des besoins des patients et offre de soins adaptée, et un Plan Personnalisé de l'Après Cancer PPAC.
- **Une coordination du suivi tout au long du parcours après cancer** avec suivi personnalisé, organisé avec nos partenariats hôpital-ville

Temps

M 0 = Fin de radiothérapie

J 90 à 105

Suite à alertes

Mensuel

M5 +/- 1 mois

Autoquestionnaire

Parcours après-cancer



EVALUATION DES BESOINS EN SOINS DE SUPPORT

IPP : _____ Date de remplissage du questionnaire : _____

1. DOULEUR

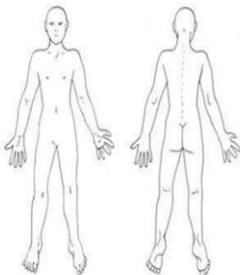
- Avez-vous des douleurs ? oui non

Si oui, pouvez-vous évaluer votre douleur entre 0 et 10
(0 pas du tout de douleur ; 10 douleur extrême) :



- Sont-elles ?
 - articulaires
 - musculaires
 - autres :

- Pouvez-vous préciser la/les localisation(s) douloureuses (entourer sur le schéma) :



- Ces douleurs sont-elles présentes depuis plus de 3 mois ? oui non
- Ces douleurs interfèrent-elles avec votre vie quotidienne ? oui non
- Ces douleurs perturbent-elles votre sommeil ? oui non

2. PSYCHOLOGIE

- Vous êtes parvenu(e) à la fin de vos traitements, dans cette période de votre vie pensez-vous avoir besoin de l'aide d'un psychologue ou d'un onco-psychiatre ? oui non

Si oui, pouvez-vous nous indiquer les éléments motivant cette demande :

- Troubles du sommeil
- Anxiété
- Tristesse
- Perte d'intérêt
- Mal être psychologique
- Déstabilisation des relations conjugales, familiales, sociales
- Autres :

3. TOLERANCE ET CONSEQUENCE DES TRAITEMENTS EN COURS OU REÇUS

- Ressentez-vous des effets indésirables persistants suite aux différents traitements que vous avez reçus ou que vous poursuivez ? oui non

Si oui,

- o Lesquels ? :
- o Est-ce que cela perturbe vos activités quotidiennes ? oui non

4. SOCIAL et PROFESSIONNEL

- Avez-vous une activité professionnelle ? oui non
- Etes-vous actuellement en arrêt maladie ? oui non
- Rencontrez-vous des difficultés par rapport au retour à l'emploi ou au maintien à l'emploi ? oui non

5. ACTIVITE PHYSIQUE

- Habituellement, restez-vous assis(e) ou allongé(e) sans dormir dans la journée plus de 8 heures par jour ? oui non
- Pratiquez-vous une activité physique régulière d'au moins 30 minutes par jour (marche, jardinage, ménage, sport, ...) ? oui non
- Quels sont les freins rencontrés ?
 - Motivation
 - Structure de prise en charge non adaptée
 - Fatigue
 - Douleur
 - Financier
 - Déplacement
 - Manque de temps

6. NUTRITION

- Quel est votre poids actuel ? : Kg
- Avez-vous pris du poids ? oui non
- Si oui**, combien de kilos : en combien de temps
- Est-ce que cette prise de poids gêne votre quotidien ? oui non
- Avez-vous perdu du poids ? oui non
- Si oui**, combien de kilos : en combien de temps
- Est-ce que cette perte de poids vous inquiète ? oui non

7. FATIGUE

- Ressentez-vous de la fatigue ? oui non
- Si oui**, cette fatigue gêne-t-elle votre vie quotidienne ? oui non

- Comment évalueriez-vous votre niveau de fatigue aujourd'hui, entre 0 et 10 ? (0 pas de fatigue ; 10 fatigue extrême) :

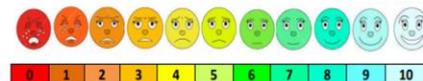


8. HABITUDES DE VIE

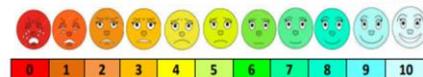
- Fumez-vous ? oui non
- Si oui**, souhaitez-vous rencontrer un tabacologue ? oui non

9. QUALITE DE VIE

- Comment évalueriez-vous votre état de santé aujourd'hui ? (0 très mauvais ; 10 excellent)



- Comment évalueriez-vous l'ensemble de votre qualité de vie aujourd'hui ? (0 très mauvaise ; 10 excellente)



En pratique, alertes reçues via mon oscar (ou papier)

Patient	Scénario	- J			Alertes récentes	COMMENTS
	Parcours après cancer	-	-			
	Parcours après cancer	-	-			
	Parcours après cancer	-	-			
	Parcours après cancer	-	-			
	Parcours après cancer	-	-			
	Parcours après cancer	-	-			
Déclenchement de l'alerte						
Alerte déclenchée le 20/05/2020 à 09:26						
Causes de l'alerte						
<ul style="list-style-type: none">■ Avez-vous des douleurs ? : Oui■ Est-ce que cela perturbe vos activités quotidiennes ? : Oui■ Si oui, cette fatigue gêne-t-elle votre vie quotidienne ? : Oui■ Rencontrez-vous des difficultés par rapport au retour à l'emploi ? : Oui■ Ces douleurs perturbent-elles votre sommeil ? : Oui■ Ces douleurs interfèrent-elles avec votre vie quotidienne ? : Oui■ Est-ce que cette prise de poids gêne votre quotidien ? : Oui■ Vous êtes parvenu(e) à la fin de vos traitements, dans cette période de votre vie pensez-vous avoir besoin de l'aide d'un psychologue ou d'un onco-psychiatre ? : Oui						
Gestion de l'alerte						
Alerte close le 22/05/2020 par <input type="text"/>						

Ex d'auto questionnaire intégré au dossier

Questionnaire après cancer

du 20/05/2020(J90)

Parcours Parcours après cancer - Questionnaire rempli le 20/05/2020 09:26

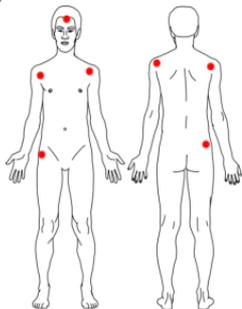
Avez-vous des douleurs ? **Oui**

Si oui, pouvez-vous évaluer votre douleur entre 1 et 10 ? **Intensité : 7**

Vos douleurs sont-elles ? **Articulaires, Autres**

Pouvez-vous préciser ? **maux de tête \nDouleurs surtout nocturnes aux épaules et hanches**

Pouvez-vous préciser la/les localisation(s) douloureuse(s) ?



Ces douleurs durent-elles depuis plus de 3 mois ? **Non**

Ces douleurs interfèrent-elles avec votre vie quotidienne ? **Oui**

Ces douleurs perturbent-elles votre sommeil ? **Oui**

Vous êtes parvenu(e) à la fin de vos traitements, dans cette période de votre vie pensez-vous avoir besoin de l'aide d'un psychologue ou d'un onco-psychiatre ? **Oui**

Si oui, pouvez-vous nous indiquer les éléments motivant cette demande : **Troubles du sommeil, Anxiété, Mal être psychologique, Déstabilisation des relations conjugales, familiales, sociales**

Ressez-vous des effets indésirables persistants suite aux différents traitements que vous avez reçus ou que vous poursuivez ? **Oui**

Si oui, lesquels ? **Fatigue générale et surtout douleurs articulaires \nmaux de tête intermittents et quotidiens \nprise de poids \nimpact non négligeable sur ma vie sexuelle \nperte de mes ongles (prof de guitare)**

Est-ce que cela perturbe vos activités quotidiennes ? **Oui**

Avez-vous une activité professionnelle ? **Oui**

Etes-vous actuellement en arrêt maladie ? **Oui**

Rencontrez-vous des difficultés par rapport au retour à l'emploi ? **Oui**

Habituellement, restez-vous assis(e) ou allongé(e) sans dormir dans la journée plus de 8 heures par jour ? **Non**

Pratiquez-vous une activité physique régulière d'au moins 30 minutes par jour (marche, jardinage, ménage, sport, ...) ? **Oui**

Quel est votre poids actuel ? **95,6 kg**

Avez-vous pris du poids ? **Oui**

Si oui, combien de kilos : **au moins 3kg**

En combien de temps : **en 4 mois**

Est-ce que cette prise de poids gêne votre quotidien ? **Oui**

Ressez-vous de la fatigue ? **Oui**

Si oui, cette fatigue gêne-t-elle votre vie quotidienne ? **Oui**

Comment évalueriez-vous votre niveau de fatigue aujourd'hui, entre 0 et 10 (0=Pas de fatigue; 10= Extrême fatigue) ? **5**

Fumez-vous ? **Non**

Comment évalueriez-vous votre état de santé aujourd'hui ? (1= très mauvais ; 10= excellent) **6**

Comment évalueriez-vous l'ensemble de votre qualité de vie aujourd'hui ? (1= très mauvaise ; 10= excellente) **5**

Ce document a été généré automatiquement par engage, le 20 mai 2020 à 09:26

➔ Demande consultation avec médecin du parcours

Résultats : types d'alerte

461 patients-es ont intégré le parcours de 11/2019 à 11/2020

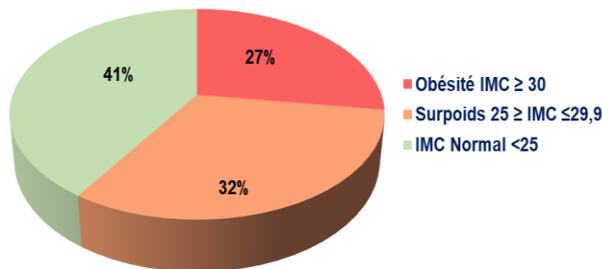
391 auto-questionnaires envoyés de 2/2020 à 11/2020

7.9% des patients-es n'ont pas répondu

Analyse des alertes sur 360 questionnaires reçus

Médiane de 4 alertes (1 à 9)

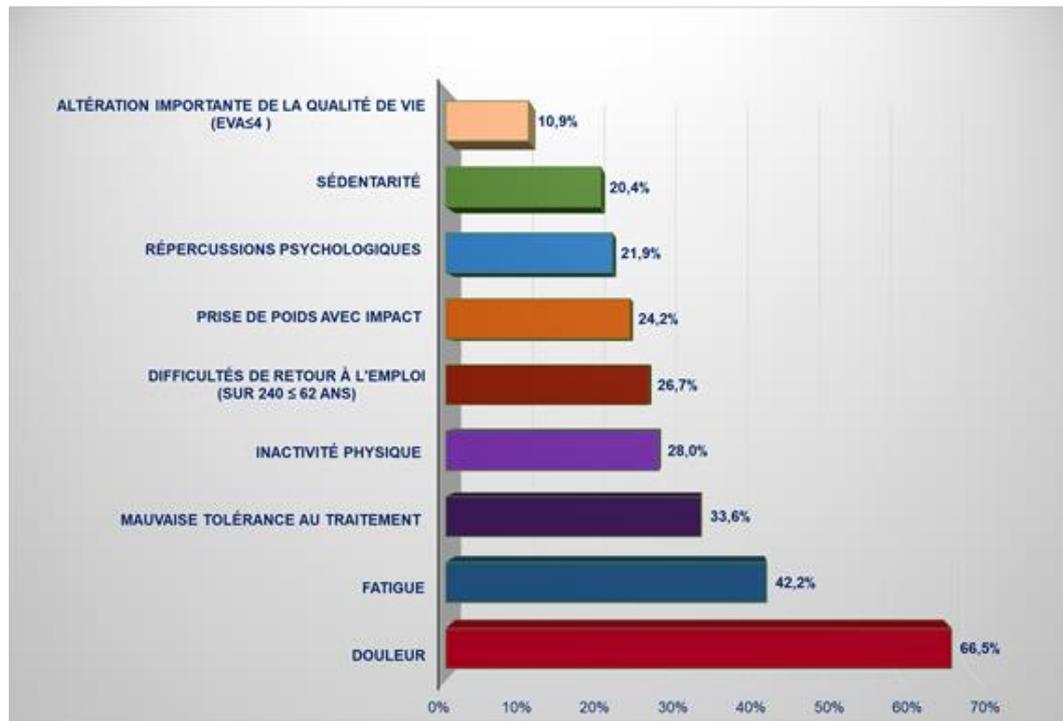
Focus sur l'IMC de ces 391 patients-es :



Parmi les 53 patients-es ayant déclaré une prise de poids sans gêne dans la vie quotidienne

-> 32 % en surpoids

-> 28 % en obésité



Résultats : Gestion des alertes

- Dans tous les cas, **un appel téléphonique par nos infirmières**
- Dans certains cas,
 - **des consultations avec les médecins/soignants du centre oncologues et généralistes du parcours, les algologues, les psycho-oncologues, et autres soignants :**
 - Ex de consultations générées :
 - 23 % (n = 63) avec un médecin du parcours
 - 14 % (n = 34) avec un oncopsychiatre
 - 9,5 % (n = 26) avec un psychologue
 - 6 % (n = 16) avec un algologue
 - Consultations et/ou Prise en charge par le professeur en APA
 - Consultations auprès de l'assistante sociale pour les problématiques d'emploi
 - **Des propositions d'études cliniques pour prise en charge en AP ou en nutrition**
 - **Des propositions de prise en charge à l'extérieur avec nos partenaires du parcours**

Ex: médecins généralistes, gynécologues, rhumatologues, psychologues, Espaces Ressources Cancer, Kinésithérapeutes, structures APA, réseau diabète obésité, association Lymph'Arm etc



En conclusion

Patient acteur de sa santé

- Nos résultats sont marqués par la fréquence des alertes issues de l'auto évaluation de nos patientes.
- Leur prise en compte précoce permet d'identifier les difficultés rencontrées et d'anticiper au mieux les prises en charge utiles.
- Ce programme « Après Cancer » répond ainsi à la stratégie décennale du plan d'action II.7

FICHE ACTION II.7

PRÉVENIR, DÉPISTER, TRAITER LES SÉQUELLES LIÉES À LA MALADIE OU AU TRAITEMENT

CONTEXTE :

Cinq ans après le diagnostic, près de deux tiers des personnes touchées par la maladie souffrent de séquelles dues au cancer ou aux traitements. Tous les organes et toutes les dimensions (physique, psychique, sociale, spirituelle) d'une personne peuvent être concernés.

Les séquelles, troubles et dysfonctionnements les plus cités concernent notamment les modifications de l'image du corps, les douleurs, la fatigue, les troubles moteurs ou de la vision, et les difficultés sexuelles. Trois fois sur quatre, ces séquelles ne font pas l'objet d'un suivi médical spécifique.

OBJECTIF :

Réduire au maximum les séquelles physiques, mentales, socio-économiques rapportées par les personnes, par la prévention de leur apparition, leur dépistage pour une intervention précoce, leur traitement curatif ou leur atténuation.

EFFET ATTENDU POUR LES PERSONNES :

Diminuer le fardeau des séquelles par leur objectivation et leur signalement en temps réel, permettant d'anticiper et d'adapter la réponse aux besoins grâce à un suivi des soins et des prestations plus pertinent.

ÉLÉMENTS CONSTITUTIFS DE L'ACTION :

- Expérimenter un dispositif pluridisciplinaire et intégré de dépistage et de traitement des séquelles (action II.7.1)
- Structurer et faire connaître l'offre existante de prise en charge des séquelles (action II.7.2)
- Développer des outils de dépistage et d'évaluation des séquelles, fondés sur un recueil des données auprès des patients (action II.7.3)
- Élaborer des recommandations organisationnelles et de bonne pratique sur les séquelles (prévention, dépistage, gestion) (action II.7.4)
- Former les professionnels de santé médicaux et paramédicaux, de ville et hospitaliers (action II.7.5)
- Améliorer l'information des patients aux temps forts du parcours et développer des programmes d'éducation thérapeutique (action II.7.6)