

Dispositif d'annonce, éducation thérapeutique, préhabilitation, réhabilitation en cancérologie des voies aérodigestives supérieures : un parcours de vie

Dr G Buiret
Service ORL
CH Valence



RENCONTRES ONCO AURA

Regards croisés en cancérologie

30 et 31 mars 2023 à Lyon et en distanciel



Plan

Présentation de l'infrastructure

Avant :

- Dénutrition : épidémiologie, causes, conséquences
- Préhabilitation
- Application au CHV

Pendant :

- Soins spécifiques

Après :

- Après-cancer
- Application au CHV

Modèle médico-économique

Et pour le suite ?

Cancérologie ORL chirurgicale au CH Valence

- Service ORL :
 - 6,5 ETP médecin
 - Service de 30 lits d'HC à partager avec neurochirurgie et urologie
 - Service de 30 lits d'UCA à partager avec toutes les spécialités chirurgicales
 - Service de consultation : 4 boxes de consultation, 1.8 ETP IDE, 2.8 ETP secrétaires, 16 000 consultations / an
- Plate-forme de cancérologie :
 - Structure transversale
 - 1 secrétaire
 - 1 IDE
 - Temps partiels IDE d'annonce (dont 0.1 pour l'ORL)
 - 1 diététicienne
 - Coordination des intervenants de soins de support
 - Financement : MIG qualité en cancérologie

Dénutrition en cancérologie des VADS

- Enquête transversale française : 49% des patients atteints d'un cancer des VADS étaient dénutris
Hebuterne et al. J Parenter Enter Nutr. 2014;38: 196-2014
- Causes multifactorielles mais insuffisance d'apports >> augmentation des dépenses
Buiret & Riffard. Cahiers de nutrition et de diététique, 2021;56:249-59
- Quand apparait la perte de poids ?
 - Avant tout traitement : 20% : pas de perte de poids, 30% : perte de 1-5% de poids, 24% : perte de 5-10 % de poids, 26% : perte >10% de poids
Verdonck-de Leeuw Nutr Cancer. 2013;65(1) 76-83
 - Pendant / après le traitement : Perte importante et durable
Couch Head Neck. 2015 Apr;37(4) 594-604

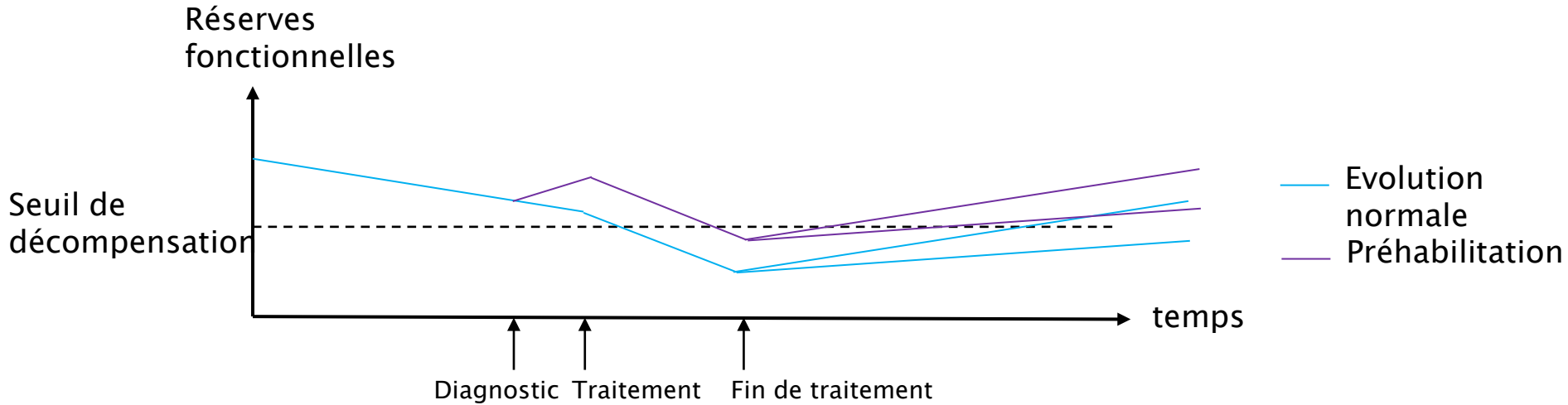
Conséquences de la dénutrition en cancérologie des VADS

- Qualité de vie moins bonne :
 - Globale
 - Physique (mobilité, activités)
 - Psychologique / émotionnelle (anxiété, dépression)
 - Sociale (dynamique patient-aidant, coût des soins)
- Augmentation des toxicités (mucites, radiodermite)
- Augmentation des complications chirurgicales
- Diminution de tolérance thérapeutique => + d'interruptions de traitement => moindre efficacité
- Facteur indépendant de survie



Préhabilitation

- Concept = améliorer les capacités fonctionnelles avant toute prise en charge



- Moyens : soins de support
 - Diététique
 - APA

Applications de ces considérations théoriques

- Dispositif d'annonce :
 - Réglementaire
 - Basé sur deux temps
 - Consultation médicale d'annonce + remise d'un PPS
 - Consultation paramédicale (TAS) qui reprend la reprise des informations de la consultation médicale + diagnostic des besoins de SOS
- Education thérapeutique :
 - Démarche volontaire
 - Formation spécifique des intervenants
 - Autorisation de l'ARS



Articulation ETP / dispositif d'annonce

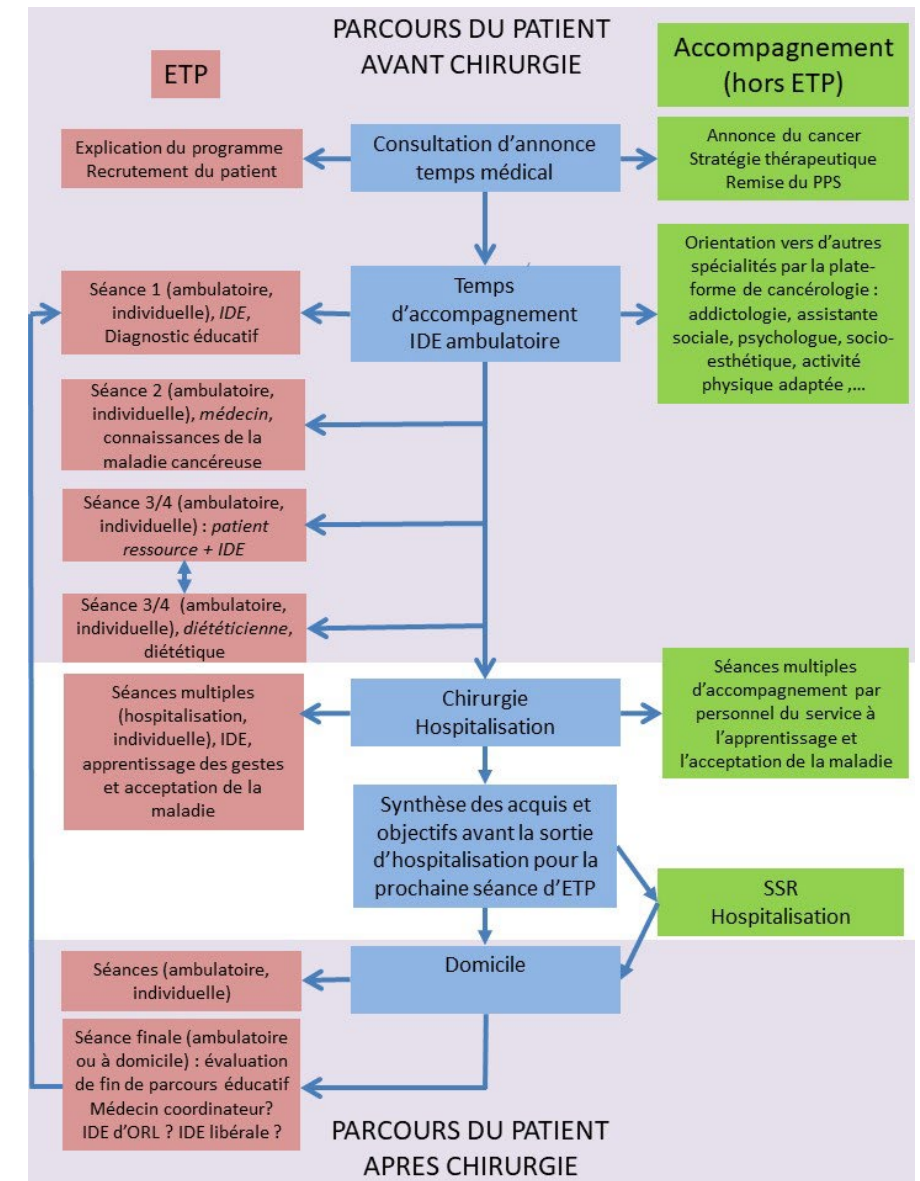
- Longue réflexion
- Processus commun à 95%
- Processus de formation aux 40h

3-4 sessions *individuelles* avant traitement dont TAS (explications APA), diététique, +/- patient ressource

1 session (évaluation formative, compétences de sécurité, *individuelle*) à pendant le traitement

Autant de sessions que nécessaire après traitement, *individuelles ou collectives* + évaluation, *individuelle*

Buiret et al. Bull Cancer 2019;106:468-78



Que fait-on en préopératoire au CHV ?

- Consultation médicale puis
- HdJ (1/2 journée) : **157 patients depuis 2018**
 - TAS par IDE : acceptation de la maladie, compréhension des traitements, démonstration (canules, sondes). Souvent avec l'aidant
 - Cs diététique : diagnostic (poids, variation de poids impédiments nutritionnels) + intensive en hospitalisation, conseils (en cours : protocole de renutrition) / diététicienne
 - APA : diagnostic (T6M, hand-grip, relation poids / activité physique et sédentarité déclarés), conseils et programme
 - Cs anesthésie
 - ± addictologie
 - ± douleur
- ± Hospitalisation en amont de la chirurgie pour renutrition

(Quasi) aucune intervention médicale ORL

Quelle efficacité de l'APA en préopératoire ?

- Mémoire de M2
- Enquête chez 32 patients (27 hommes et 5 femmes). Age moyen : $65,3 \pm 9,7$ ans [40,3;84,2].
- **Avant** intervention, niveau moyen d'AP : $898,8 \pm 754,2$ MET.min / semaine. 40.6% avaient un niveau d'AP faible et 46.8% modéré.
- **Après** interventions, niveau moyen d'AP : $1581,9 \pm 1164,6$ MET.min/ semaine ($p < 10^{-4}$). 15.6% avaient un niveau d'AP faible et 50% modéré.
- A la question « pensez-vous que les interventions de l'enseignant d'APA ont modifié votre niveau d'AP ? », 23 patients ont répondu « OUI » (71,9%) et 9 patients ont répondu « NON » (28,1%).

Conclusion sur la phase préthérapeutique

- Des calories c'est bien mais l'anabolisme et la masse maigre, c'est mieux
- Même discours par tous les intervenants
- Diététique et APA, même combat +++
- Manque d'études (en particulier françaises)
- Pour la diététique : prise en charge la plus précoce possible (place dans le TAS)
- Pour l'APA : le plus important est de rassurer les patient, expliquer pourquoi il faut faire de l'APA (traitement à part entière), construire le programme avec le patient pour augmenter progressivement l'intensité des exercices en maintenant la confiance du patient en lui-même.



Phase thérapeutique (chirurgicale)

- Identique partout en France dont les actions éducatives (canule, ...)
- En + : évaluation sommative des compétences de sécurité avant la sortie (ETP)



Résumé du parcours de soin en oncologie ORL pré et post ttt

	1	2	3	4	5	6
Actes réalisés	<p>1 Consultation médicale</p> <p>Examen ORL / prélèvement / informations Evocation du diagnostic possible de cancer</p>	<p>2 Bilan médical</p> <p>Panendoscopie (Anesthésie Générale) / Scanner</p>	<p>3 Concertation Pluridisciplinaire</p> <p>Discussions pour définir les meilleures options de traitement</p>	<p>4 Consultation d'annonce</p> <p>Explication de la pathologie et du traitement</p>	<p>5 TAS 1 Temps d'accompagnement soignant</p> <p>Passage d'informations orales entre chirurgien et IDE + remplissage/collecte des infos disponibles due le logiciel patient / PPS en amont Reprise des éléments du PPS+ explicitation des documents remis Détection Fragilité Sociale</p>	<p>6 Traitement + soins de support en milieu hospitalier J+5 semaines max</p> <p>- Chirurgie - Radiothérapie - Chimiothérapie + - Soins de support</p>
Intervenants	<p>ORL</p>	<p>Chirurgien Radiologue Anesthésiste</p>	<p>ORL Radiologue Radiothérapeute Oncologue ± Patient</p>	<p>ORL + aidant</p>	<p>Hospitalisation sur 0,5 j : IDE (1h) + Diététicienne + APA + addictologue +/- patient ressource (1h) +/- douleur + Anesthésiste Patient ressource : M. ALARCON</p>	<p>rdv pris par la secrétaire de la plateforme sur indication de l'IDE / ORL : Diététicienne ; addictologue, socio-esthétique, sophrologie, APA, réflexologie... Lieux : hôpital, association de patient</p>
Documents utilisés						
Documents remis		<p>compte-rendu de scanner + panendoscopie</p>	<p>Compte-rendu de RCP envoyé au médecin traitant</p>	<p>Programme Personnalisé de Soin (PPS) ou en TAS 1 + tous les documents pour les traitements</p>	<p>PPS Liste des structures proposant des soins de support + plate forme cancérologie + plaquette des associations</p>	<p>Document internes aux associations +/- envoi de mailing régulier / calendrier d'activité</p>

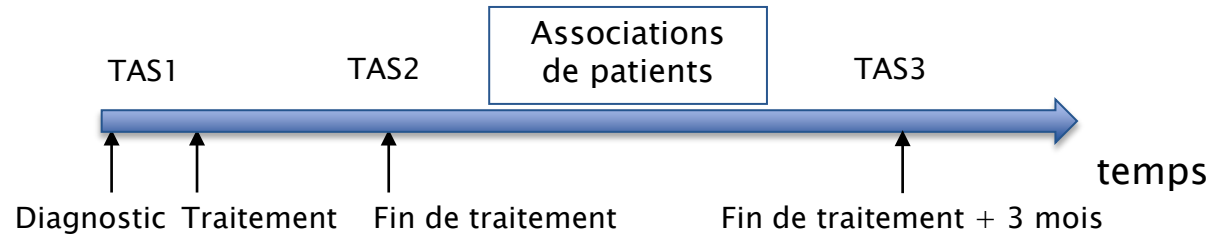
Après-cancer au CHV

- Partie nutrition déléguée :
 - Si support nutritionnel : prestataire (rarement HAD)
 - En l'absence de support nutritionnel : ORL +/- diététicienne
- Partie APA :
 - appels téléphoniques réguliers
 - Mais manque de moyens pour une vraie réhabilitation

Parcours de soin en oncologie ORL après-cancer : COORAC 1

Actes réalisés	7	8	9
	<p>TAS 2 Consultation paramédicale Après Cancer (CPAC)</p> <p>entre 1 et 3 mois après le début phase 6. 1^{er} rdv consult : 6 semaines après la fin. Optimum : entre 2 et 4 semaines après début phase 6</p> <p>Entretien sur le vécu de la maladie, la surveillance et la détection de besoins de soins de support (SOS)</p>	<p>Soins de supports + traitement au long court si besoin</p> <p>SOS au sein des associations (hors hôpital) + surveillance médicale</p>	<p>TAS 3 Consultation pour retour d'expérience</p> <p>TAS2+ 3/4 mois</p> <p>Prise de rdv par l'IDE Entretien pour évaluer le patient son vécu + satisfaction du programme</p>
Intervenants	IDE	Salariés et bénévoles des associations de patients + Staff soignant hôpital	IDE
Documents utilisés	Grille d'entretien et grille d'analyse des besoins	Documents de suivis utilisés spécifique à chaque structure	Grille d'entretien et grille d'analyse des besoins
Documents remis	Liste des structures à nouveau PPAC (Programme Personnalisé de l'Après-Cancer)		

Parcours de soins : interventions paramédicales



- Reprise du vécu du parcours
- Aide à la prise de conscience des besoins
- Diagnostic des besoins
- Adressage aux associations de patients au plus près du domicile

103 patients depuis 2021

Modèle économique global du parcours de soins

- MIG qualité en cancérologie : 0.1 ETP IDE
- ETP : 300€ par patient
 - si ≥ 3 séances, dont 2 en ambulatoire
 - Évaluation finale + courrier au médecin traitant
 - En pratique : nombre moyen de séances : 6
- HdJ parcours coordonné :
 - Au moins 4 intervenants, courrier de synthèse médical
 - Pré et post-cancer
 - 630€ par séjour + bon de transport

Et pour la suite ?

- COORAC 2
 - Déclinaison multicentrique : CHV, HCL, CHUGA, HDN CHU Caen
 - Etude clinique
 - Mais besoins financiers ++ (appels à projets)
- Création d'une HdJ ORL
 - Basée à la consultation
 - Besoins supplémentaires : travaux, personnel mais rentable ++ car ouverte à d'autres indications (chirurgie sous AL de patients sous anti-coagulants/agrégants, diagnostics ORL difficiles)
 - Libération de lits en UCA
 - Santé connectée

Merci de votre attention
gbuiret@ch-valence.fr



RENCONTRES ONCO AURA

Regards croisés en cancérologie

30 et 31 mars 2023 à Lyon et en distanciel