





# **PRÉSENTATION IRFC**

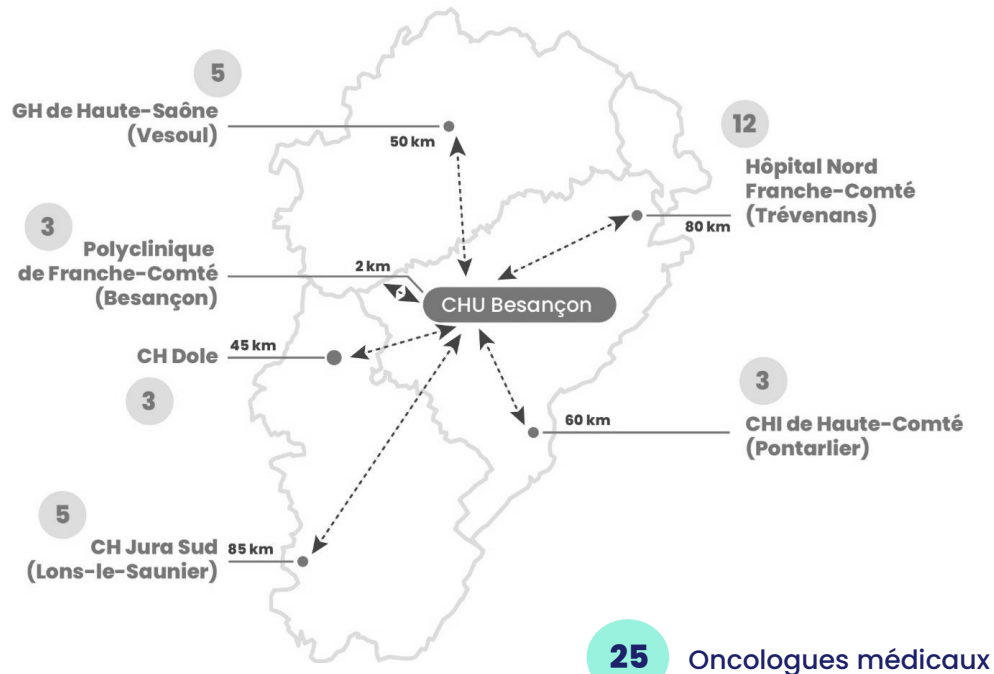
# Une organisation unique



Groupement de coopération sanitaire (GCS) unique en France regroupant 8 établissements (publics et privés) autorisés en cancérologie.

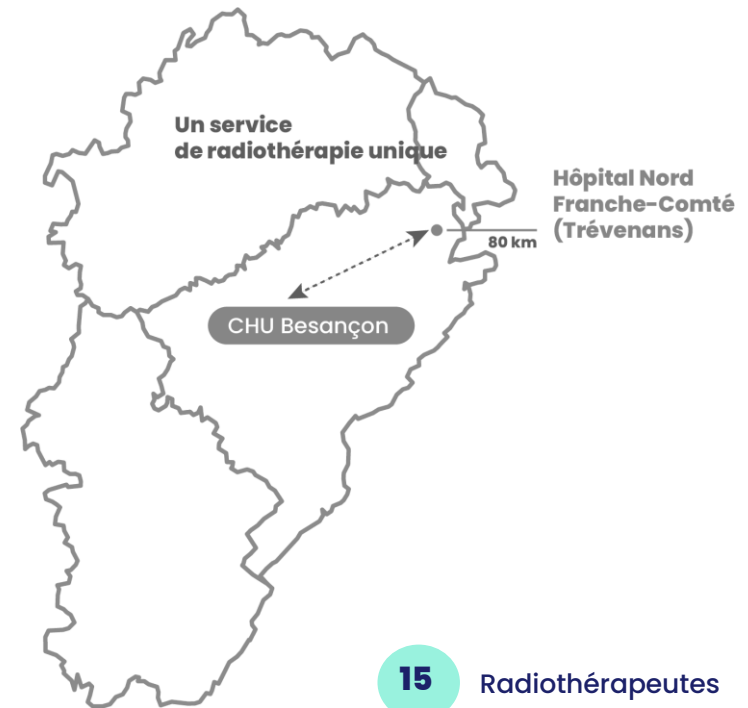
2008

« Même qualité de soins partout pour tous »



Oncologie médicale

25 Oncologues médicaux



Radiothérapie

15 Radiothérapeutes

# L'ÉQUIPE DE COORDINATION



**Emmanuelle  
PIDOUX SIMONIN**

Administratrice

Une équipe pluridisciplinaire en soutien aux professionnels de santé des établissements pour développer les projets

groupes de travail, structuration et coordination des parcours de soins, soins de support, après-cancer



**Carène QUERRY**

Coordonnatrice administrative et financière



**Audrey PUGET**

Attachée de direction



**Jeanne LONGET**

Responsable de la coordination sociale & après-cancer



**Dr Quentin JACQUINOT**

Responsable de la recherche en soins de support & développement de l'APA



**Céline NICOLAS**

Coordonnatrice des parcours de soins



**Lucie LACHAUD**

Chargée de communication

# L'IRFC en pratique !

Illustration avec un parcours patient

Prévention  
cancers

**DÉPISTAGE  
DESCANCERS**  
Centre de coordination  
**Bourgogne-Franche-Comté**



**FeMaS Co**  
Bourgogne Franche-Comté  
Fédération des Maisons de Santé  
et de l'Exercice Coordonné



### Activité Physique & Cancer Les bénéfices sont nombreux !

- FORCE ENDURANCE**
- SANTÉ CARDIO-RESPIRATOIRE**
  - Douleurs articulaires et musculaires
- ANTI-DOULEUR**
- TOLÉRANCE TRAITEMENTS**
  - Observance et compliance
- REGULATION DU POIDS**
  - Masse musculaire
  - Masse grasse
- LIENS SOCIAUX**
  - Lutte contre l'isolement
  - Qualité de vie
- BIEN-ÊTRE**
  - Estime de soi et image corporelle
  - Stress, anxiété, dépression & Fatigue
- SYSTÈME IMMUNITAIRE**
  - Modification du métabolisme et de l'immunité
  - Inflammation

**CONSEILS POUR BOUGER PLUS**

- 1 Limiter les activités sédentaires
- 2 Pratiquer une activité physique qui vous plaît
- 3 Fractionner vos activités par période de 10 à 15 min
- 4 Pour se motiver, pratiquer en groupe (avec vos amis, famille, ...)

**RECOMMANDATIONS**

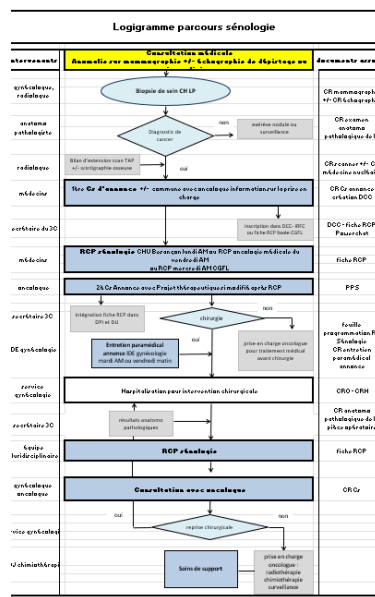
- ENDURANCE**  
30 min 5 jours par semaine
- RENFORCEMENT**  
2 jours par semaine

**Bouger pour mieux se soigner**  
Institut régional fédératif du cancer de Franche-Comté  
www.irfc.fr

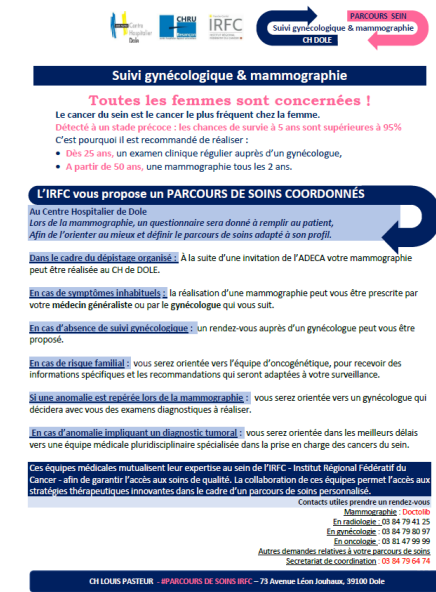
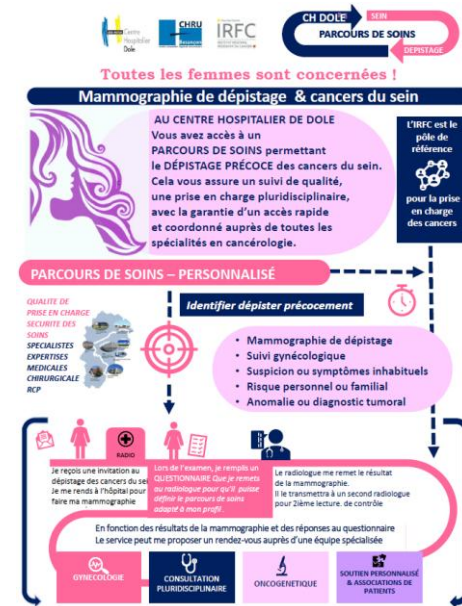
# L'IRFC en pratique !

Illustration avec un parcours patient

## Dépistage cancers



## Ex : Parcours cancer du sein Dole



# L'IRFC en pratique !

Illustration avec un parcours patient

## Suspicion Pré-diagnostic



**N° Unique *Oncotel***  
**03 81 47 99 99**  
**Accueil téléphonique  
régional de cancérologie**  
8h00 à 18h00

[www.irfc.fr](http://www.irfc.fr)

**Vous souhaitez  
contacter directement  
les équipes médicales  
et de soins du service  
d'oncologie médicale où  
vous êtes pris en charge**

- CHU de Besançon,
- HNFC (Belfort-Montbéliard),
- Polyclinique de Franche-Comté (Besançon),
- CHI de Haute-Comté (Pontarlier),
- GH de Haute-Saône (Vesoul),
- CH Louis Pasteur (Dole),
- CHT Jura Sud (Lons-le-Saunier).

En cas  
**d'urgence vitale**  
appelez directement le 15



Une secrétaire nouveau cas  
dédiée par spécialité



# L'IRFC en pratique !

Illustration avec un parcours patient

## Diagnostic

POUR TOUTES QUESTIONS RELATIVES AU DCC, IL EXISTE DESORMAIS

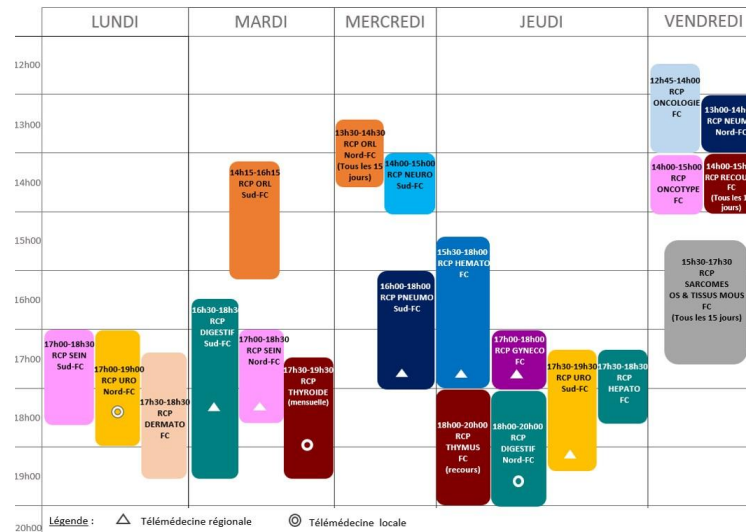
**DCC**  
DOSSIER COMMUNICANT  
EN CANCÉROLOGIE

NUMÉRO UNIQUE  
**07.45.25.37.79**



CONTACT DCC

**oncoBFC** DISPOSITIF SPÉCIFIQUE  
RÉGIONAL DU CANCER  
BOURGOGNE-FRANCHE-COMTÉ



18 RCP/semaine sur 2 territoires



21511 dossiers présentés en 2023



# L'IRFC en pratique !

## Illustration avec un parcours patient

### Début des traitements

Ce dossier peut aussi être utile à votre médecin généraliste, votre pharmacien, votre infirmier(e) libéral(e)... Pensez à le prendre avec vous !

- Mes contacts
- Mes conseils
- Mes examens
- Mes rendez-vous

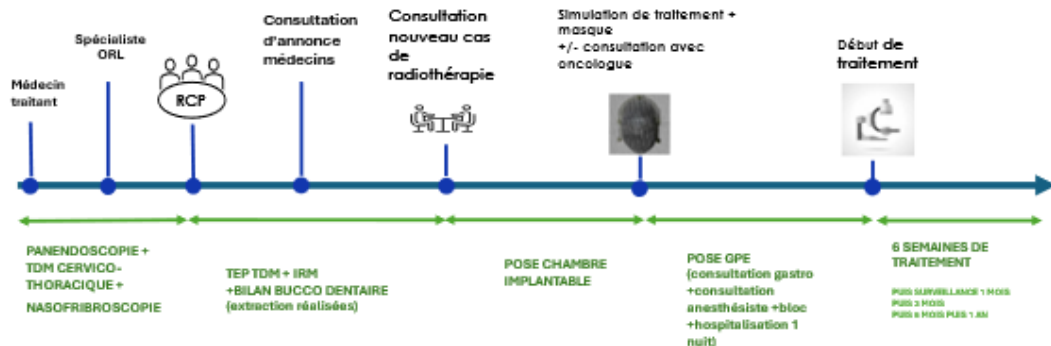


INSTITUT RÉGIONAL FÉDÉRATIF DU CANCER  
83000 FRANCHECOMTE

Encadrement de coordination sanitaire de santé orale à l'ORL de Besançon, Franche-Comté (Belfort-Montbéliard), le COC de Haute-Saône (Pontarlier), le COC de Haute-Saône (Vesoul), le COC de Haute-Saône (Dole), le COC de Haute-Saône (Lons-le-Saunier), la Polyclinique de Franche-Comté, le Centre de Soins de Franche-Comté.

**Mon dossier Personnel**

### CHEMIN CLINIQUE D'UN PATIENT ATTEINT DE CANCER VADS RTCT




INSTITUT RÉGIONAL FÉDÉRATIF DU CANCER  
www.irfc.fr

**N° Unique Oncotel**  
**03 81 47 99 99**  
**Accueil téléphonique régional de cancérologie**  
8h00 à 18h00

**Vous souhaitez contacter directement les équipes médicales et de soins du service d'oncologie médicale où vous êtes pris en charge**

- CHU de Besançon,
- HNFC (Belfort-Montbéliard),
- Polyclinique de Franche-Comté (Besançon),
- CHI de Haute-Comté (Pontarlier),
- GH de Haute-Saône (Vesoul),
- CH Louis Pasteur (Dole),
- CHT Jura Sud (Lons-le-Saunier).

**En cas d'urgence vitale appelez directement le 15**

2 721 dossiers remis en 2023

Orientation spécifique si besoin

44 372 appels en 2023

# L'IRFC en pratique !

Illustration avec un parcours patient

Phase active des traitements



10 862 patients traités

6 437 par voie IV

4 425 par voie orale



HDJ SOS



185h/semaine  
d'APA gratuites

# L'IRFC en pratique !

Illustration avec un parcours patient

## Début de l'après cancer

### Plusieurs dispositifs

Reprise du travail après un cancer  
**ONCONNECTE  
À L'EMPLOI**  
PROGRAMME PLURIDISCIPLINAIRE  
EN VISIOCONFERENCE



**ars**  
Agence Régionale de Santé  
Bourgogne-  
Franche-Comté



- Psychologues
- ...

**CLINIQUE BRUGNON AGACHE, BEAUJEU (70)**  
14 Rue des Écoles,  
70100 Beaujeu-Saint-Vallier-Pierrefeu-et-Quitteur  
03 84 67 77 00

**CRCP « HAUTS DU CHAZAL », FRANCOIS (25)**  
9 Chemin des 4 journaux,  
25770 François  
03 81 41 80 68

**CLINIQUE ST VINCENT, BESANÇON (25)**  
40 Chemin des Tilleroyes,  
25000 Besançon  
03 81 48 62 87

**CRCP « UNITÉ D'HÉRICOURT », HÉRICOURT (70)**  
14 rue du Docteur Gaulier,  
70400 Héricourt  
03 84 46 56 60

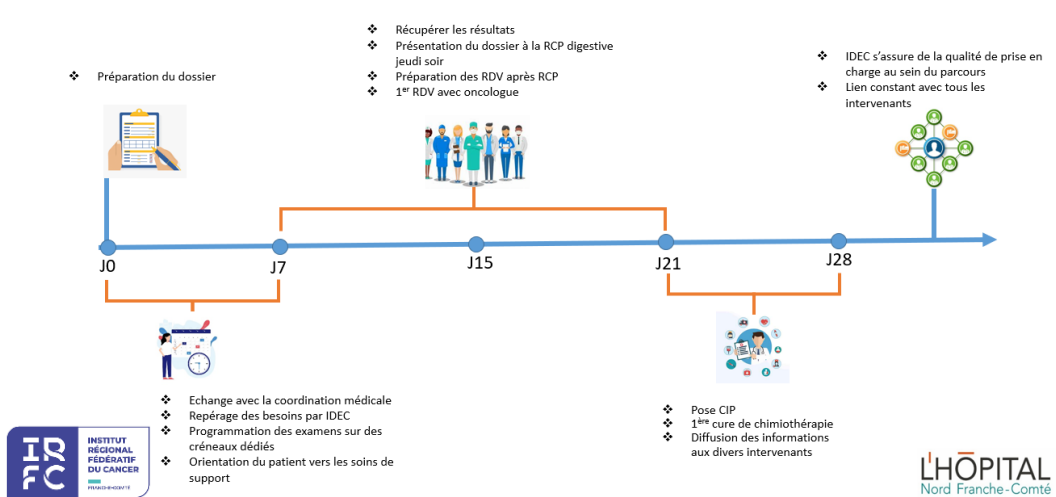
**CLINIQUE ST PIERRE, PONTARLIER (25)**  
6 Rue Emile Thomas,  
25300 Pontarlier  
03 81 38 83 00

**ÉLSAN**

**LÉGENDE :**  
📍 PROGRAMME POST TRAITEMENT CANCER DU SEIN  
📍 PROGRAMME POST TRAITEMENT ONCO-HÉMATO

# L'IRFC en pratique !

C'est aussi des parcours spécifiques, des outils et des projets portés par les professionnels



Parcours Pancréas, etc...



Programme ETP Franc-Comtois



IRFC Connect®

UNIVERSITÉ DE  
FRANCHE-COMTÉ

Formations & Recherche

2 Diplômes Universitaires  
150 études ouvertes aux inclusions  
484 patients inclus dans les essais cliniques



**PRÉSENTATION D UN PARCOURS  
COMPLEXE : PATIENTS ATTEINTS  
CANCER VADS  
TRAITEMENT RTH/RTCT**

## Epidémiologie et facteurs de risques Des cancers des VADS

LES CHIFFRES DES CANCERS DES VADS EN FRANCE				
	Nombre de nouveaux cas projetés en 2017	Rang	Nombre de décès projetés en 2017	Rang
Hommes	10 932 (en ↓)	4 <sup>e</sup>	2 756	8 <sup>e</sup>
Femmes	4 332 (en ↑)	10 <sup>e</sup>	867	12 <sup>e</sup>

SURVIE NETTE À 5 ANS		
	Cancers de la tête et du cou	Cancers du larynx
Hommes	34 %	56 %
Femmes	49 %	59 %

- 15 000 nouveaux cas par an en France
- Patients fragiles, exposition alcoolo-tabagique, isolé socialement
- Cancers symptomatiques : dénutrition, douleur, dysphonie...

Source e.cancer, google images

TOPOGRAPHIE	RÉPARTITION	TYPE HISTOLOGIQUE	PRINCIPAUX FACTEURS DE RISQUE
Cavité buccale	20-25 %	Carcinome épidermoïde	Alcool et tabac (effet synergique)
Oropharynx	10-15 %		Alcool et tabac (effet synergique) HPV oncogènes <sup>1</sup>
Hypopharynx	25-30 %		Alcool et tabac (effet synergique)
Larynx	30-35 %		Tabac (prédominant), alcool
Sinus Ethmoïde Fosses nasales	< 1 %	Adénocarcinome	Exposition professionnelle : poussières de bois, nickel, aldéhyde formique, acide chromique (2) (3) (4) (5)
Nasopharynx (ou rhinopharynx ou cavum)	< 1 %	Carcinome nasopharyngé (ex Undifferentiated Carcinoma of Nasopharyngeal Type, UCNT)	Virus d'Epstein Barr (EBV) Origine géographique <sup>2</sup> (Bassin méditerranéen, Asie du Sud-Est)



## Epidémiologie et facteurs de risques Des cancers des VADS

LES CHIFFRES DES CANCERS DES VADS EN FRANCE				
	Nombre de nouveaux cas projetés en 2017	Rang	Nombre de décès projetés en 2017	Rang
Hommes	10 932 (en ↓)	4 <sup>e</sup>	2 756	8 <sup>e</sup>
Femmes	4 332 (en ↑)	10 <sup>e</sup>	867	12 <sup>e</sup>

TOPOGRAPHIE	RÉPARTITION	TYPE HISTOLOGIQUE	PRINCIPAUX FACTEURS DE RISQUE
Cavité buccale	20-25 %	Carcinome épidermoïde	Alcool et tabac (effet synergique)
Oropharynx	10-15 %		Alcool et tabac (effet synergique) HPV oncogènes <sup>1</sup>
Hypopharynx	25-30 %		Alcool et tabac (effet synergique)
Larynx	30-35 %		Tabac (prédominant), alcool

La prise en charge initiale diagnostique et thérapeutique doit être rapide.

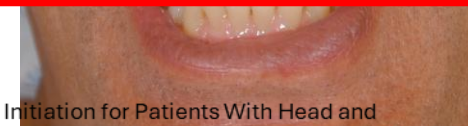
Le délai de mise en route des traitements est corrélé à la survie des patients (au-delà de 45 jours = une diminution significative de la survie\*)

Pris en charge à un stade précoce, le taux de survie est de 80 à 90%.

Source e.cancer, google images

Source = \* Murphy CT, Galloway TJ, Handorf EA, Egleston BL, Wang LS, Mehra R, et al. Survival Impact of Increasing Time to Treatment Initiation for Patients With Head and

Neck Cancer in the United States. J Clin Oncol. 2016;34(2):169-78





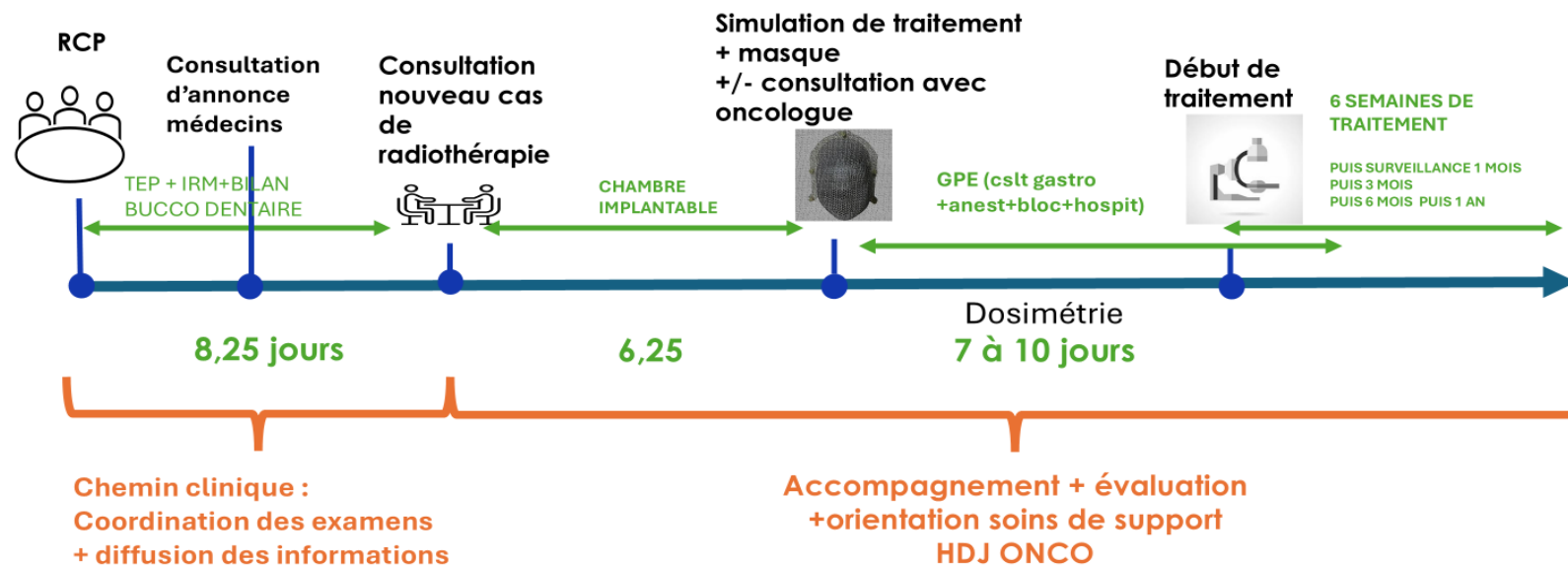
## ONCOLOGIE MEDICALE (25)



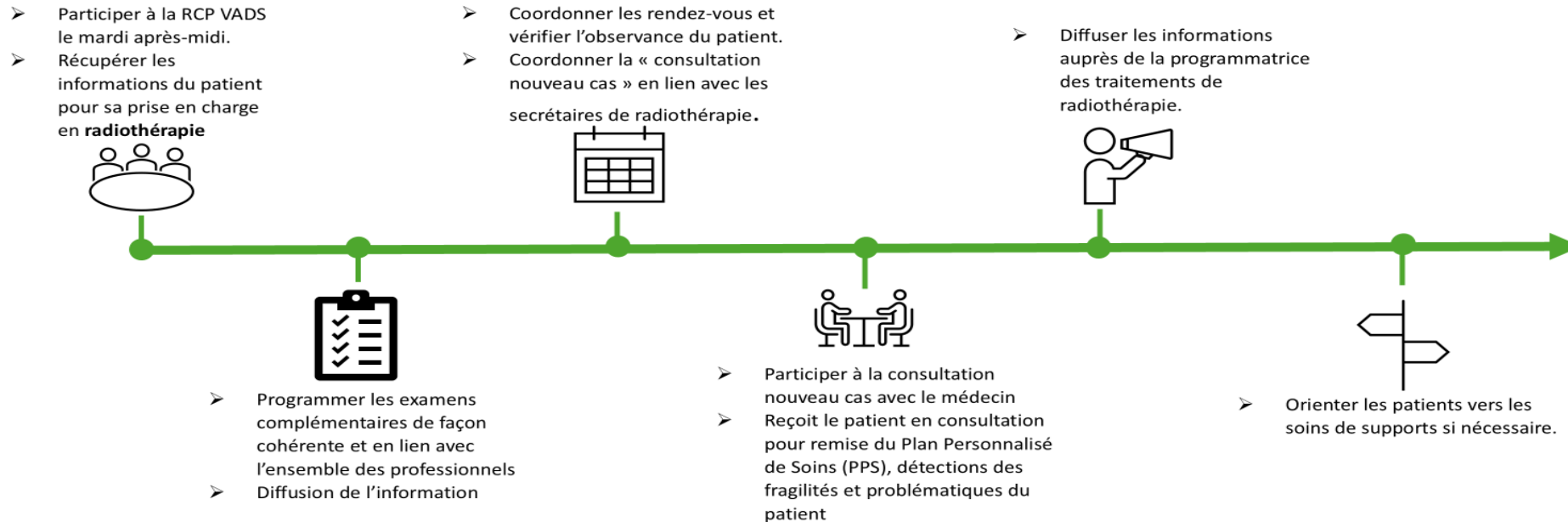
## RADIOTHERAPIE (9)



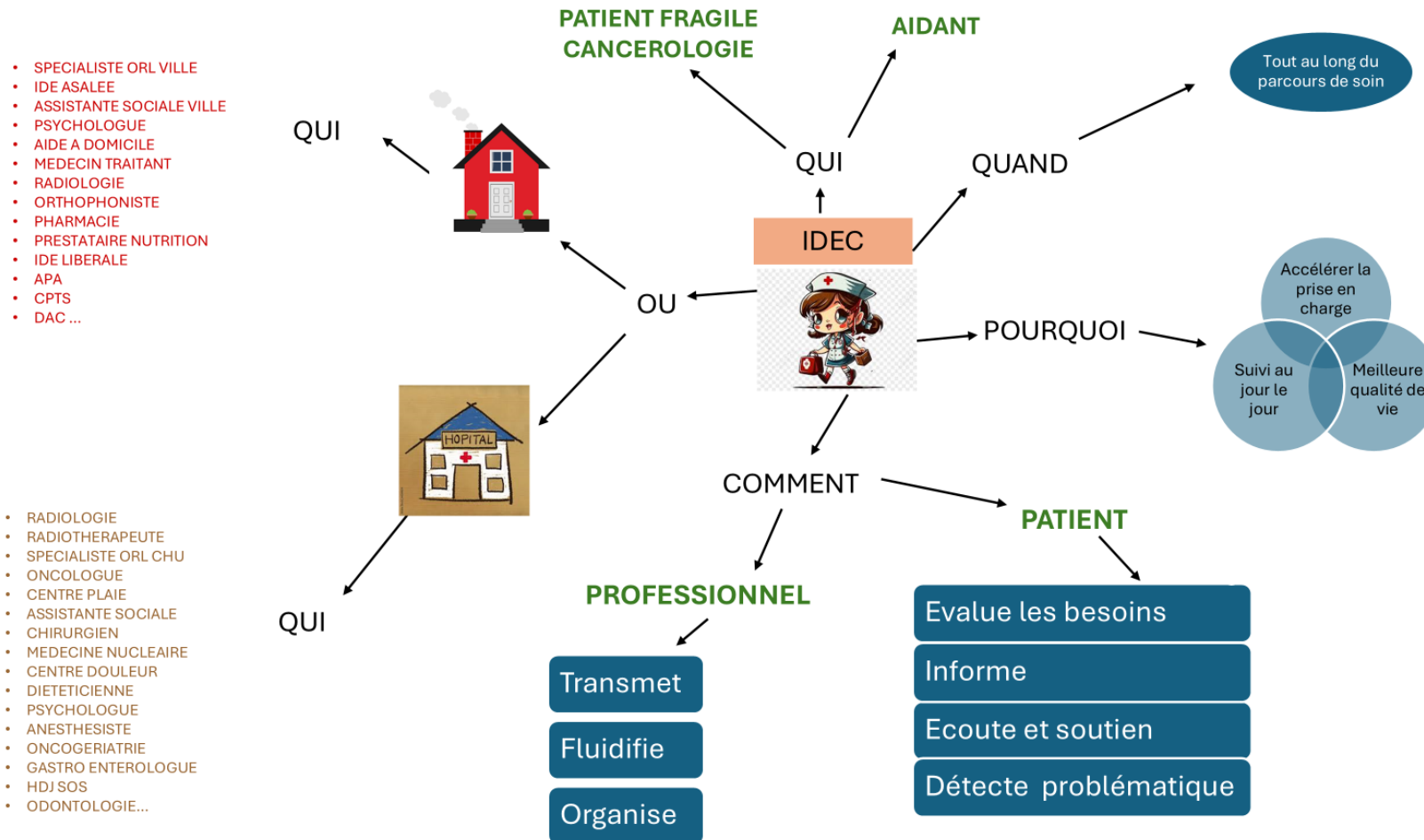
# ORGANISATION PRISE EN CHARGE DES PATIENTS ATTEINTS DE CANCER VADS



## Coordinatrice de parcours : son rôle pendant le parcours



# CELLULE DE COORDINATION / MISSION



# Le parcours VADS en radiothérapie en 2022

## État des lieux

- Difficulté d'obtention rdv ( bilan bucco-dentaire, tep scanner, pose GPE, pose de CIP )
- Manque de coordination entre les différents services pour la prise de rdv (rdv même jour même heure).
- Peu d'évaluation du patient en vue d'une meilleure prise en charge à domicile – Soins de support
- Les patients ne se rendent pas aux rdvs
- Difficulté pour récupérer les examens réalisés en externe
- Patients perdus dans la multitude des rdvs
- Peu de lien avec les intervenants de ville
- Effets secondaires RTH +++
- Peu d'évaluation fragilité des patients dans leur vie quotidienne



Besoin essentiel de coordonner le parcours de soins des patients atteints de cancers des vads

## Axe d'amélioration

Examens essentiels afin d'éviter les effets secondaires de la radiothérapie : Difficulté d'obtention rdv

Bilan bucco-dentaire : il doit être fait avant la consultation avec le radiothérapeute car risque de ostéonécrose

Tep scanner : afin de cibler au plus juste la tumeur sans endommager les tissus sains

Pose GPE : évite la dénutrition causée par le gonflement et la douleur de brûlure des rayons

Pose de CIP : afin de passer les traitements nocifs pour les veines



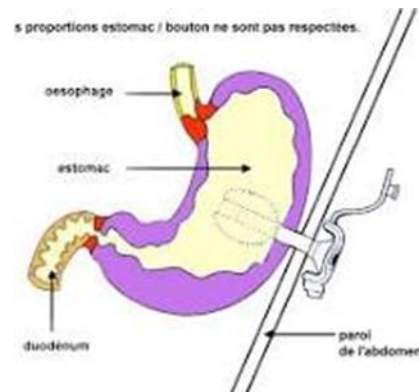
Mise en place de créneaux pour des rdv aux examens avec protocoles écrits pour la pérennisation (bilan buccodentaire, tep scan, pose GPE, CIP...)



## Axe d'amélioration

Une pose GPE RAPIDE évite la dénutrition elle doit être posée 15 jours max après le début des traitements, début d'apparition des effets secondaires

Prise en charge de la dénutrition difficile :  
Les patients rentrent à la maison avec une gastrostomie qui n'est pas en charge la plupart du temps et ils se dégradent rapidement



Parcours GPE

Evaluation dénutrition à domicile par les prestataires dès la consultation  
nouveau cas

Mise en place créneaux cst  
gastro/anesthésiste/bloc hospitalisation  
(pour une pose plus rapide)

Suivi hebdomadaire post pose  
(pour déclenchement de l'alimentation  
au plus près)



## Axe d'amélioration

### Pluridisciplinarité des intervenants ville/hôpital

Manque de coordination entre les différents services pour la prise de rdv , manque de suivi (rdv même jour même heure).



Création d'une adresse mail de centralisation des informations pour les nouveaux cas

Mise en place d'un tableau récapitulatif du parcours du patient

Fiche récapitulative de tous les numéros utiles des professionnels dans le parcours

## Axe d'amélioration

Patients dit complexes : multi pathologie, addiction, parcours de vie difficile, problématique sociale et financière,

Peu d'évaluation du patient en vue d'une meilleure prise en charge à domicile



Fiches suivi RCP et suivi fragilité du patient  
Orientation vers Soins de support en HDJ ONCO  
Lien avec le DAC



## Axe d'amélioration

### Prise en charge multidisciplinaire et patients fragiles

Les patients ne se rendent pas aux rdvs  
Patients perdus dans la multitude des rdvs  
Beaucoup de questionnement suite aux consultations



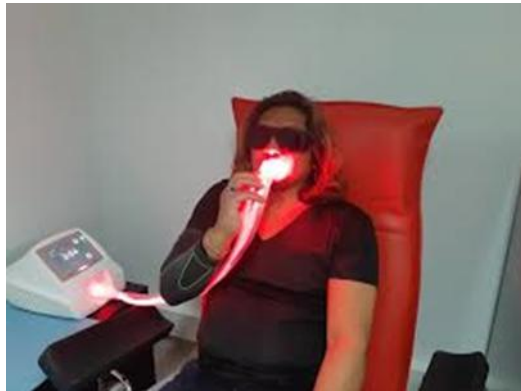
Introduction et adaptation du PPS réalisé par Dr VULQUIN

Un numéro de téléphone direct coordination pour les patients et les professionnels afin de centraliser les infos et de les dispatcher

## Axe d'amélioration

Prise en charge des effets indésirables liés à la radiothérapie

Parcours photobiomodulation



## PARCOURS RADIOTHERAPIE VADS

PREVENTIF : 3 fois par semaine (lundi mercredi vendredi)

Pendant le protocole de radiothérapie, les patients doivent se rendre quotidiennement à l'hôpital pour leurs séances d'irradiation. Le traitement par photobiomodulation est donc réalisé à cette occasion – avant ou après la séance de radiothérapie.

**PROPOSER EN SYSTEMATIQUE POUR TRAITEMENT RTH TETE / COU**

CURATIF : 5 fois par semaine jusqu'à ce que le problème soit résolu

## Axe d'amélioration

### Cloisonnement de la prise en charge

Difficulté pour récupérer les examens réalisés en externe et de transmission d'information entre les différents professionnels d'ORL

Peu de lien avec les intervenants de ville (IDEL, Médecin traitant, Kiné, association...)



Courrier pour ORL libéraux , puis rencontres avec tous les cabinets pour présentation et fiche récapitulative du parcours

Accessibilité au DCC RCP pour les secrétaires des cabinets externe afin de déposer les comptes rendus et pour les secrétaires intra CHU afin d'avoir accès aux documents pour réaliser les dossiers nouveaux cas.

Mise en place d'un partenariat avec le DAC et demande de droit pour utilisation ETICCS

# Les outils mis en place

**PARCOURS PATIENTS CANCER ORL RADIOTHERAPIE APRES RCP**

**PATIENT :**  
NOM : \_\_\_\_\_  
PRENOM : \_\_\_\_\_  
DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_  
Tel. : \_\_\_\_\_ Adresse : \_\_\_\_\_  
ADRESSE : \_\_\_\_\_

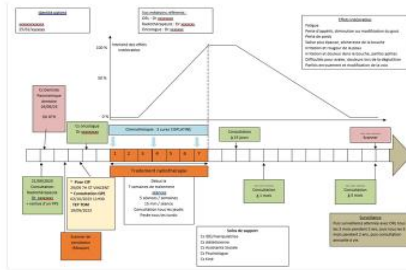
**MEDICIN TRAITANT :**  
MÉDECIN REFERENT : \_\_\_\_\_  
CABINET ORL REFERENT : \_\_\_\_\_

**PATHOLOGIE :**  
TRAITEMENT DEMANDE RCP LE :  
Chimio   
Radiothérapie   
Chirurgie

**EXAMENS REALISES**

	Diag	Stomato	DPE	CRP	IRM	SOS	AUTRES
TEP SCAN							
STOMATO							
DPE							
CRP							
IRM							
SOS							
AUTRES							

Le patient connaît sa pathologie :  oui  non  
Date consultation d'annonce : \_\_\_\_\_  
Date consultation nouvelle cas : \_\_\_\_\_



Report d'activités cliniques

Centre KKKK (ex-odontologie) : 03 78 82 22 22  
Dentiste : 03 81 4 20 39  
Assesant SAS (dentiste) : 03 81 95 30 50  
Radiologie : 03 78 82 22 22  
Service de pédiatrie (SAM) : 03 78 82 22 22  
Unité dentaire : 03 81 42 45 29  
Médicine bucco-dentaire (MBD) : 03 81 95 30 50  
Radiologie Dentaire (RD) : 03 81 95 30 50  
Dentiste dentiste : 03 81 42 45 29  
Service dentaire des patients : 03 81 42 45 29  
Radiologie : 03 81 95 30 50  
Radiologie Pédiatrie : 03 81 42 45 29  
Dentiste dentiste : 03 81 95 30 50

Médicins (logicielles)  
SAM : 03 78 82 22 22  
RD : 03 78 82 22 22  
BS : 03 78 82 22 22

Indicative (tableau)  
Nom : \_\_\_\_\_  
Tel. : \_\_\_\_\_  
Nom : \_\_\_\_\_  
Tel. : \_\_\_\_\_  
Assistante sociale : \_\_\_\_\_  
Tel. : \_\_\_\_\_  
Personne de confiance : \_\_\_\_\_  
Nom : \_\_\_\_\_  
Tel. : \_\_\_\_\_

Centre IRFC

INSTITUT REGIONAL  
FEDERATION DU CANCER

Suite à la Réunion de Concertation Interdisciplinaire du 12/09/2023

Votre plein personnel de suite

CHRU  
Besançon  
Centre hospitalier régional universitaire

- 1. L'âge du patient est égal ou supérieur à 75 ans
- 2. Le patient vit seul
- 3. Le patient a des personnes à charge (personnes âgées, handicapées)
- 4. Le patient ne vit pas chez lui<sup>1</sup>
- 5. Le patient ne bénéficie pas de l'aide de son entourage en cas de besoin
- 6. Le patient n'a pas eu de contacts amicaux et/ou des activités de loisirs, sportives, culturelles ou associatives au cours des 12 derniers mois
- 7. Le patient n'a pas eu de contacts familiaux au cours des 6 derniers mois
- 8. Le patient rencontre des difficultés dans ses gestes de la vie quotidienne, y compris au travail
- 9. Le patient ne bénéficie pas d'une couverture maladie complémentaire ou d'une couverture prévoyance
- 10. Le patient n'exerce pas d'activité professionnelle (si le patient est retraité, passer directement à la question 12)
- 11. Son emploi n'est pas stable<sup>2</sup> (ne pas répondre en cas d'inactivité)
- 12. La situation financière de son foyer risque d'être déstabilisée par le malade

**Synthèse**

Le patient présente un risque de fragilité sociale  oui  non  
Le patient souhaite rencontrer une assistante sociale  oui  non

Si la réponse à ces 2 items est oui : **Signalement au service social**

Commentaires : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

<sup>1</sup> La notion de vivre chez soi s'oppose à celle de vivre chez un parent, un enfant, une tierce personne ou dans une institution.  
<sup>2</sup> Contrat à Durée Déterminée, temps partiel, intérim...

## Axe d'amélioration

### DISPOSITIF ET OUTILS DE COORDINATION

#### DISPOSITIF: DAC

- évalue et accompagne les personnes en situation de sante et de vie complexe à domicile,
- coordonne les différents acteurs de sante,
- favorise le maintien à domicile

#### OUTILS: ETICCS

- logiciel de coordination ARS BFC : mise en place d'un parcours spécifique en cancérologie
- -Création d'un dossier patient partagé à tous les professionnels identifiés du parcours
- -Accès à tous les documents en lien avec le patient
- -Améliore la communication entre les différents professionnels
- -Permet un suivi des rdvs
- -Transmission des informations
- -Lien avec un logiciel de télésurveillance pour détecter les problématiques du patient et de son entourage en temps réel



Le DAC FC intervient en appui pour la coordination des parcours de santé ressentis comme complexes quel que soit l'âge ou la pathologie. Ce dispositif dépend du code de la santé publique. Il n'a pas vocation à répondre aux situations d'urgence médicale ni à être effecteur de soins.

# Axe d'amélioration

## DISPOSITIF ET OUTILS DE COORDINATION

**Le demandeur**

Nom – Prénom : nicolas celine

Fonction : infirmiere coordinatrice

Etablissement – service : IRFC

Téléphone – mail : cnicolas@irfc-fc.fr 03.70.63.21.72

Le patient doit être obligatoirement informé de la demande. Confirmez-vous que c'est bien le cas ?  Oui

Si non, pourquoi ?

**Patient concerné par la sollicitation**

Nom – Prénom : XXX

Nom de naissance : XXX Date de naissance : XX/07/19XX

Adresse : XXX

Téléphone – mail :

N° Sécurité sociale :

Mesure de protection :  Oui  Non Si oui, exercée par :

Vit seul-e  Vit en couple  Autres personnes à domicile

**Personne(s) référente(s) – autres contacts**

Nom – Prénom :

Lien avec la personne :

Téléphone :

Informations complémentaires :

**Médecin traitant :**

Nom – Prénom :

Téléphone :

Mail :

Absence de médecin traitant :  Oui

**Autres professionnels intervenants :**

Infirmiers : Service social :

SSIAD : SAAD :

Spécialistes :

**Santé (physique et mentale)**  
(exemple : soins somatiques et psychiques)  
Précisions (veuillez indiquer si pathologie diagnostiquée) :

PEC ONCO RADIOTHERAPIE  
TUMEUR MALIGNE PLANCHER DE LA BOUCHE

**Autonomie fonctionnelle**  
(exemple : Actes de la vie quotidienne)  
Précisions :

**Aspects familiaux et sociaux**  
(exemple : isolement, aidant)  
Précisions :

PATIENTE VULNERABLE  
PROBLEME ADDICTION ET SON CONJOINT IDEM  
ADHERENCE AUX TRAITEMENTS DIFFICILE

**Aspects économiques et/ou administratifs**  
(exemple : accès aux droits, précarité)  
Précisions :

NECESSITE UNE PRISE EN CHARGE MDPH  
ELLE DIT L AVOIR DEMANDE MAIS CA A ETE  
REFUSE

**Intervenants et système de soins**  
(exemple : offre adaptée inexistante, multitude d'intervenants, épuisement des professionnels)  
Précisions :

DOSSIER ETICSS OUVERT

**Environnement et sécurité**  
(exemple : logement inadapté, maintien à domicile)  
Précisions :

LOGEMENT EN LOCATION  
NECESSITE AIDE AU MENAGE  
AMENAGEMENT DE LA SALLE DE BAIN

**Parcours de santé :**

- Personne âgée
- Santé mentale et psychiatrie
- Cardiovasculaire
- Maternité/ Parentalité
- Addictions
- Handicap
- Cancer
- Neurologie
- Développement enfant
- Précarité/ vulnérabilité
- Diabète
- Nutrition/ santé
- Adolescents et jeunes adultes

**Evaluation de la complexité ressentie de la situation (de 1-faible à 10-très fort) :**



Attentes du patient	Démarches/Actions réalisées par vous ou par les autres professionnels identifiés. Attentes du demandeur

Pour transmettre votre demande :  
par voie postale : DAC FC 3 allée de l'île aux molheux 25000 Besançon  
par mail : dac-fc@dac-fc.org  
par messagerie sécurisée : dac-fc@dac-fc.mssante.fr

**PISTE DE RECHERCHE /  
DU COORDINATION PARCOURS DE  
SOIN COMPLEXES  
PRISE EN CHARGE DE LA  
VULNERABILITE**



Université Claude Bernard



Lyon 1

## QUI

50-75 ans

- ORL
- PNEUMOLOGIE
- PANCREAS
- GLIOBLASTOME

50-70%

+ 75 ans

- SEIN
- UROLOGIE
- DERMATOLOGIE

25 %

## QUAND



- Entretien 1ere consultation,
- alerte professionnel
- alerte famille,
- alerte patient

## CAUSES



- ISOLEMENT SOCIAL
- PROBLEME DE LOGEMENT
- REVENUS INSUFFISANT

## CONSEQUENCE de la vulnérabilité



100 % professionnel évoquent une difficulté de prise en charge malgré un entretien systématique

**DIFFICULTE NON CLINIQUE :**  
Surcharge de travail, consultation plus longue, manque de coordination entre les professionnels, inefficacité de la prévention, rdv non honores, impuissance

**DIFFICULTE CLINIQUE :**  
Recours soin tardif, problème d'observance thérapeutique, multi pathologie, rupture de parcours

## POURQUOI



Difficulté de prise en charge de la vulnérabilité :

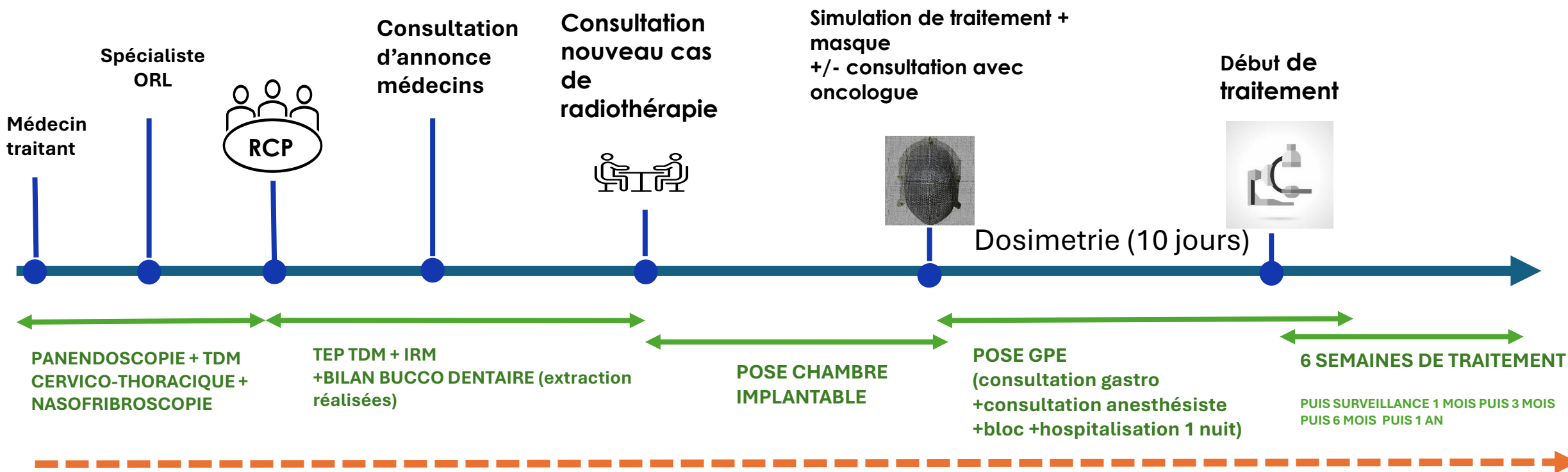
- Pluri pathologies,
- Pluridisciplinarité médicale et para médicale,
- Pas d'outils d'évaluation et de coordination,
- Manque d'échange entre les professionnels,
- Pas de lien ville/hôpital,
- Pas d'information sur les orientations possibles autre que L'HDJ ONCO,
- Pas de suivi à long terme,
- Pas de suivi à domicile

## COMMENT améliorer cette prise en charge :

**IMPORTANT  
D'UN REFERENT  
DE  
COORDINATION**

- Meilleur suivi du patient,
- meilleure connaissance du patient et de son parcours de soin,
- soins adaptés aux besoins du patient,
- échanges plus fluides avec les différents professionnels,
- meilleure diffusion des informations,
- plus de réactivité face à une situation complexe,
- améliore l'accompagnement en lien avec la ville,
- relation de confiance avec les patients et accompagnement des aidants.

# CONSULTATION CELLULE VULNERABILITE : AU PLUS TOT DE LA PRISE EN CHARGE



Consultation par cellule de coordination vulnérabilité : Evaluation, orientation ville hôpital, accompagnements et suivis des patients vulnérables:

En systématique : pour les patients atteints de cancer ORL, pancréas, pneumo, glioblastome : détection dès la première consultation du parcours de soin du patient avec le médecin et suivi tout au long de la prise en charge à domicile via HDJ ONCO SOS et/ou lien avec le DAC.

Pour les autres cancers : consultation vulnérabilité sur demande des médecins + oncogériatrie

# 1 ERE PROPOSITION

1 Binôme par spécialité dite fragile sur chaque site

(orl-pancréas-pneumologie-glioblastome)

1 IDE (coordination parcours et gestion des patients vulnérables)

1 SECRETAIRE (diagnostique: prise de rdv)

**RCP ONCO-DAC  
HEBDOMADAIRE**

1 secrétaire pour chaque spécialité (coordination des RDV)

1 IDEC sur chaque site pour gestion patients vulnérables à la demande des médecins et orientation oncogériatrie

Par site :

4 ETP IDEC CHU

6 ETP secrétaires

Oncologie thoracique

Oncologie digestive

ORL

Oncologie urologique

Oncologie sénologie/gynécologique

dermatologie



## 2 EME PROPOSITION

1 Binôme par spécialité dite fragile sur chaque site

(orl-pancréas-pneumologie-glioblastome)

1 IDE (coordination parcours et gestion des patients vulnérables)

1 SECRETAIRE (diagnostique: prise de rdv)

IDEC  
50% DAC/50% CHU

1 secrétaire pour chaque spécialité (coordination des RDV)

1 IDEC sur chaque site pour gestion patients vulnérables à la demande des médecins et orientation oncogériatrie

Par site  
0,5 ETP IDEC DAC  
0,5 ETP IDEC CHU  
6 ETP secrétaires

Oncologie thoracique

Oncologie digestive

ORL

&

Oncologie urologique

Oncologie sénologie/gynécologique

dermatologie



The image features a dark blue background with abstract, overlapping shapes in teal and a darker shade of blue. The shapes are primarily circular and semi-circular, creating a modern, geometric aesthetic. The word "BILAN" is centered in the upper half of the image in a white, bold, sans-serif font.

**BILAN**





## Bilan

- Très bonne collaboration et implication des professionnels du parcours – identification en tant que référente et personne ressource
- Validation d’outils communs de suivi du parcours (Fiche contact, PPS, ...) et amélioration du partage des comptes-rendus des examens en amont des RCP
- Amélioration notable des délais de prise en charge : 3 mois -> 21 jours (RCP/DEBUT TTT)
- Amélioration de la qualité de vie des patients à domicile et diminution de la fatigue des patients : lien fort avec l’HDJ SOS et orientation sur le DAC
- Amélioration de l’assiduité aux rendez-vous des patients
- Suivi au jour le jour qui permet « la bonne réponse (médicale, médico-sociale, sociale), au bon endroit, au bon moment »
- Objectifs 2025 : mise en place d’une cellule de coordination qui permet d’étendre cette prise en charge aux autres patients fragiles ( ex : pancréas déjà en place au MITTAN et en cours de déploiement sur la Franche comté )

Franche-Comté  
**IRFC**  
INSTITUT RÉGIONAL  
FÉDÉRATIF DU CANCER



LES  
CANCERS ORL,  
ON  
LES ECHAPE