



SYNTHÈSE

LES PISTES D'INNOVATIONS EN ONCOGÉRIATRIE
POUR LES ENTREPRISES DE CLUBSTER NSL

SOMMAIRE

1 - L'ONCOGÉRIATRIE IMAGÉE 3-16

2 - QUELQUES PISTES D'OPTIMISATION À DESTINATION
DES ENTREPRISES ADHÉRENTES AU CLUSTER NSL* 17-22

** en dehors de la définition des politiques de santé et de leur déclinaison à un niveau régional*

Les infographies de synthèses qui vous sont présentées sont issues d'un travail de recherche bibliographique et de nombreuses interviews ayant mobilisé :

- Des gériatres
- Des oncologues
- Des chirurgiens
- Des Infirmiers en Pratique Avancée
- Des patients
- Des proches-aidants

Les données sont également le fruit d'un retour d'expériences des professionnels d'EthiCare. L'intégralité du dossier sera disponible prochainement.



01



L'oncogériatrie imagée

- La personne âgée
- Epidémiologie oncogériatrique
- Organisation des soins en cancérologie
- Les principaux acteurs
- Le parcours oncogériatrique et ses particularités
- Les principales causes de ruptures observées au sein des parcours
- La prise en charge du cancer - schéma simplifié
- Prévention - Dépistage
- Limites du dépistage : Taux de participation au D.O plus faible chez les 70 ans et plus
- Les soins de supports
- Les stratégies thérapeutiques
- Les traitements les plus fréquents
- Les innovations et les évolutions observées

La personne âgée



En France 13,4 millions d'habitants ont 65 ans et plus soit 20% de la population

Zoom région Haut-de-France

En 2022 : 920 000 personnes de 65 ans et +

Soit +1,4 % /an en moyenne

En 2050 : 1,6 millions personnes âgées de 65 ans et +

→ Région ayant la plus faible proportion de personnes âgées.



Lieux de vie en France

• 96% vivent à domicile dont 20 % dépendants

• 7573 EHPAD (42% publics)

↳ 608 000 résidents dont 60% dépendants

Les 75 ans et +

Vivent en couple

57%

26%

Vivent seul(e)s

25%

45%

Les 65 ans et +

21 830 €/an

Taux de pauvreté : 8,6%



Points de vigilance

- 39% des personnes âgées ont une polymédication continue
- 2x plus d'accidents médicamenteux chez les plus de 65 ans
- 50% des effets indésirables sont évitables si on adapte les ordonnances

En 2019

5,4 millions

de personnes en France sans médecin traitant dont 4,2% en ALD.

3 catégories de personne âgée

0 critères

Vigoureux

Fragiles

Dépendants

5 critères pour repérer la fragilité

- Perte de poids
- Lenteur de marche
- Faiblesse
- Fatigue
- Réduction de l'activité physique



1h54

est le temps consacré en moyenne/jour par les aidants.

Les proches aidants en cancérologie

- 5 millions de français aidants, soit 1 français sur 10.
- 10% aident seuls leur proche.
- 35% d'entre eux ont déjà accueilli leur proche malade chez eux ou se sont installés chez lui.
- 56% des aidants apportent une aide financière à leur proche malade.

Epidémiologie oncogériatrique

Nouveaux cas de cancer

62.5% chez les plus de 65 ans, dont 1/3 chez les 75ans et + et 11.5% chez les 85 ans et plus

Top 3 des cancers chez les + de 65 ans

- 1 - Cancer de la prostate
- 2 - Cancer du poumon
- 3 - Cancer colorectal

- 1 - Cancer du sein
- 2 - Cancer colorectal
- 3 - Cancer du poumon

Des taux de survie nette très variables chez les 75 ans et plus



cancer du sein
65%



cancer colorectal
45%



cancer du poumon
5%

Favorable



+65%
à 5 ans

Intermédiaire



33 à 65%
à 5 ans

Défavorable



-33%
à 5 ans

Nombre de morts chez les plus de 85 ans

Les cancers du sein du poumon et colorectal causent 43,2% des décès par cancer.

Les cancers du poumon, de la prostate et colorectal causent 46,5% des décès par cancer.

43,2%

46,5%

Organisation des soins en cancérologie

Les principaux acteurs

- Coordination**
- Unités de coordination en oncogériatrie (UCOG) :**
3 missions - Développer la recherche - Diffuser les bonnes pratiques en oncogériatrie - Optimiser la prise en charge de la personne âgée atteinte de cancer.
 - Centres de coordination en cancérologie (3C) :**
Cellule qualité opérationnelle, organisateur des RCP.
 - Dispositif d'Appui à la Coordination (D.A.C.)**
Fusion en cours des réseaux de santé, des MAIA, des plateformes territoriales d'appui (PTA) et des coordinations territoriales d'appui (CTA). Selon le territoire intégration des centres locaux d'information et de coordination (CLIC).

Médecine de Ville et Domicile

- Médecin généraliste**
Pivot de la prise en charge, il exerce en exercice libéral à titre individuel ou sous la forme d'un exercice coordonné :
 - Les Equipes de soins primaires (E.S.P), Centres de Santé (CDS), Maison de Santé pluridisciplinaire (M.S.P)
 - Les Communautés professionnelles de Territoire de Santé (C.P.T.S.)
- Médecine de spécialité**
Ensemble des médecins et chirurgiens de spécialité. Ils ont un exercice soit individuel ou groupé.
Se développe une nouvelle forme d'exercice coordonné : Les équipes de Soins Spécialisés (E.S.S.)
- Hospitalisation à Domicile (H.A.D.)**
- Pharmaciens**
- Service Autonomie à domicile (S.A.D) : Fusion en cours**
des services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD), des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et des services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD)...
- Prestataires de Service en Santé à domicile (P.S.A.D.)**
Location / Vente de matériel médical, d'assistance respiratoire - Perfusions ou la nutrition.



- 2° et 3° recours**
- Les établissements sanitaires traitants le cancer (soumis à autorisations)**
 - Les établissements de Médecine et Chirurgie (M.C.O.) dont les centres de lutte contre le cancer (CLCC) et les centres labellisés de phase précoce (CLIP).
 - Les établissements de soins médicaux et de réadaptation (S.M.R. ex : S.S.R.)

Autres

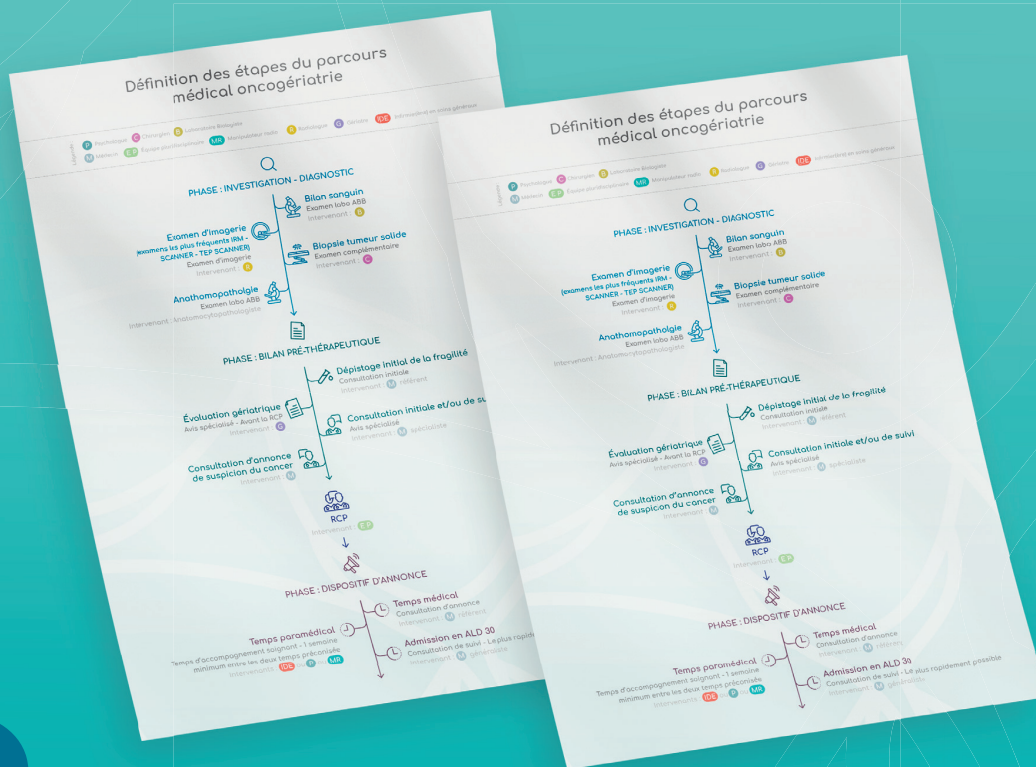


Santé publique

- Centres régionaux de coordination des dépistages des cancers (CRDC) :** pour le dépistage des cancers.
- Réseaux régionaux de cancérologie (R.R.C.) :** Appui et expertise auprès des ARS. Intervient également sur la coordination.

Le parcours oncogériatrique et ses particularités

Exemples types de parcours de soins (médical et chirurgical)



©2022 Propriété Ethicair

Les étapes du parcours spécifiques à la personne âgée

- Prise en charge initiale
 - Dépistage initial des fragilités (Exemple score G8)
- Tout au long du parcours :
 - Évaluation gériatrique approfondie (avant la 1ère RCP, pendant et après le traitement)

Définir les critères de fragilité du patient :

- Cliniques
- Biologiques
- Radiologiques

Cibler la fragilité (risque d'aggravation) « Devient-il vulnérable aux multiples agressions de son environnement ? »

Les éléments invasifs du bilan diagnostic et des traitements font l'objet d'une discussion.

- Conciliation médicamenteuse : PRIMORDIALE
- Le dépistage des fragilités en continu

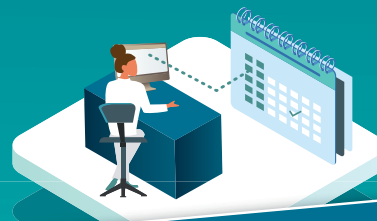


Les principales causes de ruptures observées au sein des parcours



Prise en charge de la Personne âgée

- Absence ou repérage non systématique des fragilités de la personne âgée.
- Peu de patients bénéficient d'une évaluation gériatrique approfondie.
- Perte d'autonomie ou isolement ne facilitant pas l'accès aux spécialistes avec parfois des retards de prises en charge (accentués en période de crise sanitaire).
- Peu d'homogénéisation des pratiques.
- Consultation d'annonce médicale mais pas de Temps d'Accompagnement Soignant (T.A.S.)
- Faible pédagogie des professionnels, des informations pas toujours accessibles et compréhensibles pour tous.
- Absence de conciliation médicamenteuse
- Problèmes de tolérance des traitements conséquences de mauvaises observances ou d'arrêts des traitements (souvent mauvaise gestion de la douleur ou des effets indésirables).
- Des soins de supports peu proposés (en dehors du psychologue), difficiles d'accès, très hospitalo-centrés et souvent non financés en médecine de ville.
- Très peu de programme E.T.P à destination des patients âgés.



Gestion et coordination des parcours

- Manque de repère – Absence de cartographie des acteurs présents sur les territoires et de leur rôle.
- Inégalité de l'offre sur les territoires avec un accès aux soins et/ou à l'avis de spécialistes difficile (ex : délais).
- Place de la cancérologie dans l'activité du professionnel (activité principal ou secondaire) – (impacts en termes de temps consacré ou d'investissement dans l'optimisation des parcours).
- Manque de professionnels formés (gériatrie, oncogériatrie).
- Faible interdisciplinarité – Balkanisation des spécialités médicales / chirurgicales au sein parfois du même établissement de santé.
- Compréhension de la place des gériatres ou oncogériatres dans la prise en charge chirurgicale Vs rôle de l'anesthésiste.
- Un financement balbutiant des missions de coordination des parcours.
- Des nouveaux métiers « facilitateurs des parcours » peu déployés ou se heurtant à une forte opposition du corps médical : Gestionnaires des parcours, Infirmiers en Pratiques Avancées (I.P.A.).
- Une information mais peu de coopération entre les 1^{er}, 2^o et 3^o recours.
- Des délais parfois longs entre les étapes dépistage / diagnostic et la prise en charge effective des patients.
- Un secteur public et privé pas toujours « au diapason » avec des rythmes et horaires de travail différents (Disponibilités pour les RCP, échanges complexifiés).
- Un relai vers les soins palliatifs difficile (acceptation des praticiens de l'échec thérapeutique – Accès tardif).
- Des outils (logiciels métiers) inadaptés au partage de l'information. Des systèmes d'information non communicants – Absence d'outils e-parcours opérationnels.

Prévention /
Dépistage

La prise en charge du cancer

Schéma simplifié

Démarche
diagnostique

- Consultations de médecine générale et de spécialités (Gynécologue, gastroentérologue, ORL, pneumologue, urologue, généticien, ...)
- Examens complémentaires
Radiologie / Imagerie médicale / médecine Nucléaire - Laboratoires d'analyses biologiques - biochimiques - génétiques - Anopathologies - Actes interventionnels (Endoscopie, biopsie, ..)

Dispositif
d'annonce

Temps d'accompa-
gnement soignant

Réunion de concertation
pluridisciplinaire (R.C.P.)

Traitements

- Médicamenteux
Chimiothérapie
Cytotoxiques
Thérapies ciblées
Immunothérapie
Hormonothérapie
- Radiothérapie
Curiethérapie
et stéréotaxie
- Actes interventionnels
(Chirurgie, radiologie)
- Greffes
- Fonctions soins de Supports
- Éducation thérapeu-
tique

Après Cancer

- Suivi au long cours
- Réinsertion

Echec
thérapeutique

Soins palliatifs

©2022 Propriété Ethicare

Prévention

PRIMAIRE

Diminue l'incidence

Les principaux outils utilisés :

- Campagne de sensibilisation
- Publicités/affiches
- Jeux de cartes/de plateaux
- Escape Game

SECONDAIRE

Diminue la prévalence

TERTIAIRE

Diminue les complications

Les principales innovations :

- Bilan de santé unique et complet via téléconsultation
- Intelligence artificielle à viser diagnostic à partir des prélèvements biologiques
- Utilisation de l'odorat canin dans le dépistage du cancer du sein
- Test de radiosensibilité (objet : adapter la dose et les modalités du traitement en fonction de la sensibilité du patient).
- Vaccin thérapeutique (prévention des rechutes)

40%

des cancers

Par an sont évitables en France
Résultent de l'exposition à des
facteurs de risques

Dépistage

Pour toute la population cible

ORGANISÉ (DO)

Sein - Colorectal
Col de l'utérus

9 millions
de dépistages
organisés

INDIVIDUEL

Si prescription
d'un médecin

1 million
de dépistages
individuels

10 millions
d'actes par an

Bientôt
Expérimentation sur le D.O.
du cancer du poumon

Limites du dépistage : Taux de participation au D.O plus faible chez les 70 ans et plus



La communication associée :

- Confusion entre les mois de sensibilisation (octobre rose, mars bleu, movember ...) et la démarche de dépistage
- Limite d'âge annoncée ne permettant pas à la population, en dehors des tranches d'âges officielles, de se sentir concernée.
- Fracture numérique des plus âgés



Réticence des professionnels de santé :

- Manque d'information (confusion entre prévention primaire, dépistage et diagnostic précoce)
- Doutes sur les bénéfices du D.O,
- Intervention « passive » du Médecin généraliste dans les D.O.
- Atteinte à la liberté de prescription



Les conditions de réalisation des D.O :

- Invitation par courrier ne favorisant pas l'échange avec le professionnel de santé,
- Défaut d'informations actualisées au niveau du CRDC (Changement d'adresse des personnes, départ en retraite des médecins sans successeur connus),
- L'inégalité d'accès au D.O (temps d'attente, éloignement géographique).
- Information pas toujours adaptée au public visé (analphabétisation, fracture numérique, malvoyant...), message parfois stigmatisant et/ou marginalisant pour les populations défavorisées.
- Remboursement partiel, non ou mal expliqué de certains actes,
- Souhait d'un professionnel féminin par certaines femmes (mammographie)

Traitements

Les soins de supports

Quand ?

Dès le début du parcours et jusqu'à l'après cancer ou les soins palliatifs

Quoi ?

- Douleur
- Nutrition
- ETP
- Fatigue
- Difficultés sociales
- Souffrance Psychique
- Réinsertion professionnelle
- Troubles :
 - Moteurs - Digestifs
 - Respiratoires - De l'image - ...

Par qui ?

- Professionnels de santé
 - Médecins
 - Infirmiers*
 - Kinésithérapeutes
 - Psychologues (2022)
 - Diététiciens*
 - Ergothérapeute
- Service d'accompagnement social
- Autres professionnels*
 - Socio-esthéticienne
 - Art thérapeute
 - Sophrologue
 - Musicothérapeute
- Bénévoles

Pour qui ?

En théorie, tous les patients demandeurs. En réalité : absence d'évaluation sur le sujet

* Financement des soins de support à la charge du patient

Difficultés d'accès



Très hospitalo-centré
(Financements existants)



Patients peu mobiles et pas toujours autonomes
→ Nécessité d'amener les soins de support au domicile ou au plus près.
Notion d'« aller vers ».



Couverture financière

- Libérale : faible offre + non prise en charge dans le droit commun (conventions).
- Manque de lisibilité de l'offre pour les patients et les professionnels.
- En cours d'évolution avec la mise en œuvre des exercices coordonnés

Innovations (appels à projet & article 51)

- Approche sensorielle
- Snoezelen
- Réalité virtuelle
- Hypnose, ...



Points de vigilance : La fracture numérique en France – l'illectronisme :

- D'après l'INSEE, en 2019, 17% de la population française n'aurait pas accès ou ne saurait pas utiliser les outils numériques.
- De plus, 27% des personnes âgées de 60 ans et 42% des plus de 80 ans n'utilisent jamais internet.

Les stratégies thérapeutiques

La chirurgie ambulatoire est possible !
Le patient est hospitalisé moins de 12h.

La Chirurgie 3 options

Avant
(d'autres traitements)

→ Traitements néoadjuvants

Après
(d'autres traitements)

→ Traitements adjuvants

Seule
(sans autre traitement)

Traitements

Seuils d'activité minimale administratifs pour la chirurgie :

Seuils recommandés par les sociétés savantes : à minima 150

Seuil à 30

Sein
Digestif
Urologique

Seuil à 20

O.R.L.
Gynécologique
Maxillo-faciale

Pour les cancers



Zoom sur les établissements des Hauts-de-France

Entre 2016 et 2018 (tous cancers confondus) :

197 établissements se situent au-dessus des seuils annuels d'activités

202 établissements se situent en-dessous des seuils annuels d'activités.

La chirurgie et ses recours :

- Chirurgie prophylactique (prévenir un cancer)
- Diagnostiquer (biopsie)
- Ablation de la tumeur
- Soulager
- Réduire les récurrences
- Reconstruire
- Aider l'organisme
- Soutenir les traitements

Les évolutions

- Chirurgie Robotique
- Virage ambulatoire
- Intelligence artificielle



Les traitements les plus fréquents

La radiothérapie (externe)

Seuil d'activité minimale 600 patients/an



Délivre des rayons (ou radiations ionisants) qui provoque des dégâts majeurs au niveau de l'ADN

Deux types d'utilisation :

- Curative
- Palliative

La curiethérapie

Ne concerne pas tous les organes !



Délivre des rayons (ou radiations ionisants) qui provoque des dégâts majeurs au niveau de l'ADN mais de façon « interne ». Mise en place de source radioactive au contact ou à l'intérieur de la tumeur → Traitement plus ciblé.

Implant 2 options :

- Temporaire
- Permanent

La chimiothérapie

Soumis à autorisation avec seuil d'activité minimale : 80 patients/an dont au moins 50 en ambulatoire (H.D.J)



Traitement général, touche les cellules cancéreuses et les cellules saines.

Effets secondaires fréquents : Nausées, vomissements, perte de cheveux, fatigue

3 formes

- Per Os (comprimés)
- Perfusion
- Injection

L'immunothérapie



Stimule les défenses immunitaires de l'organisme contre les cellules cancéreuses. Traitement efficace chez 20% à 40% des patients. Difficulté à identifier les patients qui auront de bons résultats.



Médicaments conçus pour bloquer la croissance ou la propagation des cellules tumorales. Cibler les cellules tumorales permet de diminuer les effets indésirables et épargne les cellules saines

L'hormonothérapie

80% des cancers du sein sont hormonosensibles



Réduit ou empêche la production ou l'activité d'une hormone qui stimule la croissance d'une cellule cancéreuse

Quelles techniques ?

- Chirurgie
- Médicaments
- Rayons X (ovaires)

5 à 10 ans → durée du traitement pour diminuer le risque de rechute du cancer du sein.

Les innovations et les évolutions observées

Exercice coordonné entre professionnels de santé au sein d'un même territoire

Fournir un cadre attractif d'exercice pour les professionnels de santé, notamment dans les territoires caractérisés par une démographie médicale insuffisante, tout en favorisant une meilleure accessibilité aux soins pour les patients.

A l'échelle

- d'une patientèle : E.S.P. (CDS, MSP)
 - d'une population : C.P.T.S. et E.S.S.
- Cf. fiches les principaux acteurs



Nouveaux métiers et Travail aidé

Recentrer l'activité médicale sur des missions d'expertise plus complexes. Améliorer la prise en charge des patients et l'organisation des soins (réduction des délais de prise en charge, optimisation des parcours, meilleur accompagnement des patients / proches, ...)

Assistants médicaux - Infirmiers en Pratiques Avancées (I.P.A.) en oncologie, en gériatrie et pour les pathologies chroniques - Paramédicaux avec protocoles de coopération (ex : IDE, ...) Gestionnaire de parcours (Case-manager) Coordonnateur de C.P.T.S. / d'. E.S.S.

Virage Ambulatoire

Accompagner le virage ambulatoire hospitalier et développer de nouveaux modes de prises en charge en médecine de ville.

Programmes de préhabilitation
Parcours « courte durée » (ex : radiothérapie en 5 jours) - Création de plateaux de diagnostic et/ou d'évaluation, de rééducation/réadaptation en ambulatoire - « HDJ » de ville- Hospitalisation à domicile et Maintien à domicile (S.A.D.)

Exemples de projets en cours :

- Article 51 pour le suivi à domicile des patients sous anticancéreux oraux.
- Article 51 pour le suivi à domicile des patients atteints d'un cancer et traités par immunothérapies.
- Article 51 pour l'utilisation d'une solution connectée facilitant l'insertion de l'activité physique adaptée dans le parcours de soin.

Médecine personnalisée

Dépister selon les risques personnels et effectuer un diagnostic rapide. Proposer des parcours surmesure et des traitements personnalisés. Anticiper les toxicités des traitements ou les rechutes pour une meilleure qualité de vie

Identification précoce des risques - Centre de diagnostic rapide et intelligent (projet IGR) - Digitalisation des parcours de soins / de santé - Thérapies ciblées, biomarqueurs, stéréotaxie, ...



Exemples de projets en cours :

- Kinésithérapie respiratoire
- Traitement anti tumoral contre le mélanome et le cancer du côlon
- Nouvelle forme d'immunothérapie : les cellules CART
- Nanoparticules magnétiques (aide au diagnostic et au traitement des tumeurs cancéreuses)
- Bloc de radiologie interventionnelle (thermo-ablation, traitement intra-artériels)

Numérique en santé

Encourager la transition d'une médecine curative, en silos, vers une approche plus préventive, plus prédictive et plus personnalisée. Favoriser l'émergence d'un écosystème e-santé au service de l'exercice des professionnels. Traiter de manière sécurisée et éthique la donnée de santé.

Services socles (INS, DMP, e-prescription, e-parcours, ...) - Assistant médical virtuel - Télémédecine / télésoin - Télésurveillance - Téléadaptation, Télé-ETP - Health Data Hub (Analyse des données de santé)

Exemples de projets en cours :

- Plateforme de mise en relation avec les soignants et d'accès à des soins de supports digitaux.
- Assistant virtuel qui accompagne les patients dans leur parcours de soins.
- Télé réadaptation à destination des patients en ALD.
- Application de partage de programme d'éducation thérapeutique et de suivi des séances en ligne.

Intelligence Artificielle / Big Data

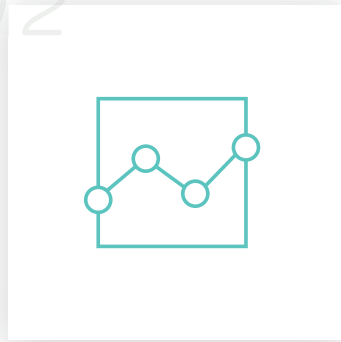
Anticiper la survenue d'une maladie. Faciliter le diagnostic. Anticiper l'évolution de la pathologie. Fournir un soutien aux professionnels dans la prise de décision thérapeutique. Développer de nouvelles thérapies ou techniques.

Projet ConSoRe (pour Continuum Soins - Recherches) - Chirurgie assistée par ordinateur (robotique) - Imagerie médicale (triage des mammographies) - ...

Exemples de projets en cours :

- Logiciel intégré pour la recherche en radiomique (exploitation de la richesse des images médicales par les techniques d'analyse de données et de l'intelligence artificielle)
- Utilisation de l'intelligence artificielle pour l'aide au diagnostic et dans le traitement d'importante quantité de données.

02



Quelques pistes d'optimisation à destination des entreprises adhérentes au Cluster NSL*

** en dehors de la définition des politiques de santé et de leur déclinaison à un niveau régional*

- Un système de santé performant, plus intégré
Domicile - Ville – Hôpital
 - Organiser et promouvoir un dialogue à l'échelle locale
 - Mettre en œuvre une collaboration active inter-disciplines et inter-métiers
 - Apporter une réponse pertinente à la coordination des soins
 - Gagner en efficacité et améliorer les conditions d'exercice des professionnels
- Des prises en charge précoces, adaptées en fonction de la complexité de l'état du patient, ainsi que de la durée et de l'intensité du besoin d'accompagnement
 - Intercepter / prévenir le cancer et les effet «indésirables» avant même qu'ils n'apparaissent
 - Améliorer la qualité de vie des patients et de leur proches
- Autres thématiques spécifiques liées aux dysfonctionnements actuels observés dans la gestion des parcours patients

Un système de santé performant, plus intégré Domicile - Ville - Hôpital

ORGANISER ET PROMOUVOIR UN DIALOGUE À L'ÉCHELLE LOCALE

Comment rendre plus lisible l'organisation « cancérologique »
au sein des territoires ? (Pour les professionnels et pour les patients)

- Quelle est l'organisation de la santé en cancérologie sur le territoire ?
- Quelles sont les filières gériatriques en cancérologie ?
- Quelle gradation des prises en charge en établissements de 2^o et 3^o recours ?
- Quels sont les acteurs, leur diversité, leur complémentarité et les modes d'exercice de chacun ? Quel est leur part d'activité en cancérologie ?
- Quelles modalités d'accès aux soins ?
(Délais de rendez-vous, permanence des soins, ...)

METTRE EN ŒUVRE UNE COLLABORATION ACTIVE INTER-DISCIPLINES ET INTER-METIERS

Au-delà de rassembler les acteurs autour d'un projet transversal fédérateur, comment développer leur capacité à travailler ensemble ?

- Quelles modalités de collaboration pour chaque spécialité ?
(Arbres décisionnels et protocoles de recours aux médecins de spécialités, aux gériatres / oncogériatres, ...)
- Comment favoriser l'échange de pratiques entre professionnels des 1^{er}, 2^o et 3^o recours ?
- Comment apporter des éléments de connaissances communs ?
- Comment disposer et diffuser d'outils communs de prise en charge ?
(Interrogatoires Cliniques, échelles d'évaluation et de suivi des personnes âgées, outils adaptés à l'intervention de chaque professionnel ...)
- Comment faciliter la concertation entre les professionnels ?
- Quel programme de pertinence de soins pourraient-ils partager ?



APPORTER UNE RÉPONSE PERTINENTE À LA COORDINATION DES SOINS

Comment développer une gestion et une coordination très opérationnelle des parcours ? (Sur l'ensemble des thématiques suivantes : repérage, dépistage, diagnostic, adressage, suivi, observance au long cours, continuité des soins, réévaluations, suivi après cancer, soins palliatifs, ...)

Comment développer un cadre innovant et opérationnel de coordination des soins centrée patients et non sur les organisations ? (Prenant en compte les multi comorbidités, la présence d'autres pathologies chroniques et/ou des troubles cognitifs et/ou déficiences mentales, ...)

Comment améliorer la réactivité et l'adéquation de la prise en charge (alerte, adaptation du traitement, effets secondaires, ...)

Comment assister le déploiement de Case-managers ?

GAGNER EN EFFICACITÉ ET AMÉLIORER LES CONDITIONS D'EXERCICE DES PROFESSIONNELS

Comment optimiser la charge de travail et leur faire gagner du temps ?

- Quelles aides ont-ils besoin ?

Comment renforcer les compétences / les expertises de proximité ?

- Comment aider à l'acquisition de nouvelles compétences ?
- Comment améliorer leur exercice au quotidien pour la prise en charge de la personne âgée ?

Des prises en charge précoces,
adaptées en fonction de la complexité de
l'état du patient, ainsi que de la durée et de
l'intensité du besoin d'accompagnement

| INTERCEPTER / PRÉVENIR LE CANCER ET LES EFFETS « INDÉSIRABLES » AVANT MÊME QU'ILS N'APPARAISSENT

Comment identifier de manière précoce les risques ?

- Quels facteurs de risques cibler ?
- Quels marqueurs ? (En fonction de l'âge, des signes précurseurs) ?
- Quelles modalités à mettre en œuvre pour une large diffusion ?
(À domicile, au sein des 1er et 2° recours, dans les établissements
d'accueil des personnes âgées)
- Quelles voies d'accès à l'offre de dépistage (du cancer, de la fragilité,
d'une situation complexe, d'une vulnérabilité sociale ...) ?
- Quel plan de communication (information et suivi adapté) ?
- Comment améliorer le rôle central du médecin traitant et/ou
du spécialiste référent pour le repérage précoce du cancer,
des complications ?
- Quelles contributions peuvent être attendues des
pharmaciens (officine de ville) ? (Conciliation médicamenteuse,
prévention des effets secondaires, éducation à la santé,
bon usage des médicaments ...)



AMÉLIORER LA QUALITÉ DE VIE DES PATIENTS ET DE LEURS PROCHES

- Comment offrir aux patients un continuum complet d'accompagnement en termes de soins tout au long de leur prise en charge et après cancer ?
- Comment assurer l'accès aux soins des personnes isolées et/ou peu mobilisables ? (Personnes âgées en perte d'autonomie, population âgée handicapée, ...)
- Comment améliorer l'accompagnement du patient âgé et de ses proches ? (Information, écoute, suivi) avec les professionnels de santé ? entre patients, entre proches ? avec les associations de patients ?
- Comment développer et améliorer l'accès aux soins de supports ? (Accessibilité économique, diversité des fonctions soins de supports, vulnérabilités sociales, programmes ETP, fracture numérique)
- Comment optimiser le retour à domicile des personnes âgées après intervention ou une prise en charge hospitalière ?
- Comment accompagner le virage ambulatoire hospitalier et développer de nouveaux modes de prises en charge en médecine de ville ? (En proximité)
- Comment évaluer les compétences et l'expérience des patients pour adapter leur prise en charge mais aussi pour améliorer l'observance des traitements ?
- Comment mesurer régulièrement l'expérience des patients âgés et des proches aidants ?

Autres thématiques spécifiques liées aux dysfonctionnements actuels observés dans la gestion des parcours patients

Comment éviter le recours aux hospitalisations évitables ?

Comment baisser la consommation des soins liée aux complications et/ou à l'absence de suivi des traitements ?

Réflexion transversale

Les outils numériques peuvent-ils apporter une réponse concrète, facilement accessible pour accompagner la transformation des organisations, des métiers et des prises en charge ?

- Comment intégrer la télémédecine dans les pratiques professionnelles ?
- Comment faciliter l'exercice professionnel ?
- Comment mettre à profit les progrès techniques et numériques pour structurer les modalités d'intervention des spécialistes ?
- Comment contribuer au développement d'outils numériques à destination de la patientèle. (Place de l'intelligence artificielle, e.ETP, e-réadaptation, amélioration de l'observance des traitements, prévention et éducation à la santé ...)

En quoi les outils numériques, l'intelligence artificielle peuvent-ils soutenir le développement d'une médecine personnalisée ?





 CLUBSTER
NSL
Nutrition Santé Longévité





EthiCare
CONSEIL

POUR EN SAVOIR PLUS :
WWW.ETHICARE.FR
DIRECTION@ETHICARE.FR
06 75 64 50 81



POUR EN SAVOIR PLUS :
WWW.CLUBSTER-NSL.COM
LLEBON@CLUBSTER-NSL.COM