



# Tutorat 2023-2024



FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

PREFMS CHU DE TOULOUSE

Rédaction 2023-2024

UECP 34

Oncologie Hématologie

Le dispositif d'annonce

*Ce cours vous est proposé bénévolement par le Tutorat Les Nuits Blanches qui en est sa propriété. Il n'a bénéficié d'aucune relecture par l'équipe pédagogique de la Licence Sciences pour la Santé ni de l'IFSI. Il est ainsi un outil supplémentaire, qui ne substitue pas aux contenus diffusés par la faculté et l'institut en soins infirmiers.*

*Rédigé par Mimoune Inès à partir du cours de Dr Ifad Blazevic présenté le 08/11/2024.*

# Le dispositif d'annonce

## I. Introduction

### a. L'annonce du cancer : un traumatisme

L'annonce d'un cancer est un traumatisme : se rendre compte qu'on va devoir vivre avec la maladie et ses traitements (*contraignants*), l'annonce d'un cancer est souvent associée à la mort et la souffrance (inquiétude important). Il y a une sidération à l'annonce : *tout n'est pas entendu et compris : importance de reformuler et de bien expliquer.*

### b. Une prise en charge complexe

La prise en charge est pluridisciplinaire et complexe : chirurgie, radiothérapie, oncologie médicale, radiologie, soins de support. Il y a aussi du lien et de la coordination entre l'établissement de santé principale (*ex : Oncopole*) et établissement de ville.

## II. Un parcours de soins codifié

### a. Généralité

Le parcours de soins est codifié : il y a une discussion systématique en réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP), un programme personnalisé de soins (PPS) *est établi pour chaque patient*, le dispositif d'annonce est réfléchi au préalable (*comment l'annoncer au patient, quels mots utiliser...*), enfin un programme personnalisé de l'après cancer est discuté (PPAC).

### b. Le programme personnalisé de soins (PPS)

C'est un document écrit et remis au patient au début de sa prise en charge. Il doit être validé en réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP). Le document détaille de façon personnalisée (*par rapport aux cas du patient*) les traitements prévus (chimiothérapie, traitement locaux ...). Il fait partie du dispositif d'annonce.

### c. Dispositif d'annonce

Ce dispositif a été instauré en 2005 lors du premier plan cancer. Il se compose de 4 temps : médical, soignant, accès aux soins support, articulation avec la médecine de la ville.

Temps médical	Temps soignants	Accès aux soins de support	Articulation avec la médecine de ville
Annnonce du diagnostic par un médecin  Proposition de la stratégie thérapeutique	Écoute du malade par un(e) IDE d'annonce  Reformulation de la consultation d'annonce  Information sur le déroulement des soins  Orientation vers d'autres professionnels	Prise en charge des symptômes  Repérage des besoins spécifiques : psychologue, association de patients, assistante sociale	Le médecin traitant est associé au parcours de soins  Ouverture à l'affection de longue durée (ALD) pour une prise en charge à 100% par l'assurance maladie

#### d. Le modèle de plan personnalisé

Le modèle de plan personnalisé de l'après-cancer comporte différents types d'informations :

- Une information à destination du patient à propos de la mise en place du suivi médical après traitement du cancer
- Un volet consacré à la surveillance médicale, avec notamment un plan personnalisé de surveillance détaillant la fréquence des consultations médicales
- Un volet relatif à la qualité de vie et à l'accès aux soins de support
- Un volet relatif à l'accompagnement social : retour à l'emploi, aides financières, démarches administratives...
- Un volet contacts, avec les coordonnées des différents intervenants.

### III. Cas clinique de Monsieur R (*pour illustrer*)

#### a. Présentation de monsieur R lors de sa première consultation

Monsieur R a 62 ans.

Situation familiale : il est marié et a deux enfants

Situation professionnelle : était chauffeur de bus mais est maintenant retraité.

Facteurs de risque : tabagisme actif

Antécédents et comorbidité : fracture du tibia, HTA traité par Ramipril

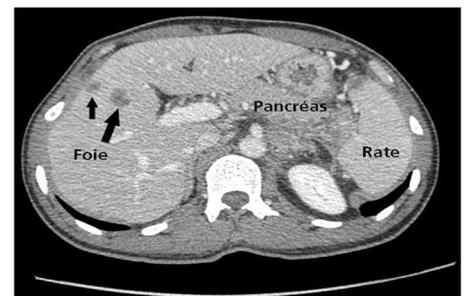
Motif de consultation : asthénie intense, perte de 7kg en 1 mois (amaigrissement), douleur abdominale, fièvre prédominante le soir.

A l'examen : œdème du membre inférieur droit donc suspicion de phlébite (*car c'est un des signes cliniques*)

#### b. Temps médical

Le 11 mars 2020 Mr R fait sa première consultation médicale où le médecin traitant réalise un examen clinique, prescrit des antalgiques (paracétamol et morphine), un bilan biologique et un scanner

Le 20 mars 2020 Mr R va chez son médecin traitant pour la deuxième fois. Il apporte son scanner, le médecin l'analyse et suspecte une tumeur pancréatique. Il adresse Mr R à l'oncologue médicale du CHU de Rangueil (spécialiste)



*Scanner de monsieur R*



## Programme thérapeutique

DIAGNOSTIC PRINCIPAL : .....

### PRISE EN CHARGE SPECIFIQUE :

Oncofertilité : Oui  Non  Dr ..... ☎

Oncogénétique : Oui  Non  Dr ..... ☎

Oncogériatrie : Oui  Non  Dr ..... ☎

Adolescents / Jeunes adultes (AJA) : Oui  Non  Contact Infirmier(e) de coordination AJA : ..... ☎

Autre : Oui  Non  Si oui, précisez laquelle : ..... Dr ..... ☎

ESSAI CLINIQUE : Oui  Non  NOM DE L'ESSAI : .....

CHIRURGIE : Oui  Non  Dr .....

Type d'intervention proposée : ..... Date : .../.../.....

TRAITEMENTS MEDICAMENTEUX Dr .....

VOIE INJECTABLE - Dispositif Veineux Implantable / Voie Veineuse Centrale : Oui  Non  - Pose le .../.../.....

CHIMIOThERAPIE Médicament(s) : ..... VOIE ORALE Médicament(s) : .....

Oui  Non  Date de début : .../.../..... Fréquence : ..... Nombre prévisionnel de cycles : ..... Date de début : .../.../..... Durée prévisionnelle : .....

ModaliTés d'adminiStration : .....

IMMUNOTHERAPIE Médicament(s) : ..... Médicament(s) : .....

Oui  Non  Si chimiothérapie associée, modalités identiques pour ce(s) médicament(s) : Oui  Non  Date de début : .../.../..... Durée prévisionnelle : .....

Si non : Date de début : .../.../..... Fréquence : ..... Nombre prévisionnel de cycles : ..... ModaliTés d'adminiStration : .....

THERAPIE CIBLEE Médicament(s) : ..... Médicament(s) : .....

Oui  Non  Si chimiothérapie associée, modalités identiques pour ce(s) médicament(s) : Oui  Non  Date de début : .../.../..... Durée prévisionnelle : .....

Si non : Date de début : .../.../..... Fréquence : ..... Nombre prévisionnel de cycles : ..... ModaliTés d'adminiStration : .....

HORMONOTHERAPIE Médicament(s) : ..... Médicament(s) : .....

Oui  Non  Date de début : .../.../..... Durée prévisionnelle du traitement : ..... Date de début : .../.../..... Durée prévisionnelle : .....

ModaliTés d'adminiStration : .....

Examens et suivi : .....

2

© Hcéva Région de Santé Régionale Océan Atlantique - Octobre 2020

## Programme thérapeutique

RADIOTHERAPIE : Oui  Non  Dr .....

Organe traité : ..... Chimiothérapie concomitante : Oui  Non

Date de la 1<sup>ère</sup> séance : .../.../..... Date prévisionnelle de fin : .../.../..... Nombre prévisionnel de séances de radiothérapie : .....

Examens et suivi : .....

CURIETHERAPIE : Oui  Non  Dr .....

Organe traité : .....

Date(s) : .../.../.....

Examens et suivi : .....

ACTE INTERVENTIONNEL : Oui  Non  Dr .....

Type(s) d'acte(s) : ..... Date(s) de(s) rendez-vous : .../.../.....

Type(s) d'acte(s) : ..... Date(s) de(s) rendez-vous : .../.../.....

Type(s) d'acte(s) : ..... Date(s) de(s) rendez-vous : .../.../.....

Examens et suivi : .....

AUTRES TRAITEMENTS : Oui  Non  Dr .....

Type de traitement : ..... Date(s) : .../.../.....

Examens et suivi : .....

## Soins de support

Les soins de support constituent une approche globale des besoins d'accompagnement face à la maladie pour assurer une meilleure qualité de vie.

Évoqués dès la consultation d'annonce, les soins de support sont proposés après l'évaluation des besoins par le médecin traitant ou l'équipe de soins.

Ils sont mis en oeuvre dès le début de la prise en charge, et peuvent évoluer tout au long de la maladie, pendant et après les traitements

Vous souhaitez plus d'informations sur les Soins de Support ?

Téléchargez la brochure en scannant le QR Code :



3

© Hcéva Région de Santé Régionale Océan Atlantique - Octobre 2020

# Planning prévisionnel

	MOIS ...				MOIS ...				MOIS ...				MOIS ...				MOIS ...				MOIS ...				MOIS ...						
	Semaines				Semaines				Semaines				Semaines				Semaines				Semaines				Semaines						
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3
DATES	DATES																														
<b>CHIMIOThERAPIE</b> LIEU : .....																															
<b>IMMUNOTHERAPIE / THERAPIE CIBLEE</b> LIEU : .....																															
<b>HORMONOTHERAPIE</b>																															
<b>RADIOTHERAPIE</b> LIEU : .....																															
<b>CURIETHERAPIE</b> LIEU : .....																															
<b>BILANS SANGUINS</b> LIEU : .....																															
<b>BILANS RADIOLOGIQUES</b> LIEU : .....																															
<b>CONSULTATIONS</b> DR : .....																															
LIEU : .....																															
<b>AUTRES (PRECISER)</b> .....																															

© Héma-lyon et de l'Association Française de Cancérologie Oncologie - Octobre 2020

## FICHE DE REPERAGE DES BESOINS DES PATIENTS EN SOINS DE SUPPORT

Avant traitement du cancer  Pendant traitement du cancer  Après traitement (après cancer)

Cadre réservé à l'équipe de soins

Date : ..... / ..... / .....

Réalisé par (Nom) : .....

Fonction : .....

Nom du Médecin traitant : .....

Couverture sociale : Sécurité sociale : Oui  Non   
Mutuelle : Oui  Non   
ALD : Oui  Non  En cours

### IDENTIFICATION PATIENT(E) — Sexe M F

Nom : .....

Nom de jeune fille : .....

Prénom(s) : .....

Date de naissance : ..... / ..... / .....

#### (1) PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR

Avez-vous des douleur(s) ? Oui  Non

Si oui, localisation de la douleur : .....

Intensité moyenne de la douleur sur une échelle de 0 à 10 : .....

La douleur perturbe-t-elle votre sommeil ? Oui  Non

La douleur perturbe-t-elle vos activités habituelles ? Oui  Non

Prenez-vous un traitement antalgique ? Oui  Non

Si oui, le(s)quel(s) ? .....

Le(s) traitement(s) vous soulage(nt)-il(s) ? Oui  Non

#### (3) PRISE EN CHARGE DIETETIQUE & NUTRITION

Votre appétit est : Augmenté  Diminué   
Inchangé  Aucun appétit

Avez-vous des symptômes associés ? Oui  Non   
(Troubles de la déglutition ou mastication, nausées et/ou vomissements...)

Si oui, le(s)quel(s) : .....

Perte de poids ≥ à 5% en 1 mois : Oui  Non

Et / ou perte de poids ≥ à 10% en 6 mois : Oui  Non

Votre poids actuel (kg) : .....

Votre poids habituel avant la maladie (kg) : .....

Votre taille (m) : .....

IMC (= poids / (taille)<sup>2</sup> en kg/m<sup>2</sup>) : .....

#### ORIENTATION

**PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR**  
Médecin traitant  Médecin algologue   
Autre  Préciser : .....

Nom : .....  
Structure : ..... Téléphone : .....

**PRISE EN CHARGE SOCIALE, FAMILIALE ET PROFESSIONNELLE**  
Médecin traitant  Assistant(e) social(e)   
Autre  Préciser : .....

Nom : .....  
Structure : ..... Téléphone : .....

**PRISE EN CHARGE DIETETIQUE ET NUTRITION**  
Médecin traitant  Médecin nutritionniste  Diététicien(ne)   
Autre  Préciser : .....

Nom : .....  
Structure : ..... Téléphone : .....

**PRISE EN CHARGE PSYCHOLOGIQUE**  
Médecin traitant  Médecin psychiatre  Psychologue   
Autre  Préciser : .....

Nom : .....  
Structure : ..... Téléphone : .....

**CONSEILS D'HYGIENE DE VIE**  
Médecin traitant  Médecin addictologue   
Autre  Préciser : .....

Nom : .....  
Structure : ..... Téléphone : .....

#### (2) PRISE EN CHARGE SOCIALE, FAMILIALE ET PROFESSIONNELLE

Vivez-vous seul ? Oui  Non

Avez-vous des enfants à charge ? Oui  Non

Si oui, nombre d'enfants : .....

Age des enfants : .....

Etes-vous aidant d'un proche ? Oui  Non

Avez-vous des difficultés dans les activités de base de la vie quotidienne ? (Toilette, repas, habillement etc.) Oui  Non

Avez-vous des inquiétude(s) sur le plan financier, professionnel, familial ou sur l'hébergement ? Oui  Non

Etes-vous isolé ? (Géographiquement, socialement etc.) Oui  Non

Information(s) complémentair(e)s : .....

#### (4) PRISE EN CHARGE PSYCHOLOGIQUE DES PATIENTS

Eprouvez-vous de l'anxiété ou de l'inquiétude ? Oui  Non

Avez-vous des troubles du sommeil ? Oui  Non

Avez-vous une baisse de moral ces derniers temps ? Oui  Non

Avez-vous déjà eu des épisodes dépressifs ? Oui  Non

Souhaitez-vous un soutien d'ordre moral ? Oui  Non

#### (5) CONSEILS D'HYGIENE DE VIE

Consommation de tabac Oui  Non

Consommation d'alcool Oui  Non

Avez-vous d'autres addictions(s) ? (Cannabis, cocaïne, opioïdes etc.) Oui  Non

Si oui, la (les)quelle(s) : .....

© Héma-lyon et de l'Association Française de Cancérologie Oncologie - Octobre 2020

