

EHESP

MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE

– 2014 –

**LA COORDINATION DES SOINS
A L'ÉPREUVE DE L'ONCOGÉRIATRIE**

– Groupe n° 13 –

- | | |
|-----------------------------|----------------------------|
| – Harmonie ACQUAVIVA | – Aurélie BARATIER |
| – Messaoud BOULHAT | – Anaëlle BOSCHAT |
| – Nicolas COUDOURNAC | – Isabelle GARROS |
| – Nathalie LEROUX | – Cyrielle ORDUREAU |
| – Philippe PLACE | – André WEIDER |

Animatrice : Christelle ROUTELOUS

Sommaire

Introduction	1
Partie 1 : De la nécessité de prendre en considération les spécificités de la population âgée atteinte de cancer à l'émergence de l'oncogériatrie	4
A) Un public complexe : des enjeux de pathologies chroniques et de perte d'autonomie grandissante	4
B) A la croisée des enjeux de cancérologie et de gériatrie : sensibiliser la cancérologie aux besoins du grand âge	5
C) L'approche gériatrique d'une prise en charge globale : la complémentarité des acteurs.....	6
D) L'émergence de l'oncogériatrie : l'apprentissage d'un regard croisé	8
Partie 2 : Une coopération entre les oncologues et les gériatres dans la prise en charge des personnes âgées atteintes de cancer	9
A) D'une dynamique de politique publique fondée sur une logique top-down à des enjeux stratégiques et managériaux.....	10
1. La mise en place d'un environnement institutionnel initiateur de coopération entre oncologues et gériatres	10
2. Une stratégie de coordination des soins en oncogériatrie confrontée aux réalités de terrain	13
3. Un management au service du déploiement de la coordination des soins en oncogériatrie	15
B) Une organisation au service d'une coordination pluridisciplinaire	18
1. La dimension opérationnelle	18
2. Les outils	20
C) L'impact des cultures professionnelles sur l'émergence de l'oncogériatrie	22
1. L'importance de la perception d'utilité et l'adhésion à l'oncogériatrie.....	22
2. La réussite de la réunion entre oncologues et gériatres conditionnée par l'existence d'une prédisposition au changement	23
Partie 3 : Préconisations pour la généralisation du dispositif	25
Conclusion.....	27
Bibliographie.....	29
Annexes	I

Remerciements

L'ensemble des membres du groupe tient à adresser ses sincères remerciements :

- Aux personnes interrogées, pour leur coopération et leur disponibilité ;
- A Christelle ROUTELOUS, pour sa disponibilité, son implication, sa réactivité dans le suivi de nos travaux et ses conseils ;
- A Emmanuelle GUEVARA et Christophe Le RAT pour l'organisation de ce module interprofessionnel de santé publique

Liste des sigles utilisés

3C : Centre de coordination en cancérologie

ARS : Agence Régionale de Santé

DCC : Dossier communiquant de cancérologie

EGA : Evaluation gériatrique approfondie

EHPAD : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées et dépendantes

HAD : Hospitalisation à domicile

INCa : Institut national du cancer

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

InVS : Institut national de veille sanitaire

MAIA : Maison pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer

RCOG : Réunion de concertation en oncogériatrie

RCP : Réunion de concertation pluridisciplinaire

RRC : Réseau régional de cancérologie

PAERPA : Parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie

PPS : Programme personnalisé de soins

PRS : Projet régional de santé

UCOG : Unité de coordination en oncogériatrie

UPCOG : Unité pilote de coordination en oncogériatrie

Méthodologie

Notre mémoire a consisté en une réflexion sur les leviers et les freins de la coordination des soins en oncogériatrie.

Le groupe était constitué de deux élèves directeurs d'hôpital, deux élèves inspecteurs de l'action sanitaire et sociale, un élève directeur des soins, deux élèves attachés d'administration hospitalière et de trois élèves directeurs d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux.

Tout au long de notre travail nous avons été encadrés par Mme Christelle ROUTELOUS sociologue enseignante-chercheure à l'EHESP.

Organisation :

Dans un premier temps, notre travail a reposé sur l'appropriation des concepts relatifs à l'oncogériatrie à travers un corpus de documents extraits de revues scientifiques.

Dans un second temps, nous avons analysé six entretiens réalisés et retranscrits au préalable par Mme Christelle ROUTELOUS. En outre, nous avons conduit deux interviews téléphoniques pour lesquels nous avons établi des grilles d'entretiens semi-directifs.

Nous nous sommes appuyés sur la matrice du modèle de Harvard dit « SWOT » (Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats) afin d'établir une analyse des différents entretiens.

Après avoir établi le diagnostic nous avons dégagé six axes de réflexion (environnement institutionnel, stratégie et management, organisation et outils, cultures professionnelles) que nous avons confrontés à une grille d'analyse retraçant le parcours du patient.

Limites :

Sur le plan opérationnel, l'appropriation du sujet aurait pu être renforcée par une observation et une rencontre sur le terrain.

Sur le plan de l'analyse, l'entretien avec un médecin généraliste aurait pu être pertinent tout comme avec un patient qui aurait pu nous donner le point de vue d'un usager.

Introduction

La France, à l'instar des autres pays européens, est marquée par le vieillissement de sa population. Selon les projections démographiques de l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee)¹, la population de la France métropolitaine en 2035 pourrait être composée de 22,3 millions de personnes de 60 ans ou plus, soit environ 31 % de la population. Les personnes de plus de 75 ans devraient représenter quant à elles 13,6% de la population (contre 8,5% en 2007). Ces changements démographiques ont pour conséquence l'augmentation progressive de l'incidence et de la mortalité liées au cancer dans la population âgée.

Plusieurs travaux ont démontré qu'il existe une relation évidente entre le vieillissement et l'incidence du cancer. Selon une étude réalisée par l'Institut National de Veille Sanitaire (InVS), l'incidence du cancer augmente régulièrement au cours de la vie, avec un taux 10 fois supérieur après 65 ans. Les données montrent que près d'un tiers des cancers surviennent chez des personnes de plus de 75 ans et les projections indiquent que cette proportion atteindra 50 % en 2050².

Si les cancers peuvent être traités avec autant de succès que chez l'adulte plus jeune, le diagnostic se fait souvent de manière tardive chez la personne âgée. Selon un rapport du ministère de la Santé³, environ 20 % des patients âgés attendent près d'un an avant de consulter pour des symptômes pourtant clairement définis : amaigrissement, fatigue persistante, troubles de la digestion etc. Les médecins peuvent également avoir tendance à s'orienter vers d'autres pathologies liées au vieillissement. De ce diagnostic tardif découle une gravité plus importante de la maladie et une surmortalité⁴. D'après l'InVS, sur les plus de 150.000 décès causés chaque année par le cancer, 40% concernent des personnes âgées de 65 à 80 ans.

Cette augmentation progressive de l'incidence et de la mortalité liées au cancer dans la population âgée amène à s'interroger sur la prise en charge de ces patients âgés atteints de cancer. Pendant longtemps, cette population ne faisait pas l'objet d'une prise en charge spécifique : soit les risques étaient surestimés et la personne n'était pas traitée, soit ils étaient sous-estimés et la personne était traitée comme un patient adulte sans prendre en considération les besoins liés à son âge.

¹ BLANPAIN N., CHARDON O., *Projections de population à l'horizon 2060*, INSEE Première, n° 1320, octobre 2010

² MARANINCHI, D. (dir), *Etat des lieux et perspectives en oncogériatrie*, INCa, 2009

³ ABENHAIM, L., *Rapport de la commission d'orientation sur le cancer*, 2003, chap. 8

⁴ ALBRAND, G., *Démographie et épidémiologie nécessaires à l'oncogériatrie*, La revue du praticien, Vol. 59, 20 mars 2009, p. 329-331

Pourtant, la population oncologique âgée diffère par bien des aspects de la population jeune. Les patients âgés présentent souvent une certaine fragilité, définie par la Société Française de Gériatrie et de Gérontologie comme « un syndrome qui reflète une diminution des capacités physiologiques de réserve et qui altère les mécanismes d'adaptation au stress ». Par ailleurs, les patients âgés présentent souvent des comorbidités et leur organisme peut être affaibli par d'autres pathologies liées à l'âge (insuffisance rénale, affection cardiovasculaire, troubles cognitifs), ce qui complique la prise en charge. La présence de ces comorbidités induit en général l'usage de multiples traitements médicamenteux pouvant interférer avec le traitement oncologique et contribuer à une augmentation de la toxicité d'origine iatrogène. En outre, d'autres éléments tels que les aspects nutritionnels, la fatigue liée aux déplacements ou encore l'environnement social doivent être pris en considération. S'il n'existe pas de démarches diagnostiques ou thérapeutiques standardisées par des essais cliniques, ces éléments indiquent que le patient oncologique âgé nécessite une prise en charge globale, intégrant les dimensions médicale, cognitive et sociale.

Cette complexité implique de repenser la prise en charge autour de la collaboration des acteurs de deux disciplines distinctes : l'oncologie et la gériatrie. Ces deux spécialités médicales n'ont a priori ni le même objet, ni la même finalité. L'oncologie, spécialité médicale consacrée à l'étude, au diagnostic et au traitement du cancer, est avant tout une « médecine d'organe » à visée thérapeutique. La gériatrie, orientée vers le traitement des maladies touchant les personnes âgées, a pour but de prévenir et de maîtriser au mieux l'évolution de l'état de santé des personnes âgées. Elle s'attache davantage à la prise en charge globale de la personne dans l'objectif du maintien de la qualité de vie de la personne. Ainsi, si le rôle de l'oncologue est thérapeutique, celui du gériatre est plutôt généraliste. Or, afin de prendre en compte la personne dans sa globalité et de permettre au patient de conserver la meilleure qualité de vie possible, il convient de repenser la prise en charge des personnes âgées pour que s'allient ces deux spécialités.

De cette nécessité de repenser la prise en charge de personnes âgées atteintes de cancer est né le concept d'oncogériatrie. Selon la définition adoptée par l'Institut National du Cancer (INCa), « l'oncogériatrie est le rapprochement de deux spécialités, la cancérologie et la gériatrie. Cette pratique vise à garantir à tout patient âgé atteint de cancer un traitement adapté à son état grâce à une approche multidisciplinaire et multi-professionnelle ». Cette pratique doit constituer une aide à la détermination du rapport bénéfice-risque et ainsi permettre une modulation de la décision à l'aune des différents enjeux qui l'imprègnent. Il s'agit d'individualiser la prise en charge de la personne âgée atteinte de cancer à l'aide d'outils couramment utilisés et d'une approche multidisciplinaire.

En France, cette démarche s'organise depuis une dizaine d'années sous l'impulsion des pouvoirs publics. Suite au plan Cancer de 2003, les premières Unités Pilotes de Coordination en Oncogériatrie (UPCOG) ont été mises en place en 2006. Aujourd'hui, chaque région compte au moins une de ces unités favorisant la coordination en oncogériatrie. Ces unités jouent un rôle primordial dans la diffusion des bonnes pratiques mais aussi dans la recherche et la formation des professionnels. En outre, un outil de dépistage gériatrique a été mis en place pour permettre aux oncologues d'identifier, parmi les patients âgés atteints de cancer, ceux qui devraient bénéficier d'une évaluation gériatrique approfondie. Cet outil, dit questionnaire G8 ou étude oncodage, est promu par l'INCa. Progressivement, les acteurs de la prise en charge des patients âgés atteints de cancer se forment notamment par le biais de Diplômes Universitaires d'Oncogériatrie.

Malgré ce schéma a priori favorable, l'évaluation gériatrique en cancérologie n'est pas encore entrée dans les mœurs. Si quelques médecins la pratiquent et, pour certains, de manière systématique, tous n'ont pas intégré à leur pratique cette nouvelle exigence. L'évidence clinique pour la mise en place de cette démarche ne fait pas forcément sens pour les acteurs de terrain.

Face à ce constat, quelles sont les conditions de réussite de l'appropriation de cette démarche par les acteurs de la prise en charge du patient ?

Pour répondre à cette interrogation, nous avons, à travers l'analyse d'entretiens réalisés avec des gériatres, oncologues et infirmières coordinatrices, identifié les éléments favorables et défavorables à la mise en œuvre d'une démarche oncogériatrique par les acteurs. Enfin, nous avons émis un certain nombre de préconisations transposables à d'autres démarches de coordination des soins.

Partie 1 : De la nécessité de prendre en considération les spécificités de la population âgée atteinte de cancer à l'émergence de l'oncogériatrie

L'oncogériatrie concerne une population hétérogène avec des pathologies complexes voire multiples (A) pour laquelle une sensibilisation à destination des professionnels de santé est en train d'émerger (B). Cette nouvelle approche implique plusieurs acteurs complémentaires pour une prise en charge globale (C) et fait naître des réflexions croisées (D).

A) Un public complexe : des enjeux de pathologies chroniques et de perte d'autonomie grandissante

Chez les personnes âgées atteintes de cancer, il existe une forte hétérogénéité à la fois de l'état de santé et de l'espérance de vie dans chaque tranche d'âge, mais aussi de l'environnement, ainsi que de la nature et de l'extension du cancer⁵. La population âgée souffrant de cancer peut ainsi être répartie en plusieurs catégories définies par Balducci⁶:

- le patient est autonome et sans comorbidité, il peut bénéficier d'un traitement standard, semblable à celui proposé à des individus plus jeunes ;
- le patient est dépendant, avec plus de trois comorbidités et des syndromes gériatriques évolutifs, sa situation trop dégradée l'oriente vers une prise en charge palliative ;
- la personne âgée a une dépendance fonctionnelle et une ou deux comorbidités, son état permet la mise en place d'un traitement adapté.

L'analyse par le regard croisé de l'oncogériatrie peut apporter une contribution intéressante concernant particulièrement ce dernier groupe. Il est en effet nécessaire d'adapter à la personne âgée les prescriptions des oncologues tant au niveau diagnostique que thérapeutique. Ainsi, est-il acquis que « *les examens diagnostiques prescrits par la cancérologue selon les standards habituels, sont souvent plus difficiles à réaliser chez la personne âgée et sont parfois moins contributifs* »⁷. Pour cela, il faut prendre en compte certaines particularités : la sévérité des comorbidités (dont les principales sont l'hypertension artérielle et les arthropathies), les troubles cognitifs, l'attitude de l'entourage... Il convient notamment d'évaluer le risque de mortalité dû à la tumeur et celui dû à l'état de santé.

⁵ CASTEL-KREMER,E ; DROZ, J.P., *Mécanisme de décision en oncogériatrie*, La revue du praticien, Vol. 59, 20 mars 2009, p. 339

⁶ BALDUCCI, L. *Evidence-based management of cancer in the elderly*, Cancer Control,n° 7, 2000, p.368-376

⁷ CASTEL-KREMER,E ; DROZ, J.P., *Mécanisme de décision en oncogériatrie*, La revue du praticien, Vol. 59, 20 mars 2009, p. 341

Par ailleurs, il est nécessaire d'estimer le rapport bénéfice-risque et d'évaluer le désir du patient. Tout l'enjeu est de coordonner le soin et l'accompagnement global de la personne âgée. Dans ce contexte, la collaboration entre oncologue et gériatre est recherchée afin de permettre de fournir une grille d'analyse spécifique pour aider à mesurer le rapport coût/bénéfice, ne pas « sous-traiter » ou « sur-traiter » mais adapter le traitement et l'inscrire dans une prise en charge globale de la personne (état de santé général, antécédents médicaux, niveau d'autonomie, ressources pour l'observance du traitement, appui familial...). Cette collaboration devient alors un enjeu médical majeur pour ces deux spécialités.

B) A la croisée des enjeux de cancérologie et de gériatrie : sensibiliser la cancérologie aux besoins du grand âge

L'oncologie, qui a beaucoup progressé grâce aux études cliniques, a récemment bénéficié de la mise en place d'une politique publique soutenue afin d'améliorer la prise en charge des cancers chez la personne âgée. Le Plan cancer 2003-2007 a ainsi souligné la nécessité d'organiser les soins autour du patient et celle d'une prise en charge globale et personnalisée avec des référentiels particuliers concernant la spécificité des problèmes posés par la prise en charge des personnes âgées⁸. Le Plan cancer 2009-2013 incite, quant à lui, à développer les prises en charge spécifiques, notamment pour les personnes âgées⁹ et à encourager le développement de l'oncogériatrie. Le 3^{ème} plan cancer présenté en février dernier appelle, enfin, à s'appuyer sur une recherche clinique renforcée pour cette population.

Depuis le plan cancer 2003-2007, la filière oncologique s'est structurée notamment autour des Centres de Coordination en Cancérologie (3C) mis en place pour assurer la généralisation d'une approche concertée et pluridisciplinaire au sein des établissements de santé autorisés en cancérologie¹⁰. Le processus décisionnel en oncologie retient un mode de travail par Réunions de Concertation Pluridisciplinaire (RCP). Celles-ci regroupent des professionnels de santé de différentes disciplines dont les compétences sont indispensables afin de prendre une décision accordant aux patients la meilleure prise en charge en fonction de l'état de la science. Suite à la RCP, est élaboré un Programme Personnalisé de Soins (PPS). Ce processus décisionnel s'appuie également largement sur la recherche clinique afin notamment d'évaluer l'effet des nouveaux traitements. Or, il est constaté que celle-ci fait défaut s'agissant de la personne âgée. Pourtant, il existe un champ large pour cette étude car les types de

⁸ Plan cancer 2003-2007, mesure 38

⁹ Plan cancer 2009-2013, mesure 23.4

¹⁰ Plan cancer 2003-2007, mesure 32 – Circulaire du 22 février 2005

cancers impactant les personnes âgées sont multiples et variés. Chez l'homme, les principaux cancers sont les cancers de la prostate, du poumon et du colon-rectum. Chez la femme, il s'agit des cancers du sein, du colon-rectum et du poumon¹¹.

La prise en charge des cancers des personnes âgées varie selon le mode de découverte (découverte fortuite d'une tumeur asymptomatique, cancer symptomatique) selon le lieu où émerge la décision médicale (patient pris en charge par la filière oncologique ou par la filière gériatrique) et selon le mode de traitement envisagé (chirurgie, radiothérapie, traitements médicaux). A titre d'exemple, dans le cas d'un cancer du sein, il pourra être proposé de pratiquer une radiothérapie avec fractionnement afin de diminuer le nombre de séances et la fatigue associée aux déplacements¹². Dans d'autres cas, certaines interventions sont proscrites compte tenu des risques qu'elles présentent. Toute la difficulté est d'identifier les patients susceptibles de bénéficier d'un PPS anticancéreux optimal et ceux pour lesquels il convient de proposer des soins symptomatiques voire de confort. C'est le difficile pari que souhaite relever le 3^{ème} plan cancer en poursuivant les actions de rapprochement des praticiens des deux spécialités de l'oncologie et de la gériatrie notamment au travers d'une prise en charge globale.

C) L'approche gériatrique d'une prise en charge globale : la complémentarité des acteurs

Pour comprendre la dimension gériatrique, il est nécessaire d'identifier les termes afférents à cette approche médicale globale de la personne âgée. La gériatrie est une composante de la gérontologie. Cette dernière se définit comme l'étude du phénomène de vieillissement chez l'être humain ainsi que de ses conditions de vie. De ce fait, cette notion s'intéresse à un champ large de concepts sociologiques, économiques, épidémiologiques, démographiques, psychologiques et non pas seulement médicaux. Si la gérontologie effectue des recherches dans divers domaines pour comprendre quelles sont les causes et les conséquences des différentes modifications que subit l'organisme en prenant de l'âge, la gériatrie sous un angle médical tente de résoudre ces problèmes liés au vieillissement. Cette spécialité médicale concerne en effet plus précisément les affections physiques, mentales, fonctionnelles et sociales des patients âgés. Toutefois, elle présente une dimension transversale

¹¹ ALBRAND, G., *Démographie et épidémiologie nécessaires à l'oncogériatrie*, La revue du praticien, Vol. 59, 20 mars 2009, p. 330

¹² GIRRE, V *et al*, *Prise en charge des principaux cancers chez la personne âgée*, La revue du praticien, Vol. 59, 20 mars 2009, p.347

à part entière suscitée aussi bien par l'existence d'une polyopathie (coexistence de plusieurs maladies chroniques chez le même individu, souvent âgé) que par la polymédication (consommation chronique de plus de quatre médicaments différents). La globalité d'une telle prise en charge recoupe le besoin de soutien médico-psycho-social : c'est ce que vise en soi la gériatrie qui, à travers un raisonnement médical, tente de soulager et d'améliorer les aspects psycho-sociaux affectés par le vieillissement de l'âge et toutes les dérivées s'y afférant. A cette fin, l'approche gériatrique s'intègre dans une logique de projet de vie, autrement dit elle occupe une place à part entière dans la volonté des pouvoirs publics d'instaurer le PPS pour les personnes âgées notamment. Reconnue comme une spécialité médicale depuis 2004 en France, elle fait l'objet d'un enseignement spécifique lors du second cycle de formation des médecins. Elle bénéficie d'un appui national et régional au sein de la Société Française de Gériatrie et de Gérontologie.

Par ailleurs, il devient inévitable d'inclure une complémentarité des acteurs à travers l'intervention du gériatre au cours du parcours de soins du patient âgé. La démarche du gériatre remplit un processus tracé à l'aide de la réalisation d'évaluations distinguées sur trois niveaux : le dépistage où la compétence gériatrique n'est pas requise ; l'évaluation standardisée dont l'objectif est de rechercher les syndromes gériatriques et d'apprécier les comorbidités, l'Evaluation Gériatrique Approfondie (EGA) dont l'objectif est de maintenir à domicile des personnes âgées dépendantes, ou présentant des risques d'entrée en dépendance, avec la meilleure qualité de vie possible en abordant la complexité de leurs problèmes¹³.

Ce troisième niveau reflète particulièrement la spécialité du gériatre qui prend la mesure de la prise en charge globale à travers trois étapes : la description des données environnementales et sociales du patient, l'inventaire des pathologies du sujet, la liste des incapacités du patient. A cette fin, il réalise une synthèse des éléments évalués *via* une hiérarchisation des problèmes de santé conduisant à un PPS, puis à sa mise en œuvre *via* la transmission des informations aux différents acteurs.

Enfin, la question du rôle du gériatre et de sa complémentarité se pose en termes d'« oncogériatrie ». Sur le plan individuel l'intérêt de cette pratique doit garantir de meilleurs diagnostics, une réduction des hospitalisations, une meilleure orientation, ou encore une

¹³ GAUJARD, S : TERRET, C. *Principes de l'évaluation gériatrique et son applicabilité en oncologie*, La revue du praticien, Vol. 59, 20 mars 2009, P. 333

optimisation des thérapeutiques. Sur le plan collectif, elle représente une réduction des coûts, une diminution des durées d'hospitalisation mais aussi une augmentation de la survie¹⁴.

D) L'émergence de l'oncogériatrie : l'apprentissage d'un regard croisé

L'oncogériatrie émerge depuis les années 1990 en mettant au cœur du dispositif la personne âgée atteinte d'un cancer et présente trois principes fondamentaux : la prise en charge globale, faire travailler ensemble les équipes de cancérologie et de gériatrie et inclure les médecins spécialistes et généralistes, les acteurs sociaux et les familles. Toutefois, si son utilité apparaît d'un point de vue subjectif, cela reste à démontrer objectivement. D'où la nécessité de réaliser encore des études médico-économiques pour répondre à cette question.

En outre, sur le plan de la recherche, des études sont en cours concernant le lien entre le vieillissement et le cancer, l'impact du vieillissement sur l'évolution du cancer, l'évaluation des thérapeutiques et leur tolérance, mais aussi l'impact de l'EGA. D'autres questions restent encore inexplorées telles que l'approche de l'information, la perception de la prise en charge, l'étude de ses impacts et les désirs des patients.

Aujourd'hui la standardisation de l'oncogériatrie en France sur le plan opérationnel relève de la mise en place par l'INCa des Unités de Coordination en Oncogériatrie (UCOG). L'oncogériatrie fait partie d'un enseignement spécifique au cours du second et troisième cycle de la formation initiale en médecine. Cependant, si la gériatrie et l'oncologie sont des spécialités, l'oncogériatrie est une spécificité médicale. Cette spécificité n'est pas intégrée dans toutes les cultures médicales, notamment dans celles des cancérologues. Pour autant, le succès de l'oncogériatrie repose sur une prise en charge globale du patient âgé atteint d'un cancer lors du parcours de soins, au sein duquel les acteurs doivent être complémentaires. Cet équilibre repose sur quatre éléments : la place réelle du cancer comparée aux autres problèmes de santé, le risque de mourir ou de souffrir de complications du cancer, la tolérance au traitement, et les risques et bénéfices du traitement. A cette fin, la décision implique le cancérologue, qui apporte des données sur le stade évolutif du cancer, ainsi que le gériatre, consulté pour les patients fragiles résultant de situations polyopathologiques¹⁵. L'émergence de ces pratiques rend nécessaire une réflexion sur la coordination des soins en cancérologie.

¹⁴ DROZ J.P., Oncogériatrie : mettre la personne âgée au centre du dispositif, La revue du praticien, Vol. 59, 20 mars 2009, p. 229

¹⁵ CASTEL-KREMER E, *Mécanisme de décision en oncogériatrie*, La revue du praticien, Vol. 59, 20 mars 2009, p. 340

Partie 2 : Une coopération entre les oncologues et les gériatres dans la prise en charge des personnes âgées atteintes de cancer

Après avoir précisé l'oncogériatrie et ses enjeux, il s'agira de poser le cadre général des attendus de sa prise en charge et des collaborations qu'elle sous-tend. Cette approche multidimensionnelle est-elle l'approche à privilégier. Le déploiement de l'oncogériatrie en termes de parcours concertés décloisonnés est l'occasion de repenser, de façon globale et peut être idéale, l'accompagnement du patient âgé. En effet, la prise en charge idéale en matière de soins oncogériatriques « *doit être confrontée à la réalité* »¹⁶, avec un patient vivant à domicile et un médecin traitant au centre du parcours (annexe 1).

Les enjeux organisationnels découlant de la démarche oncogériatrique visent à faciliter la coordination de services segmentés à la fois au sein des établissements de santé et la coopération entre professionnels issus de spécialités différentes. La création de l'INCa en 2005 a permis de mettre en place la coordination de l'oncogériatrie « *entre oncologues, gériatres, médecins généralistes et de façon plus générale, l'ensemble des acteurs de soins visant à améliorer l'état de santé du patient âgé atteint de cancer aux différentes étapes de sa maladie* »¹⁷. Les organisations coordonnées, notamment au sein des RCP, améliorent la qualité de la prise en charge des personnes âgées, en dépit de difficultés persistantes. L'amélioration des organisations a pour but de rendre la prise en charge oncogériatrique plus efficace et plus efficiente.

A partir de ces constats et de l'hypothèse que des améliorations de la prise en charge globale de la personne âgée atteinte de cancer sont atteignables avec une coordination de l'ensemble des intervenants, il s'agit de mettre en évidence les leviers de la coopération.

Si les politiques publiques ont initié un environnement favorable à la coopération entre les gériatres et les oncologues à travers le déploiement de structures implantées sur le territoire (A), et à travers la définition des organisations et des outils (B), on peut néanmoins constater que leur mise en œuvre repose encore pour partie sur des cultures professionnelles segmentées (C).

¹⁶ *Ibid.* p. 341

¹⁷ MARANINCHI, D. (dir), *Etat des lieux et perspectives en oncogériatrie (synthèse du rapport)*, INCa, 2009, p.2

A) D'une dynamique de politique publique fondée sur une logique top-down à des enjeux stratégiques et managériaux

Les politiques publiques ont favorisé le déploiement d'UCOG en leur assignant plusieurs missions génériques (1). Cette structuration n'a cependant pas permis de favoriser la décision partagée entre gériatres et praticiens qui s'impose pourtant au moment de la prise en charge de la personne (2).

1. La mise en place d'un environnement institutionnel initiateur de coopération entre oncologues et gériatres

La prise en compte par les pouvoirs publics de la dimension oncogériatrique fait suite à l'appréhension progressive des spécificités de la personne âgée par les politiques de lutte contre le cancer et des particularités d'une maladie telle que le cancer par les politiques de prise en charge des personnes âgées. Cette impulsion nationale se caractérise par la mise en place au sein de l'INCa en 2005 de la Mission Oncogériatrie chargée de la promotion et de la coordination de travaux en épidémiologie, prévention, adaptation des traitements et essais cliniques sur la population âgée¹⁸. Cet intérêt croissant pour l'oncogériatrie a permis d'initier les premières expérimentations, notamment avec les UCOG et les évaluations gériatriques (a). Au-delà de ces deux premiers leviers, force est de constater la faiblesse des politiques publiques en matière de prise de décision concertée sur le parcours de soins (b).

a) Les UCOG et les évaluations gériatriques : des leviers d'action légitimés par les pouvoirs publics

Parmi les premières expérimentations lancées se trouvent les UCOG. Les 15 premières unités pilotes ont été mises en place en 2006 sur 13 régions suite à deux appels à projets lancés par l'INCa. Il existe aujourd'hui 24 UCOG¹⁹. Il est ressorti des entretiens que ces appels à projets UCOG ont permis aux professionnels locaux de se structurer autour d'une démarche commune. L'une des missions des UCOG est d'assurer le développement de la recherche notamment par des collaborations régionales. Cette dimension, à nouveau affirmée au sein du troisième plan cancer²⁰, apparaît comme une véritable plus-value quant à la connaissance sur l'impact des traitements et sur les spécificités de la personne âgée atteinte de cancer²¹ étant

¹⁸ Mesure 38 du premier Plan Cancer (2003-2007)

¹⁹ E-cancer

²⁰ mesure 2.16 du troisième plan cancer 3

²¹ MARANINCHI, D. (*dir*), *Etat des lieux et perspectives en oncogériatrie*, INCa, 2009, p. 330-331

donné que la plupart des protocoles n'incluent pas les personnes âgées de plus de 70 ans²². Dans cette logique des premiers protocoles nationaux ont été lancés et des études cliniques commencent à être menées sur des personnes âgées. Ces essais cliniques sont perçus par les gériatres comme une véritable opportunité : *« je crois que les gériatres ont envie d'avoir des études dans lesquelles est isolée la population gériatrique et aussi en isolant les personnes âgées en fonction des pathologies autres dont elles peuvent souffrir »*²³ et par les oncologues aussi. Une autre mission des UCOG consiste à informer le grand public et les professionnels sur l'oncogériatrie. L'objectif est d'aller au-delà des présupposés sur les cancers des personnes âgées *« afin d'en finir avec certaines idées reçues qui constituent aujourd'hui la principale entrave à l'optimisation de la thérapeutique des cancers des sujets âgés. »*²⁴. Cette communication autour de l'oncogériatrie peut constituer une véritable force dans la mesure où elle peut participer à la déconstruction des représentations sur le cancer des personnes âgées tout en promouvant l'utilité du dispositif. Certains professionnels mettent en avant ce manque d'information sur l'oncogériatrie qui se traduit par un manque de perception de l'utilité du dispositif *« voilà, c'est un peu mon sentiment et pour l'instant, je ne suis pas encore convaincu de ce que ça peut nous amener, nous apporter en termes d'amélioration de la qualité de la prise en charge »*²⁵. Concernant le soutien à la formation en oncogériatrie, le but des UCOG est d'homogénéiser les prises en charge et d'assurer une cohérence entre toutes les interventions. Le troisième plan cancer réaffirme ce rôle des UCOG dans la diffusion des bonnes pratiques²⁶.

Au-delà des UPCOG, d'autres expérimentations ont vu le jour. Il s'agit notamment de l'élaboration de la grille G8 (annexe 2) validée en 2011 par l'INCa. Cet outil de dépistage des fragilités est censé permettre d'identifier la tolérance d'un traitement anticancéreux d'une personne âgée de plus de 70 ans atteinte d'un cancer en fonction de plusieurs critères (nutrition, médicaments, troubles cognitifs, etc.). Suite à cette première évaluation, une EGA peut être sollicitée.

L'appui des pouvoirs publics concernant les UCOG et l'outil Oncodage constitue une ressource pour les acteurs de terrain et leur confère ainsi une légitimité.

²² *Ibid.*

²³ Entretien Dr G, Gériatre, médecin à l'ARS Région 2

²⁴ *Ibid.*

²⁵ Entretien Dr Co, oncologue, gastro-entérologie, CH

²⁶ Plan cancer 3 2014-2017, action 2.16

b) *La décision concertée quant au traitement, le rôle du gériatre lors de l'hospitalisation et la place de l'oncogériatrie dans le retour à domicile : trois étapes peu formalisées par les pouvoirs publics*

Suite à l'évaluation gériatrique, si le patient ne présente pas une nécessité de prise en charge spécifique gériatrique, le circuit traditionnel est une analyse du cas en RCP classique de cancérologie. Cependant, si une EGA montre une nécessaire prise en charge spécifique gériatrique, la démarche idéale voudrait faire suivre une prise de décision de l'oncologue éclairée par le gériatre, à l'instar des RCP d'oncogériatrie, ou de consultations gériatriques post RCP par exemple.

Or, force est de constater que ce type de coopérations, malgré l'affichage dans les missions de UCOG de mieux adapter les traitements par des décisions conjointes cancérologue-gériatre, ne semble pas aujourd'hui formalisée par les pouvoirs publics. En effet, même si des réunions de concertation en oncogériatrie (RCOG) peuvent exister de manière locale, celles-ci n'apparaissent que comme un outil complémentaire de la RCP de cancérologie et n'ont pas d'existence légale ni conceptuelle établie²⁷. Pourtant les acteurs de terrain identifient les RCP comme un véritable levier pouvant améliorer la coopération « *venir et intervenir dans chaque RCP, pour se présenter au plus grand nombre de praticiens et présenter rapidement l'outil de dépistage et essayer de sensibiliser le plus grand nombre* »²⁸.

Le même constat peut être fait en ce qui concerne la période d'hospitalisation de la personne âgée en oncologie. Que se passe-t-il en cas de décompensation, de mauvaise réaction au traitement ou à l'opération ? Le niveau d'intervention du gériatre au cours de processus de prise en charge thérapeutique n'est pas clairement défini au sein d'une politique nationale²⁹.

Enfin, concernant la sortie de l'hôpital (soins de support, retour à domicile), il ne semble pas y avoir de politique nationale propre à l'oncogériatrie même s'il faut noter l'évolution positive de la prise en charge via l'Hospitalisation à domicile (HAD). Il apparaît cependant intéressant de relever le développement des programmes d'éducation thérapeutique avec un soutien national qui peuvent permettre un meilleur retour à domicile.

En somme, les pouvoirs publics ont essentiellement privilégié, selon une logique descendante, l'approche structurelle de l'UCOG et l'outil d'évaluation gériatrique qui constituent des leviers légitimes pouvant être mobilisables par les acteurs de terrain et entraîner des financements par l'ARS. Cette adéquation des actions aux politiques nationales pour légitimer les projets est perçue par les acteurs mettant en place les UCOG comme le

²⁷ MARANINCHI, D. (dir), *Etat des lieux et perspectives en oncogériatrie*, INCa, 2009, p.149

²⁸ Entretien Dr D, oncologue, CH

²⁹ MARANINCHI, D. (dir), *Etat des lieux et perspectives en oncogériatrie*, INCa, 2009, p.151

rappelle un gériatre « *mais le principe restera le même de toute façon : c'est dites-nous ce que vous voulez faire en cohérence avec la politique nationale de prise en charge du cancer (plans cancer) puis en cohérence avec les orientations du Projet Régional de Santé (PRS)* »³⁰. Cependant, l'absence de définition claire de la place de l'oncogériatrie après la phase d'évaluation peut affaiblir la légitimité des dispositifs pouvant être mis en œuvre. Il apparaît donc nécessaire de clarifier la place des UCOG de sorte à établir une stratégie qui optimise la prise en charge.

2. Une stratégie de coordination des soins en oncogériatrie confrontée aux réalités de terrain

Les politiques nationales ont appuyé et légitimé la nécessité des coopérations entre spécialités médicales afin d'améliorer la prise en charge de la personne âgée atteinte de cancer. C'est dans ce contexte qu'ont été créées les UCOG avec l'élaboration d'un nouvel outil et le souhait de développer de nouvelles pratiques professionnelles en cancérologie entre les différentes spécialités élargies à la gériatrie.

a) La stratégie déployée par les pouvoirs publics pour favoriser l'émergence de l'oncogériatrie dans les pratiques professionnelles

Les UCOG reposent sur une reconnaissance institutionnelle déployée dans le cadre d'une politique publique. L'adossement de ces unités à des établissements de santé permet de conforter l'accès à l'expertise et l'intégration aux filières de soins déjà existantes en gériatrie et cancérologie. Leur positionnement sur les territoires identifiés dans le projet régional de santé renforce la cohérence dans la structuration de l'offre de soins. Mises en œuvre dans le cadre d'appels à projet, elles sont financées par l'ARS. Dès lors, la présence de professionnels impliqués et précurseurs sur ce type de démarche a favorisé les labellisations « Unité de Coordination en Oncogériatrie ». La notion de leadership médical est importante à prendre en compte car il est nécessaire de pouvoir bénéficier de l'expertise et de la volonté des professionnels pour favoriser le déploiement du dispositif. Cependant, si le mécanisme d'appel à projet permet de valoriser les dynamiques locales, il peut, dans certains cas, constituer un frein. En effet, sur certains territoires, la démographie médicale et les ressources internes aux établissements de santé ne permettent pas de déployer cette volonté de politique nationale. Sur certains territoires, il n'a pas été possible de mettre en place une UCOG ; l'action de

³⁰ Entretien Dr G, Gériatre, médecin à l'ARS Région 2

coordination s'effectue donc dans le cadre d'une antenne rattachée à l'UCOG d'une autre région.

Par ailleurs, une des principales missions assignées aux UCOG est de sensibiliser les professionnels à la démarche oncogériatrique. Aussi, le recrutement de professionnels de soins au sein de l'UCOG bénéficiant déjà d'une expertise dans les secteurs concernés (gériatrie, cancérologie, conduite de projet) constitue un avantage afin de disposer d'une connaissance des pratiques et des cultures des différents secteurs. En effet, la sensibilisation s'effectue d'autant plus facilement que les professionnels se connaissent et qu'il existe une reconnaissance de leur expertise par leurs pairs.

Cette démarche de sensibilisation repose notamment sur la promotion de la grille G8 permettant le dépistage des fragilités. Cependant, les modalités de la sensibilisation des professionnels à l'utilisation de cet outil n'ont pas été définies. Elles dépendent donc des pratiques locales et de l'implication des différents acteurs. Néanmoins, les UCOG doivent renseigner annuellement un indicateur relatif au nombre de grilles de dépistage complétées. La mise en place d'un outil comme vecteur de coordination entre les professionnels n'apparaît pourtant pas suffisante. En effet, le suivi d'un indicateur de traçabilité ne peut laisser entrevoir les dynamiques de concertation existantes entre les professionnels. A ce titre, certaines UCOG ont développé des indicateurs propres afin de suivre les modalités de la coordination interprofessionnelle et d'objectiver le déploiement de la démarche au sein du parcours du patient.

Par ailleurs, la finalité de cet outil est d'inciter les professionnels à faire appel à l'expertise d'un gériatre dans le cadre de la prise en charge d'une personne âgée atteinte d'un cancer dès lors que des fragilités ont été détectées. L'outil seul ne suffit donc pas à favoriser la concertation entre professionnels.

En ce qui concerne l'EGA, la question de son financement se pose puisqu'elle n'est pas valorisée dans le cadre de la classification commune des actes médicaux. De même, pour les établissements de santé, la tarification à l'activité ne favorise pas le déploiement de telles démarches. Aussi, certains professionnels se sont organisés afin de pallier ces difficultés. Pour ce faire, la démarche doit également être portée par l'établissement.

L'oncogériatrie a pour vocation de reposer sur une décision concertée entre le gériatre et l'oncologue. L'organisation mise en place dans les établissements doit permettre de favoriser cette concertation. Cependant, l'absence de volonté suffisamment affirmée et l'absence de leadership local ne permettent pas de porter l'implantation de ces nouvelles pratiques. L'incertitude médicale constitue le principal levier de la coopération entre médecins. C'est en effet pour réduire celle-ci que les cancérologues font appel aux gériatres.

- a) *Une stratégie développée par les acteurs de terrain pour favoriser la concertation professionnelle pendant l'hospitalisation et dans le cadre des soins de support et du retour à domicile*

La coordination de la prise en charge en oncogériatrie est principalement positionnée autour du dispositif d'annonce. La question du suivi pendant l'hospitalisation est peu abordée. Cependant, il ressort que le suivi par le gériatre tout au long du parcours du patient constitue un réel besoin pour les professionnels. Cette implication dans la continuité de la prise en charge tient essentiellement de la volonté des acteurs ainsi qu'aux coopérations existantes grâce aux réseaux personnels notamment.

La coordination s'effectue avec les dispositifs déjà mis en place sur les territoires (soins palliatifs, HAD,...). A ce titre, les UCOG et les professionnels participent ou envisagent de s'inscrire dans les dispositifs déjà déployés. Cependant, dans une logique de parcours du patient, l'émulation autour de l'oncogériatrie ne doit pas demeurer interne aux établissements de santé. Elle vise à s'étendre également aux médecins généralistes, premier maillon du parcours de soins du patient.

Cet ensemble stratégique, avec le soutien des 3C, doit pouvoir s'appuyer sur une pratique managériale commune tout en intégrant les besoins spécifiques de chaque professionnel au regard des enjeux propres à la fragilité des malades.

3. Un management au service du déploiement de la coordination des soins en oncogériatrie

La coordination des soins en oncogériatrie s'appuie sur un management qui s'est bâti progressivement par des porteurs de projet. Ces derniers ont permis la sensibilisation des différents acteurs dans leurs pratiques professionnelles habituelles mais aussi nouvelles ici précisées.

Si les missions de l'UCOG sont définies au niveau national, leurs modalités d'intervention n'ont pas été clairement encadrées. En effet, les process propres à chaque UCOG ne sont pas clairement définis ni même formalisés. Il apparaît même dans certains cas que les fiches de mission des professionnels ne soient pas clairement identifiées. Aussi, il existe des disparités d'organisation régionale mais également au sein des territoires. Le leadership clinique du porteur de projet est un point important à prendre en compte puisqu'il est un des acteurs principaux dans la conduite du changement dans les pratiques des professionnels. En effet, « *quand on veut révolutionner un secteur, en l'occurrence, celui de la*

personne âgée, il faut quelqu'un de porteur, et d'assez dynamique, d'assez incisif et d'assez percutant. Sinon, ça ne bouge pas »³¹.

Le travail de coordination ne peut faire l'impasse également sur la sensibilisation des structures de soins. En effet, l'expérience montre que l'implication des Directions d'établissement dans ces projets favorise l'impulsion et le dynamisme favorables à l'acculturation au changement. Elles peuvent être garantes de la pérennisation des financements dès lors que la prise en charge de la personne âgée atteinte de cancer apparaît dans les axes stratégiques de sa politique d'établissement. Ainsi, le Dr L souligne « *je devais quand même beaucoup à cette direction qui permettait de développer un projet, de le soutenir* ». L'implication de la Direction favorise également la reconnaissance de l'action des acteurs de terrain au niveau institutionnel.

Par ailleurs, la sensibilisation à l'utilisation de l'outil G8 et au déploiement de l'évaluation gériatrique s'est effectuée avec plus ou moins de réussite selon les porteurs de projet. A cet effet, un oncologue gastroentérologue explique : « *Parce que c'est pas encore entré dans les habitudes. Ça n'a pas été bien expliqué (...) Voilà, ça manque de coordination, un peu, tout ça, et de discussions »³².*

De manière générale, la réussite du projet dépend de la disponibilité et la réactivité des acteurs. Ces facteurs dépendent dans tous les cas d'initiatives individuelles ou encore de la volonté des établissements de santé, comme le souligne une IDE coordinatrice « *si vous faites une note de service pour dire qu'il faut mettre le G8 en place, c'est raté !* ». L'organisation du lien entre professionnels dépend des contextes et des organisations locales. Elle doit cependant être connue par les professionnels et accessible. En effet, l'absence de lisibilité du dispositif peut constituer un frein. De même, l'absence de positionnement clair dans le parcours de soins du patient de l'évaluation gériatrique peut empêcher qu'elle rentre dans les habitudes des oncologues. L'efficacité de l'organisation (plage dédiée, organisation binôme IDE/médecin) permet de rendre attractif le dispositif et ce dans une volonté de pérenniser les financements (prouver que la démarche répond à un besoin).

Les temps d'échanges entre les professionnels sont organisés soit en amont de la prise en charge dans le cadre notamment des RCP, soit a posteriori dans le cadre des Revues de Mortalité Morbidité. Si dans certains cas, les modalités d'échange ont été formalisées, il n'en demeure pas moins que le contact direct est privilégié par les professionnels. L'organisation

³¹ Entretien Dr Co, oncologue, gastro-entérologie, CH

³² Entretien Dr Co, oncologue, gastro-entérologie, CH

d'une filière de prise en charge au sein de l'établissement de santé ou du territoire permet de favoriser ces échanges.

Cependant, il ressort des entretiens que l'intervention du gériatre dans le service en cas de complication pendant la prise en charge dépend des liens inter personnels : « *le lien est plus fort avec quelqu'un qui intervient régulièrement dans le service, que les infirmières connaissent...* »³³.

De même, la coordination de l'oncogériatrie avec les soins de support et dans le cadre notamment du retour à domicile dépend essentiellement d'initiatives locales et de la volonté des acteurs de travailler ensemble. Cet aspect du parcours de soins du patient n'est pas clairement envisagé par les UCOG. La question demeure de savoir comment la coordination de l'oncogériatrie s'inscrira dans les parcours de soins en cours de déploiement notamment le Parcours de santé des personnes âgées en perte d'autonomie (P.A.E.R.P.A) ou celui des patients atteints de maladie chronique.

Si le cadre d'action semble ainsi défini et légitimé par une politique nationale, les modalités de sa mise en œuvre se confrontent aux réalités de terrain et aux dynamiques des acteurs de terrain. Le management du déploiement de la coordination des soins en oncogériatrie et la conduite de projet déployé au niveau local dépend donc grandement du contexte territorial. Cette difficulté est d'autant plus accentuée par des cultures professionnelles distinctes qui raisonnent encore trop souvent par une médecine dite « d'organe ».

³³ Entretien, Dr M-B, oncologue, Secteur privé

B) Une organisation au service d'une coordination pluridisciplinaire

L'intégration de structures et de services incluant des métiers et des cultures différents permettent de consolider les outils actuellement en cours d'utilisation.

1. La dimension opérationnelle

Les enjeux opérationnels de la démarche oncogériatrique visent à favoriser des organisations facilitant la coordination de services segmentés, à la fois au sein des établissements et entre entités, mais également la coordination et le partage de pratiques entre professionnels issus de spécialités et de métiers aux cultures et représentations différentes.

La composition des UCOG constitue l'une des conditions de la réussite de leurs missions: la démarche oncogériatrique peut être à la fois portée par un oncologue et un gériatre. Les organisations sont hétéroclites selon les régions. En région 1 et 2, la démarche est portée au sein des territoires de santé par des infirmières coordinatrices et des « référents » oncologues, hématologues ou gériatres pour chaque territoire. A cette équipe, s'ajoutent un assistant et un chargé de mission, qui interviennent auprès des différents acteurs et structures participant à la mise en place de la démarche oncogériatrique. Les médecins bénévoles sont présents pour les actions de sensibilisation des pairs avec le Réseau régional de cancérologie (RRC). Cependant, de la taille du territoire dépendent souvent les moyens accordés à l'UCOG : « *Je travaille pour les 3 établissements pour la mission globale* »³⁴, explique une infirmière coordinatrice travaillant à 0.8 ETP pour l'UCOG de la région 1. En revanche, aucun temps médical ni temps de secrétariat n'y est dédié.

S'agissant de la grille G8, l'enjeu est de trouver concrètement l'organisation qui incitera le plus possible les oncologues, mais aussi chirurgiens ou anesthésistes à remplir cette évaluation. Il s'agit aussi d'intégrer la grille dans la partie plus adéquate du dossier de soin de manière à ce que les médecins puissent remplir la fiche RCP avec le bilan de cette évaluation. Concrètement, cela suppose une mobilisation de tous les acteurs : de l'infirmière au médecin jusqu'à la secrétaire qui intègre un fiche vierge au dossier. Le travail de coopération ne suffit donc pas. Dans certains cas, en dépit de cette organisation, certains médecins restent réticents à la démarche et ne remplissent pas la grille G8 : « *j'ai dû en remplir 2 depuis que c'est mis en place* »³⁵, soit depuis 2 ans.

³⁴ Entretien, IDE coordinatrice

³⁵ Entretien Dr Co, oncologue, gastro-entérologie, CH

S'agissant de l'EGA, elle peut parfois être difficile à mettre en œuvre car elle demande beaucoup de temps et de moyens humains. On se heurte donc à la question des délais d'intervention de la compétence gériatrique, délais nécessairement courts pour permettre la meilleure et plus rapide prise en charge du patient âgé atteint de cancer. Au vu des entretiens plusieurs organisations sont possibles.

Dans un premier cas, un binôme infirmière/gérialtre permet de dégager du temps pour le gérialtre, l'infirmière pouvant préparer le travail du gérialtre. Elle intervient notamment pour obtenir les informations relatives aux antécédents et aux variables sociales du patient. Cependant, il peut en résulter un manque d'organisation au sein des structures : *« de temps en temps c'est l'infirmière qui passe et qui ensuite fait faire [l'évaluation] à son gérialtre », « donc ça dépend, des fois le gérialtre, des fois l'infirmière »*³⁶.

Dans un second cas, le médecin intervient seul avec un temps dédié à ces évaluations. Cette organisation rend plus identifiables les disponibilités du gérialtre pour effectuer les consultations d'oncogériatrie qui durent en moyenne une heure. Elle répond aux besoins des professionnels de par sa disponibilité et sa flexibilité : *« oui la réactivité c'est important (...) on ne pouvait pas bloquer les consultations et ne pas pouvoir justement répondre après aux cancérologues qui avaient des demandes plus urgentes en fait »*³⁷. Enfin, cette organisation permet également aux oncologues de voir le gérialtre de visu pour l'évaluation, élément favorisant le partage entre ces deux spécialités. Cette expérience suppose un soutien de la part de la direction. D'autre part, une EGA en hôpital gérialtrique de jour ne semble pas toujours opportune du point de vue de l'organisation du parcours du patient, déjà pris dans un calendrier très dense d'exams et de prises en charge.

Opérationnellement, l'organisation doit favoriser la concertation dans la prise de décision. Actuellement, peu de gérialtres participent aux RCP du fait de leur caractère chronophage et pas spécifiquement dédié aux personnes âgées. Si des RCP de recours d'oncogériatrie existent, celles-ci ne sont pas généralisées. Une expérimentation a eu lieu mais n'a pas donné satisfaction en raison d'une temporalité inadaptée à la prise en charge du patient. L'éclairage de la décision peut aussi prendre la forme de demandes d'avis non formalisés : *« pour les avis médicaux, en France en général, rien n'est protocolisé. On peut demander un avis à n'importe quel médecin »*³⁸. Concrètement, il s'agit d'appels téléphoniques, mais aussi d'échanges de courriers entre oncologues et gérialtres.

³⁶ Entretien, Dr C, chirurgien digestif

³⁷ Entretien, Dr L, gérialtre, ESPIC

³⁸ *Ibid.*

Par ailleurs, s'agissant des situations de crise pendant l'hospitalisation du patient, telles que la décompensation ou la dénutrition par exemple, rien ne semble être prévu au niveau organisationnel dans les établissements pour favoriser la coordination oncologiques et gériatres.

Enfin, après l'hospitalisation, plusieurs possibilités permettent d'orienter le patient, à savoir la convalescence, les soins de suite et de réadaptation, ou le retour à domicile. Dans ce dernier cas, ce sont les infirmières qui accompagnent ce retour à domicile. Ce dernier est organisé selon les volontés locales et pas toujours suffisamment en amont du process. Avec la volonté de promouvoir une médecine plus orientée vers l'ambulatoire et le domicile, l'enjeu réel sera de penser davantage l'éducation thérapeutique des malades ainsi que les capacités de soins et de surveillance clinique des aidants.

En somme, cette organisation n'est pas toujours facilitante et ne permet pas de créer des habitudes de travail en oncogériatrie. L'organisation demeure basée sur des relations *intuitu personae* et non des pratiques standardisées sur l'ensemble du parcours.

2. Les outils

Des outils d'évaluation ont été mis en place pour adapter les thérapeutiques à l'état du patient et lutter contre l'obstination déraisonnable ou l'absence de prise en charge.

Les évaluations oncogériatriques permettent d'explorer la situation d'une personne âgée par un interrogatoire et un examen médical. Ces évaluations prennent en compte la globalité des aspects biologiques, psychologiques, sociologiques de la personne ainsi que son état fonctionnel et son degré de dépendance. Cela permet d'adapter les modes de prises en charge et les traitements aux spécificités de la personne âgée. Il existe une méthode simple dite outil de « screening » Oncodage par le questionnaire G8 et une méthode plus complète dite EGA.

L'outil « Oncodage » est un questionnaire composé de 8 items (G8) qui doit permettre aux oncologues, hématologues et cancérologues de repérer les personnes âgées atteintes de cancer, à risque de mauvaise tolérance d'un traitement anticancéreux, car elles présentent une dénutrition, des comorbidités, une polymédication ou des troubles cognitifs. Une cotation inférieure ou égale à 14 sur une échelle de 17 est le reflet d'une vulnérabilité gériatrique et oriente le médecin à se questionner sur l'intérêt d'une évaluation gériatrique.

Une des missions des UCOG est de sensibiliser les praticiens et tous les acteurs de santé à la pratique de cet outil simple d'utilisation. Au fil des mois, il est constaté une augmentation du nombre d'évaluations par cet outil G8 surtout dans les disciplines de gastro-entérologie et de gynécologie. Mais cette grille reste un outil des gériatres. Les praticiens expriment une insuffisance de communication sur le sujet d'où une faible utilisation. A noter, qu'il est constaté par les acteurs que l'outil G8 n'est pas assez discriminant, la majorité des patients

ayant un score au-dessous de 14 et des craintes d'engorgement des consultations dans le cadre d'une évaluation gériatrique sont exprimées.

Sous format papier, dans la plupart des établissements, il est difficile aux acteurs de recueillir, une information fiable du nombre de questionnaires réalisés par établissement et sur le territoire de santé. Ces données manquantes ne facilitent pas les UCOG à privilégier leurs champs d'actions pour améliorer leur sensibilisation à l'utilisation de cet outil au plus près du terrain. Dans les établissements ayant informatisé ce questionnaire, une extraction des données vers les logiciels en charge des comptes rendus des RCP est possible. Ces difficultés des systèmes d'information et ce manque de lien ne facilitent pas la prise en charge globale des patients en pluri professionnalités et le projet de développement d'un dossier communicant de cancérologie (DCC) énoncé depuis le premier plan cancer. La retranscription des informations est l'œuvre des bonnes volontés des acteurs de santé sur le terrain. Elle ne peut demeurer une méthode fiable du fait de l'augmentation des prises en charge. La non informatisation des questionnaires laisse se développer des outils hybrides créés par des praticiens, en fonction de leurs pratiques individuelles. Lors de la RCP, l'information de la réalisation du G8 et le résultat de son score permet d'étudier le dossier, de discuter de l'intérêt d'une consultation adaptée aux anomalies dépistées ou d'une EGA.

Au cours des prises en charge, la rencontre et la discussion avec un médecin gériatre se fait trop souvent au cas par cas par l'intermédiaire d'un réseau informel de connaissances. Peu de structures ont pu établir des liens formalisés, comme les numéros uniques, accessibles à tous les professionnels de santé pouvant les mettre en contact avec un médecin gériatre.

Par ailleurs, les soins de support sont des outils qui se développent grâce aux différents plans cancer. La prise en charge à l'extérieur des établissements de santé se fait grâce à des structures en réseau, des équipes mobiles et des organisations d'hospitalisation à domicile avec l'extension de chimiothérapie à domicile notamment. L'intérêt de ces démarches est de donner aux acteurs de santé, prenant en charge des personnes âgées atteintes d'une pathologie cancéreuse, des outils et un langage commun, de questionner les pratiques et de sensibiliser les acteurs à une culture d'oncogériatrie. Toutefois, cette organisation n'est qu'un maillon dans la réussite de la démarche oncogériatrique qui dépend également des cultures professionnelles.

C) L'impact des cultures professionnelles sur l'émergence de l'oncogériatrie

La coopération entre oncologues et gériatres peut être difficile à mettre en œuvre dans la mesure où elle implique la réunion de deux cultures professionnelles médicales différentes. La réussite du développement de l'oncogériatrie est par conséquent conditionnée par différents éléments liés aux cultures professionnelles notamment par la perception de l'utilité du rapprochement des deux spécialités médicales.

1. L'importance de la perception d'utilité et l'adhésion à l'oncogériatrie

L'amélioration de la coordination des soins en oncogériatrie doit tenir compte des difficultés remontées par les professionnels en terme de sens et de besoins de sorte à permettre une adhésion totale des praticiens.

a) *Les notions de sens et de besoin capitaux pour les professionnels de santé*

La perception ainsi que la compréhension des enjeux et de l'intérêt d'un nouveau dispositif sont primordiales pour les professionnels de santé. Autrement dit, s'ils ne perçoivent pas l'utilité et le sens de la mesure, ils n'adhéreront pas au projet. C'est pourquoi il existe une hétérogénéité dans le développement de l'oncogériatrie et de ses leviers. Pour certains oncologues, « *c'est un vrai besoin d'avoir des outils dans le cadre de l'oncogériatrie* »³⁹. Pour d'autres, il s'agit plutôt d'une perte de temps : « *je m'interroge sur l'intérêt sans parler de la perte de temps [...] à la limite, je l'envoie quand même à l'oncogéatrie mais je n'ai pas besoin de l'oncogéatrie pour me dire que je ...* »⁴⁰ à propos des consultations gériatriques.

b) *L'adhésion au projet oncogériatrique : une condition déterminante*

L'adhésion comme condition de réussite d'un projet est primordiale dans le milieu médical. D'une part, pour susciter l'adhésion des oncologues, le nouveau dispositif doit leur être expliqué de façon pédagogique à travers une concertation et une discussion avant d'être mis en place: « *mais quand on ne vient pas me voir pour me présenter un projet, je ne vais pas non plus forcément autour des gens [...] c'est quand même aux gens qui montent le projet de venir informer les praticiens* »⁴¹. D'autre part, cela dépend également de la concordance des attentes des différents acteurs.

³⁹ Entretien, DR M-B, à propos des EGA

⁴⁰ Entretien Dr Co, oncologue, gastro-entérologie, CH

⁴¹ *Ibid.*

Les acteurs n'ayant pas adhéré au projet utilisent les nouveaux leviers a minima « *J'ai rempli des petites fiches parce que je suis bon élève* »⁴². Il en est ainsi des chirurgiens : « *non on ne le fera pas. Parce qu'on estime [...] que c'est soit l'oncologue soit au gériatre de le faire mais nous on ne le fera pas ça c'est sûr* »⁴³. Ainsi, il en découle une perception différente des outils d'oncogériatrie mis à disposition. C'est le cas par exemple de la décision partagée entre oncologues et gériatres. Dans le cas d'une adhésion du praticien oncologue, il s'agira soit d'une aide à la décision ou d'une codécision entre les deux praticiens oncologue et gériatres.

2. La réussite de la réunion entre oncologues et gériatres conditionnée par l'existence d'une prédisposition au changement

L'efficacité de l'oncogériatrie s'appuie sur un juste équilibre entre une décision médicale établie en concertation et un niveau d'implication important et dont la pérennité n'est pas toujours assurée.

a) La modification des habitudes par le changement

La nouveauté impulsée par l'émergence de l'oncogériatrie demande indéniablement une modification des habitudes et des pratiques professionnelles propres à chaque culture professionnelle médicale. En effet, à travers différents leviers, le processus nouveau d'oncogériatrie vient modifier la prise en charge habituelle du patient et demande aux professionnels de santé et notamment aux oncologues de modifier leurs pratiques et d'accompagner la conduite du changement en travaillant ensemble avec leurs collègues gériatres. Concrètement, les habitudes de travail peuvent être difficiles à changer et pour certains professionnels, le changement peut paraître brutal : « *vu qu'on a toujours fonctionné par notre jugement personnel, qu'on a pas eu affaire aux gériatres auparavant, passer du jour au lendemain, à systématiquement penser à demander une consultation d'oncogériatrie, c'est pas facile, déjà. Ça implique de changer nos habitudes de travail* »⁴⁴ Cet obstacle de résistance des habitudes face au changement peut être identifié à travers le développement de plusieurs nouveaux leviers d'action.

Les habitudes professionnelles des oncologues et des gériatres se manifestent tout d'abord au niveau de la création des UCOG. Concrètement, la création de ces unités permet de matérialiser la coopération entre oncologues et gériatres et de créer une réelle plus-value à travers la complémentarité émanant des deux disciplines médicales en termes de recherche, de

⁴² *Ibid.*

⁴³ Entretien, Dr C, chirurgien digestif

⁴⁴ Entretien Dr Co, oncologue, gastro-entérologie, CH

formation et de prise en charge du sujet âgé. Toutefois la réussite des UCOG dépend de la capacité des professionnels à accompagner le changement en rapprochant leurs cultures professionnelles et leurs pratiques en passant par un décloisonnement des disciplines, le cloisonnement étant très ancré dans la culture médicale : « *ils ne sont pas cancérologues, ils sont gériatres* »⁴⁵. Cette conduite du changement peut être facilitée par une sensibilisation par les pairs: « *il y a le docteur M. qui est le plus ancien de nous cinq, qui était déjà convaincu* »⁴⁶.

De plus, la mise en place d'une EGA nécessitant une compétence gériatrique peut également poser problème pour certains oncologues. Le recours à ce diagnostic plus élaboré demande une modification des pratiques des oncologues qui n'est pas forcément facile à mettre en place en raison du temps d'adaptation au changement.

b) Le degré de sollicitation des professionnels de santé en faveur du changement

Dans la mise en œuvre de la conduite du changement, la connaissance par les promoteurs de l'oncogériatrie du degré de sollicitation des acteurs sur le terrain semble capitale. En effet, certains professionnels de santé peuvent être réticents à modifier leurs pratiques et cultures professionnelles en raison d'une certaine lassitude face à des changements trop récurrents qui les mobilisent beaucoup et qui sont peu pérennes selon eux : « *il y a une mode, la mode, c'est l'oncogériatrie* »⁴⁷. Le contexte économique et financier de l'environnement professionnel du praticien est également à prendre en compte dans la mesure où celui-ci peut également demander de l'engagement et des changements de pratiques aux professionnels de santé et donc également créer une certaine forme d'indifférence au changement qui s'ancre dans les cultures professionnelles.

⁴⁵ *Ibid.*

⁴⁶ Entretien, DR M-B, oncologue, Secteur privé

⁴⁷ Entretien Dr Co, oncologue, gastro-entérologie, CH

Partie 3 : Préconisations pour la généralisation du dispositif

De cette analyse, nous essaierons de tirer des éléments d'ordre général applicables à toute démarche d'action concertée entre plusieurs organisations et plusieurs disciplines médicales n'ayant pas l'habitude de travailler ensemble. Nos préconisations s'articuleront autour du parcours du patient.

Préconisation n°1 : mettre en place une coordination sur les territoires de santé favorisant le décloisonnement entre organisations et disciplines médicales

- Etablir un diagnostic avec l'appui des ARS pour identifier les besoins et les ressources du territoire,

- Déterminer les acteurs ressources de la coordination. Positionner les unités de coordination par rapport aux réseaux existants,

Dans notre étude : 3C Centre de Coordination en cancérologie, RRC réseau régional de cancérologie.

- Sensibiliser, informer et former les acteurs de pair à pair dès la formation initiale. Expliquer l'utilité de la démarche (identifier des champs d'utilité, d'intérêts reconnus), présenter l'équipe ainsi que les outils,

Dans notre étude : prises en charge complexes, problèmes causés au moment de l'hospitalisation, confusion post opératoire.

- Optimiser les processus décisionnel en renforçant la communication entre les professionnels au cours du suivi du patient,

Dans notre étude :

○ *Le médecin traitant, acteur pivot : impliqué dans le dépistage précoce du cancer par un examen clinique régulier ;*

○ *le cancérologue : sollicité pour apporter des données précises sur le stade évolutif du cancer ;*

○ *Le gériatre : consulté pour les patients fragiles résultant de situations polyopathologiques et pour lesquels une EGA est nécessaire.*

- Déployer des outils de communication communs et partagés :

○ *Systèmes d'informations compatibles, dossiers patients communiquant (dossier communiquant de cancérologie) dans le respect des règles de confidentialité ;*

○ *Mise en place d'un numéro unique pour une simplicité d'accès au dispositif ;*

- Formaliser les fiches de poste des acteurs en charge de la coordination.

Préconisation n°2 : développer et consolider des outils de dépistage

- Développer un outil commun au niveau national élaboré par des sociétés savantes et fondé sur les recommandations des bonnes pratiques,
- Proposer un outil simple de premier niveau de dépistage, utilisable par plusieurs professions formées permettant de cibler la population nécessitant des compétences plus approfondies,
- Expérimenter l'outil avant sa généralisation,
- Organiser la formation à l'outil pour promouvoir son appropriation et son utilisation au moment le plus opportun du parcours du patient,

Dans notre étude : L'INCa préconise de réaliser l'évaluation avant de commencer le traitement anti-cancéreux. Le questionnement de l'intérêt de sa réalisation avant la RCP se pose. Des infirmières formées pourraient également réaliser ce questionnaire pour permettre aux praticiens de consacrer plus de temps aux patients lors de la consultation.

Préconisation n°3 : favoriser la décision partagée, concertée et éclairée

- Valoriser les qualités de réactivité et de disponibilité du porteur de projet et des personnes ressources en accompagnement sur le terrain (déplacement dans les services),
- Développer les instances de décision pluriprofessionnelle,

Dans notre étude : La participation du gériatre au RCP d'oncologie, voire la création d'une RCP d'oncogériatrie, deux instances où peut être établi le PPS.

Préconisation n°4 : assurer le suivi de la coordination pendant l'hospitalisation

- Garantir la continuité de la coordination au sein des structures de soin en cas d'hospitalisation du patient,

Dans notre étude : mettre en place une réunion de synthèse pendant l'hospitalisation pour assurer le suivi des patients les plus fragiles.

Préconisation n°5 : promouvoir la continuité de la coordination lors du retour à domicile

- Renforcer le rôle du médecin traitant en tant qu'acteur de proximité et de coordinateur,
- Identifier un coordinateur tel que le gestionnaires de cas de réseaux gérontologiques ou des Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer (MAIA),
- S'appuyer sur les dispositifs existants (équipes mobiles, Hospitalisation à Domicile, Service de Soins Infirmiers à Domicile, etc.),
- Promouvoir les soins de support et soins palliatifs dans l'ensemble des établissements de soins, à domicile, et aussi en EHPAD.

Conclusion

Les conditions de réussite de l'appropriation de la démarche oncogériatrique par les acteurs de la prise en charge du patient reposent sur la définition d'une politique publique volontariste. La mise en place d'une stratégie et d'un management appropriés doit accompagner au mieux la conduite du changement. C'est au travers de la mise en œuvre de nouvelles formes d'organisations, grâce à l'appropriation des outils et à une perméabilité des cultures professionnelles que ce changement pourra advenir.

Ce sujet a été l'occasion d'étudier les questions relatives à la conduite de projet. Il nous a permis de mettre en évidence des enjeux politiques, organisationnels et culturels. Si les politiques publiques, aussi volontaristes soient-elles, peuvent et doivent susciter l'implication des acteurs de terrain, elles ne peuvent la remplacer. Le levier transversal à toute conduite de projet s'appuie sur la capacité à donner du sens à la démarche et répondre à des questions que se posent les acteurs et les problèmes qu'ils rencontrent dans leurs pratiques.

Ce travail en interfiliarité nous a amené à nous interroger sur notre rôle à jouer dans la conduite au changement au sein de nos organisations respectives.

« Dans la vie, il n'y a pas de solutions ; il y a des forces en marche : il faut les créer et les solutions suivent »⁴⁸

⁴⁸ Antoine de Saint Exupéry, *Vol de nuit*, décembre 1930

Bibliographie

ABENHAIM, L., *Rapport de la commission d'orientation sur le cancer*, 2003

ALBRAND, G., *Démographie et épidémiologie nécessaires à l'oncogériatrie*, La revue du praticien, Vol. 59, 20 mars 2009, p.329 à 332

BALDUCCI, L. *Evidence-based management of cancer in the elderly*, Cancer Control, n° 7, 2000

BLANPAIN N., CHARDON O., *Projections de population à l'horizon 2060*, INSEE Première, n° 1320, octobre 2010

CASTEL-KREMER, E ; DROZ, J.P., *Mécanisme de décision en oncogériatrie*, La revue du praticien, Vol. 59, 20 mars 2009, p.339 à 344

DROZ, J.P. *Oncogériatrie : mettre la personne âgée au centre du dispositif*, La revue du praticien, Vol. 59, 20 mars 2009, p.325 à 327

GAUJARD, S ; TERRET, C. *Principes de l'évaluation gériatrique et son applicabilité en oncologie*, La revue du praticien, Vol. 59, 20 mars 2009, p.333 à 338

GIRRE, V *et al*, *Prise en charge des principaux cancers chez la personne âgée*, La revue du praticien, Vol. 59, 20 mars 2009, p.347 à 358

MARANINCHI, D. (*dir*), *Etat des lieux et perspectives en oncogériatrie*, INCa, 2009

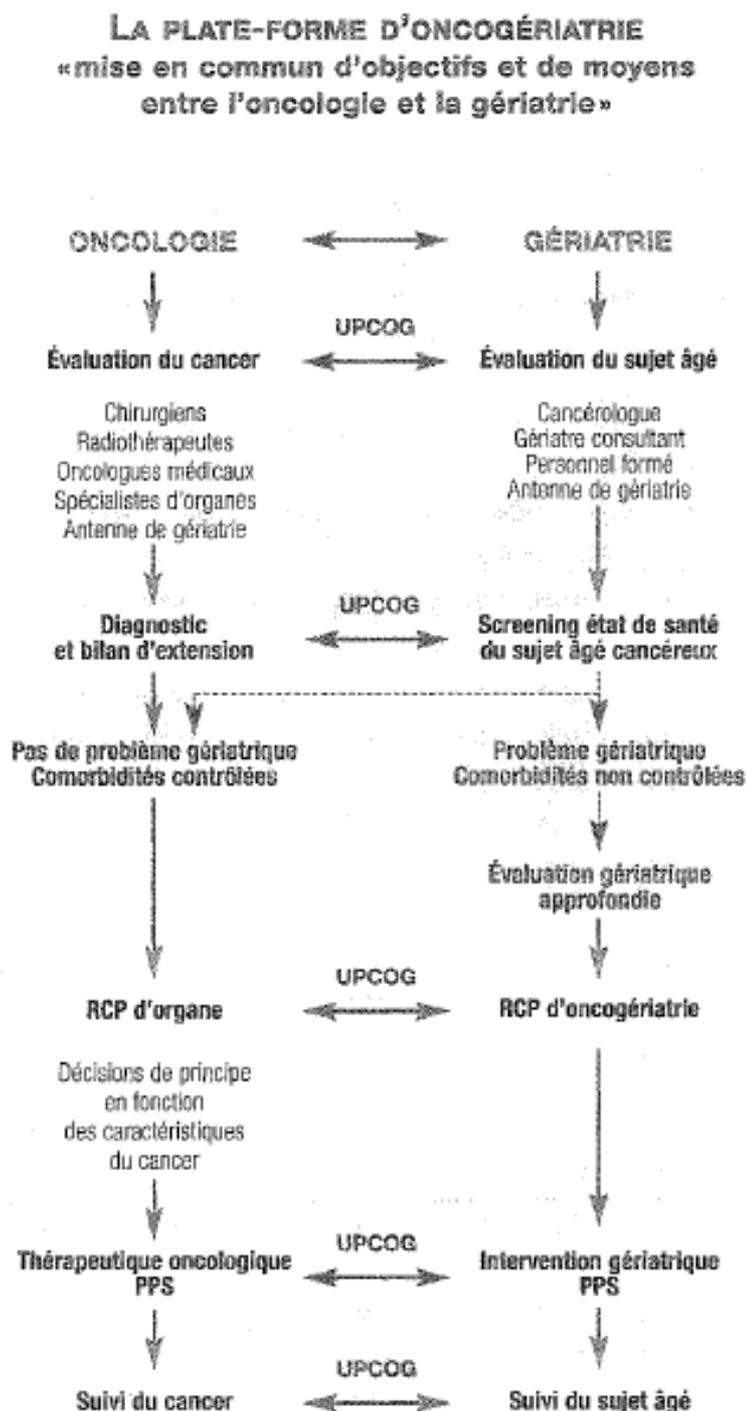
Plan cancer 2003-2007,

Plan cancer 2009-2013,

Plan cancer 2003-2007.

Annexes

Annexe 1. Organisation de la prise en charge en oncogériatrie



Annexe 2. Grille G8

	Items	Score
A	Le patient présente-t-il une perte d'appétit ? A-t-il mangé moins ces 3 derniers mois par manque d'appétit, problèmes digestifs, difficultés de mastication ou de déglutition ?	0 : anorexie sévère 1 : anorexie modérée 2 : pas d'anorexie
B	Perte récente de poids (< 3 mois)	0 : perte de poids > 3 kilos 1 : ne sait pas 2 : perte de poids entre 1 et 3 kilos 3 : pas de perte de poids
C	Motricité	0 : du lit au fauteuil 1 : autonome à l'intérieur 2 : sort du domicile
E	Problèmes neuropsychologiques	0 : démence ou dépression sévère 1 : démence ou dépression modérée 2 : pas de problème psychologique
F	Indice de masse corporelle	0 : IMC < 19 1 : IMC = 19 à IMC < 21 2 : IMC = 21 à IMC < 23 3 : IMC = 23 et > 23
H	Prend plus de 3 médicaments	0 : oui 1 : non
P	Le patient se sent-il en meilleure ou moins bonne santé que la plupart des personnes de son âge	0 : moins bonne 0,5 : ne sait pas 1 : aussi bonne 2 : meilleure
	Âge	0 : > 85 1 : 80-85 2 : <80
	SCORE TOTAL	0 – 17

Un score \leq à 14 révèle une vulnérabilité ou une fragilité gériatriques devant conduire à une consultation adaptée.

LA COORDINATION DES SOINS A L'ÉPREUVE DE L'ONCOGÉRIATRIE

Harmonie ACQUAVIVA (DH)
Aurélie BARATIER (DH)
Messaoud BOULHAT (IASS)
Anaëlle BOSCHAT (IASS)
Nicolas COUDOURNAC (D3S)

Isabelle GARROS (D3S)
Nathalie LEROUX (AAH)
Cyrielle ORDUREAU (D3S)
Philippe PLACE (AAH)
André WEIDER (DS)

Résumé :

La proportion de patients âgés atteints de cancers augmente. Or, la spécificité de la personne âgée atteinte de cancer nécessite une prise en charge coordonnée par les oncologues et les gériatres. Ce besoin conduit à l'émergence de l'oncogériatrie, appuyée par les pouvoirs publics et les acteurs de terrain.

Pour autant, le développement de l'oncogériatrie n'est pas homogène sur les territoires de santé. Même si une politique publique soutenue a été mise en place, tous les acteurs de terrain ne se sont pas encore approprié la démarche. Notre étude a consisté à analyser les freins et les leviers favorisant la coordination des soins en oncogériatrie. Ont été identifiés plusieurs éléments permettant de saisir les conditions de réussite et les limites de la collaboration : l'environnement, la stratégie et le management, l'organisation, les outils et les cultures professionnelles.

Il en ressort cinq préconisations principales, articulées autour du parcours de soins, qui peuvent être élargies à d'autres démarches d'action concertée entre plusieurs organisations et plusieurs disciplines médicales n'ayant pas l'habitude de travailler ensemble.

Mots clés : Cancer, Conduite du changement, Coordination des soins, Cultures professionnelles, Gériatrie, Oncogériatrie, Oncologie, Personne âgée

L'École des hautes études en santé publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les rapports : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs