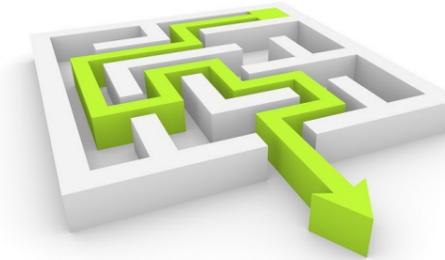


NUMERO SPECIAL

Parcours de soins
des patients âgés
atteints de cancer

Parcours de soins en oncogériatrie : sujet de réflexion et d'échange aux Journées de la SOFOG et au CNRC 2017

La question du parcours de soins des personnes âgées souffrant d'un cancer a été mise à l'honneur des dernières Journées de la SOFOG qui se sont tenues en octobre dernier à Paris. Il s'agissait en effet d'une des deux thématiques principales du congrès, qui a donné lieu à différentes présentations et à une table-ronde.

Le sujet réclame légitimement une attention toute particulière et intéresse de plus en plus : du diagnostic à la prise en charge et à l'après-cancer, chaque phase du parcours demande l'intervention de différents professionnels de soins et de santé - en ville comme à l'hôpital - capables de se coordonner pour répondre au mieux aux situations de fragilité et de complexité auxquelles est particulièrement exposée la population âgée.

Améliorer la qualité de vie de ces patients et accroître leurs chances de guérison sont les enjeux majeurs de ces interventions coordonnées.

Le partage d'expériences en la matière est primordial dans la mesure où il n'existe pas de réelles recommandations pour guider les acteurs... Nous avons tous à apprendre de nos expérimentations et de celles des autres ! Une première présentation générale a été consacrée à « l'organisation de soins en réseaux », sur un plan stratégique et managérial, s'inspirant de nouveaux modèles d'organisation, britanniques en particulier.

La table ronde spécifiquement dédiée aux « structures et parcours de soins en onco-gériatrie » a vu la participation active de notre UCOG qui présentait son expérience de collaboration avec les réseaux de gériatrie.

Edito

Penser « PARCOURS » est une nécessité lorsque l'on prend en charge un patient âgé atteint d'un cancer.

La mise en place d'un Programme Personnalisé de Santé (PPS) ne doit pas se cantonner au seul traitement oncologique mais comprendre une vision globale intégrant l'avant et l'après cancer, ainsi que la vision sanitaire et sociale.

La plupart des prises en charge sont faites en ambulatoire. Le domicile et ce qui s'y passe reste trop souvent encore obscur. Dans les situations complexes une expertise objective sur le lieu de vie proposant des actions en coordination avec le projet thérapeutique permettra d'optimiser le programme de soins.

Ce Parcours doit être réfléchi à tous les niveaux, de façon raisonnée et raisonnable, en favorisant les liens, entre spécialités, entre la ville et l'hôpital, entre les acteurs du domicile...

De nombreux projets sont en cours sur cette thématique. 2018 verra peut-être des ébauches se dessiner.

Dr Simon VALERO
Coordinateur de l'UCOG

aisément une relation de confiance pour pouvoir être présent et apporter l'aide nécessaire quand la situation se dégradera.

Enfin, la dernière limite pourrait être la méconnaissance par les acteurs du premiers recours, et notamment du médecin traitant, des missions des professionnels de la coordination et de l'aide qu'ils peuvent apporter dans les situations complexes pour favoriser la vie à domicile, faciliter les transitions domicile-hôpital et assurer la coordination de multiples intervenants.

Comment appréhendez-vous l'avenir dans le cadre du déploiement des plateformes territoriales d'appui qu'intégreront les réseaux gérontologiques ? Qu'est-ce que cela changera d'après vous pour la problématique spécifique oncogériatrique ?

L'objectif des Plateformes territoriales d'appui est de venir en soutien aux professionnels du premiers recours et notamment du médecin traitant, afin de favoriser une vie à domicile de qualité, d'éviter les hospitalisations itératives et de façon plus globale, fluidifier le parcours de santé en rendant plus lisible les ressources de territoire.

Notre territoire est aujourd'hui bien organisé en termes de réponses spécifiques aux problématiques oncogériatriques avec une harmonisation sur l'ensemble du département.

Néanmoins, si la nature des accompagnements ne devrait pas beaucoup changer, on attend de la PTA qu'elle repositionne le médecin traitant au cœur du parcours en lui donnant la possibilité de s'appuyer sur une organisation départementale simplifiée.

Cela passera par la mise en œuvre d'un numéro de téléphone unique, d'un système d'information partagé pour apporter une réponse aux médecins traitants sur les problématiques qu'ils rencontrent dans la prise en charge de leur patientèle, tant à un niveau de simple information que pour la coordination des situations les plus complexes.

Il en sera de même pour l'organisation de la transition domicile-hôpital qui est un enjeu majeur que la PTA devra relever car on sait que c'est à ce niveau que les ruptures de parcours sont les plus prégnantes. Dans l'accompagnement du patient oncogériatrique, on peut imaginer un parcours qui évite le recours à l'hospitalisation ou le passage aux urgences, des sorties d'hôpital qui s'appuient sur des relais formalisés autour de multiples intervenants dont la coordination est assurée par un professionnel identifié...

Ainsi, on peut penser que le nombre de situations signalées augmentera permettant une réponse adaptée et spécifique, tout en favorisant l'efficacité du parcours de la personne âgée atteinte d'un cancer et de son entourage.

16 mars 2018 : 1ère rencontre d'oncogériatrie Nouvelle Aquitaine

Les 3 UCOG et réseaux de cancérologie de notre région organisent une première rencontre d'oncogériatrie Nouvelle Aquitaine le vendredi 16 mars 2018. Elle se déroulera à l'hôtel Mercure d'Angoulême, de 9h30 à 16h.

La matinée sera consacrée à la prise en charge chirurgicale des cancers gynécologiques et digestifs du sujet âgé. L'après-midi, une table ronde sera organisée sur la question de la prise en charge péri-opératoire en oncogériatrie.

Les invitations vous parviendront prochainement.

OncoGer-Info est une publication de l'Unité de Coordination en Onco-Gériatrie Poitou-Charentes.
Ont contribué à ce numéro le Dr Simon Valero, Jean-Luc Pefferkorn et Caroline Tran.

A vos agendas !



Unité de Coordination
en Onco-Gériatrie
Poitou-Charentes

Nous ne reviendrons pas ici sur la présentation du Dr Simon Valero, disponible sur le site de la SOFOG, mais vous invitons à découvrir ci-après l'interview complémentaire d'un directeur de réseau gérontologique impliqué dans cette coopération.

Lors de la table-ronde, la présentation du Dr Gilles Albrand a été particulièrement éclairante sur les difficultés spécifiques au parcours des patients âgés en oncologie. Le Dr Albrand a dressé une liste de pistes susceptibles d'avancer vers un parcours de soins optimisé :

- Travail avec les soins primaires pour améliorer le diagnostic précoce
- Promotion de l'Évaluation Cancérologique Approfondie pour chaque patient
- Formation gériatrique de base des oncologues
- Détermination via la recherche clinique des meilleures stratégies thérapeutiques
- Poursuite du travail sur les interactions entre oncologie et gériatrie
- Amélioration des interfaces entre la ville et l'hôpital
- Meilleure compréhension des désirs des patients

L'apport des réseaux gérontologiques dans le parcours patient

Depuis 2014, la consultation oncogériatrique du CHU de Poitiers et les réseaux gérontologiques de la Vienne collaborent pour que les patients âgés atteints de cancer en situation de fragilité bénéficient d'interventions adaptées à leur sortie d'hôpital. Jean-Luc Pefferkorn dirige le réseau gérontologique du Grand Poitiers, Itinéraire Santé. Nous l'avons rencontré pour qu'il partage avec nous l'expérience d'accompagnement de cette population

Pouvez-vous nous expliquer comment fonctionne votre collaboration avec la consultation oncogériatrique du CHU de Poitiers ?

Cette collaboration vise à accompagner de façon globale les patients atteints de cancer, en tenant compte des phénomènes du vieillissement, qu'il soit usuel

Retrouvez cette présentation, et toutes celles consacrées au sujet du parcours en oncogériatrie, sur le site de la SOFOG : <http://www.congres-sofog.com/programme#2017-10-19>

Au Congrès National des Réseaux de Cancérologie, qui a eu lieu cette année en novembre à Lille, la question du parcours patient s'est trouvée en filigrane de cette édition dont le fil conducteur était : « Innovations et évolutions en oncologie : quelles organisations ? ».

Toutes les interventions (disponibles en ligne sur le site du CNRC) en lien avec le sujet n'étaient bien sûr pas spécifiquement oncogériatriques, mais elles étaient néanmoins intéressantes, montrant à quel point la problématique du parcours traverse de façon prégnante la cancérologie.

A signaler, lors de l'atelier thématique ville-hôpital et continuité des soins, la présentation de Véronique Bourcy (ONCOPL, Nantes) : « **Une collaboration entre URPS IDEL et l'UCOGpl pour une amélioration des liens entre infirmiers libéraux de ville et infirmiers de l'hôpital, au service des personnes âgées atteintes de cancer** ».

ou pathologique. L'objectif est de détecter le plus précocement possible la fragilité du patient par l'infirmière UCOG et le cas échéant de l'orienter vers le réseau gérontologique concerné pour un relai, une évaluation et un suivi à domicile. La volonté est de favoriser la vie à domicile dans de bonnes conditions en

anticipant les complications, adaptant les aides nécessaires et en soutenant tant la personne âgée malade que ses aidants.

Ainsi, lors de la consultation d'oncogériatrie, l'IDE dispose d'un outil d'évaluation de la complexité et de la fragilité de la situation qui lui permet d'identifier les risques et de signaler la situation, avec l'accord du patient, au dispositif de coordination gérontologique. Dans le même temps, elle explique les missions des réseaux gérontologiques et l'aide qu'ils peuvent apporter et remet au patient et à son entourage, une plaquette d'information.

Au sein du réseau, le patient bénéficie d'une visite à domicile, de l'élaboration d'un Plan Personnalisé de Santé (transmis au médecin traitant, au gériatre et à l'oncologue) et ensuite d'autant de visites de suivi que nécessaire. Néanmoins au regard de la fragilité de ces patients, le suivi est formalisé de façon plus régulière avec un premier suivi à 1 mois, puis tous les 3 mois.

Un accès au dossier de coordination des professionnels du réseau a été donné aux oncogérites et à l'IDE de consultation afin qu'ils puissent disposer de toutes les informations et des évaluations réalisées par les professionnels de la coordination, mais aussi pour avoir la possibilité de savoir si un patient qu'ils voient en consultation est déjà accompagné par un dispositif de coordination.

Cette collaboration existe depuis fin 2013 et l'on constate maintenant que les signalements n'émanent plus seulement de la consultation d'oncogériatrie, comme c'était majoritairement le cas au début. Les réseaux gérontologiques, aussi sollicités par les médecins traitants ou les familles, font de plus en plus appel à l'oncogériatre pour une expertise et un suivi adapté.

Quels sont selon vous les apports majeurs des réseaux gérontologiques auprès des malades âgés souffrant d'un cancer et de leurs aidants ?

Le patient oncogériatrique, du fait de sa fragilité, peut être dans l'incapacité de s'adapter au stress et se trouve exposé au risque de pathologies en cascade. Les professionnels des réseaux gérontologiques proposent une évaluation multidimensionnelle de la situation à domicile, qui interroge tous les champs de la vie du patient, ses choix de vie, ses relations intrafamiliales et ses projets.

Les aides répondent à l'ensemble des problématiques et des besoins, que ce soit dans le champ sanitaire, médico-social ou social. Elles sont également à destination des aidants afin de prévenir au maximum leur épuisement, leur isolement et l'altération de leur santé.

Quelles limites voyez-vous à leurs interventions ?

Les premières limites tournent autour de l'acceptation par le patient ou son entourage de l'intervention pour de multiples raisons :

- un déni ou un refus,
- la peur de « précipiter » les choses en intervenant trop en amont de la dégradation de l'état de santé de la personne,
- la difficulté, voire l'incapacité, de l'aidant à accepter l'intervention de tiers extérieurs.

Une autre limite que j'y vois viendrait des professionnels de la coordination eux-mêmes qui se placent légitimement dans une posture d'aide au parcours de soins, aux activités de la vie quotidienne (repas, entretien du linge...) et qui dans certaines situations n'envisagent pas plus des propositions d'accompagnement non « médical », plus larges (loisirs, liens sociaux...). Cette posture pourrait permettre d'instaurer plus

