

ANNEXE 3

Parcours de soins de la personne âgée atteinte de cancer

TEXTES REGLEMENTAIRES ET RECOMMANDATIONS

REGLEMENTATION

- Décret n°2007-388 du 21 mars 2007 relatif aux conditions d'implantation applicables à l'activité de soins de traitement du cancer et modifiant le code de la santé publique.
- Arrêté du 29 mars 2007 fixant les seuils d'activité minimale annuelle applicables à l'activité de soins de traitement du cancer.
- Plan cancer 2013-2019
- Plan cancer 2009-2013
- Plan cancer 2003-2007
- Instruction DGOS/R/2010/201 du 15 juin 2010 relative aux conditions de facturation d'un groupe homogène de séjour (GHS) pour les prises en charge hospitalières de moins d'une journée ainsi que pour les prises en charge dans une unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD).
- Circulaire DHOS/02 n°2007-117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques.
- Circulaire DHOS/SDO no 2005-101 du 22 février 2005 relative à l'organisation des soins en cancérologie.

RECOMMANDATIONS DE REFERENCE

- INCA et HAS - La conciliation des traitements médicamenteux en cancérologie – mars 2019

LES OBJECTIFS DE LA DEMARCHE EN ONCOGERIATRIE

La prise en charge des patients âgés atteints de cancer est une priorité nationale, clairement identifiée dans les 3 Plans Cancer successifs. Le premier Plan cancer en 2003 faisait état d'un accès aux soins tardif et d'une sous-médicalisation des patients âgés atteints de cancer. La nécessité d'une convergence des compétences en cancérologie et en gériatrie a été alors mise en évidence, afin de permettre à tous les patients âgés atteints de cancer de bénéficier d'un traitement de qualité les maintenant dans leur cadre de vie, avec le moins de retentissement possible sur leur autonomie.

La mesure 38 du plan cancer 2003/2007 est ainsi rédigée : « Mieux adapter les modes de prise en charge et les traitements aux spécificités des personnes âgées ». Les deux autres plans cancer ont confirmé la nécessité de maintenir la dynamique et de poursuivre les efforts dans ce domaine. Le Plan cancer 2014-2019 s'est ainsi fixé comme objectif de répondre aux besoins spécifiques des personnes âgées en améliorant la prise en charge des personnes âgées atteintes de cancer. Une des actions du Plan cancer est ainsi axée sur le déploiement de l'oncogériatrie.

Le déploiement de l'oncogériatrie et particulièrement le développement d'antennes coordonnées de proximité en lien avec les UCOG est également inscrit comme une priorité du PRS des Hauts de France.

Les Hauts de France dispose de deux UCOG reconnues :

- l'UCOG Picardie portée par le GHPSO et le CHU d'Amiens,
- l'UCOG Nord-Pas de Calais portée par le GCS C2RC qui associe le CHU de Lille et le Centre Oscar Lambret.

L'oncogériatrie n'est pas une nouvelle discipline, il s'agit principalement de mutualiser les compétences en oncologie et en gériatrie afin :

- de remédier à la sous médicalisation ou au retard d'accès au soin,
- de proposer aux patients âgés atteints de cancer le traitement le plus approprié en tenant compte du bénéfice/risque et de la qualité de vie.

ENJEUX ET OBJECTIFS DU PROJET

Le déploiement en région de l'oncogériatrie implique la formalisation d'une approche graduée et décloisonnée visant à conjuguer expertises oncologique et gériatrique de proximité et de recours. Ainsi, il convient d'établir entre les oncologues et les gériatres des liens étroits et formalisés.

Les missions de l'oncogériatrie, auquel l'UCOG concourt, sont de mieux adapter les traitements des patients âgés atteints de cancer par des décisions conjointes oncologues-gériatres.

La prise en charge oncogériatrique coordonnée implique la mise en commun de l'expertise des oncologues et des gériatres pour améliorer et maintenir la qualité de vie des patients âgés atteints de cancer, au travers de différentes actions :

- le repérage des patients âgés atteints de cancer fragiles nécessitant une évaluation spécifique ;
- un accès à une évaluation ou une prise en charge oncogériatrique ;
- la prise en compte des résultats de l'évaluation oncogériatrique lors de la présentation du dossier en RCP ou en amont de la prise en charge thérapeutique ;
- le soutien de l'UCOG aux équipes de proximité. L'UCOG assurant également le recours régional pour les situations les plus complexes ;
- les liens avec les soins palliatifs et de support.

La prise en charge oncogériatrique nécessite la réalisation d'une évaluation médicale globale des patients âgés atteints de cancer afin de proposer le traitement oncologique le plus adapté prenant en compte le bénéfice/risque et la qualité de vie. Cette prise en charge spécifique s'adresse aux patients à partir de 75 ans. Le critère d'âge peut cependant être réajusté au regard de la situation clinique du patient ou du protocole de soins proposé. L'évaluation gériatrique est mise à disposition de l'oncologue avant l'initiation du traitement, au cours du suivi et lors de la dispensation des médicaments anti-cancéreux.

Les enjeux de l'évaluation individualisée sont triples :

- évaluation de la survie globale
- évaluation du risque opératoire
- évaluation de la faisabilité d'un traitement à visée oncologique.

CARACTERISTIQUES DE LA TRAJECTOIRE DE SOINS EN ONCOGERIATRIE

1. L'organisation graduée des soins

L'évaluation gériatrique en cancérologie répond à la nécessité d'adapter si besoin le traitement anticancéreux et de prendre en compte les spécificités des personnes âgées. Cette évaluation repose sur une organisation graduée des soins¹.

¹Les logigrammes de prise en charge sont présentés en annexe.

Plusieurs types d'évaluation du patient âgé atteint de cancer peuvent être réalisés à des temps différents du parcours des personnes âgées et selon des modalités différentes :

- par l'oncologue pour repérer la fragilité grâce à un outil simple dénommé « G8 »² ou autre outil validé ;
- dans le cadre d'une consultation gériatrique externe ou au lit du patient ;
- dans le cadre d'un suivi en consultation ou à distance par téléphone ;
- en hospitalisation de jour pour les cas plus complexes.

L'UCOG définit les recommandations relatives aux critères d'indication à une évaluation oncogériatrique aux différentes étapes du parcours de soins.

Les compétences professionnelles requises

Le projet de territoire sera coordonné par un binôme référent oncologue – gériatre qui devra soit être titulaire d'un DU d'oncogériatrie ou s'engager à se former dans les 3 ans, soit avec une expérience reconnue par ses pairs.

Au sein des établissements participant à la filière oncogériatrique, un gériatre formé à l'oncogériatrie devra également être identifié pour la prise en charge et le suivi des patients. La présence d'un IDE de coordination est un levier pour l'organisation de la prise en charge et le suivi des patients.

Les consultations externes d'oncogériatrie

Des consultations pourront être organisées dans l'établissement référent de la filière mais également dans les établissements partenaires, sous réserve du respect des compétences requises. Ces consultations seront un maillage permettant plus de proximité pour les patients et favoriseront l'accès aux offres de recours.

Ces consultations réalisent des évaluations gériatriques standardisées (EGS) permettant le dépistage des fragilités. Ces évaluations permettent également d'orienter les patients vers un accompagnement adapté dont une évaluation oncogériatrique approfondie en HDJ.

Les consultations externes peuvent également permettre le suivi des patients dépistés dans le cadre de la filière d'oncogériatrie.

Les évaluations oncogériatriques approfondies en HDJ

L'évaluation gériatrique approfondie est multidimensionnelle et multidisciplinaire. Elle est réalisée en HDJ.

Cette évaluation implique le recours à une équipe multidisciplinaire et nécessite des examens complémentaires. Très consommatrice de temps médical et soignant, elle nécessite une bonne identification des patients en amont.

CRITERES D'ADMISSION DES PATIENTS EN HDJ

- patient âgé de 75 ans et plus, atteint de cancer ;
- patients de moins de 75 ans mais avec une situation clinique fragile ou projet thérapeutique spécifique ;
- adressé par un oncologue, un spécialiste compétent en cancérologie ou un gériatre ;
- avec une demande justifiée :
 - o un score G8 \leq 14 ou une fragilité dépistée par un autre score d'oncogériatrie validé (G8 modifié, VES13, GFI) ;
 - o et/ou relevant d'une prise en charge complexe en oncologie³ ;
 - o et/ou relevant d'un traitement dont le bénéfices/risques est incertain.

² Grille Oncodage ou G8 : outil de dépistage de la fragilité des personnes âgées de 75 ans et plus atteintes de cancer, INCa 2011

³ Grille Oncodage ou G8 : outil de dépistage de la fragilité des personnes âgées de 75 ans et plus atteintes de cancer

CONTENU DE L'EVALUATION ONCO-GERIATRIQUE EN HDJ

L'HDJ traduira l'interdisciplinarité de la prise en charge :

- évaluation approfondie par un médecin gériatre formé à l'oncogériatrie ;
- consultations d'au moins deux autres professionnels médicaux et/ou paramédicaux et/ou socio-éducatif ; hors IDE.

La prise en charge en HDJ comporte plusieurs examens (à l'exclusion des examens uniquement biologiques) réalisés par des professionnels de santé médicaux et paramédicaux différents, sur des plateaux techniques hospitaliers. La synthèse diagnostique ou thérapeutique au moins provisoire est réalisée par le médecin gériatre, responsable de la coordination de l'évaluation en HDJ.

CONTENU DE L'EVALUATION GERIATRIQUE

L'évaluation en HDJ est une évaluation gériatrique approfondie, ciblant notamment :

- les comorbidités et syndromes gériatriques,
- les traitements habituels reçus par le patient,
- le contexte social,
- l'autonomie,
- la mobilité, l'équilibre et la marche,
- les fonctions sensorielles (vue, audition),
- la douleur,
- l'état nutritionnel,
- les fonctions cognitives,
- l'état psychologique.

Le compte-rendu de l'HDJ sera fait par le médecin gériatre et sera constitué par la synthèse de l'avis de l'ensemble des intervenants ayant rencontré le patient (et son ou ses aidants). Ce compte-rendu devra être transmis au médecin « adresseur », au médecin oncologue en charge de la présentation du dossier en RCP et au médecin traitant.

Les évaluations au lit du patient

Les consultations d'évaluation oncogériatrique peuvent également être réalisées au lit du patient :

- dans le cadre d'une évaluation de l'état clinique du patient lors suite à une hospitalisation non programmée
- dans le cadre d'une évaluation diagnostique réalisée lors d'une hospitalisation programmée.

Le suivi des patients

Les équipes candidates s'engagent à utiliser les outils d'évaluation et de suivi commun mis en place dans le cadre d'un groupe de travail régional.

Le suivi des patients qui le nécessitent se fera soit en consultation soit dans le cadre d'un suivi téléphonique. Le suivi est organisé dans le cadre de la trajectoire de soins. Il s'organise autant que faire se peut en proximité.

Les équipes mobiles de gériatrie à domicile et les réseaux de santé gériatriques peuvent néanmoins participer à cette mission, dans le cadre de leurs missions d'expertise, au travers un suivi téléphonique ou ponctuellement par des visites à domicile.

La traçabilité

La traçabilité de l'évaluation gériatrique est primordiale. La synthèse de l'évaluation gériatrique doit être tracée dans le dossier médical du patient et dans le Dossier Communiquant en Cancérologie.

Les propositions de suivi gériatrique doivent figurer dans le programme personnalisé de soins (PPS).

Les missions régionales et engagements de l'UCOG

Les missions de l'UCOG sont définies par l'INCa. Elles visent à :

- accompagner les équipes de territoire précédemment décrites et animer un groupe de réflexion régionale ;
- assurer les missions de recours : deuxième avis pour les cas complexes, soit dans le cadre d'une consultation oncogériatrique du gériatre, soit dans le cadre d'une discussion multidisciplinaire autour du dossier du patient avec les équipes territoriales ;
- proposer et animer des actions de formation médicale et non médicale ;
- mettre en place et alimenter l'observatoire régional ;
- développer la recherche clinique et épidémiologique au niveau régional ; à ce titre l'UCOG s'engage à informer les équipes territoriales des essais et/ou études ouvertes afin de favoriser l'accès des patients âgés atteints de cancer aux essais thérapeutiques et la participation des équipes territoriales à la recherche en oncogériatrie ;
- produire un rapport d'activité annuel à l'ARS et à l'INCa.

En Hauts de France, il est par ailleurs attendu que l'UCOG définisse des recommandations relatives aux critères d'indication à une évaluation oncogériatrique aux différentes étapes du parcours de soins.

Les engagements de l'établissement référent

Au niveau territorial, l'établissement référent s'engage à :

- assurer le lien avec les différentes RCP pour la prise en compte des évaluations gériatriques ;
- développer et coordonner la gradation des évaluations gériatriques sur le territoire ;
- promouvoir des actions de formations et sensibilisations des partenaires.

Au niveau régional, l'établissement s'engage à :

- participer à l'observatoire régional mis en place par l'UCOG, sur la base des données contenues dans le dossier médical régional commun ;
- participer aux réunions régionales animées par l'UCOG ;
- être inscrit dans le groupe professionnel thématique oncogériatrie du Réseau régional de cancérologie ONCO Hauts de France ;
- utiliser les outils régionaux d'évaluation et de suivi développés par l'UCOG et le groupe de travail régional ;
- produire un rapport d'activité annuel transmis à l'ARS sur l'ensemble des activités y compris les modalités de suivi (consultation et/ou suivi téléphonique).

Les liens avec les partenaires

- Développer les partenariats avec les établissements pour l'orientation dans la trajectoire de soins :

Les liens avec les établissements autorisés en cancérologie du territoire doivent être privilégiés pour la coordination de la prise en charge des patients âgés à l'échelle de la zone d'activité de soins.

Les 3C sont des interlocuteurs privilégiés.

Les consultations et les hospitalisations de jour pour la réalisation d'évaluations en oncogériatrie constituent des modes d'entrée dans la filière gériatrique. Cela signifie que chaque patient évalué pourra se voir proposer, selon les données de l'évaluation gériatrique, une orientation vers d'autres dispositifs de la filière gériatrique (consultation / hospitalisation) au besoin, en privilégiant une prise en charge de proximité.

Les partenariats seront organisés avec les professionnels des soins de support et des soins palliatifs.

L'HAD et les SSIAD sont inclus dans les partenariats pour les prises en charge à domicile et leur position est précisée dans la trajectoire de soins.

- Développer la collaboration avec les CLUD :

L'évaluation de la douleur est une dimension de l'évaluation gériatrique. L'enjeu est d'intégrer la recherche systématique de la douleur dans le bilan initial réalisé et la réévaluation de la douleur durant la prise en charge.

Les liens avec le CLUD doivent ainsi être développés. Des protocoles permettant une prise en charge plus globale des différentes composantes de la douleur (notamment la douleur morale) par des solutions non médicamenteuses pourront être formalisés.

- Le lien avec les équipes mobiles de gériatrie intra-hospitalière :

Dans le cadre de leur activité dans les services spécialisés, les équipes mobiles de gériatrie intra-hospitalière interviennent à la demande et peuvent réaliser des EGS.

L'équipe mobile de gériatrie intra-hospitalière peut être interpellée pour des patients n'ayant pas eu d'évaluation gériatrique en amont de leur prise en charge en cancérologie et pour lesquels une fragilité ou une dégradation de l'état de santé est constatée.

Le suivi des patients dans le cadre de la filière oncogériatrique, est réalisé sous la responsabilité de l'établissement autorisé en cancérologie. Il n'y a pas d'intervention de l'équipe mobile de gériatrie intra-hospitalière dans ce cadre en oncologie. Le gériatre qui connaît le patient intervient si besoin.

- Suivi des patients :

La coordination et le suivi de la prise en charge médicale en cancérologie est organisé sous la responsabilité de l'établissement autorisé en cancérologie. Elle mobilise les oncologues, les chirurgiens et les radiothérapeutes mais également les infirmières de coordination.

Il est également attendu la mise en place de partenariats avec les professionnels de ville et plus particulièrement avec :

- les Plateformes Territoriales d'Appui (PTA) ou tout dispositif de coordination territoriale pour l'organisation des prises en charges complexes en proximité et la planification de la prise en charge ;
- les réseaux de santé gériatriques et les équipes mobiles gériatriques (à domicile ou en EHPAD) qui contribuent par leurs avis experts en gériatrie au suivi des patients qui le nécessitent afin de favoriser le maintien dans le milieu de vie et anticiper certaines situations à risque ;
- la gestion de cas MAIA qui accompagne les situations complexes ayant besoin d'un appui intensif.

CONDITIONS DE MISE EN OEUVRE

1. Public visé

Sont prioritairement visés, les patients âgés de 75 ans et plus, atteints de cancer, adressés par un oncologue ou un gériatre suite à une évaluation de leur fragilité grâce à l'outil G8, relevant d'une prise en charge thérapeutique complexe ou nécessitant une réflexion interdisciplinaire sur la balance bénéfice/risque des thérapies. Les patients de moins de 75 ans avec une situation clinique fragile ou projet thérapeutique spécifique peuvent également relever de la filière de soins en oncogériatrie.

2. Territoire d'intervention

La trajectoire en oncogériatrie relève d'une organisation de proximité.

L'évaluation oncogériatrique approfondie en HDJ est conditionnée par un adossement à la filière gériatrique de l'établissement référent.

3. Coordonnateur de la réflexion de la trajectoire oncogériatrique

Sont ciblés, les établissements de santé ayant une autorisation d'activité de soins de traitement du cancer et référents en gériatrie.

4. Prérequis au projet

Il convient d'identifier un binôme référent (gériatre/oncologue ou cancérologue) volontaire pour mettre en place une trajectoire graduée de l'offre de soins en oncogériatrie en proximité.

Ils associent les partenaires nécessaires précédemment cités.

5. Modalités de reconnaissance, d'évaluation et de suivi

Le projet sera labellisé dans les conditions prévues au dossier de labellisation de la filière gériatrique de territoire.

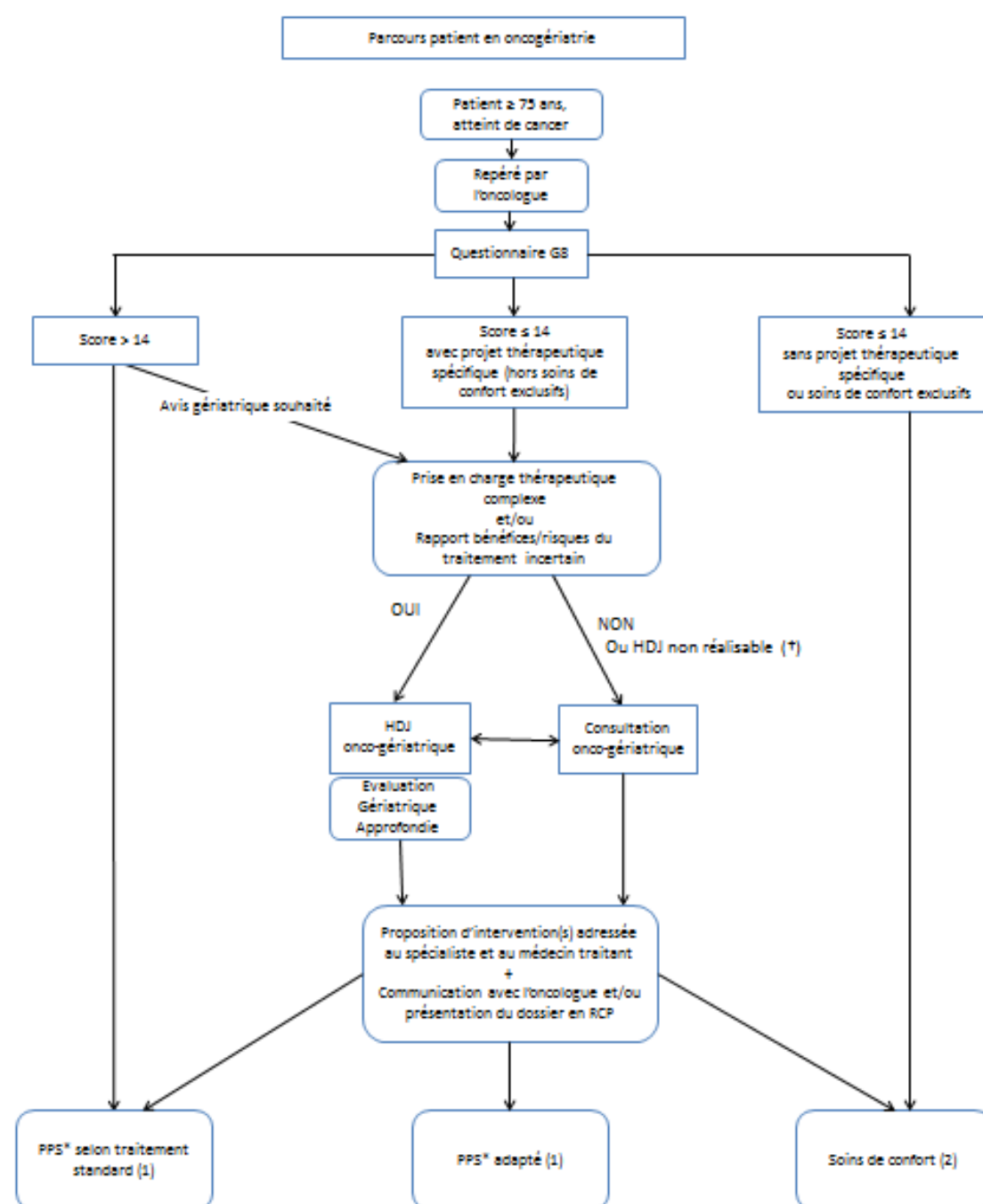
Le porteur devra adresser un rapport d'activité annuel à l'ARS et à l'UCOG. Des indicateurs d'activité seront définis dans le cadre de la coordination régionale pilotée par les UCOG.

L'UCOG fera une synthèse par territoire de santé et régionale des données qu'il transmettra à l'ARS annuellement, ainsi qu'à l'INCa.

La montée en charge de l'activité d'HDJ est attendue dans un délai maximum de deux ans.

Une évaluation globale de la filière gériatrique sera faite au bout de deux ans.

ANNEXE 1 Logigrammes de prise en charge en oncogériatrie



† Patient ne souhaitant pas d'évaluation en HDJ (éloignement géographique, ...), créneaux d'HDJ non disponibles

* Programme personnalisé de soins

(1) Incluant le suivi oncologique et oncogériatrique si nécessaire

(2) Incluant le suivi oncologique, gériatrique ou oncogériatrique si nécessaire

