

## Propositions pour une politique volontaire de prise en charge adaptée au cancer chez le sujet âgé

DECEMBRE 2020

Le cancer constitue principalement une maladie du sujet âgé. Ainsi, plus de 60 % des nouveaux cas de cancers sont diagnostiqués chez les plus de 65 ans. Qui plus est, le vieillissement de la population va conduire à une nette augmentation du nombre de cancers des patients âgés à soigner dans les 10 prochaines années. Enfin, pour de multiples raisons, la survie relative de la plupart des cancers diminue avec l'âge des sujets atteints.

C'est pourquoi il est urgent de repenser dès aujourd'hui la prise en charge des patients âgés atteints de cancer mais également de renforcer la prévention, afin d'améliorer le pronostic et la qualité de vie des personnes.

Dans le cadre de la nouvelle stratégie décennale de lutte contre le cancer qui s'ouvre, la SoFOG (Société Francophone d'Oncologie Gériatrique), a réuni plusieurs de ses membres en y associant des experts de la prise en charge du cancer du sujet âgé pour constituer le groupe **Priorités Age Cancer**, et formuler plusieurs propositions facilement activables à court terme dans l'objectif d'améliorer la prise en charge des patients âgés atteints de cancer. Le présent document vise à présenter ces propositions.

### Priorités Age Cancer Qui sommes-nous ?

Priorités Age Cancer est un groupe de réflexion qui regroupe des professionnels de santé, des patients et des industriels, engagés dans la prise en charge du cancer chez le sujet âgé.

Ce groupe de travail réunit les membres suivants :

- **Pr Pierre SOUBEYRAN**, Oncologue Médical - Institut Bergonié Bordeaux, Président SoFOG
- **Pr Olivier GUERIN**, Chef du Pôle de Gériatrie, Service Gériatrie et Thérapeutique, CHU de Nice, Président SFGG
- **Pr Laure DE DECKER**, Gériatre - CHU de Nantes, Vice-Présidente SoFOG
- **Dr Rabia BOULAHSSASS**, Gériatre, CHU de Nice, Secrétaire générale SoFOG
- **Dr Loïc MOUREY**, Oncologue Médical, IUCT-Oncopole Toulouse, Secrétaire général adjoint SoFOG
- **Pr Etienne DORVAL**, Coordonnateur de la Commission des UCOG au sein de la SoFOG
- **Dr Capucine BALDINI**, Oncologue Médical, Institut Gustave Roussy, Villejuif
- **Dr Etienne BRAIN**, Oncologue Médical, Institut Curie Paris & Saint-Cloud, Membre du bureau SIOG
- **Dr Éric BAUVIN**, Coordinateur du réseau Onco Occitanie
- **Monique CASTAGNEDE**, Patient, Chercheuse Associée - Laboratoire des Afriques dans le Monde, Sciences-Po Bordeaux
- **Dr Béatrice CLAIRAZ**, Pharmacienne d'Officine, Chatenay-Malabry
- **Dr Jean GODARD**, Médecin Généraliste, Président de la Plateforme Territoriale d'Appui Caux Dieppe Vallées, Fondateur CPTS Caux Maritime
- **Dr Sadek KROURI**, Directeur Affaires Publiques Oncologie, Sanofi

# 1 Repenser la coopération des professionnels de santé dans le parcours de soin

## CONSTAT

Les projections sur le nombre de patients âgés atteints de cancer à venir interpellent. L'organisation de notre système de soins est insuffisamment orienté vers la prévention secondaire de problématiques rencontrées dans cette population. Dans ce contexte de multiples interventions d'un grand nombre de spécialistes dans des parcours de soins souvent complexes, la coordination et la communication entre les professionnels de santé est cruciale. Une réflexion autour de la possibilité de nouveaux modèles intégrant le parcours de soins oncologique, les interventions gériatriques associées et les médecins traitants est primordiale pour assurer une prise en charge harmonieuse.

## PROPOSITIONS

### Proposition 1 : Assurer une gradation coordonnée des soins en fonction du patient

Il convient de prendre en compte la maladie oncologique et le niveau de fragilité du patient âgé en mettant en place une concertation collégiale des professionnels de santé. Cette concertation doit être envisagée pour les patients présentant un questionnaire de dépistage de fragilité (screening) positif incluant dès lors une évaluation gériatrique du patient.

- Pour répondre à cet objectif, nous recommandons de généraliser l'outil de **screening de fragilité G8\*** pour les patients de plus de 75 ans et de le rendre opposable à l'autorisation de traitement des cancers des établissements de santé. Les patients présentant un test G8 anormal devront être orientés pour bénéficier d'une évaluation gériatrique ce qui conduira à une gradation de la prise en charge et des parcours de soins.

### Proposition 2 : Développer les métiers du parcours de soins

Lors des parcours de soins complexes, nous recommandons de **faire intervenir des professionnels de la coordination médicale** formés à la gestion de cas complexes, infirmières de coordination (IDEC) ou infirmières de pratiques avancées (IPA) notamment. Cette logique vise à développer un consortium de professionnels de santé autour du parcours de soins du patient afin d'assurer un partage d'information optimal entre professionnels, d'améliorer les délais de prise en charge, la qualité des soins, la hiérarchisation des examens ainsi que la prise de décision.

Pour répondre à cet objectif, nous recommandons l'utilisation des outils suivants :

- Mettre en place des **hotlines d'orientation** et/ou des **plateformes numériques** pouvant s'insérer dans les dispositifs gériatriques ou oncologiques déjà existants. Ces interfaces de communication entre les professionnels de santé permettraient des échanges d'information en temps réel, mais aussi de faire figurer des informations adaptées à chaque acteur : professionnels de santé, patients, aidants.
- S'appuyer sur des **outils numériques interopérables** avec des interfaces simples et ergonomiques adaptées et conçues pour et avec des patients âgés.
- Coupler l'utilisation de ces outils numériques à des outils matériels compilant des informations pratiques (carnets de coordination, cartes de coordination format papier) afin de permettre à chaque patient de bénéficier de la solution de partage d'information la plus adaptée.
- Promouvoir la **formation des patients** et des aidants à ces nouveaux modes de communication.

\* Le questionnaire G8 est un outil de dépistage gériatrique qui permet d'identifier, parmi les patients âgés atteints de cancer, ceux qui devraient bénéficier d'une évaluation gériatrique approfondie.

**Proposition 3 : S'appuyer sur le maillage territorial existant pour assurer la coopération entre la ville et l'hôpital.**

Nous recommandons de **renforcer le lien ville-hôpital** en instaurant une concertation renforcée avec la médecine de ville, les soignants intervenant au domicile et les pharmaciens d'officine et de s'appuyer sur les réseaux territoriaux et les unités de coordination en oncogériatrie déjà existants.

**Proposition 4 : Promouvoir les entretiens pharmaceutiques en oncologie pour améliorer l'observance et la coordination.**

Le pharmacien d'officine est l'un des acteurs clefs du premier recours. Il participe à travers les entretiens pharmaceutiques à l'éducation thérapeutique des patients, améliorant ainsi l'observance mais également à la coopération entre professionnels de santé. Nous recommandons de **promouvoir ces entretiens**, qui sont d'autant plus importants pour les patients âgés, souvent atteints de comorbidités, qu'ils permettent de mieux identifier les spécificités de leur parcours.

## IMPACTS SUR LE SYSTEME DE SANTE

Ces dispositifs permettraient :

- 1 D'harmoniser le niveau d'information des professionnels de santé,
- 2 De fluidifier, sécuriser et globalement améliorer le parcours de soins,
- 3 De faire des économies en dépenses de santé en limitant les hospitalisations imprévues, en réduisant les prescriptions médicamenteuses inadaptées et en réduisant le nombre de patients en situation de dépendance,
- 4 D'économiser du temps médical, permettant ainsi d'absorber le nombre croissant de patients âgés à prendre en charge,
- 5 D'améliorer la lisibilité du parcours de soins par le patient et ses aidants en évitant les doublons de prise en charge ou d'examen complémentaires.

## 2 Construire un parcours de vie adapté au patient âgé atteint de cancer

### CONSTAT

La prise en charge du cancer chez le sujet âgé doit s'adapter, comme dans de nombreuses pathologies chroniques, à l'état du patient ainsi qu'à ses attentes. Il convient de s'interroger pour évaluer si le patient est apte à recevoir l'information, à la comprendre, voire à l'accepter, particulièrement lorsque le pronostic est défavorable ou lorsque des troubles cognitifs sont associés.

### PROPOSITIONS

**Proposition 1 : Développer l'implication des patients et la décision partagée.**

La décision médicale doit tenir compte de l'état du patient (clinique, psychologique, social), aux différents temps de sa maladie (initial, rechute locorégionale ou métastatique) et de son évolution personnelle, ainsi que de ses attentes vis-à-vis du traitement. Il est essentiel de **développer l'éducation des patients sur leur(s) maladie(s) et leur(s) traitement(s)** pour évoluer vers une meilleure **décision partagée entre les médecins et leurs patients.**

## **Proposition 2 : Renforcer l'information, la transparence et la pédagogie.**

Pour que le patient prenne toute sa place dans la décision médicale, il convient qu'il puisse **accéder en toute transparence à ses données de santé**, qu'il puisse être également **contributeur de données** (*patient-reported outcome measures – PROM*) et qu'il puisse faire connaître aux équipes soignantes **ses attentes en termes de soins** (efficacité et toxicité du traitement, lourdeur du traitement, autonomie, espérance de vie, tâches quotidiennes, attentes sociales, aspects économiques).

**Proposition 3 : Promouvoir la création de postes de patients experts** pour accompagner les patients et les médecins, notamment en préparation de la consultation. Cette évolution doit aller jusqu'à la **création de postes hospitaliers**, comme c'est le cas par l'ARS de Nouvelle-Aquitaine, voire de **patients partenaires des actions de recherche**.

## **Proposition 4 : Soutenir, former et intégrer concrètement les aidants dans le parcours de soins pour assurer le maintien à domicile.**

Plus les patients évoluent vers la dépendance, plus il est nécessaire qu'ils soient assistés par des aidants. Compte tenu du vieillissement de la population, ce besoin va s'accroître et il est nécessaire d'y répondre de façon structurée. Renforcer le statut d'aidant est donc indispensable pour améliorer la qualité des soins et la qualité de vie des patients. Pour y parvenir, il faut intégrer les aidants dans le parcours de soins et les former voire envisager de rémunérer leur engagement, particulièrement pour les personnes en activité qui sont souvent contraintes de se mettre en disponibilité.

## **IMPACTS SUR LE SYSTEME DE SANTE**

Ces dispositifs permettraient :

- 1 D'adapter les décisions médicales aux attentes des patients,
- 2 D'améliorer la satisfaction et la qualité de vie des patients,
- 3 D'intégrer efficacement les aidants dans le parcours de soins,
- 4 Et ainsi de faciliter le maintien à domicile des patients âgés.

## **3 Adapter les politiques de prévention au sujet âgé atteint de cancer**

### **CONSTAT**

Les outils de prévention actuels sont insuffisamment adaptés au sujet âgé. Pourtant, la prévention des cancers et/ou de leur rechute par le dépistage, l'activité physique, la nutrition s'entend tout au long de la vie. Chez les sujets âgés, alors qu'il reste primordial, le dépistage n'est plus organisé après 74 ans, contribuant à aggraver le mauvais pronostic des cancers diagnostiqués. C'est pourquoi il est crucial d'adapter nos outils et politiques de prévention au sujet âgé.

### **PROPOSITIONS**

**Proposition 1 : Renforcer, en lien avec les acteurs du premier recours (médecins traitants pharmaciens et infirmiers), les messages de prévention du cancer vers le grand public.**

La communication autour du cancer chez le sujet âgé représente un enjeu crucial pour acculturer le grand public à une véritable logique de prévention, à travers des gestes simples.

Ces messages doivent être diffusés et relayés par les médecins traitants et les pharmaciens, premiers recours des patients. Il conviendrait par exemple de s'appuyer sur les espaces de vente des pharmacies pour assurer la diffusion la plus large possible de ces campagnes auprès du grand public.

Pour répondre à cet objectif, nous recommandons la mise en place de **campagnes de communication positives** telles que « il n'y a pas d'âge pour se faire soigner du cancer », « Pourquoi ne pas commencer le vélo à 75 ans ? », « Comment soigner mon alimentation avec un cancer quand je suis sujet âgé ».

## **Proposition 2 : Renforcer les dépistages et le diagnostic précoce des cancers chez les sujets de plus de 75 ans**

La stratégie nationale de dépistage organisé des cancers colorectal et du sein s'arrête après 74 ans et il n'existe pas de recommandations spécifiques au-delà de cet âge. Le diagnostic des cancers est porté à un stade plus évolué chez les sujets âgés que chez les sujets jeunes. Ces deux facteurs contribuent à en aggraver le pronostic. Il convient dès lors de renforcer le dépistage et le diagnostic précoce par des politiques spécifiques ciblant les sujets âgés.

Pour répondre à cet objectif, nous recommandons l'utilisation des outils suivants :

- Évaluer la faisabilité, dans un ou plusieurs départements ou régions pilotes, de l'**extension du dépistage organisé des cancers colorectal et du sein chez les sujets de 75 ans et plus qui le souhaitent** en s'appuyant sur les structures régionales de dépistage des cancers, les médecins traitants et les professionnels de santé.
- Mettre en place, dans certaines CPTS, une **politique de dépistage individuel et de diagnostic précoce personnalisé** en évaluant notamment l'apprentissage de l'autopalpation ou la palpation annuelle systématique (dans le cancer du sein notamment). Ce diagnostic serait fait en lien avec les médecins traitants, les IDEC et IPA (infirmier(e)s coordinatrices et en pratique avancée).

## **IMPACTS SUR LE SYSTEME DE SANTE**

La mise en place de nos propositions permettrait de :

- 1** Renforcer et coordonner une information positive sur la prévention et le diagnostic des cancers chez le sujet âgé,
- 2** Réduire, par le dépistage et le diagnostic précoce adaptés, la surmortalité relative par cancer chez les sujets dont l'âge avancé ne doit pas constituer un facteur de mauvais pronostic.

Ce document a été réalisé avec le soutien institutionnel de :