

Enquête sur la prise en charge des sujets âgés atteints d'un cancer auprès des professionnels de Bretagne-Pays de la Loire. Focus voies orales

Survey of professionals from the Bretagne-Pays de la Loire region on elderly patients care with cancer. Focus on oral treatments

Emmanuelle BOURBOULOUX¹, Delphine DÉNIEL-LAGADEC^{2,3}, Isabelle LOISEL², Véronique BOURCY¹, Armelle GENTRIC², Sandrine ESTIVIN², Laurence GUEN², Romain CORRE², Véronique JESTIN-LE TALLEC², Laure DE DECKER¹, Sophie ABADIE-LACOURTOISIE¹, Bénédicte D'AILLIERES¹, Virginie MOITEAUX¹, Erik MONPETIT⁴, Donavine NIMUBONA⁴, Thierry URBAN⁵, Fabienne EMPEREUR⁵, Daniel GUILLERM⁶, Annick TOUBA⁷, Eric VAN MELKEBEKE⁸, Jacques HUGUEN⁹, Alain GUILLEMINOT¹⁰, Gilles BERRUT¹¹, Gilles PIRIOU¹², Jean-Claude MAUPETIT¹³, Fanny MARHUENDA³, Françoise GRUDE³

1. Unité de Coordination en Oncogériatrie des Pays de la Loire, 50 route de Saint-Sébastien, 44093 Nantes cedex 1, France.

2. Unité de Coordination en Oncogériatrie de Bretagne, CHRU Brest Morvan, 5 avenue Foch, 29609 Brest cedex, France.

3. Observatoire dédié au cancer OMEDIT Bretagne et OMEDIT Pays de la Loire, ICO Paul Papin, 15 rue André Boquel, CS 10059, 49055 Angers cedex 02, France.

4. Réseau régional de cancérologie ONCO Bretagne, Centre Eugène Marquis, rue de la Bataille Flandres Dunkerque, 35000 Rennes, France.

5. Réseau régional de cancérologie ONCO Pays de Loire, 50 route de Saint-Sébastien, 44093 Nantes cedex 1, France.

6. URPS IDEL Bretagne, 13 E boulevard Solférino, 35000 Rennes, France.

7. URPS IDEL Pays de la Loire, 13 rue de la Loire, 44230 Saint-Sebastien-sur-Loire, France.

8. URPS Médecins libéraux Bretagne, 25 rue Saint Hélier, 35000 Rennes, France.

9. Conseil de l'Ordre des Pharmaciens Bretagne, 31 rue Jean Guéhenno, CS 70616, 35706 Rennes Cedex 7, France.

10. URPS Pharmaciens Pays de la Loire, 45 avenue de la Libération, 44400 Rezé, France.

11. CHU Nantes, 8 Quai Moncouso, 44000 Nantes, France.

12. OMEDIT Bretagne, CHIC de Cornouaille, 14 avenue Yves Thépot, 29107 Quimper cedex, France.

13. OMEDIT Pays de la Loire, 8 quai Moncouso, 44000 Nantes, France.

Auteur correspondant : Mme Delphine DENIEL-LAGADEC, Observatoire dédié au Cancer Bretagne-Pays-de la Loire/UCOG Bretagne, CHRU Brest Morvan, Bâtiment 2 bis, 1^{er} étage, 5 avenue Foch, 29609 Brest cedex, France.

Résumé

Introduction

L'Observatoire dédié au Cancer et les Unités de Coordination OncoGériatrie (UCOG) Bretagne et Pays de la Loire ont mené une enquête interrégionale visant à identifier les pratiques, besoins et difficultés des professionnels de santé, à informer sur les outils oncogériatriques et sur les fiches « Voie Orale » (VO) anticancéreuses destinées aux patients et professionnels de santé.

Méthode

15 847 professionnels ont reçu un questionnaire relatif à l'oncogériatrie et à la gestion des traitements de ces patients. Il était accompagné de la présentation des UCOG, de l'Observatoire, des équipes réalisant les évaluations oncogériatriques, de la grille G8, et d'une fiche VO.

Résultats

De nombreuses difficultés sont rapportées par les 1 322 professionnels répondants (8,3 %) : polymédication et gestion des toxicités pour les médecins généralistes, ordonnances multiples pour les pharmaciens, défaut de communication avec l'équipe de cancérologie pour les infirmiers, perte d'autonomie du patient pour les spécialistes en cancérologie.

96 % des généralistes interrogés utiliseront ou continueront à utiliser le G8. 94 % d'entre eux utiliseront les fiches VO, ainsi que 97 % des IDE, 96 % des pharmaciens et 81 % des spécialistes.

Discussion

Les difficultés et les besoins sont différents selon les spécialités. Renforcer le lien ville-hôpital est au cœur des préoccupations de chacun. Grâce aux formations, des outils sont proposés pour optimiser la prise en charge oncogériatrique et les échanges entre professionnels.

Conclusion

Pour une prise en charge oncogériatrique sécurisée et optimisée, il est nécessaire de renforcer la coordination des différents acteurs, d'actualiser leurs connaissances et de partager informations et outils.

Mots clés : évaluation oncogériatrique, grille G8, fiches voies orales anticancéreuses, lien ville-hôpital.

Abstract

Introduction

The Cancer Monitoring Center and the Geriatric Oncology Coordination Units (GOCU) in Bretagne and Pays de la Loire conducted a regional survey on geriatric oncology: i) to identify the practices, needs and challenges of healthcare professionals, ii) to provide information regarding geriatric oncology tools and guidelines for oral anti-cancer treatment intended for patients and healthcare professionals.

Method

15,847 professionals received a questionnaire addressing geriatric oncology and the treatment care of these patients. The questionnaire also included information about the GOCU, the Cancer Monitoring Center, the teams carrying out geriatric assessment for cancer patients, the G8 scale, and an example of "Oral Route".

Results

Many issues were highlighted by the 1,322 (8.3%) healthcare professionals who answered the survey: polypharmacy and management of toxicities for general practitioners, multiple drug prescriptions for pharmacists, lack of communication with the oncology team for nurses, loss of patient's autonomy for oncologists. Amongst general practitioners, 96% and 94% stated they would use or continue using the G8 scale and the "Oral Route" lines respectively; 97% of nurses, 96% of pharmacists and 81% of cancer specialists also stated they would rely on the "Oral Route" guidelines.

Discussion

Challenges and needs vary according to professional categories. Strengthening the link between the community/ambulatory medicine and the hospital is a key issue. Through training sessions, tools are offered to optimize geriatric oncology care and exchanges among healthcare professionals.

Conclusion

A safe and optimized care of elderly patients with cancer requires strengthening the coordination of the various relevant actors, updating their knowledge and sharing information and tools.

Keywords: geriatric oncology assessment, G8 scale, guidelines for oral anti-cancer treatment, link between the community/ambulatory medicine and the hospital.

JOG J Oncogériatr 2017 ; 8 (1) : ??-??.

Introduction

Le vieillissement de la population, associé à l'augmentation de l'incidence de la plupart des cancers au-delà de 75 ans, font de la prise en charge gériatrique une préoccupation majeure en cancérologie **1**. L'hétérogénéité de la population âgée, mais également celle des cancers, participent au fondement de l'oncogériatrie. Le

parcours de santé d'une personne âgée atteinte d'un cancer est souvent complexe **1** du fait de ses particularités socio-environnementales et médicales **2**. Il est ainsi essentiel d'adapter la thérapeutique selon les fragilités spécifiques de la personne âgée, qu'elles soient cognitives ou fonctionnelles. Chez le patient âgé, le rapport bénéfique/risque doit être d'autant plus finement évalué

que le maintien ou le retour à une qualité de vie demeure un objectif majeur.

L'oncogériatrie ne constitue pas une nouvelle discipline mais s'articule autour d'une action coordonnée des spécialistes du cancer, des gériatres et de tous les acteurs intervenant auprès du sujet âgé atteint d'un cancer. L'évaluation de la fragilité du patient passe par la réalisation d'une évaluation gériatrique standardisée (EGS) **3**. Celle-ci, grâce à l'exploration d'un certain nombre de domaines (statut fonctionnel, comorbidités, polymédication, cognition, dépression, nutrition, risque de chute) permet d'apprécier l'âge physiologique du patient et son espérance de vie indépendamment du cancer. En fonction de l'évolution de la pathologie cancéreuse, elle apporte à l'oncologue des éléments complémentaires permettant de proposer au patient la meilleure option thérapeutique, discutée en Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP). Elle peut également conduire à des actions de prévention. Selon une revue bibliographique récente, l'évaluation oncogériatrique pourrait influencer sur la décision thérapeutique pour 23 % des personnes âgées atteintes de cancer, mais peu d'études randomisées existent **4**. De plus, suite à l'évaluation gériatrique, 40 % des plans de traitement sont modifiés **5**. Spécialistes du cancer et gériatres échangent ainsi sur l'option de prise en charge la plus adaptée pour le patient. Cependant, tous les patients âgés atteints de cancer ne nécessitent pas une EGS. La grille oncologie, aussi nommée grille G8, complétée par un professionnel de santé (spécialiste en cancérologie, infirmier, médecin généraliste), permet justement de distinguer les patients qui relèvent ou non de la réalisation d'une EGS. En effet, un score G8 inférieur ou égal à 14 confirme la pertinence d'une évaluation plus approfondie. Le délai entre la demande et la réalisation de l'EGS est variable selon les établissements de santé et oscille entre 5 à 10 jours **6**. Selon les établissements de santé, l'EGS est proposée sous forme d'une consultation (durée 1 h à 1 h 30), d'une prise en charge en hôpital de jour ou lors d'une hospitalisation conventionnelle. Une fois réalisée, le compte-rendu de l'EGS est transmis par messagerie sécurisée, par courrier postal ou par courrier interne au médecin demandeur, et une copie au médecin traitant. L'objectif consiste à transmettre l'information avant la RCP pour éclairer la décision thérapeutique. Démarche de collaboration avant tout, les recommandations issues de cette EGS doivent être diffusées au-delà de l'enceinte hospitalière pour sécuriser la prise en charge au domicile.

L'avènement des thérapies anticancéreuses par voie orale (qui représenteront 25 % des prescriptions d'anticancéreux en 2020 selon l'INCa), leur observance, l'anticipation et la gestion des effets secondaires et des interactions sont autant de justifications à la poursuite des

actions au domicile du patient. Chez le sujet âgé traité par voie orale anticancéreuse (VO), ces problématiques sont d'autant plus à prendre en compte en y intégrant la prévention des syndromes gériatriques **7**. Ces thérapies orales ont un profil de tolérance tout à fait compatible avec un maintien du patient dans son lieu de vie, évitant des déplacements fréquents vers les structures de soins et la pose de perfusion intraveineuse, sources de grande fatigue et d'anxiété. Il faut cependant noter que l'observance des VO à domicile peut être compromise notamment par une polymédication installée **8, 9**. Plusieurs études démontrent que l'adhésion au programme de soins est remise en cause quand les traitements se compliquent et affectent le mode de vie des patients. Ces constats renforcent l'importance d'une collaboration étroite entre les professionnels de premiers recours et les établissements de santé. Les échanges entre le médecin et le patient sont essentiels afin de définir la meilleure option thérapeutique.

Suite à ces constats, une enquête interrégionale a été réalisée par les Unités de Coordination en Oncogériatrie (UCOG) Bretagne et Pays de la Loire ainsi que par l'Observatoire dédié au cancer Bretagne Pays de la Loire afin de réaliser un état des lieux des pratiques, difficultés rencontrées et besoins exprimés liés à l'oncogériatrie.

Une des missions principales des UCOG, structures impulsées et labellisées par l'INCa depuis 2012, est d'accompagner le rapprochement des différentes spécialités. La sensibilisation des professionnels à l'utilisation de la grille de dépistage G8 et l'intégration du gériatre (par la mise en place des évaluations oncogériatriques), si possible avant le début des traitements, permettent d'optimiser la prise en charge de ces patients.

Par ailleurs, l'Observatoire dédié au Cancer Bretagne Pays de Loire, structure interrégionale spécialisée en cancérologie des Observatoire du Médicament, Dispositifs médicaux et des Innovations Thérapeutiques (OMEDIT) Bretagne et Pays de la Loire créé en 2003, est une interface entre l'Agence Régionale de Santé (ARS) et les professionnels de terrain. Une de ses missions est de gérer les différentes problématiques liées aux médicaments anticancéreux. Elle a donc rédigé avec les professionnels, en partenariat avec les Réseaux Régionaux de Cancérologie (RCC) ONCO Bretagne et ONCO Pays de la Loire, un guide de bonnes pratiques des VO actualisé tous les 2 ans.

Afin de sécuriser ce mode de traitement, des fiches VO ont également été créées dans un souci de sensibilisation des professionnels et des patients à la prise des médicaments, à l'observance, à la gestion des interactions (médicamenteuses, alimentaires et phytothérapeutiques), et à l'anticipation des effets indésirables. Elles ont toutes été rédigées sur une trame identique (deux

pages) et représentent un outil condensé et pratique. Dans l'optique d'un traitement oral ambulatoire, l'adhésion et le maintien d'une bonne qualité de vie sont essentiels. La responsabilité du patient, de son entourage, mais aussi des professionnels intervenant au domicile est engagée.

L'efficacité et la sécurité du traitement anticancéreux sont conditionnées par la qualité de l'information délivrée aux patients et aux professionnels de santé de proximité intervenant dans le parcours de soins. Une analyse optimale de la situation, de par la qualité des échanges et des liens interprofessionnels, garantit aussi cette sécurité.

La finalité de notre enquête est donc d'optimiser la prise en charge des sujets âgés porteurs de cancer dans les régions Bretagne et Pays de la Loire. Cela nécessite la sensibilisation des professionnels de santé à ces nouvelles stratégies thérapeutiques comme les VO, qui requièrent une vigilance particulière au-delà des murs de l'établissement de soins.

Objectifs de l'étude

Les objectifs de notre enquête sont les suivants :

- obtenir, sur les deux régions, une vision des pratiques déclarées, des difficultés rencontrées ainsi que des besoins sur la thématique du sujet âgé atteint d'un cancer, pour les professionnels de terrain :

- *des professionnels de premier recours lors du diagnostic et du traitement (notamment par chimiothérapie orale, thérapie ciblée et hormonothérapie) : médecins généralistes, infirmiers en exercice libéral, pharmaciens d'officine ;*

- *des professionnels de la cancérologie lors de la définition des traitements et lors de la prise en charge par traitement oral à domicile (chimiothérapie orale, thérapie ciblée et hormonothérapie) : oncologues, hématologues, onco-radiothérapeutes, spécialistes d'organes et chirurgiens gynécologues/urologues (ces derniers étant habilités à prescrire des traitements anti-cancéreux per os) ;*

- sensibiliser les professionnels à la filière oncogériatrique (utilisation de la grille G8 et recours aux évaluations oncogériatriques) ;

- sensibiliser les professionnels à l'utilisation des fiches explicatives VO.

Méthode

Des questionnaires spécifiques à chaque profession (médecins spécialisés en médecine générale (MG) ou en cancérologie, Infirmiers Diplômés d'État Libéraux (IDEL), pharmaciens) ont été élaborés par les 2 UCOG et l'Observatoire, en lien avec les Unions Régionales des Professionnels de Santé (URPS), Médecins libéraux, IDEL, Pharmaciens, le Conseil de l'ordre des Pharmaciens de Bretagne et les Réseaux Régionaux de Cancérologie

(RRC) OncoBretagne et Onco Pays de la Loire. Ainsi, quatre questionnaires ont été construits comprenant un grand nombre de questions communes mais aussi quelques questions spécifiques à chaque profession. En effet, afin de valider la pertinence de l'enquête auprès de chaque catégorie professionnelle concernée, une version de travail bien avancée du questionnaire a été soumise et testée au sein des différentes instances (URPS, Conseil de l'ordre ou Réseau de Cancérologie) et auprès de quelques professionnels (pharmaciens, oncologues). Après validation, les questionnaires ont été envoyés par courrier ou par mail de février à avril 2015. Ils étaient accompagnés de trois documents : i) une plaquette présentant les UCOG et la grille G8 ; ii) un document présentant les équipes réalisant les évaluations oncogériatriques dans les régions respectives ; iii) une plaquette présentant l'Observatoire du cancer et un exemple de fiches « voie orale ».

Chaque questionnaire était structuré d'une façon identique en 6 parties. Une première partie, sous forme d'encadré, expliquait l'importance de chaque professionnel dans le parcours de soin du sujet âgé atteint de cancer, présentait les trois structures et expliquait les modalités de retour du questionnaire. Une deuxième partie portait sur la catégorie professionnelle des répondants, le lieu d'exercice et sur leur connaissance des structures. Une troisième partie s'intéressait au dépistage des fragilités et aux évaluations oncogériatriques (connaissance, pratique, difficultés rencontrées...). Une quatrième partie portait sur le suivi du patient pendant sa prise en charge du cancer (difficultés rencontrées, outils utilisés, besoin en informations...). Une cinquième partie s'intéressait aux VO (prescription, utilisation et intérêt des fiches, sollicitation de professionnels ressource...). Une sixième partie interrogeait sur les besoins en formation et laissait place aux commentaires libres.

Les modalités de réponses au questionnaire étaient différentes en fonction des habitudes des professionnels et des régions (par courrier *via* une enveloppe T, par fax ou en complétant un questionnaire en ligne). Chaque questionnaire comportait plusieurs types de réponses (choix multiple, choix unique ou commentaire libre) et pour certaines questions, il a été demandé aux professionnels de grader leurs réponses selon la fréquence qu'ils jugeaient la plus appropriée selon 4 formulations : « jamais », « parfois », « souvent », « très souvent ».

Résultats

Au total, 15 847 professionnels (5 450 MG, 5 908 IDEL, 2 617 pharmaciens d'officine et 1 872 spécialistes en cancérologie) ont reçu ce questionnaire et les documents associés (Tableau 1). 1 322 professionnels ont répondu au questionnaire (8,3 %) (Tableau 1).

Tableau 1 : Nombre de questionnaires envoyés et taux de réponse par catégorie socio-professionnelle et par région.

Table 1: Number of questionnaires sent and response rate per socio-professional category and per region.

	Bretagne		Pays de la Loire		Total		Taux de réponse
	Nombre d'envois	Nombre de réponses	Nombre d'envois	Nombre de réponses	Nombre d'envois	Nombre de réponses	
MG	2 200	33	3 250	184	5 450	217	4,0 %
IDE	3 000	501	2 908	238	5 908	739	12,5 %
Pharmaciens	1 467	103	1 150	138	2 617	241	9,2 %
Spécialistes	1 000	61	872	64	1 872	125	6,7 %
Total	7 667	698	8 180	624	15 847	1 322	8,3 %

Abréviations : IDE : Infirmier Diplôme d'État ; MG : Médecin spécialisé en médecine générale.

Professionnels et structures

Si 13 % des IDEL et 9 % des pharmaciens d'officine ont répondu à l'enquête, seulement 7 % des spécialistes du cancer et 4 % des MG y ont participé (Tableau 1). Les MG et IDEL ayant répondu travaillent majoritairement en cabinet (respectivement 86 % et 95 %).

La répartition des spécialistes en cancérologie ayant répondu est la suivante : 36 % de spécialistes d'organes, 25 % d'oncologues médicaux, 15 % de chirurgiens gynécologues, 12 % d'oncologues radiothérapeutes, 7 % d'hématologues et 5 % de chirurgiens urologues.

Chaque professionnel de santé ayant répondu a déclaré prendre en charge des sujets âgés atteints de cancer hormis 1 % des IDEL. Les MG informent les prendre en charge à l'occasion, souvent et très souvent dans 58 %, 32 %, 9 % des cas respectivement, les IDEL dans 58 %, 34 % et 7 %, les pharmaciens dans 65 %, 30 % et 5 %.

Si les spécialistes de cancérologie connaissaient l'UCOG (82 %) et l'Observatoire (62 %), la situation est différente pour les MG (14 % connaissaient l'UCOG et 9 % l'Observatoire), les IDEL (respectivement 12 % et 12 %) et les pharmaciens d'officine (28 % et 25 %).

État des lieux des pratiques

Oncogériatrie

10 % des MG déclarent connaître la grille G8 contrairement à 82 % des spécialistes en cancérologie (Figure 1A). Après avoir pris connaissance de cette grille, 84 % des médecins généralistes déclarent désormais vouloir l'utiliser (Figure 1B). La grille G8 est utilisée chez deux tiers des spécialistes ayant répondu (souvent ou très souvent). Ces derniers disent l'utiliser pendant la RCP (46 % et 36 % respectivement).

Les professionnels de premier recours connaissaient peu le principe des EGS (37 %), alors que 85 % des

spécialistes ayant répondu déclarent le connaître. Ces derniers précisent que le compte-rendu de cette évaluation influence leur décision (souvent 39 %, parfois 38 % et systématiquement 13 %) (Figure 2A). Elle les aide pour la décision thérapeutique (80 %), l'adaptation du traitement (44 %) et la mise en place d'un suivi (41 %) (Figure 2B).

Cependant, seulement moins de la moitié des spécialistes en cancérologie déclarent ne jamais rencontrer de difficultés pour orienter leurs patients vers les EGS (43 % parfois, 6 % souvent et 4 % très souvent). La difficulté la plus souvent citée est le délai d'obtention d'un rendez-vous de consultation d'oncogériatrie. Enfin, 70 % des médecins généralistes ayant répondu déclarent ne jamais recevoir les comptes-rendus des équipes réalisant les EGS.

Fiches voies orales anticancéreuses

La grande majorité des professionnels interrogés assure le suivi des sujets âgés traités par voie orale anticancéreuse. En effet, seulement 15 % des IDEL, 11,5 % des spécialistes en cancérologie, 8 % des MG et 6 % des pharmaciens ayant répondu à l'enquête déclarent ne jamais suivre ces patients.

Les fiches VO créées par l'Observatoire dédié au Cancer Bretagne Pays de la Loire sont peu connues et peu utilisées des professionnels ayant répondu (plus de 90 % des MG et IDEL en ont une méconnaissance) (Figure 3A) hormis les spécialistes et les pharmaciens qui ont déjà été sensibilisés à cet outil (près de 40 % des pharmaciens les connaissaient déjà et 33 % des spécialistes en cancérologie ont déclaré ne jamais transmettre aux patients les fiches voies orales). Après avoir pris connaissance de l'existence et du contenu de ces fiches, 91 % des MG ne les utilisant pas au préalable ont répondu qu'ils les utiliseraient à l'avenir, ainsi que 93 % des IDEL, 49 % des pharmaciens d'officine et 25 % des spécialistes (Figure 3B).

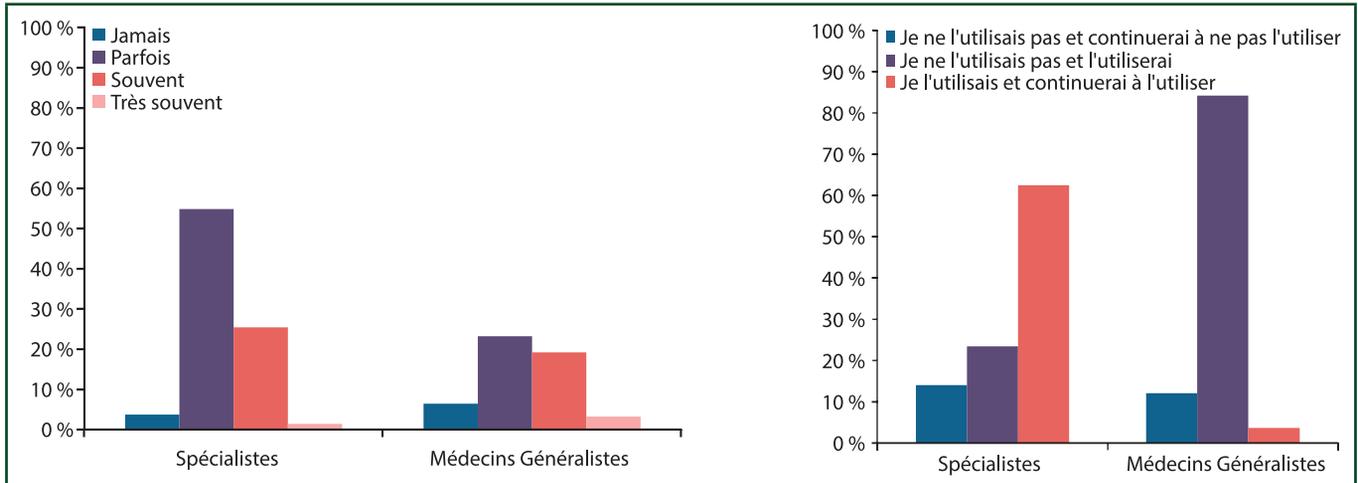


Figure 1 : Connaissance et perspective d'utilisation de la grille G8 auprès des médecins généralistes et spécialistes en cancérologie, avant et après enquête (en pourcentage). A : Connaissance de la grille G8 avant enquête. B. Perspective d'utilisation de la grille G8 après enquête.

Figure 1: Knowledge and usability perspectives of the G8 scale by general practitioners and oncologists before and after the survey (in percentage). A: Knowledge of the G8 scale before the survey. B. Usability perspective of the G8 scale after the survey.

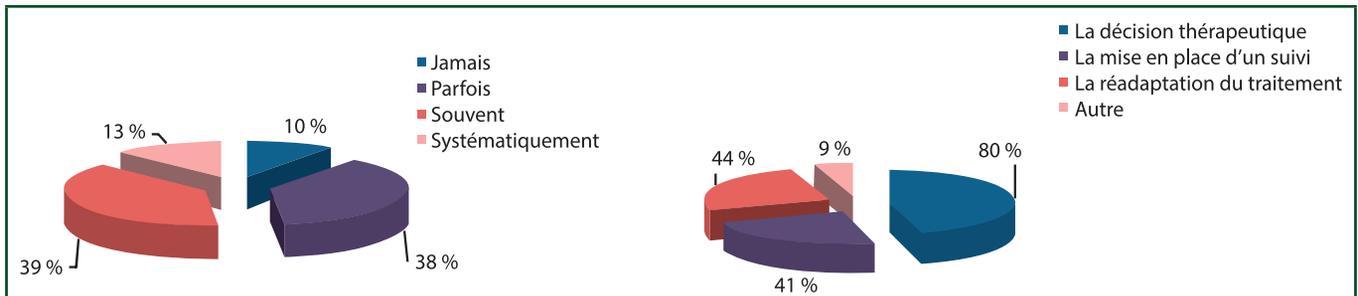


Figure 2 : Impact de l'évaluation oncogériatrique auprès des spécialistes en cancérologie sur la proposition thérapeutique (en pourcentage). A : Influence de l'évaluation oncogériatrique sur la proposition thérapeutique du spécialiste en cancérologie. B : Type d'aide apporté par l'EGS aux spécialistes.

Figure 2: Impact of the geriatric oncology assessment on the therapeutic treatment proposed by the cancer specialist (in percentage). A: Influence of the geriatric oncology assessment on the therapeutic treatment proposed by the cancer specialist. B: Type of help provided by the standardized geriatric assessment to cancer specialists.

Difficultés rencontrées

L'enquête a mis en évidence les difficultés rencontrées (parfois à souvent) par les professionnels de santé lors de la prise en charge du sujet âgé traité pour une pathologie cancéreuse. Elles sont de plusieurs ordres et différentes en fonction des catégories professionnelles (Figure 4) :

- gestion de la polymédication (68 %) et gestion des toxicités (54 %) pour les MG ;
- gestion des ordonnances multiples pour les MG (59 %) et les IDEL (59 %) mais aussi pour les pharmaciens (55 %) ;

- gestion de la perte d'autonomie du patient pour les cancérologues (70 %), mais aussi de la polymédication (58 %) ;
- défaut de communication avec l'équipe de cancérologie (63 %) et défaut d'informations (57 %) pour les IDEL.

Les IDEL interpellés pour un suivi de patient traité par VO à domicile rencontrent des difficultés dans la gestion de l'observance : 72 % parfois, 21 % souvent à très souvent. À la question sur le suivi sécurisé et de qualité, 30 % d'entre eux estiment qu'il ne l'est « pas du tout », et 47 % déclarent qu'il l'est « un peu ». Pour améliorer

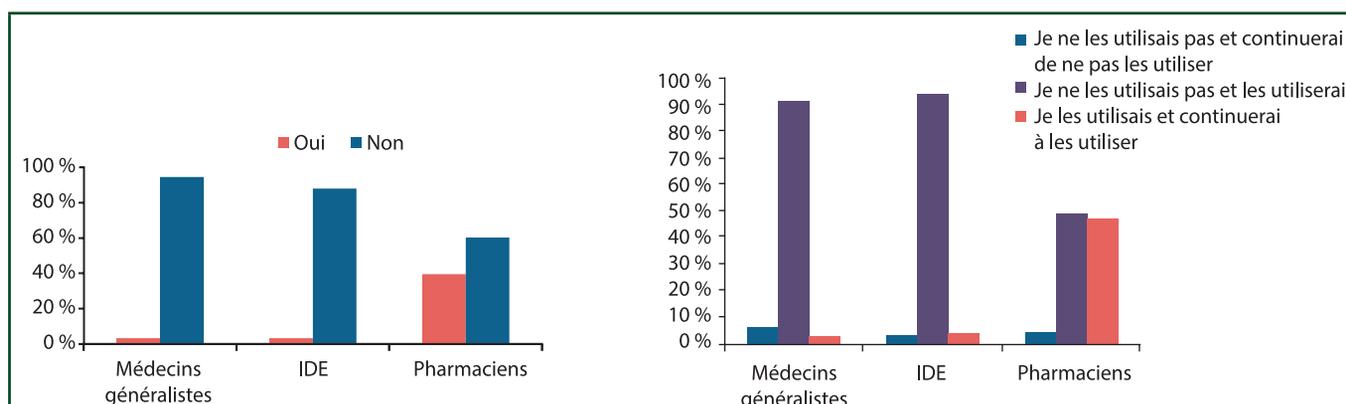


Figure 3 : Connaissance et perspective d'utilisation de la fiche « Voie Orale » auprès des professionnels de santé (en pourcentage). A. Connaissance de la fiche « Voie Orale » avant enquête. B. Perspective d'utilisation de la fiche « Voie Orale » après enquête.

Figure 3: Knowledge and usability perspective of the "Oral Route" guidelines by healthcare professionals (in percentage). A. Knowledge of the "Oral Route" guidelines before the survey. B. Usability perspective of the "Oral route" guidelines after the survey.

Abréviations : IDE : Infirmier Diplôme d'État.

l'observance et la gestion des effets indésirables, les prescripteurs de ces traitements déclarent faire appel en priorité aux professionnels suivants : médecins généralistes (52 %), IDEL (51 %), mais également aux aidants (42 %).

Les besoins

Afin d'améliorer la prise en charge des sujets âgés traités par VO, les professionnels sont très demandeurs de formations. Les médecins généralistes, pharmaciens, spécialistes et IDEL ont particulièrement cité les thèmes de formation suivants : le mode d'action des traitements, la gestion des toxicités et des polymédications, la gestion des interactions médicamenteuses et alimentaires et la gestion de la prise du traitement et des rendez-vous du patient (Figure 5).

Le renforcement de la coordination ville-hôpital est également une thématique très souvent citée par les médecins généralistes, les IDEL et les pharmaciens d'officine, que ce soit en amont de la prise en charge à domicile (par une connaissance suffisante de l'état de santé du patient et de son environnement) que lors des traitements pour un meilleur suivi du patient.

Le développement de la consultation d'annonce pour les patients traités par VO constitue une demande des spécialistes.

Discussion

L'envoi des plaquettes d'information associé à notre questionnaire a permis de sensibiliser les 15 847 professionnels intervenant potentiellement dans la prise en

charge du cancer. Contrairement à la majorité des spécialistes qui ont déclaré connaître nos structures, cette enquête a surtout permis de les faire découvrir à près de 14 000 IDEL, pharmaciens d'officine et médecins généralistes dans nos deux régions. Cette enquête avait aussi pour ambition de constituer un levier pour faire connaître les nouveaux parcours de soins en oncogériatrie et les outils contribuant à une meilleure gestion de la prise des anticancéreux par voie orale.

L'interprétation des résultats nous amène à dégager trois priorités :

- **Généralisation de l'utilisation de l'outil G8** : très peu de MG (10 %) ont déclaré connaître cet outil. Dès lors qu'un de leurs patients a un diagnostic de cancer avéré et que ce dépistage n'a pas été effectué, ces professionnels peuvent réaliser cette évaluation afin de faire un bilan rapide des fragilités potentielles. Concernant les spécialistes de cancérologie, nous avons constaté que 2/3 d'entre eux utilisant le G8 de façon régulière, notre objectif étant qu'il soit utilisé en systématique.

- **Sensibilisation au recours à l'EGS** : un peu plus d'un tiers des professionnels de premier recours en connaissent son principe. De plus, 70 % d'entre eux déclarent ne jamais en recevoir un compte rendu. Un travail de sensibilisation sur la transmission des informations est donc à poursuivre auprès des géiatres, ainsi qu'un renforcement de la communication sur la filière oncogériatrique sur chaque territoire.

- **Promotion de l'utilisation des fiches « Voie Orale »** : 40 % des pharmaciens d'officine et 33 % des spécialistes en cancérologie les connaissent déjà.

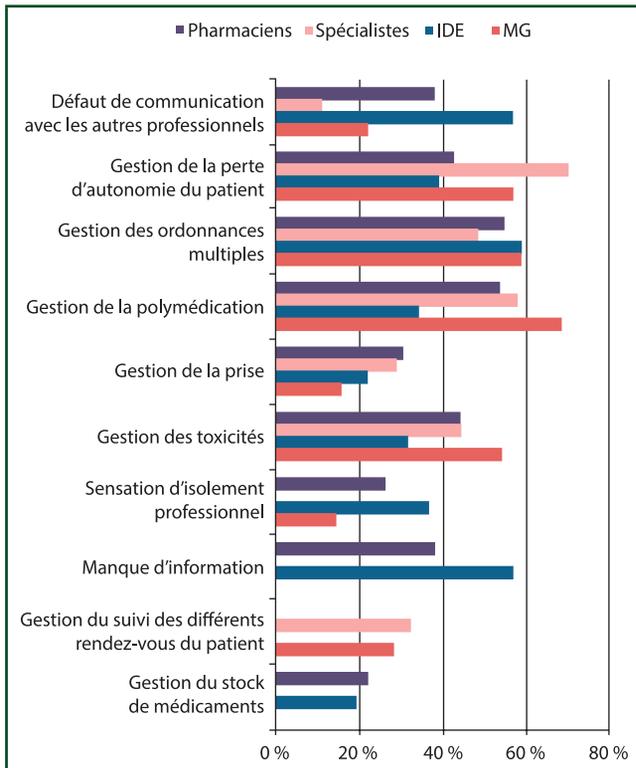


Figure 4 : Difficultés rencontrées par les différents professionnels lors de la prise en charge des sujets âgés traités par voie orale anticancéreuse (en pourcentage).

Chaque catégorie professionnelle pouvait cocher plusieurs réponses pour expliciter ses difficultés. Cependant, selon la profession, certains items n'étaient pas mentionnés car non-pertinents par rapport à leur pratique.

Figure 4: Challenges faced by the various healthcare professionals when providing oral cancer treatment to elderly patients (in percentage). Each professional category could tick several responses to make its challenges explicit. However, according to the profession, some items were not mentioned because they were not relevant to their practice. Abréviations : IDE : Infirmier Diplôme d'État ; MG : Médecin spécialisé en médecine générale.

Initialement, tout un travail de sensibilisation a été effectué uniquement auprès de ces deux catégories professionnelles. En revanche, seuls 10 % des MG et des IDEL connaissent l'existence des fiches. Or, ces derniers vont être amenés à prendre en charge de façon plus prégnante des patients âgés traités par VO. La communication sur l'existence de ces fiches est donc urgente.

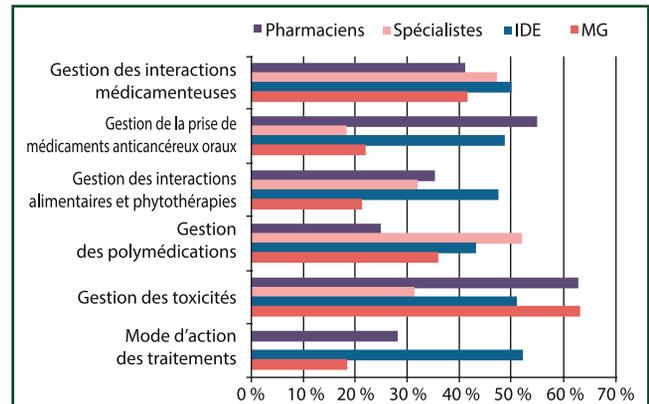


Figure 5 : Informations souhaitées par les différents professionnels pour une optimisation de la prise en charge des sujets âgés traités par voie orale anticancéreuse (en pourcentage).

Chaque catégorie professionnelle pouvait cocher plusieurs réponses pour expliciter ses difficultés. Cependant, selon la profession, certains items n'étaient pas mentionnés car non-pertinents par rapport à leur pratique.

Figure 5: Information wanted by the various healthcare professionals in order to optimize elderly patients care with oral cancer treatment (in percentage). Each professional category could tick several responses to make its challenges explicit. However, according to the profession, some items were not mentioned because they were not relevant to their practice. Abréviations : IDE : Infirmier Diplôme d'État ; MG : Médecin spécialisé en médecine générale.

Le faible pourcentage des professionnels ayant répondu connaître ces parcours et outils était prévisible. En effet, les démarches de sensibilisation à ces thématiques ont surtout été réalisées jusqu'alors auprès des professionnels en établissement. Avec les questions posées, l'autre priorité était de cerner précisément les problématiques de prise en charge des sujets âgés traités pour un cancer, induisant en aval un programme de sensibilisation et d'actions de formations auprès des acteurs de soin de premier recours.

Le taux de retour de ce questionnaire de 8,3 % est en deçà du taux habituel de réponse (entre 10 et 20 %). Il est intéressant de souligner que ce taux varie en fonction de la région et de la catégorie professionnelle concernée. Les médecins généralistes et spécialistes en oncologie sont ceux qui ont le moins répondu dans les 2 régions : respectivement 4 % et 6,7 % de retour (MG : B : 1,5 % ; PL : 5,7 % vs spécialiste : B : 6,1 % ; PL : 7,3 %). Les IDEL présentent le taux de participation le plus fort avec 12,5 % (B : 16,7 % ; PL : 8,2 %). Quant aux pharmaciens, leur

taux de retour est de 9,2 % (B : 7,0 % PL : 12,0 %). Il est à rappeler que différents modes de réponse étaient possibles afin de faciliter les retours (enveloppe T, enquête en ligne...). Aucune relance téléphonique n'a été effectuée après l'envoi, cette démarche étant trop chronophage pour nos structures. Comme les professionnels ont répondu de façon anonyme et volontaire, il est à espérer que les réponses reflètent bien la réalité du terrain (enquête déclarative sans aucun contrôle).

La faible variation des réponses a cependant permis de soulever des pistes de travail intéressantes dans le domaine de l'oncogériatrie. De plus, nous pouvons espérer sans l'objectiver que les professionnels n'ayant pas répondu au questionnaire ont pu toutefois être sensibilisés à cette problématique. Enfin, comme toute enquête de ce type, les réponses sont peut-être biaisées en supposant que les personnes « sensibilisées » à la thématique y répondent plus volontiers.

Trop souvent, et en dehors du souhait du patient, la tendance à « sous-traiter » les sujets âgés persiste, au motif qu'ils supportent moins bien les traitements, mais aussi et surtout que leur espérance de vie est raccourcie **10**. Le développement des VO, les alternatives à l'hospitalisation conventionnelle, la prise en charge des effets secondaires des traitements par les soins de supports élargissent les stratégies thérapeutiques quel que soit l'âge du patient. Contrairement aux idées reçues, lorsqu'on leur laisse le choix, l'acceptabilité de la chimiothérapie chez les sujets âgés est supérieure à 70 % **11**.

Évaluer d'une part le potentiel d'évolution du cancer et d'autre part l'espérance de survie des patients âgés doit donc constituer la priorité principale des oncologues et gériatres amenés à traiter ces sujets. De par le contexte souvent polyopathologique dû principalement à son âge avancé, la personne âgée est très souvent polymédiquée. De 3,3 médicaments différents par jour pour les 65-74 ans, cette polymédication passe à 4 pour les 75-84 ans et 4,6 pour les 85 ans et plus. Les femmes en consomment plus que les hommes (3,8 versus 3,3) **12**. Ainsi, le nombre de médicaments à prendre par jour peut avoir une influence significative sur l'observance **13**. L'EGS permettant d'obtenir une vision plus globale du patient peut amener à revoir la pertinence de certaines prescriptions médicamenteuses, et ainsi de les réduire pour favoriser la mise en place et l'adhésion au traitement oncologique.

Un schéma d'administration trop complexe peut également entraîner une problématique d'adhésion au traitement **14**. Cependant, « la polymédication, chez le sujet âgé, habituelle et souvent légitime » induit, en plus du risque de mauvaise observance, une augmentation du risque iatrogénique. Celui-ci constitue une préoccupation quotidienne pour le médecin généraliste ou

spécialiste, ainsi que pour le pharmacien d'officine qui tentent, chacun dans son domaine de compétences, de prévenir ces risques **15**. En effet, dans notre enquête, la gestion de la polymédication constitue une préoccupation chez les médecins généralistes (dans 68 % des cas), les spécialistes en cancérologie (58 %) et les pharmaciens (54 %). Depuis peu, la conciliation médicamenteuse se développe à l'hôpital. Ce processus, à l'entrée et/ou à la sortie d'hospitalisation consiste à prendre en compte, lors d'une nouvelle prescription, tous les médicaments que prend le patient. Elle rend le patient acteur, repose sur le partage d'informations et sur une coordination pluri-professionnelle ville-hôpital. Elle n'est pas réalisée pour les patients non hospitalisés, ce qui limite son impact sur la gestion des ordonnances multiples et sur la gestion des traitements par voie orale (patient vu en consultation). En parallèle, l'entretien et l'analyse pharmaceutique se développent au sein des établissements prescripteurs de voies orales anticancéreuses. Là aussi, elle associe le patient et repose sur le partage d'informations ville-hôpital.

Souvent en première ligne et parfois isolés dans leur pratique à domicile, les professionnels du domicile revendiquent une collaboration optimisée avec leurs collègues hospitaliers. Celle-ci se traduirait par un meilleur échange d'informations sur le Plan Personnalisé de Santé (PPS) et les soins à prodiguer, la délivrance des traitements, l'état général du patient (physiologique, psychique), ainsi que son environnement. Conseiller sur le bon usage des médicaments, veiller à la survenue d'effets indésirables, reconnaître ceux-ci et adopter les comportements adaptés à chaque situation ne peut se concevoir sans actualisation des connaissances pour les professionnels. En effet, le nombre de patients traités par VO à domicile ne cesse de croître. Cela exige, de facto, une implication renforcée des médecins généralistes, pharmaciens d'officine et IDE libéraux. L'adaptation « sécurisée » des professionnels aux différentes situations ne s'envisage que s'ils sont correctement et régulièrement formés et informés sur les spécificités liées à ces thérapeutiques (mode d'action, effets indésirables, anticipation et gestion des toxicités et de la prise médicamenteuse...) **16**.

Le principal inconvénient du mode d'administration oral est lié à « la gestion du traitement » par le patient et notamment à la non-observance. Sans observance, les objectifs thérapeutiques ne peuvent pas être atteints et le pronostic du patient est remis en cause avec une perte de chance, un changement prématuré de traitement et un recours accru au système de soins.

Selon une étude IMS Health, « l'observance dans la plupart des maladies chroniques est inférieure à 50 % » a rapporté Geoffroy Vergez **17**. L'oubli n'étant en cause

que dans 30 % des cas, la non-observance serait donc « volontaire » ou résulterait d'une « non-compréhension du patient de son traitement ou de sa maladie » à 70 %. Selon lui, la non-observance s'expliquerait par le fait que « le temps de l'écoute, de l'explication et de la compréhension n'existe pas » ou insuffisamment en consultation. Il est aussi décrit que les effets secondaires du traitement engendrent une moins bonne observance **18**. Entre la gestion de la polymédication (voire surmédication **19**), du sous traitement ou du surtraitement **20** le gériatre a toute sa place pour apporter son expertise et éclairer le choix thérapeutique lié au cancer avant (EGS) et pendant les traitements. L'éducation et l'adhésion thérapeutiques du patient sont aussi incontournables : comment amener le sujet à être acteur de sa prise en charge quand l'état général, la pathologie et le traitement impactent son parcours de santé et sa qualité de vie ? En Pays de la Loire, grâce au soutien de l'ARS, l'UCOG lance une étude cherchant à démontrer que le passage d'un IDEL au domicile du patient âgé traité par VO 2 fois par semaine optimise l'observance en comparaison avec un patient non suivi.

Les principales retombées de cette enquête sont pour les deux UCOG et l'Observatoire : une meilleure vision des pratiques professionnelles, une meilleure connaissance des partenaires de santé, des difficultés rencontrées, de leurs besoins et de leurs attentes. Quant aux professionnels de santé, ils ont obtenu une meilleure lisibilité des missions et outils des UCOG et de l'Observatoire du Cancer et une meilleure connaissance du parcours spécifique de la personne âgée traitée pour un cancer.

Les axes d'amélioration sont ainsi nombreux :

- le premier serait de maintenir le contact amorcé par cette enquête *via* des envois réguliers par e-mail de l'actualité des UCOG et des OMEDITS (directement et *via* les URPS/Conseil de l'Ordre) ;
- des sessions de formation agréée « Développement Professionnel Continu » ont été mises en place dans les deux régions en 2016 et perdurent en 2017, afin de former ou sensibiliser les professionnels concernés par l'actualisation des connaissances oncologiques et gériatriques. Grâce à la collaboration, notamment des URPS et des réseaux de santé, les inscriptions sont nombreuses dans tous les territoires de santé ;
- la promotion des outils de liaison existants :
 - le classeur de suivi contenant de nombreuses informations sur la maladie, le PPS, les bilans, les courriers, les ordonnances...). De nombreux professionnels de ville ne l'ont jamais consulté car le patient n'a pas forcément compris son intérêt dans la communication entre personnels soignants ;
 - le carnet de suivi mentionnant les contacts des différents professionnels participant à sa prise en charge -

médecin généraliste, pharmacien, IDE..., - ainsi que des informations sur les effets secondaires. Un espace est prévu pour noter les oublis de prise ainsi que les effets secondaires ressentis ;

- pour réaliser l'analyse pharmaceutique, des outils existent. Le Dossier Pharmaceutique (DP) recense, pour chaque bénéficiaire de l'assurance maladie qui le souhaite, tous les médicaments délivrés au cours des quatre derniers mois, qu'ils soient prescrits par son médecin ou conseillés par son pharmacien. Le Dossier Médical Personnel (DMP) se met en place progressivement. Il permet aux professionnels de santé autorisés d'accéder aux informations utiles à la prise en charge d'un patient et de partager des informations médicales concernant les pathologies et allergies éventuelles, les médicaments pris, les comptes-rendus d'hospitalisation et de consultation, les résultats d'examens (radios, analyses biologiques...)... Il peut être consulté par les professionnels de ville et de l'hôpital. Suite au recueil des différents traitements, de nombreux outils existent pour analyser les interactions : DDI-Predictor, Intermed Dx, Thériaque, Vidal, revue Prescrire, ANSM, RCP, pharmacie des hôpitaux de Genève...

L'Observatoire et les UCOGs ont également développé en 2016 des outils plus spécifiques pour le patient âgé traité. Quand le patient est soigné par VO, une fiche VO complémentaire de la fiche médicament a été créée : une pour les patients âgés, l'autre pour les IDEL ou d'EH-PAD...). L'UCOG Pays de la Loire a également développé un outil pour faciliter les échanges entre IDEL et le service d'oncogériatrie lors de sa demande de prise en charge (document papier transmis par le patient à son IDEL).

Conclusion

L'évaluation oncogériatrique émet des recommandations en lien avec des fragilités avérées ou potentielles permettant d'aider le médecin spécialiste du cancer à anticiper, voire éviter une décompensation fonctionnelle et/ou cognitive. Les professionnels de premier recours ont souvent une bonne connaissance de la personne âgée dans son lieu de vie, et constituent des partenaires indispensables dans la prise en charge du cancer. Avec l'évolution des parcours et des modes de prise en charge en cancérologie (virage vers l'ambulatoire, augmentation des prescriptions de thérapies orales anticancéreuses, traitements personnalisés), les impératifs de qualité et de sécurité des soins passent par une meilleure coordination des acteurs et un renforcement du lien ville/hôpital. Cette enquête montre bien cette volonté d'optimisation des pratiques concrétisée par les temps d'échanges que nous proposons désormais. Enfin, la publication récente (21/09/15) par l'INCa des premières recommandations

de bonnes pratiques concernant les traitements oraux de certaines hémopathies malignes, du mélanome, du poumon et du rein, permet de montrer combien le travail pluridisciplinaire et les préoccupations en termes de prévention et gestion des effets indésirables des molécules *per os* sont importants. Le bilan des premières formations nous confirme le souhait des professionnels de santé à vouloir travailler davantage en réseau, pour un

accompagnement optimisé de la personne soignée. Coordination des acteurs, partage des informations et des outils, actualisation des connaissances, constituent la priorité pour une prise en charge sécurisée du patient âgé porteur d'un cancer. ■

Liens d'intérêts : Les auteurs déclarent n'avoir aucun lien d'intérêt en rapport avec l'article.

Remerciements

Nous tenons à remercier les professionnels ayant pris le temps de compléter les questionnaires et de nous les retourner dans un court délai. Nous remercions également Gwénaëlle Halé pour sa contribution à la participation à l'enquête des pharmaciens bretons. Le travail d'analyse a ainsi pu être mené en quelques semaines, grâce au dynamisme de tous les protagonistes (acteurs ou intervenants). L'impression et la diffusion du questionnaire par courrier ont été possibles grâce au soutien financier des deux UCOG concernées, des OMEDITS et du CHRU de Brest et nous tenons là aussi à leur exprimer notre reconnaissance.

Références

- 1 Rapport de l'Institut National du Cancer, État des lieux et perspectives en oncogériatrie, Mai 2009.
- 2 Barnett K, Mercer SW, Norbury M, Watt G, Wyke S, Guthrie B. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *Lancet* 2012 ; 380 : 37-43.
- 3 Wildiers H, Heeren P, Puts M, Topinkova E, Janssen-Heijnen ML, Extermann M, *et al.* International Society of Geriatric Oncology consensus on geriatric assessment in older patients with cancer. *J Clin Oncol* 2014 ; 32 : 2595-603.
- 4 Puts MT, Santos B, Hardt J, Monette J, Girre V, Atenafu EG, *et al.* An update on a systematic review of the use of geriatric assessment for older adults in oncology. *Ann Oncol* 2014 ; 25 : 307-15.
- 5 Hamaker ME, Schiphorst AH, Ten Bokkel Huinink D, Schaar C, Van Munster BC. The effect of a geriatric evaluation on treatment decisions for older cancer patients - a systematic review. *Acta Oncologica* 2014 ; 53 : 289-96.
- 6 Soubeyran P, Bellera C, Goyard J, Heitz D, Curé H, Rousselot H, *et al.* Screening for Vulnerability in Older Cancer Patients: The ONCODAGE Prospective Multicenter Cohort Study. *PLoS One* 2014 ; 9 : e115060.
- 7 Biganzoli L, Lichtman S, Michel JP, Papamichael D, Quoix E, Walko C, *et al.* Oral single-agent chemotherapy in older patients with solid tumours: A position paper from the International Society of Geriatric Oncology (SIOG). *Eur J Cancer* 2015 ; 51 : 2491-500.
- 8 Eilers J, Million R. Clinical update : prevention and management of oral mucositis in patients with cancer. *Semin Oncol Nurs* 2011 ; 27 : e1-16.
- 9 Rubenstein EB, Peterson DE, Schubert M, Keefe D, McGuire D, Epstein J, *et al.* Clinical, practice guidelines for the prevention and treatment of cancer therapy-induced oral and gastrointestinal mucositis. *Cancer* 2004 ; 100 (9 Suppl) : 2026-46.
- 10 Zuckerman IH, Rapp T, Onukwugha E, Davidoff A, Choti MA, Gardner J, *et al.* Effect of age on survival benefit of adjuvant chemotherapy in elderly patients with Stage III colon cancer. *J Am Geriatr Soc* 2009 ; 57 : 1403-10.
- 11 Retornaz F. Aidons les nôtres, les symptômes et les pathologies « cancers chez les personnes âgées : comment améliorer la prise en charge ? 29/02/12
- 12 Legrain S. Consommation médicamenteuse chez le sujet âgé : consommation, prescription, iatrogénie et observance. HAS. 2005.
- 13 Martin L, Williams S, Kaskard K, DiMatteo MR. The challenge of patient adherence. *Ther Clin Risk Manag* 2005 ; 1 : 189-199.
- 14 Bedell SE, Jabbour S, Goldberg R, Glaser H, Gobble S, Young-Xu Y, *et al.* Discrepancies in the use of medications: their extent and predictors in an outpatient practice. *Arch Intern Med* 2000 ; 160 : 2129-34.
- 15 Leperre-Desplanques A, Riolacci N, Micheneau C. Prévenir la iatrogénie et améliorer la prescription médicamenteuse chez les sujet âgés. Plénière Annuelle HAS. 29/11/12.
- 16 Ranchon F, Bouret C, Charpiat B. Sécurisation de l'emploi des chimiothérapies anticancéreuses administrables par voie orale. *Pharm Hosp Clin* 2009 ; 44 : 36-44.
- 17 Vergez G. Université d'été de la performance en santé. 26-27 août 2015. Dépêches APM PM1NTXW1D, NTUSYAPM PM3NTY3E4 et APM PM.
- 18 Thivat E, Van Praagh I, Belliere A, Mouret-Reynier MA, Kwiatkowski F, Durando X, *et al.* Adherence with oral oncologic treatment in cancer patients: interest of an adherence score of all dosing errors. *Oncology* 2013 ; 84 : 67-74.
- 19 Pire V, Fournier A, Schoevaerdts D, Spinewine A, Swine C. Polymédication chez la personne âgée. *Louvain Médical* 2009 ; 128 : 235-40.
- 20 Hershman DL, Wright JD, Lim E, Buono DL, Tsai WY, Neugut AI. Contraindicated use of bevacizumab and toxicity in elderly patients with cancer. *J Clin Oncol* 2013 ; 31 : 3592-9.