

# Projet expérimental : Suivi global départemental coordonné des personnes âgées atteintes d'un cancer habitant en Essonne



**Proposé par les réseaux départementaux essonniers  
ESSONONCO et HIPPOCAMPES**

## ■ Contexte

L'incidence du cancer en Essonne est de 6 000 nouveaux cas par an.  
1/3 de ces patients est âgé de plus de 75 ans.

Le cancer est devenu au fil du temps, et grâce aux progrès de dépistage et de traitements, une maladie chronique. Une continuité de prise en charge à long terme est donc nécessaire avec une coordination autour des 4 axes : Hôpital – Ville – Cancer – Personnes âgées. Il s'agit d'un problème majeur de santé publique, aussi il est indispensable d'éviter toute rupture dans le parcours de soin.

Le suivi au long cours des patients âgés atteints de cancer se heurte à un certain nombre d'écueils :

- Des intervenants multiples exerçant en milieu hospitalier et/ou en ville,
- Des lieux de soins répartis sur le département dans différents sites, complémentaires pour le parcours patient,
- La complexité des patients (âge, polypathologie, iatrogénie, isolement social, précarité financière...) et leur fragilité (dépression, maladies neurodégénératives...) ainsi que celle des aidants.

Ces difficultés impliquent une approche globale et systémique de la famille.

La problématique des personnes âgées atteintes de cancer va au-delà des constatations quotidiennes de terrain et ressort du Plan Cancer 3 comme un axe majeur d'amélioration de la prise en charge en cancérologie, avec au moins 15 actions directement liées à cette population spécifique.

La complexité de la maladie, la polypathologie et la fragilité des personnes concernées entraînent de nombreuses hospitalisations non programmées.

Les médecins généralistes ou spécialistes peuvent facilement être mis en difficulté devant ce type de patients.

## ■ Problématique

**L'inégalité de la répartition géographique et la dispersion des ressources sanitaires et médico-sociales en Essonne limite et complexifie l'accès aux soins des personnes âgées.**

**Le projet que nous proposons permettra de coordonner et d'améliorer le suivi global des patients âgés atteints de cancer sur l'ensemble du département de l'Essonne.**

## ■ Objectif du projet

Optimiser au niveau départemental le parcours patient en onco-gériatrie c'est :

- **Organiser une coordination départementale afin de permettre un accès équitable aux soins et d'offrir une prise en charge globale**
- Coordonner la sortie de l'hôpital avec les acteurs de ville et la famille pour préparer le retour à domicile ou en institution,
- Améliorer la coordination en ville afin d'optimiser les parcours des patients âgés en réduisant les délais de prise en charge (Actions 7.1, 7.2, 7.3, 7.4 du plan Cancer 3), en assurant une orientation adéquate, en garantissant le meilleur accès aux traitements en simplifiant pour les acteurs de premier recours l'accès aux réseaux et aux informations partagées. (Actions 2.1, 2.16, 2.18, 2.19),
- Mettre en place des actions concernant la prise en charge médicamenteuse (effets secondaires, ...) (Actions 3.1, 3.2, 3.4, 5.10), les aides techniques, le suivi et le soutien du conjoint (Actions 7.10, 7.11),
- Promouvoir une prise en charge homogène et de qualité des patients âgés atteints de cancer sur tout le département de l'Essonne,
- Favoriser la prise en charge de proximité de ces patients en s'appuyant sur les supports gériatriques et oncologiques existant en Essonne,
- Améliorer la culture onco-gériatrique de tous les acteurs départementaux par une meilleure formation des professionnels, une meilleure lisibilité du parcours de cette population par les professionnels et les usagers, ainsi qu'une meilleure coordination des réseaux locaux.

## ■ Initiateurs du projet

Les deux initiateurs du projet sont les réseaux de santé Essononco et Hippocampes, qui ont déjà accompagné conjointement plusieurs patients relevant de l'onco-gériatrie. De ces expériences, il appert qu'il est nécessaire d'ouvrir ce projet aux réseaux de soins palliatifs du département (NEPALE et SPES), ainsi qu'au réseau diabète REVESDIAB, afin d'y adjoindre leurs compétences et leur expertise.

## ■ Partenaires

Au premier chef, les médecins, IDE et les professionnels de santé de premier recours, mais aussi :

Les établissements sanitaires :

- Etablissements de santé gériatriques essonnien
- Etablissements de santé essonnien autorisés à traiter le cancer
- UCOG Mondor (Pr Elena Paillaud) pour le recours et la recherche
- Les HAD intervenant sur l'Essonne (Santé Service, Fondation Œuvre Croix Saint Simon)

Les réseaux de santé associés au projet :

- NEPALE (Soins palliatifs-soins de support-douleur sur le nord de l'Essonne)
- REVESDIAB (Diabète sur l'Essonne, la Seine et Marne, le Val de Marne et les Yvelines)
- SPES (Soins palliatifs-soins de support-douleur, sur le sud de l'Essonne)

Ainsi que les réseaux :

- APPOLLINE (Santé bucco-dentaire sur tout le département de l'Essonne)
- ROMDES (Obésité sur toute l'Île de France)

Les structures médico-sociales du domicile de l'Essonne :

- Services de Soins Infirmiers à Domicile
- Equipe Mobile Psychiatrique pour le Sujet Agé
- Les 4 MAIA de l'Essonne
- Les CLIC de l'Essonne

Les associations de patients et d'aidants :

- La Ligue contre le Cancer
- L'Association Française des Aidants

### ■ Population concernée

La population concernée est de trois types :

- Patients atteints d'un cancer âgés de plus de 75ans avec une complexité réelle ou ressentie nécessitant une coordination de leur parcours de santé,
- Patients présentant en sus de leur pathologie cancéreuse un handicap neuro-dégénératif compliquant la prise en charge,
- Familles âgées et fragiles où l'aidant qui accompagne le patient atteint d'un cancer a besoin d'être soutenu et guidé.

### ■ Fonctionnement du dispositif

La procédure d'évaluation et d'inclusion répond à un protocole élaboré en commun et partagé.

Devant un cas complexe, une visite conjointe par un membre des deux équipes concernées peut être déclenchée.

Dans un avenir proche, les données du patient seront accessibles dans un dossier partagé et communiquant.

(Cf. logigramme en Annexe)

### ■ Le recours

Le dispositif s'appuiera sur l'UCOG de Mondor qui servira de recours dans les situations difficiles, selon une procédure qui sera élaborée conjointement avec l'équipe du Pr Elena Paillaud.

En collaboration avec l'UCOG seront élaborés des **protocoles spécifiques** à destination de certaines populations fragiles ou en fonction du type de cancer.

### ■ Acquisition des compétences

Afin d'acquérir un niveau de compétences satisfaisant, les équipes des réseaux partenaires pratiqueront un tutorat réciproque et suivront les enseignements communs dispensés dans le cadre du groupe des réseaux de santé essonniens.

## ■ Aide aux aidants

Des formations à destination des aidants familiaux ou professionnels seront proposées, dans le cadre de la collaboration avec l'ensemble des réseaux de santé essoniens (chimiothérapie orale à domicile, nutrition...)

## ■ Les moyens

### Mise en place :

- d'une IDE de coordination
- d'un système d'information partagé et sécurisé
- d'une évaluation socio-économique (par le recrutement d'un stagiaire)
- d'une communication sur le projet (plaquettes et réunions d'information)

## ■ Financeurs potentiels à solliciter

- ARS IDF
- CNSA
- Conseil Départemental
- CPAM
- Fondation de France
- Institut National du Cancer
- Ligue contre le cancer

## ■ Bénéfices attendus pour les patients et les aidants

- Mobiliser toutes les ressources professionnelles afin de fluidifier le parcours patient,
- Repérer les fragilités,
- Anticiper les décompensations des patients âgées par une meilleure évaluation clinique qui devrait permettre d'éviter des hospitalisations non programmées,
- Diminuer le stress lié au diagnostic et à la lourdeur du parcours de soins.

## ■ Bénéfices attendus pour les professionnels

- Remettre le généraliste au cœur du dispositif coordonné de prise en charge du patient atteint de cancer,
- Permettre une meilleure identification des référents en onco-gériatrie et des filières de soin,
- Apporter un rééquilibrage de l'offre de soin médico-psycho-sociale en onco-gériatrie sur le département,
- Repérer les fragilités individuelles et familiales,
- Accompagner et soutenir les effecteurs de soin de premier recours.

**Plus globalement, cette action concertée permettra de promouvoir l'approche holistique de la prise en charge du noyau familial.**

■ **Evaluation de la plus-value du dispositif**

Evaluation quantitative :

- Nombre des patients inclus
- Nombre des aidants bénéficiant de la prise en charge coordonnée
- Nombre des établissements de santé participants
- Nombre des professionnels libéraux intervenants
- Evaluation de type médico-économique : place des réseaux dans la coordination ville-hôpital

Evaluation qualitative :

- Mesure de la qualité de vie en s'appuyant sur des questionnaires adaptés (dérivés du QLQ-C30), pendant et après les interventions des réseaux
- Mesure de l'impact des interventions des réseaux sur la prise en charge hospitalière
- Mesure de la pertinence des formations de sensibilisation sur l'onco-gériatrie destinées aux professionnels hospitaliers
- Mesure de l'impact des interventions des réseaux sur la qualité de vie
- Mesure de l'impact des interventions des réseaux auprès des médecins traitants

---

Prochaine réunion avec les partenaires : Lundi 5 octobre 2015 à 10 heures (Leuville)

## Annexe

### ■ Fonctionnement du dispositif

