

Actes du Colloque du 19 mai 2015

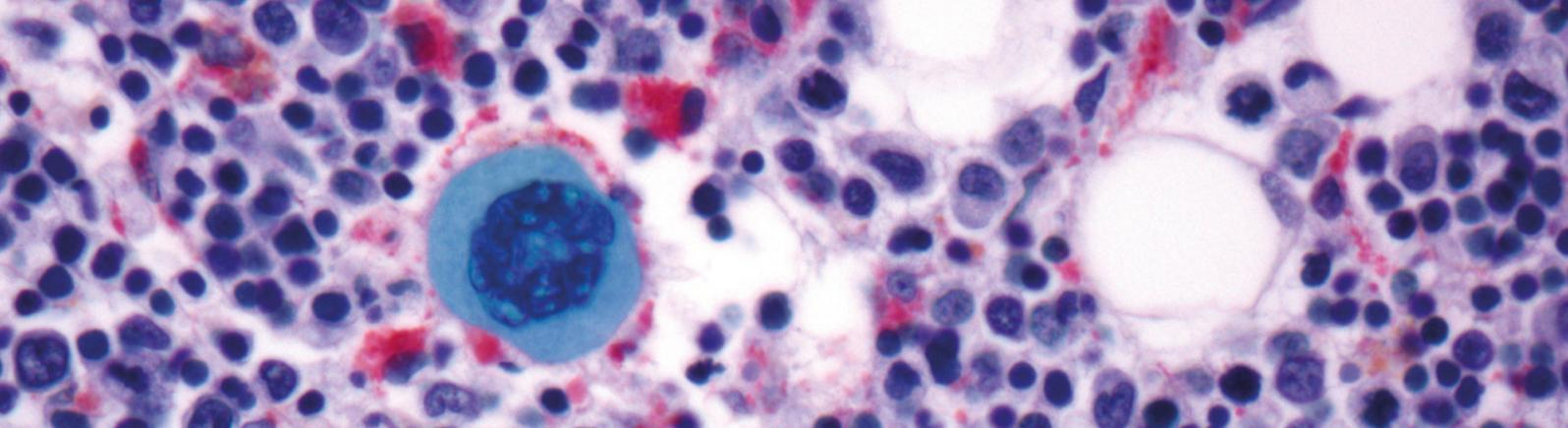
Cancers et parcours de santé des personnes âgées, quelles actions et quels espoirs ?

Une création



Avec le soutien institutionnel de





Sommaire

- 3 Résumé des Actes
- 6 Rappel du contexte
- 8 Programme
- 9 Table ronde 1
Quelle organisation des parcours de santé des personnes âgées atteintes de cancer ?
- 16 Table ronde 2
Quelles actions concrètes pour améliorer la prise en charge du cancer chez les personnes âgées et mieux appréhender leur vulnérabilité ?
- 23 Les propositions du Grand Témoin
- 26 Conclusion
- 28 Biographie des orateurs

Une organisation des parcours de santé des personnes âgées atteintes de cancer en pleine mutation

Le projet onco-gériatrie est né avec le premier Plan Cancer. Dans le troisième Plan cancer, l'oncogériatrie, ou cancérologie des personnes âgées, évolue avec la prise en main par les cancérologues d'un test de pré-screening gériatrique en huit questions réalisable au lit du malade (test G8), permettant de connaître l'état fonctionnel, notamment l'état nutritionnel, l'état cognitif, et les comorbidités éventuelles. Le binôme oncologue-gériatre de l'UCOG (unité d'oncogériatrie) coordonne les actions dans tous les établissements de la région autorisés pour le traitement du cancer, visant tant l'amélioration de la prise en charge initiale et que le suivi des effets secondaires.

La variété des situations des parcours de santé des personnes âgées atteintes d'hémopathies doit être mieux prise en compte. L'approche nécessite de s'appuyer sur des innovations d'ordre organisationnel, grâce à une meilleure coordination entre la médecine libérale et la médecine hospitalière, avec de nouveaux modes de fonctionnement plus transverses et plus pluridisciplinaires, et enfin grâce à la recherche de comportements plus vertueux dont l'objectif est que les patients deviennent plus acteurs de leur santé.

Si le diagnostic et le pronostic, ainsi que la prise en charge thérapeutique, ont été beaucoup améliorés, des efforts sont à mettre en œuvre sur le suivi des malades. Les soins de support sont à perfectionner tout comme les soins de suite. La modification des prises en charge a également changé le rapport des patients aux professionnels de santé, en particulier celui au médecin généraliste qu'ils consultent dorénavant pour le traitement des effets secondaires. Or, ces derniers ne sont pas formés à l'utilisation de ces nouvelles thé-

Un accès à une expertise pluridisciplinaire, telle que les plateformes hospitalières de soins, pour les patients comme pour les médecins généralistes et les autres acteurs de la ville, doit en effet pouvoir être possible tout au long du parcours.

Lors de la première prescription, le patient doit donc pouvoir rencontrer le pharmacien hospitalier qui pourra ainsi partager une information personnalisée avec le pharmacien d'officine et le médecin traitant du patient. Au-delà de la capacité des patients âgés à recevoir les traitements des cancers, la reconnaissance et la valorisation de la capacité des équipes spécialisées pour l'administration et d'adaptation de ces traitements est cruciale.

Des protocoles spécifiques existent mais ne peuvent être suivis uniquement que par des oncologues qui connaissent la toxicité des traitements et qui seront en mesure d'anticiper les effets secondaires en collaboration étroite avec des gériatres. Les séjours hospitaliers raccourcissent, les patients sont ainsi plus souvent à domicile et le partage de leur surveillance entre les acteurs de la ville et les spécialistes nécessite d'être préparé.

Alors que, la parole des médecins hospitaliers spécialistes reste très importante, l'anticipation et la graduation des recours en fonction des situations reste décisif pour assurer une bonne fluidité des parcours et garantir une sécurité des soins maximale.

Un accès à une expertise pluridisciplinaire, telle que les plateformes hospitalières de soins, pour les patients comme pour les médecins généralistes et les autres acteurs de la ville, doit en effet pouvoir être possible tout au long du parcours.

Tenant compte de la réforme territoriale et la création des nouvelles régions, des réflexions ont été menées au sujet de l'équité des soins au sein de la Commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, abordant cinq problématiques particulières (l'interaction entre les spécialistes, la formation des spécialistes, l'inclusion des métiers intermédiaires, l'inclusion des personnes âgées dans la recherche médicale et la lutte contre l'isolement géographique ou social des patients). Les élus ont la responsabilité de prendre des mesures qui amélioreront les prises en charge et assureront l'équité des soins sur l'ensemble du territoire. Pour cela, les responsables politiques n'étant pas des sachants, ils doivent pouvoir se reposer sur les patients et les professionnels qui accompagnent sur le terrain les personnes âgées car ce travail commun offrira la possibilité de meilleures réformes.

L'autonomie du malade est une variable sociologique qui vient de la vie sociale et de ses organisations autant qu'elle est un principe existentiel que chacun tente de réaliser pour lui-même. La perspective ainsi créée est de tendre à des parcours de santé personnalisé impliquant le patient lui-même.

L'approche nécessite de s'appuyer sur des innovations d'ordre organisationnel, grâce à une meilleure coordination entre la médecine libérale et la médecine hospitalière, avec de nouveaux modes de fonctionnement plus transverses et plus pluridisciplinaires, et enfin grâce à la recherche de comportements plus vertueux dont l'objectif est que les patients deviennent plus acteurs de leur santé.

Les actions concrètes pour améliorer la prise en charge du cancer chez les personnes âgées et mieux appréhender leur vulnérabilité

A l'heure actuelle, la coordination des acteurs est importante, mais l'accompagnement de la personne dans son parcours de santé en mettant en œuvre des coopérations l'est plus encore.

Différents projets régionaux ont été présentés, ils sont autant de réponses concrètes aux besoins locaux. Le projet toulousain AMA (Assistance des Malades Ambulatoires) adossé au projet PHUC CAPTOR repose sur deux idées simples. La première est de maintenir un lien structuré avec le patient via un appel sortant (soignant-soigné) systématique et planifié au domicile comme alternative à l'appel traditionnel rentrant (soigné-soignant) peu fiable, improductif et consommateur. La deuxième idée est de placer au centre du dispositif un infirmier de coordination, l'oncologue et

le médecin généraliste exerçant une fonction de recours. Trois difficultés principales ont été rencontrées au cours de cette expérimentation : le niveau de preuve, le financement (250€ par malade), et le principe de transfert de compétences du médecin à l'infirmier de coordination. Dernier point, le mode opérationnel

Les Pouvoirs publics et les ARS doivent pouvoir considérer des partenariats public-privé réunissant à la fois des associations et des partenaires privés, via des contrats d'objectifs et de moyens.

d'AMA offre un observatoire privilégié pour mesurer en vie réelle les modalités d'application et le rapport bénéfice-risque d'une thérapeutique donnée. AMA peut être ainsi considéré comme un outil de recherche en pharmaco-épidémiologie ou en épidémiologie sociale.

En Limousin, région la plus « vieillissante » de France, où les inégalités d'accès à l'innovation, au parcours de soins et au diagnostic sont certainement les plus tendues, des postes de médecins détachés dans les hôpitaux périphériques ont pu être créés, au plus près des lieux de résidence des personnes âgées qui ne se rendaient pas au CHU, avec un financement de l'ARS. A été mis en place le réseau national de télémedecine ANDRAL permettant à la fois un diagnostic à distance et un échange d'imagerie facilité entre les laboratoires d'analyses biologiques. Cette coordination clinique et biologique est très performante. Pour la prise en charge de la souffrance a été mis en place un réseau de psychologues libéraux, avec une dérogation tarifaire permettant aux patients de bénéficier d'une consultation psychologique en dehors des centres de référence en oncologie.

Si la déclinaison auprès du médecin généraliste est encore compliquée, les actions d'éducation thérapeutique des patients leur permettent de s'approprier leur maladie. Ils peuvent également

obtenir les renseignements qu'ils souhaitent en contactant un numéro vert infirmier dédié, qui reçoit plus de mille appels par an. Enfin, nombre des soins réalisés ont pu être externalisés en hospitalisation à domicile, permettant une réduction des coûts de plus d'un tiers.

Les Pouvoirs publics et les ARS doivent pouvoir considérer des partenariats public-privé réunissant à la fois des associations et des partenaires privés, via des contrats d'objectifs et de moyens. Par ailleurs, des incitations à la collaboration entre patients et professionnels de santé doivent être mises en place. Les professionnels de premiers recours doivent adapter leurs pratiques aux nouvelles thérapeutiques et aux nouveaux modes de prise en charge hospitalière car il existe à ce sujet de grandes disparités régionales. Les patients doivent pouvoir disposer de repères plus importants, et ceux des médecins généralistes être meilleurs car les éléments techniques des nouvelles thérapeutiques leur sont inconnus. La mise en place d'une coopération est cruciale, entre les différentes parties prenantes telles que la ville et l'hôpital, médecins spécialiste et généraliste, pharmacien hospitalier et pharmacien d'officine, infirmier et patient.

Afin d'optimiser la prise en charge de sujets âgés cancéreux, il est urgent de développer les unités de soins de support. Les ARS permettent la diffusion des cadres de travail établis par la Stratégie Nationale de Santé et les plans cancer successifs, en particulier le troisième plan cancer 2014-2019, qui ont permis à l'onco-gériatrie de beaucoup progresser.

L'utilisation dogmatique de l'essai randomisé contrôlé comme type d'étude clinique devrait être repensée car elle n'est pas nécessaire à l'évaluation des expérimentations des formes d'organisation nouvelles. D'autres méthodologies moins contraignantes existent et ont été développées par l'Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé (IRDES). Il serait ainsi possible de comparer les projets présentés ici à des projets d'organisation hospitalière ou d'organisation des entreprises. La mise en place d'un plan d'action et d'indicateurs d'efficacité permettant une étude rétrospective serait suffisante. Les porteurs de projets doivent en revanche être signataires de contrats d'objectifs et de moyens sur des indicateurs de résultats. La culture méthodologique d'évaluation doit donc être complètement repensée.

Ne pas gâcher le progrès pharmacologique nécessite d'investir dans la recherche et le développement organisationnels, de créer des bases de données collaboratives, et d'impliquer la médecine libérale dans la recherche clinique et la formation

Le financement en silos, par ailleurs, ne facilite pas ce changement de culture car les dotations financières ne sont pas facilement redistribuables. Les financements doivent donc être attribués aux réseaux de coopération entre acteurs, de façon à pouvoir rémunérer chacun d'entre eux.

Enfin, l'évaluation ne doit pas uniquement porter sur les résultats, mais aussi sur l'appropriation des nouvelles formes d'organisation par les professionnels médicaux et paramédicaux, et par les patients.

Les décisions politiques sont donc complexes car elles doivent offrir une équité que l'efficacité et l'efficience ne peuvent pas éclairer. Notamment, certains secteurs étant mieux investis que d'autres sur le plan de la recherche, sont plus demandeurs sur le plan des financements des thérapeutiques, pendant que d'autres voient peu d'innovations. Au surplus, cette équité oscille non seulement entre les malades, mais aussi entre la prévention et le soin, entre ceux qui accèdent facilement à l'offre de soins et bénéficient de toutes les innovations, et ceux qui ont plus de mal à y avoir accès.

Le concept le plus adapté est l'universalisme proportionné, qui donne la légitimité d'intervenir de façon plus importante auprès des populations socialement plus fragiles.

Les patients, enfin, ont des besoins spécifiques qui sont forcément individuels, d'un point de vue social ou psychologique, et la standardisation n'est plus la solution adéquate. L'innovation organisationnelle ne peut pas être le fait de politique publique, même si un soutien est toujours le bienvenu. Elle ne pourra être le fait que d'entrepreneurs.

Les patients âgés dont on vient de diagnostiquer un cancer représentent une catégorie de patients complexe. Ils ont en effet, plus de difficultés à comprendre ce que le cancer va signifier pour eux et à connaître les professionnels référents. Ne pas gâcher le progrès pharmacologique nécessite donc d'investir dans la recherche et le développement organisationnels, de créer des bases de données collaboratives, et d'impliquer la médecine libérale dans la recherche clinique et la formation. La carte de coordination de soins de l'URPS d'Île-de-France devra également évoluer et comporter le dossier patient et les sites internet de référence.

Enfin, la formation des professionnels paramédicaux aux nouveaux métiers est indispensable et doit être facilitée.

L'innovation organisationnelle ne peut pas être le fait de politique publique, même si un soutien est toujours le bienvenu. Elle ne pourra être le fait que d'entrepreneurs.

Rappel du contexte

35 000
nouveaux cas
d'hémopathies
malignes
(19 400 hommes
et 15 600 femmes).

Les **nouveaux métiers**, en particulier ceux de la **coordination**, sont autant de réponses aux besoins des malades et à l'évolution des prises en charge.

La conciliation médicamenteuse est un processus pluriprofessionnel qui a vocation à garantir la continuité de la prise en charge médicamenteuse entre la ville et l'hôpital.

Le vieillissement de la population est associé à une augmentation de l'incidence des cancers touchant les sujets âgés. Les estimations montrent que 31% des cas de cancers surviennent chez les hommes et les femmes de plus de 75 ans et 6,1% des cas au-delà de 85 ans pour les hommes et 10% pour les femmes. La cancérologie du sujet âgé est devenue un enjeu de santé publique en France. Pourtant, peu de filières de soins identifiées ont été mises en place.

L'évolution des outils diagnostiques et la qualité des registres ont amélioré le classement des hémopathies malignes par sous-type histologique : ce sont aujourd'hui près de 35 000 nouveaux cas d'hémopathies malignes (19 400 hommes et 15 600 femmes) qui surviendront dont plus de la moitié après 60 ans. La rigueur méthodologique appliquée aux hémopathies malignes permet aujourd'hui d'estimer leur incidence et d'éclairer les décideurs dans l'élaboration des politiques de santé en termes de prévention et de prise en charge, et d'orienter les recherches sur les facteurs de risque potentiels.

Porter un regard sur les parcours de santé des personnes âgées atteintes de cancers nécessite de tenir compte des besoins des malades et des professionnels de santé, ainsi que de la connaissance du maillage territorial (de l'offre de soins et du suivi thérapeutique, mais aussi de la volonté d'autonomie de la personne).

S'intéresser aux parcours de santé des personnes âgées atteintes de cancers signifie de mettre en perspective :

- les objectifs liés au maintien à domicile (si tel est le choix du malade et que son entourage le permet) et ceux de la loi de l'adaptation de la société au vieillissement, ceux des projets PAERPA
- les objectifs des SROS Oncologie et des Projets Régionaux de Santé
- les actions des Plans Cancer
- les objectifs de la Stratégie Nationale de Santé et demain ceux de la loi de modernisation du système de santé
- les recommandations de la HAS pour la prise en charge des personnes âgées fragiles en ambulatoire.

UN CHANGEMENT DE PARADIGME VERS LA PERSONNALISATION DES PARCOURS DE SANTÉ

L'appréhension du système de santé est actuellement au cœur d'un changement de paradigme. Il se traduit en cancérologie par la volonté de la personnalisation efficiente des parcours de santé dans l'espace, (le budget global restant inchangé).

Les déterminants des profils des malades évoluent et nécessitent des interventions humaines dédiées, des informations et des solutions adaptées à l'état psychologique et à la vie de ces personnes. L'ère des thérapies ciblées orales en ville impose de mettre les actions en place auprès du malade pour assurer la continuité de la prise en charge, son suivi, l'adhérence et l'observance à son traitement avec les bonnes informations aux bons acteurs ou intervenants.

L'ONCOGÉRIATRIE ET LES NOUVEAUX DISPOSITIFS

La dynamique des outils d'oncogériatrie, tant par ses expertises humaines dans cette spécialité en devenir, que par ses spécificités (les unités de coordination en oncogériatrie, UCOG ou les antennes d'oncogériatrie, AOG..) mérite d'être encouragées, en vue d'une meilleure prise en charge de la personne âgée. Le développement des métiers de coordination et de support, désigné comme métiers dits « intermédiaires », prend toute sa signification à travers l'exemple de la prise en charge des hémopathies malignes, en particulier chez la personne âgée. Ainsi, le métier d'infirmière d'annonce, de suivi ou de coordination ou encore clinicienne se doit d'être reconnu (avoir une formation dédiée et des actes financés). Les nouvelles compétences et les nouveaux métiers, en particulier ceux de la coordination, sont autant de réponses aux besoins des malades et à l'évolution des prises en charge.

L'ADAPTABILITÉ ET L'ÉTHIQUE

Une certaine discrimination liée à l'accès à la filière de soins peut exister pour la personne âgée comme pour d'autres malades. L'éthique de la prise en charge chez les personnes âgées atteintes de cancers est majeure. L'arrivée des nouvelles thérapies ciblées en oncohématologie, soit sous forme orale ou intraveineuse, peut induire des changements tant dans l'approche thérapeutique qu'au niveau des parcours de santé. Ces évolutions sont à considérer avec les objectifs de sécurité, de qualité et d'observance des soins des malades.

Il est vital de veiller à prévenir tous risques de dénutrition ou de déshydratation, tout comme la perception et l'évolution d'effets secondaires qui risquent d'altérer l'observance aux traitements. La démarche de la qualité des soins par la conciliation médicamenteuse gagnerait à être déployée en ville (et en EHPAD), afin d'informer les acteurs impliqués dans le suivi thérapeutique en ville ou à domicile des personnes âgées, en particulier pour les malades âgés en chimiothérapie avec des thérapies ciblées.

Pour rappel, la conciliation médicamenteuse est un processus pluriprofessionnel qui a vocation à garantir la continuité de la prise en charge médicamenteuse entre la ville et l'hôpital par :

- la prise en compte de tous les traitements pris par le patient qu'ils soient prescrits ou non lors de l'élaboration d'une nouvelle prescription
- la transmission et le partage des informations complètes et exactes des traitements du patient entre les professionnels de santé à tous les points de transition.

LES SCIENCES HUMAINES AU SERVICE DE LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES MALADES

L'ère de la recherche en pharmacologie sociale est en développement. Des initiatives et des projets régionaux dans le cadre de prise en charge des hémopathies malignes chez les personnes âgées commencent à porter ces fruits. C'est le cas notamment à Toulouse, à Marseille, à Bordeaux et à Reims.

La pharmacologie sociale est une science de l'étude des interactions entre le médicament et la société. Elle évalue :

- les conséquences sociales de l'exposition d'une population aux médicaments (pas en termes d'efficacité thérapeutique)
- l'influence des facteurs externes sur l'utilisation des substances pharmacologiques, indépendamment des raisons purement cliniques ou rationnelles (médicament et substances dopantes par exemple).

Il est important de replacer la bienveillance et l'empathie dans les rapports humains (des relations soignant-soigné, aidant-malade, famille-individu), ce d'autant que la personne âgée peut devenir fragile ou vulnérable, ce qui risquerait d'entraver ou d'altérer sa prise en charge.

UNE VOLONTÉ DE CONCERTATION

Le sujet portant débat est celui des parcours de santé chez les personnes âgées en mettant en perspective les spécificités des hémopathies malignes. La prise en charge des hémopathies malignes devient une discipline hyperspécialisée. Si la période des cures est bien gérée, il s'agit pour autant d'apporter des réponses adéquates aux autres étapes de ces parcours de malades. Des projets organisationnels de prise en charge au niveau de certaines régions commencent à émerger et à disposer de résultats permettant de montrer les gains de survie et de qualité de vie des malades.

Les axes de réflexion des deux tables rondes de ce débat ont rassemblé l'intégralité des acteurs représentatifs de la prise en charge et des parcours de santé du cancer chez la personne âgée. L'accent a été mis en amont sur le partage de la connaissance des besoins des malades et des professionnels de santé, les accompagnants tout au long de l'évolution de la maladie et de leur parcours de santé. La première table ronde a porté sur l'organisation des parcours de santé des personnes âgées atteintes de cancer, la seconde sur les actions concrètes à mener pour améliorer la prise en charge du cancer chez la personne âgée.

L'objectif de ce débat a été de replacer la problématique au centre d'une réflexion plus large, à la fois sociétale, médicale et politique, ouvrant à des propositions qui seront portées auprès des décideurs. La période est importante : la publication du premier rapport sur le déploiement des mesures du plan Cancer 2014-2019, le projet de loi de modernisation du système de santé, et une loi permettant à la société de s'adapter au vieillissement de la population.

Il est important de replacer la bienveillance et l'empathie dans les rapports humains (des relations soignant-soigné, aidant-malade, famille-individu), ce d'autant que la personne âgée peut devenir fragile ou vulnérable, ce qui risquerait d'entraver ou d'altérer sa prise en charge.

PROGRAMME

SALON EUROSITES GEORGES V - 28 AVENUE GEORGES V - PARIS ^{8E} - 19 MAI 2015

8h30 : Accueil des participants

9h00 : **Mot introductif** par **Olivier Mariotte**, Président de **nile**

9h05 - 10h35 : TABLE RONDE 1

« Quelle organisation des parcours de santé des personnes âgées atteintes de cancer ? »

L'amorce d'une organisation des parcours de santé chez les personnes âgées atteintes de cancers se structure. Un premier bilan sera partagé conciliant les modalités organisationnelles régionales, interrégionales et dédiées.

Les forces et les faiblesses de la coordination entre les acteurs de santé. Il n'y a pas une « organisation de la coordination ».

:: **Bernard Delcour**, Président de l'association Française des Malades du Myélome Multiple.

:: **Mauricette Michallet**, Service d'hématologie, Centre Hospitalier Lyon-Sud.

:: **Marie-Pierre Dann**, Infirmière d'annonce, de suivi et d'interface, Hôpital Pitié Salpêtrière.

:: **Pascal Le Corre**, Professeur en Pharmacie CHU Rennes, Vice-Président du Syndicat National des Pharmaciens Praticiens hospitaliers et Praticiens Hospitaliers Universitaires (SNPHPU).

:: **Hélène Espérou**, Directrice du Projet médico scientifique et de la Qualité, UNICANCER.

Cette organisation permet-elle une équité de l'accès aux soins pour ces patients selon les territoires ?

:: **Jeanne-Marie Bréchet**, Responsable de projets Département Organisation et Parcours de soins, Institut National du Cancer.

:: **Arnaud Robinet**, Député de la Marne.

Les défis sociétaux liés à la prévention de maintien de l'autonomie par rapport au vieillissement

:: **Philippe Bataille**, Sociologue et Directeur d'études, Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales.

10h35 - 10h45 : Pause

10h45 - 12h15 : TABLE RONDE 2

« Quelles actions concrètes pour améliorer la prise en charge du cancer chez les personnes âgées et mieux appréhender leur vulnérabilité ? »

Le parcours de santé du patient âgé atteint de cancer est par définition complexe. Il associe la problématique des cancers rares à celle de la prise en charge des personnes âgées dans le cadre général des chimiothérapies orales,

administrées le plus souvent au domicile. La chronicité de la maladie est à prendre en compte. Suivant l'état du patient, de l'histoire de son cancer, de son âge, de son environnement de vie et de sa situation géographique, des pistes d'amélioration des pratiques mériteraient d'être connues et partagées.

Des arbres décisionnels aux interventions des acteurs, des modalités préemptives de prise en charge dans la vraie vie des malades.

:: **Guy Laurent**, Chef de service, CHU Purpan Toulouse et Coordinateur du projet CAPTOR, IUCT Oncopôle.

:: **Dominique Bordessoule**, Consultante en hématologie, CHU de Limoges et en charge de l'éthique au sein de la Société Française d'Hématologie.

:: **Christian Puppinc**, Président de l'association Leucémie Lymphoïde Chronique.

:: **Virginie Fossey-Diaz**, Gériatre Hôpital Bretonneau AHPH et référente UCOG Paris Nord.

:: **Juliette Daniel**, médecin de santé publique, Référent oncologie, ARS Pays de la Loire.

L'efficacité des parcours de santé des personnes âgées atteintes de cancers, de la qualité de vie à l'économie de santé.

:: **Gérard de Pouvourville**, Professeur en économie de la santé, en charge de la chaire Santé, ESSEC Business School.

:: **Valérie Buthion**, Maître de conférences, Experte en sciences de gestion et économie de la santé, Université Lyon 2.

La coordination du parcours de santé en proximité par des professionnels de santé de premier recours.

:: **Patrick Zeitoun**, Pharmacien, Secrétaire général de l'Union Régionale des Professionnels de Santé pharmaciens Île-de-France .

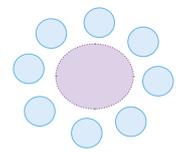
:: **Bernard Huynh**, Médecin, Président du Syndicat des Médecins de Paris.

12h15 - 12h45 : **Les propositions du Grand témoin** Claude Huriot, Professeur agrégé de médecine, Président d'honneur de l'Institut Curie et ancien Sénateur.

12h45 - 13h00 : **Mot de la Présidente de Janssen, Emmanuelle Quilès**

13h15 : **Conclusion et remerciements**

13h30 : **Cocktail déjeunatoire**



Quelle organisation des parcours de santé des personnes âgées atteintes de cancer ?

Visionnage du film : *interview de Florence Leduc, présidente de l'Association française des aidants et de l'Observatoire de l'âgisme :*

L'Observatoire de l'âgisme s'est posé la question de l'amélioration du sort réservé aux personnes âgées. De manière unanime sur le plan médical, les personnes âgées ne sont plus systématiquement rejetées. En revanche, sur le plan du droit des malades, on observe un renvoi de la responsabilité des médecins vers les patients ou les familles. Le déséquilibre entre le choix inaliénable des patients et la réalité de la compréhension de l'information délivrée s'affirme ; les personnes âgées ne sont en effet pas nécessairement les plus à même d'effectuer le meilleur choix pour elles-mêmes. L'observatoire de l'âgisme n'a par ailleurs pas relevé de discrimination particulière sur les traitements des cancers mais la réticence à soigner des personnes âgées du fait de leur grand âge est très souvent ressentie.

Les forces et les faiblesses de la coordination entre les acteurs de santé. Il n'y a pas une « organisation de la coordination ».

Bernard Delcour, président de l'Association Française des Malades du Myélome Multiple (AF3M)

En tant que représentant d'une association de malades, le domaine de la santé m'apparaît comme très réglementé et très normatif. Aussi, je m'interroge si un tel contexte n'est pas un frein à l'innovation, à la prise d'initiatives par l'ensemble des parties prenantes du parcours de soins des malades. Au-delà, il me semble indispensable que toute action engagée puisse mieux prendre en compte les besoins des malades et de leurs proches. Pour avancer dans ce sens, l'AF3M a donc réalisé une enquête auprès de six cents patients afin de mieux connaître leur vécu et leur ressenti vis-à-vis de leur parcours de soins. Cette enquête a mis

“ 25 % des patients interrogés étaient âgés de plus de soixante-quinze ans, il est ressorti que 25 % d'entre eux sont très isolés et confrontés à d'importantes difficultés dans la vie quotidienne.

“ Les aides psychologiques, nutritionnelles, la réadaptation à l'effort doivent également faire partie du parcours de santé car ils permettent une meilleure observance et une meilleure performance des traitements.

en lumière que le myélome ne pouvait être positionné comme une maladie chronique, mais comme un cancer avec des risques importants de rechute. Elle a également mis en évidence que l'anxiété par rapport à la maladie et l'isolement du malade constituaient deux dimensions importantes qui structurent fortement le vécu et le ressenti du malade. Ainsi et alors que 25 % des patients interrogés étaient âgés de plus de soixante-quinze ans, il est ressorti que 25 % d'entre eux sont très isolés et confrontés à d'importantes difficultés dans la vie quotidienne. Une autre étude a montré par ailleurs que 40 % des patients atteints de myélome ne souffrent d'aucune autre pathologie, mais que par contre les autres souffrent principalement de pathologies en lien avec leur état d'anxiété (25 % souffrent d'hypertension artérielle et 25 % souffrent de troubles psychologiques).

La variété de ces situations se doit d'être mieux prise en compte, cela ne peut passer par une approche réglementaire et normative, mais doit s'appuyer sur des innovations d'ordre organisationnelle, par une meilleure coordination entre la médecine libérale et la médecine hospitalière, mais également par de nouveaux modes de fonctionnement plus transverses et plus pluridisciplinaires, et enfin grâce la recherche de comportements plus vertueux, avec comme objectif que les patients deviennent plus acteurs de leur santé.

Mauricette Michallet, consultante, service hématologie, centre hospitalier Lyon-Sud

Compte-tenu de la rupture que représente le diagnostic d'une hémopathie, le parcours de santé des patients est très important. Ainsi, le diagnostic et le pronostic ont été fortement améliorés grâce aux progrès technologiques. La prise en charge thérapeutique s'est également fortement développée. Le suivi des patients, en revanche, est

“ La formation du personnel soignant paramédical aux nouveaux métiers est indispensable et doit être facilitée.



toujours aussi difficile, car si de nombreuses initiatives existent, elles ne sont pas rassemblées et généralisées. La « mutualisation » des patients est donc nécessaire, autour du cancérologue, de l'hématologue et dans la prise en charge des effets secondaires, avec la mise en place de consultations multidisciplinaires. Les aides psychologiques, nutritionnelles, la réadaptation à l'effort doivent également faire partie du parcours de santé car ils permettent une meilleure observance et une meilleure performance des traitements. La prise en compte des soins de suite est également nécessaire entre les différentes cures, dans des structures adaptées à la multiplicité des prises en charge. Dans ces parcours, le médecin généraliste doit être mieux placé, de façon à optimiser sa disponibilité, et les soins de support doivent être centraux. Cette amélioration est très ambitieuse mais facilement réalisable avec un travail collectif commun.

Marie-Pierre Dann, infirmière d'annonce, de suivi et d'interface, groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière

Le premier Plan cancer a permis le développement des compétences

infirmières vis-à-vis du dispositif d'annonce. L'expertise clinique des infirmiers a ainsi pu se développer dans le suivi des patients. Le rôle d'infirmier d'annonce, de suivi et d'interface est de prendre en charge l'annonce du diagnostic, le suivi du traitement dans sa globalité, les rechutes éventuelles et les soins palliatifs. Pour mener à bien l'ensemble de ces missions, une bonne communication et une bonne coordination sont essentielles. De ce point de vue, une amélioration des soins de support est nécessaire, ainsi qu'une meilleure articulation entre la ville et l'hôpital. Du point de vue de la cancérologie, plus spécifiquement, les soins de suite doivent être développés. La formation du personnel soignant paramédical aux nouveaux métiers est donc indispensable et doit être facilitée.

Pascal Le Corre, professeur en pharmacie, CHU de Rennes ; vice-président du Syndicat National des Pharmaciens praticiens Hospitaliers et Praticiens hospitaliers Universitaires (SNPHPU)

Les pharmaciens hospitaliers s'intéressent au bon usage des traitements pour les patients hospitalisés, mais également pour les patients ambulatoires dont la prescription est faite à l'hôpital. En oncologie et en hématologie, l'évolution des traitements a été radicale : leur utilisation a d'abord été par voie intraveineuse et évolue maintenant vers la voie orale. Ces traitements ne sont pas anodins et peuvent générer des effets secondaires importants et des interactions médicamenteuses potentielles. Chez les patients âgés, souffrant couramment d'autres pathologies et polymédicamentés, cela peut poser problème.

La modification des prises en charge a également changé le rapport des patients aux professionnels de santé, en particulier celui au médecin généraliste, qu'ils consultent dorénavant pour le traitement des effets secondaires. Or, ces derniers ne sont pas formés à l'utilisation

“ Le patient doit pouvoir rencontrer lors de la première prescription le pharmacien hospitalier qui pourra ainsi partager une information personnalisée avec le pharmacien d'officine et le médecin traitant du patient.



de ces nouvelles thérapeutiques. Des initiatives de mise à disposition des professionnels de premier recours des fiches de bon usage rassemblant les interactions médicamenteuses, la prévention et la gestion des effets secondaires existent. Celles-ci sont généralement à l'initiative des Observatoires du Médicament, des Dispositifs médicaux et de l'Innovation Thérapeutique (OMEDIT) ; elles doivent être développées au niveau national par l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament (ANSM) et l'Institut National du Cancer (INCa) de façon à valider et mettre à jour régulièrement les informations. L'appropriation de cette information par les professionnels de santé doit être facilitée par la création d'un circuit d'information autour du patient en tissant un lien entre les professionnels de santé de premier recours et les professionnels de santé hospitaliers (pharmaciens et médecins). Le patient doit donc pouvoir rencontrer lors de la première prescription le pharmacien hospitalier qui pourra ainsi partager une information personnalisée avec le pharmacien d'officine et le médecin traitant du patient.

Hélène Espérou, directrice du projet médico-scientifique et de la qualité, UNICANCER

Le dispositif décrit par Pascal Le Corre existe au Centre de Lutte Contre le Cancer (CLCC) de Reims, qui a été mis en place pour les patients qui y sont hospitalisés : la veille de leur départ, une consultation avec le pharmacien hospitalier est réalisée au cours de laquelle il donne des informations sur l'ordonnance et la transmet au pharmacien d'officine si le patient le souhaite. Le CLCC de Reims propose également un programme de formation des pharmaciens d'officine sur les nouveaux traitements. Le médecin traitant n'est toutefois pas inclus dans ce dispositif, celui-ci ne recevant que le compte-rendu d'hospitalisation.

En ce qui concerne les personnes âgées, au-delà de la capacité des patients âgés à recevoir les traitements des cancers, il faut reconnaître et valoriser la capacité des équipes spécialisées pour l'administration et l'adaptation de ces traitements. Des protocoles spécifiques existent et ne peuvent être suivis que par des oncologues qui connaissent la toxicité des traitements et qui vont pouvoir anticiper les effets secondaires en collaboration étroite avec des gériatres. La

“ Des plateformes de soins se mettent en place, à l'Institut Gustave Roussy par exemple, en lien avec les médecins hospitaliers, de façon à mieux répondre aux spécificités des traitements et de leurs effets secondaires.

compétence en onco-gériatrie ne réside pas dans une personne mais plutôt dans la collaboration entre ces deux spécialités. De plus, comme pour les autres malades, le problème majeur de la prise en charge des personnes âgées atteintes de cancer est la collaboration entre la médecine hospitalière et la médecine libérale. Les séjours hospitaliers raccourcissent, les patients sont donc plus souvent à domicile et le partage de leur surveillance entre les acteurs de la ville et les spécialistes doit être préparé. Alors que, certes la parole des médecins hospitaliers spécialistes reste très importante, il faut pouvoir anticiper et graduer les recours en fonction des situations pour assurer une bonne fluidité des parcours et garantir une sécurité des soins maximale. Des plateformes de soins se mettent en place, à l'Institut Gustave Roussy par exemple, en lien avec les médecins hospitaliers, de façon à mieux répondre aux spécificités des traitements et de leurs effets secondaires. Un accès à cette expertise pluridisciplinaire pour les patients comme pour les médecins généralistes et les autres acteurs de la ville, doit en effet pouvoir être possible tout au long du parcours.

QUESTIONS DE LA SALLE

Olivier Mariotte, *nile* : *Comment peut s'organiser sur le terrain la formation continue des médecins généralistes ? Quels sont les besoins et les carences ?*

Mauricette Michallet : Il faut déterminer quand et comment mettre en place cette formation. Des outils informatifs commencent à être mis en place : ils doivent être très synthétiques tout en étant spécifiques, et aborder la prise en charge du cancer, les traitements, et la prise en charge des effets secondaires.

Table ronde 1 Quelle organisation des parcours de santé des personnes âgées atteintes de cancer ?

Hélène Espérou : Les médecins généralistes ne peuvent pas devenir ce que même les spécialistes ne sont pas. Ils ont besoin d'une information adaptée et personnalisée au moment où ils auscultent ce patient. Les infirmiers, notamment dans le cadre de la reconnaissance des pratiques avancées, doivent pouvoir assurer ce rôle de lien entre l'hôpital et le médecin généraliste.

Bernard Delcour : De plus en plus d'informations sont aujourd'hui disponibles, encore faut-il qu'elles soient correctement utilisées et ne soient pas source d'anxiété. Au vu des malades qui sont en attente d'une information fiable et de qualité, de nature à leur redonner confiance en l'avenir, les patients ressources peuvent dans le cadre des programmes d'éducation thérapeutique jouer un rôle très important. D'autre part, la mise en place d'une plateforme pluridisciplinaire d'information à destination des patients pourrait être également une solution pertinente.

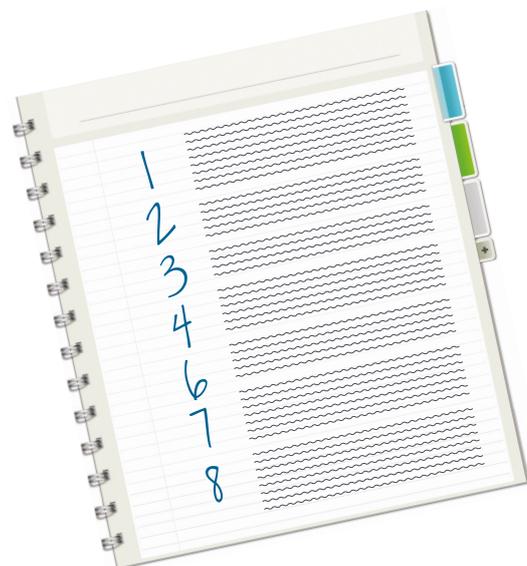
Mauricette Michallet : La place du médecin référent dans le parcours du patient est fondamentale.

Guy Laurent, hématalogue : La formation des infirmiers de coordination est essentielle. Les universités d'Aix-Marseille et de Toulouse ont ainsi créé un master professionnel de coordination des maladies chroniques. Cette formation transdisciplinaire est en accord avec le caractère transversal de la problématique du suivi des maladies chroniques. L'accès à ce master est toutefois difficile pour les infirmiers, qui ne peuvent pas autofinancer une année d'études. La possibilité d'une spécialisation des infirmiers serait pourtant une reconnaissance formidable du travail qu'ils fournissent avec l'évolution de carrière que cela suppose.

Éric Salat, représentant d'utilisateur : Malgré l'innovation thérapeutique et la performance, l'organisation ne suit pas. Même avec un financement adapté, le changement des habitudes des professionnels est très difficile. L'étude CHIMORAL, cherchant à montrer le bénéfice d'une coordination entre professionnels a été un échec, faute de recrutement, car certains professionnels y sont hostiles. La performance et l'innovation thérapeutique existent de plus en plus, mais les réponses adaptées de moins en moins.

Bernard Delcour : Dans le monde de la santé, la performance pourrait être accrue s'il était développé une culture entrepreneuriale, une culture basée sur la prise d'initiatives. En effet, tout progrès ne nécessite pas forcément de moyens supplémentaires, à iso ressources des marges de progrès réelles et importantes sont possibles. Il faut pour cela développer le partage des bonnes pratiques, encourager

“ Dans le troisième Plan cancer, l'oncogériatrie, ou cancérologie des personnes âgées, évolue avec la prise en main par les cancérologues d'un test de pré-screening gériatrique en huit questions réalisable au lit du malade (test G8).



des pratiques qui contribuent au « ressenti positif » des malades vis-à-vis de leur parcours de soins.

Mauricette Michallet : La performance en cancérologie est si importante que nous avons l'obligation d'organiser les parcours de soins.

Cette organisation permet-elle une équité de l'accès aux soins pour ces patients selon les territoires ?

Jeanne-Marie Bréchet, responsable de projets, département Organisation et Parcours de soins, Institut national du cancer

Le projet onco-gériatrique est né avec le premier Plan Cancer et des unités pilotes qui comprenaient le plus souvent la mise en place d'une consultation gériatrique en centres anti-cancéreux. La formation des professionnels de santé et l'information des patients étaient alors privilégiées. Dans le deuxième Plan Cancer, l'équité était visée, avec le déploiement national de vingt-huit unités d'oncogériatrie (UCOG), chacune d'entre elles étant gérée par un oncologue et un gériatre. Ces unités ont pour objectif principal l'accès à un traitement optimisé pour tout patient âgé atteint de cancer. Dans le troisième Plan cancer, l'oncogériatrie, ou cancérologie des personnes âgées, évolue avec la prise en main par les cancérologues d'un test de pré-screening gériatrique en huit questions réalisable au lit du malade (test G8), permettant de connaître l'état fonctionnel, notamment l'état nutritionnel, l'état cognitif, et les comorbidités éventuelles. Un score bas témoigne d'une vulnérabilité ou d'une fragilité pouvant conduire à une consultation gériatrique ou une consultation adaptée, avec une évaluation plus complète de leur état de santé. Le binôme oncologue-gériatre de l'UCOG coordonne les actions dans tous les établissements autorisés pour le traitement du cancer de la région, visant tant l'amélioration de la prise en charge initiale que du suivi des effets secondaires.

Arnaud Robinet, Député-Maire de Reims

Il est difficile de parler d'équité de la prise en charge pour une région telle que la Champagne-Ardenne. Les outils, les atouts et les professionnels varient suivant le territoire et influent sur la prise en charge et le suivi des patients. Cette question de l'équité sera d'autant plus pertinente après la réforme territoriale et la création des nouvelles régions. Des réflexions ont été menées à ce sujet au sein de la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, abordant cinq problématiques particulières. L'interaction entre les spécialistes, premier axe de réflexion, mise en avant avec le développement de l'onco-gériatrie d'une part, et le rôle des infirmiers dans le suivi des traitements à domicile d'autre part, redéfinit le rôle de chacun des professionnels. La formation des spécialistes constitue le deuxième axe de réflexion. Le troisième est l'inclusion des intermédiaires, avec deux modifications particulières dans le traitement du cancer, d'une part l'essor des chimiothérapies orales (qui représentent 25 à 30 % des chimiothérapies) et d'autre part celui de la chirurgie ambulatoire (avec un objectif de 50 % de la totalité des actes chirurgicaux). Une atten-

tion particulière doit donc être portée sur les liens entre la médecine libérale et la médecine hospitalière. Le quatrième enjeu est l'inclusion des personnes âgées dans la recherche médicale. Enfin, la lutte contre l'isolement géographique ou social des patients est le cinquième axe de réflexion de la commission des affaires sociales de l'assemblée nationale. Les élus ont la responsabilité de prendre des mesures qui amélioreront les prises en charge et assureront l'équité sur l'ensemble du territoire. Pour cela, les responsables politiques n'étant pas des sachants, ils doivent pouvoir se reposer sur les patients et les professionnels qui accompagnent sur le terrain les personnes âgées, car ce travail commun offrira la possibilité de meilleures réformes.

Les défis sociétaux liés à la prévention de maintien de l'autonomie par rapport au vieillissement

Philippe Bataille, sociologue et directeur d'études, École des hautes études en sciences sociales

La sociologie s'attache aux relations entre l'individu et le collectif, en termes de normes, de lois, mais également de représentations sociales. La génération d'après-guerre aborde ainsi la question de la vieillesse d'une façon fondamentalement différente des générations qui la précèdent. L'allongement de la vie, désormais acquis, va de pair avec l'affirmation de son autonomie jusqu'au bout de l'âge et jusqu'à nommer ses vulnérabilités, en connaissant les effets de la maladie ou en anticipant l'effet de ses soins que chacun cherche à nuancer ou à améliorer.

L'autonomie est donc une variable sociologique qui vient de la vie sociale et de ses organisations autant qu'elle est un principe existentiel

“ Les responsables politiques n'étant pas des sachants, ils doivent pouvoir se reposer sur les patients et les professionnels qui accompagnent sur le terrain les personnes âgées, car ce travail commun offrira la possibilité de meilleures réformes. ”

Table ronde 1 Quelle organisation des parcours de santé des personnes âgées atteintes de cancer ?

que chacun tente de réaliser pour lui-même. Les parcours personnalisés de soins liés à la connaissance de son âge réalisent le besoin d'autonomie culturellement valorisé et souvent réalisé au cours de son existence. Ces parcours thérapeutiques permettent aux personnes d'évoluer dans l'âge et la maladie, avec une conscience active de leur rôle, de leurs capacités à s'appuyer sur des ressources individuelles pour construire le rapport personnel sinon à la maladie ou à la thérapeutique, du moins à sa capacité de se soigner. Face à ces phénomènes convergents des évolutions récentes de la représentation sociale et culturelle de la vieillesse avec un fort besoin d'autonomie, apparaissent des revendications d'un nouveau genre : le besoin d'information des patients et celui de coordination des interventions des professionnels qui soignent sans entraver le souci d'autonomie, faisant jaillir, par exemple, la question de la formation des personnels et de l'institutionnalisation de la vieillesse. Les malades deviennent de véritables « acteurs proactifs » de leur santé cherchant à améliorer coûte que coûte la performance thérapeutique, en la voulant la plus adaptée à leur situation singulière. Ils développent des stratégies individuelles, par exemple dans leur recherche d'information dès lors qu'il s'agit aussi, comprennent-ils, d'optimiser la connaissance qu'ils ont de leurs traitements.

A ce stade, pour le sociologue, habitué à la fréquentation des malades qui se situent dans des parcours personnalisés de soins la question du droit des malades doit être distinguée de celle de la démocratie sanitaire qui affirme les réaliser, sans toujours bien les respecter néanmoins. L'appel aux droits des patients et de leur proche est inviolable alors que leur réalisation est politique, éthique et morale. La démocratie sanitaire indique une manière de réaliser le droit des malades et elle répond à des questions d'organisation. La démocratie sanitaire qui peut donc prendre des formes variées et adaptées à différentes situations cliniques ou médicales, par exemple en fonction des pathologies et des atteintes à l'autonomie, doit toujours se préoccuper du respect de l'autonomie du patient et de sa capacité à la réaliser.

Le sociologue doit ici rappeler l'importance de la lutte contre les inégalités structurelles, d'autant qu'en matière d'âge et de pathologies évolutives s'ajoutent les discriminations. La réponse à ces questions humaines et sociales repose sur la qualité des professionnels et de leur expérience, et du soutien institutionnel à leurs efforts pour entretenir et respecter l'autonomie des patients, par exemple en pensant les parcours personnels de soins à travers des programmes qui unissent les soins et la santé à la participation des patients pour encore mieux les réussir.

QUESTIONS DE LA SALLE

Dominique Bordessoule, *hématologue* : Il n'est pas éthique de ne pas inclure les sujets âgés dans les projets de recherche clinique. Des solutions simples existent car les protocoles de recherche clinique eux-mêmes sont exclusifs car ils sont adaptés aux patients en meilleure forme et avec le moins de comorbidité. Il faut au contraire mettre en place des protocoles spécifiques où l'âge, la vulnérabilité ou l'exclusion soient des critères d'inclusion. Ces protocoles doivent par ailleurs être simplifiés et inclure des questionnaires de qualité de vie donnant la parole aux patients et aux aidants.

Jeanne-Marie Bréchet : L'accès aux essais cliniques pour les personnes âgées est essentiel afin de leur permettre l'accès aux traitements innovants. Les patients âgés ont en effet ce droit. Une meilleure structuration de la recherche clinique en oncogériatrie est également un des objectifs de l'action consacrée à l'oncogériatrie dans le plan cancer 2014-2019. Nous sommes passés d'une centaine de patients, âgés de plus de 75 ans inclus dans un essai clinique en 2007, à 5380 en 2013.

Olivier Mariotte, *nile* : *Les entreprises du médicament mettent en œuvre des études cliniques. Les cadres législatif et réglementaire sont-ils suffisants à la bonne élaboration de protocoles de recherche clinique par les industriels ?*

Patrick Laroche, *Directeur des Affaires médicales, Janssen France* : Il existe dans les protocoles de recherche clinique des facteurs limitants comme le profil des patients. D'autres moyens de recueil de données pour les patients âgés sont toutefois possibles, telles que les données de vie réelle. Dans ces conditions, le cadre législatif doit évoluer, car la recherche clinique est très encadrée. Une approche pragmatique du développement des médicaments permettrait l'inclusion dans les protocoles de recherche cliniques de patients aux profils très variés. Il faut à la fois intégrer la dimension du développement clinique et la possibilité de générer des données relatives à chacun des profils de patients. Le cadre législatif et la méthodologie des essais cliniques ne permettent pas à l'heure actuelle cette intégration.

Claude Huriot, *grand témoin* : L'éthique pose la question du rapport bénéfice-risque, c'est-à-dire la finalité des protocoles de recherche clinique vis-à-vis des risques que la personne peut encourir. Chez les personnes âgées, des facteurs de complexité peuvent dis-

Quelle organisation des parcours de santé des personnes âgées atteintes de cancer ? [Table ronde 1](#)

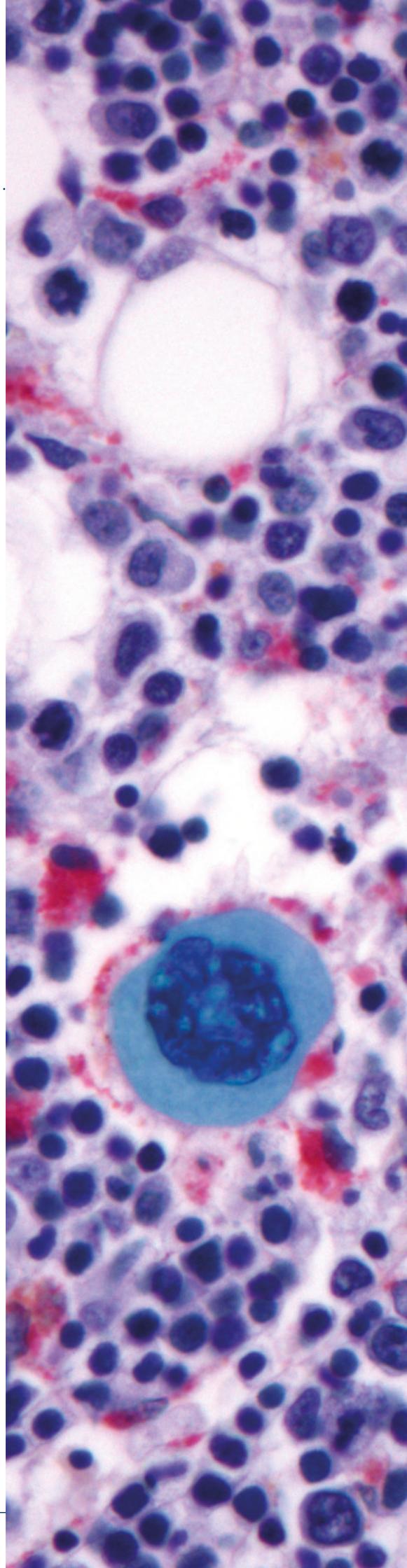
suader les promoteurs de les inclure, les autres traitements pouvant par exemple interférer. Les essais les plus pertinents pour les sujets âgés sont les essais de dose, qui permettent d'identifier la dose maximale tolérée par le malade.

Jeanne-Marie Bréchet : Sur les 5380 patients âgés inclus dans des protocoles de recherche clinique, 4700 sont inclus dans des essais institutionnels et environ 500 dans des essais industriels. Il y a donc à l'évidence pour les industriels des difficultés à promouvoir de tels essais, à cause de multiples freins tels que les comorbidités ou la fragilité. L'INCa se mobilise pour développer des essais dédiés aux personnes âgées et se mobilise également en soutenant un groupe de coopération de recherche clinique en onco-gériatrie.

Patrick Laroche, *Directeur des Affaires médicales, Janssen France* : Comme la question du rapport bénéfice-risque se pose pour l'inclusion des personnes âgées dans les protocoles de recherche clinique, nous souhaitons développer les essais de traitements en vie réelle pour ces sujets. L'un des enjeux est l'intégration d'éléments pragmatiques dans des protocoles dont la méthodologie requiert des niveaux de preuve élevés. L'autre enjeu est la modification de l'évaluation des médicaments avec des données se rapprochant plus de l'utilisation de ce médicament en vie réelle.

Étienne Dorval, *Antenne d'oncogériatrie du Centre* : Il existe deux types de recherche clinique pour les sujets âgés : d'une part les essais quel que soit l'âge des patients et qui vont inclure des sujets âgés d'une part, et d'autre part les essais spécifiques. Pour le premier type d'essais, les traitements appliqués aux sujets âgés très hétérogènes peuvent avoir une toxicité majeure. Pour le second type, nécessaire et très important, ils sont quasi-inexistants. Il n'y a aucune connaissance de l'efficacité des traitements ou de l'effet de diminution de dose. Il est également nécessaire de déterminer si les cancers touchant les patients âgés sont identiques à ceux touchant les patients jeunes, et de déterminer si les sujets sont les mêmes. Les phénotypes des sujets âgés sont en effet très variés : ils doivent donc avoir des traitements différents. L'industrie pharmaceutique répond à beaucoup de ces questions mais ne répond pas aux stratégies de traitement au long cours.

Guy Laurent, *hématologue* : La culture de la recherche clinique est basée sur les études randomisées prospectives pas nécessairement adaptées à l'évaluation des interventions en santé publiques. Se dessine depuis quelques années en oncologie l'approche différente des études de cohortes prospectives ou rétrospectives qui peuvent être très informatives. Ces études sont dévalorisées en milieu académique et très peu soutenues par l'industrie pharmaceutique.



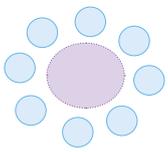


Table ronde 2

Quelles actions concrètes pour améliorer la prise en charge du cancer chez les personnes âgées et mieux appréhender leur vulnérabilité ?

Visionnage du film : interview de Florence Leduc, présidente de l'Association française des aidants et de l'Observatoire de l'âgisme :

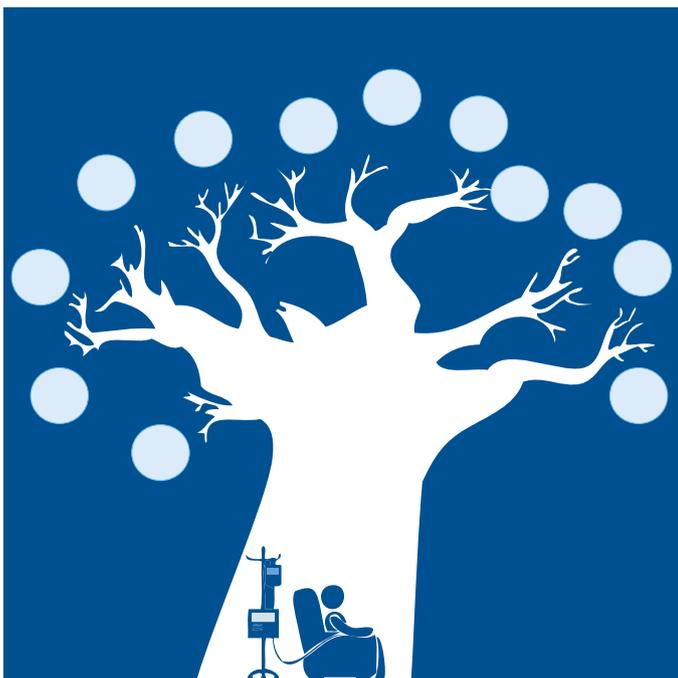
À l'heure actuelle, la coordination des acteurs est cruciale, et l'accompagnement de la personne dans son parcours de santé en mettant en œuvre des coopérations l'est plus encore. Les réseaux sont à ce titre, très importants. Les associations de patients ont beaucoup appris en matière de coordination au cours des années SIDA, mais ce savoir n'a pas été adapté ou n'a pas évolué depuis. En 1995, lors de la création du réseau Onco 94, la mise en place d'un travail commun en réseau entre médecins spécialistes et généralistes, hospitaliers et libéraux a été très difficile, mais il a été un succès et ce réseau est à l'heure actuelle un réseau de référence. La clé de ce succès a été la volonté des différents acteurs de travailler dans des modalités d'organisation dans lesquelles ils étaient prêts à céder une part de leur liberté. L'esprit de corps des réseaux de soins pour l'accompagnement des patients dans leurs parcours de santé doit continuer à se développer.

“ Sur 1 735 patients (soit plus de 20 000 appels), l'infirmière a identifié la nécessité d'une intervention dans 21% des cas. Dans ce groupe, l'oncologue est intervenu directement dans 5% des cas et le médecin généraliste dans 3,6% des cas. Le gain de temps médical est donc considérable.

Des arbres décisionnels aux interventions des acteurs, des modalités préemptives de prise en charge dans la vraie vie des malades.

Guy Laurent, service d'hématologie, coordinateur du projet PHUC CAPTOR, Institut universitaire du cancer de Toulouse-Oncopole

Le parcours de soins s'articule principalement en deux parties distinctes : la phase active de traitement et l'après-cancer. Ces deux composantes posent en commun le problème de la coordination ville-hôpital dans un contexte de soins ambulatoires parfois lourds et de malades physiquement et psychologiquement vulnérables. La phase active concerne pour l'essentiel la sécurité et l'efficacité des soins. L'après-cancer implique principalement la détection et la gestion des complications tardives liées aux traitements mais aussi la survenue de désordres psychologiques ou de difficultés du retour au travail. Le projet toulousain AMA (Assistance des Malades Ambulatoires) adossé au projet PHUC CAPTOR repose sur deux idées simples. La première est de maintenir un lien structuré avec le patient via un appel sortant (soignant-soigné) systématique et planifié au domicile comme alternative à l'appel traditionnel rentrant (soigné-soignant) peu fiable, improductif et consommateur. La deuxième idée est de placer au centre du dispositif un infirmier de coordination, l'oncologue et le médecin généraliste exerçant une fonction de recours. Il s'agit donc d'un projet de télémédecine que nous avons décliné aussi bien dans la phase active que dans l'après-cancer. Dans la phase active, notre expérience (AMA) concerne, sur plus de 6 ans, 1735 patients atteints d'hémopa-



thie maligne. AMAI consiste en un appel téléphonique bihebdomadaire programmé d'une durée moyenne de 10 minutes au domicile du patient par l'infirmier de coordination, un recueil d'informations sur un logiciel adapté, une graduation des événements et intervention selon un arbre décisionnel (pas d'intervention, intervention infirmière, intervention directe du médecin). Sur 1735 patients (plus de 20 000 appels), l'infirmière a identifié la nécessité d'une intervention dans 21% des cas. Dans ce groupe, l'oncologue est intervenu directement dans 5% des cas et le médecin généraliste dans 3,6% des cas. Le gain de temps médical est donc considérable. Le bénéfice sanitaire dans ce type d'étude est difficile à évaluer. Toutefois, la comparaison des malades AMA versus non-AMA suggère que la prise en charge AMA a pour effet de réduire le nombre des réhospitalisations et des transfusions mais surtout favorise spectaculairement l'observance (réduction d'un facteur 3 des patients traités avec des concessions de dose-intensité d'au moins 15%) (Borel et al., BMC Cancer 2015).

Le succès d'AMAI nous a encouragés à développer une approche similaire dans l'après-cancer. Dans la procédure AMA-AC (AMA de l'après-cancer), le malade consulte à intervalle fixe son médecin généraliste. Celui-ci remplit une grille dite des « événements médicaux » couvrant tous les organes et fonctions correspondantes. Cette grille est ensuite adressée à l'infirmier de coordination qui rappelle ensuite le malade à domicile pour l'évaluation psychologique (échelles psychométriques) et sociale (situation professionnelle). Ce triple dossier médical, psychologique et social est adressé à l'oncologue ; Celui-ci en fait une synthèse qu'il transmet au médecin généraliste et le cas échéant décide d'une intervention. Dans AMA-AC, le malade n'est donc pas systématiquement revu par l'oncologue même s'il est autorisé à le solliciter directement. AMA-AC est donc une alternative au suivi classique « tout oncologue », lequel pouvant être considéré sur la base de nombreux travaux comme superficiel, médico-centré, improductif et finalement inefficace. Notre expérience pilote sur 220 malades confirme la faisabilité d'AMA-AC. Seulement 6% des patients ont souhaité revoir l'oncologue (peur de la rechute sur la base de symptômes non spécifiques). Pendant la première année de l'après-cancer, 12% des patients ont présenté, hors rechute, une complication grave potentiellement mortelle.

Trois difficultés principales ont été rencontrées au cours de cette expérimentation : le niveau de preuve, le financement (250 € par malade), et le principe de transfert de compétences du médecin à l'infirmier de coordination.

Dernier point, le mode opérationnel d'AMA offre un observatoire privilégié pour mesurer en vie réelle les modalités d'application et le rapport bénéfice-risque d'une thérapeutique donnée. AMA peut être ainsi considéré comme un outil de recherche en pharmaco-épidémiologie ou en épidémiologie sociale (ex : rôle du statut économique et social ou de la géolocalisation sur l'observance).

Dominique Bordessoule, *chef du service d'hématologie, CHU de Limoges ; chargée de l'éthique, Société française d'hématologie*

Le Limousin est la région de France qui compte le plus grand nombre de patients âgés, le niveau de ruralité le plus important et donc un niveau d'isolement très important, géographique et numérique. Les inégalités d'accès à l'innovation, d'accès au parcours de soins et d'accès au diagnostic sont donc très importantes. Avec un financement de l'ARS, des postes de médecins détachés dans les hôpitaux périphériques ont pu être créés, au plus près des personnes âgées qui ne venaient pas dans les CHU trop éloignés de leurs domiciles. 1500 consultations annuelles sont ainsi réalisées depuis quinze ans pour des patients âgés atteints d'hémopathies malignes. Suite à cette expérience et au-delà de la prise en charge médicale, a été mis en place le réseau national de télé-médecine ANDRAL permettant à la fois un diagnostic à distance et un échange d'imagerie facilité entre laboratoires d'analyses biologiques. Cette coordination clinique et biologique est

“ Pour la prise en charge de la souffrance a été mis en place un réseau de psychologues libéraux sous l'impulsion du docteur Daniel Serin, avec une dérogation tarifaire permettant aux patients de bénéficier d'une consultation psychologique en dehors des centres de référence en oncologie.

Table ronde 2 Quelles actions concrètes pour améliorer la prise en charge du cancer chez les personnes âgées et mieux appréhender leur vulnérabilité ?



“ La temporalité des patients est beaucoup plus lente que celle des médecins et nécessite une maturation des informations relayées par les associations, pour lesquelles les laboratoires apportent une grande aide, à l'inverse des pouvoirs publics qui les délaissent largement.

très performante. Pour la prise en charge de la souffrance a été mis en place un réseau de psychologues libéraux sous l'impulsion du docteur Daniel Serin, avec une dérogation tarifaire permettant aux patients de bénéficier d'une consultation psychologique en dehors des centres de référence en oncologie. Si la déclinaison auprès du médecin généraliste est encore compliquée, les actions d'éducation thérapeutique des patients leur permettent de s'approprier leur maladie. Ils peuvent également obtenir les renseignements qu'ils souhaitent en contactant un numéro vert infirmier dédié, qui reçoit plus de mille appels par an. Enfin, nombre des soins réalisés ont pu être externalisés en hospitalisation à domicile, permettant une réduction des coûts de plus d'un tiers.

Christian Puppink, président de l'association de Soutien et d'Information à la Leucémie Lymphoïde Chronique (SILLC)

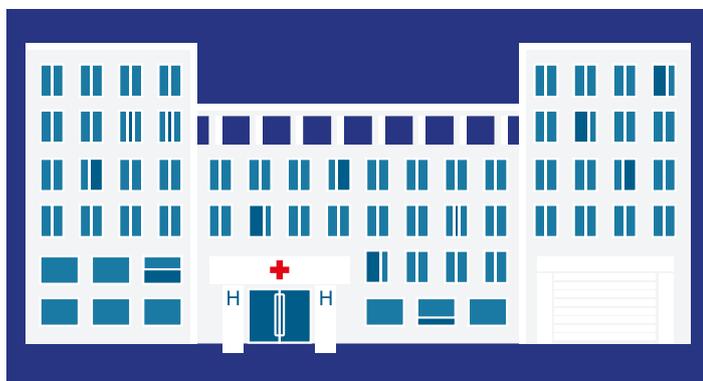
Le diagnostic de la maladie soulève pour le patient un grand nombre de questions et impacte entre autres les domaines médical, social, professionnel et familial. L'orientation est compliquée, les associations permettent donc d'informer, de donner des repères et d'orienter les patients dans leurs parcours. Ces informations doivent être validées, vulgarisées et compréhensibles car tous les patients n'ont pas les mêmes capacités ni les mêmes compétences pour comprendre des informations sur leur pathologie. Les associations n'ont pas ambition à suppléer les professionnels de santé ou les institutionnels, mais à les aider à appréhender et connaître la réalité et le quotidien des patients. À ce propos et dans des conditions d'exercice médical limité au diagnostic et au soin, la SILLC a lancé une enquête sur les

conditions de vie des patients. La temporalité des patients est en effet beaucoup plus lente que celle des médecins et nécessite une maturation des informations relayées par les associations, pour lesquelles les laboratoires apportent une grande aide, à l'inverse des pouvoirs publics qui les délaissent largement. En effet, les associations, émanant d'initiatives individuelles, ne valent que par les gens qui y adhèrent, y participent et y travaillent. Les Pouvoirs publics et les ARS doivent pouvoir considérer des partenariats public-privé les réunissant à la fois avec des associations et des partenaires privés, via des contrats d'objectifs et de moyens. Par ailleurs, des incitations à la collaboration entre patients et professionnels de santé doivent être mises en place. Les professionnels de premiers recours doivent adapter leurs pratiques aux nouvelles thérapeutiques et aux nouveaux modes de prise en charge hospitalière car il existe à ce sujet de grandes disparités régionales. Il est nécessaire pour les patients d'avoir des repères plus importants, et ceux des médecins généralistes être meilleurs, car les éléments techniques des nouvelles thérapeutiques leur sont inconnus. Une coopération doit donc être mise en place entre ville et hôpital, médecins spécialiste et généraliste, pharmacien hospitalier et pharmacien d'officine, infirmier et patient.

Virginie Fossey-Diaz, gériatre, hôpital Bretonneau (AP-HP) ; responsable, UCOG Paris-Nord

Les unités de coordination en onco-gériatrie (UCOG) reposent sur un maillage de coordination et ont pour mission l'évaluation onco-gériatrique, la recherche, la formation des soignants, l'information des soignants et du public. Concrètement, la création de l'UCOG Paris-Nord a permis à deux spécialités qui n'ont pas pour habitude de collaborer, l'oncologie et la gériatrie, de travailler ensemble. Les consultations et l'évaluation onco-gériatriques sont réalisées en partie par un oncologue formé à la gériatrie. À ce médecin s'ajoute une infirmière de

“ Les vingt-huit UCOG de France sont fédérées au sein de la Société française d'onco-gériatrie (SOFOG) qui les réunit annuellement pour évaluer les avancées et les difficultés de chacune d'entre elles.



“ Une expérimentation de formation des médecins coordonnateurs a été mise en place et a permis de former une centaine d’entre eux. Un projet de développement des infirmiers de coordination existe également, en particulier dans les maisons de santé.

coordination qui assure le suivi des patients les plus fragiles dans leurs parcours de soins et fait le lien entre la ville et l’hôpital. Des gériatres ont été également formés sur de nombreux sites de cette UCOG afin de répondre à la demande d’évaluation et de consultation en onco-gériatrie dans un délai inférieur à 8 jours.

Concernant la recherche, l’UCOG Paris-Nord est sur le point de commencer une étude sur la chimiothérapie et la dépression chez les plus de 75 ans, et collabore également par ailleurs avec l’UCOG Paris-Sud de l’hôpital Henri Mondor dans d’autres thématiques de recherche. L’UCOG Paris-Nord participe à des journées d’information pour expliquer les enjeux et la place des patients âgés en cancérologie, mais aussi pour mieux les dépister, les orienter et les prendre en charge. Les vingt-huit UCOG de France sont fédérées au sein de la Société française d’onco-gériatrie (SOFOG) qui les réunit annuellement pour évaluer les avancées et les difficultés de chacune d’entre elles. Existe également en Île-de-France le groupe francilien d’onco-gériatrie (FROG) très dynamique sur les thématiques formations et informations dans le domaine de l’oncogériatrie. Afin d’optimiser la prise en charge de sujets âgés cancéreux, il est urgent de développer les unités de soins de support.

Juliette Daniel, *médecin de santé publique, référent oncologie, ARS Pays de la Loire*

Les ARS permettent la diffusion des cadres de travail établis entre autres par la Stratégie Nationale de Santé et les plans cancer succésifs, en particulier le troisième plan cancer 2014-2019, qui ont permis à l’onco-gériatrie de beaucoup progresser. En Pays de la Loire, l’ARS collabore avec le réseau de cancérologie (ONCOPL), très performant car il regroupe l’ensemble des professionnels concernés. Des actions concrètes ont ainsi pu être mises en place. En hématologie par exemple, une collaboration entre les hôpitaux périphériques et les centres experts a permis la création de sites associés de proximité délivrant des chimiothérapies dans ces hôpitaux périphériques avec une qualité, des protocoles et des professionnels identiques à ceux des CHU. Par ailleurs, la favorisation du rôle de l’UCOG Pays de la Loire a permis la mise en place de formations et d’opérations de sensibilisation des oncologues à la gériatrie. Ainsi, dans vingt-cinq EHPAD de la région, une expérimentation de formation des médecins coordonnateurs a été mise en place et a permis de former une centaine d’entre eux. Un projet de développement des infirmiers de coordination existe également, en particulier dans les maisons de santé.

L’efficacité des parcours de santé des personnes âgées atteintes de cancers, de la qualité de vie à l’économie de la santé.

Gérard de Pouvourville, *professeur en économie de la santé, responsable de la chaire Santé, ESSEC Business School*

L’efficacité mesure le rapport entre les coûts investis et les résultats obtenus, et permet de déterminer le bénéfice d’un investissement supplémentaire. C’est une notion étrangère à la culture du financement de la santé en France et au code de la Sécurité sociale car toute intervention qui est efficace doit être couverte par l’Assurance maladie. Les médicaments, en revanche, sont soumis à une évaluation d’efficacité pour déterminer le prix de la prise en charge des pathologies. Des évaluations économiques sont également demandées dans le fonctionnement des réseaux. Toutefois, les ARS n’ayant pas les moyens de l’étude systématique de l’efficacité de leurs investissements, l’allocation des ressources du Fonds d’Intervention Régional (FIR) (dont l’ex-partie du Fonds d’Intervention Pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS)) est plutôt basée sur la conviction de l’efficacité d’un projet ou d’une organisation. De fait, l’utilisation dogmatique de l’essai randomisé contrôlé comme type d’étude clinique

Table ronde 2 Quelles actions concrètes pour améliorer la prise en charge du cancer chez les personnes âgées et mieux appréhender leur vulnérabilité ?

“ L'utilisation dogmatique de l'essai randomisé contrôlé comme type d'étude clinique devrait être repensée car elle n'est pas nécessaire à l'évaluation des expérimentations des formes d'organisation nouvelles. D'autres méthodologies moins contraignantes existent et ont été développées par l'Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé (IRDES).

devrait être repensée car elle n'est pas nécessaire à l'évaluation des expérimentations des formes d'organisation nouvelles. D'autres méthodologies moins contraignantes existent et ont été développées par l'Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé (IRDES). Il serait ainsi possible de comparer les projets présentés ici à des projets d'organisation hospitalière ou d'organisation des entreprises. La mise en place d'un plan d'action et d'indicateurs d'efficacité permettant une étude rétrospective serait suffisante. Les porteurs de projets doivent en revanche être signataires de contrats d'objectifs et de moyens sur des indicateurs de résultats. La culture méthodologique d'évaluation doit donc être complètement repensée.

Le financement en silos, par ailleurs, ne facilite pas ce changement de culture car les dotations financières ne sont pas facilement redistribuables. Les financements doivent donc être attribués aux réseaux de coopération entre acteurs, de façon à pouvoir rémunérer chacun d'entre eux. Enfin, l'évaluation ne doit pas uniquement porter sur les résultats, mais aussi sur l'appropriation des nouvelles formes d'organisation par les professionnels médicaux et paramédicaux, et par les patients.

Valérie Buthion, maître de conférences, experte en sciences de gestion et économie de la santé, université Lyon 2

Efficacité, efficacité et maîtrise budgétaire ne sont pas liées de façon évidente et sont même en contradiction dans un certain nombre de

cas. Les progrès de l'hématologie, donc son efficacité, génèrent de fortes attentes, des opportunités, et des responsabilités. Le principe de financement de l'efficacité ne peut pas fonctionner de manière systématique car certaines avancées thérapeutiques ne sont pas soutenables budgétairement au regard des besoins de l'ensemble de la population. L'efficacité, quant à elle, est un ratio qui nécessite de comparer les résultats d'une thérapeutique aux ressources utilisées, ou les résultats d'un mode d'organisation différent à financement constant. Ainsi, toute revendication d'augmentation des dotations budgétaires pour une augmentation des résultats est vouée à l'échec. Il faut rechercher plus d'efficacité, c'est-à-dire faire plus avec moins de ressources. À ce titre, le domaine de la santé devra opérer une révolution de la recherche d'efficacité.

Enfin, la valeur ajoutée médicale doit être questionnée. Il faut déterminer à la fois le moment auquel les différents professionnels apportent une plus-value par leur diagnostic et leur collaboration, et le moment auquel l'intervention de ces mêmes professionnels va être limitée. Il ne faut pas oublier que les ressources sont convoitées par de multiples maladies. Les décisions politiques sont donc complexes car elles doivent offrir une équité que l'efficacité et l'efficacité ne peuvent pas éclairer. Notamment, certains secteurs étant mieux investis que d'autres sur le plan de la recherche, sont plus demandeurs sur le plan des financements des thérapeutiques, pendant que d'autres voient peu d'innovations. Au surplus, cette équité oscille non seulement entre les malades, entre ceux qui accèdent facilement à l'offre de soins et bénéficient de toutes les innovations, et ceux qui ont plus de mal à y avoir accès, mais aussi entre la prévention et le soin.

Le concept le plus adapté est l'universalisme proportionné, qui donne la légitimité d'intervenir de façon plus importante auprès des populations socialement plus fragiles. Les patients, enfin, ont des besoins

“ Le concept le plus adapté est l'universalisme proportionné, qui donne la légitimité d'intervenir de façon plus importante auprès des populations socialement plus fragiles.



spécifiques qui sont forcément individuels, d'un point de vue social ou psychologique, et la standardisation n'est plus la solution adéquate. L'innovation organisationnelle ne peut pas être le fait de politique publique, même si un soutien est toujours le bienvenu. Elle ne pourra être le fait que d'entrepreneurs tels que ceux qui étaient présents aujourd'hui à la tribune.

La coordination du parcours de santé en proximité par des professionnels de santé de premier recours.

Patrick Zeitoun, pharmacien, secrétaire général de l'Union Régionale des Professionnels de Santé pharmaciens d'Île-de-France

À la suite du diagnostic et au début du traitement, le patient construit autour de lui un réseau de professionnels comprenant son médecin traitant, un infirmier, un kinésithérapeute, l'hôpital et le pharmacien qu'il fréquente. L'ensemble de ces personnes doit se coordonner pour le suivi et l'adaptation éventuelle du traitement et la constitution d'un discours cohérent. Les trois URPS médecins, pharmaciens et infirmiers d'Île-de-France ont donc créé une carte de coordination de soins regroupant les coordonnées des soignants ainsi qu'un mémo rappelant les démarches de coopération interprofessionnelle. Cette carte permet à la fois au patient de connaître les actions mises en place, et aux professionnels de communiquer plus facilement entre eux. À ce propos, tous les pharmaciens d'Île-de-France ont été sollicités pour se créer une adresse électronique sécurisée dédiée aux échanges interprofessionnels. Cette carte de coordination est dans une phase encore expérimentale ; un bilan d'utilisation et une évaluation sont prévus un an après son lancement. Certains hôpitaux ont ainsi déjà commencé à les distribuer dans les dossiers de sortie des patients.

“ Les trois URPS médecins, pharmaciens et infirmiers d'Île-de-France ont créé une carte de coordination de soins regroupant les coordonnées des soignants ainsi qu'un mémo rappelant les démarches de coopération interprofessionnelle.

Autre outil des pharmaciens : le dossier pharmaceutique, créé et financé par le conseil de l'ordre. Il compile l'ensemble des ordonnances consultées par les pharmaciens, c'est-à-dire pour un même patient l'ensemble des prescriptions réalisées par les différents médecins qu'il a rencontré. Le dossier pharmaceutique est en outre partagé entre les pharmaciens et la quasi totalité des pharmacies de France qui sont équipées. Il est utile pour les patients qui bénéficient d'un accès, et pour les médecins qui peuvent le consulter avec autorisation du patient.

Enfin, les problématiques liées à la conciliation médicamenteuse sont également importantes. La carte de coordination de soins permet ici au pharmacien d'avoir accès aux coordonnées et d'interroger directement le prescripteur. Des améliorations pourraient toutefois être réalisées avec un entretien pharmaceutique à la sortie d'hôpital et une plus grande exhaustivité dans la rédaction des ordonnances.

Bernard Huynh, médecin, président du Syndicat des médecins de Paris

Il est important de ne pas gâcher le progrès car les avancées de la télémedecine, des infirmiers de coordination permettent à l'hôpital de mieux remplir leur rôle et d'être plus efficace. De plus en plus de traitements sont ambulatoires ou oraux, les patients seront donc de plus en plus en ville et de moins en moins à l'hôpital. Les cancers, et à plus forte raison les hémopathies, sont pour les médecins généralistes des pathologies peu fréquentes, il aura donc peu de temps à leur consacrer. Les médecins généralistes sont donc difficilement présents dans les réseaux et participent difficilement à la formation continue.

Table ronde 2 Quelles actions concrètes pour améliorer la prise en charge du cancer chez les personnes âgées et mieux appréhender leur vulnérabilité ?

“ Ne pas gâcher le progrès pharmacologique nécessite d’investir dans la recherche et le développement organisationnel, de créer des bases de données collaboratives, et d’impliquer la médecine libérale dans la recherche clinique et la formation.

Pour les médecins généralistes, deux types de patients âgés atteints de cancer existent : les patients atteints de cancer depuis longtemps, qui connaissent bien leur maladie, mais pour lesquels les interactions médicamenteuses posent des difficultés et les maladies intercurrentes, et les patients âgés dont on vient de diagnostiquer un cancer. Cette deuxième catégorie de patients est plus complexe car les patients âgés ont plus de difficultés à comprendre les cancers et à connaître les professionnels référents. Ne pas gâcher le progrès pharmacologique nécessite donc d’investir dans la recherche et le développement organisationnel, de créer des bases de données collaboratives, et d’impliquer la médecine libérale dans la recherche clinique et la formation. La carte de coordination de soins devra également évoluer et comporter le dossier patient et les sites internet de référence.

QUESTIONS DE LA SALLE

Dominique Bordessoule : *Qui peut avoir accès au dossier pharmaceutique ? Faut-il l’autorisation du malade ? Les pharmaciens peuvent-ils obtenir une copie du compte-rendu d’hospitalisation ? La coordination avec le pharmacien semble ambiguë s’il n’a pas connaissance du diagnostic.*

Patrick Zeitoun : Les professionnels de santé autres que les pharmaciens ne peuvent avoir un accès direct au dossier pharmaceutique. Chaque consultation de ce dossier nécessite l’accord du patient et nécessite un numéro d’identifiant. La liste de toutes les personnes

ayant eu accès à un dossier donné est donc connue. En revanche, les patients peuvent obtenir une copie du dossier pharmaceutique s’ils souhaitent le communiquer à un autre professionnel de santé. Concernant la possibilité pour les pharmaciens d’avoir une copie du compte-rendu d’hospitalisation, elle n’est pas envisageable car l’hospitalisation n’est pas du ressort des pharmaciens, qui doivent toutefois savoir si le patient nécessite une attention particulière ou une éventuelle adaptation des doses du traitement. Enfin, les pharmaciens n’ont pas à avoir accès au diagnostic, car cela ne fait pas partie de leurs compétences.

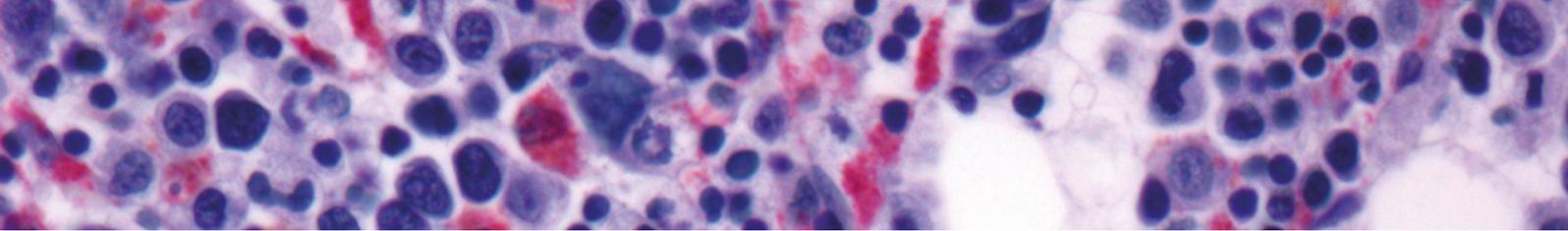
Patrick Laroche : *Compte-tenu de la transition ambulatoire, la médecine générale n’a-t-elle pas intérêt à acquérir pour le traitement des hémopathies des compétences complémentaires ciblées en hématologie, comme cela a pu être possible pour le VIH ?*

Bernard Huynh : La démographie du VIH est très concentrée en région parisienne, une spécialisation de certains généralistes est alors pertinente. La démographie des hémopathies est très différente. L’investissement personnel d’un médecin généraliste dans les hémopathies ne serait donc pas utile.

Christian Puppink : *Comment soutenir la créativité entrepreneuriale ?*

Gérard de Pouvourville : Existait auparavant le Fonds d’Aide à la Qualité des Soins de Ville (FAQSV), qui permettait de financer la recherche et le développement en médecine ambulatoire et en médecine libérale. Or, le FAQSV, qui représentait une très petite partie des fonds de l’assurance maladie, a changé de fonction et sa gestion est beaucoup plus administrative qu’avant. Le fléchage des fonds étant direct, peu d’innovation est possible.

Valérie Buthion : Les contrats d’objectifs et de moyens seraient une mauvaise solution, car un investissement de l’État et des autorités de tutelle constituant un contrat avec ces autorités aboutirait à la mise sous tutelle de l’innovation. Encore faudrait-il que les autorités centralisées sachent ce qu’il faut faire. Il existe un paradoxe des acteurs, qui souhaitent mettre en œuvre leurs idées tout en regrettant d’être confrontés à la législation, mais qui demandent plus de précision à cette même législation lorsqu’elle peut laisser place à une interprétation. Le soutien à l’innovation peut venir des ARS, sans mise sous tutelle trop écrasante, ou de l’industrie pharmaceutique, car l’innovation est fonction de la multiplicité des intervenants. Il ne faut en revanche rien attendre des dispositifs centralisés pour innover dans le domaine organisationnel, et surtout qu’ils ne se précipitent pas à standardiser des solutions qui ne sont valables qu’à l’endroit où elles ont été mises en œuvre.



Les propositions du Grand Témoin



Claude Huriel, *professeur agrégé de médecine, président d'honneur de l'Institut Curie, sénateur honoraire*

Pour une personne âgée à qui l'on vient d'annoncer son cancer, tout change : le regard porté sur la société, le jugement des situations et des personnes, les valeurs, les rapports au temps et à l'espace, l'environnement matériel et l'environnement affectif. L'attachement à la liberté en est d'autant plus fort.

L'enthousiasme du progrès médical ne doit pas aller à l'encontre de la responsabilisation du patient, qui ne doit elle-même pas être un transfert de la responsabilité médicale.

Les deux tables rondes de ce colloque étaient diverses et complémentaires. La première constitue la stratégie, la réflexion sur l'organisation, la définition d'objectifs et les réponses qui peuvent être apportées. Le concept même de parcours de santé est toutefois critiquable car il est une facilité et une commodité de la part du concepteur : les personnes âgées polypathologiques souffrent d'hypertension artérielle, de diabète, de troubles neurologiques, de dépression, et suivent donc parallèlement une multiplicité de parcours. L'élément dominant est donc l'importance de la coordination entre les professionnels et entre les actions. La prise en charge globale des patients doit donc également être l'ambition première des parcours de santé. Enfin, l'équité des soins doit être la situation vers laquelle il faut tendre par tous les moyens.

La deuxième table ronde, plus tactique, a présenté les actions, les options, et leurs mises en œuvre, les solutions individuelles ou collectives pour répondre aux inadaptations organisationnelles. Il faut dans ce domaine rendre hommage aux instances publiques (INCa, DGOS, par exemple) qui procèdent à des appels à projets. Cette démarche incite les acteurs à se rapprocher pour bâtir des solutions allant dans le sens de l'intérêt général.

Concernant l'innovation, les conditions de mise en œuvre des chimiothérapies par voie orale et l'organisation ambulatoire apportent un confort certain au patient, tout en lui faisant prendre le risque de l'inobservance ou du mauvais usage. L'enthousiasme du progrès médical ne doit pas aller à l'encontre de la responsabilisation du patient, qui ne doit elle-même pas être un transfert de la responsabilité médicale. Par ailleurs, le rôle des EHPAD et des équipes soignantes des EHPAD va faire évoluer la responsabilité de mise en œuvre des prescriptions. L'information et le consentement sont ici fondamentaux.

Enfin, la question du traitement de tous les cancers doit être posée, car le surdiagnostic et donc les surtraitements des personnes âgées sont une réalité. Il est capital l'importance indiscutable de la coordination : y contribuer rendra service à la personne âgée.

Les propositions du Grand Témoin

LES PROPOSITIONS ÉMISES PAR LE GRAND TÉMOIN

Les échanges durant le colloque ont permis au Professeur Claude Huriot, Grand Témoin du colloque, de souligner plusieurs propositions. Ces propositions reposent pour certaines d'entre elles sur des mesures déjà existantes mais qu'il mérite d'encourager et d'accompagner, et d'autres qu'il faut porter et défendre.

Considérer les patients cancéreux

Il est grand temps de considérer les personnes âgées atteintes de cancer comme des personnes ayant un cancer et pas seulement comme des patients âgés chroniques. Leurs parcours de santé doivent prendre en compte la variété de la typologie de ces patients amenant à des parcours de santé plus personnalisés pour ces malades. Il est de même important d'adapter l'information délivrée aux capacités cognitives des patients et également la délivrer aux aidants. Autre considération, le parcours de santé doit tenir compte de l'isolement géographique et social des personnes âgées pour garantir l'équité de la prise en charge sur un territoire donné.

Développer et organiser la coopération interprofessionnelle

En vue d'une meilleure coordination des actions mises en place pour la prise en charge des malades, la coopération doit être mise en place entre professionnels de santé de premier recours et professionnels de santé hospitaliers, et aussi entre les différentes professions médicales et paramédicales.

Développer la confiance entre les acteurs

Il est utile de faire évoluer les comportements et la culture nécessaire à la mise en place de nouveaux modes de fonctionnement et d'organisation de la prise en charge des malades. Le monde de la santé doit s'approprier la culture entrepreneuriale. Le patient doit pouvoir rencontrer, lors de la première prescription de sa chimiothérapie, le pharmacien hospitalier qui pourra ainsi, à travers lui, partager une information personnalisée avec son pharmacien d'officine et son médecin traitant.

Ses objectifs passeront par différentes actions :

- garantir l'accès du patient à l'oncologue, au gériatre, et à la plateforme de soins hospitaliers tout au long de son parcours ;
- rendre efficaces les Réunions de Concertation Pluridisciplinaires (RCP). L'organisation de la RCP doit être formalisée en oncologie. Au cours de la RCP, le dossier de chaque patient est présenté à tour de rôle, et la prise en charge est définie collectivement sur la base des référentiels retenus ;
- rassembler et généraliser les initiatives de suivi des patients, en les mutualisant autour du couple oncologue-gériatre pour une meilleure prise en charge des effets secondaires ;
- accentuer le rôle des infirmiers de coordination, qui doivent créer et développer le lien entre ville et hôpital ;
- mettre en place des partenariats public-privé réunissant professionnels de santé, associations et partenaires privés, via des contrats d'objectifs et de moyens.

Dynamiser le développement de la formation

Dynamiser la formation des médecins généralistes et des pharmaciens d'officine doit tendre à améliorer leur connaissance sur les modalités de prise en charge des malades. Le développement de la formation doit viser à élever leur connaissance sur les effets secondaires des thérapeutiques et des interactions médicamenteuses.

Pour ce faire, il faut :

- mettre à disposition des professionnels de premier recours des fiches de bon usage rédigées par les OMEDIT (l'Observatoire du Médicament, des Dispositifs médicaux et de l'Innovation Thérapeutique), l'ANSM ou l'INCa, rassemblant la prévention et la gestion des effets secondaires des nouvelles thérapeutiques ;
- faciliter et financer la formation du personnel soignant paramédical aux nouveaux métiers d'annonce et de suivi ;
- créer des programmes d'éducation thérapeutique des patients pour former des patients experts ou patients référents ;
- développer une plateforme pluridisciplinaire d'information à destination des patients.

Inclure les soins de support et les soins de suite et de réadaptation dans les parcours de santé

Impliquer les psychologues, nutritionniste et kinésithérapeutes, etc. en développant des soins de support intégrés aux parcours de santé. Proposer le plus systématiquement possible des Plans Personnalisés de Santé (PPS). Mieux prendre en compte les soins de suite et de réadaptation dans l'après-cancer ou entre les différentes cures de chimiothérapies, dans des structures adaptées à la multiplicité des prises en charge.

Augmenter la visibilité de la recherche médicale et développer les essais en vie réelle

L'évolution de la recherche médicale et le

développement des essais en vie réelle passent par :

- donner plus de visibilité et d'importance aux appels à projets émanant des institutions ;
- faciliter le recrutement et l'inclusion de sujets âgés dans la recherche et les études cliniques ;
- mettre en place des protocoles de recherche clinique spécifiques, où l'âge, la vulnérabilité et l'isolement sont des critères d'inclusion ;
- simplifier les protocoles de recherche clinique en développant des méthodologies moins dogmatiques que l'essai randomisé contrôlé et en faisant évoluer le cadre législatif de la recherche clinique ;
- intégrer des questionnaires de qualité de vie aux protocoles de recherche clinique ;
- développer pour les personnes âgées des « essais cliniques de dose » permettant d'adapter les doses des thérapeutiques ;
- mettre en place des essais en vie réelle intégrant le suivi des personnes âgées atteinte de cancers ;
- impliquer la médecine libérale et les associations de patients dans les protocoles de recherche clinique ;
- inciter et favoriser le développement des études cliniques des promoteurs industriels ;
- évaluer et mesurer l'appropriation des formes nouvelles d'organisation par les professionnels médicaux et paramédicaux, et par les patients.

CONCLUSION



Emmanuelle Quilès, *présidente de Janssen France*

L'industrie pharmaceutique cherche à sortir du champ exclusif du médicament, dans lequel un certain nombre d'autorités souhaite les y voir rester. Elle est un acteur de chaîne de soin et a besoin de travailler au côté des professionnels de santé et de leurs patients en s'impliquant dans les projets d'amélioration et d'optimisation de l'efficacité des soins. L'industrie pharmaceutique souhaite donc trouver sa place auprès des autres acteurs du système de santé et être reconnu comme un acteur légitime.

Ce débat fait émerger des initiatives pour lesquelles, Janssen souhaite dans un futur proche s'impliquer pour améliorer la prise en charge des patients âgés atteints de cancer, avec trois développements concrets. Premièrement, agir pour le développement de la formation des infirmiers, dont la présence et l'intervention sont indispensables et de plus en plus prégnantes. En second lieu, Janssen souhaite s'impliquer dans le renforcement de l'efficacité, de l'observance, et de la sécurité de l'utilisation des médicaments en participant au projet CAPTOR. Enfin, Janssen souhaite renforcer son accompagnement des associations de patients, en les aidant à mieux appréhender leurs démarches auprès des institutions.

Il y a un souhait fort de se retrouver l'année prochaine afin de pouvoir évaluer ensemble les avancées des différents projets soutenus par Janssen. Les équipes de Janssen sont à l'écoute de tous ceux qui veulent faire avancer les problématiques évoquées aujourd'hui.

BIOGRAPHIE DES ORATEURS



Philippe Bataille

Directeur d'études à l'École des Hautes Etudes en Sciences Sociales et directeur du Centre d'analyse et d'intervention sociologiques (CADIS), associé au CNRS.

Dans le cadre de son enseignement à l'EHESS, il dirige un séminaire intitulé « Sociologie du sujet vulnérable » où il questionne l'éthique du soin et interroge les normes professionnelles à l'œuvre dans le champ sanitaire. Il est membre du Centre d'éthique clinique de l'hôpital Cochin. Philippe Bataille a publié, dans ce domaine, *Un cancer et la vie : les malades face à la maladie* (Jacob Duvernet, 2003), et en septembre 2012, *À la vie, à la mort. Euthanasie : le grand malentendu* (Autrement « Haut et Fort »).



Dominique Bordessoule

Chef de service du Département Hématologie Clinique et Thérapie Cellulaire au Centre Hospitalier Universitaire de Limoges depuis 1994.

Docteur en médecine, Praticien hospitalier et Professeur d'Université en Hématologie et Transfusion, Dominique Bordessoule est membre de la Société Française d'Hématologie dont elle est en charge de l'éthique et de la Société de Greffe de Moelle. Elle a également été Présidente de la délégation à la recherche clinique et à l'innovation thérapeutique au CHU de Limoges pendant 11 ans.



Jeanne-Marie Bréchet

Responsable de projets, Départements organisation et parcours de soin, Institut national du cancer (INCa), Boulogne-Billancourt, France.

Docteur en médecine, Praticien hospitalier à l'Assistance-Publique-Hôpitaux de Paris, elle était en charge de la cancérologie thoracique pendant 35 ans. Elle a participé à de nombreux essais cliniques et de nombreuses publications scientifiques.

Elle travaille à l'INCa depuis 7 ans au sein du Pôle Santé publique et Soins, responsable de projets concernant les organisations spécifiques, notamment pour les patients adultes atteints de cancers rares et les personnes âgées avec cancer.



Valérie Buthion

Maître de Conférences en Sciences de Gestion à l'Université Lumière Lyon 2 ; Enseignements d'évaluation des projets et politiques de santé.

Depuis 2014, experte AERES pour la campagne d'évaluation des formations.

Actuellement, Vice-présidente de la commission « Evaluation, Stratégie et Prospective » du Haut Conseil en Santé Publique (HCSP).

Participation à des expertises pour la Haute Autorité de Santé (HAS), sur l'opportunité du développement de la chimiothérapie à domicile et sur l'évaluation médico-économique de la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique terminale. Membre en 2008 de l'équipe INCa, pour la rédaction du rapport scientifique sur l'oncogériatrie.



Juliette Daniel

Référent régionale Cancer, Département Coopération et Parcours de soins à l'ARS Pays de la Loire et Médecin de santé publique.

Investie fortement dans la conduite de projet et la participation à la mise en œuvre des politiques régionales de santé, Juliette Daniel rejoint la DRASS des Pays de la Loire en mars 2004 pour se consacrer principalement à l'impulsion d'une politique régionale de santé, à la prévention et à la promotion de la santé. Elle est particulièrement investie dans l'enseignement des politiques de santé publique (pour la formation des médecins de collectivités locales, étudiants en formation) à l'EHESSP.

BIOGRAPHIE DES ORATEURS



Marie-Pierre Dann

Infirmière référente sur le dispositif d'annonce, de suivi et d'Interface au Service d'Hématologie Clinique du Professeur Véronique Leblond, à l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière.

Sa mission consiste à un accompagnement du patient et de ses proches aux différentes étapes de la maladie (annonce, suivi, rechute, traitement et fin de traitement, phase palliative ; fin de vie) ; et à la mise en lien de l'ensemble des acteurs participant à l'optimisation de la qualité de la prise en charge et la transmission des savoirs auprès des jeunes professionnels.



Bernard Delcour

Président de l'association Française des Malades du Myélome Multiple (AF3M).

Sa volonté est de mettre en avant le fait que le monde de la santé n'est que trop guidé par des règles et des normes, une situation qui trop souvent conduit à une forme « d'enfermement » et de repli peu propice à l'innovation et au progrès. Face à ce constat, l'AF3M se veut d'apporter une expertise, un regard sur les parcours de soins qui soient de nature à encourager des approches où tous les acteurs : professionnels de santé et malades soient plus responsabilisés. Une approche qui se veut avant tout globale, qui s'appuie sur plusieurs leviers, avec de façon incontournable un volet comportemental.



Gérard de Pouvourville

Professeur en économie de la santé, en charge de la chaire Santé, à l'ESSEC Business School.

Gérard de Pouvourville est diplômé de l'Ecole polytechnique et Docteur en Economie et Administration des Entreprises. Il a commencé sa carrière de chercheur en 1973, au sein du Centre de Recherche en Gestion de l'Ecole polytechnique. Spécialiste du secteur de la santé. Au cours de sa carrière, il a réalisé des travaux sur les thèmes suivants : l'analyse comparative des systèmes de santé, l'évaluation des politiques publiques de santé, le financement des services de santé, le développement des systèmes d'information en santé, l'évaluation économique des actions de santé.



Hélène Espérou

Directrice du projet médico-scientifique et de la qualité à la fédération française des centres de lutte contre le cancer UNICANCER.

Hélène Espérou est praticien hospitalier hématologue et a exercé dix-huit ans à l'hôpital St Louis de l'APHP où elle conserve une activité de consultation. Elle a quitté l'activité clinique quotidienne pour travailler dans différentes institutions sanitaires : Agence de la biomédecine et Institut National du Cancer. Elle a fait partie du cabinet de Roselyne Bachelot-Narquin ministre chargée de la santé, pendant deux ans durant lesquels au sein du pôle « politiques de santé », elle avait en charge notamment le plan cancer et le plan Alzheimer.



Virginie Fossey-Diaz

Responsable de l'UCOG Paris Nord avec le Professeur Stéphane Culine, oncologue à Saint Louis, sur le site HUPNVS et Saint Louis Lariboisière Fernand Widal depuis septembre 2012.

Médiateur de l'hôpital Bretonneau depuis 2012, représentante de l'hôpital Bretonneau à la commission GH « Vie hospitalière », représentante de l'hôpital Bretonneau à la commission GH « Temps médical », membre du syndicat de gériatrie des hôpitaux de PARIS, du conseil administratif de la SOFOG depuis septembre 2014 et du FROG : Groupe Francilien en Oncogériatrie depuis 2012.

BIOGRAPHIE DES ORATEURS



Claude Huriet

Professeur agrégé de médecine et ancien sénateur français (UDF) a été président de l'Institut Curie de 2001 à 2013.

Il s'est particulièrement dans les questions de bioéthique (loi sur la thérapie cellulaire et génique, lois de bioéthique, Loi Huriet-Sérusclat de 1988 relative à la protection des personnes dans la recherche biomédicale, loi de juillet 1994 relative au don et à l'utilisation des éléments et produits du corps humain, etc.



Bernard Huynh

Médecin Gynécologue-Obstétricien libéral à Paris et Consultant hospitalier (Service du Pr Fernandez-CHU Kremlin-Bicêtre).

Auteur de publications scientifiques concernant la Colposcopie et les maladies du col utérin et des voies génitales. Responsable professionnel et syndical (Président du Syndicat des Médecins de Paris, Vice-Président de l'URPS Médecins Libéraux d'Ile de France). Président de l'Association RIR-Ile de France. Gestionnaire des Cabinets Médicaux et Paramédicaux Multidisciplinaires de Grigny et Villiers le Bel



Guy Laurent

Chef de service au CHU de Purpan, à Toulouse et Coordinateur du projet CAPTOR à l'Institut universitaire du cancer Toulouse Oncopole.

Hématologue clinique au département d'hématologie du centre médical de l'université de Toulouse, responsable de l'unité en charge du lymphome, chef de projet de recherche INSERM et professeur de médecine à l'institut universitaire du cancer Toulouse Oncopole. Il est en charge du projet CAPTOR, vaste projet de recherche consacré à l'innovation, l'évaluation, la diffusion des médicaments anti-cancéreux ainsi qu'à la formation relative à ces domaines.



Pascal Le Corre

Vice-Président du Syndicat National des Pharmaciens Praticiens hospitaliers et Praticiens Hospitaliers Universitaires (SNPHPU).

Responsable du pôle pharmacie au CHU de Rennes, Vice-Président de la COMEDIMS, membre de la CME, du Comité de Recherche Clinique et président de la Commission Hospitalo-Universitaire de la Faculté de Pharmacie de Rennes. Pascal Le Corre pilote actuellement dans le domaine de la cancérologie un projet sur l'étude des interactions médicamenteuses chez des patients greffés.



Mauricette Michallet

Professeur et consultante en Hématologie, ancien chef de service d'Hématologie du Centre Hospitalier Lyon-Sud (Pierre-Bénite).

Membre du Conseil Scientifique de l'Association Française des Malades du Myélome Multiple (AF3M), et du Conseil Scientifique de l'Association Vivre avec la LMC (leucémie myéloïde chronique), présidente du Conseil Scientifique de l'Association « Cent pour Sang la Vie », présidente du Groupe d'expert sur la transfusion plaquettaire (AFSSAPs, puis ANSM) et membre de la Société Française d'Hématologie (SFH).

BIOGRAPHIE DES ORATEURS



Christian Puppincq

Président de l'association Leucémie Lymphoïde Chronique et la Maladie de Waldenström depuis 207.

Christian Puppincq est médecin généraliste, il a exercé pendant 15 ans, puis il a été impliqué dans le domaine de la formation médicale continue, il a dirigé pendant 10 ans un régime particulier de la sécurité sociale. Ensuite il a été chargé de mission santé environnement en entreprise au niveau européen.



Emmanuelle Quilès

Ingénieur en biotechnologie de l'Ecole Supérieure de Biotechnologie de Strasbourg et présidente de Janssen France.

Emmanuelle Quilès a commencé sa carrière chez Rhône-Poulenc, puis chez Pierre Fabre et ensuite chez Genetics Institute jusqu'à ce que Wyeth rachète cette dernière. En novembre 2007, elle est nommée PDG de Wyeth France et, après l'acquisition par Pfizer, elle est confirmée en tant que Présidente de Pfizer France. En décembre 2012, elle quitte Pfizer pour monter Harmonium, une start-up européenne spécialisée dans la diabétologie. Elle est Présidente de Janssen France depuis janvier 2015.



Arnaud Robinet

Député-maire de Reims.

Dès son plus jeune âge, Arnaud Robinet choisit d'apporter sa contribution à de multiples actions de solidarité, en parallèle à ses études à la Faculté des Sciences, jusqu'à devenir dès 2001 le benjamin de l'équipe municipale de Reims. Arnaud Robinet se présente aux élections législatives partielles de 2008 et devient le Député de la 1ère circonscription de la Marne. Au printemps 2011, il devient Conseiller général du 6ème canton de Reims, jusqu'en avril 2014. Elu Maire de Reims en mars 2014, il œuvre avec toute son équipe pour moderniser et dynamiser la Ville de Reims.



Patrick Zeitoun

Pharmacien à Maison Alfort et Secrétaire général de l'URPS pharmaciens IDF, secrétaire général de la Caisse d'Assurance Vieillesse des Pharmaciens (CAVP), secrétaire général de l'Union Régionale des Professions de Santé, et président de la commission paritaire régionale pharmaciens IDF (sécurité sociale).

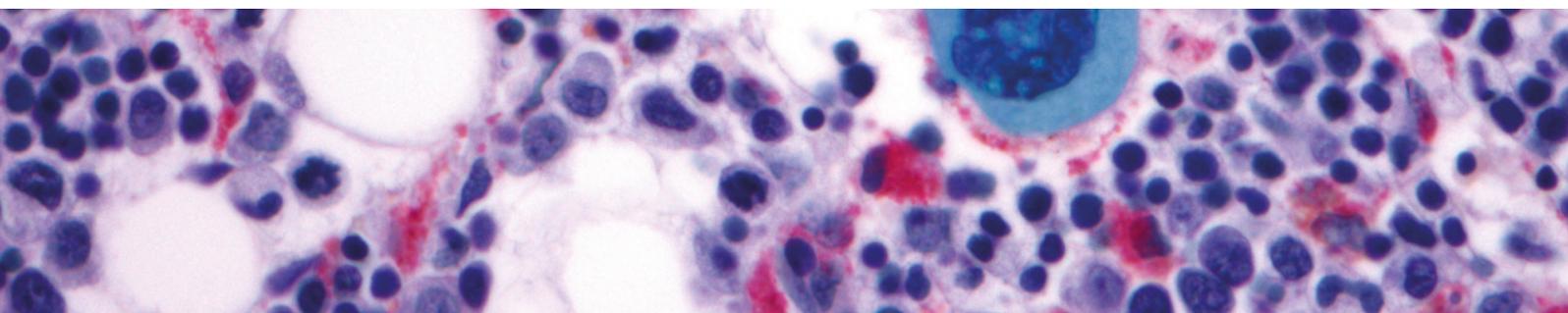
Patrick Zeitoun a également été président de l'Union des Pharmaciens de la Région Parisienne de 2000 à 2014 et président du syndicat départemental des pharmaciens du Val de Marne pendant 20 ans jusqu'à février 2015.

Abbréviations

AMA : Assistance des malades ambulatoires
ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé
AOG : Antenne d'oncogériatrie
ARS : Agence régionale de santé
CLCC : Centre de lutte contre le cancer
DGOS : Direction générale de l'offre de soins
EHPAD : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
FIQCS : Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins
FIR : Fonds d'intervention régional
FROG : Groupe francilien d'onco-gériatrie
HAS : Haute autorité de santé
INCa : Institut national du cancer
OMEDIT : Observatoire du médicament, des dispositifs médicaux et de l'innovation thérapeutique
PAERPA : Personnes âgées en risque de perte d'autonomie
PPS : Plan personnalisé de santé
RCP : Réunion de concertation pluridisciplinaire
SROS : Schéma régional d'organisation de santé
UCOG : Unités de coordination en onco-gériatrie

Bibliographie

- Suivi du dispositif de prise en charge et de recherche clinique en oncogériatrie, janvier 2015, INCa.
- Premier Rapport au Président de la République – Plan Cancer 2014-2019, février 2015, INCa.
- Observatoire de l'âgisme, www.agisme.fr
- CAPTOR, www.captor-cancer.fr, Pôle de recherche hospitalo-universitaire en cancérologie de Toulouse.
- A longitudinal study of non-medical determinants of adherence to R-CHOP therapy for diffuse large B-cell lymphoma: implication for survival. BMC Cancer. 2015 Apr 15;15(1):288. Borel C, Lamy S, Compaci G, Récher C, Jeanneau P, Nogaro JC, Bauvin E, Despas F, Delpierre C, Laurent G.
- www.gfhc-reseau-andral.fr, Groupe francophone d'hématologie cellulaire.



Direction de la Communication et des Affaires Publiques de Janssen France,
1 rue Camille Desmoulins ; 92787 Issy-les-Moulineaux cedex.



Société par actions simplifiée au capital social de 2 956 660 euros, Immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Nanterre sous le n° B 562 033 068, dont le siège social est au 1, rue Camille Desmoulins, TSA 91003, 92787 Issy-les-Moulineaux cedex