

Faculté de santé publique

Comment envisager la fonction de référent de soins pour améliorer le parcours de soins du patient gériatrique en oncologie ?

Mémoire réalisé par
Ella Mae Hall

Promoteur(s)
M. Jean Macq
Mme Marie de Saint-Hubert

Année académique 2021-2022
Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

**Comment envisager la fonction de
réfèrent de soins pour améliorer le
parcours de soins du patient gériatrique
en oncologie ?**

Remerciements

Je tiens à remercier tout d'abord mon promoteur Mr Macq et ma co-promotrice Mme

De Saint-Hubert pour leurs conseils et leur suivi tout au long de la rédaction de mon mémoire.

Je remercie les professionnels de soins qui ont contribué à mon étude.

Enfin, je remercie ma famille et mes amis de m'avoir soutenue durant la rédaction de mon travail et aidée dans les corrections de ce mémoire.

Le plagiat

Je déclare sur l'honneur que ce mémoire a été écrit de ma plume, sans avoir sollicité d'aide extérieure illicite, qu'il n'est pas la reprise d'un travail présenté dans une autre institution pour évaluation, et qu'il n'a jamais été publié, en tout ou en partie.

Toutes les informations (idées, phrases, graphes, cartes, tableaux, ...) empruntées ou faisant référence à des sources primaires ou secondaires sont référencées adéquatement selon la méthode universitaire en vigueur. Je déclare avoir pris connaissance et adhérer au Code de déontologie pour les étudiants en matière d'emprunts, de citations et d'exploitation de sources diverses et savoir que le plagiat constitue une faute grave sanctionnée par l'Université catholique de Louvain.

Introduction.....	7
Objectifs et structure.....	7
Partie théorique	9
1. L'oncogériatrie en Belgique.....	9
a. Données épidémiologiques	9
b. Concepts.....	10
Définition	10
Spécificités	11
Défis.....	12
c. Évaluation gériatrique en oncologie.....	14
2. Parcours de soins en oncogériatrie.....	15
a. Offre de soins en milieu hospitalier	15
b. Étapes de la prise en charge	16
c. Dépistage et évaluation gériatrique globale en oncologie.....	17
Statut Fonctionnel	22
Mobilité et risque de chutes	23
Nutrition.....	24
3. Le référent de soins	25
a. Définition élargie.....	26
b. Coordinateur de soins en oncologie	28
c. Compétences spécifiques en oncogériatrie	30
Partie pratique	31
1. Méthodologie	31
a. Choix du type d'étude utilisé dans ce mémoire	31
a. Stratégie d'échantillonnage	32
b. Dispositif de recueil d'informations.....	32
c. Analyse des données	33
2. Résultats.....	34
a. Besoins spécifiques des patients âgés atteints d'un cancer.....	35
Besoins identifiés par la discipline oncologique.....	35
Besoins identifiés par la discipline gériatrique	38
Fragilités et évaluation gériatrique.....	39
b. Parcours de soins d'un patient âgé atteint d'un cancer	42
c. Défis liés à la prise en charge du patient âgé atteint d'un cancer.....	45

d. Référent de soins en oncogériatrie	48
3. Discussion	54
a. Synthèse et analyse des résultats	54
b. Perspectives de recherches pour l'avenir	61
c. Limites du travail	62
Conclusion	63
BIBLIOGRAPHIE.....	64
ANNEXES.....	70
Annexe 1	70
Annexe 2	71

Introduction

Ces dernières années ont vu les soins de santé changer, évoluer et s'adapter aux phénomènes épidémiologiques (accroissement des maladies chroniques), démographiques (accroissement et vieillissement de la population) et socio-économiques dans notre société.

Le milieu hospitalier doit aujourd'hui faire face à une large patientèle avec des besoins spécifiques, notamment liés à l'âge et aux maladies chroniques telles que les cancers. Les parcours de soins de ces patients deviennent de plus en plus complexes avec des épisodes de soins aigus qui se multiplient.

En Belgique, afin d'améliorer les parcours de soins complexes et la qualité de vie des patients, la fonction de référent de soins est apparue. Le soignant qui occupe le rôle du référent pour le patient se trouve généralement dans son réseau de soins de première ligne et cette fonction peut être renforcée par un soignant de deuxième ligne. Le référent de soins a plusieurs missions, notamment celle d'aider le patient à naviguer dans le système de soins tout au long de son parcours.

Qu'existe-t-il pour les personnes âgées atteintes d'une maladie chronique ? Comment se déroule le parcours de soins de cette population en oncologie et comment assurer la continuité de leurs soins ? Est-ce qu'un intervenant de leur prise en charge occupe cette fonction de référent afin de faciliter leur parcours, que ce soit à l'hôpital ou au domicile ?

Ce mémoire s'appliquera à identifier les problèmes pouvant survenir chez les patients gériatriques en oncologie, à clarifier leurs besoins et développer des pistes concrètes afin d'améliorer la qualité de leurs soins et répondre aux défis qui résultent de leur parcours.

Objectifs et structure

Ce mémoire a pour objectif de répondre à la question de recherche suivante : comment penser une fonction de référent pour améliorer le parcours de soins des patients âgés atteints d'un cancer en Belgique aujourd'hui ?

Pour cela, ce travail sera composé de deux parties principales. D'abord, une **revue de littérature** sera établie afin de faire un état des lieux sur ce sujet complexe. Celui-ci permettra de dégager une hypothèse de recherche : le parcours de soins du patient oncogériatrique est un processus complexe qui nécessite l'intervention d'un référent de soins afin de maintenir la qualité et la continuité des soins du patient.

Un premier chapitre consistera à explorer les concepts liés à l'oncogériatrie, afin de mieux comprendre pourquoi cette population cible nous intéresse en santé publique. Quels sont ses besoins spécifiques ? Pourquoi représente-elle une population à risque ? Qu'est-ce qui la caractérise ?

Ensuite, un second chapitre sera destiné à décrire le parcours de soins d'un patient âgé atteint d'un cancer. Comment s'articulent ses épisodes de soins ? Quelles sont les étapes d'un tel parcours et à quels moments le besoin d'un référent se fait-il sentir ? Quelles lacunes observe-t-on dans les parcours de soins pour les patients oncogériatriques ? Quels événements sont complexes ?

Pour finir cette revue de littérature, la notion de référent de soins sera approfondie. En effet, après avoir souligné la pertinence d'une fonction de référent pour le parcours de soins des patients en oncogériatrie, un état des lieux de ce qui existe déjà dans notre système de soins sera dégagé. Qu'est-ce qu'un référent de soins ? Quelles sont ses missions et compétences ? Quel rôle joue le coordinateur de soins en oncologie à l'hôpital ? Comment s'articule son métier en oncologie gériatrique ?

Ensuite, la deuxième partie de ce mémoire sera consacrée à tester l'hypothèse de recherche sur le terrain au travers d'une **analyse qualitative**. Elle se concentrera sur l'observation et l'analyse des pratiques soignantes en milieu hospitalier pour les disciplines oncologique et gériatrique. Elle aura pour but de déterminer si effectivement, la définition d'un référent de soins en oncogériatrie peut avoir un impact positif sur le parcours du patient pour ce domaine spécifique et surtout comment caractériser cette fonction.

Partie théorique

1. L'oncogériatrie en Belgique

a. Données épidémiologiques

En Belgique, nous faisons face à un vieillissement général de la population (Statbel, 2018). Le nombre de personnes en âge de travailler pour une personne de 67 ans et plus diminue à un rythme soutenu jusqu'en 2040 (3,7 en 2020 et 2,6 en 2040). Cette baisse s'explique en grande partie par la génération du babyboom qui atteint progressivement l'âge de 67 ans et plus. Les enjeux liés au vieillissement démographique restent donc bien présents. (Statbel, 2018)

Ce vieillissement s'accompagne de l'augmentation de l'incidence des cancers. Nous savons que le risque de survenue de cancer "augmente avec le vieillissement, notamment après 65 ans" (Fondation ARC, 2016). En effet, en 2019 respectivement 69% des femmes et 80% des hommes sont âgés de 60 ans ou plus au moment du diagnostic (Fondation Registre du Cancer, 2021). Le graphique ci-dessous indique ces données.

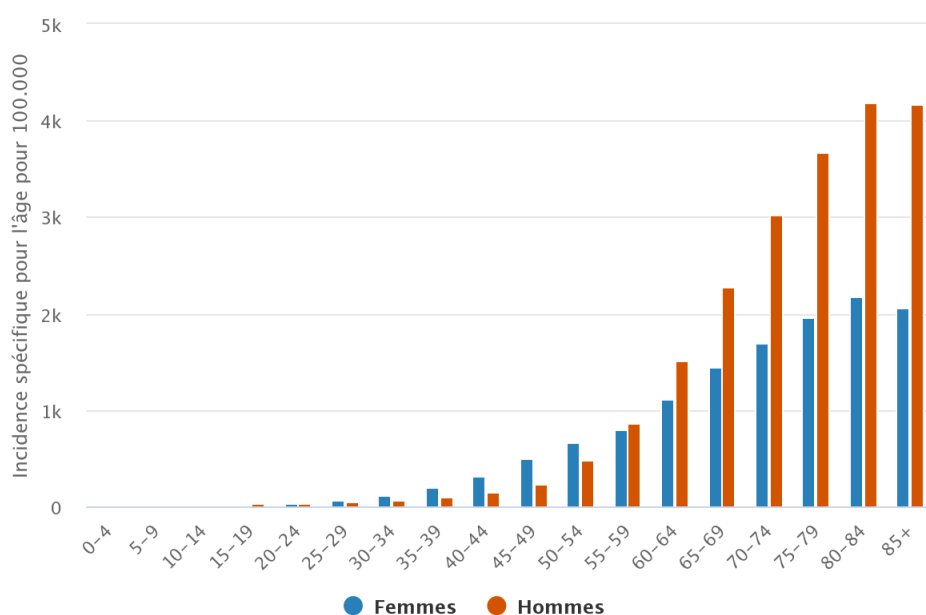


Figure 1 : Nouveaux diagnostics de cancer selon l'âge et le sexe, Belgique, 2019 (Registre belge du cancer).

En 2008, le Plan National Cancer belge a été lancé par le ministre de la Santé Publique afin d'améliorer les soins de santé en oncologie, d'un point de vue humain, sociétal et politique. Il consiste en un plan d'actions visant le soutien aux patients, les traitements et les soins. L'action n°24 vise le soutien à des projets pilotes d'oncogériatrie clinique (SPF Santé Publique, 2008) et elle a permis le développement d'un programme structuré d'oncogériatrie reconnu par le

plan cancer dans une vingtaine d'hôpitaux de Belgique (CHIREC, 2014 ; CHU Liège, s.d.). Le plan cancer de 2012-2015 vise la poursuite de cette action, dans l'objectif d'organiser et améliorer les soins aux personnes âgées atteintes de cancer en optimisant la collaboration entre le programme de soins en oncologie et le programme de soins en gériatrie (Moor, 2017).

Selon VanderWalde et Williams (2020), de nombreux pays dans le monde font face à une nouvelle réalité : parmi les personnes diagnostiquées avec un cancer aujourd'hui, la majorité est âgée de 65 ans et plus. Cette réalité engendre des défis pour nos systèmes de soins de santé et nécessite une attention particulière. Un enjeu majeur est l'existence de disparités en santé entre les patients adultes atteints d'un cancer et leurs homologues plus âgés et le risque que ces disparités augmentent (Kanesvaran et Al., 2020).

b. Concepts

Définition

Afin d'élaborer les définitions des concepts fondamentaux de ce travail, les mots-clés recherchés sur les bases de données Embase, PubMed, ScienceDirect, Cinahl Complete et Cochrane Library étaient : oncology, older adults, geriatric assessment, geriatric syndrome, functional status, oncogeriatric, chronic patient, geriatric assessment, geriatric patient et cancer. Le concept de référent sera défini dans le point consacré à cette fonction. Les mots clés recherchés pour ce terme sur les mêmes bases de données citées précédemment étaient : navigator, care coordinator, patient navigation et coordinateur de soins en oncologie.

Selon l'Institut National du Cancer (INCa), "**l'oncogériatrie** est le rapprochement de deux spécialités, la cancérologie et la gériatrie. Cette pratique vise à garantir à tout patient âgé atteint de cancer un traitement adapté à son état grâce à une approche multidisciplinaire et multiprofessionnelle". L'oncologie est "une sous-spécialité de la médecine interne qui s'occupe de l'étude des néoplasmes" (National Library of Medicine, s.d.). La gériatrie se définit comme "une branche de la médecine qui s'occupe des aspects physiologiques et pathologiques des personnes âgées, y compris les problèmes cliniques de la vieillesse et de la sénilité" (National Library of Medicine, s.d.). Aujourd'hui, l'intérêt de l'oncologie gériatrique est de permettre une offre de soins optimale aux patients âgés de plus de 65 ans atteint d'un cancer (International Society of Geriatric Oncology, 2021).

Selon Kanesvaran et Al. (2020), l'oncogériatrie est née dans les années 1980 et s'est mondialisée en 2000 avec la création de *l'International Society of Geriatric Oncology (SIOG)*. C'est donc une discipline présente dans plus de 80 pays, qui tente de mettre en place un modèle de soins incluant un gériatre ou un oncologue formé en gériatrie, en raison du manque de praticiens spécialisés dans ces disciplines. Selon Valero et Al. (2019), il existe d'ailleurs une nécessité d'optimiser le parcours de soins du patient grâce à une prise en charge globale et coordonnée entre les filières oncologique et gériatrique.

Spécificités

Les patients oncogériatriques nécessitent une attention particulière également en raison de leur risque de développer un **syndrome gériatrique**. Les quatre principaux facteurs prédisposant au syndrome gériatrique sont un âge avancé, une déficience cognitive de base, une déficience fonctionnelle et sensorielle de base et une mobilité réduite. Les syndromes gériatriques comprennent généralement la fragilité, la sarcopénie, la perte de poids, le délirium, la dépression, la démence, l'incontinence urinaire, les problèmes oraux, la malnutrition, l'ulcère de stress, la dysfonction sexuelle et la perte de vue. Ces problèmes conduisent souvent à une augmentation du risque de chutes, d'hospitalisation, de développer des handicaps et une augmentation de la mortalité (Tai et Al., 2021).

Ensuite, la **fragilité** est décrite comme le résultat du vieillissement de multiples systèmes organiques cumulés, ne pouvant pas toujours être rétablis (Hamaker et Al., 2018). Elle influence le déclin fonctionnel, notamment en accélérant un déclin physique associé à des comorbidités chez les personnes âgées atteintes d'un cancer (Morgan et Tarbi, 2016). Le processus de fragilité serait prédictif d'événements indésirables chez les patients plus âgés et il est difficilement réversible (Hamaker et Al., 2018). Il existe de nombreux modèles de soins, conçus pour prendre en charge la fragilité. Ils peuvent permettre notamment la mise en œuvre d'interventions infirmières pour lutter contre les comorbidités de la fragilité (Morgan et Tarbi, 2016).

Selon Nightingale et Al. (2020) et Morgan et Tarbi (2016), les personnes âgées qui souffrent de comorbidités ou de fragilité risquent d'avoir plus d'effets indésirables des traitements, telle qu'une toxicité élevée, que des patients plus jeunes. Le fonctionnement biologique du cancer est un facteur de fragilité chez une personne âgée et les chimiothérapies augmentent le risque de syndrome gériatrique, tel que le déclin fonctionnel. Par conséquent, il est fréquent que des patients âgés choisissent d'accorder plus d'importance à leur qualité de

vie, notamment par le maintien de leur autonomie, qu'à leur survie. Il est important de prendre en considération cette dimension lors de décisions thérapeutiques auprès des patients. Notons que les syndromes gériatriques peuvent entraîner l'échec du traitement, une progression de la maladie, un potentiel déclin supplémentaire et une survie plus courte. On constate que ceci favorise une transition vers des niveaux de soins plus élevés, une institutionnalisation et une utilisation accrue des services de santé.

Enfin, il est important de mentionner que ces patients ont un statut de **malade chronique**. Le cancer est une pathologie qui nécessite une prise en charge sur une longue durée. Goldwasser (2017) explique que le progrès médical en oncologie se caractérise surtout par l'apparition du statut chronique de la maladie cancéreuse que par l'augmentation des personnes guéries. Des traitements qui sont efficaces, partiellement ou de façon temporaire, peuvent conduire à un allongement de la durée de vie des patients atteints d'un cancer. Il faut savoir que les personnes qui vivent aujourd'hui avec un cancer chronique, de stade avancé, ont des besoins uniques, en termes de qualité de vie et d'autonomie (Dolgo et Al., 2021).

Défis

Il existe de nombreux défis pour la prise en charge du patient âgé atteint d'un cancer. D'une part, certains résultent de l'organisation des soins et du système. D'autre part, certains sont associés à la clinique complexe du profil oncogériatrique du patient.

Premièrement, l'oncogériatrie est un domaine très dépendant des ressources, tout comme les autres spécialités médicales, et l'une des ressources clés qui est globalement en pénurie est le personnel compétent. Il existe malheureusement des disparités entre les différents pays du monde quant à l'accès aux soins oncogériatriques. Ceci est notamment dû au manque d'équipes pluridisciplinaires dans les pays à faibles et moyens revenus ou encore à la proportion élevée de la population que représentent les personnes âgées dans les pays à revenus élevés (Kanesvaran et Al., 2020). De plus, le personnel formé dénonce souvent le manque de temps pour rencontrer et évaluer les besoins des patients âgés en oncologie. Enfin, la difficulté d'accès aux services pour les personnes âgées, mais aussi aux traitements pour des raisons financières ou de distances à parcourir demeure un défi à la qualité de soins en oncogériatrie (Puts et Al., 2021).

Ces obstacles liés aux ressources montrent que le système n'est pas assez axé sur les besoins spécifiques des personnes âgées. Il existe également un manque de politiques et de recherches cliniques pour ces patients (Puts et Al., 2021). Effectivement, les personnes âgées sont sous-représentées dans les essais cliniques standards alors qu'il existe un besoin réel d'essais contrôlés randomisés, notamment pour démontrer les effets d'interventions médicamenteuses qui pourraient préserver, inverser ou retarder les fragilités chez les personnes âgées atteintes de cancer (Nightingale et Al., 2020). Les besoins cliniques des patients âgés atteints de cancer peuvent rendre les traitements standards difficiles à administrer et les médecins doivent souvent prendre des décisions sans disposer des données appropriées. Cela peut conduire au sous-traitement ou au surtraitement des patients âgés en oncologie (Puts et Al., 2021).

Ensuite, d'autres défis liés à la clinique résultent de la complexité de l'interface biologique entre le cancer et le vieillissement (Morgan et Tarbi, 2016). En effet, les défis liés au processus de vieillissement des patients, tels que la gestion des comorbidités, les problèmes cognitifs, le manque de soutien social, le ralentissement du traitement de l'information ou encore les changements dans la fonction sensorielle représentent des obstacles sur lesquels il serait intéressant de se pencher afin d'optimiser la prise en charge de ces patients (Puts et Al., 2021). Pour la prise de chimiothérapie orale, cela peut engendrer une incapacité à comprendre les effets secondaires potentiels. Les comorbidités présentes chez les patients âgés les exposent au risque de polymédication et de l'impact de cette complication sur la déficience fonctionnelle (Nightingale et Al., 2020).

En outre, la majorité des prestataires de soins en oncologie n'a pas reçu de formation en gériatrie et ce manque de connaissances est probablement encore plus prononcé en radio-oncologie. Ceci s'explique par une formation en médecine interne limitée et donc une expérience moindre dans la prise en charge des besoins médicaux des personnes âgées. Le manque de formation par exemple sur la manière de prendre en charge les syndromes/défis gériatriques peut amener les cliniciens notamment à ne pas considérer un traitement curatif à des patients âgés éligibles. Par ailleurs, les praticiens suggèrent parfois une thérapie agressive sur des patients incapables de la tolérer, ce qui peut conduire à une charge de toxicité accrue et les conséquences qu'elle implique (VanderWalde et Williams, 2020).

Il existe aussi un manque de collaboration entre les équipes de gériatrie et d'oncologie. De manière générale, il y a un manque de sensibilisation aux besoins des personnes âgées atteintes d'un cancer et donc à la nécessité d'un dépistage et d'une évaluation, appropriés au plan de soins. Notamment, les professionnels de la santé qui ne pratiquent pas dans ce domaine reflètent un manque de soutien et de considération, à l'égard de l'oncologie gériatrique (Puts et Al., 2021).

Goldwasser (2017) souligne aussi la problématique de l'augmentation des maladies chroniques, y compris le cancer, qui remet en cause l'équilibre entre demande et offre de soins. En effet, la chronicité du cancer induit un accroissement régulier des besoins médicaux alors que les effectifs de soignants ne suivent pas cette augmentation de la demande.

c. Évaluation gériatrique en oncologie

Les patients oncogériatriques représentent donc une population à risque, souvent en perte d'autonomie, qui a besoin d'une prise en charge spécialisée et adaptée à ses besoins.

Dans le monde entier les institutions de soins en oncologie utilisent de plus en plus l'**évaluation gériatrique** pour établir des approches thérapeutiques améliorant la prise en charge et les pratiques de soins. Celle-ci a montré ses bénéfices quant à la prise de décision en matière de traitement, mais aussi des résultats en matière de qualité de vie et de diminution des toxicités de la chimiothérapie chez les patients atteints d'un cancer (VanderWalde et Williams, 2020). Cela souligne le potentiel de retarder la dépendance aux soins et la détérioration de l'état de santé grâce à des décisions basées sur une évaluation gériatrique. Cependant, il semble moins réalisable de réduire la prévalence de la fragilité (Hamaker et Al., 2018). Notons également qu'une évaluation gériatrique dans la prise en charge oncologique peut permettre de réduire des hospitalisations non planifiées. Une hospitalisation présente un risque élevé chez un patient avec des fragilités en oncologie. Il sera donc pertinent d'identifier les facteurs de risques potentiels pour éviter ce passage par l'hôpital et garantir une meilleure qualité de soins au travers d'interventions et d'un suivi spécifique, chez les patients âgés atteints d'un cancer (Lodewijckx et Al., 2021). Cette évaluation sera développée dans le chapitre suivant, abordant le parcours de soins du patient âgé atteint d'un cancer.

2. Parcours de soins en oncogériatrie

Un état des lieux a maintenant été établi, décrivant les enjeux liés à la population âgée de plus de 65 ans atteinte d'un cancer et le rôle qu'ils jouent au sein de la santé publique aujourd'hui. Ce deuxième chapitre va s'intéresser à leur prise en charge dans notre système de soins.

a. Offre de soins en milieu hospitalier

Dans les hôpitaux belges, les soins aux personnes âgées atteintes de cancer se sont développés au travers de différents services. En effet, nous avons vu que le Plan National Cancer belge soutient des appels à projets en oncogériatrie depuis 2008. Ceci a lancé de nombreuses initiatives parmi les grands hôpitaux de Belgique, favorisant l'échange d'informations entre les prestataires (notamment entre l'hôpital et le domicile), en tenant compte de l'ensemble des besoins des patients et au travers d'un parcours de soins structuré (Valero et Al., 2019).

Lorsqu'un patient âgé arrive à l'hôpital pour une suspicion de pathologie cancéreuse, que ce soit par le biais des urgences ou par recommandation de son médecin traitant, la première étape sera de réaliser un bilan complet afin d'établir un diagnostic précis. C'est sur base de ce bilan et du projet de vie du patient que l'équipe multidisciplinaire impliquée va ensuite décider d'une ligne directrice de traitement, au cours d'une concertation multidisciplinaire en oncologie (CMO). Le parcours de soins du patient peut alors énormément varier en fonction de son état clinique, de ses capacités cognitives et fonctionnelles, de son projet de vie, de la phase de la maladie et des traitements. Les hôpitaux qui ont mené les projets pilotes en oncogériatrie (Erasme, UZ Gent, AZ Sint Jan, CHU UCL Namur Site Godinne, Clinique Sud Luxembourg, AZ Sint Maarten, CHU Charleroi, AZ Sint Blasius, UZ Leuven, Maria Hospital North Limburg Overpelt, Clinique Saint-Jean, CHR Verviers, Institut Bordet, CHR Mons site de Warquignies, CHR Citadelle, UCL Saint-Luc, Chirec) avaient pour objectif commun "d'organiser et améliorer les soins aux personnes âgées atteintes de cancer en optimisant la collaboration entre le programme de soins en oncologie et le programme de soins en gériatrie" (Moor, 2015).

b. Étapes de la prise en charge

Le parcours de soins d'une personne âgée ou adulte atteinte d'un cancer sera principalement composé des mêmes étapes consécutives.



Figure 2 : étapes de la prise en charge.

Pris en charge par un spécialiste d'organe recommandé par son médecin traitant ou par un médecin aux urgences, le patient va d'abord réaliser une série d'examens nécessaires au diagnostic. Il va réaliser une biopsie de la lésion suspecte qui permettra de déterminer l'étendue et la nature de celle-ci. Un bilan d'extension sera ensuite effectué afin de déterminer le stade (Tumeur, Ganglions ou Métastases) de la lésion, souvent par un bilan d'imagerie (Pennetier et Al., 2018).

Une fois le diagnostic établi, les différents prestataires spécialistes impliqués dans le parcours oncologique vont se réunir en Concertation Oncologique Multidisciplinaire pour décider de la stratégie thérapeutique la plus adéquate à proposer au patient. Par la suite, un dispositif d'annonce de diagnostic va se mettre en place. Au cours d'une consultation de longue durée, le médecin va donner des explications au patient concernant le diagnostic, les examens complémentaires proposés ainsi que les perspectives de traitement possibles. Notons que l'annonce diagnostique et l'annonce thérapeutique requièrent deux consultations médicales distinctes. Le diagnostic est annoncé par le spécialiste d'organe qui va orienter le patient vers un oncologue ou un radiothérapeute. C'est un de ces médecins qui l'informera sur les traitements potentiels et le protocole de soins (Pennetier et Al., 2018). Toutes ces données sont consignées dans le dossier médical informatisé du patient (histoire personnelle et familiale ; anamnèse ; examen physique complet ; stadification TNM ; plan de traitement suivant les directives ; consultation oncologique multidisciplinaire : date et conclusion). Le spécialiste responsable du patient doit lui communiquer la stratégie thérapeutique, ainsi qu'à sa famille et à son médecin généraliste. En impliquant le patient, il va favoriser son autonomie (KCE, 2006).

Ces premières étapes du parcours de soins se font à l'hôpital mais le patient rentre à domicile entre les examens et les consultations. Elles peuvent s'étendre sur une durée allant d'une à plusieurs semaines. Une fois que le traitement commence, le rythme de vie du patient peut être impacté différemment selon l'approche thérapeutique. Si celle-ci est d'abord chirurgicale, le patient se fait hospitaliser pour son opération et puis en fonction de sa maladie pourra bénéficier de chimiothérapie ou de radiothérapie par après.

Dans certains cas, le patient aura d'abord un traitement par chimiothérapie et/ou radiothérapie en ambulatoire à l'hôpital et une chirurgie par après (ou pas). Alors que les traitements administrés par voie parentérale nécessitent une prise en charge hospitalière (cures de chimiothérapie), les thérapies per os peuvent être suivies à domicile (Pennetier et Al., 2018). La phase de traitement peut durer quelques mois voire quelques années.

c. Dépistage et évaluation gériatrique globale en oncologie

Pour la prise en charge optimale du patient âgé en oncologie, d'importantes avancées ont été réalisées dans la prise en charge multidisciplinaire des patients âgés atteints de cancer en Belgique. L'une de ces contributions est l'introduction de **l'évaluation gériatrique** dans la pratique quotidienne de l'oncologie (Kenis et Al., 2018).

Les gériatres ont un rôle à jouer quant à la réalisation d'évaluations gériatriques et l'élaboration de plans de gestion avec tous les problèmes gériatriques identifiés. Par ailleurs, les problèmes gériatriques nécessitent des interventions entreprises par toute l'équipe interprofessionnelle (Puts et Al., 2018).

L'évaluation gériatrique fait partie d'une évaluation standardisée qui est la base essentielle de la médecine gériatrique moderne et qui comprend cinq étapes consécutives :

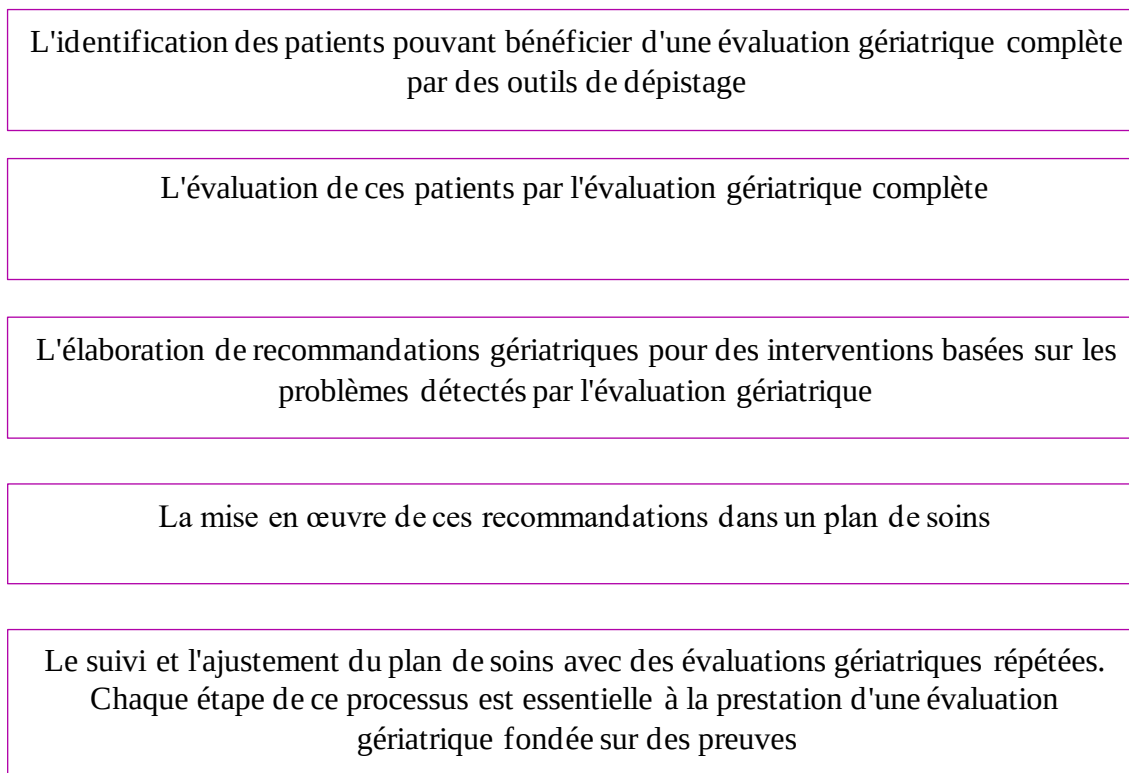


Figure 3 : étapes de l'évaluation gériatrique complète.

Une évaluation gériatrique complète couvre les domaines suivants : le statut fonctionnel, les comorbidités, les capacités cognitives, l'état de santé mentale, la fatigue, le statut social, le soutien social et la nutrition (Thibaud et Al., 2022).

Cependant, l'efficacité du dépistage gériatrique et de l'évaluation gériatrique en soi sera limitée si l'évaluation n'est pas suivie de recommandations gériatriques, de la mise en œuvre de celles-ci et d'un suivi. Les recommandations doivent être adaptées aux problèmes gériatriques détectés, qui peuvent affecter plusieurs aspects de l'état du patient (par exemple le statut fonctionnel, l'état nutritionnel) tels que révélés par l'évaluation gériatrique. Ils font partie de la prise en charge globale du patient âgé et d'un plan de soins personnalisé visant à maintenir le statut fonctionnel, la qualité de vie et la survie globale (Kenis et Al., 2018).

En oncologie, l'évaluation gériatrique globale permet de distinguer les patients aptes, vulnérables et fragiles. Cette approche permet aux oncologues d'adapter les plans de traitement et elle est complémentaire aux perspectives des gériatres (Thibault et Al., 2022). En effet, après une évaluation gériatrique, le plan de traitement oncologique a tendance à s'orienter vers une option de traitement moins intensive pour une minorité des patients, tandis que pour la majorité, des interventions non oncologiques seront plutôt recommandées. Ces dernières concernent notamment des problèmes sociaux, l'état nutritionnel et la polymédication. Hamaker et Al. (2018) expliquent aussi qu'il existe un impact positif pour le patient à réaliser cette évaluation sur l'achèvement du traitement et sur la toxicité et les complications liées à celui-ci.

Pour la discipline oncogériatrique, le rôle des infirmières en oncologie gériatrique est déterminant pour faciliter cette évaluation gériatrique complète mais pas uniquement. Elles permettent aussi d'offrir des soins coordonnés et centrés sur le patient, en assurant la mise en œuvre du plan de soins en collaboration avec les gériatres et les oncologues. Elles occupent aussi une place importante pour l'accompagnement du patient dans la gestion des effets secondaires des traitements (Puts et Al., 2018).

Les domaines de l'évaluation gériatrique complète les plus pertinents à évaluer en oncologie sont : le statut fonctionnel, les comorbidités, la fonction cognitive, l'état psychologique, le fonctionnement et le soutien social, l'état nutritionnel et la polymédication (Kapoor et Arora, 2022). En effet, ces domaines peuvent être prédicteurs de complications liées au traitement en oncologie (Bruijnen et Al., 2019).

Le tableau ci-dessous reprend et synthétise ces domaines de l'évaluation (Kapoor et Arora, 2022).

Composante évaluée	Méthode d'évaluation	Impact de l'évaluation
Statut fonctionnel	• Mesure des activités de la vie quotidienne et activités instrumentales de la vie quotidienne • ECOG-PS (Eastern Cooperative Oncology Group Performance Status) • Le KPS (Karnofsky Performance Status).	• Analyse de l'autonomie des patients (AVQ et AiVQ) • Oriente les décisions thérapeutiques en oncologie • Ajustement du retour à domicile après une hospitalisation • Suivi des progrès des patients • Identification des besoins d'interventions multidisciplinaires
Mobilité	• <i>Timed Up and Go test</i> (TUG) • Vitesse de marche • <i>Short Physical Performance Battery</i> (SPPB)	• Risque de chute accru par la maladie et les traitements • Mise en place d'interventions multidisciplinaires pour un résultat positif
Etat cognitif	• Mini-Cog • Mini-Mental State Examination (MMSE) • Test d'orientation-mémoire-concentration (BOMC) • Évaluation cognitive de Montréal (MoCA)	• Chez les personnes âgées, le statut cognitif inversement associé à la mortalité cardiovasculaire, à la mortalité globale et à la mortalité par cancer ; • La fonction cognitive est prédictive de la non-compliance aux médicaments, quel que soit le schéma ou le diagnostic ; • L'état cognitif avant traitement est associé à un déclin notable des capacités cognitives après exposition à la chimiothérapie ; • Interventions : consulter un praticien expérimenté en déclin cognitif, procéder à un diagnostic au travers d'une évaluation approfondie, informer et conseiller les patients sur les effets potentiels des traitements sur la fonction cognitive
Nutrition	• L'indice de masse corporelle ; • La perte de poids ; • Le Mini Nutritional Assessment ;	• Effets indésirables du traitement anticancéreux : nausées et vomissements. • Surveillance étroite des interventions chirurgicales avec une stomie, une duodénectomie ou une gastrectomie.

	Le Malnutrition Universal Screening Tool (MUST).	Interventions multidisciplinaires : gériatre, oncologue gériatre et/ou diététicien ; recommandations diététiques, suppléments nutritionnels, soins bucco-dentaires et projets de prothèses dentaires, kinésithérapie l'ergothérapie pour les problèmes liés à l'alimentation et stimulation de l'appétit
Comorbidités	- Indice de comorbidité de Charlson (CCI) ; - Échelle d'évaluation de l'indice cumulatif (CIRS) ; - Évaluation de la comorbidité chez les adultes - 27 (ACE-27).	- Orientation de la décision thérapeutique ; - Viser la diminution de ces comorbidités médicales autant que possible : expertise gériatrique ou oncogériatrique
Polymédication	- Critères de Beers ; - Indice d'adéquation des médicaments (IAM) ; - Critères STOPP/START : outil de dépistage des prescriptions potentiellement inappropriées pour les personnes âgées/ Outil de dépistage pour informer sur le bon traitement	- Réduction des chutes, de la fragilité, des recours aux soins de santé, des complications postopératoires, des toxicités de la chimiothérapie et du taux de mortalité - Interventions pour prévenir la polymédication : revoir la prescription des médicaments, évaluer l'adhésion, évaluation des interactions médicamenteuses, réduire la prescription systématique en collaborant avec un pharmacien.
Etat psychologique	- L'échelle de dépression gériatrique - Inventaire de la santé mentale - Thermomètre de la détresse - Échelle de dépression gériatrique-4 (GDS-4) - Questionnaire de santé du patient-2 (PHQ-2)	- Syndrome très fréquent en oncogériatrie - Interventions pour prendre en charge la dépression : thérapie cognitivo-comportementale, approches non-pharmacologiques (méditation), antidépresseurs, orientation vers un psychiatre gériatrique

Statut Fonctionnel

Le statut fonctionnel est un élément crucial de l'évaluation gériatrique complète qui est largement utilisé pour analyser l'autonomie et guider les décisions thérapeutiques en oncologie (Couderc et Al., 2019). Il est essentiel de mesurer l'état fonctionnel de base du patient afin de fixer les attentes et les objectifs thérapeutiques en oncologie, car les personnes âgées souffrant d'un cancer présentent fréquemment des déficits fonctionnels dans leurs AVQ (activité de la vie quotidienne) ainsi que dans leurs AIVQ (activités instrumentales de la vie quotidienne) après leur traitement (Nightingale et Al. 2020). Ces changements fonctionnels devront être interprétés dans le contexte des besoins et objectifs des personnes âgées plutôt qu'en fonction de leurs comorbidités. En effet, un déclin fonctionnel peut également refléter un soutien social inadéquat. Afin d'ajuster le retour à domicile après une hospitalisation, mais aussi de suivre les progrès des patients, il sera donc nécessaire de surveiller les capacités fonctionnelles chez ces patients chroniques (Nightingale et Al., 2020)

Afin de mesurer l'impact général du cancer sur les patients, l'outil de choix est souvent l'ECOG-PS (Eastern Cooperative Oncology Group Performance Status), qui est l'indice de performance de l'OMS pour la dépendance fonctionnelle. Il classe les patients selon leur niveau d'activité, leur capacité à réaliser leurs soins eux-mêmes et leur capacité à travailler. Notons qu'un autre indicateur global de performance utilisé par les oncologues est le KPS (Karnofsky Performance Status) (Couderc et Al., 2019).

En outre, rappelons que le statut fonctionnel de base du patient peut avoir des retentissements sur la toxicité des traitements (Nightingale et Al. 2020). Des outils permettent d'évaluer ces retentissements, notamment *l'échelle d'évaluation des risques de chimiothérapie pour les patients âgés* (CRASH) (voir annexes) et le *calculateur de toxicité du Cancer and Aging Research Group* (CARG). Le premier a montré que des déficits dans les AIVQ prédisent le risque de toxicité hématologique et non hématologique et le second que des limitations à la marche et des chutes au cours des 6 derniers mois prédisent le risque de toxicité élevée des chimiothérapies (Zhang et Al., 2019).

La prise en charge de ce déclin implique une grande collaboration multidisciplinaire. Les différentes informations récoltées lors de l'évaluation vont permettre de guider les médecins pour la prise de décision thérapeutique mais aussi déterminer si le patient aura un besoin spécifique pour l'intervention d'un autre professionnel de l'équipe. Le kinésithérapeute et l'ergothérapeute permettent une évaluation approfondie des fonctions du patient dans la

réalisation de ses AVQ et AiVQ, dans son implication dans sa vie et ses rôles sociaux (Nightingale et Al. 2020). Les ergothérapeutes peuvent adapter les facteurs environnementaux de manière à promouvoir l'indépendance fonctionnelle du patient. Leurs interventions peuvent être bénéfiques tout au long de sa maladie. Les kinésithérapeutes vont évaluer les capacités physiques et déterminer les mobilisations qui seront utiles. Pour cela, ils vont se concentrer sur le fonctionnement du corps et sa structure, ce qui permettra aussi d'évaluer et traiter un déficit sous-jacent potentiel (Nightingale et Al. 2020). Le personnel infirmier jouera un rôle central car il recueille et synthétise les informations grâce aux différents outils. Il facilite aussi la coordination des soins en travaillant avec toute l'équipe, afin de mettre en œuvre des recommandations qui auront un impact sur les soins et les traitements, en tenant compte de l'état fonctionnel (Nightingale et Al. 2020).

Mobilité et risque de chutes

Il est très important de considérer le **risque de chutes** en oncogériatrie. Selon Sattar, et al (2021), les chutes peuvent résulter des effets de la maladie et des traitements. En effet, ceux-ci peuvent entraîner notamment des neuropathies périphériques, de la fatigue, de la déshydratation, des étourdissements et de l'ostéoporose, tous facteurs de risque de chute. Les conséquences des chutes (blessures, fractures, retard ou abandon des traitements) indiquent l'importance de dépister ce risque de façon proactive chez les patients à domicile.

En oncologie, les infirmiers ont une place privilégiée pour dépister les patients à risque de chutes et qui devraient bénéficier d'une évaluation plus approfondie, d'interventions personnalisées ou être renvoyé vers un spécialiste. Cependant, il existe des obstacles à ce dépistage et cette évaluation, tels que l'organisation de la structure de soins où ils travaillent, les attitudes et les connaissances des soignants. C'est pourquoi Sattar et Al. expliquent que cette évaluation du risque de chutes aura plus de valeur si elle est accompagnée d'interventions appropriées. Celles-ci devraient comprendre des questions sur les circonstances de chutes précédentes, mais aussi un passage en revue des médicaments. En fonction des structures de soins et des procédures appliquées dans celles-ci, ce sera parfois le rôle des médecins de mettre le patient en contact avec des spécialistes de l'exercice, des cliniques d'activités physiques ou spécialisées dans les chutes. Notons que les kinésithérapeutes et ergothérapeutes jouent également un rôle dans la prévention de chutes.

Etat cognitif

L'évaluation de l'état cognitif chez les personnes âgées est essentielle car le statut cognitif est inversement associé à la mortalité cardiovasculaire, à la mortalité globale et à la mortalité par cancer. Il est également prédictif de la non-compliance aux médicaments, quel que soit le schéma ou le diagnostic. En outre, la chimiothérapie peut avoir un réel impact négatif sur l'état cognitif des patients qui reçoivent ce traitement alors que leur fonction cognitive est plus faible. Des interventions qui peuvent avoir un impact positif sur l'état cognitif en cas de détection de problème sont : consulter un praticien expérimenté en déclin cognitif, procéder à un diagnostic au travers d'une évaluation approfondie, informer et conseiller les patients sur les effets potentiels des traitements sur la fonction cognitive (Kapoor et Arora, 2022).

Nutrition

En ce qui concerne l'évaluation nutritionnelle, les indicateurs les plus couramment utilisés sont l'indice de masse corporelle, la perte de poids et le Mini Nutritional Assessment. Une évaluation gériatrique complète doit être réalisée chez les patients dont le dépistage de la malnutrition est positif afin de détecter et de traiter les facteurs contribuant à la malnutrition, tels que la déficience fonctionnelle, l'état cognitif et les médicaments. En outre, les effets indésirables du traitement anticancéreux, tels que les nausées et les vomissements, doivent être pris en compte. Il convient de surveiller étroitement les personnes âgées qui ont subi une intervention chirurgicale avec une stomie, une duodénectomie ou une gastrectomie, car elles présentent un risque plus élevé de complications telles que la déshydratation ou l'insuffisance pancréatique. Il faudra envisager une approche multidisciplinaire faisant appel aux services d'un gériatre, d'un oncologue gériatre et/ou d'un diététicien (Kapoor et Arora, 2022). A cela s'ajoute d'autres interventions nutritionnelles telles que des recommandations diététiques, mais aussi l'utilisation de suppléments nutritionnels, la mise en place des soins bucco-dentaires et éventuellement les projets de prothèses dentaires, la kinésithérapie ou l'ergothérapie pour les problèmes liés à l'alimentation et la stimulation de l'appétit (Thibaud et Al., 2022).

Comorbidités

Ce domaine de l'évaluation est important en oncogériatrie car les effets des comorbidités et l'espérance de vie des patients permettent d'orienter la décision thérapeutique. Les interventions multidisciplinaires doivent impliquer la diminution de ces comorbidités médicales autant que possible. L'expertise d'un gériatre ou d'un oncologue gériatre peut faciliter cette démarche (Kapoor et Arora, 2022).

Polymédication

La polymédication se caractérise soit par l'utilisation de 5 médicaments ou plus soit la prise de médicaments potentiellement inappropriés (PIM), ce qui peut augmenter le risque de réactions indésirables aux médicaments. En oncologie gériatrique, ceci est particulièrement préoccupant chez les patients répondant déjà aux critères de polymédication avant le début du traitement et qui vont recevoir de multiples médicaments pour les symptômes liés au cancer et les effets secondaires de la chimiothérapie. Pour ces patients, la polymédication a été associée aux chutes, à la fragilité, à la consommation de soins, aux complications postopératoires, aux toxicités de la chimiothérapie et à une augmentation de la mortalité. Elle peut également être utilisée comme un facteur pronostique défavorable pour les patients sous polymédication (Kapoor et Arora, 2022).

Etat psychologique

Il est fréquent que les patients âgés atteints de cancer souffrent de dépression. Celle-ci est associée aux résultats de l'évaluation gériatrique, notamment au déclin fonctionnel, aux troubles cognitifs, à la polymédication et à la comorbidité. En outre, elle peut se présenter différemment chez les adultes âgés et chez les adultes plus jeunes. En effet, les personnes âgées déprimées peuvent présenter une vitesse de réflexion plus lente, un dysfonctionnement exécutif, une mauvaise mémoire, des troubles du sommeil et un retard psychomoteur (Kapoor et Arora, 2022).

3. Le référent de soins

Les chapitres précédents ont montré la pertinence de penser la fonction de référent en oncogériatrie en milieu hospitalier. En effet, au vu du nombre d'épisodes de soins à l'hôpital ainsi que le nombre d'intervenants impliqués dans la prise en charge du patient, il existe un besoin d'avoir un soignant de référence pour améliorer son parcours de soins.

Mais avant tout, une meilleure communication entre les prestataires de soins devrait être mise en place ainsi qu'une clarification des rôles parmi les soignants multidisciplinaires. Notamment, la collaboration entre les médecins traitants et oncologues et le manque de communication peuvent avoir un impact significatif sur la coordination des soins autour du patient. Certains patients n'ont parfois pas de médecin généraliste ou ne leur font pas confiance, ne laissant d'autre choix à l'oncologue que d'assumer ce rôle (Puts et Al., 2018).

a. Définition élargie

La fonction du référent de soins est un concept en émergence depuis quelques années dans nos systèmes de soins de santé. En Belgique, nous partons du principe que la **fonction de référent au long cours** doit être jouée par des acteurs des soins proches des personnes, là où elles vivent. Ces acteurs sont des **prestataires de 1^{ère} ligne ou des prestataires de soins primaires**. Dans certaines situations, il n'est pas possible pour le soignant d'assurer l'ensemble de ses fonctions comme prestataire de soins primaires et de jouer le rôle du référent. Il devient alors nécessaire de faire appel à d'autres acteurs de terrain qui vont temporairement aider les prestataires de 1^{ère} ligne dans cette fonction. Dans une revue de littérature réalisée en 2018 par Carter, Valaitis, Lam, Feather, Nicholl et Cleghorn, le référent de soins peut avoir de nombreuses appellations différentes, telles que "agent de santé communautaire", "liaison de santé communautaire" ou "conseiller en santé communautaire", "navigateur patient" ou "navigateur", "gestionnaire de cas", "promoteurs", "infirmière de soins guidés", "défenseur de la santé non professionnel", "coordinateur de programme" et "infirmière spécialisée".

Nous identifions les missions du référent de soins comme étant les suivantes (Macq, 2021) :

- Identifier les objectifs de vie de la personne : encourage le patient à rendre explicite son point de vue (et ses objectifs).
- Renforcer les ressources et l'autonomie de cette personne : éduque le patient (compétences pédagogiques requises), encourage l'adhésion au traitement, inclut dans le plan de soins et d'aide des éléments de renforcement des compétences du patient.
- Faire le pont entre la personne et les prestataires de soins : il définit les buts à atteindre, planifie le processus de soins (formalisé ou non), monitore l'atteinte des buts, puis développe des nouveaux buts sur base de l'implémentation du plan ; trouve, recherche, fait le lien pas seulement avec des prestataires formels mais aussi avec les aidants proches et les ressources communautaires.
- Aider la personne à naviguer dans le système de soins et d'aide : il explique le plan, donne un support technique, aide à la prise de rendez-vous, identifie et communique autour des difficultés et enjeux dans la prise en charge, aide à identifier les options pour plus de support et les prioriser.
- Assurer un support émotionnel et une continuité relationnelle : il apporte un soutien adapté aux besoins du patient grâce aux connaissances qu'il a sur lui et la confiance qui existe.

Ces missions sont pertinentes pour l'accompagnement d'un patient âgé atteint d'un cancer, en regard des besoins spécifiques à cette population identifiés dans les premiers chapitres. En effet, les patients oncogériatriques présentent de nombreuses fragilités, mais leur parcours de soins complexe nécessite l'aide professionnelle d'une personne de référence pour coordonner ce parcours.

Nous l'avons vu, les médecins traitants en première ligne n'ont pas les ressources pour assumer ce rôle de référent durant le parcours de soins oncologiques. Il existe différentes stratégies qui permettent le renforcement de prestataires de 1^{ère} ligne dans la **fonction de référent** (Macq, 2021). En milieu hospitalier, on constate que certains soignants interviennent dans le parcours de soins du patient lorsque celui-ci nécessite une expertise pour des activités spécifiques. L'intervention d'un coordinateur de soins et d'aide permet d'assurer la continuité des soins en prenant la place du soignant au long cours, pour une activité de soins spécifique. Le rôle de celui-ci portera alors sur l'identification de prestataires dont le patient a besoin et la prise de contact avec ceux-ci, la prise de rendez-vous et l'organisation de réunions de concertation avec le patient et les prestataires (Macq, 2021).

Selon une revue de littérature réalisée par Puts et Al. (2018), le rôle du personnel infirmier gériatrique et de l'oncologue dans les soins aux personnes âgées atteintes de cancer a été décrit suivant quatre types d'interventions menées pendant le traitement. Celles-ci étaient : l'éducation du patient, la prévention, les soins de soutien et les évaluations gériatriques.

Dans certains cas, le référent de soins peut être l'infirmier coordinateur de soins en oncologie. En effet, ce coordinateur peut intervenir au cours d'un épisode de soins de durée courte à l'hôpital ou d'un épisode de soins regroupant multiples aller-retours entre le domicile et l'hôpital dans la prise en charge du cancer chez une personne âgée (Macq, 2021).

b. Coordinateur de soins en oncologie

La profession de coordinateur de soins en oncologie (CSO) existe dans le domaine de la cancérologie depuis une dizaine d'années. L'émergence de cette fonction a été permise à la suite de la mise en place du plan cancer en 2008 par le SPF santé Publique.

Description de la fonction	Fondements de son action
Dénominations multiples : Onco-coach, coordinateur de soins (en oncologie), accompagnateur de soins en oncologie, infirmier d'accompagnement ou encore case-manager (en oncologie) (Van Roof, 2013). Formation de base : souvent, infirmier spécialisé en oncologie, mais certaines autres formations de base peuvent également déboucher sur cette fonction (psychologie, sciences biomédicales) (Van Roof, 2013). Métier au cœur des relations humaines, il a le pouvoir de rassembler car il constitue le lien regroupant les différents intervenants : le patient, ses proches et tous les intervenants de l'équipe multidisciplinaire nécessaires à la prise en charge (Winston, 2013).	Missions principales du coordinateur : se concentrent sur les consultations oncologiques multidisciplinaires et la planification du parcours de soins du patient, pendant et après son cancer (Winston, 2013). Coordination entre les membres de l'équipe multidisciplinaire, les patients et leurs soignants de première ligne ; l'information et l'éducation des patients et l'optimisation du traitement (Winston, 2013). Rôle essentiel dans : le soutien émotionnel et psycho-social du patient et son entourage proche ; la surveillance des symptômes ; la gestion des événements indésirables ; la promotion de la santé et le dépistage (Kelly et Al., 2021). Le coordinateur est doté de compétences cliniques, organisationnelles et communicationnelles (Winston, 2013).

La figure ci-après représente un exemple de réseau multidisciplinaire de professionnels de la santé qui travaillent ensemble pour la prise en charge du patient atteint d'un cancer, ici un hépatocarcinome. Les différentes spécialités collaborent avec une équipe de soins plus large au sein de l'hôpital dont les paramédicaux et la pharmacie. Le réseau peut inclure également des soignants de la première ligne de soins (Kelly et Al., 2021).

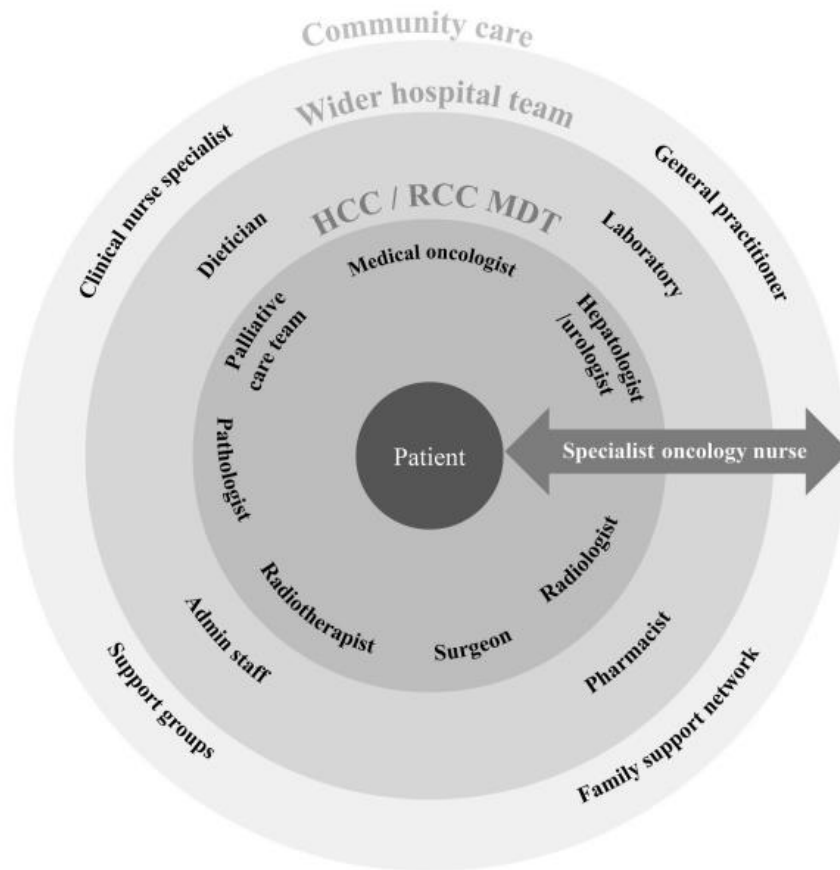


Figure 4 : le réseau d'acteurs multidisciplinaires dans la prise en charge du patient atteint d'un cancer.

En effet, une communication efficace doit s'instaurer entre le patient, les différents spécialistes, l'équipe de soins hospitalière, et les intervenants de première ligne. La prise en charge du patient en oncologie implique un travail en réseau de ces intervenants pluridisciplinaires. L'intervention d'une infirmière spécialisée en oncologie gériatrique peut permettre de surmonter différents obstacles en facilitant cette communication (Kelly et Al., 2021).

c. Compétences spécifiques en oncogériatrie

Pour la discipline oncogériatrique, le rôle des infirmières spécialisées est déterminant pour faciliter l'évaluation gériatrique complète mais aussi pour offrir des soins coordonnés et centrés sur le patient. Elles assurent effectivement la mise en œuvre du plan de soins, en collaboration avec les gériatres et les oncologues. Leur capacité à coordonner les soins entre les différents membres de l'équipe pluridisciplinaire résulte de leurs nombreux contacts avec les patients et les intervenants dans leur parcours (Puts et Al., 2021). Cette place centrale est renforcée par leur fonction de promotion et d'éducation. Elles ont pour rôle d'informer et éduquer les patients et les soignants au sujet du traitement et du plan de soins, mais aussi les autres membres de l'équipe au sujet des souhaits et des objectifs du patient. En effet, les informations que les infirmières rassemblent sur les patients et leurs aidants proches sont essentielles pour le reste de l'équipe. La communication transparente de ces informations est donc essentielle (Puts et Al., 2021). Elles occupent aussi une place importante pour l'accompagnement du patient dans la gestion des effets secondaires des traitements (Puts et Al., 2018).

Afin d'améliorer la prise en charge des personnes âgées atteintes d'un cancer, les infirmières spécialisées dans ce parcours de soins ont donc pour rôle de défendre les intérêts des patients, au travers d'une pratique proactive. En effet, une telle pratique consiste à s'assurer que l'équipe de soins complète est consciente des besoins des personnes âgées. En raison du temps que l'équipe infirmière en oncologie passe avec les personnes âgées, elle a davantage d'occasions d'interagir avec celles-ci et leur entourage, par rapport aux autres membres de l'équipe. Les infirmières devraient donc en profiter pour évaluer leurs besoins. Ensuite, comme mentionné auparavant, les infirmières en oncologie gériatrique ont un rôle quant au dépistage gériatrique et à l'évaluation gériatrique. Le fait de remplir ces outils est un élément clé de la pratique (Puts et Al., 2021).

A l'Institut Jules Bordet, une liaison oncogériatrique est mise en place pour les patients âgés atteints d'un cancer. Sur le terrain, l'infirmière de liaison assure le trajet de soins du patient. Elle réalise son suivi au travers des consultations et/ou lors des passages du patient à l'hôpital pour l'administration des traitements. En cas d'hospitalisation, la liaison oncogériatrique intervient peu, si ce n'est au début de celle-ci pour transmettre aux équipes de soins toutes les informations utiles, et lors de la sortie, pour la coordination de celle-ci. (Roos, 2014).

Partie pratique

1. Méthodologie

a. Choix du type d'étude utilisé dans ce mémoire

L'objectif de ce mémoire étant de réaliser une analyse de la situation et de trouver de possibles hypothèses/solutions à la question de recherche, j'ai décidé d'employer une méthode qualitative. En effet, la méthode qualitative en recherche permet notamment de développer des définitions conceptuelles et de décrire des attitudes, des comportements et des expériences. En développant des explications pour phénomène, des nouvelles idées et théories peuvent être générées. Cette méthode est appropriée lorsque l'on cherche à comprendre l'expérience humaine et quand le sujet de la recherche est mal défini ou peu compris (Aujoulat, 2020). Le référent de soins est une notion en émergence dans nos soins de santé belges. Cette fonction désigne une série de compétences et le rôle qu'un prestataire de soins va jouer dans la prise en charge de son patient. En milieu hospitalier, le soignant référent est souvent un infirmier coordinateur de soins. Dans les soins de première ligne, le référent peut être le médecin traitant ou un infirmier à domicile. Cette recherche a pour but d'explorer la fonction du référent de soins pour le patient âgé suivi en oncologie ou en oncogériatrie. Plus précisément, les objectifs de cette étude sont les suivants :

- Déterminer les compétences du référent de soins pour les patients âgés fragiles souffrant d'un cancer à l'hôpital ;
- Comprendre quel profil de soignant peut assumer le rôle de référent pour les patients oncogériatriques ;
- Explorer la notion de coordinateur de soins en milieu hospitalier.

Travaillant en tant qu'infirmière dans une structure hospitalière, cette méthodologie est le choix le plus judicieux dans ce contexte car elle permet une collecte de données verbales sur le terrain, auprès de professionnels de la santé au sein de mon environnement professionnel.

a. Stratégie d'échantillonnage

Afin de recruter les soignants qui allaient participer à ma recherche, j'ai contacté divers professionnels des institutions *Cliniques de l'Europe* mais aussi de l'institut *Jules Bordet*. J'ai décidé de sélectionner des infirmiers et médecins travaillant dans différents services, dans les disciplines d'oncologie et de gériatrie. Comme nous l'avons vu dans le cours de méthode qualitative de Madame Aujoulat (2021), « l'échantillon ne doit pas être statistiquement représentatif de la population et est limité en taille. » (Aujoulat, 2020). Ainsi, mon échantillon est composé de :

	Qualité	Nombre
Genre	Femmes	8
	Hommes	2
Métier	Oncologue	2
	Gériatre	1
	Oncogériatre	1
	Coordinatrice de soins en oncologie	3
	Coordinatrice de soins en oncogériatrie	1
	Infirmière chef de gériatrie	1
	Infirmière de liaison gériatrique	1

b. Dispositif de recueil d'informations

Cette étude qualitative est réalisée au moyen d'entretiens semi-dirigés avec les prestataires de soins travaillant dans les services d'oncologie ambulatoire, de gériatrie et d'hôpital de jour gériatrique. Afin de structurer les échanges, j'ai réalisé un guide d'entretien qui m'a servi de base pour réaliser mes interviews. À la suite de la revue de littérature, j'ai identifié divers éléments qui ont suscité des questionnements sur ma problématique et que je souhaitais approfondir. J'ai donc construit mon guide d'entretien avec 7 questions principales abordant ces éléments (voir annexe).

Ce guide était une base pour orienter mes entretiens, et en fonction des réponses des participants, j'ai posé des sous-questions afin de mieux comprendre le point de vue de chacun, au cours d'échanges relativement flexibles. L'avantage des entretiens « semi-directifs » est de permettre une certaine liberté de parole à celui qui est interrogé. Le guide d'entretien est simplement un moyen pour le chercheur de garantir un cadre défini et mener son interview sans trop s'éloigner du sujet principal de la recherche. Il peut donc être adapté, comme je l'ai fait avec l'ajout de sous-questions spontanées, sans que la qualité des résultats de la recherche ne soit impactée pour autant (Aujoulat, 2021). J'ai ensuite entrepris la retranscription de ces entretiens et veillé à l'anonymisation de l'interlocuteur.

c. Analyse des données

Les données qualitatives retranscrites ont ensuite été extraites à l'aide d'une grille d'analyse. En effet, ma prise de notes a été centralisée dans le logiciel NVivo afin de déterminer au travers d'un tableau de codage les divers thèmes et catégories ressortant des entretiens. Parmi les thèmes et catégories, certains étaient prédéfinis par les questions du guide d'entretien et d'autres ne l'étaient pas au départ de ce travail. Cette démarche partiellement inductive a donc permis de faire émerger ces différentes catégories de manière progressive, à travers une analyse continue de thématisation, divisée en deux fonctions (repérage¹ et documentation²) (Aujoulat, 2021).

J'ai obtenu les consentements des comités d'éthique des hôpitaux dans lesquels j'ai réalisé mes entretiens afin de pouvoir utiliser les données produites au travers de ces entretiens. En effet, les données collectées n'étant pas sensibles, les comités d'éthiques m'ont référée aux médecins chefs de service (oncologie, oncogériatrie et gériatrie) qui m'ont donné leur consentement par écrit pour traiter les résultats des entretiens semi-dirigés.

¹ Fonction de repérage : relever les thèmes pertinents en lien avec l'objectif de recherche

² Fonction de documentation : documenter l'importance de certains thèmes, relever des récurrences et regroupements.

2. Résultats

Dans cette section, je vais exposer les résultats marquants qui ressortent des entretiens semi-dirigés avec tous les soignants interrogés.

Afin de tenter de répondre à la question de recherche de ce travail, les éléments qui nous intéressent le plus sont les suivants :

- Les besoins spécifiques de la population âgée atteinte d'un cancer ;
- Le déroulement de leur parcours de soins en milieu hospitalier et l'intérêt d'un référent de soins pour faciliter ce parcours ;
- Les défis et les obstacles à une bonne prise en charge de cette patientèle chronique dont les besoins spécifiques compliquent leur parcours ;
- Les rôles spécifiques des différents soignants interrogés et les compétences nécessaires au référent de soins adéquat qui ressortent de ces entretiens.

Ces résultats seront ensuite mis en lien les uns avec les autres dans le dernier chapitre, la discussion.

a. Besoins spécifiques des patients âgés atteints d'un cancer

Besoins identifiés par la discipline oncologique

Coordinatrices de soins en oncologie	
Besoin d'une prise en charge thérapeutique du patient adaptée à ses fragilités.	<i>“Entre 75 ans ou 80 ans, il va y avoir des patients qui vont être, malgré leur âge, dans un très bon état général et qui pourront recevoir un traitement certainement qu'on aurait pu donner à un patient plus jeune... ou alors il va y avoir un patient qui fait bien son âge, ses 80 ans et on va lui donner le traitement adapté à son âge”.</i> <i>“On essaie de ne pas trop agresser les patients âgés avec des traitements trop agressifs. Mais tu as souvent des gens qui sont en bonne condition malgré leur âge, qui sont autonomes, qui ont une vie très correcte, mais malgré notre souhait d'essayer de ne pas trop influencer sur leur qualité de vie, on sait bien que ça va avoir un grand impact.”</i> Fragilités identifiées : Troubles cognitifs : <i>“Ou alors un patient de quatre-vingts ans mais qui n'est pas du tout au niveau cognitif ou pas du tout capable de recevoir un traitement ça va être plus dangereux pour lui et donc on ne va pas lui faire” ; “Ça reste des patients qui parfois comprennent vraiment, nous donne vraiment l'impression qu'ils comprennent, mais 3 jours plus tard on se rend compte que oui ils avaient compris mais ils n'ont plus rien retenu”.</i> Isolement social : <i>“Quand la personne vit seule, c'est peut-être ça le plus difficile, parce que là c'est toujours plus compliqué pour avoir des informations pour voir comment ça se passe à la maison”.</i> Déclin fonctionnel : <i>“Nous on les appelle, on les fait venir une fois toutes les X semaines, mais ça reste des patients parfois qui ont des gros soucis de mobilité aussi, donc ils ne peuvent pas se déplacer aussi facilement qu'on le voudrait... ”.</i>
Besoin d'une prise en charge à domicile adaptée.	<i>“C'est un peu l'avenir de l'oncologie, des patients qui vont être de plus en plus à domicile... donc là il faut aussi que la collaboration se fasse de plus en plus et qu'ils aient du matériel aussi pour comprendre les traitements qu'on leur fait, et réussir à les suivre”</i>

	Manque de sécurité : <i>“On a une population de plus en plus vieillissante, donc pour qui la prise en charge va être un peu différente d'un patient qui est assez jeune... donc comme vous le disiez, il faut trouver des solutions pour qu'ils puissent rester à domicile, mais rester à domicile en sécurité”</i> Polymédication : <i>“Avec les traitements qui prennent parce qu'il y a des micmacs pas possibles, et donc là il y a un truc à faire que ce soit à l'hôpital pour l'évaluation pour les traitements mais que ce soit aussi à la maison pour pouvoir continuer la prise en charge de ces patients-là”.</i>
	<i>“On a quand même des médicaments que les patients prennent à la maison en per os, et ça je trouve que ça devient compliqué et qu'il faudrait voir pour la prise en charge de ces patients-là”.</i> Absence d'un référent à domicile : <i>“Des traitements que les patients suivent à domicile, sans forcément quelqu'un qui est là pour cadrer les choses et donc ça je pense qu'il y a un gros manque là-dessus”.</i>
Besoin du maintien de la qualité de vie	<i>“Le plus important c'est que la qualité de vie reste prioritaire”.</i>
Oncologues et oncogériatre	
Besoin d'une prise en charge adaptée aux fragilités	<i>“Après l'oncogériatrie est là aussi pour nous dire “voilà, il est fragile, il faudra faire attention, on peut mettre ça en place pour éviter que”...si jamais il y a des fragilités qui s'installent, qu'il soit moins en détresse”.</i>
Besoin d'un équilibre de la balance bénéfices-risques des traitements	<i>“L'oncogériatrie, pour moi c'est surtout d'abord le moyen pour être sûr qu'on ne fera pas pire que mieux pour eux, en faisant un traitement”.</i> <i>“Parce que ça a moins de sens de continuer un traitement toxique qu'avec une patiente de 50 ans.”</i>
Besoin du maintien de la qualité de vie	<i>“La discussion sur la qualité de vie va être beaucoup plus fréquemment évoquée avec les patients gériatriques”.</i> <i>“Avec une personne âgée, à chaque consultation, même si le bilan est bon, je reconsidère quand même la question du traitement, est-ce qu'il faut toujours continuer, est-ce que vous avez encore une qualité de vie ou pas”.</i>

	Autonomie : “En oncologie normale, on passe directement à la proposition thérapeutique et on n’a pas tous ces pas à suivre parce qu’on est devant un patient qui est jeune, donc on n’a pas de question par rapport à l’autonomie, sauf si s’il a une maladie autre sévère. Et par rapport aux objectifs, il est clair pour nous que la survie c’est le plus important. Et donc il y a moins de discussion par rapport à ce qui est effets secondaires, bénéfices, qualité de vie, et buts en termes d’objectifs de vie”.
Besoin de bénéficier d’un dépistage des fragilités voire une évaluation gériatrique	Troubles cognitifs : “Quand le patient nie qu’il a des problèmes cognitifs et que ça me paraît évident, parfois c’est... on dit “voilà, ça fait partie du traitement, une journée à l’hôpital de jour” donc ça permet aussi de le faire rentrer dans le système pour qu’il y ait une prise en charge pour ses troubles cognitifs s’il ne veut pas l’admettre ou qu’il n’en est pas conscient”. Syndrome de glissement : “Si je vois qu’il y a un syndrome de glissement... je vais être plus attentive au syndrome de glissement chez un patient gériatrique ou fragile”.
Besoin de disponibilité et d’ écoute	“Il faut surtout beaucoup écouter” “Qu’on soit à l’écoute et qu’on soit là, disponibles, pour faire le nécessaire, et qu’ils se sentent vraiment entourés”.
Besoin de soutien	“le besoin d’être soutenu devant un diagnostic, d’être entouré par l’équipe qui prend en charge”
Infirmière de liaison oncogériatrique	
Besoin d’une prise en charge individuelle et personnalisée	“Tous les patients ne sont pas égaux devant l’âge et la maladie”. “Donc il faut faire une prise en charge individuelle et personnalisée et conserver une qualité de vie”. Comorbidités : “On a des patients à 70 ans qui sont complètement cassés par leur comorbidités etc, et il y en a d’autres à 86 ans qui ont toujours une activité de bénévolat”.
Besoin de maintenir la qualité de vie	“On fait tout pour que le patient garde le capital qu’il a aujourd’hui et que le traitement qui lui est proposé n’impacte pas sur la qualité de vie”. Autonomie : “Le maximum d’autonomie, de préserver ça, c’est notre Objectif”.

Besoin d'une expertise oncogériatrique	Personnel compétent : <i>“En post-op il y a des déliriums, il y a des patients déments aussi qui sont opérés ou qui ont des traitements de chimio, et donc on préfère toujours que ce soit dans une unité où le personnel est habitué”</i>
Besoin d'un dépistage des fragilités voire une évaluation gériatrique	<i>“Il y a des patients qui ont des troubles cognitifs, etc., et ils savent donner le change mais quand on fait une évaluation gériatrique, ça dure plus que 10 ou 15 minutes et donc c'est difficile à ce moment-là pour un patient de cacher les difficultés”.</i> Evaluation des <i>“aspects anxiété, dépression, thermomètre de la détresse”</i> mais aussi les capacités de la personne dans ses <i>“activités de la vie quotidienne, activités instrumentales de la vie quotidienne et le risque de chutes”</i>.

Besoins identifiés par la discipline gériatrique

Infirmière chef de gériatrie	
Besoin d'une prise en charge adaptée aux fragilités	<i>“Il faut englober ce patient parce qu'il y a cette fragilité”.</i> <i>“Se demander : est ce qu'il a encore assez les ressources en interne pour affronter ce cancer”.</i> <i>“Est-ce qu'au domicile l'infrastructure est suffisante ou pas”.</i> <i>“En tant qu'infirmière chef en gériatrie, je ne peux pas soigner une personne adulte qui a 40 ans comme une personne de 80 ans”.</i>
Besoin d'une prise en charge pluridisciplinaire	<i>“Le patient déjà géria a besoin d'une équipe pluri”.</i>
Besoin que ses souhaits soient compris et respectés	<i>“Déterminer quel est le choix du patient, quel est le choix de la famille”</i>
Infirmière de liaison gériatrique	
Besoin d'une prise en charge adaptée aux fragilités	<i>“À un début de diagnostic aussi c'est de savoir faire un état des lieux de patients. C'est vraiment présenter la chose aussi, c'est de voir un peu, de travailler avec leurs atouts et leurs faiblesses pour pouvoir les soutenir au mieux dans leur prise en charge onco, et de savoir, pouvoir vraiment objectiver et au mieux qu'est ce qui fait une faiblesse”.</i> Fragilité identifiée :

	Syndrome gériatrique : <i>“les syndromes gériatriques, je reste très attentive”.</i>
Besoin ses souhaits soient compris et respectés	<i>“Sur base un peu de ses fragilités, de savoir quel est le projet du patient, ses souhaits”</i>
Besoin d'un dépistage voire une évaluation gériatrique	<i>“Souvent j'essaie de demander à la CSO quel est le projet, pour ne pas aller commencer à faire une évaluation chez quelqu'un qui n'en veut pas, qui n'en peut plus ou qui est en fin de course... ”.</i>
Besoin de soutien et d' accompagnement	<i>“Pour moi ce qui est important c'est de vraiment accompagner la personne”.</i>
Géiatre	
Besoin de maintien de la qualité de vie	<i>“Il faut toujours penser à la qualité de vie avant tout”.</i> <i>“Dans tous les domaines c'est la qualité de vie”.</i> Contexte de vie soutenant : <i>“milieu suffisamment soutenant que pour pouvoir être aidé”</i> durant son parcours ; <i>“simplement on a changé le milieu de vie de la personne”.</i> Autonomie : <i>“Assurer après la thérapie si on en met une, une qualité de vie et quelque chose de faisable” ; “qu'après, ce soit quelque chose qui est gérable” ; “aussi à après... en termes d'autonomie”.</i>
Besoin d'une prise en charge individualisée	<i>“Pouvoir rendre la qualité fonctionnelle et la qualité de vie aux gens qui ont encore les possibilités d'en profiter”.</i>
Besoin d' être écouté	<i>“Qualité de vie, avant tout écoute, écoute de la famille”.</i>

Fragilités et évaluation gériatrique

Les résultats indiquent que les fragilités des personnes âgées représentent une spécificité importante de la patientèle onco-gériatrique. Pour le dépistage de fragilités et l'évaluation gériatrique des patients, étapes importantes de la prise en charge, les soignants interrogés expliquent comment cela se passe dans leur travail.

Premièrement, voici le rôle des soignants dans la discipline oncologique.

Les coordinatrices de soins en oncologie réalisent un dépistage en posant les questions du G8 au patient lorsqu'elles le rencontrent. Elles ne complètent pas systématiquement une échelle, cependant.	<i>“On fait un G8, soit en consultation avec le médecin, soit nous en tant qu’infirmière avant que le patient voie le médecin, et en fonction du résultat on évaluait si on devait faire une évaluation”.</i> <i>“On connaît les questions mais dans la réalité on ne l’applique pas systématiquement”.</i>
Les oncologues font également un dépistage sur base de l’anamnèse avec le patient et sur base d’un G8. L’échelle G8 ne sera pas systématiquement complétée. L’évaluation gériatrique se fait donc avec le gériatre, à l’hôpital de jour gériatrique.	<i>“En tout cas, pour ma part je les fais moi-même, pendant la consultation. Ne fut-ce qu’avec l’anamnèse de base”, “je fais de manière classique en consultation, lors de la première consultation. Donc je fais déjà mon G8. Et donc si on a un G8 positif, normalement d’office on les envoie à l’hôpital de jour géria pour faire un bilan gériatrique”.</i> <i>“Si le patient a des troubles cognitifs ou s’il vit seul, si on n’a pas de référent fiable auprès du patient, on peut déjà décider avant que nous on le voit de faire faire un passage en hôpital de jour gériatrique”.</i>
L’oncogériatre réalise le dépistage avec une échelle G8. Elle demande ensuite à l’infirmière de liaison oncogériatrique de réaliser l’évaluation gériatrique	<i>“On utilise des e-screening de dépistage, des questionnaires courts qui prennent 5 à 10 minutes et qui vont dépister les patients potentiellement fragiles. Donc ici on utilise le G8.”. “On fait appel à la liaison oncogériatrique pour pouvoir, que le patient puisse bénéficier d’une évaluation”.</i>
L’infirmière de liaison oncogériatrique a pour rôle de réaliser l’évaluation complète lorsqu’un dépistage a été fait au préalable, que le patient est classé comme “vulnérable” ou “fragile”.	<i>“La CSO en charge de cette clinique d’organe assiste aux consultations d’annonce, de premier rdv et de nouveaux patients et dans le cadre de cette consultation elle va remplir le G8”. Le dépistage se base également sur l’anamnèse du patient : “s’il y a un doute sur les affects dépressifs, sur la perte d’appétit éventuelle d’un patient, sur le fait que le patient a perdu du poids, elle met le patient en négatif, elle met le score le plus bas, pour le rendre fragile, pour le mettre dans mes consultations pour une évaluation gériatrique”.</i>

L'évaluation est faite en partenariat avec une neuropsychologue.	<i>“Je vois la différence avec ma collègue neuropsychologue qui elle est plus axée sur la partie psychologique et neuropsychologie de l'évaluation, et moi je suis vraiment beaucoup plus centrée sur l'infirmier, les besoins infirmiers, les 14 besoins, ça va très vite, et ça intervient beaucoup dans l'évaluation. On sent toute suite la prise en charge infirmière quand j'entends mes collègues, qui présentent leurs patients à la COM, elle présente surtout les aspects anxiété, dépression, thermomètre de la détresse, et moi je suis plus sur les AVQ, AIVQ, risque de chutes, donc on a une approche toutes les 2 très différente, mais complémentaire.”</i>
--	---

Ensuite, voici ce que la discipline gériatrique explique des ces étapes du parcours.

L'infirmière chef de gériatrie explique qu'en gériatrie aigüe, tous les patients sont considérés comme fragiles.	
L'infirmière de liaison gériatrique réalise son dépistage dans les unités d'hospitalisation et en hôpital de jour gériatrique en veillant notamment aux troubles cognitifs et à la perte de poids. Elle va utiliser des outils tels que l'échelle de Katz ou la SEGA.	<i>“Dans leur état cognitif il y a des gens qui ont beaucoup de répondant et puis on se rend compte après que c'est un faux répondant, et de savoir un peu ce qui est juste ou pas”, “la perte de poids, savoir si c'est avant la pathologie”.</i> <i>“SEGA qui est une échelle qui permet de savoir qui je dois appeler si je vois qu'il y a des problèmes au niveau des AVJ, un risque de chute...”.</i>
Le rôle du gériatre dans l' évaluation gériatrique est très important, car il réalise un bilan complet auprès du patient. Celui-ci se fait généralement à l'hôpital de jour gériatrique pour les patients suivis en oncologie. Il base son évaluation sur de multiples échelles , mais son expertise gériatrique lui permet également de compléter l'évaluation.	<i>“Ça se fait à l'hôpital de jour avec une évaluation neuropsychologique poussée” ; “un bon bilan ergo” ; “un bilan kiné” ; “interviews des familles, des proches des patients”.</i> <i>“Il y a des échelles qui sont là comme premier contact patient” mais “il y a toute l'évaluation fine, par exemple l'évaluation neurocognitive, ce n'est pas un MMS”. “Je suis devenu expert dans la mesure où comme dans tous les métiers, à force d'avoir vu 854 démences par an (je prends des chiffres comme ça) mais je veux dire, forcément on a... Directement on repère la fragilité”.</i>

b. Parcours de soins d'un patient âgé atteint d'un cancer

Au niveau du parcours de soins, les soignants interrogés au sein de chaque institution hospitalière décrivent une prise en charge similaire pour le patient âgé atteint d'un cancer.

Mise au point du cancer	
En général, il y a peu de patients que les médecins traitants envoient directement auprès de l'oncologue. Ils réfèrent à un spécialiste d'organe s'ils suspectent quelque chose (par exemple un cancer digestif). Les patients réalisent donc un bilan de mise au point sous la responsabilité d'un médecin spécialiste. Ils sont soit hospitalisés, par exemple dans un service de médecine interne ou de gériatrie, soit ils réalisent ce bilan et les différents examens en réalisant des aller-retours entre le domicile et l'hôpital.	<i>“ils passent d'abord par la case du spécialiste d'organe avant de nous voir. Il s'est déjà passé 2-3 semaines dans ce parcours avant qu'on le voie.”</i>
Annonce du diagnostic	
Le diagnostic se fait par le médecin spécialiste d'organe. Si le patient est hospitalisé, l'annonce se fait en présence de la coordinatrice de soins en oncologie. Si le patient est hospitalisé en gériatrie au moment de la découverte de son cancer, la chef infirmière de la gériatrie est alors impliquée dans le parcours de soins au moment de l'annonce du diagnostic. Elle accompagne le médecin qui doit l'annoncer au patient et/ou à la famille. Il est important que le souhait de chaque patient soit respecté. Si par exemple un patient ne souhaite pas investiguer ou traiter une maladie cancéreuse métastasée avec un mauvais pronostic, la prise en charge oncologique n'est pas activée.	<i>“en fonction de quel type de patient on a devant nous”</i>
Collaboration avec la gériatrie pour l'annonce	
Le gériatre reste le médecin responsable du patient si celui-ci est hospitalisé en gériatrie, mais il collabore avec le spécialiste et reste à son écoute pour offrir la meilleure prise en charge au patient. L'oncologue est alors consulté pour la prise en charge oncologique. L'oncologue n'intervient pas dans le processus de placement en institution après l'hospitalisation ou non, il s'agit plutôt du rôle du	<i>“Soit la possibilité qu'il soit hospitalisé en gériatrie, la gériatre fait un bilan et elle voit qu'il y a une masse tumorale. On lance tout le bilan et alors elle va contacter l'oncologue à la suite de la CMO pour la prise en charge”</i>

gériatre. Il peut également collaborer avec l'oncologie dans la phase terminale de la maladie. Cependant, si le patient est hospitalisé en oncologie, l'oncologue sera plus impliqué dans cette question du milieu de vie. Il/Elle va tenter de savoir si son domicile est toujours adapté ou s'il faut modifier quelque chose pour le patient.	<i>“La gériatrie c’est notamment de l’oncologie mais c’est aussi le palliatif”</i>
Phase de traitements	
Après la première consultation avec l'oncologue pour discuter de la prise en charge oncologique, la phase de traitement va être lancée. Pour les chimiothérapies et les irradiations, le patient sera traité soit en ambulatoire, soit au cours d’une hospitalisation si le maintien à domicile est trop compliqué.	
Suivi gériatrique	
L’intervention de la liaison gériatrique dans le parcours de soins dépend des oncologues, s’ils demandent un avis gériatrique et un bilan. Si le patient est en ambulatoire, la liaison gériatrique ne passe pas le voir à l’hôpital de jour médical. Cependant, un patient qui n’est pas hospitalisé mais qui est dépisté comme étant fragile lors de la consultation avec l’oncologue peut être orienté par celui-ci vers l’hôpital de jour gériatrique pour une évaluation gériatrique. Le gériatre le prend alors en charge pour faire ce bilan gériatrique.	
Intervenants pluridisciplinaires	
Le patient âgé aura donc de nombreux intervenants impliqués dans sa prise en charge en oncologie. L’équipe pluridisciplinaire autour du patient se compose généralement de : la coordinatrice de soins en oncologie, l’oncologue ou oncogériatre, la psychologue, l’assistante sociale, la diététicienne, l’ergothérapeute, les kinésithérapeutes et parfois le gériatre ou la liaison gériatrique. Il y a également l’équipe infirmière du service ambulatoire ou de médecine interne ou de gériatrie. D’autres professionnels peuvent intervenir, mais de façon moins récurrente, tels que le spécialiste d’organe, l’anesthésiste, la chirurgienne des porte -à-cath, le radiologue ou encore la logopède.	
Coordinatrice de soins en oncologie	
La coordinatrice était présente tout au long du parcours de soins, il y a plusieurs années. Avec la charge de travail, elle est surtout présente au début de la prise en charge oncologique. Elle peut être réintégrée bien-sûr au parcours de soins du patient en cas d’évolution de sa pathologie	<i>“Alors avant, je trouve qu’on le faisait vraiment du début, dès l’annonce du diagnostic, et on continuait, on allait vraiment même après que ça soit... le patient allait terminer son traitement et on suivait pour le bilan... Ou malheureusement, son état se dégradait et il allait aux soins palliatifs ou</i>

cancéreuse ou a la demande des autres intervenants ou du patient.	<i>à domicile en soins palliatifs, on faisait vraiment de A à Z”.</i> <i>“Sûrement parce qu'il y a de plus en plus de patients, on essaie, j'ai envie de dire, plutôt de se centrer sur tout ce qui est diagnostic, prise en charge d'un nouveau patient, et jusqu'au début du traitement... une fois qu'il est à l'hôpital de jour médical on s'est un petit peu retiré du jeu, dans le sens où on ne va pas d'office aller voir le patient à l'hôpital de jour médical mais quand le médecin nous demande où quand l'hôpital de jour médical nous demande, on y va bien sûr”.</i> <i>“malheureusement le bilan montre une évolution alors on va certainement rentrer de nouveau dans la prise en charge du patient”</i>
Cas particulier en oncogériatrie (Institu Bordet)	
En oncogériatrie à Bordet, les patients sont vus en consultation par l’oncogériatre, après leur COM. Ils sont traités en ambulatoire ou en hospitalisation. Les oncologues qui sont en charge des patients hospitalisés dans le service d’oncogériatrie pour des complications post-traitement, des bilans diagnostiques ou encore des traitements de chimiothérapie vont voir leurs patients hospitalisés mais travaillent en forte collaboration avec les assistants pour cela. Le parcours de soins du patient peut être ponctué de la mise en place d’un porte-à-cath, de chimiothérapies en ambulatoire, de traitement par radiothérapie mais il est parfois hospitalisé aussi pour une fin de vie.	

c. Défis liés à la prise en charge du patient âgé atteint d'un cancer

De nombreux soignants abordent les obstacles qu'ils rencontrent lors de la prise en charge d'un patient âgé atteint d'un cancer. Les défis les plus fréquemment rencontrés sont repris dans le tableau ci-dessous.

Défi et obstacles à la qualité de la prise en charge du patient âgé atteint d'un cancer	Identifiés par
La charge de travail et le manque de temps, pour une patientèle qui nécessite justement beaucoup de temps et d'écoute de la part des soignants : - <i>“Sûrement parce qu'il y a de plus en plus de patients, on essaie, j'ai envie de dire, plutôt de se centrer sur tout ce qui est diagnostic, prise en charge d'un nouveau patient, et jusqu'au début du traitement”</i> (CSO) ; - <i>“Pour nous ça reste une frustration qu'on n'a pas toujours le temps qu'on voudrait pour prendre vraiment bien un patient en charge. Parfois ça doit aller vite, vite, vite et tu sais que tu as un patient âgé devant toi et que le “vite vite vite” ce n'est pas idéal”</i> (CSO) ; - <i>“Mais dans un monde idéal, on aurait une heure à consacrer à un patient, de bien pouvoir le prendre en charge, et pas vite 10 minutes, ce serait dans le monde idéal. Mais heureusement il y a des moments où on arrive à avoir presque l'idéal et alors c'est ça qui aide”</i> (CSO) ; - <i>“Les limites c'est la capacité à absorber tout le travail... parce qu'être le référent de beaucoup de patients, ça nécessite beaucoup de travail et beaucoup de charge mentale et donc c'est ça la limite...”</i> (Oncologue) ; - <i>“Ce sont des consultations, en principe, qui doivent durer un peu plus longtemps parce qu'ils sont des patients âgés. Mais malheureusement, avec la pression, on n'arrive plus en fait”</i> (Oncogériatre) ;	Les CSO Les oncologues L'oncogériatre L'infirmière chef de gériatrie Le gériatre
La définition des rôles de chacun : - <i>“On se demandait un peu quel était notre rôle à nous, et on avait un peu la sensation qu'on était un peu les infirmières chefs, qui donnions des informations sur les patients, qu'on se mêlait un peu de ce qui ne nous regardait pas, alors qu'en soit c'était juste une collaboration”</i> (CSO) ; - <i>“Aujourd'hui, il y a des moments où on est appelées... on reçoit trop d'appels. Il y a des choses qui ne sont pas toujours de notre ressort, mais</i>	Les CSO L'infirmière de liaison gériatrique

<i>une fois qu'une question est posée, ça devient un peu la responsabilité de la personne qui reçoit l'appel de trouver une solution" (CSO) ;</i>	
Le manque de communication et de collaboration entre les disciplines de gériatrie et d'oncologie : - Manque de culture gériatrique en oncologie : <i>"Je n'ai pas l'impression de faire une différence entre un patient plus âgé et un adulte" (CSO) ; "En pratique oncologique, parfois la personne met un peu œillères sur les fragilités d'une personne âgée" (Infirmière de liaison gériatrique) ;</i> - <i>"Les infos ne passent pas toujours, mais c'est parce que ce sont des grandes équipes, l'information parfois malheureusement reste à la première personne à qui on l'a dit et ne va pas plus loin, et donc ça c'est un peu problématique" (CSO) ;</i> - <i>"Difficulté d'interaction au niveau des gériatres, parce que les gériatres ils se sentent un peu dans un rôle secondaire, par rapport à l'oncologue" (Oncogériatre) ;</i> - Personnel en gériatrie trop peu formé : les chimiothérapies, <i>"ça nécessite plus de surveillance" (Infirmière chef gériatrie) ;</i> - <i>"Il y a une différence de vue effectivement entre les oncologues et les gériatres. Eux ils pensent plus à la guérison et nous on pense à la guérison mais aussi à après... en termes d'autonomie" (Gériatre) ;</i>	Les CSO Les oncologues L'oncogériatre Infirmière chef de gériatrie L'infirmière de liaison gériatrique Le gériatre
Le manque de suivi des patients au domicile par la première ligne l'absence d'une personne de référence au domicile : - Par rapport aux thérapies orales, à leurs spécificités et à la polymédication : <i>"On a quand même des médicaments que les patients prennent à la maison en per os, et ça je trouve que ça devient compliqué et qu'il faudrait voir pour la prise en charge de ces patients-là" (CSO) ;</i> - <i>"Des traitements que les patients suivent à domicile, sans forcément quelqu'un qui est là pour cadrer les choses et donc ça je pense qu'il y a un gros manque là-dessus" (CSO) ;</i> - Manque de connaissances : <i>"On a beaucoup de patients à domicile, qui n'ont plus de chimio IV mais qui ont des thérapies per os... et là on a beau faire des feuilles de suivi, on a beau expliquer les choses, clairement il manque des gens qui passent régulièrement, ne serait-ce que pour faire un pilier,</i>	Les CSO L'oncogériatre

<i>pour voir si tout se passe bien... donc oui nous on les appelle, on les fait venir une fois toutes les X semaines, mais ça reste des patients parfois qui ont des gros soucis de mobilité aussi, donc ils ne peuvent pas se déplacer aussi facilement qu'on le voudrait</i>” (CSO) ; - Augmentation du risque d’hospitalisation non planifiée : <i>“Sinon, cette patiente serait venue aux urgences”</i> (Oncogériatre)	
Le manque de personnel : - <i>“On est limitées parce qu’on est que deux, on n’est pas un hôpital universitaire”</i> (CSO) ; - <i>“Dans l’état actuel des choses, ce n’est pas faisable parce qu’on n’est pas suffisamment staffés”</i> (Oncologue) ; - <i>“Le problème c’est que parfois on est en manque de personnel et donc voilà, ça fait des quacks à gauche, à droite”</i> (Oncogériatre) ; - Obstacle aux soins oncologiques en unité aigüe de gériatrie : <i>“C’est déjà arrivé, qu’on refuse parce qu’il y avait cette salle qui était immonde et qu’on n’avait pas le personnel, qu’on n’a pas personnel infirmier”</i> (Infirmière chef de gériatrie)	Les CSO Les oncologues L’oncogériatre L’infirmière chef de gériatrie L’infirmière de liaison gériatrique
Le contexte de vie du patient : - <i>“La famille a une volonté complètement contradictoire avec le patient, que ce soit dans le positif ou dans le négatif, d’ailleurs. Il y a beaucoup de personnes âgées qui font les traitements uniquement pour leurs enfants ou leur compagnon”</i> ; - <i>“Il y a ce volet-là à gérer avec des conflits d’intérêt ou des conflits de volonté par rapport à la prise en charge du patient. Ça complexifie encore plus les choses.”</i>	Les oncologues

d. Référent de soins en oncogériatrie

Premièrement, reprenons les compétences spécifiques de chaque intervenant, identifiées au travers des entretiens.

Professionnel de la santé	Compétences spécifiques identifiées chez celui-ci
Coordinatrices de soins en oncologie	Référent au sein de l'équipe oncologique : rôle central en réunion multidisciplinaire, « <i>donc ça pour moi c'est le jeudi et là on va parler des cas des patients oncologiques et donc suite à ça il va y avoir des prises de rendez-vous, des prises en charge oncologiques à faire</i> », quand un patient commence un traitement, elles se chargent de prévenir toute l'équipe multidisciplinaire. Elles détectent les besoins du patient de bénéficier de l'intervention d'un membre de l'équipe pluridisciplinaire, « <i>du coup on leur envoie un mail d'office pour que systématiquement tout le monde passe voir le patient avant son premier traitement</i> » ; « <i>on les met en contact avec les psychologues, l'assistante sociale, la diététicienne, en fonction de leurs besoins</i> » Education et information : Priorité pour les nouveaux patients et premières consultations. Les CSO revoient le patient après cette première consultation « <i>Après souvent nous on prend encore le patient après la consultation chez nous dans le bureau, pour s'assurer qu'ils ont bien compris la situation</i> » ; « <i>On sait bien que c'est souvent des consultations où ils sont un peu bombardés avec de l'information et que c'est impossible de retenir tout ça. On essaie souvent de faire un petit résumé sur papier, pour qu'ils aient quelque chose par écrit et il y a parfois des examens qu'ils doivent encore passer avant de pouvoir commencer un traitement</i> » Continuité : suivi des patients hospitalisés et en ambulatoire, « <i>on reste la personne de contact s'il y a besoin, pendant tout le temps du traitement</i> », suivi durant les bilans, suivi des patients qui ont des traitements per os au domicile. Communication : consulter les transmissions sur les patients en oncologie hospitalisés, les mails concernant des bilans à prendre ou des appels à passer dans d'autres hôpitaux, répondre aux appels des patients (douleurs, effets secondaires de la chimiothérapie, questions sur le bilan, sur un rendez-vous, à la maison, ...), collaboration fluide avec l'équipe pluridisciplinaire. Contact avec le médecin traitant, les maisons de repos.

	Soutien et accompagnement : consultation avec les nouveaux patients, fournir des explications, veiller à ce que le patient soit entouré et vienne accompagné aux consultations, suivi en cas de changement de traitement, des bilans. Disponibilité : <i>« on reste tout le temps de son traitement le lien vraiment téléphonique, j'ai envie de dire, s'il y a quoi que ce soit, s'il y a une question, on reste quand même tout le temps disponible et quand ils sont hospitalisés clairement là on continue le suivi » ;</i> Expertise : Assurent les rendez-vous avec des délégués médicaux pour des explications sur un nouveau traitement, assurent le relais avec les maisons de repos et fournissent des explications sur le programme de soins et les traitements, notamment les nouveaux traitements per os, <i>« qu'ils savent de quoi il s'agit, à quoi faire attention, comment le donner, etc »</i>, <i>« Les référentes en gériatrie n'ont pas les connaissances par rapport aux produits que nous utilisons et c'est surtout ça qui est important »</i>
Liaison oncogériatrique	Connaissance du patient : <i>« j'établis une fiche du patient, avec ses coordonnées, les coordonnées d'une personne de contact, le médecin traitant, je reprends tous les antécédents chirurgicaux et médicaux, je reprends les données vaccinations, et je reprends le traitement »</i> Dépistage et évaluation gériatrique : <i>« je vais regarder s'ils ont déjà été évalués ou s'ils ont déjà eu un G8 pour commencer puis s'ils ont déjà été évalués et s'ils ont un coordinateur de soins »</i>, <i>« Je fais l'évaluation gériatrique, je ne dois même pas attendre la validation des médecins parce qu'on est habitués. J'encode l'évaluation gériatrique, je prépare pour la COM, je regarde quels sont les projets pour ce patient, est-ce qu'on envisage une chirurgie, une chimio, une radiothérapie et puis je contacte la CSO pour dire que le patient est arrivé et n'a pas de CSO, et la CSO passe voir le patient en hospitalisation »</i> Collaboration avec les CSO : <i>« j'envoie à la coordinatrice qui est en lien avec la clinique et je lui mets en lumière tous les patients qui ont 70 ans et plus et qui n'ont pas encore été vus, qui pourraient bénéficier d'une évaluation »</i>, <i>« ce sont les CSO qui font le premier travail et puis moi qui reprend la suite »</i>

		Préparation du patient a la COM : <i>“on doit établir un document pour la COM gériatrique qui reprend les résultats des différents tests, les médicaments, les antécédents, et il ne reste plus qu'à ajouter la décision de la COM, le calcul des risques (calculés avec certains programmes) de toxicité de chimio, l'espérance de vie et les risques opératoire »</i> Expertise infirmière : <i>« les consignes infirmières autour du post-op, autour des conseils qu'on pourrait donner pour préserver la fatigue, la prévention des chutes aussi, ou alors vous avez une chimio avec une neurotoxicité des mains et des pieds ça peut aussi arriver, donc attention au tapis », « les besoins infirmiers, les 14 besoins, ça va très vite, et ça intervient beaucoup dans l'évaluation »</i> Liaison intra-hospitalière : <i>« tous les jours, je passais dans toutes les unités, je demandais si des patients posaient soucis, des patients de 70 ans et plus »</i>
Oncologues oncogériatre	et	Prise en charge oncologique : prescription des bilans, des traitements, consultations. Gérer les effets secondaires. Suivi des patients en traitement et en rémission. <i>« Expliquer le pronostic de la maladie, expliquer les options thérapeutiques et voir si ce que j'ai à proposer au patient est en accord avec ce qu'ils attendent en termes d'objectifs de vie »</i> Dépister les fragilités : évaluer la balance bénéfice / risque pour traiter une personne âgée, <i>« évaluer si je ne risque pas d'être plus toxique que bénéfique pour le patient », « je n'ai pas de limite d'âge, pour traiter les patients, ce n'est pas parce qu'il a 85 ans que je ne vais pas le traiter, après on sait qu'on ne peut pas tout faire chez les patients gériatriques », « si pour une patiente, l'oncologue dit "on va traiter tout ça" et que je vois que la patiente est trop fragile ou pas en condition pour recevoir le traitement, je vais faire de manière que cet avis puisse être admis à un médecin oncologue responsable de la patiente »</i> Médiation : <i>« D'abord c'est le patient qui décide, ça c'est clair, après parfois la famille a raison et c'est beaucoup de travail d'essayer de convaincre la personne de changer d'avis, ce n'est pas toujours possible »</i> Evaluer la capacité de compréhension du patient : par rapport à un diagnostic, à la prise en charge thérapeutique dans le trajet de soins.

	Identifier une personne de référence , « <i>en cas d'absence d'une personne référente, c'est d'aller un peu plus loin et discuter d'un point de vue éthique la prise en charge d'un patient qui est plus isolé</i> »
Géiatre	Expertise gériatrique : donner un avis aux oncologues, qui sera contraignant ou pas. « <i>Ils donnent des éléments en plus à un médecin qui prend en charge un patient pour convaincre qu'éventuellement il faut changer l'attitude thérapeutique.</i> » Cibler les fragilités
Infirmière de gériatrie	Expertise gériatrique infirmière
Liaison gériatrique	Expertise gériatrique : évaluer la nécessité d'interventions gériatriques en hospitalisation ; réaliser les évaluations gériatriques lorsque c'est adéquat pour les patients ; dépister les troubles cognitifs ; évaluer l'autonomie Soutien

Par ailleurs, ces résultats soulignent les compétences spécifiques dont le référent de soins d'un patient âgé atteint d'un cancer doit faire preuve. Ces compétences, mentionnées parfois dans plusieurs entretiens et parfois dans certains seulement, sont regroupées et reprises ci-dessous.

- Une expertise gériatrique
- Une expertise oncologique : connaissance des traitements
- Une vision globale du patient : Savoir faire un état des lieux de patients, identifier et objectiver leurs atouts, leurs ressources et leurs faiblesses, tenir compte des comorbidités, du contexte de vie
- Compétences relationnelles et lien de confiance avec le patient et sa famille
- Accompagnement, écoute, présence, disponibilité, communication
- Faire un dépistage et une évaluation gériatrique : identifier et cibler les fragilités
- Pouvoir évaluer la balance bénéfice/risque du traitement pour le patient afin de préserver sa qualité de vie, son autonomie
- Individualiser la prise en charge du patient
- Communication interdisciplinaire, éducation des intervenants pluridisciplinaires.

Selon **les CSO**, la fonction du référent est le rôle de l'infirmière de coordination en oncologie : *“Je vois, notre rôle comme vraiment la pièce centrale d'une machine et on travaille avec tout le monde, tout le monde connaît et sait comment il faut nous ramener les informations nécessaires”* ; *“Je trouve que quand on est infirmière de coordination, on voit vraiment tous les paramètres du patient, que ce soit social, que ce soit diététique... et donc toutes ces infos-là, on les connaît et quand on nous pose une question, on n'a peut-être pas la réponse tout de suite, mais en tout cas on arrive facilement à avoir des réponses. Donc oui, une infirmière de coordination en oncologie doit rester, je pense la personne de référence pour le patient oncologique, ça c'est clair”*. Selon elles, *“c'est important qu'ils aient une ou deux référentes”* et *“qu'il y ait ce lien de confiance qui est déjà instauré lors d'une première consultation”*. C'est également primordial que les patients sachent *“à qui s'adresser quand il y a un souci ou une question”*.

Selon **les oncologues**, avoir un référent de soins, *“ce n'est pas le propre du patient gériatrique. Je pense que tous les patients en onco ont besoin d'un référent. Alors oui, peut-être parce que ça se marque plus particulièrement pour eux, mais en tout cas tous les patients c'est important pour l'adhérence au traitement, pour que le patient sache systématiquement vers qui se tourner... c'est primordial mais ça c'est propre à l'oncologie, pas spécialement du patient oncogériatrique. Mais oui c'est important parce que c'est un patient en oncologie.”* Pour ces médecins, le prestataire de soins qui occupe la place de référent pour le patient est l'oncologue : *“Généralement beaucoup moi. Et je dis toujours les coordonnées de CSO pour se partager le travail”*. L'oncogériatre est du même avis : *“c'est le médecin responsable du patient”* ; *“D'avoir la vision globale du patient, connaître son dossier, connaître le contexte, l'évaluation gériatrique qui nous permet d'avoir aussi, c'est vraiment connaître la globalité, l'évolution des choses... pour pouvoir éduquer les ICSO à nous aider après”*.

Selon **l'infirmière de liaison oncogériatrique**, le référent de soins est la CSO : *“la fonction de CSO c'est donner de l'information au patient, rassurer le patient, le guider sur ses effets secondaires, sur sa marche à suivre pour sa prise en charge, son trajet de soins”*. Cependant, elle précise que *“les CSO veulent être le référent, et moi je trouve que ça devrait être moi, donc c'est un peu chasse gardée”*.

Selon la **chef infirmière de gériatrie**, la personne de référence est *“l'infî à 3000% parce qu'elle aura la connaissance, elle connaît son patient, elle a suivi son patient”*. Cependant, elle ajoute que *“dans l'idéal, ce serait une infî onconger”*.

Pour l'infirmière de la **liaison gériatrique**, le patient soigné en oncologie bénéficie d'un référent de soins au travers des CSO. Elle nuance en précisant que pour une personne âgée atteinte d'un cancer, il serait utile que l'infirmier soit formé en (onco)gériatrie : *“je serais pour quelqu'un qui soit oncogériatrique en infirmier”*. Elle soulève également la question de la place de l'assistante sociale dans le réseau du patient : *“Est-ce que ça ne serait pas une assistante sociale qui pourrait être gériatrique mais qui ait aussi le temps qu'on lui donne, et consacre ce temps-là aussi”*. Elle ajoute qu'il existe pour elle un risque pour le patient à la création d'une fonction supplémentaire, de référent oncogériatrique : *“La limite c'est vraiment de se dire ‘est-ce qu'il faut quelqu'un spécifique en plus’ pour qu'il n'y ait pas encore une personne en plus au chevet du patient, en fait, parce qu'il voit déjà énormément de monde et qu'il y a déjà beaucoup de choses. Je dirais que c'est plus ça qui me ferait peur, de rajouter une personne spécifique gériatrique”*.

Selon le **gériatre**, une fonction de référent de soins en oncologie gériatrique devrait être envisagée. Il explique que *“la personne centrale, ça resterait la CSO, car on le voit bien, c'est à elles que les patients téléphonent, c'est elles qui sont disponibles”*. Mais il serait bénéfique *“d'avoir quelqu'un qui est spécialisé”, “quelqu'un qui est super pointu dans le domaine”,* et dont *“son expérience va jouer”*. Ce référent doit être capable d'avoir une bonne *“relation avec les gériatres ou les onco, c'est quelque chose qui se construit”* mais aussi *“quelqu'un qui rencontre des familles avec le patient de manière épisodique”*. Le médecin évoque finalement la possibilité de créer une fonction de *“réfêrente gériatrique mais alors qui serait appelée par, éventuellement, le personnel des maisons de repos, pour des patients qui sont plus limite, plus gériatriques”*.

3. Discussion

Pour rappel, ce travail tente de répondre à la question de recherche : **Comment penser une fonction de référent pour améliorer le parcours de soins des patients âgés atteints d'un cancer en Belgique aujourd'hui ?**

Dans cette discussion, je réaliserai d'abord une synthèse des différents résultats pour ensuite les analyser et les confronter aux concepts développés dans le chapitre théorique de ce travail. Pour finir, j'explorerai les perspectives de recherches et les limites de ce travail.

a.Synthèse et analyse des résultats

Premièrement, il est primordial d'aborder les besoins spécifiques à la population gériatrique en oncologie. En effet, ils vont influencer le parcours de soins des patients et permettre de comprendre les liens avec le besoin d'un référent de soins.

En oncologie, les soignants décrivent le besoin du patient de bénéficier d'une prise en charge thérapeutique adaptée à ses fragilités. En effet, ces patients nécessitent un dépistage voire une évaluation gériatrique afin de détecter des fragilités existantes telles que des troubles cognitifs, une perte d'autonomie, un syndrome de glissement ou encore un isolement social. Celles-ci peuvent compliquer le parcours de soins du patient, qui doit réaliser dans un premier temps une série d'examens médicaux afin de bilancer son cancer et qui aura ensuite ses traitements. Effectivement, la théorie et les résultats indiquent que le parcours de soins comprend la mise au point du cancer, le diagnostic, la concertation oncologique multidisciplinaire, les consultations avec les médecins et infirmières de coordination, le dépistage de fragilités et éventuellement une évaluation gériatrique complète, la phase de traitements et le suivi oncologique et gériatrique. Pour le patient, cela représente d'une part de nombreux aller-retours entre son domicile et l'hôpital avec beaucoup d'informations à retenir. D'autre part, toutes ces étapes impliquent des interventions multidisciplinaires, essentielles à la bonne prise en charge du patient en oncologie. Un grand nombre d'intervenants gravite donc autour du patient tout au long de son parcours, afin de répondre aux besoins des patients de pluridisciplinarité et de globalité. Ces éléments suggèrent l'utilité d'un soignant référent pour coordonner ces étapes et aider le patient à naviguer dans le système de soins oncologique. Ce référent devra avoir une place centrale au sein de l'équipe multidisciplinaire et il devra être capable de collaborer avec les disciplines oncologique et gériatrique sans obstacle. Il est donc important qu'il ait des compétences communicationnelles fortes.

Les résultats montrent ensuite qu'une spécificité de la prise en charge du patient en oncogériatrie est la prise en compte de la balance bénéfice/risque d'un traitement oncologique. La théorie expliquait notamment les risques de toxicités plus élevées des traitements oncologiques auprès des patients gériatriques et donc d'effets secondaires accrus. Ces complications peuvent impacter la qualité de vie du patient, alors que la théorie et les résultats indiquent qu'il s'agit d'une dimension fondamentale à considérer chez les patients oncogériatriques. Effectivement, le choix thérapeutique devra se faire en respectant les souhaits du patient, en veillant aux fragilités potentielles et en considérant que le patient en oncologie deviendra un malade chronique. Cela signifie que son autonomie et sa qualité de vie devront être au centre de la prise en charge.

Afin de contribuer au maintien de sa qualité de vie, le référent de soins devra envisager des solutions pour que le patient puisse rester à domicile en sécurité. En effet, il a été expliqué précédemment que le parcours de soins de ces patients est ponctué d'aller-retours entre le domicile et l'hôpital. Or, les résultats montrent dans les obstacles liés à la prise en charge du patient oncogériatrique qu'il existe un manque de suivi à domicile. En particulier, les soignants constatent d'abord le manque de connaissances en oncologie des prestataires de première ligne mais surtout l'absence d'un référent au niveau des soins de santé primaires. Cela augmente le risque d'hospitalisation non planifiée, car les patients dont les soins de première ligne ne couvrent pas leurs besoins iront à l'hôpital pour des complications qui peuvent être détectées et traitées à domicile. Le référent de soins à l'hôpital, nous l'avons vu, a pour mission notamment de soulager le prestataire de première ligne, de le remplacer temporairement dans sa fonction de référent durant les phases aigües de la maladie cancéreuse.

De plus, le rôle du référent de soins pour le patient gériatrique en oncologie doit répondre aux besoins d'être soutenu, écouté, entouré et accompagné. En oncogériatrie, l'approche doit également être personnalisée et individualisée. Cela implique que le soignant référent doit être disponible et qu'il ait du temps à consacrer au patient âgé. Dans les obstacles à la prise en charge soulevés dans les résultats, le manque de temps et de personnel étaient mentionnés systématiquement. Une potentielle incompréhension du patient sur une information donnée trop rapidement par manque de temps peut avoir un impact sur son parcours de soins, par exemple s'il ne se présente pas à l'hôpital pour un examen, un bilan ou son traitement. Un autre exemple pourrait être si le patient n'a pas compris comment réagir face à certains effets secondaires et que cela change le cours de sa prise en charge.

Une étape importante du parcours est l'évaluation gériatrique complète, pour les patients dépistés fragiles. Dans le chapitre théorique, nous avons vu que la première étape de l'évaluation gériatrique standardisée consiste au dépistage des patients âgés à risque par l'usage d'outils spécifiques. Notons que les soignants interrogés réalisent ce dépistage au cours de l'anamnèse approfondie avec le patient. Ils expliquent qu'ils réalisent un G8 en posant les questions adéquates au cours de l'anamnèse, mais ne réalisent pas systématiquement un dépistage en complétant l'échelle. Le dépistage est essentiel puisque les fragilités peuvent avoir un impact sur la qualité de vie du patient et son parcours de soins. C'est pourquoi le référent de soins doit être capable de faire ce dépistage, afin de pouvoir orienter le patient vers une évaluation gériatrique complète si nécessaire.

C'est aussi sa mission de pouvoir réaliser l'évaluation gériatrique complète. Les résultats montrent qu'elle est réalisée par le gériatre ou l'infirmière de liaison oncogériatrique. Elle consiste en un bilan complet qui évalue notamment l'état cognitif du patient, son état nutritionnel, son niveau d'autonomie et ses capacités à réaliser les AVQ et AiVQ, ses capacités physiques et le risque de chute. Ce bilan se réalise par auto-anamnèse mais surtout hétéro-anamnèse. Le gériatre et la liaison oncogériatrique veillent à évaluer les capacités fonctionnelles et les capacités cognitives des patients. Leur expertise joue un rôle important dans cette évaluation. La littérature indiquait que les infirmières travaillant en oncologie gériatrique avaient une position stratégique pour réaliser cette évaluation. Sur le terrain, cependant, les soignants qui ont pour rôle de réaliser le bilan gériatrique complet sont le gériatre, avec un travail interdisciplinaire, ou l'infirmière de liaison oncogériatrique. Notons que cette dernière fonction n'existe pas dans toutes les structures de soins hospitalières. Si une fonction de référent de soins est mise en place pour un autre soignant au sein du réseau du patient, il devra orienter le patient vers ces intervenants spécifiquement ou devra être disponible et qualifié pour faire cette évaluation complète lui-même.

En deuxième lieu, il est fondamental d'explorer les défis et obstacles mis en évidence par la littérature et les résultats. En effet, les besoins spécifiques de cette patientèle et les difficultés qu'ils engendrent pour son parcours de soins ont été expliqués. Cette discussion va donc se pencher sur les autres éléments pertinents qui permettront de mettre en lumière les missions du référent de soins en oncogériatrie.

Un défi pour le parcours de soins en oncogériatrie fréquemment mentionné dans les résultats est la collaboration entre la gériatrie et l'oncologie. Effectivement, les soignants en gériatrie estiment qu'il existe un manque de culture gériatrique en oncologie, que les oncologues ne tiennent pas compte systématiquement de l'impact des traitements sur l'autonomie des patients. Cela peut représenter un frein à la mise en place d'un plan de soins adapté pour le patient en oncogériatrie et cet obstacle était aussi mentionné dans la littérature. Par ailleurs, certains soignants en oncologie mentionnent également un manque de communication entre les disciplines et dénoncent une connaissance restreinte de l'oncologie de la part des gériatres. Notons toutefois qu'un soignant mentionne une amélioration progressive de la collaboration depuis quelques années. Un référent de soins en oncogériatrie pourrait permettre l'amélioration de cette collaboration. En effet, si le référent dispose d'une expertise gériatrique et oncologique mais aussi de compétences communicationnelles fortes, comme suggéré précédemment, il peut prendre une position stratégique pour garantir le lien entre les deux disciplines.

La littérature démontrait également que certains freins à la qualité de la prise en charge en oncogériatrie sont associés à la clinique du patient âgé. Les complications associées aux phénomènes naturels de vieillissement (comorbidités, problèmes cognitifs, manque de soutien social) peuvent représenter des obstacles potentiels à une bonne prise en charge, s'ils ne sont pas détectés. Précédemment, la toxicité et les effets secondaires ont été abordés. La littérature mentionnait également les difficultés liées aux comorbidités chez ces patients et la polymédication. Les résultats indiquent que les soignants veillent généralement à tenir compte de ces complications car ils tentent d'avoir une vision globale du patient, de ses capacités et ils réalisent dépistage de ses fragilités systématiquement durant l'anamnèse. Ils veillent également à ce qu'il bénéficie d'une évaluation gériatrique s'ils le jugent nécessaire. Ces qualités seront toutes requises auprès du référent de soins du patient, afin de faciliter son parcours de soins et maintenir sa qualité de vie.

Ces divers éléments mis en évidence confirment donc la nécessité d'une fonction de référent pour améliorer le parcours de cette population cible, les personnes âgées en oncologie.

D'abord, il faut souligner que les compétences et missions du référent de soins identifiées dans la littérature apparaissent partiellement au niveau des résultats. Effectivement, les soignants interrogés en oncologie et en gériatrie relèvent certaines compétences dont le référent du patient âgé atteint d'un cancer doit faire preuve : avoir une vision globale du patient, connaître ses objectifs de vie et ses souhaits, avoir des compétences relationnelles et pouvoir établir un lien de confiance avec le patient, offrir un accompagnement, de l'écoute, une présence, de la disponibilité, et avoir une communication adéquate. Ces atouts impliquent donc une prise en charge individualisée et centrée sur le patient avec une connaissance globale du patient et de l'histoire de sa maladie donc une expertise en oncologie et en gériatrie.

Pour les patients gériatriques en oncologie, il est crucial que le référent puisse les aider à naviguer dans le système de soins en oncologie. Comme expliqué précédemment, le patient en oncologie verra son parcours de soins ponctué de multiples interventions pluridisciplinaires, de bilans, d'évaluations et ces étapes demandent généralement une coordination, par un soignant compétent pour cela. La fonction de coordinateur de soins en oncologie (CSO) existe notamment pour cela. De nombreux soignants interrogés estiment que la personne de référence pour les patients âgés atteints d'un cancer est précisément la CSO. Elle possède cette expertise en oncologie, mais les soignants en gériatrie estiment qu'il faut aussi que le référent ait une expertise gériatrique. Une approche complémentaire permet d'offrir au patient une prise en charge adaptée à ses besoins spécifiques liés à son âge, à ses potentielles fragilités. Or, il existe encore un manque de culture gériatrique au sein de la discipline oncologique en général. En outre, un référent qualifié en gériatrie autant qu'en oncologie va faciliter la collaboration des deux disciplines tout au long du parcours de soins. La CSO n'est pas la personne idéale pour cela.

Le rôle de celle-ci décrit dans le chapitre théorique correspond à la fonction de CSO sur le terrain, expliquée dans les résultats. En effet, les CSO ont une place centrale au sein de l'équipe multidisciplinaire en oncologie, place stratégique pour la coordination des soins du patient. Elles ont des compétences communicationnelles adéquates et offrent au patient soutien, accompagnement, écoute et disponibilité. Leur expertise en oncologie leur permette d'éduquer les patients et de les informer. Grâce à leur fonction, elles améliorent la continuité de la prise en charge en ayant une vision globale du patient. Cependant, leur charge de travail est très

importante et elles souffrent parfois du manque de temps avec le patient. Les besoins du patient âgé impliquent pourtant que leur référent aie le temps d'être à l'écoute de ces besoins et d'identifier ses fragilités par le dépistage et l'évaluation gériatrique.

Ces compétences fondamentales établies soulèvent la question suivante : Qui est le mieux placé pour être le référent de soins du patient gériatrique en oncologie ? Il semble que la CSO joue un rôle crucial car elle facilite le parcours de soins du patient en oncologie, adulte et gériatrique, en coordonnant ses soins et interventions pluridisciplinaire. De plus, elle possède une expertise en oncologie. Nous avons constaté cependant qu'elle n'a pas ou peu de compétences pour une approche gériatrique de qualité, or le patient doit bénéficier d'un dépistage et/ou une évaluation gériatrique complète afin de maintenir sa qualité de vie. Par ailleurs, une infirmière de liaison gériatrique ne possède pas toutes les compétences requises pour prendre en charge des patients avec un profil aussi complexe.

Le référent de soins devrait avoir les connaissances du patient, de son dossier, mais surtout une expertise en oncologie et en gériatrie. Peu de soignants, médecins, infirmiers et paramédicaux sont formés dans les deux disciplines et ont une position dans le réseau du patient qui leur permet d'être le soignant de référence pour le patient oncogériatrique en milieu hospitalier.

L'infirmière de liaison oncogériatrique possède de nombreuses compétences pour offrir une prise en charge oncologique et gériatrique de qualité. Elle détient une expertise dans les deux disciplines : elle a les connaissances infirmières en oncologie, elle porte une grande attention aux fragilités de la personne âgée et elle est capable de réaliser une évaluation gériatrique complète, de prendre le temps pour cela avec le patient. Néanmoins, elle ne joue aucun rôle dans la coordination des soins du patient et c'est pour cela qu'elle collabore avec les CSO des différentes cliniques d'organes. Les CSO sont les référents pour les patients en oncologie à l'hôpital, dans l'état actuel des choses. Notons que la création d'une nouvelle fonction de référent auprès du patient risque de compliquer sa vision de sa prise en charge. En effet, comme le souligne l'infirmière de liaison gériatrique interrogée, l'intervention d'un nouveau soignant dans le réseau du patient, même s'il s'agit d'un référent, pourrait engendrer de la confusion dans un parcours de soins déjà ponctué de nombreux intervenants pluridisciplinaires. Cela ne semble donc pas idéal de créer une nouvelle fonction pour le référent.

En milieu hospitalier, il semble que le coordinateur de soins oncologiques reste le référent pour le patient gériatrique en oncologie. Cependant, il devra offrir une approche gériatrique adéquate et donc se former davantage dans cette discipline, par exemple en travaillant en collaboration plus étroite avec le gériatre. L'expertise gériatrique implique une grande disponibilité et du temps à accorder au patient, alors que les soins de santé actuels ne permettent pas cela. Il faudra donc envisager de déléguer certaines tâches telles que l'évaluation gériatrique complète auprès d'intervenants pluridisciplinaires qualifiés. En outre, afin d'alléger sa charge de travail administrative (par exemple, suivi téléphonique des patients), la mise en place d'un référent de soins à domicile devrait aussi être envisagée, du moins si le patient n'a pas de référent au long cours tel qu'un médecin traitant.

Étant infirmière spécialisée en oncologie et ayant travaillé durant deux années consécutives en gériatrie, je pense qu'un référent de soins possédant une expertise en oncologie et en gériatrie devrait avoir de l'expérience professionnelle dans les deux disciplines. Néanmoins, ce profil est plutôt rare, notamment en raison du manque de collaboration entre ces disciplines, ce qui implique peu de changement de carrière et de domaine de soins. L'idéal serait de suggérer aux infirmières de coordination de soins en oncologie de réaliser une formation en gériatrie afin qu'elles puissent acquérir les connaissances et principes fondamentaux de la gériatrie moderne et les appliquer dans leur pratique quotidienne. Si la charge de travail est un obstacle à la réalisation de l'évaluation gériatrique complète et que cette mission ne peut pas faire partie du rôle de référent, la collaboration avec la discipline gériatrique sera tout de même améliorée par la mise en place d'une culture davantage gériatrique auprès des CSO. En outre, je pense qu'il est essentiel pour le patient en oncologie gériatrique d'identifier son référent de soins de première ligne et de l'impliquer davantage dans la prise en charge afin de faciliter le parcours de soins complexe du patient.

b. Perspectives de recherches pour l'avenir

Il serait très intéressant de compléter ces résultats avec une recherche sur le référent de soins de santé primaire pour ces patients au profil complexe. Les résultats indiquent que la prise en charge du patient oncogériatrique semble parfois compliquée au niveau des soins de santé primaire. Les soignants du milieu hospitalier décrivent une collaboration assez aisée avec la première ligne, néanmoins ils constatent en général un manque de suivi au domicile. Il existe des lacunes médicales sur les traitements per os au domicile mais aussi sur les thérapies ciblées et notamment leurs effets secondaires. De plus, les soignants en oncologie constatent que les médecins généralistes ont tendance à référer leur patient parfois trop rapidement vers l'hôpital ou que le patient n'a pas de médecin traitant. Ces résultats semblent indiquer l'absence d'un référent de soins de santé primaire pour un profil de patients qui en a pourtant besoin.

En effet, les soins de santé actuels nécessitent une revalorisation des soins de première ligne, qui jouent un rôle conséquent aujourd'hui dans la prévention en santé et l'utilisation adéquate et efficiente des soins en milieu hospitalier. L'avenir tend à décentraliser les soins et la place du référent de soins de santé primaire a tout son sens dans cette perspective.

En outre, le chapitre théorique souligne la problématique de sous-représentation des personnes âgées dans le domaine de la recherche et notamment dans les essais cliniques en oncologie. Cela semble refléter un système de soins de santé qui n'est pas assez orienté vers les besoins des personnes âgées. Ce constat n'est pas abordé dans les résultats mais mériterait d'être exploré plus en profondeur en vue de mieux comprendre la place des personnes âgées en santé publique. Par exemple, l'organisation de communautés de pratiques entre les différents soignants travaillant en oncologie et en gériatrie ainsi qu'avec ceux travaillant dans des services d'oncogériatrie. Le partage d'expérience professionnelle pourrait permettre l'émergence de solutions afin d'améliorer le parcours de soins d'un patient âgé atteint d'un cancer.

Enfin, il serait pertinent d'envisager une manière d'améliorer les trajets de soins des patients âgés atteints d'un cancer dans les différents hôpitaux dans une perspective de favoriser la collaboration oncogériatrique. Il a été démontré qu'une telle collaboration se fait davantage en fonction des affinités locales entre les disciplines oncologique et gériatrique et que les trajets de soins ne sont pas formalisés dans tous les hôpitaux.

c. Limites du travail

Certaines limites liées à ce mémoire seront exposées dans cette section.

Premièrement, il aurait été intéressant d'inclure dans une partie de la recherche les patients âgés soignés en oncologie afin de percevoir leurs besoins et de les confronter à ce que les soignants ont identifié. L'inclusion de cette population cible dans la recherche aurait néanmoins probablement créé des biais en raison de leurs fragilités potentielles.

Ensuite, il pourrait être bénéfique de compléter cette recherche avec des données quantitatives, notamment sur les interventions des soignants interrogés et leur impact sur la qualité de la prise en charge du patient âgé en oncologie.

Enfin, les entretiens ont été réalisés auprès de prestataires de soins de 3 hôpitaux différents (Cliniques de l'Europe site Saint-Elisabeth, CDLE site Saint-Michel et Institut Jules Bordet). Il serait enrichissant de réaliser des entretiens auprès de davantage d'hôpitaux à Bruxelles. De plus, la méthodologie n'incluait pas les prestataires de première ligne, mais il serait également intéressant de collecter leur expérience afin de la confronter à celle des soignants en milieu hospitalier.

Conclusion

Pour conclure, ce travail tente de répondre à une question de recherche qui fait partie d'une problématique plus large à l'échelle de la santé publique actuellement. En effet, **envisager une fonction de référent en milieu hospitalier pour une population gériatrique en oncologie faisant face à des problèmes spécifiques** consiste d'abord à essayer de renforcer l'intégration des soins clinique. Cette intégration clinique aura un impact direct sur l'intégration professionnelle entre tous les intervenants impliqués et cela permettra d'améliorer les intégrations organisationnelle et systémique, à une échelle plus large. La fonction du référent de soins se répercute finalement sur l'organisation des soins pour des patients souffrant de pathologies complexes, chroniques, consommant beaucoup de soins, tels que les patients gériatriques en oncologie.

La réalité des soins de santé actuellement ne permet pas de créer une nouvelle fonction en milieu hospitalier pour le référent de soins du patient oncogériatrique. Les compétences requises pour offrir la meilleure prise en charge d'un patient en oncologie avec des besoins spécifiques importants liés à son âge nécessitent des changements dans les rôles existants des intervenants multidisciplinaires en oncologie et en gériatrie.

En effet, la revue de littérature a mis en évidence que les personnes âgées atteintes d'un cancer nécessitent l'accompagnement par un prestataire de soins qualifiés pour améliorer leur parcours de soins et maintenir leur qualité de vie. Cependant, une telle fonction n'a pas encore été décrite pour ces patients et le référent de soins à l'hôpital en oncologie pour toutes les personnes souffrant d'un cancer est l'infirmière de coordination en oncologie.

Suite à l'analyse qualitative des données collectées au travers des entretiens semi-dirigés, les besoins spécifiques de la population ont été identifiés et le profil d'un référent de soins pouvant répondre à ceux-ci a été caractérisé. Ces résultats ont montré que les fragilités de cette population sont nombreuses et que la présence d'un référent qualifié permet d'améliorer la qualité et la continuité de leur prise en charge et de leur parcours de soins.

Afin d'envisager cette fonction de référent, différentes pistes ont été dégagées mais la plus réaliste demeure celle de la fonction de coordinatrice de soins en oncologie dotée d'une expertise gériatrique avec le soutien du référent de première ligne du patient. Cela signifie que les disciplines oncologique et gériatrique nécessitent davantage de collaboration interprofessionnelle et inter-organisationnelle entre elles, mais également avec la première ligne de soins.

BIBLIOGRAPHIE

Articles périodiques électroniques :

BRUIJNEN C.P., VAN HARTEN-KROUWEL D.G., KOLDENHOF J.J., EMMELOT-VONK M.H., WITTEVEENA P.O. (2019). Predictive value of each geriatric assessment domain for older patients with cancer: A systematic review. *Journal of Geriatric Oncology*, 10(6), 859-873. DOI: 10.1016/j.jgo.2019.02.010

CARTER N., VALAITIS R.K., LAM A., FEATHER J., NICHOLL J. et CLEGHORN L. (2018). Navigation delivery models and roles of navigators in primary care: a scoping literature review. *BMC Health Services Research*, 18(1), 1-13. DOI: 10.1186/s12913-018-2889-0.

COUDERC A.-L., BOULAHSSASS R., NOUGUERED E., GOBINA N., GUERIN O., VILLANIAE P. Et Al. (2019). Functional status in a geriatric oncology setting: A review. *Journal of Geriatric Oncology*, 10(6), 884-894.

DOLOGO N., DRIGA A., BROSE J. M, (2021). The Essential Role of Occupational Therapy to Address Functional Needs of Individuals Living with Advanced Chronic Cancers. *Seminars in Oncology Nursing*, 37(4), 151-172.

EXTERMANN M., BOLER Y., REICH R.R., LYMAN G.H., BROWN R.H., DEFELICE J., LEVINE R.M., LUBINER E.T., REYES P., SCHREIBER F.J., BALDUCCI L. (2012). Predicting the risk of chemotherapy toxicity in older patients: the Chemotherapy Risk Assessment Scale for High-Age Patients (CRASH) score. *Cancer*, 118(13), 3377-3386. DOI: 10.1002/cncr.26646

GOLDWASSER F. (2017). Les cancers en phase chronique : Nouveaux défis, nouvelles pluridisciplinarités. *Laennec*, 65, 6-24. DOI: 10.3917/lae.171.0006.

HAMAKER M.E., TE MOLDER M., THIELEN N., VAN MUNSTER B.C., SCHIPHORST A.H., VAN HUIS L.H. (2018). The effect of a geriatric evaluation on treatment decisions and outcome for older cancer patients - A systematic review. *Journal of Geriatric Oncology*, 9(5), 430-440. DOI: 10.1016/j.jgo.2018.03.014.

KANESVARAN R., MOHILE S., SOTO-PEREZ-DE-CELIS E., SINGH H. (2020). The Globalization of Geriatric Oncology: From data to practice. *American Society of Clinical Oncology Educational Book*, 40 (1). 107-115. DOI: 10.1200/EDBK_279513

KAPOOR V., ARORA S.P. (2022). Geriatric Assessments: Tools for Every Oncologist to Stage the Aging When Caring for Older Adults with Cancer. *Advances in Oncology*, 2(1), 81-97. DOI: 10.1016/j.yao.2022.02.011.

KELLY D., FERNANDEZ-ORTEGA P., ARJONA E.T., DANIELE B. (2021). The role of nursing in the management of patients with renal and hepatic cancers: A systematic literature review. *European Journal of Oncology Nursing*, 55, 1-14. DOI: 10.1016/j.ejon.2021.102043

KENIS C., DECOSTER L., FLAMAING J., DEBRUYNE P., DE GROOF I., FOCAN C. *et Al.* (2018). Adherence to geriatric assessment-based recommendations in older patients with cancer: a multicenter prospective cohort study in Belgium. *Original Articles Oncology Practice*, 29(9), 1987-1994. DOI: 10.1093/annonc/mdy210.

LODEWIJCKX E., KENIS C., FLAMAING J., DEBRUYNE P., DE GROOF I., FOCAN C. *et Al.* (2021). Unplanned hospitalizations in older patients with cancer: Occurrence and predictive factors. *Journal of geriatric oncology*, 12(3), 368-374, DOI: 10.1016/j.jgo.2020.11.004

MORGAN B. *et* TARBI E. (2016). The Role of the Advanced Practice Nurse in Geriatric Oncology Care. *Seminars in Oncology Nursing*, 32(1), 33-43. DOI: 10.1016/j.soncn.2015.11.005

NIGHTINGALE G., BATTISTI N.M.L., LOH K.P., PUTS M., KENIS C., GOLDBERG A. *et Al.* (2020). Perspectives on functional status in older adults with cancer: An interprofessional report from the International Society of Geriatric Oncology (SIOG) nursing and allied health interest group and young SIOG. *Journal of Geriatric Oncology*. 12(4), 658-665. DOI: 10.1016/j.jgo.2020.10.018.

PENNETIER A., FALCOWSKI S., PICARD N. (2018). Parcours de soins d'un patient atteint de cancer, du diagnostic à l'officine. *Actualités Pharmaceutiques*, 57(579), 46-49. DOI: 10.1016/j.actpha.2018.07.010.

PUTS M.T.E., STROHSCHIEIN F.J., DEL GIUDICE M.E., JIN R., LOUCKS A., AYALA A.P. *et Al.* (2018). Role of the geriatrician, primary care practitioner, nurses, and collaboration with oncologists during cancer treatment delivery for older adults: A narrative review of the literature. *Journal of Geriatric Oncology*, 9(4), 398-404.

PUTS M.T.E., OLDENMENDER W.H., HAASE K.R., SATTAR S., STROHSCHNEIN, F. J., BASKETT P.S. *et Al.* (2021). Optimizing care for older adults with cancer: International Society of Geriatric Oncology Nursing and Allied Health Interest Group and European Oncology Nursing Society survey results from nurses regarding challenges and opportunities caring for older adults with cancer. *Journal of Geriatric Oncology*, 12(6), 971-979.

SATTAR S., HAASE K.R., MILISEN K., CAMPBELL D., KIM S. J., CHALCHAL H. *et Al.* (2021). Évaluation systématique des chutes et du risque de chutes : Sondage sur l'attitude et les perceptions des infirmières cliniques en oncologie. *Canadian Oncology Nursing Journal*, 31(4), 376–385. DOI :10.5737/23688076314376385

STROHSCHNEIN F.J, NEWTON L., PUTS M.T.E, JIN R., HAASE K.R., PLANTE A. *et Al.* (2021). Optimizing the Care of Older Canadians with Cancer and their Families: A Statement Articulating the Position and Contribution of Canadian Oncology Nurses. *Canadian Oncology Nursing Journal*, 31(3), 352-356.

TAI C.-J., YANG Y.-H., HUANG C.-Y., PAN S.-C., HSIAO Y.-H., TSENG T.-G. *et Al.* (2021). Development of the Brief Geriatric Assessment for the General Practitioner. *The journal of nutrition, health & aging*, 25, 134-140. DOI: 10.1007/s12603-020-1456-7.

THIBAUD V., BILLY C., PRUD'HOMME J., GARIN J., HUE B., CATTENOZ C. *et Al.* (2022). Inside the Black Box: A Narrative Review on Comprehensive Geriatric Assessment-Driven Interventions in Older Adults with Cancer. *Cancers*, 14(7), 1-12. DOI: 10.3390/cancers14071642.

TUCH G., SOO W.K., LUO K.Y., FREARSON K., OH E.L., PHILIPS J.L. *et Al* (2021). Cognitive Assessment Tools Recommended in Geriatric Oncology Guidelines: A Rapid Review. *Current Oncology*, 28(5), 3987-4003. doi: 10.3390/curroncol28050339

VALERO S., SIMET G., FAUCHIER T., JAMET A., BOUCHAERT P., MIGEOT V. *et Al.* (2019). Hospitalisation non programmée des patients âgés atteints de cancer : quel parcours de soins ?. *Bulletin du Cancer*. 106(4), 293-303. DOI: 10.1016/j.bulcan.2018.12.012.

VALERO S., FAZILLEAU A., DE KEIZER J., ISAMBERT N., JAMET A., BOUCHAERT P. *et Al.* (2021). F-OGS, a new “Follow-up Onco-Geriatric Screening” tool during the follow-up of older patients undergoing oncological treatment. Pilot study of feasibility and acceptability. *Journal of Geriatric Oncology*. 13(13), 315-317. DOI: 10.1016/j.jgo.2021.11.009.

VANDERWALDE N.A., WILLIAMS G.R. (2020). Developing an electronic geriatric assessment to improve care of older adults with cancer receiving radiotherapy. *Technical Innovations & Patient Support in Radiation Oncology*. 16(1), 24-29. DOI: 10.1016/j.tipsro.2020.09.002.

ZHANG J., LIAO X., FENG J., YIN T., LIANG Y. (2019). Prospective comparison of the value of CRASH and CARG toxicity scores in predicting chemotherapy toxicity in geriatric oncology. *Oncology Letters*, 18(5), 4947-4955. DOI: 10.3892/ol.2019.10840

Documents non publiés ou à diffusion limitée (rapport, syllabus...)

AUJOULATI. (2021). WFSP2106 - *Introduction aux méthodes qualitatives en Santé publique*, séance 2, page 6. Unpublished document, syllabus, Université Catholique de Louvain, WoluweSaint-Lambert.

MACQ J. (2021). WFSP2101 - Organisation des soins et systèmes de soins santé. Unpublished document, syllabus, Université Catholique de Louvain, Woluwe-Saint-Lambert.

Pages web et sites internet

CHIREC. (2014). Une prise en charge personnalisée des patients âgés atteints d'un cancer. Disponible à l'adresse : <http://www.chirecpro.be/fr/news/une-prise-en-charge-personnalisee-des-patients-ages-atteints-dun-cancer> , Consulté le 21 novembre 2021.

CHU DE LIEGE. (s.d.) Plan Cancer. Disponible à l'adresse : https://www.chuliege.be/jcms/c2_17204817/nl/institut-de-cancerologie-arsene-burny/plan-cancer , Consulté le 21 novembre 2021.

FONDATION ARC. (2016). Personnes âgées et cancer [Version électronique]. Disponible à l'adresse <https://www.fondation-arc.org/support-information/brochure-personnes-agees-et-cancer>, Consulté le 5 novembre 2021.

FONDATION REGISTRE DU CANCER. (2021). Les chiffres du cancer. Disponible sur le site Web de la Fondation Registre du cancer : https://kankerregister.org/les_chiffres_du_cancer, Consulté le 12 octobre 2021.

INTERNATIONAL SOCIETY OF GERIATRIC ONCOLOGY. (2021). Why SIOG. Disponible à l'adresse : <https://siog.org/about-us/the-society/why-siog/>, Consulté le 10 octobre 2021.

INSTITUT NATIONAL DU CANCER. (s.d.). Oncogériatrie. Disponible à l'adresse <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/L-organisation-de-l-offre-de-soins/Oncogeriatie>, Consulté le 6 octobre 2021.

NATIONAL LIBRARY OF MEDICINE. (s.d.). Medical Oncology. Disponible à l'adresse : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/68008495> , Consulté le 18 octobre 2021.

NATIONAL LIBRARY OF MEDICINE. (s.d.). Geriatrics. Disponible à l'adresse : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/?term=geriatrics> , Consulté le 18 octobre 2021.

SCIENSANO (s.d.). Soutien spécifique au patient au moment de l'annonce du diagnostic du cancer. Disponible sur le site web du Centre du Cancer : <https://www.e-cancer.be/fr/step/soutien-specifique-au-patient-au-moment-de-lannonce-du-diagnostic-du-cancer> , Consulté le 11 février 2022.

SERVICE PUBLIC FEDERAL BELGE. (2021). COVID-19 : faible croissance de la population en 2020 et 2021. Disponible sur le site Web de STATBEL : <https://statbel.fgov.be/fr/nouvelles/covid-19-faible-croissance-de-la-population-en-2020-et-2021> , Consulté le 6 octobre 2021.

SERVICE PUBLIC FEDERAL BELGE. (2018). Le vieillissement de la population belge se stabilise dès 2040 en raison de la fin progressive de l'effet baby-boom. Disponible sur le site Web de STATBEL : : <https://statbel.fgov.be/fr/nouvelles/le-vieillissement-de-la-population-belge-se-stabilise-des-2040-en-raison-de-la-fin> , Consulté le 15 novembre 2021.

Rapports publiés

MOOR R. (2017). L'infirmier(e) coordinateur(rice) en oncogériatrie: lien entre les programmes de soins d'oncologie et de gériatrie. Disponible à l'adresse : https://www.congressofog.com/uploads/Ramona_Moor.pdf , Consulté le 20 novembre 2021.

PEETERS M., ZLOTTA A., ROUCOUX F., DE GREVE J., VAN BELLE S., HAELTERMAN M. *et Al.* (2006). Recommandations nationales Collège d'oncologie. *KCE reports vol. 29B*. Disponible à l'adresse : <https://kce.fgov.be/sites/default/files/2021-11/d20061027313.pdf> , Consulté le 20 Novembre 2021.

SPF SANTE PUBLIQUE. (2008). Plan National Cancer. Disponible à l'adresse https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/32_actions_f.pdf, consulté le 25 novembre 2021.

VAN ROOF E. (2013). Existe-t-il un profil type pour le coordinateur de soins oncologiques en Belgique ?. Disponible à l'adresse : <https://www.cancer.be/sites/default/files/livre-des-conferences-metier-CSO-2013.pdf>, Consulté le 28 janvier 2022.

WINSTON S. (2013). Le métier de coordinateur de soins en oncologie. Disponible à l'adresse : <https://www.cancer.be/sites/default/files/livre-des-conferences-metier-CSO-2013.pdf>, Consulté le 28 janvier 2022.

ANNEXES

Annexe 1

The Chemotherapy Risk Assessment Scale for High-Age Patients (CRASH) score

Predictors	Points		
	0	1	2
Hematologic score ^a			
Diastolic BP	≤72	>72	
IADL	26-29	10-25	
LDH (if ULN 618 U/L; otherwise, 0.74 /L*ULN)	0-459		>459
Chemotox ^b	0-0.44	0.45- 0.57	>0.57
Nonhematologic score ^a			
ECOG PS	0	1-2	3-4
MMS	30		<30
MNA	28-30		<28
Chemotox ^b	0-0.44	0.45-0.57	>0.57

(Exterman et Al., 2012).

Annexe 2

GUIDE ENTRETIEN

Je m'appelle Ella Mae Hall, je suis infirmière de formation avec une spécialisation en oncologie. Je travaille dans une unité de gériatrie à l'hôpital Saint-Michel (Cliniques de l'Europe, Etterbeek) depuis avril 2020. Actuellement, je suis en 2^e année de master en santé publique, à l'Université Catholique de Louvain. Je réalise un mémoire sur la fonction du référent de soins pour les patients âgés atteints d'un cancer.

Cet entretien durera entre 1 heure et 1 heure 30. Afin d'assurer la retranscription de cet entretien et avec votre accord, je souhaiterais enregistrer notre échange. Celui-ci restera anonyme, votre identité ne sera pas mentionnée ni tout autre élément permettant de vous identifier. Le contenu de la discussion ne sera utilisé que dans le cadre de mon mémoire. Si vous désirez arrêter à tout moment l'enregistrement, voici le bouton stop. Avez-vous des questions avant que nous commençons ? Pouvez-vous me confirmer que vous acceptez toujours de participer à la réalisation de mon travail ?

Questions :

Présentation du participant/de son travail :

1. Pouvez-vous vous présenter brièvement ? Quelle est votre fonction ? Depuis combien de temps travaillez-vous ici ?
2. Comment se déroule votre activité professionnelle ? Pouvez-vous me décrire une journée type ? De quoi sont composées vos journées de travail ? (Travail administratif, travail de terrain...)

L'oncogériatrie

3. Selon vous, quels sont les besoins spécifiques des patients âgés atteints d'un cancer ? Leurs objectifs de vie ?
4. Comment réalisez-vous le dépistage d'un patient fragile ?

Parcours de soins

5. Comment se déroule la prise en charge d'un patient âgé diagnostiqué d'un cancer au sein de l'hôpital ? Quels acteurs sont impliqués (Unité de gériatrie, One day géria, One day onco, Consultation onco, COM, coordination onco, liaison géria ...) ?
 - a. A quel moment allez-vous être impliqué ?
 - b. Comment décrivez-vous votre rôle dans ce parcours de soins ?
 - c. Selon vous, est-ce que vous intervenez dans un épisode de soins spécifique ou êtes-vous présent tout au long du parcours de soins du patient, de sa maladie ?

Référent de soins

6. Quelles sont vos compétences spécifiques auprès de patients âgés atteints d'un cancer ?
7. Quels sont les professionnels de la santé qui font partie de l'équipe multidisciplinaire autour d'un patient âgé atteint d'un cancer ?
 - a. Avec qui travaillez-vous le plus souvent ?
 - b. Comment décrivez-vous votre collaboration avec les membres de l'équipe multidisciplinaire (médecins, oncologues, gériatres, infirmières, psychologue, kiné, ergo, assistante sociale, CSO) ?
 - c. Existe-t-il une liaison gériatrique/oncogériatrique pour ce type de patients ? Si oui, comment fonctionne-t-elle ?
8. Dans votre pratique quotidienne, pensez-vous qu'il est important que ce profil de patients puisse avoir un référent de soins dans leur parcours ?
 - a. Quel est le prestataire de soins qui occupe la place de référent pour le patient ?
 - b. Quels sont ses atouts/limites ?
9. Comment décrivez-vous votre collaboration avec les prestataires de première ligne ?
 - a. Selon vous, quelle place occupent-ils auprès du patient âgé atteint d'un cancer ?
10. Enfin, souhaitez-vous ajouter quelque chose qui n'a pas été mentionné auparavant ?

