

Oncogériatrie : l'organisation d'une activité médicale coordinative.

*Diversité des perceptions et des pratiques
d'organisation.*

Lynda Sifer-Rivière

CERMES / POGOP

sifer@vjf.cnrs.fr

Enquête sociologique et qualitative

- ❑ Méthodes : sociologie des organisations et des professions, approches interactionnistes, enquêtes qualitatives
- ❑ L'influence des perceptions professionnelles pour mieux cerner les freins à la coordination professionnelle

Physicians' perceptions of cancer care for elderly patients: A qualitative sociological study based on a pilot geriatric oncology program (CROH, 2010)

- ❑ Le rôle des instruments dans l'organisation des pratiques en oncogériatrie

Ce que peuvent nous dire les instruments de travail de la gériatrie et de la cancérologie sur le rôle et la place des gériatres dans l'organisation des activités médicales en oncogériatrie (JOG, 2010)

Plan

1. Approches générales de la vieillesse et de la personne âgée
2. Perceptions professionnelles de la personne âgée atteinte de cancer
3. Ce que peuvent nous dire les instruments de travail sur le rôle et la place du gériatre dans les activités d'oncogériatrie

1) La France du début du 20ème siècle à aujourd'hui : de la figure du vieillard indigent à celle du retraité

- ❑ De l'obsession démographique au dénigrement de la vieillesse
- ❑ Le vieillard indigent
- ❑ L'émergence de la figure du retraité
- ❑ Une représentation toujours négative : déficitaire, dépendance, démence et perte d'autonomie
- ❑ 3ème et 4ème : un classement de la vieillesse ?
- ❑ Un plan dépendance (Alzheimer) en 2010 / 2011 ? Lié à la réforme des retraites.

1) L'âge ? : diversité des définitions et des approches

- ❑ Âge chronologique, physiologique biologique, fonctionnel
- ❑ Une réalité biologique (vieillesse normal ou sénescence / vieillissement anormal, prématuré)
- ❑ Un processus, un état, une construction sociale, médicale et professionnelle
- ❑ Une construction sociale de l'âge (influence de la médicalisation, biomédicalisation, organisation du travail, système de protection sociale)
- ❑ Une nouvelle sémiologie de l'âge : transformation démographique et sociologique de la famille, de l'organisation du travail ... longévité et augmentation des maladies (cancer)

2) Émergence de la pratique de l'oncogériatrie

- ❑ Vieillesse démographique
- ❑ Enjeux économiques, politiques, sociaux, organisationnels, professionnels, éthiques (moraux) et géographiques
- ❑ Conséquences épidémiologiques : « alarmiste »
- ❑ Politique active internationale
- ❑ Politique active de la part de l'Institut National du Cancer (INCa), mais également des pouvoirs publics
- ❑ Des organisations hospitalières peu adaptées aux nouveaux défis

Mais aussi

- ❑ Des oncologues médicaux face à de nouvelles incertitudes médicales (diag/trait/pronostic) (des entrepreneurs moraux)
- ❑ Des gériatres face à de nouvelles opportunités (dvpt nvelles compétence)
- ❑ Des porteurs de propositions et de solutions face à de nouveaux défis

2) Organiser la pratique de l'oncogériatrie : le rôle des UPCOG

- ❑ Une réponse organisationnelle et professionnelle pour répondre à divers problèmes :
 - diagnostic tardif
 - retard dans la prise en charge des personnes âgées
 - Investigations incomplètes
 - pronostic péjoratif,
 - traitements moins intensifs par rapport à une population plus jeune (voire inégalités dans l'accès aux traitements)
 - peu ou pas d'essais cliniques
 - complications thérapeutiques, etc.

- ❑ Une réponse adaptée aux contextes locaux d'organisation : compromis et négociation (// nouveau mode d'action publique + régionalisation)

- ⇒ Enjeux d'ordre professionnel, organisationnel, mais aussi politique, économique, moral et géographique

- ⇒ Inscription dans la politique de lutte contre le cancer (// RRC) : soin / recherche / enseignement

2) Diversité des perceptions de l'âge : 70/75/80/85

- ❑ D'abord des perceptions professionnelles différentes : l'influence de l'appartenance professionnelle
 - Pour les OM/RT = un critère de tri, aide à la décision
 - Pour les G = l'âge ne doit pas être un facteur discriminant
 - Pour les Chir/Anest = le vieillissement, un ajustement
- ❑ Confusion fréquente entre discipline médicale / nouvelle activité médicale
- ❑ Attentes différentes : clarification des rôles par la pratique quotidienne = apprentissage
- ❑ Conceptions hétérogènes des rôles professionnels comme des moments d'intervention : quel modèle d'organisation ?
- ❑ Compétition entre « jeunes » et « vieux », « vieux » et « déments » / « gériatriques »

2) Des incompréhensions, des rivalités professionnelles, des querelles de territoire

☐ Les gériatres

- Le sentiment de faire le sale boulot (dirty work)
- Le constat d'une intervention trop tardive
- L'apprentissage des hiérarchies implicites dans le cancer
- Le sentiment de l'illégitimité

☐ Les intervenants médicaux du cancer : des attentes variées, parfois secondaires et contradictoires

a) Le chirurgien

- Coordination avec l'anesthésiste, à qui il incombe d'intégrer les savoirs gériatriques
- Déléguer la prise en charge

b) Les RT / Chir / Spécialiste d'organe /

Mise en concurrence avec les médecins des soins palliatifs

c) Les OM

un travail d'articulation entre la cancérologie et la gériatrie et le travail d'enrôlement des intervenants chirurgicaux et médicaux de la cancérologie

Conséquences

1. Un travail d'investissement conséquent et parfois épuisant (porteurs du projet)
2. Un travail d'apprentissage par et dans l'expérience
3. L'invention quotidienne de nouvelles conventions et routines : émergence de savoirs partagés tout en respectant les spécificités des métiers et les disciplines
4. La personne âgée : une contingence mineure dans la construction en cours des pratiques en oncogériatrie

3) La coordination : un travail d'articulation pensé à partir d'outils

□ La Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP)

1. Rendue obligatoire pour la décision thérapeutique de tous les nouveaux cas de cancer,
2. un temps d'échanges et de discussions entre les différents métiers de la cancérologie autour du dossier médical.

□ Les procédures d'évaluation gériatrique

1. Cerner l'état de santé d'une personne âgée, sa vulnérabilité ou sa fragilité
2. Orienter les recherches de dépendances et de syndromes gériatriques.

3) Situation d'ensemble : deux règles d'organisation pour articuler les instruments de travail

❑ Un critère d'âge – 75 ans (// oncodage)

⇒ adoption d'une ligne de conduite identique pour les spécialistes du cancer

❑ Le passage du dossier du patient au sein d'une RCP

⇒ dossier qui est supposé comporter le bilan et l'avis du gériatre selon la règle du critère d'âge.

⇒ Le gériatre peut y être associé ou convié.

⇒ organisation classique de la prise en charge du cancer, à cela près que la décision médicale intègre de diverses manières les répertoires des connaissances techniques, scientifiques et médicales de la gériatrie.

3) Critère d'âge et procédures d'évaluation gériatrique : des supports de négociations professionnelles et organisationnelles

- ❑ Rôle : dépistage, de la prévention des vulnérabilités, des fragilités des personnes âgées atteintes de cancer au moment du diagnostic initial et de la décision médicale.
- ❑ Procédures perçues comme des techniques supplémentaires et complémentaires pertinentes pour fonder la décision médicale sur d'autres critères.
- ❑ C'est par ces procédures de travail **au concret** qu'ont été diffusées et transmises les compétences et les savoir-faire du gériatre.
- ❑ Cette diffusion a permis aux spécialistes du cancer d'appréhender les interventions du gériatre comme un moyen d'améliorer la prise en charge des personnes âgées atteintes de cancer, mais uniquement dans les situations où ils les jugent nécessaires.
- ❑ Critère d'âge et procédures = **des repères d'action plus que des règles figées à appliquer obligatoirement.**

3) Mais quand faire appel à ces procédures et au gériatre ?

- ❑ Le critère de l'âge : controversé pour tous

- ❑ D'autres critères interviennent :
 - les caractéristiques démographiques du bassin de vie où se situe l'établissement,
 - l'état des relations professionnelles
 - elles-mêmes structurées par des histoires locales, l'organisation interne des établissements qui facilite (ou non) la programmation et la planification des interventions gériatriques (équipe mobile de gériatrie, service de gériatrie),
 - les coopérations interétablissements en oncogériatrie.

Critère d'âge et procédures d'évaluation gériatrique = des supports de négociations locales qui rendent possible l'activité

3) Des rôles complémentaires émergents : douter pour dépister, prévenir et ajuster les traitements

- ❑ Mobilisation des savoir-faire et des compétences des gériatres de deux manières :
 1. en amont et/ou 2. en aval de la RCP
- ❑ Répartition implicite et informelle des rôles, configuration organisationnelle toujours variable et provisoire
- ❑ Mais qui ont pour caractéristique commune de placer les gériatres en situation de dépendance à l'égard des médecins spécialistes du cancer.
- ❑ Une structuration informelle qui place l'oncologue médical à la frontière de la cancérologie et de la gériatrie, les spécialistes d'organe, chirurgiens et radiothérapeutes prenant l'avis de l'oncologue médical avant d'adresser le patient au gériatre

3) Des configurations variables : diversité de l'articulation des procédures de travail

- Politique interne de l'établissement
 - Soutien de la direction de l'établissement
 - Soutien du chef de service ou de pôle
 - Nombre de RCP : nombreuses
 - Organisation interne et relations internes
 - Intérêts portés par les médecins du cancer
 - Intérêts par les gériatres
 - Travail d'accord en amont existant (ou pas) : programmation et planification éventuelle
- ⇒ Observations de deux situations : consultation / concertation

Une situation de consultation (1)

- ❑ Il s'agit de la situation où les spécialistes du cancer adressent le patient au gériatre pour un diagnostic.
 - ❑ Dans cette configuration, le travail du gériatre se juxtapose à celui du travail médical en cancérologie.
 - ❑ Le travail du gériatre dépend ainsi le plus souvent de la demande des spécialistes du cancer.
 - => Si le gériatre souhaite participer plus activement, il doit négocier sa place et trouver les moyens d'assister par exemple à la RCP où le dossier du patient était discuté.
 - ❑ Selon les configurations et l'état des relations professionnelles, ces situations ont contribué à des arrangements professionnels divers selon la pathologie cancéreuse.
- => Ces arrangements sont précaires et toujours négociés. À ce stade, l'activité se déploie de manière aléatoire.**

Une situation de consultation (2)

- ❑ Le gériatre peut être aussi convié aux RCP dans des situations assez précises : celles où le patient âgé se trouvait dans une situation clinique au pronostic péjoratif, et atteint de troubles cognitifs ou de démence.

- ❑ L'objectif de la réunion = amener le gériatre à confirmer la décision palliative du traitement, et éventuellement de le conduire à se charger de l'organisation de la prise en charge de ce patient au sein de ses services.

=> Dans la même situation, certains spécialistes peuvent préférer recourir directement au médecin des soins palliatifs, plaçant alors les deux métiers en concurrence.

- ❑ Situation nouvelle pour les gériatres : un avis sur les possibilités curatives ou non d'un traitement

- ❑ La présence d'une équipe mobile en gériatrie favorise cette situation.

La situation de concertation

- ❑ Il s'agit de la situation où la participation des gériatres aux RCP d'oncogériatrie (ou pas) est organisée et structurée, jusqu'à l'intégration du gériatre dans les activités de cancérologie d'un établissement ou d'un service d'oncologie.
- ❑ Présence d'un gériatre, à temps plein ou à mi temps, dans un service d'oncologie et/ou par la présence planifiée d'un gériatre aux RCP.
- ❑ Cette organisation repose en amont sur un soutien des directions d'établissements.
- ❑ Spécialistes du cancer et gériatres se réunissent ensemble pour discuter et résoudre un problème clinique.
- ❑ Le gériatre fait progressivement pleinement partie de l'équipe médicale et y découvre les hiérarchies implicites entre les divers métiers de la cancérologie.
- ❑ *“Il y fait sa place”* et participe à la prise en charge du patient tout au long du parcours de soins.
- ❑ Pour les spécialistes du cancer, la présence quotidienne du gériatre a permis en retour d'intégrer et de comprendre son point de vue et ses spécificités, et parfois de partager ses valeurs professionnelles

Suivi et surveillance de la personne âgée atteinte de cancer: toujours un impensé (1)

- ❑ Les gériatres = jusqu'ici plus rarement associés aux phases de suivi et de surveillance.
- ❑ Or, pour les gériatres, il est impératif de réévaluer l'état du patient tout au long de sa prise en charge.
- ❑ Quand ces derniers sont associés, les spécialistes du cancer ont décrit des situations où ils ont recours au gériatre au même titre qu'ils auraient eu recours au médecin de soins palliatifs, voire aux psychologues et assistantes sociales, pour tout ce qui est qualifié de “maintien de la qualité de vie à domicile” et de “réadaptation sociale”.
- ❑ Les gériatres = à nouveau en concurrence avec d'autres acteurs médicaux et non médicaux.
- ❑ Les gériatres ont été vus comme **des passeurs vers les institutions spécifiques**, à l'exception du cas où le gériatre fait pleinement partie de l'équipe de cancérologie dédiée à l'oncogériatrie.

Suivi et surveillance de la personne âgée atteinte de cancer: toujours un impensé (2)

- ❑ L'offre de soins en cancérologie, comme en gériatrie = réorganisation de plus en plus au domicile et autour d'activités ambulatoires.
- ❑ Dans ce contexte, les spécialistes du cancer négocient auprès du gériatre le passage d'un patient dans son service afin de libérer un lit.
- ❑ Les gériatres, selon leurs conditions de travail, vivent plus ou moins bien cette négociation,
- ❑ Le travail de conception du parcours de soins dans son intégralité et dans ses variations selon les spécificités relatives au type de cancer n'a pas encore été jusqu'ici bien identifié.
- ❑ Il a été constaté dans les discours comme dans la pratique quotidienne que la tarification à l'activité a introduit des notions de rentabilité qui viennent perturber implicitement le dialogue professionnel à cet égard.

Conclusions

□ Une même UPCOG:

- Diversité des pratiques et des modes d'organisation
- Influence des conditions locales d'organisation (et des relations locales entre établissements)
- Négociation professionnelle
- L'UPCOG : rôle de clarification l'activité médicale en oncogériatrie (identification de médecins, définition de projets communs, initiation et structuration de partenariats jusque-là inexistantes), support des premiers apprentissages

□ La place de la gériatrie et du gériatre:

- Difficile tout au long du déroulement de la prise en charge,
- Un rôle dépendant des décisions en amont des spécialistes du cancer, les conduisant à intervenir parfois trop tardivement et/ou de manière plus ou moins aléatoire.
- Il estime être réduit à la passation d'évaluations sans que son avis et ses propositions ne soient véritablement pris en considération, à l'exception des situations où les gériatres sont pleinement associés au travail médical de la cancérologie.
- Toutefois, les techniques de travail du gériatre ont largement contribué à diffuser la complémentarité des techniques et des savoir-faire.