

# Oncologie médicale

- **Principal rédacteur de cette synthèse**  
Jean-Pierre LOTZ, Tenon.
- **Participation de la spécialité à l'aval des urgences**
  - Les services d'oncologie médicale de l'AP-HP sont amenés à prendre en charge les patients souffrant de complications aiguës des traitements médicaux des cancers ou des patients en situation de maladie avancée avec symptômes graves pouvant mener à des hospitalisations en urgence (douleurs, complications thrombo-emboliques, hypercalcémie, troubles métaboliques, défaillance viscérale...).
  - Procédures des services d'oncologie médicale disponibles aux urgences pour certains hôpitaux : idée à diffuser.
  - Seul le service d'oncologie de l'hôpital Tenon bénéficie d'une garde médicale 24h/24, 7j/7.
- **Grandes progrès envisageables dans la spécialité**
  - Augmentation significative des taux de survie sans progression et des survies globales.
  - Surveillance plus serrée et plus longue ; mais aussi seconds cancers et rechutes tardives.
  - Thérapies ciblées sur de longues périodes de temps, parfois supérieures à 10 ans.
  - Modification du génie évolutif des cancers : nouveaux sites métastatiques (par exemple, métastases cérébrales des cancers de l'ovaire), carcinomes péritonéaux plus fréquentes, durée de prises en charges plus longues.
  - Innovations : nouvelles thérapies, nouvelles associations, nouvelles toxicités, coûts.
  - Chimiothérapies et thérapies ciblées orales non valorisées, alors qu'elles sont sources de toxicité.
- **Poids et profil des patients chroniques dans la spécialité**

Le poids des patients chroniques au sein des services d'oncologie va croissant :

  - traitements prolongés par anticorps monoclonaux intraveineux en situation de maladie métastatique contrôlée voire en rémission complète (par exemple, Trastuzumab et cancer du sein) ;
  - multiples lignes de chimiothérapies et/ou de thérapies ciblées dans certains cancers (par exemple, cancer du rein) ;
  - qualité de la survie améliorée grâce aux soins de support (par exemple, *Best supportive care* dans le cancer bronchiques) ;
  - nombre croissants de patients issus d'un milieu défavorisé, en situation précaire ou sans couverture sociale, avec besoins croissants en assistantes sociales et en psychologues ;
  - impact croissant de la polypathologie, de la cancérologie du sujet âgé ;
  - manques de lits identifiés de soins palliatifs (LISP), avec inadéquation entre leur nombre et l'effectif soignant qui y est affecté, malgré les critères légaux ;
  - rôle croissant des soins de support et des équipes mobiles ;
  - non-valorisation des multiples revues de concertation pluridisciplinaire (RCP, entre 4 et 8 par oncologue) en proportion du temps médical qui leur est consacré.
  - Non-valorisation de la gestion des toxicités des traitements oraux avec nécessité de créer des pôles de prise en charge par une infirmière diplômée d'état.
- **Masses critiques pour les activités cliniques et les plateaux techniques**
  - Regrouper les malades par pathologie, les HdJ de chimiothérapie.
  - Interdire les chimiothérapies dans des services non agréés ou en défaut d'encadrement (chimios parfois administrées dans des services de chirurgie...).
  - Critères de l'INCa mais à ramener à l'individu et non pas à la structure ? (problématique INCa).
  - Groupe « sarcome AP-HP ».
  - Construire un réseau phase I multi-site ? Plateforme phase-I AP-HP avec personnel dédié ?
- **Coopération avec les médecins de ville**

- Probablement faible : manque de formation, peu de maladies diagnostiquées de novo, difficulté de prise en charge des patients, tendance à transférer l'intégralité du suivi et des thérapeutiques de ville vers l'oncologie, complexité des traitements, renvoi des malades vers l'oncologue. De facto, le rôle du médecin traitant est le plus souvent faible en dehors de la procédure ALD30.
- Exception des quelques médecins impliqués dans les réseaux
- Projet développé depuis deux ans : formation d'internes de médecine générale au sein du réseau ONCORIF (agrément DESC cancérologie, DES santé publique).
- **Filières de soins à l'intérieur (entre les GH) et hors de l'AP-HP**
  - Moyens séjours (SSR) AP-HP.
  - Problématique de l'hôpital Rothschild non résolue : difficulté d'accès (sectorisation, âge minimum de 75 ans, très peu de patients acceptés).
  - Manque de SSR oncologique et d'unités de soins palliatifs (USP) au sein de l'AP-HP, Paul Brousse excepté.
  - Nécessité d'ouvrir les services de cancérologie vers les réseaux : accueil, consultation réseaux... mais problème de formation, de prise en charge sur les réseaux.
- **Substituts à l'hospitalisation conventionnelle : hôpital de jour, hospitalisation à domicile, ambulatoire...**
  - Services d'oncologie devant intégrer de nouveaux concepts : lit d'urgences cancérologiques, lit d'urgence soins palliatifs/douleurs ?
  - Lits dédiés aux essais cliniques avec CIC dédié cancérologie, avec nomenclature dédiée ?
- **Impact de la télémédecine**
  - Actuellement aucun ; projet à Cochin.
  - Suivi téléphonique existant dans plusieurs services avec numéro unique.
  - Visioconférence/RCP multi-site existantes.
- **Commentaires libres**
  - Création de consultations de sortie avec poste dédié (IDE et/ou pharmacien).
  - Poids du critère activité parfois excessif.
  - Manque de temps pour les soins et la recherche clinique (moyens ARC, temps médical...).
  - Problème du codage réalisé par des non-professionnels dans certains établissements.
  - Devenir de l'oncologie de Beaujon à préciser.
  - Attractivité de l'AP-HP : à adapter à notre siècle (communication, visibilité).
  - Rassembler autour des centres experts et donner les moyens de l'excellence.
  - Humanisation et réhabilitation des locaux parfois très obsolètes et inacceptables au XXI<sup>e</sup> siècle.
- **Voir aussi**

Plan stratégique Cancer de l'AP-HP, en annexe séparée.