



HAL
open science

**Quels sont les critères de décision de la prise en charge
oncologique de la personne âgée par le médecin
généraliste en Lorraine ? Étude descriptive quantitative
observationnelle réalisée auprès de 430 médecins
généralistes en Lorraine**

Jean-Marie Hubert

► **To cite this version:**

Jean-Marie Hubert. Quels sont les critères de décision de la prise en charge oncologique de la personne âgée par le médecin généraliste en Lorraine ? Étude descriptive quantitative observationnelle réalisée auprès de 430 médecins généralistes en Lorraine. Sciences du Vivant [q-bio]. 2015. hal-01732034

HAL Id: hal-01732034

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01732034>

Submitted on 14 Mar 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

THÈSE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale.

par

Jean-Marie HUBERT

le 14 septembre 2015

**QUELS SONT LES CRITÈRES DE DÉCISION DE LA PRISE EN
CHARGE ONCOLOGIQUE DE LA PERSONNE ÂGÉE PAR LE
MÉDECIN GÉNÉRALISTE EN LORRAINE ?**

ÉTUDE DESCRIPTIVE QUANTITATIVE OBSERVATIONNELLE RÉALISÉE
AUPRÈS DE 430 MÉDECINS GÉNÉRALISTES EN LORRAINE

Examineurs de la thèse :

M. A. BENETOS	Professeur	Président
M. D. PEIFFERT	Professeur	Juge
Mme C. PERRET-GUILLAUME	Professeur	Juge
M. A. MASSON	Docteur	Juge
M. J-Y. NIEMIER	Docteur	Directeur - Juge



UNIVERSITÉ
DE LORRAINE



FACULTÉ de MÉDECINE
NANCY

Président de l'Université de Lorraine :
Professeur Pierre MUTZENHARDT

Doyen de la Faculté de Médecine
Professeur Marc BRAUN

Vice-doyens

Pr Karine ANGIOI-DUPREZ, Vice-Doyen

Pr Marc DEBOUVERIE, Vice-Doyen

Assesseurs :

Premier cycle : Dr Guillaume GAUCHOTTE

Deuxième cycle : Pr Marie-Reine LOSSER

Troisième cycle : Pr Marc DEBOUVERIE

Innovations pédagogiques : Pr Bruno CHENUUEL

Formation à la recherche : Dr Nelly AGRINIER

Animation de la recherche clinique : Pr François ALLA

Affaires juridiques et Relations extérieures : Dr Frédérique CLAUDOT

Vie Facultaire et SIDES : Dr Laure JOLY

Relations Grande Région : Pr Thomas FUCHS-BUDER

Etudiant : M. Lucas SALVATI

Chargés de mission

Bureau de docimologie : Dr Guillaume GAUCHOTTE

Commission de prospective facultaire : Pr Pierre-Edouard BOLLAERT

Universitarisation des professions paramédicales : Pr Annick BARBAUD

Orthophonie : Pr Cécile PARIETTI-WINKLER

PACES : Dr Chantal KOHLER

Plan Campus : Pr Bruno LEHEUP

International : Pr Jacques HUBERT

=====

DOYENS HONORAIRES

Professeur Jean-Bernard DUREUX - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER

Professeur Henry COUDANE

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND -
Pierre BEY

Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL - Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE

Jean-Louis BOUTROY - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT -

François CHERRIER Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Jean-Pierre DELAGOUTTE -

Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS

Jean-Bernard DUREUX - Gérard FIEVE - Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER -

Pierre GAUCHER

Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Oliéro GUERCI - Claude HURIET

Christian JANOT - Michèle KESSLER - François KOHLER - Jacques LACOSTE - Henri LAMBERT -

Pierre LANDES

Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS

Jean-Pierre MALLIÉ - Michel MANCIAUX - Philippe MANGIN - Pierre MATHIEU - Michel MERLE -

Denise MONERET-VAUTRIN Pierre MONIN - Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis

PENIN - Gilbert PERCEBOIS

Claude PERRIN - Guy PETIET - Luc PICARD - Michel PIERSON - François PLENAT - Jean-Marie POLU -

Jacques POUREL Jean PREVOT - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER - Denis REGENT -

Michel RENARD - Jacques ROLAND
René-Jean ROYER - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Michel SCHWEITZER - Daniel SIBERTIN-BLANC -
Claude SIMON Danièle SOMMELET - Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT -
Hubert UFFHOLTZ - Gérard VAILLANT Paul VERT - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET -
Jean-Pierre VILLEMOT - Michel WAYOFF - Michel WEBER

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Pierre BEY - Professeur Marc-André BIGARD –
Professeur Jean-Pierre CRANCE Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE – Professeure Michèle KESSLER -
Professeur Jacques LECLERE
Professeur Pierre MONIN - Professeur Jean-Pierre NICOLAS - Professeur Luc PICARD –
Professeur François PLENAT Professeur Jacques POUREL - Professeur Michel SCHMITT –
Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC
Professeur Hubert UFFHOLTZ - Professeur Paul VERT - Professeure Colette VIDAILHET -
Professeur Michel VIDAILHET Professeur Michel WAYOFF

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Professeur Gilles GROSDIDIER - Professeur Marc BRAUN

2^{ème} sous-section : (*Cytologie et histologie*)

Professeur Bernard FOLIGUET – Professeur Christo CHRISTOV

3^{ème} sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDECINE

1^{ère} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} sous-section : (*Radiologie et imagerie médecine*)

Professeur Michel CLAUDON – Professeure Valérie CROISÉ-LAURENT

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER -

Professeur René ANXIONNAT

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard NAMOUR

2^{ème} sous-section : (*Physiologie*)

Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUÉL – Professeur Christian BEYAERT

4^{ème} sous-section : (*Nutrition*)

Professeur Olivier ZIEGLER – Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière*)

Professeur Alain LE FAOU - Professeur Alain LOZNIIEWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER

2^{ème} sous-section : (*Parasitologie et Mycologie*)

Professeure Marie MACHOUART

3^{ème} sous-section : (*Maladies infectieuses ; maladies tropicales*)

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD – Professeure Céline PULCINI

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Épidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Francis GUILLEMIN

Professeur Denis ZMIROU-NAVIER – Professeur François ALLA

2^{ème} sous-section : (*Médecine et santé au travail*)

Professeur Christophe PARIS

3^{ème} sous-section : (*Médecine légale et droit de la santé*)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Professeure Eliane ALBUISSON – Professeur Nicolas JAY

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Professeur Pierre FEUGIER

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY - Professeur Didier PEIFFERT

Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie - réanimation ; médecine d'urgence)

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Gérard AUDIBERT

Professeur Thomas FUCHS-BUDER – Professeure Marie-Reine LOSSER

2^{ème} sous-section : (Réanimation ; médecine d'urgence)

Professeur Alain GERARD - Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Bruno LÉVY –

Professeur Sébastien GIBOT

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET – Professeur J.Y. JOUZEAU (*pharmacien*)

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)

Professeur François PAILLE – Professeur Faïez ZANNAD - Professeur Patrick ROSSIGNOL

49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Hervé VESPIGNANI - Professeur Xavier DUCROCQ – Professeur Marc DEBOUVERIE

Professeur Luc TAILLANDIER - Professeur Louis MAILLARD – Professeure Louise TYVAERT

2^{ème} sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE – Professeur Olivier KLEIN

Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS

3^{ème} sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)

Professeur Bernard KABUTH

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean PAYSANT

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Daniel MOLE - Professeur Didier MAINARD - Professeur François SIRVEAUX –

Professeur Laurent GALOIS

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénérologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeure Annick BARBAUD

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie ; addictologie)

Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE

Professeur Nicolas SADOUL - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Thierry FOLLIGUET

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI – Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeure Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE ET CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN - Professeur Athanase BENETOS
Professeure Gisèle KANNY – Professeure Christine PERRET-GUILLAUME

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET
Professeur Cyril SCHWEITZER – Professeur Emmanuel RAFFO – Professeure Rachel VIEUX

2^{ème} sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean-Louis LEMELLE

3^{ème} sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Olivier MOREL

4^{ème} sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)

Professeur Roger JANKOWSKI – Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER

2^{ème} sous-section : (Ophtalmologie)

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeure Karine ANGIOI

3^{ème} sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)

Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeure Muriel BRIX

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Professeur Walter BLONDEL

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur Jean-Marc BOIVIN

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur associé Paolo DI PATRIZIO

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON – Docteure Manuela PEREZ

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Docteur Edouard BARRAT - Docteure Françoise TOUATI – Docteure Chantal KOHLER

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Docteure Aude MARCHAL – Docteur Guillaume GAUCHOTTE

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDECINE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Docteur Jean-Claude MAYER - Docteur Jean-Marie ESCANYE

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médecine)

Docteur Damien MANDRY – Docteur Pedro TEIXEIRA (stagiaire)

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN
Docteure Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA –
Docteur Abderrahim OUSSALAH (*stagiaire*)

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Docteur Mathias POUSSEL – Docteure Silvia VARECHOVA

3^{ème} sous-section : (Biologie Cellulaire)

Docteure Véronique DECOT-MAILLERET

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)

Docteure Véronique VENARD – Docteure Hélène JEULIN – Docteure Corentine ALAUZET

2^{ème} sous-section : (Parasitologie et mycologie (type mixte : biologique))

Docteure Anne DEBOURGOGNE (*sciences*)

3^{ème} sous-section : (Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales)

Docteure Sandrine HENARD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Epidémiologie, économie de la santé et prévention)

Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE – Docteure Frédérique CLAUDOT – Docteur Cédric BAUMANN –
Docteure Nelly AGRINIER (*stagiaire*)

2^{ème} sous-section (Médecine et Santé au Travail)

Docteure Isabelle THAON

3^{ème} sous-section (Médecine légale et droit de la santé)

Docteur Laurent MARTRILLE

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion : option hématologique (type mixte : clinique))

Docteur Aurore PERROT (*stagiaire*)

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie : cancérologie (type mixte : biologique))

Docteure Lina BOLOTINE

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Docteur Christophe PHILIPPE – Docteure Céline BONNET

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)

Docteure Françoise LAPICQUE – Docteur Nicolas GAMBIER – Docteur Julien SCALA-BERTOLA

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Docteure Anne-Christine RAT

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Docteure Anne-Claire BURSZTEJN

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire)

Docteur Fabrice VANHUYSE

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Docteur Stéphane ZUILY

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Docteur Jean-Baptiste CHEVAUX (*stagiaire*)

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)

Docteure Laure JOLY

=====

MAÎTRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteur Elisabeth STEYER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

19^{ème} Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

60^{ème} Section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE, GÉNIE CIVIL

Monsieur Alain DURAND

61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Monsieur Jean REBSTOCK

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Claire LANHERS – Monsieur Pascal REBOUL – Monsieur Nick RAMALANJAONA

65^{ème} Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Monsieur Jean-Louis GELLY - Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE
Monsieur Christophe NEMOS - Madame Natalia DE ISLA - Madame Nathalie MERCIER –
Madame Céline HUSELSTEIN

66^{ème} Section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale

Docteur Sophie SIEGRIST - Docteur Arnaud MASSON - Docteur Pascal BOUCHE

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)

Professeure Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIËTNAM)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume-Uni)
Professeur Yunfeng ZHOU (2009)
Université de Wuhan (CHINE)
Professeur David ALPERS (2011)
Université de Washington (U.S.A)
Professeur Martin EXNER (2012)
Université de Bonn (ALLEMAGNE)

REMERCIEMENTS

À notre Maître et Président de Jury

Monsieur le Professeur Athanase BENETOS,

Professeur de Médecine Interne, Gériatrie et Biologie du Vieillissement,

vous nous faites l'honneur de présider notre jury de thèse.

Veillez recevoir le témoignage de notre gratitude et de notre profond respect.

À notre Maître et Juge,

Monsieur le Professeur Didier PEIFFERT,

Professeur de Cancérologie-Radiothérapie,

nous vous sommes reconnaissants de l'intérêt que vous avez bien voulu témoigner
à ce travail par votre présence dans ce jury.

Veillez trouver ici l'expression de notre plus grand respect.

À notre Maître et Juge,

Madame le Professeur Christine PERRET-GUILLAUME,

Professeur de Médecine Interne,

vous nous faites l'honneur d'avoir accepté de siéger dans notre jury.

Vous avez su me communiquer l'envie de pratiquer la gériatrie.

Veillez trouver ici l'expression de nos sentiments les plus sincères.

À notre Maître et Juge,

Monsieur le Docteur Arnaud MASSON,

Docteur en Médecine Générale,

qui nous faites l'honneur de siéger dans notre jury.

Nous vous remercions de vos conseils prodigués tout au long de mon stage.

Soyez assuré de notre reconnaissance.

À notre Juge et Directeur de thèse,

Monsieur le Docteur Jean-Yves NIEMIER,

Gériatre,

vous nous avez fait l'honneur de diriger cette thèse.

Nous vous remercions pour votre écoute attentive et vos conseils
tout au long de ce travail.

Que celui-ci soit l'occasion de vous témoigner notre gratitude.

A l'ULCOG et au service de gériatrie du CHRU de Brabois,
pour leur participation financière. Veuillez accepter une infinie gratitude.

A l'Ordre des Médecins de chaque département de Lorraine,
pour nous avoir fourni leurs listes d'une grande valeur.

A Madame le Docteur Nguyen,
pour son aide précieuse lors de l'analyse statistique.

A mes Maîtres de stage et de SASPAS,
Mesdames les Dr Seris et Dr Di Santolo, Messieurs les Dr Lounis, Dr Abdanne, Dr Rozaire et Dr Azzi qui m'ont fait découvrir et aimer la médecine générale.

Aux équipes médicales et paramédicales,
des services des urgences adultes de Sarreguemines, du service de gériatrie du CHRU de Brabois et de l'HADAN. Avec mes sincères remerciements.

A tous les médecins qui ont répondu au questionnaire.

A mon épouse, Sophie,

Se rencontrer fût une chance et avancer ensemble une joie de chaque instant.
Je te promets que le meilleur reste à venir.
Tu es ma force.

A mes parents,

Merci pour votre présence et votre soutien durant toutes ces années.
Pour tous les sacrifices que vous avez été contraints de faire.

A mes grands-parents, à toutes mes familles HUBERT, MARIANI et BECKER,

Merci pour les valeurs que vous m'avez transmises.

A Sarah et Patrice Becker,

Merci pour votre gentillesse et le soutien que vous m'avez toujours témoigné.

A mes amis,

Famille Ismert, Aline Briot, Philippe Siebert, Christelle Kieffer et Famille Greff.

SERMENT

« **A**u moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque ».

TABLE DES MATIERES

<u>REMERCIEMENTS</u>	p 8
<u>LISTE DES ABREVIATIONS</u>	p 21
<u>TABLE DES ILLUSTRATIONS</u>	p 22
<u>INTRODUCTION</u>	p 27
<u>PREMIERE PARTIE : GENERALITES</u>	p 28
I) Etat des lieux et perspectives de la population âgée en France et en Lorraine	p 28
A) Définition de la personne âgée	p 28
1) En France, l'inéluctable vieillissement va s'amplifier	
2) La Lorraine connaîtra un vieillissement plus soutenu	
3) Portrait des plus de 60 ans en Lorraine dans les prochaines années	
a) Répartition inégale de la population sur le territoire lorrain	
b) Féminisation de la population âgée en Lorraine	
c) Isolement des personnes âgées en Lorraine	
d) Précarité de la population âgée en Lorraine	
B) Etat des lieux du cancer dans la population âgée	p 33
1) Epidémiologie du cancer chez le sujet âgé en France et en Lorraine	
a) Evolution de l'incidence du cancer chez le sujet âgé	
b) Incidence du cancer chez le sujet âgé en Lorraine	
2) Mortalité du cancer en France et en Lorraine	
a) Mortalité du sujet âgé en France	
b) Mortalité du sujet âgé en Lorraine	
3) Survie des sujets âgés atteints de cancer	
C) L'organisation de la cancérologie en Lorraine	p 43
1) Développement d'un parcours de soins adapté en Lorraine	
a) Présentation du réseau ONCOLOR	
b) L'organisation de l'offre de soins hospitaliers en cancérologie en Lorraine	
c) Le « 3C »	

- d) ULCOG : l'Unité Lorraine de Coordination en Oncogériatrie
- e) Les réseaux gérontologiques lorrains et les structures de proximité

D) L'ONCOGERIATRIE de la théorie à la pratique p 55

- 1) Qu'est-ce que l'Oncogériatrie ?
- 2) Le QUESTIONNAIRE G8 :
support de l'évaluation oncogériatrique
- 3) La prise en charge oncologique de la personne âgée atteinte
de cancer : un traitement PERSONNALISE
- 4) Contexte et justification :
le rôle prépondérant du médecin généraliste

DEUXIEME PARTIE : METHODE p 58

- 1) Schéma général p 58
- 2) Caractéristiques de la population p 58
- 3) Critères d'inclusion p 58
- 4) Critères d'exclusion..... p 58
- 5) Les six étapes de l'enquête p 58
- 6) Variables du questionnaire à recueillir p 59
 - a) Profil du médecin généraliste
 - b) Profil de la patientèle du médecin généraliste
 - c) Facteurs influençant le médecin généraliste dans sa décision
pour adresser la personne âgée atteinte de cancer vers
une structure spécialisée
 - c-1) Critères de décision liés à la maladie cancéreuse
 - c-2) Critères de décision liés au patient
 - c-3) Critères de décision liés à la pratique de la
médecine générale
 - c-4) Critères de décision liés à l'organisation
 - d) Autres Variables
- 7) Méthodes statistiques p 62
 - a) Analyses descriptives
 - b) Taille de l'échantillon
 - c) Analyses comparatives

TROISIEME PARTIE : RESULTATS p 63

A) Description p 63

- 1) Taux de réponse
- 2) Les caractéristiques socio-démographiques
 - a) Age, sexe ratio, nombre d'années de pratique après la thèse
 - b) Département et lieu d'exercice
 - c) Type d'exercice et proportion de médecin coordonateur en EHPAD
 - d) Intérêt et formation des médecins généralistes en gériatrie et/ou en oncologie
 - e) Définition d'un patient âgé selon les médecins généralistes et pourcentage dans leur patientèle
 - f) Pourcentage et nombre de personnes âgées adressées au spécialiste pour un cancer au stade précoce ou au stade tardif pendant une période 6 mois

B) Facteurs influençant la décision du médecin généraliste pour adresser une personne âgée suspecte ou atteinte de cancer vers une structure spécialisée en oncologie p 66

- 1) Critères de décision liés à la maladie cancéreuse
- 2) Critères de décision liés au patient
- 3) Critères de décision liés à la pratique de la médecine générale
- 4) Critères de décision liés à l'organisation
- 5) Facteurs déterminants dans la décision d'orienter un patient âgé atteint de cancer en Lorraine (analyse comparative)

C) Les critères de décision à modifier selon les médecins généralistes p 71

- 1) Les critères de décision liés à l'organisation à modifier
- 2) Les critères de décision liés à la pratique de la médecine générale à modifier
- 3) Les critères de décision liés au patient à modifier
- 4) Les critères de décision liés à la maladie cancéreuse à modifier

D) Les solutions proposées par les médecins généralistes..... p 74

- 1) Les solutions liées à l'organisation
- 2) Les solutions liées à la pratique de la médecine générale
- 3) Les solutions liées à la prise en charge des patients
- 4) Les solutions liées à la maladie cancéreuse

E) Médecins généralistes et oncogériatrie p 76

QUATRIEME PARTIE : DISCUSSION..... p 77

A) Principaux résultats p 77

- 1) Critères de décision liés au patient
- 2) Critères de décision liés à la pratique de la médecine générale
- 3) Critères de décision liés à la maladie
- 4) Critères de décision liés à l'organisation

B) Biais et limites de l'étude p 82

- 1) Le type de l'étude
- 2) La construction du questionnaire

C) Synthèse et perspectives..... p 83

CONCLUSION p 85

BIBLIOGRAPHIE..... p 86

ANNEXES..... p 89

LISTE DES ABREVIATIONS

ARS :.....	Agence Régionale de Santé
CCC (3C) :	Centres de Coordination en Cancérologie
CGE :.....	CancéroPôle Grand Est
CH :	Centre Hospitalier
CHR :.....	Centre Hospitalier Régional
CHRU :.....	Centre Hospitalier Régional Universitaire
CRASH :	Chemotherapy Risk Assessment Scale for High-Age Patients
DES :	Diplôme d'Etudes Spécialisées
DESC :.....	Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaires
DIU :.....	Diplôme Inter Universitaire
DPC :.....	Développement Personnel Continu
EFEC :.....	Ecole de Formation Européenne en Cancérologie
EGA :.....	Evaluation Gériatrique Approfondie
EHPAD :	Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
ETP :.....	Equivalent Temps Plein
FMC :	Formation Médicale Continue
Francim :	France Cancer Incidence et Mortalité
GERICO :	Groupe d'Etude de Recherche et d'Investigation en OnCo-Gériatrie
HAD :	Hospitalisation A Domicile
ICL :	Institut de Cancérologie de Lorraine
IDE :	Infirmière Diplômée d'Etat
INCa :	Institut National du Cancer
INSEE :	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
MG :	Médecin Généraliste
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
ONU :	Organisation des Nations Unies
PA :	Personne Agée
PAAC :	Personne Agée Atteinte de Cancer
PACA :	Provence-Alpes-Côte d'Azur
PSA :	Prostate Specific Antigen
RCP :	Réunion de Concertation Pluridisciplinaire
RIAP :	Relevés Individuels d'Activité et de Prescriptions
RRC :	Réseaux Régionaux de Cancérologie
SFOG :	Société Francophone d'Oncogériatrie
SIOG :	International Society of Geriatric Oncology
T2A :	Tarifcation à l'Acte
TSM :	Taux Standardisés à la population Mondiale
UCOG :	Unités de Coordination en Oncogériatrie
ULCOG :	Unité Lorraine de Coordination en Oncogériatrie
USPSTF:.....	United States Preventive Services Task Force
UV :	Ultraviolet

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Figure 1 : Proportions de personnes âgées de 75 ans ou plus en 2010 en Lorraine

Figure 2 : Evolution de la population mosellane âgée de 60 ans et plus en 2008 et 2020

Figure 3 : Tableau des cas incidents et décès estimés par localisation et par année en 1980, 1990, 2000, 2005, 2010, 2012, chez l'homme [7]

Figure 4 : Tableau des cas incidents et décès estimés par localisation et par année en 1980, 1990, 2000, 2005, 2010, 2012, chez la femme [7]

Figure 5 : Cas et décès estimés en 1980 et en 2012, taux bruts d'incidence et de mortalité estimés en 2012, évolution de l'effectif entre 1980 et 2012 par localisation et part attribuable à l'augmentation de la population, au vieillissement et au risque, chez l'homme [7]

Figure 6 : Cas et décès estimés en 1980 et en 2012, taux bruts d'incidence et de mortalité estimés en 2012, évolution de l'effectif entre 1980 et 2012 par localisation et part attribuable à l'augmentation de la population, au vieillissement et au risque, chez la femme [7]

Figure 7 : Taux comparatifs de mortalité par tumeurs de 2005 à 2007 pour l'ensemble des cancers en Lorraine [9]

Figure 8 : Tableaux des survies à 5 ans des cas de cancer et taux relatif de mortalité en fonction de l'âge en 2009 selon les registres du réseau Francim [6]

Figure 9 : Taux de mortalité due au cancer en fonction du délai depuis le diagnostic selon les registres du réseau Francim en 2009 [6]

Figure 10 : Stade tumoral des cancers du sein, colon et prostate en fonction de l'âge du diagnostic. (« Etudes hautes résolutions » données Francim) [6]

Figure 11 : Répartition des structures du réseau Oncolor par ville

Figure 12 : La répartition par département des autorisations de traitement du cancer en Lorraine

Figure 13 : Implantation des centres de chimiothérapie en Lorraine en 2013

Figure 14 : Implantation des centres de radiothérapie en Lorraine en 2013

Figure 15 : Implantation des centres chirurgicaux dans les pathologies cancéreuses digestives en Lorraine en 2013

- Figure 16 : Place de l'ULCOG dans la prise en charge de la personne âgée atteinte de cancer
- Figure 17 : Organigramme de l'ULCOG
- Figure 18 : Tableau montrant la répartition du lieu d'exercice des 430 médecins généralistes
- Figure 19 : Tableau montrant la répartition des 430 médecins généralistes en fonction du département d'exercice
- Figure 20 : Tableau montrant la répartition du type d'exercice des 430 médecins généralistes
- Figure 21: Tableau montrant l'intérêt des médecins généralistes pour la gériatrie et/ou l'oncologie
- Figure 22 : Tableau montrant le nombre de médecins généralistes ayant suivi une FMC pour la gériatrie et/ou l'oncologie
- Figure 23 : Tableau montrant le pourcentage de personnes âgées dans la patientèle de 430 médecins généralistes
- Figure 24 : Tableau décrivant les critères de décision liés à la maladie cancéreuse de 430 médecins généralistes pour adresser une personne âgée suspectée ou atteinte de cancer
- Figure 25 : Tableau décrivant les critères de décision liés au patient de 430 médecins généralistes pour adresser une personne âgée suspectée ou atteinte de cancer
- Figure 26 : Tableau décrivant les critères de décision liés à la pratique de la médecine générale pour adresser une personne âgée atteinte ou suspectée de cancer.
- Figure 27 : Tableau décrivant les critères de décision liés à l'organisation de 430 médecins généralistes pour adresser une personne âgée suspectée ou atteinte de cancer
- Figure 28 : Tableau des critères de décision modifiables liés à l'organisation parmi les 430 médecins généralistes
- Figure 29 : Tableau des critères de décision modifiables liés à la pratique de la médecine générale parmi les 430 médecins généralistes
- Figure 30 : Tableau des critères de décision modifiables liés au patient parmi les 430 médecins généralistes
- Figure 31 : Tableau des critères de décision modifiables liés à la maladie cancéreuse parmi les 430 médecins généralistes
- Figure 32 : Tableau montrant le premier critère de décision lié à la maladie cancéreuse entouré par les médecins généralistes. (Annexe 4)
- Figure 33 : Tableau montrant le second critère de décision lié à la maladie entouré par les médecins généralistes. (Annexe 4)

- Figure 34 : Tableau montrant les critères de décision liés à la maladie cancéreuse parmi les plus importants. (Annexe 4)
- Figure 35 : Tableau montrant le premier critère de décision lié au patient parmi les plus importants. (Annexe 4)
- Figure 36 : Tableau montrant le deuxième critère de décision lié au patient parmi les plus importants. (Annexe 4)
- Figure 37 : Tableau montrant le troisième critère de décision lié au patient parmi les plus importants. (Annexe 4)
- Figure 38 : Tableau montrant les critères de décision liés au patient parmi les plus importants. (Annexe 4)
- Figure 39 : Tableau montrant le premier critère de décision lié à la pratique de la médecine générale parmi les plus importants. (Annexe 4)
- Figure 40 : Tableau montrant le second critère de décision lié à la pratique de la médecine générale parmi les plus importants. (Annexe 4)
- Figure 41 : Tableau montrant les critères de décision liés à la pratique de la médecine générale parmi les plus importants. (Annexe 4)
- Figure 42 : Tableau montrant le premier critère de décision lié à la pratique de la médecine générale parmi les plus importants. (Annexe 4)
- Figure 43 : Tableau montrant le deuxième critère de décision lié à l'organisation parmi les plus importants. (Annexe 4)
- Figure 44 : Tableau montrant le troisième critère de décision lié à l'organisation parmi les plus importants. (Annexe 4)
- Figure 45 : Tableau montrant les critères de décision liés à l'organisation parmi les plus importants. (Annexe 4)
- Figure 46 : Caractéristiques des médecins généralistes dans la prise en charge des sujets âgés atteints de cancer au stade précoce (analyse comparative). (Annexe 4)
- Figure 47 : Caractéristiques des médecins généralistes et critères décisionnels influents dans la prise en charge des sujets âgés atteints de cancer au stade tardif (analyse comparative). (Annexe 4)
- Figure 48 : Répartition du décompte du critère de délai avant que les soins ne soient effectués. (N = 60) (Annexe 5)
- Figure 49 : Répartition géographique du décompte du critère de coordination des intervenants. (N= 39) (Annexe 5)
- Figure 50 : Répartition géographique du décompte du critère de l'isolement social. (N = 14) (Annexe 5)

- Figure 51 : Répartition géographique du décompte du critère de l'accessibilité à un réseau ou à une structure locale de soins. (N = 13) (Annexe 5)
- Figure 52 : Répartition géographique du décompte du critère de l'accessibilité aux examens. (N = 12) (Annexe 5)
- Figure 53 : Répartition géographique du décompte du critère de l'accessibilité aux oncologues et chirurgiens. (N = 29) (Annexe 5)
- Figure 54: Répartition géographique du décompte du critère de remboursements à 100 % des trajets. (N=14) (Annexe 7)
- Figure 55: Répartition géographique du décompte du critère de participation du médecin généraliste à la RCP. (N=17) (Annexe 7)
- Figure 56 : Répartition géographique du décompte du critère d'augmentation du nombre de soignants dans les équipes paramédicales. (N=8) (Annexe 7)
- Figure 57 : Répartition géographique du décompte du critère de développement des équipes de soins palliatifs à domicile. (N=11) (Annexe 7)
- Figure 58: Répartition géographique du décompte du critère de développement de l'hospitalisation à domicile. (N=11) (Annexe 7)
- Figure 59 : Répartition géographique du décompte du critère de développement des réseaux d'oncogériatrie. (N=6) (Annexe 7)
- Figure 60 : Répartition géographique du décompte du critère de transmission plus rapide des comptes-rendus d'hospitalisation, des résultats d'examens. (N=19) (Annexe 7)
- Figure 61 : Répartition géographique du décompte du critère d'augmentation du nombre de TDM / IRM. (N=4) (Annexe 7)
- Figure 62 : Répartition géographique du décompte du critère de création d'un numéro d'accès unique direct à un spécialiste ou site web ou email direct pour avis. (N=29) (Annexe 7)
- Figure 63 : Répartition géographique du décompte du critère de création de consultations prioritaires des nouveaux cas dans le planning des spécialistes (Annexe 7)
- Figure 64 : Répartition géographique du décompte du critère de création de consultations d'oncogériatrie en dehors des CHRU (ex : en ville, vacations en CH périphériques, en HAD, dans les réseaux) (N=9) (Annexe 7)
- Figure 65 : Répartition géographique du décompte du critère de développement des unités d'oncogériatrie dans les CH périphériques (N=4) (Annexe 7)
- Figure 66 : Répartition géographique du décompte du critère groupement des consultations et des examens complémentaires en hospitalisation de jour. (N=16) (Annexe 7)
- Figure 67 : Répartition géographique du décompte du critère d'augmentation du nombre de lits de soins palliatifs. (N=10) (Annexe 7)

- Tableau 1 : Cas incidents et taux spécifiques estimés par localisation et par tranche d'âge, chez l'homme, en 2012. [7] (Annexe 1)
- Tableau 2 : Cas incidents et taux spécifiques estimés par localisation et par tranche d'âge, chez la femme, en 2012. [7] (Annexe 1)
- Tableau 3 : Décès et taux spécifiques estimés par localisation et par tranche d'âge, chez l'homme, en 2012. [7] (Annexe 1)
- Tableau 4 : Décès et taux spécifiques estimés par localisation et par tranche d'âge, chez la femme, en 2012. [7] (Annexe 1)
- Tableau 5 : Tableau des solutions liées à l'organisation des soins proposées par les médecins généralistes. (Annexe 6)
- Tableau 6 : Tableau des solutions liées à la pratique de la médecine générale proposées par les médecins généralistes. (Annexe 6)
- Tableau 7 : Tableau des solutions liées à la prise en charge des patients proposées par les médecins généralistes. (Annexe 6)

INTRODUCTION :

Ce sujet de thèse s'est imposé à moi lors de mon stage d'internat en gériatrie, spécialité qui m'a marqué tant du point de vue humain que clinique.

En supposant que les tendances démographiques se maintiennent, du fait de l'augmentation de l'espérance de vie, la population aura plus de 75 ans en 2060, le nombre de personnes âgées atteintes d'un cancer augmentera dans le même sens ; le cancer étant la première cause de décès des personnes âgées de 75 à 85 ans. La Lorraine connaîtra un vieillissement encore plus soutenu par rapport aux autres régions de la France.

Dès lors, le médecin généraliste qui joue un rôle crucial, voit la prise en charge gériatrique de son patient atteint d'un cancer, devenir complexe sur le plan clinique et sur un plan psychosocial.

L'oncogériatrie, spécialité plus que jamais d'actualité, occupe une place de plus en plus grande en gériatrie et c'est dans ce contexte qu'il m'a été proposé d'étudier les critères de décision de la prise en charge oncologique de la personne âgée par le médecin généraliste en Lorraine. J'ai été surpris de constater que ce sujet ne fût jamais abordé pour notre région.

La découverte de certains éléments comme le 3C, l'ULCOG, structure spécialisée en Lorraine, mais surtout le contact des patients m'ont incité à réfléchir sur la démarche intellectuelle à envisager de la part d'un médecin généraliste.

Après une première partie dédiée à l'état des lieux et des perspectives de la population âgée en France et en Lorraine, les critères de décision des médecins généralistes dans la prise en charge de la personne âgée atteinte de cancer en Lorraine seront décrits dans une seconde partie. Ce travail a trait également aux critères de décision à modifier selon les médecins généralistes lorrains. L'analyse des résultats de notre enquête débouche sur des propositions de solutions pour améliorer la prise en charge des personnes âgées souffrant de cancer.

PREMIERE PARTIE : GENERALITES

D) Etat des lieux et perspectives de la population âgée en France et en Lorraine

A) Définition de la personne âgée

L'OMS définit la personne âgée comme une personne ayant 65 ans et plus, notion à ne pas confondre avec le vieillissement. La vieillesse se différencie de ce dernier par sa dimension sociale.

Le vieillissement est un ensemble de processus biologiques et physiologiques qui modifient la structure et les fonctions de l'organisme. Il découle des effets liés aux facteurs génétiques et environnementaux. Associés aux maladies aiguës et chroniques, le vieillissement conduit, selon le modèle de Wood, d'abord à un ensemble d'incapacités puis à des dépendances déterminant un état de santé. [1]

La dépendance est définie comme l'impossibilité partielle ou totale pour une personne d'effectuer sans aide les activités de la vie, qu'elles soient physiques, psychiques ou sociales, et de s'adapter à son environnement.

Par conséquent, la définition de la personne âgée varie en fonction des différents domaines. Sur le plan économique, l'âge de cessation d'activité professionnelle est retenu pour définir une personne âgée, à savoir 55 - 70 ans. L'INSEE considère comme âgées les personnes de 60 ans et plus. Sur le plan social, l'allocation personnalisée d'autonomie est accordée aux personnes âgées de 60 ans et plus. De même, lorsque la prestation de compensation du handicap concerne les personnes âgées, l'âge de 60 ans, habituellement retenu pour le calcul des taux d'équipements et de services, peut être repoussé jusqu'à 75 ans. De plus, l'âge moyen constaté dans les institutions gériatriques est de 85 ans. Enfin, sur le plan médical, la notion de vieillesse, soit 75 ans et plus, est habituellement retenue par les gériatres.

1) En France, l'inéluctable vieillissement va s'amplifier

Les récentes projections démographiques de l'ONU mettent en avant le vieillissement inédit et inéluctable de la population mondiale et en particulier de la population française [2]. Ce vieillissement n'est pas un phénomène nouveau, si ce n'est qu'il ira en s'amplifiant durant les prochaines années.

En effet, en France, selon l'INSEE, le pourcentage de personnes de plus de 60 ans ne cesse d'augmenter : + 23,4 % en dix ans. Au 1^{er} janvier 2013, il atteignait alors 23,8 % (contre 17% en 1980), soit 15,7 millions pour 65,8 millions d'habitants. Il est presque équivalent à celui des jeunes de moins de 20 ans (24,7 %). Entre 2035 et 2060, la part des sujets de 60 ans ou plus devrait continuer de progresser mais plus modérément. En 2050, 32 % de la population aurait 60 ans ou plus, contre 35 % d'après les projections centrales de 2001. **En 2060, une personne sur trois aurait ainsi plus de 60 ans.** [3]

Ce vieillissement inéluctable s'explique par l'arrivée à ces âges des nombreuses générations issues du baby-boom. L'accroissement de l'espérance de vie (estimée à la naissance à 89 ans pour les femmes et à 83,8 ans pour les hommes en 2050), la baisse de la fécondité et la chute du solde migratoire ne feront qu'accentuer son ampleur. En effet, même si l'espérance de vie se stabilisait à son niveau de 2005, le nombre de personnes âgées de 60 ans ou plus augmenterait quand même de 50 % entre 2005 et 2050.

Ce sont surtout les personnes ayant un âge supérieur à 75 ans qui seront de plus en plus nombreuses. Cette classe de la population va représenter 15.6% de la population en 2050 contre 9.1% de la population en 2015, ce qui représentera un peu plus de 5 millions de personnes. D'ailleurs, leur nombre a déjà augmenté de plus de 1 700 000 en vingt ans, soit une hausse de 45%. La majorité des personnes âgées sont des femmes qui ont une espérance de vie supérieure à celle des hommes. En 2002, le rapport était de 81 hommes pour 100 femmes âgées et passera à 53 hommes pour 100 femmes âgées. Cette tendance n'a pas été remise en cause par les nouvelles projections.

2) La Lorraine connaîtra un vieillissement plus soutenu

En 1999, la Lorraine était la 7^{ème} région la moins âgée de France à égalité avec la Champagne-Ardenne et la Franche-Comté. Néanmoins, un vieillissement plus soutenu de cette population se profile dans les décennies à venir.

En 2005, elle comptait près de 500 000 personnes âgées de 60 ans ou plus, soit une proportion de 21%, presque identique à la moyenne française et parmi elles, 150 000 ont fêté leur 75^{ème} anniversaire.

En 2020, ce nombre va progresser jusqu'à près de 630 000 personnes et représenter, en 2030, 30.8% de la population lorraine (contre 29.3% en moyenne). En 2020, plus d'un Lorrain sur quatre aura plus de 60 ans. Les effectifs des octogénaires et des nonagénaires doubleraient et leur proportion parmi les personnes âgées passerait de 15% en 1999 à 23% en 2020. [4]

A l'horizon 2030, on devrait compter au moins 300 000 personnes de plus de 75 ans, soit un Lorrain sur huit. Ce vieillissement s'accroîtra car il sera associé à une baisse de 15% de la population des moins de 20 ans et une baisse de 17% des 20 à 59 ans. Selon l'INSEE, le taux annuel croissant moyen de la population lorraine ira en décroissant jusqu'à devenir négatif à partir de 2035.

En conséquence, la population amorcerait un léger déclin à partir de cette date. Cette inflexion s'explique par l'arrivée aux grands âges des baby-boomers, induisant une baisse du solde naturel malgré une fécondité élevée. Ce phénomène, à son apogée entre 2035 et 2040, serait appelé à s'estomper par la suite. [4]

À l'horizon **2040**, en matière de dynamisme démographique, la population lorraine augmenterait donc de moins de 50 000 habitants, ce qui en ferait **l'avant-dernière région métropolitaine**, devant la Champagne-Ardenne.

3) Portrait des plus de 60 ans en Lorraine dans les prochaines années

Esquisser le portrait des Lorrains de plus de 60 ans, dans les prochaines années, revient à mettre en évidence les particularités du vieillissement de cette population.

a) Répartition inégale de la population sur le territoire lorrain

La première de ces particularités est géographique avec de fortes disparités non seulement à l'intérieur du territoire lorrain mais également à l'intérieur de chaque département.

La Meuse et les Vosges comptent une part plus importante d'habitants âgés de 60 ans ou plus avec respectivement 24,5% et 26,1% tandis que la Moselle et la Meurthe-et-Moselle, plus urbanisés, en comportent une proportion moindre.

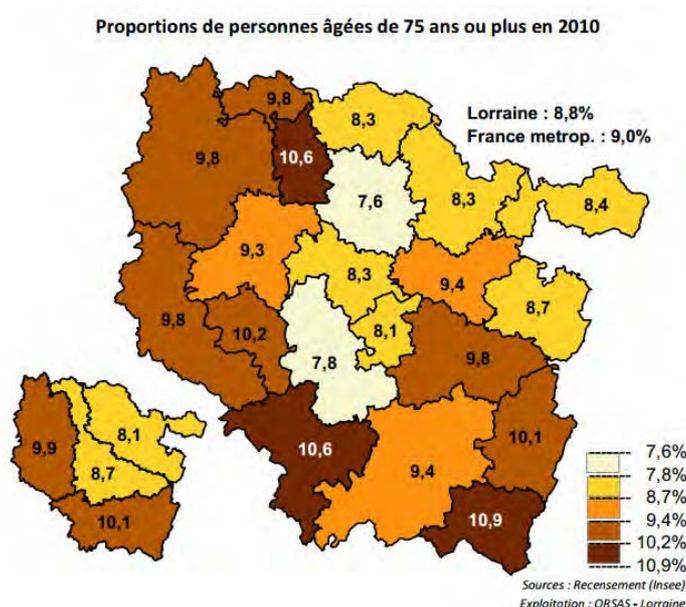


Figure 1 : Proportions de personnes âgées de 75 ans ou plus en 2010 en Lorraine

Cette répartition hétérogène met en évidence des zones situées aux **franges** de la Lorraine, comptant une **proportion de personnes âgées** bien **supérieure** à la moyenne nationale. C'est le cas notamment des secteurs de l'Argonne et de Spincourt (Meuse), de Lamarche, Monthureux-sur-Saône et Bains-les-Bains (Vosges), ainsi que de Badonviller (Meurthe-et-Moselle). A l'opposé de ce pourtour âgé, le centre de la région, autour de Metz, Toul et Nancy, présente un caractère beaucoup plus jeune. [5]

Il se dégage donc un « **clivage** » entre des secteurs «vieux», ruraux ou anciennement industriels et des secteurs «jeunes», urbains.

Ces espaces ruraux, les plus éloignés des centres urbains, verront leur population vieillir plus rapidement. Cette disparité s'explique par le fait que la population des moins de 20 ans et des 20 à 59 ans s'installeront dans ces centres en raison de la présence d'universités et du dynamisme du marché du travail. C'est le cas notamment du département de la Moselle qui présentera une accélération du vieillissement de sa population au cours de laquelle le nombre de Mosellans, âgés de 60 ans ou plus, devrait progresser de 54,2% d'ici à 2031, contre moins de 40% en Meurthe-et-Moselle. [5]

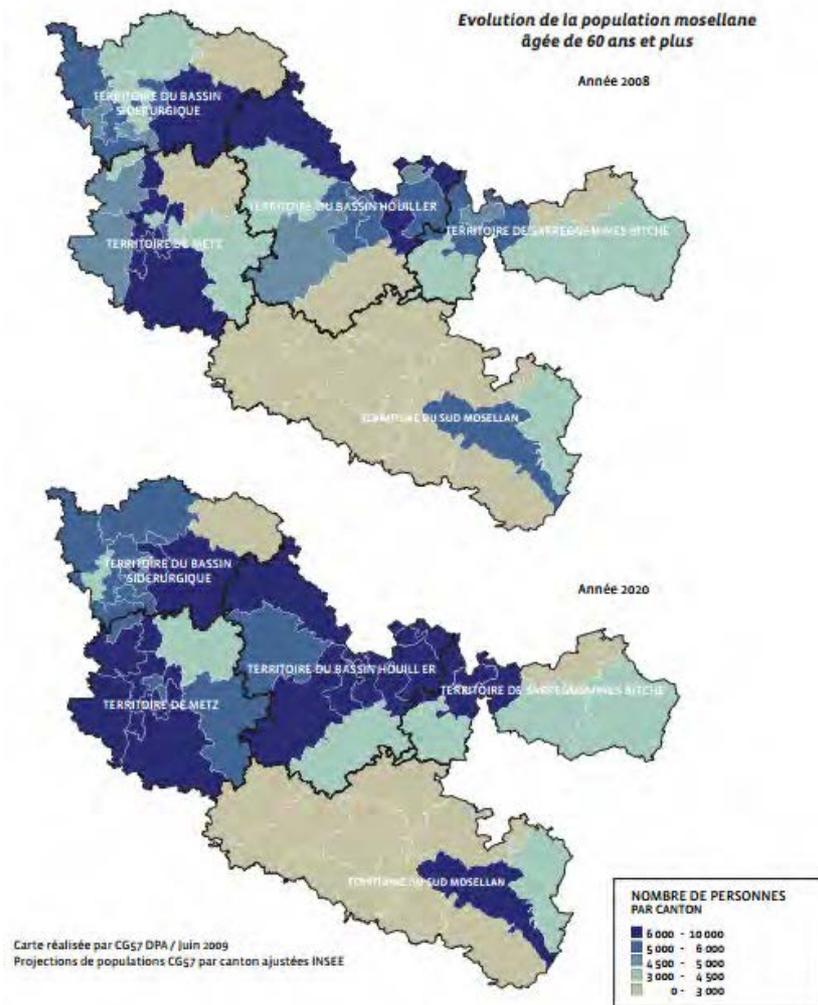


Figure 2 : Evolution de la population mosellane âgée de 60 ans et plus en 2008 et 2020.

Pis encore, les Vosges, département lorrain le plus âgé (moyenne d'âge de 40,7 ans en 2007 et 46,7 ans en 2040) va non seulement connaître un vieillissement prématuré mais également un déclin démographique prévu dès 2017. En effet, le solde migratoire y sera négatif et les décès y seront plus nombreux que les naissances.

En revanche, les départements de la Meuse et de la Meurthe-et-Moselle seraient moins concernés par ce phénomène. La Meuse connaîtrait même un regain démographique (soit +3,5%) grâce à sa proximité avec la Meurthe-et-Moselle. Cette dernière resterait le département le plus dynamique. [5]

b) Féminisation de la population âgée en Lorraine

La deuxième particularité est la **surreprésentation féminine**, conséquence du vieillissement de la population lorraine. Lié à la surmortalité masculine, ce phénomène est déjà présent puisqu'en 2005, deux femmes sur trois sont veuves après 75 ans. Le passé industriel de certains cantons explique cette proportion de veuves très élevée parmi les femmes de plus de 60 ans (près de 50%, contre 43% en moyenne). Il s'agit des cantons d'Audun-le-Roman (Meurthe-et-Moselle) avec son ancienne aciérie, les villes de Freyming-Merlebach, Saint-Avold et Stiring-Wendel (Moselle) avec leur industrie minière. C'est également le cas des cantons de Badonviller, Cirey-sur-Vezouze (Meurthe-et-Moselle) avec leur faïencerie, usines textiles et Senones (Vosges) avec son industrie ferroviaire. D'autres cantons comme Chambley-Bussières et Thiaucourt-Regniéville (Meurthe-et-Moselle), Varennes-en-Argonne et Stenay (Meuse), Château-Salins et Lorquin (Moselle) ou encore Dompierre (Vosges) comptent également une très forte proportion de veuves, résultat de la présence d'institutions accueillant des femmes âgées sur ces territoires. [5]

c) Isolement des personnes âgées en Lorraine

Une troisième particularité liée au **veuvage** est la solitude des personnes âgées. En 2005, un quart des personnes âgées vivaient déjà seules. Parmi les personnes de 85 ans ou plus, 33 000 (soit 70%) vivent à leur domicile dont 19 000, seules. Si le fait de vivre seul concerne les femmes dès 75 ans, les hommes vivent cette situation qu'au-delà de 80-85 ans et restent donc plus longtemps à domicile. Dans ce groupe d'âge, les Meurthe-et-Mosellans et les Meusiens demeurent plus souvent seuls que les Mosellans (45% contre 39%). [5] C'est à ce moment que d'autres formes d'hébergement prennent le relais de leur dépendance et ce, en fonction des revenus.

d) Précarité de la population âgée en Lorraine

En France, avec un revenu annuel médian par unité de consommation de 16 100 €, la Lorraine est en 14^e position des régions. Le revenu médian mosellan est de 16 200 €, soit un niveau proche du niveau des autres départements mais reste **inférieur au niveau national** qui est de 16 900 €. 29 % des personnes mosellanes âgées de plus de 60 ans vivent dans des logements sans confort ou avec confort partiel (sans aucun confort signifie : ni baignoire, ni douche, ni WC). Cette moyenne est de 17,9 % pour les personnes de moins de 60 ans. [6] Cet élément est à prendre en compte dans l'aménagement des logements lorsque paraît la dépendance.

La connaissance de ce portrait permettra de proposer une prise en charge sociale plus adaptée des sujets âgés notamment s'ils sont atteints de cancer.

B) Etat des lieux du cancer dans la population âgée

1) Epidémiologie du cancer chez le sujet âgé en France et en Lorraine

En France, depuis 2004, le cancer est devenu la première cause de décès devant les maladies de l'appareil circulatoire.

En 2012, le nombre de nouveaux diagnostics de cancer en France métropolitaine est estimé à 355 354 pour l'ensemble de la population, respectivement 200 350 hommes et 155 004 femmes.

Avec 56 840 nouveaux cas estimés en 2012, le cancer de la prostate reste de loin le cancer le plus fréquent chez l'homme, devant le cancer du poumon (28 200 cas) et le cancer colorectal (23 200 cas). Avec 48 800 nouveaux cas estimés en 2012, le cancer du sein est le plus fréquent chez la femme, devant le cancer colorectal (18 920 cas) et le cancer du poumon (11 300 cas). [7]

La survenue des cancers est plus fréquente chez l'homme. En 2012, les taux d'incidence des cancers sont estimés à 362,6 pour 100 000 personnes-années chez l'homme et à 252,0 chez la femme. L'âge moyen au moment du diagnostic est estimé à 67 ans chez l'homme et à 66 ans chez la femme en 2012. [7]

Ce phénomène va s'accroître car l'incidence du cancer augmente avec l'âge.

En 2012, 115 310 nouveaux cas de cancer ont été dénombrés chez les patients âgés de plus de 75 ans. **En 2025, on en comptera plus de 130.000.** [8] La moyenne d'âge des patients atteints de cancer est actuellement de 70 ans et 50 % des patients cancéreux ont plus de 65 ans.

En 2030, 75 % des patients atteints de cancers auront plus de 75 ans.[8]

a) Evolution de l'incidence du cancer chez le sujet âgé

Entre 1995 et 2005, les projections montraient que le taux d'incidence, tous cancers confondus, avait augmenté chez la femme ainsi que chez l'homme. A l'inverse, depuis 2005, la tendance montre un ralentissement voire une baisse de l'incidence tous cancers confondus. Cette nouvelle tendance est due à la fluctuation de l'incidence du cancer du sein et de la prostate. La diminution de la prescription de l'hormonothérapie substitutive au moment de la ménopause et le dépistage par les PSA, de plus en plus contesté, expliqueraient cette baisse d'incidence, probablement temporaire. [9]

Cette augmentation du nombre de nouveaux cas de cancer s'explique par **l'augmentation de la population française, son vieillissement et par le risque spécifique du cancer.** L'étude de l'incidence des cancers, dans la population âgée, met en évidence de nombreuses spécificités en fonction des différents paramètres étudiés.

En effet, l'incidence est différente en fonction de l'âge et de la localisation du cancer. Pour l'année 2012, les estimations montrent que 30,9 % des cas de cancers surviennent chez des hommes de plus de 75 ans (63 000 cas) et 7,8 % des cas au-delà de 85 ans. Cette proportion est de 34,4 % chez les femmes de plus de 75 ans, (53 360 cas) et 13 % des cas au-delà de 85 ans. [9]

Mais l'âge de survenue varie beaucoup selon les localisations cancéreuses. Le cancer de la vessie est un exemple avec, en 2012, 64,1 % des cas qui apparaissent chez les femmes de plus de 75 ans et 47,7 % chez les hommes de la même classe d'âge. Certaines pathologies hématologiques sont aussi plus fréquentes chez les sujets âgés, c'est notamment le cas du myélome multiple (73 % des cas sont diagnostiqués à partir de 65 ans, en 2011).

Enfin, les cancers digestifs prennent une place importante chez les sujets âgés. En 2012, 40 % des cas de tumeurs colorectales chez les hommes et 51,5 % chez les femmes ont 75 ans ou plus. Pour le cancer de l'estomac, ces proportions sont respectivement de 43,3 % et de 57,1%. Pour le cancer du pancréas, ces proportions sont respectivement de 35,4 % et 53 %. [9] A l'inverse, la proportion des cancers liés à la consommation de tabac et d'alcool (poumon, ORL, larynx, œsophage) chez les sujets âgés est plus faible et ce, surtout chez l'homme. [8]

L'évolution de l'incidence est également différente en fonction du sexe. (cf. annexe 1)

Dans la population féminine, les cancers digestifs prennent une place importante alors que la proportion des cancers du sein et du poumon diminue avec l'âge. En effet, les registres du réseau Francim (2012) montrent que les cancers mammaires et gynécologiques représentent environ 40% des cas entre 70 et 75 ans, mais seulement un tiers après 75ans et un peu plus d'un quart après 85 ans. Pour ces mêmes tranches d'âge, le pourcentage des cancers digestifs passe de 22 % pour les 70-75 ans à un peu plus de 30 % pour les plus de 85 ans. [9]

Chez les hommes, le cancer de la prostate reste le plus fréquent avec une incidence, en 2008, de 40,1% pour les moins de 75 ans, de 42,9 % pour les 75-84 ans et de 35,3 % pour les plus de 85 ans.[8] Selon les registres de 2012, la proportion de cancers digestifs passe d'un peu moins de 20 % pour les moins de 60 ans pour atteindre près de 27 % des cas après 85 ans. A l'inverse, plus on avance en âge, plus la place des cancers ORL et pulmonaires diminuent avec l'âge. [9]

Localisation	Cas incidents estimés						Décès estimés					
	1980	1990	2000	2005	2010	2012	1980	1990	2000	2005	2010	2012
Lèvre, cavité orale, pharynx	12 444	12 819	11 596	10 408	8 766	8 033	5 160	4 843	4 016	3 436	2 750	2 465
Œsophage	5 362	4 936	4 395	4 089	3 689	3 503	4 750	4 203	3 583	3 240	2 836	2 653
Estomac	5 178	4 788	4 481	4 396	4 336	4 308	4 996	3 951	3 224	3 011	2 881	2 834
Côlon-rectum	12 681	15 589	18 903	20 756	22 570	23 226	7 595	7 995	8 409	8 745	9 142	9 275
Foie*	1 523	2 764	4 523	5 497	6 477	6 867						
Pancréas*	1 715	1 982	2 902	3 802	5 202	5 963						
Larynx	4 513	4 349	3 820	3 473	3 023	2 821	3 781	2 825	1 788	1 332	926	783
Poumon	16 877	19 652	23 210	25 337	27 439	28 211	15 160	18 694	21 117	21 775	21 647	21 326
Mélanome de la peau	786	1 617	2 987	3 919	4 984	5 429	299	480	701	815	920	954
Prostate**	10 013	21 146	39 404	64 457			6 800	9 069	9 259	9 092	8 927	8 876
Testicule	950	1 339	1 773	2 017	2 240	2 317	203	143	106	96	89	85
Vessie	5 855	7 078	8 264	8 876	9 399	9 549	2 652	3 124	3 398	3 499	3 573	3 574
Rein	2 535	3 612	5 118	6 102	7 260	7 781	1 443	1 870	2 266	2 453	2 608	2 651
Système nerveux central	1 276	1 720	2 188	2 449	2 715	2 814	991	1 344	1 613	1 709	1 755	1 761
Thyroïde	343	578	1 080	1 494	2 053	2 324	151	152	150	150	147	145
Tous cancers ***	96 506	122 558	158 333	193 631	194 051	200 350	76 772	85 525	88 687	88 626	86 816	85 255

* Les données de mortalité des cancers du foie et du pancréas ne sont pas présentées du fait d'une moindre fiabilité de ces données par rapport aux autres localisations.

** Compte tenu des fluctuations majeures récentes de l'incidence du cancer de la prostate, les résultats postérieurs à la dernière année observée dans les registres (2009) ne sont pas présentés.

*** L'estimation Tous cancers est obtenue en faisant la somme des estimations par localisation (en supposant la stabilité des taux d'incidence entre 2009 et 2012 pour la prostate – voir partie Matériel et méthode), à laquelle ont été ajoutées les estimations pour les localisations Hémapathies malignes (définies selon la classification de l'article Belot, et al. de 2008) et pour la localisation Autres cancers.

Figure 3 : Tableau des cas incidents et décès estimés par localisation et par année en 1980, 1990, 2000, 2005, 2010, 2012, chez l'homme. [9]

Localisation	Cas incidents estimés						Décès estimés					
	1980	1990	2000	2005	2010	2012	1980	1990	2000	2005	2010	2012
Lèvre, cavité orale, pharynx	1 410	1 753	2 308	2 707	3 125	3 283	576	656	720	745	741	727
Œsophage	518	637	806	930	1 072	1 129	618	645	688	733	776	791
Estomac	3 539	3 026	2 523	2 379	2 283	2 248	3 734	2 766	2 005	1 762	1 619	1 577
Côlon-rectum	11 625	14 075	16 146	17 406	18 569	18 926	7 569	7 531	7 559	7 780	8 246	8 447
Foie*	386	620	1 030	1 340	1 698	1 856						
Pancréas*	1 085	1 544	2 543	3 498	4 940	5 699						
Larynx	242	292	374	431	483	501	179	170	153	145	130	123
Poumon	1 526	2 682	5 043	7 111	9 903	11 284	2 020	2 841	4 442	5 838	7 721	8 623
Mélanome de la peau	1 493	2 464	3 822	4 653	5 456	5 747	323	491	644	694	720	718
Sein	21 387	30 822	42 696	49 087	48 980	48 763	8 596	10 171	11 000	11 306	11 704	11 886
Col de l'utérus	5 161	3 878	3 336	3 208	3 081	3 028	2 060	1 522	1 256	1 181	1 123	1 102
Corps de l'utérus	4 357	4 679	5 472	6 171	6 935	7 275	1 691	1 633	1 700	1 813	1 962	2 025
Ovaire	3 492	3 899	4 284	4 489	4 592	4 615	2 461	3 075	3 328	3 343	3 225	3 140
Vessie	1 560	1 642	1 773	1 973	2 271	2 416	911	1 044	1 090	1 110	1 172	1 198
Rein	1 360	1 922	2 656	3 133	3 601	3 792	936	1 128	1 246	1 284	1 307	1 306
Système nerveux central	964	1 343	1 726	1 934	2 116	2 185	711	1 056	1 292	1 341	1 318	1 291
Thyroïde	984	1 954	3 588	4 601	5 549	5 887	347	326	279	262	241	230
Tous cancers **	73 314	92 681	119 842	137 487	149 914	155 004	52 481	55 696	58 254	60 202	62 450	63 123

* Les données de mortalité des cancers du foie et du pancréas ne sont pas présentées du fait d'une moindre fiabilité de ces données par rapport aux autres localisations.

** L'estimation Tous cancers est obtenue en faisant la somme des estimations par localisation, à laquelle ont été ajoutées les estimations pour les localisations Hémopathies malignes (définies selon la classification de l'article Belot, et al. de 2008) et pour la localisation Autres cancers.

Figure 4 : Tableau des cas incidents et décès estimés par localisation et par année en 1980, 1990, 2000, 2005, 2010, 2012, chez la femme. [9]

b) Incidence du cancer chez le sujet âgé en Lorraine

En France, il existe un gradient Nord-Sud concernant l'incidence des cancers.

En 2005, les régions du Nord de la France présentaient les taux d'incidence les plus élevés aussi bien chez l'homme que chez la femme. Par contre, chez les femmes, la Lorraine fait partie des régions les plus touchées, après le Nord Pas de Calais, la Picardie, la Haute-Normandie et l'Île de France.

En Lorraine, on note une incidence en hausse avec un impact social important : en 2005, 12 830 nouveaux cas soit 2 % supplémentaire par an depuis 1980.

L'incidence y est plus élevée que la moyenne nationale : 260 cancers contre 244 pour 100 000 habitants. [10]

En 2005, les écarts les plus importants avec les moyennes nationales sont présentés par le taux d'incidence standardisés à la population mondiale : [11]

- pour le **cancer du côlon-rectum**, le taux est supérieur de 13% par rapport à la moyenne française. Chez l'homme, il est le troisième le plus important en France, après le Nord-Pas-de-Calais et l'Alsace,
- pour le **cancer du poumon**, le taux est supérieur de 26% par rapport à la moyenne française. Chez l'homme, il est le deuxième plus important en France, après le Nord-Pas-de-Calais.
- pour le **cancer du poumon chez la femme**, le taux est de 33% supérieur à la moyenne française. **Il est le plus élevé en France.**

2) Mortalité du cancer en France et en Lorraine

a) Mortalité du sujet âgé en France

Entre 2005 et 2012, les données confirment la **divergence**, précédemment observée, entre **l'augmentation de l'incidence et la diminution de la mortalité tous cancers confondus**. Elles montrent également que l'augmentation de la mortalité est essentiellement due à l'augmentation de la population car le risque de décès par cancer diminue. [9] L'étude de cette divergence est à mettre en parallèle avec l'exposition aux principaux facteurs de risque de ces cancers, les pratiques de dépistage et les progrès thérapeutiques. [12]

Dans la population âgée, le pourcentage de décès est plus important que celui des cas incidents, du fait d'un décalage, lié au décès survenant plusieurs années après le diagnostic. En 2012, 47,7 % des décès par cancer surviennent au-delà de 75 ans chez les hommes et 57,5 % chez les femmes. (cf. annexe 1)

Mortalité	Effectifs		Évolution 1980-2012 : part attribuable (%)				
	1980	2012	Taux brut 2012 (pour 100 000)	Évolution globale 1980-2012 (%)	à la population (%)	à la structure d'âge (%)	au risque (%)
Lèvre, cavité orale, pharynx	5 160	2 465	8,0	-52,2	7,1	31,7	-91,0
Œsophage	4 750	2 653	8,6	-44,1	8,3	36,0	-88,4
Estomac	4 996	2 834	9,2	-43,3	8,4	50,1	-101,8
Côlon-rectum	7 595	9 275	30,0	22,1	18,1	51,3	-47,3
Foie***							
Pancréas***							
Larynx	3 781	783	2,5	-79,3	3,0	33,1	-115,4
Poumon	15 160	21 326	69,0	40,7	20,9	36,0	-16,2
Mélanome de la peau	299	954	3,1	219,1	47,4	32,3	139,4
Prostate	6 800	8 876	28,7	30,5	19,3	68,7	-57,5
Testicule	203	85	0,3	-58,1	6,2	12,2	-76,5
Vessie	2 652	3 574	11,6	34,8	20,1	52,3	-37,6
Rein	1 443	2 651	8,6	83,7	27,2	41,0	15,5
Système nerveux central	991	1 761	5,7	77,7	26,4	22,3	29,0
Thyroïde	151	145	0,5	-4,0	14,2	37,8	-56,0
Tous cancers **	76 772	85 255	275,9	11,0	16,4	43,3	-48,7

* Compte tenu des fluctuations majeures récentes de l'incidence du cancer de la prostate, les résultats postérieurs à la dernière année observée dans les registres (2009) ne sont pas présentés.

** L'estimation Tous cancers est obtenue en faisant la somme des estimations par localisation (en supposant la stabilité des taux d'incidence entre 2009 et 2012 pour la prostate – voir partie Matériel et méthode), à laquelle ont été ajoutées les estimations pour les localisations Hémopathies malignes (définies selon la classification de l'article Belot, *et al.* de 2008) et pour la localisation Autres cancers.

*** Les données de mortalité des cancers du foie et du pancréas ne sont pas présentées du fait d'une moindre fiabilité de ces données par rapport aux autres localisations.

Figure 5 : Cas et décès estimés en 1980 et en 2012, taux bruts d'incidence et de mortalité estimés en 2012, évolution de l'effectif entre 1980 et 2012 par localisation et part attribuable à l'augmentation de la population, au vieillissement et au risque, chez l'homme. [9]

Mortalité	Effectifs		Évolution 1980-2012 : part attribuable (%)				
	1980	2012	Taux brut 2012 (pour 100 000)	Évolution globale 1980-2012 (%)	à la population (%)	à la structure d'âge (%)	au risque (%)
Localisation							
Lèvre, cavité orale, pharynx	576	727	2,2	26,2	20,2	36,2	-30,2
Œsophage	618	791	2,4	28,0	20,5	40,7	-33,2
Estomac	3 734	1 577	4,8	-57,8	6,8	43,8	-108,4
Côlon-rectum	7 569	8 447	25,7	11,6	17,9	42,1	-48,4
Foie**							
Pancréas**							
Larynx	179	123	0,4	-31,3	11,0	30,9	-73,2
Poumon	2 020	8 623	26,3	326,9	68,4	29,4	229,1
Mélanome de la peau	323	718	2,2	122,3	35,6	28,1	58,6
Sein	8 596	11 886	36,2	38,3	22,2	29,6	-13,5
Col de l'utérus	2 060	1 102	3,4	-46,5	8,5	25,9	-80,9
Corps de l'utérus	1 691	2 025	6,2	19,8	19,3	31,1	-30,6
Ovaire	2 461	3 140	9,6	27,6	20,4	23,0	-15,8
Vessie	911	1 198	3,6	31,5	21,1	42,7	-32,3
Rein	936	1 306	4,0	39,5	22,4	29,4	-12,3
Système nerveux central	711	1 291	3,9	81,6	29,1	14,9	37,6
Thyroïde	347	230	0,7	-33,7	10,6	29,7	-74,0
Tous cancers *	52 481	63 123	192,3	20,3	19,3	34,5	-33,5

* L'estimation Tous cancers est obtenue en faisant la somme des estimations par localisation, à laquelle ont été ajoutées les estimations pour les localisations Hémopathies malignes (définies selon la classification de l'article Belot, et al. de 2008) et pour la localisation Autres cancers.

** Les données de mortalité des cancers du foie et du pancréas ne sont pas présentées du fait d'une moindre fiabilité de ces données par rapport aux autres localisations.

Figure 6 : Cas et décès évalués en 1980 et en 2012, taux bruts d'incidence et de mortalité estimés en 2012, évolution de l'effectif entre 1980 et 2012 par localisation et part attribuable à l'augmentation de la population, au vieillissement et au risque, chez la femme. [9]

Chez la femme, pour les cancers de l'estomac, du col de l'utérus et chez l'homme, pour les cancers ORL, de l'œsophage et de l'estomac, une diminution conjointe de l'incidence et de la mortalité est observée. Dans cette situation, la baisse de la mortalité est essentiellement due à la baisse de l'incidence liée aux changements de comportements alimentaire et addictif (alcool, tabac). Chez la femme, la baisse de l'incidence du cancer du col de l'utérus serait liée au dépistage et à la détection précoce des lésions précancéreuses. Dans la population âgée, la proportion de ces cancers devrait donc diminuer dans les prochaines décennies. Par exemple, on constate déjà, malgré ce décalage, qu'en 2008, 49,6 % des décès liés au cancer de l'estomac concernaient les hommes de plus de 75 ans [8] alors qu'en 2012, ces derniers représentaient 49,2 % des décès. [9]

On remarque une augmentation préoccupante à la fois de l'incidence et de la mortalité pour le cancer du poumon chez la femme et le mélanome de la peau chez la femme et chez l'homme. Cette situation est le reflet à distance de l'impact de la hausse du tabagisme féminin. De même, la hausse de l'incidence du mélanome cutané est probablement liée à l'impact différé d'expositions excessives aux rayonnements UV. Dans la population âgée, la proportion de ces cancers devrait donc augmenter considérablement dans les prochaines décennies. Par exemple, on constate déjà, malgré le décalage, qu'en 2008, 47,4 % des décès liés au mélanome concernaient les femmes de plus de 75 ans [8] alors qu'en 2012, ces derniers représentent 49,9 % des décès. [9]

Une augmentation (ou une stabilité) de l'incidence associée à une baisse (ou une stabilité) de la mortalité est la situation la plus fréquemment observée. Cette situation est constatée pour les autres cancers chez la femme et chez l'homme. L'amélioration de la prise en charge thérapeutique et l'impact des diagnostics plus précoces sont les facteurs explicatifs les plus souvent évoqués. [12] Ainsi, les cancers du poumon, du côlon-rectum, de la prostate et du sein resteront les cancers induisant la plus forte mortalité chez les personnes âgées.

En 2012, par ordre de décroissance tous âges confondus, on retrouve les causes de décès suivantes : le cancer du sein (11 886 décès), du poumon (8 623 décès) et du côlon-rectum (8 447 décès) chez la femme ; le cancer du poumon (21 326 décès), du côlon-rectum (9 275 décès) et de la prostate (8 876 décès) chez l'homme.

b) Mortalité du sujet âgé en Lorraine

Le cancer représente la première cause de décès : 6244 décès par an. La région lorraine présente une surmortalité de 7 % par rapport à la moyenne nationale. C'est la 4^{ème} région française par importance du taux comparatif de mortalité par tumeurs (période 2005-2007). [11]

Pour les cancers dont l'incidence est élevée en Lorraine :

- Chez les hommes, la mortalité par cancer du côlon-rectum en Lorraine est conforme à l'incidence relevée et place la région en troisième position. Le constat est plus étonnant chez les femmes pour lesquelles la mortalité est élevée avec une incidence moyenne.
- Pour les cancers du poumon, le taux de mortalité est conforme à l'incidence calculée, à savoir : chez les hommes, 2^{ème} plus mauvais taux avec un écart de 22 % par rapport à la moyenne et chez les femmes le plus mauvais taux avec un écart de 24 % par rapport à la moyenne. [11]

Pour les cancers dont l'incidence est moindre en Lorraine :

- Pour les cancers de la lèvre, de la cavité orale et du pharynx, la Lorraine est en 7^{ème} position avec un taux de 13 % supérieur à la moyenne chez les hommes et en 2^{ème} position avec un écart de 33 % par rapport à la moyenne chez les femmes.
- Pour les cancers du col de l'utérus, le taux de mortalité est le 4^{ème} plus mauvais en France.
- Pour le cancer du sein, la Lorraine connaît une incidence et une mortalité moyenne, avec cependant une exception notable : la Meuse figure parmi les quatre premiers départements français connaissant la plus forte mortalité. [11]

Il existe toujours une **disparité territoriale** avec un écart maximum de mortalité par tumeurs entre deux territoires de santé lorrains. En 2007, cet écart atteignait 30 % du taux pour 100 000 habitants : de 206 à 262. [11]

Les écarts du taux comparatif de mortalité par tumeurs (période 2007-2009) :

- Meurthe-et-Moselle : 260
- Meuse : 265
- Moselle : 264 (taux le plus élevé : Bassin houiller : 278)
- Vosges : 249 (taux le plus bas : Pays de Remiremont et ses vallées : 235)

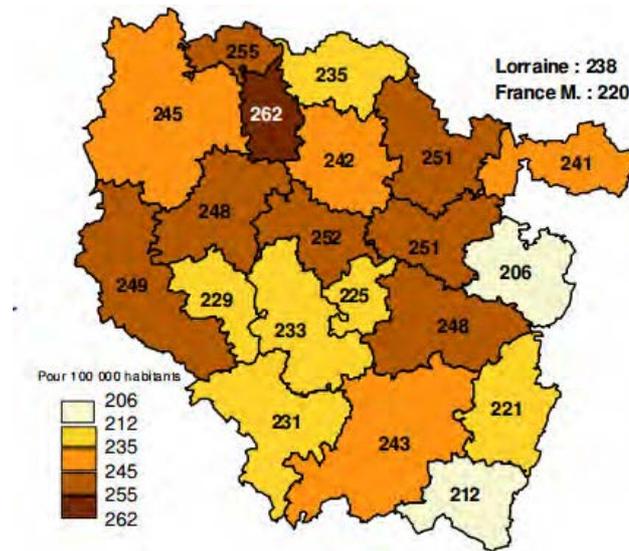


Figure 7 : Taux comparatifs de mortalité par tumeurs de 2005-2007 pour l'ensemble des cancers en Lorraine [11]

3) Survie des sujets âgés atteints de cancer :

Chez le patient atteint de cancer, l'impact de l'âge sur le pronostic est variable selon les différents cancers. **Avec l'âge, l'augmentation du risque de décès se traduit généralement par une accélération de la dégradation du pronostic entre 60 et 70 ans.** Par exemple, dans le cas du cancer du côlon-rectum ou du poumon, le mauvais pronostic lié à l'âge apparaît vers 65-70 ans et au-delà de 70 ans, périodes durant lesquelles le risque de décès augmente nettement. Les deux localisations cancéreuses les plus fréquentes, chez le sujet âgé, présentent un profil particulier de l'évolution de la survie avec l'âge. Pour le cancer de la prostate, le risque de décès le plus bas est observé entre 65 et 70 ans, au-delà de cet âge, le risque de décès augmente. Dans le cas du cancer du sein, on observe un risque élevé pour les femmes jeunes, il devient minimum autour de la ménopause et augmente à nouveau au-delà. [8]

Les études épidémiologiques montrent que la survie des patients âgés, même corrigée des causes de mortalité compétitives, est plus mauvaise chez les malades âgés. [13][14] Le risque de décès lié au cancer est plus élevé chez les sujets de plus de 75 ans. **Ainsi, la survie relative à 1 an pour les patients de plus de 75 ans atteints de cancer est de 59% et à 5 ans, de 39% quelque soit le sexe.** [10] Entre 1987 et 2007, la survie relative à 1 an est de 65 % chez les femmes et 53 % chez les hommes. Pour cette même période, la survie relative à 5 ans est de 45 % chez les femmes (alors qu'elle est de 63 % tous âges confondus) et 31 % chez les hommes (vs 44% tous âges confondus). [9]

Cependant, ces chiffres ne mettent pas en évidence le fait suivant : **à partir de 75 ans, plus le sujet est âgé, plus la mortalité est élevée dans l'année, voire même dans les 6 premiers mois qui suivent le diagnostic.** Ces résultats ont été également observés dans l'ensemble des pays européens. [15] [16] Ce phénomène peut trouver son origine dans différentes explications : une prise en charge plus tardive, un plus mauvais état général rendant les sujets âgés plus vulnérables à la maladie cancéreuse, la présence de comorbidités, et au niveau de la prise en charge, un traitement inadapté (trop ou pas assez agressif) ou de moins bonne qualité. [8] Une autre explication à ce phénomène est le fait qu'il existe une dégradation du stade tumoral lors du diagnostic avec l'avance en âge, mais elle se situe souvent après 80 ans et même plutôt après 85 ans. [8]

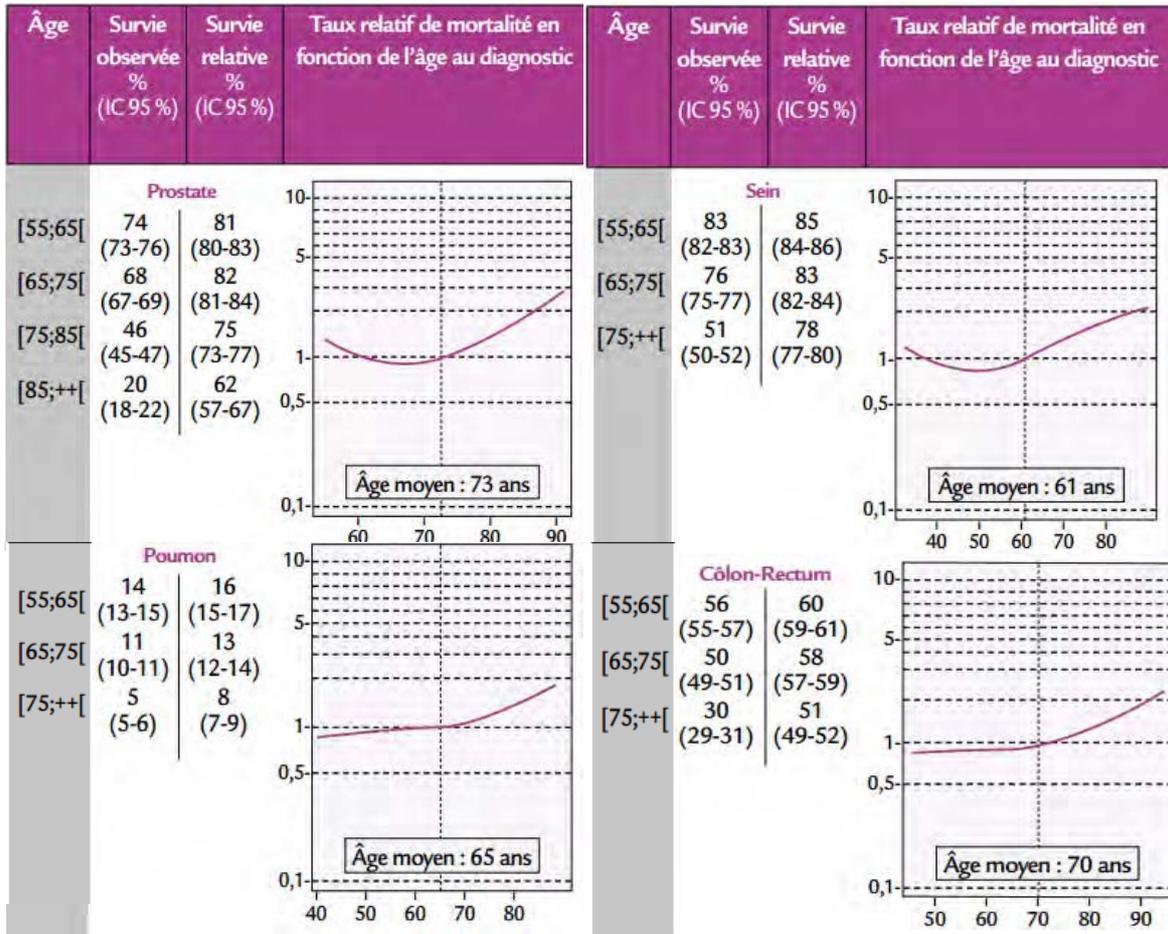


Figure 8 : Tableaux des survies à 5 ans des cas de cancer et taux relatif de mortalité en fonction de l'âge en 2009 selon les registres du réseau Francim. [8]

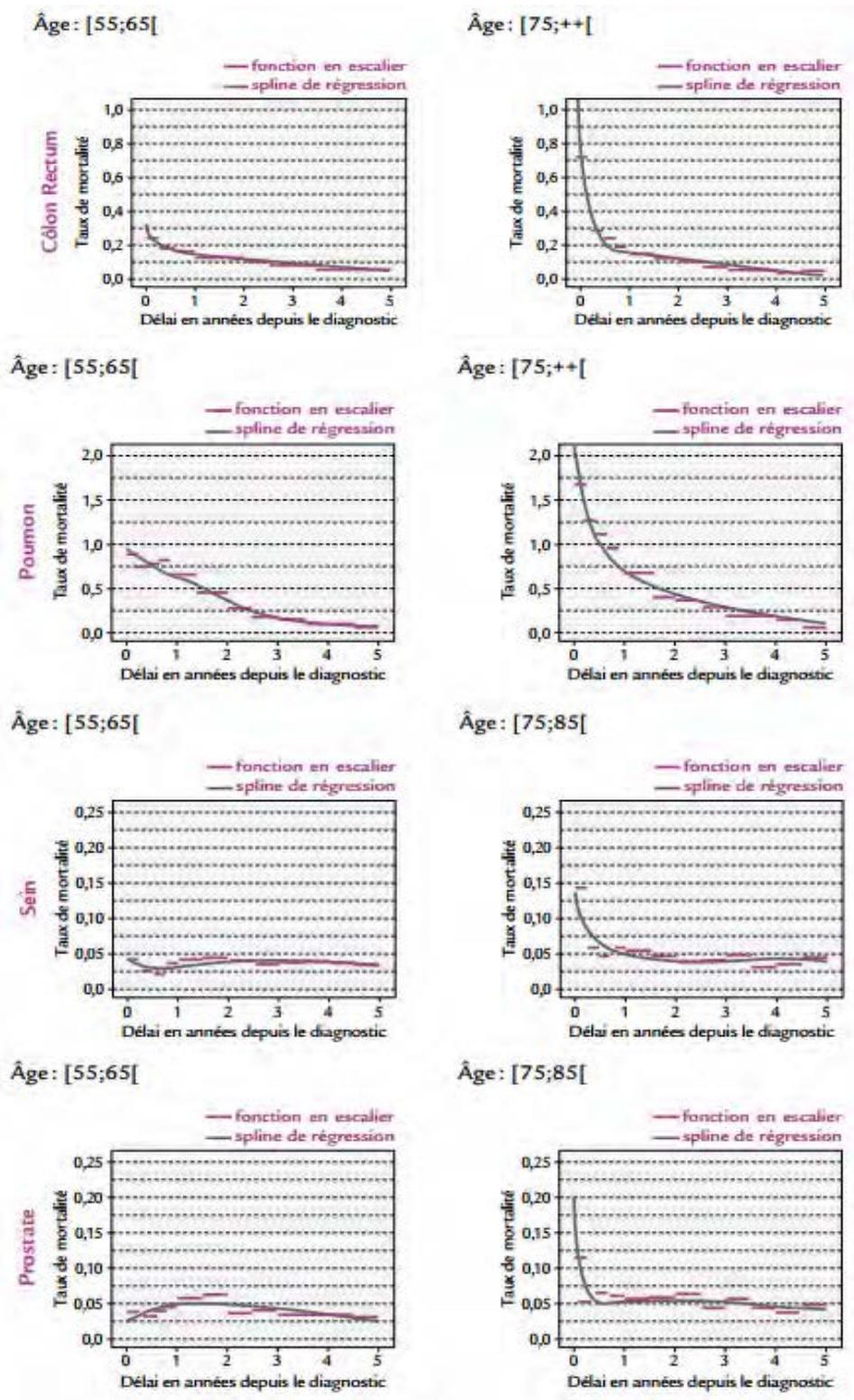


Figure 9 : Taux de mortalité due au cancer en fonction du délai depuis le diagnostic selon les registres du réseau Francim en 2009. [8]

	<64 ans	65-74 ans	75-79 ans	80-84 ans	>=85 ans
Cancer du côlon rectum : diagnostic 2000					
2881 cas					
Stade I/II	49 %	47 %	48 %	53 %	42 %
Stade III	26 %	25 %	25 %	23 %	25 %
Stade avancé	24 %	26 %	25 %	23 %	29 %
Stade inconnu	2 %	2 %	2 %	2 %	3 %
Cancer du sein : diagnostic 2003					
1816 cas					
T1 2 N0 M0	53 %	60 %	41 %	34 %	16 %
T 3 4 N0 M0	1 %	1 %	4 %	5 %	2 %
N+ ou M+	33 %	29 %	37 %	33 %	25 %
Stade inconnu	13 %	11 %	18 %	28 %	57 %
Cancer de la prostate : diagnostic 2001					
2185 cas					
T1 2 N0 M0	85 %	84 %	82 %	72 %	55 %
T 3 4 N0 M0	5 %	4 %	5 %	9 %	9 %
N+ ou M+	9 %	9 %	10 %	16 %	28 %
Stade inconnu	1 %	2 %	3 %	4 %	8 %

Figure 10 : Stade tumoral des cancers du sein, colon et prostate en fonction de l'âge du diagnostic. (« Etudes hautes résolution » données Francim) [8]

C) L'organisation de la cancérologie en Lorraine

1) Développement d'un parcours de soins adapté en Lorraine

a) Présentation du réseau



Le réseau « Oncolor » a été créé officiellement en 1998. Il est le réseau régional de cancérologie en Lorraine. Cette région a initié dès 1993 un réseau de santé, Oncolor. Il a pour vocation d'assurer un accès égal à des soins et à un accompagnement de qualité à tous les patients lorrains atteints de cancer. Fondé sur la coordination de tous les acteurs de santé et sur le partage d'outils, ce réseau met en place une prise en charge globale, médicale, psychosociale, hospitalière et de proximité. Il s'articule autour du réseau Oncolor Pédiatrie, d'une interface Ville-Hôpital, de l'Oncogériatrie, de la chimiothérapie à domicile et des Centres de Coordination en Cancérologie (3C).

ONCOLOR a de multiples missions. Dans le premier Plan Cancer de 2009-2013, elles sont définies comme suit :

- la promotion et l'amélioration de la qualité en cancérologie.
Il élabore, à partir des recommandations nationales, des référentiels régionaux diffusés à ses membres, et organise une fonction de veille sur l'actualisation des référentiels. Les référentiels de bonne pratique, conçus par plus de 350 professionnels, permettent d'appliquer, partout en Lorraine, des traitements fondés sur les données scientifiques validées les plus récentes et dans des conditions de sécurité maximales. Les 62 Réunions de Concertation Pluridisciplinaire (RCP), organisées par thématiques, proposent des avis aux médecins qui les sollicitent pour les situations complexes. Des évaluations des référentiels et des RCP ont montré que ces dispositifs améliorent de manière significative la qualité des soins délivrés aux patients.
- le développement d'audits qualité et l'évaluation des membres et des pratiques au sein du réseau.
Oncolor mène de nombreuses évaluations des pratiques de soins et organisationnelles depuis 2003. Elles permettent d'analyser les activités cliniques réalisées par rapport aux recommandations professionnelles disponibles et actualisées. Une amélioration de la qualité et de la sécurité des soins délivrés aux patients résulte de cette comparaison.
- la promotion de nombreux outils communs de communication au sein de la région, en particulier, les outils de communication et d'échange sécurisé de données médicales patient, dont le Dossier Communicant en Cancérologie.
L'« e-RCP » est un outil d'organisation des réunions de concertations pluridisciplinaires et de production des fiches RCP.
L'annuaire des soins oncologiques de support recense les ressources disponibles dans la région dans ce domaine.
« Lorrconf » permet un accès à un service de Webconférence 3C portail : outil de gestion et de reporting pour le 3C régional.

- l'aide à la formation continue des professionnels de santé.
Oncolor a mis en place plusieurs formations spécialisées. La « Formation spécialisée en cancérologie des infirmiers hospitaliers » en est un exemple ou encore, « Onco-TICE », plate-forme de e-learning destinée à la formation des personnels pharmaceutiques des Unités Centralisées de Préparation des Chimiothérapies anticancéreuses. Un autre outil, « OncoLogiK », permet aux professionnels de santé de se former grâce à la mise à jour des référentiels de bonne pratique.
- la coordination des différents intervenants dans la prise en charge des patients.
La priorité d'Oncolor va au développement d'une prise en charge coordonnée avec les professionnels de santé intervenant à domicile, notamment le médecin généraliste. La mise en place d'outils communs de communication permet d'améliorer l'échange de données médicales et le partage d'informations.
- la recherche contre le cancer aux côtés du CancéroPôle Grand Est (CGE).
Les ressources de la recherche s'appuient sur les plates-formes de génétique moléculaire, le Centre d'Investigation Clinique en Cancérologie, les Centres de Ressources Biologiques ainsi que les tumorothèques.

En Lorraine, Oncolor est le garant d'une prise en charge transversale de qualité accessible à tous.

Dans le cadre du **Plan Cancer 2014-2019**, Oncolor a joué un rôle prépondérant en participant au premier référentiel national de réunion de coordination pluridisciplinaire sur la prise en charge des cancers du poumon.

En janvier 2015, ce référentiel a été publié et porté par différents réseaux régionaux dont Oncolor mais aussi par Oncolie (Franche-Comté) et par le Réseau Espace Santé Cancer Rhône-Alpes (régions Rhône-Alpes et Auvergne et régions Grand Est), en collaboration avec l'INCa. Ce projet s'est appuyé sur l'expérience des référentiels interrégionaux de chaque réseau. [17]

Selon un premier rapport porté à la connaissance du Président de la République, il en découle une réflexion qui doit être lancée pour tirer les enseignements sur ce projet pilote. Il en découle aussi de proposer des amendements à la démarche méthodologique mise en œuvre, et de choisir les localisations tumorales qui feront l'objet de référentiels nationaux en 2015. [17] L'objectif 16 de ce rapport est « d'optimiser les organisations pour une plus grande efficacité » mais le référentiel des missions relatives aux réseaux régionaux de cancérologie est encore en cours de constitution.



Figure 11 : Répartition des structures du réseau Oncolor par ville

b) L'organisation de l'offre de soins hospitaliers en cancérologie en Lorraine

Les activités relatives au traitement du cancer sont encadrées, au niveau national, par les directives de l'INCa et bénéficient de la régulation mise en œuvre dans le cadre du Plan Cancer 2009-2013.

Dans ce cadre, les visites de conformité de tous les sites autorisés ont été effectuées en Lorraine durant l'été 2011, ce qui a permis d'établir un état des lieux complet concernant les activités de traitement du cancer.

	<i>Chirurgie</i>	<i>Chimiothérapie</i>	<i>Radiothérapie</i>	<i>Curiethérapie</i>
Départ 54 :	29	8	2	1
Départ 55 :	7	2	0	0
Départ 57 :	39	12	3	1
Départ 88 :	13	3	1	0
Région Lorr :	88	25	6	2

Figure 12 : La répartition par département des autorisations de traitement du cancer en Lorraine



Figure 13 : Implantation des centres de chimiothérapie en Lorraine en 2013

Les primo prescriptions de chimiothérapie doivent être faites dans un établissement autorisé en chimiothérapie. Le suivi et les administrations suivantes peuvent être faites dans ces établissements dits associés.

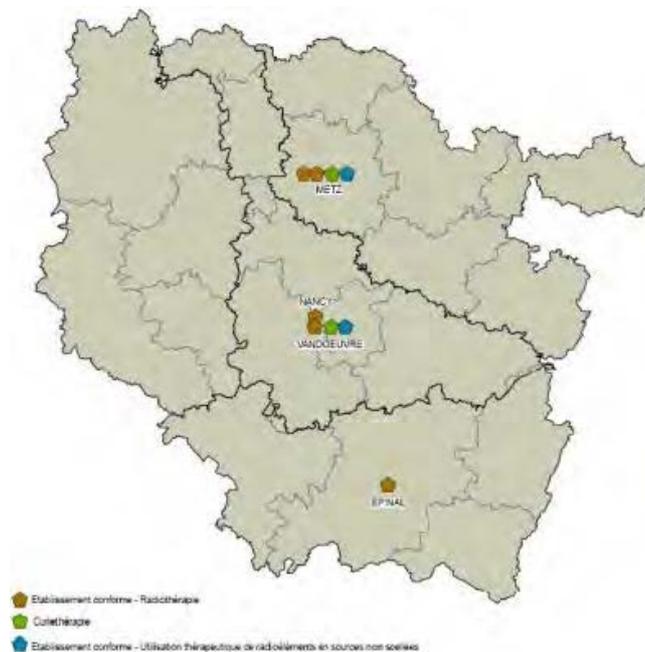


Figure 14 : Implantation des centres de radiothérapie en Lorraine en 2013

On retrouve six établissements : le Centre Alexis-Vautrin à Nancy, le Centre d'oncologie de Gentilly à Nancy, le Centre privé de radiothérapie de Metz, le CH d'Épinal avec l'hôpital Jean-Monnet, le CHR de Metz-Thionville avec deux centres à Metz et Thionville.

Il est à noter qu'il n'existe pas de centre de radiothérapie, ni de service de chirurgie thoracique en Meuse.

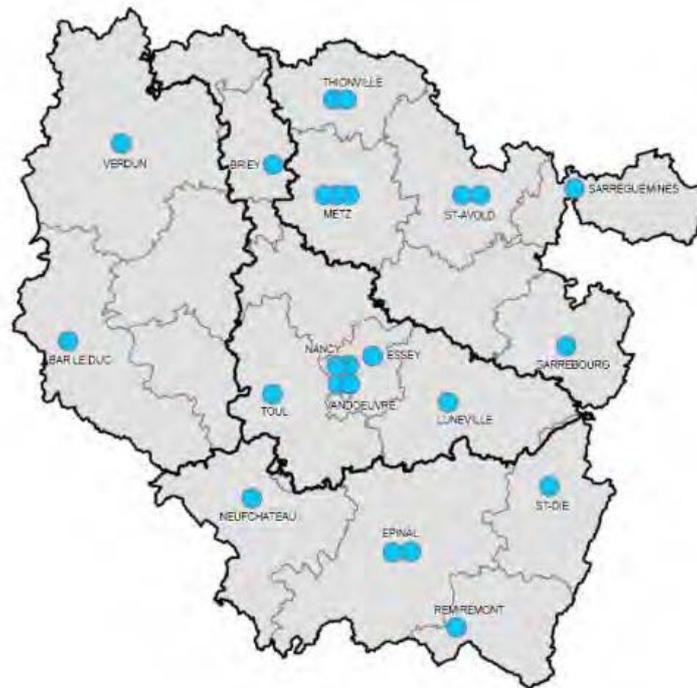


Figure 15 : Implantation des centres chirurgicaux dans les pathologies cancéreuses digestives en Lorraine en 2013

c) Le « 3C »

Le « 3C » ou Centre de Coordination en Cancérologie est une cellule de qualité indispensable à la **coordination** et à la **qualité des soins**. Il entre dans le cadre de la prise en charge globale et pluridisciplinaire du patient et de sa famille, dans toutes les phases de la maladie (décision, soins curatifs, soins palliatifs, soutien psychologique...). Il doit s'assurer que les critères transversaux de qualité opposables aux établissements de santé (dispositif d'annonce, concertation pluridisciplinaire, référentiels de pratiques cliniques, projet personnalisé de soins, soins de support, traitements innovants et essais cliniques) sont mis en place et que le patient y a accès.

Le 3C dispose, pour la réalisation de ses missions, d'une « cellule qualité opérationnelle » identifiée au niveau de l'établissement siège du 3C et de « cellules relais » au niveau des établissements participant au 3C.

Son organisation associe :

- une « cellule qualité opérationnelle » correspondant aux ressources humaines dédiées aux missions et à la coordination du 3C.

Cette cellule est constituée à minima :

- a) d'un responsable en charge de la coordination, de la réalisation et du suivi des actions du 3C. Son mode de désignation est prévu par la convention portant création du 3C. Il est l'interlocuteur principal auprès des établissements de santé partenaires du 3C et du RRC.
- b) d'un secrétariat
- c) d'un personnel formé à la qualité

Les trois fonctions sont clairement représentées au niveau du « siège » du 3C.

- une « cellule relais » :
Elle correspond aux ressources humaines dédiées aux missions du 3C en fonction des fonds de missions d'intérêt général 3C alloués à l'établissement de santé. La cellule relais est composée au minimum d'un responsable en charge de la réalisation et du suivi des actions du 3C au sein de l'établissement de santé. Il est l'interlocuteur principal auprès du 3C.
- un « comité de coordination du 3C » :
Un comité de coordination est constitué au sein du 3C intégrant au moins un représentant de chaque établissement de santé le composant. Le comité se prononce à minima sur les objectifs annuels, les programmes de travail et les réalisations. Les modalités de mise en place et de fonctionnement de ce comité sont validées par les directions des établissements mettant en place le 3C. Un représentant des usagers est invité à participer au comité.
- des outils communs de communication :
Les équipements de web conférence et/ou de visioconférence en place au sein des établissements de santé composant les 3C sont identifiés ainsi que leur accessibilité pour l'exercice de la cancérologie.

En Lorraine, le schéma d'organisation met en place 7 Centres de Coordination en Cancérologie regroupant l'ensemble des établissements de santé et centres de radiothérapie disposant d'une autorisation de traitement du cancer (structures publiques, privées ou espic : établissements de santé privés d'intérêt collectif).

Ces sept Centres de Coordination en Cancérologie ont été officiellement identifiés le 23 décembre 2011 par décision du directeur général de l'Agence Régionale de Santé en Lorraine.

La composition des sept 3C en Lorraine est la suivante :

3C porté par le CHRU de Nancy :

CHRU de Nancy
CHR Metz-Thionville
Centre Hospitalier de Briey
Maternité Régionale universitaire de Nancy
HIA LEGOUEST, Metz
Hôpital Robert Pax, Sarreguemines
Centre Hospitalier de Toul
SINCAL – Centre Chirurgical Emile Gallé, Nancy

3C porté par l'ICL :

Institut de Cancérologie de Lorraine – Alexis Vautrin, Vandœuvre-lès-Nancy
Centre Hospitalier de Neufchâteau
Centre Hospitalier de Sarrebourg
Centre Hospitalier de Saint-Dié
Centre Hospitalier de Lunéville

3C porté par la Polyclinique de Gentilly :

Polyclinique de Gentilly, Nancy
Centre d'Oncologie de Gentilly, Nancy
Polyclinique du Parc, Bar le Duc
Clinique Jeanne d'Arc, Lunéville
Clinique Louis Pasteur, Essey-lès-Nancy
Polyclinique Majorelle, Nancy

3C porté par l'Hôpital-Clinique Claude Bernard :

Hôpital-Clinique Claude Bernard, Metz
Centre Privé de Radiothérapie, Metz
Clinique Saint Nabor, Saint-Avold
Clinique Ambroise Paré, Thionville

3C porté par les Hôpitaux Privés de Metz :

Hôpitaux Privés de Metz
Hospitalor, Saint-Avold
Hospitalor, Forbach
Hôpital de Freyming-Merlebach
Alpha Santé, Hayange
Alpha Santé, Mont-Saint-Martin
Centre Hospitalier Marie Madeleine, Forbach

3C porté par le CH Emile Durkheim Epinal :

Centre Hospitalier Emile Durkheim, Epinal
Centre Hospitalier de Remiremont
Polyclinique La Ligne Bleue, Epinal
Clinique l'Arc en Ciel, Epinal

3C porté par le CH de Verdun :

Centre Hospitalier de Verdun
Centre Hospitalier de Bar-le-Duc.

Ces structures et organisations doivent être utilisées et gérées au mieux afin de répondre aux besoins croissants d'une population âgée dont le processus de cancérisation augmente avec l'âge. **Cet afflux de patients risque de majorer les insuffisances de ce parcours de soins.** Aux 3C s'ajoutent désormais de nouvelles structures : les unités de coordination en oncogériatrie appelées UCOG.

d) ULCOG : l'Unité Lorraine de Coordination en Oncogériatrie

Suite à l'appel à projets 2011 de l'INCa sur le déploiement national d'unités de coordination en oncogériatrie, 24 équipes ont été sélectionnées dans 19 régions.

Pour la Lorraine, le projet a été porté par le CHRU de Nancy et l'Institut de Cancérologie de Lorraine.

La reconnaissance de l'ULCOG a été effective en 2012. L'ULCOG a démarré son activité au second semestre 2013. Elle décline son développement selon le cahier des charges de l'INCa et suit 4 objectifs prioritaires qui sont :

- Mieux adapter les traitements des patients âgés atteints de cancer par des décisions conjointes oncologues-gérialtres.

Ainsi, la quasi-totalité des UCOG mettent en place un « comité de pilotage » dans lequel participe également plusieurs professionnels de santé (médecins généralistes, chirurgiens, radiothérapeutes, infirmières, assistantes sociales) mais aussi d'autres professionnels issus d'organismes différents (réseau régional de cancérologie, directions d'établissements de santé, agences régionales de santé, associations de patients, centres de coordination en cancérologie).

Ces comités de pilotage se réunissent régulièrement dans le but de favoriser le rapprochement entre oncologues et gérialtres, d'améliorer l'organisation des soins, de diffuser les bonnes pratiques et de développer la recherche dans le domaine de l'oncogériatrie.

- Promouvoir la prise en charge des patients âgés atteints de cancer dans la région afin de la rendre accessible à tous.

Les UCOG diffusent les recommandations de bonnes pratiques destinées aux professionnels de santé pour harmoniser la prise en charge des patients âgés atteints de cancer sur leur territoire. [18] Parmi elles, dix UCOG émettent régulièrement leurs référentiels pour un cancer donné. On retrouve l'UCOG de Lorraine mais aussi les UCOG d'Alsace, de Bourgogne, de Midi-Pyrénées, de Paris Est et Paris Sud, de Picardie, de PACA Ouest et PACA Est, et l'UCOG rhodanienne. [18] De plus, pour les médecins généralistes lorrains, l'ULCOG diffusera prochainement un ouvrage s'intitulant « Le guide des idées reçues en Oncogériatrie ».

Les UCOG ont pour objectif d'établir la réalisation systématique, avant présentation du dossier du patient en réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP), d'un « pré-screening » par l'outil de dépistage gérialtrique en oncologie G8. (cf. chapitre D-1) [18]

Ces structures possèdent un site internet, support de diffusion de leur information spécifique. Plusieurs supports ont été également utilisés comme des plaquettes d'information, brochures papier, lettres d'information, pages internet, réunions d'information, à destination des professionnels de santé et patients.

En France, cinq UCOG ont mis en place des actions spécifiques dans le cadre d'unités de coordination en oncogériatrie interrégionales, appelées UCOGIR, qui consistent à promouvoir la formation en oncogériatrie et organiser des réunions de coordination.

Enfin, certaines UCOG ont renforcé leurs liens avec les réseaux gérontologiques et certaines associations de patients dont la Ligue nationale contre le cancer, les associations de soins palliatifs et de lutte contre la maladie d'Alzheimer.

- Contribuer au développement de la recherche en oncogériatrie, notamment en impulsant des collaborations interrégionales.

Le plan cancer 2014-2019 a mis en place un dispositif de suivi de prise en charge et de recherche clinique en oncogériatrie. Le nombre de personnes âgées inclus dans un essai clinique a progressé au cours de ces dernières années.

En 2013, au total, 5 380 patients âgés ont été inclus, 4 710 dans un essai institutionnel et 670 dans un essai industriel. [18] Mais l'INCa estime qu'il n'y a que 14 essais dédiés exclusivement à l'oncogériatrie, c'est-à-dire ouverts seulement aux patients de plus de 65 ans. Cet état des lieux confirme une insuffisance d'essais cliniques dans cette population pour laquelle il serait pourtant primordial d'avoir des données compte tenu de ses spécificités (comorbidités, polymédication, métabolisme différent...). [18]

Ce dernier plan cancer a fixé comme objectif une structuration de la recherche clinique en oncogériatrie, en s'adossant sur le dispositif des UCOG par le biais d'un Intergroupe coopérateur national surnommé DIALOG (Dialogue Intergroupe pour la personnalisation de la prise en charge en Oncogériatrie). En 2014, ce dernier, s'appuyant sur le groupe GERICO (Groupe d'Etude de Recherche et d'Investigation en OnCo-Gériatrie), ainsi que sur l'ensemble des UCOG et la SFOG, a été créé, labellisé et financé par l'INCa. [18]

- Soutenir la formation et l'information en oncogériatrie.

Ces actions se font, soit sous la forme universitaire, soit dans le cadre du **développement personnel continu (DPC)**.

En 2013, 830 professionnels de santé ont suivi une formation universitaire en oncogériatrie (dont 399 gériatres, 66 oncologues et 92 médecins généralistes) et pour le DPC, 1900 ont suivi une formation en oncogériatrie (dont 543 gériatres, 223 oncologues, mais aussi 274 médecins généralistes et 330 IDE). [18]

Il est à noter que 3 **diplômes universitaires (DU)** et 2 **diplômes interuniversitaires (DIU)** délivrent un enseignement spécifique en oncogériatrie. Ils sont organisés à Nantes, en Ile-de-France, à Nice, et sur tout le Sud-ouest et le Sud-est (Lyon, Montpellier, Dijon, Saint-Etienne, Limoges, Bordeaux, Grenoble, Toulouse).

Il existe également un certificat optionnel d'oncogériatrie dans le cadre des études médicales (en DCEM3, université Paris V). [18]

L'oncogériatrie est également abordée dans le cadre de la Capacité et du DESC de gériatrie. La **société Francophone d'Oncogériatrie (SFOG)** et l'**International Society of Geriatric Oncology (SIOG)** organisent des congrès annuels dédiés à cette discipline.

L'**Ecole de formation européenne en cancérologie (EFEC)** propose aussi une formation non universitaire en oncogériatrie.

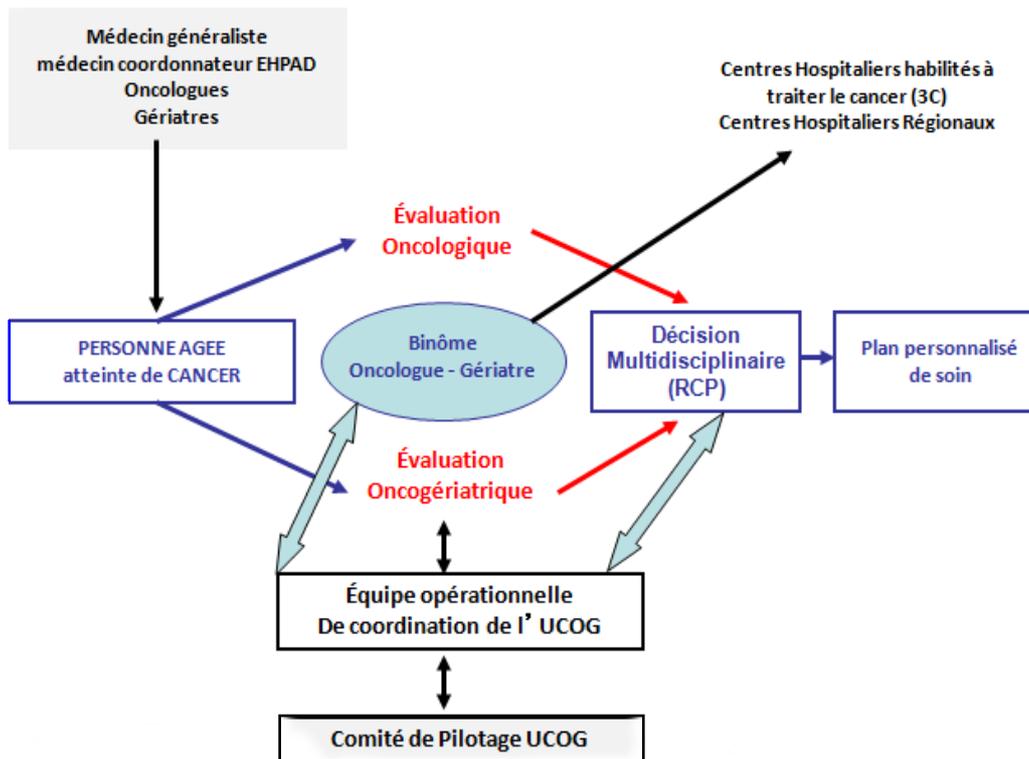


Figure 16 : Place de l'ULCOG dans la prise en charge de la personne âgée atteinte de cancer

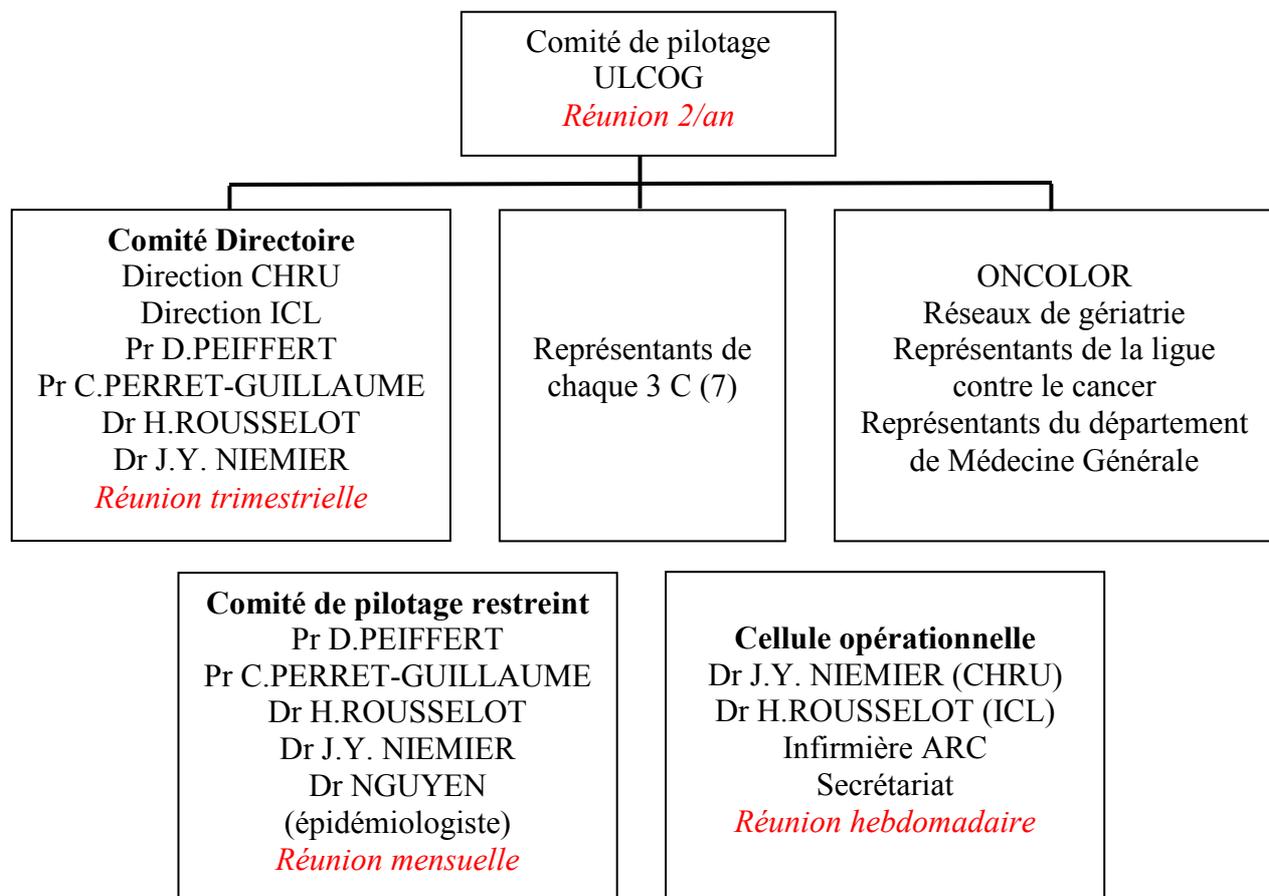


Figure 17 : Organigramme de l'ULCOG

Les **missions** de l'ULCOG sont :

- **D'effectuer l'état des lieux dans le domaine de l'oncogériatrie en Lorraine**
Notre étude s'inscrit dans cette mission.
- **L'homogénéisation de la trajectoire du patient âge atteint de cancer en Lorraine**
- **Définir et diffuser des outils communs de dépistage**
- **L'évaluation des modalités de prise en charge homogène pour tous les patients âgés de la région.**
- **Fédérer l'activité régionale et mobiliser l'ensemble des acteurs**
- **Favoriser l'élaboration et la diffusion des recommandations de prise en charge**
- **Contribuer au développement de la recherche**
- **Soutenir l'information et la formation concernant les professionnels de santé, les patients, les aidants et le grand public**

Ces missions s'effectuent en collaboration avec le Collège des Professionnels de Gériatrie en Lorraine.



e) Les réseaux gérontologiques lorrains et les structures de proximité

Les réseaux gérontologiques ont pour rôle d'assurer et d'organiser l'accès à des soins et des aides de qualité et de proximité, en préservant chaque fois que possible le maintien à domicile.

Voici la liste des réseaux gérontologiques lorrains :

En Meurthe-et-Moselle :

Hôpital Villemin Centre de cure ambulatoire en addictologie : *Domi réseau Espace Margaine, Longwy-Bas*

Gérard Cuny : *Immeuble Joffre Saint-Thiébaud, Nancy*

Maill'âge : *rue du Maréchal-Lyautey , Briey*

Resapeg : *Centre hospitalier Saint-Charles cours Raymond-Poincaré, Toul*

Réseaulu - Maison des réseaux : *rue de Sarrebourg, Lunéville*

Val de Lorraine : *Centre d'affaires Blénod-Vista ,Blénod-lès-Pont-à-Mousson*

Vermois, sel et grand couronné : *rue Charles-Courtois, Saint-Nicolas-de-Port*

En Meuse :

Réseau de santé du Sud-Meusien : *boulevard d'Argonne, Bar-le-Duc*

En Moselle :

GérontoNord : *route de Guentrange Villa Roland, Thionville*

Rege2M : *Résidence Sainte-Marie, rue Vieille-Ville, Metz*

Regeme : *rue de la Mine, Creutzwald*

Régésa : *Hôpital Saint-Jacques route de Loudrefing, Dieuze*

RGPS : *Espace Peguy Avenue Clémenceau Sarrebourg*

Les structures de proximité se composent, en dehors de l'hospitalisation à domicile et des services de soins à domicile, de réseaux de soins palliatifs à domicile. Ex : réseau Autrement dans le Sud de la Meurthe et Moselle et les Vosges.

D) L'ONCOGERIATRIE de la théorie à la pratique

1) Qu'est-ce que l'Oncogériatrie ?

L'ONCOGERIATRIE est le rapprochement de deux spécialités : la cancérologie et la gériatrie. Discipline récente, c'est en 1994, que Ludovico Balducci, oncologue américain, a mis en place un programme intitulé « Senior Adult Oncology Program » au Moffitt Cancer Center, à Tampa en Floride. L'ensemble des travaux de son équipe va imposer progressivement la nécessité d'une évaluation gériatrique avant la prise en charge oncologique. Ceci constitue une évolution par rapport à la pratique précédente qui traitait la personne âgée atteinte de cancer essentiellement en fonction de l'âge. Ce changement des pratiques conduit à une évolution des mentalités des praticiens.

En l'an 2000, en France, la Société Internationale d'Oncogériatrie (SIOG) est créée ; sa mission porte sur la pratique clinique, la recherche et l'éducation.

En 2005, l'Institut National du Cancer a mis en exergue cette discipline dans le but de coordonner, à travers ces 24 unités, les différents acteurs de la prise en charge de la personne âgée atteinte de cancer. 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**. La prise en charge oncogériatrique doit être hautement individualisée et faire suite à une évaluation multidisciplinaire. Dans ce but, l'oncologue dispose désormais d'un nouvel outil : le questionnaire G8.

2) Le QUESTIONNAIRE G8 : support de l'évaluation oncogériatrique

L'Institut National du Cancer a lancé un appel à projets, en juillet 2007, afin de valider un outil de dépistage gériatrique rapide en oncologie.

Dans le cadre de l'essai ONCODAGE, un nouvel outil de dépistage et d'évaluation de l'état général de patients concernés a été validé. Alors que l'évaluation gériatrique approfondie (EGA), considérée comme le « gold standard » de l'évaluation gériatrique se réalise en moyenne en 1 heure, ce nouvel outil l'effectue en 10 minutes.

Il permet aux oncologues d'identifier, parmi les patients âgés atteints de cancer, ceux qui devraient bénéficier d'une évaluation gériatrique approfondie. La généralisation de son utilisation est inscrite dans l'action 23.4 du Plan Cancer 2009-2013.

Il consiste en un questionnaire comportant 8 items qui permettent de calculer un score compris entre 0 et 17. Une évaluation gériatrique est recommandée lorsque le score est inférieur ou égal à 14. Ce dernier, inférieur ou égal à 14, est le reflet d'une vulnérabilité ou d'une **fragilité gériatrique**. [15]

Avec une bonne sensibilité (76,6%), une bonne spécificité (64,4%) et une valeur pronostique indépendante sur la survie à 1 an, **le questionnaire G8 est actuellement l'un des meilleurs outils de dépistage disponibles pour identifier les patients âgés atteints de cancer nécessitant une évaluation gériatrique**. (Cf. annexe 2) Il permet la mise en place d'un traitement personnalisé.

3) La prise en charge oncologique de la personne âgée atteinte de cancer : un traitement PERSONNALISE

Lors de l'évaluation gériatrique, effectuée par un gériatre ou par un oncogériatre, les critères de fragilité du patient âgé atteint de cancer sont mis en évidence. Une fragilité est repérable à partir des éléments suivants : l'autonomie, l'état nutritionnel, les troubles cognitifs, les troubles thymiques, les comorbidités, la polymédication, les conditions socio-économiques, et la présence de syndromes gériatriques.

Ces critères de fragilité, associés au vieillissement individuel, augmentent le risque de complications thérapeutiques en partie du fait de la maladie et en partie à cause d'une diminution de la tolérance du traitement dans cette population plus âgée et puis, ces critères modifient la pharmacocinétique, la pharmacodynamique et le profil de toxicité des chimiothérapies [20]. Ils accentuent également l'importance du bilan préopératoire, la cinétique de l'analgésie, l'agressivité de l'acte chirurgical et la prévention des symptômes postopératoires. Ils permettent de pratiquer, en radiothérapie, un hypofractionnement, une réduction de la dose totale ou un allongement de l'étalement. Ils ont également provoqué l'avènement des thérapies ciblées chez le sujet âgé.

Pour « sélectionner » au mieux ces patients fragiles, l'oncogériatre utilise l'échelle d'évaluation de Balducci qui définit 3 groupes :

- un **groupe 1** : le patient est autonome et sans comorbidité. Ces patients peuvent bénéficier d'un traitement standard, semblable à celui proposé à des individus plus jeunes;
- un **groupe 2** : la personne âgée a une dépendance fonctionnelle et une ou deux comorbidités; son état permet la mise en place d'un traitement adapté;
- un **groupe 3** : le patient est dépendant, avec plus de 3 comorbidités et des syndromes gériatriques évolutifs; sa situation l'oriente vers une prise en charge palliative.

Pour le groupe 1 : les données disponibles suggèrent que, lors de traitements agressifs, les patients âgés peuvent tirer les mêmes avantages en termes de survie que les patients plus jeunes, bien qu'il existe une sous-représentation des patients âgés dans les essais cliniques. [21] A noter qu'actuellement, une grande proportion des patients âgés cancéreux, sans comorbidités, ne reçoivent pas de traitements agressifs. En effet, on assiste à une **évolution des pratiques**. Les traitements que l'on ne proposait pas il y a une dizaine d'années, à des patients de plus de 75 ans, sont maintenant réalisés aussi fréquemment que chez des malades plus jeunes.

Pour le groupe 2 : les patients présentant des comorbidités significatives sont moins susceptibles de tirer profit des traitements agressifs. C'est pourquoi les récentes études tendent à sélectionner les patients âgés, à l'inclusion, afin de mieux identifier ceux qui seront susceptibles de bénéficier d'un traitement agressif. De nouveaux outils tentent d'évaluer le risque individuel de toxicité du sujet âgé lors d'une chimiothérapie. Le score CRASH (Chemotherapy Risk Assessment Scale for High-Age Patients) en est un exemple. [22]

Enfin pour le groupe 3, c'est-à-dire les patients dépendants et malades : des soins de confort semblent l'option la plus raisonnable dans la plupart des cas. [20]

4) Contexte et justification : le rôle prépondérant du médecin généraliste

Malgré ce changement progressif des mentalités, ces nouveaux outils et cette évolution des pratiques oncologiques, il faut encore s'assurer de l'intégration du patient dans le parcours de soins d'autant plus que le cancer du sujet âgé sera un enjeu de santé publique en termes de coût et d'organisation.

Certaines **limites** de la prise en charge apparaissent déjà : retard diagnostic, réticence à soigner la personne âgée, difficulté à accéder aux soins spécialisés, absence de participation aux campagnes de dépistage, ... [23] [24]

De plus, l'Agence Régionale de Santé a mis en évidence, pour la Lorraine, un manque de lien ville-hôpital, de coordination de l'ensemble des intervenants hospitaliers et extra hospitaliers voire même d'une **insuffisance de structuration de l'offre en oncogériatrie**. [11]

Le rôle du **médecin généraliste** est donc de plus en plus **déterminant** dans l'orientation et la qualité des soins fournis d'autant que les personnes âgées sont plus dépendantes. [25][26]

Certains facteurs influencent la décision du médecin généraliste une fois le diagnostic de cancer établi. Ils incluent l'âge, l'acceptabilité du traitement par le patient ou la famille du patient, l'état mental, la présence d'un handicap, la facilité avec laquelle le patient peut retourner à son domicile et l'attitude du médecin. [27][28] Une étude de ces **critères décisionnels** dans le Sud-ouest a mis en évidence les difficultés d'organisation ainsi que le manque de formation en oncologie des médecins généralistes. [29]

Le but principal de l'étude est d'identifier les critères de décision du médecin généraliste dans la prise en charge de la personne âgée atteinte de cancer en Lorraine.

Les objectifs secondaires sont d'identifier la nature des principales difficultés d'organisation et de proposer des solutions adaptées au sein des différents départements de la Lorraine.

DEUXIEME PARTIE : METHODE

1) Schéma général

Il s'agit d'une étude descriptive observationnelle transversale.

2) Caractéristiques de la population

La population étudiée concerne 2042 médecins généralistes exerçant dans les départements de la Meurthe-et-Moselle, Meuse, Moselle et Vosges.

On en dénombre **669 en Moselle (32,8%), 903 en Meurthe-et-Moselle (44,2%), 157 en Meuse (7,7%) et 313 dans les Vosges (15,3%)**, recensés par le Conseil de l'Ordre au 25 février 2014.

La densité départementale en médecins généralistes en activité régulière en 2013 a été de 149 en Meurthe-et-Moselle, 124 en Meuse, 123 en Moselle et 126 pour 100 000 habitants dans les Vosges.

3) Critères d'inclusion

L'échantillon de l'étude devant être suffisamment représentatif quantitativement, le questionnaire a été envoyé à tous les médecins généralistes inscrits à l'Ordre, exerçant en activité libérale, conventionnés ou non, en secteur 1 ou 2, en Lorraine.

Ainsi, l'Ordre des différents départements de Lorraine, a procuré une liste exhaustive des médecins généralistes.

4) Critères d'exclusion

Les médecins généralistes remplaçants ont été exclus.

5) Les six étapes de l'enquête

• Etape 1 :

Elle correspond à l'élaboration du questionnaire de manière collégiale et pluridisciplinaire. Ce dernier a été élaboré avec l'aide d'un méthodologiste du service d'Études et de Recherche en Environnement et Santé de la faculté de médecine de Nancy.

Avec l'accord du réseau Oncolor, de l'Institut de Cancérologie de Lorraine, du Collège des Professionnels de Gériatrie en Lorraine, le questionnaire a été conçu en partenariat avec le département d'Éthique Médicale du CHRU de Nancy et le laboratoire Ethos-EA 7299 « Pratiques Professionnelles : aspects méthodologiques, éthiques et juridiques ».

Cette collaboration a conduit à la réalisation du listing des variables détaillées dans le chapitre suivant. Certaines variables émanent de deux questionnaires d'études précédentes. [29] [30]

• Etape 2 :

Il s'agit de l'évaluation du questionnaire auprès de trois médecins généralistes libéraux et des gériatres du CHRU de Nancy. Le questionnaire final figure dans l'annexe 3.

• **Etape 3 :**

Elle correspond à la recherche de la liste des médecins généralistes en Lorraine. Cette liste, transmise par le Conseil de l'Ordre des Médecins de la Lorraine, correspond aux médecins inscrits au Conseil de l'ordre au 1^{er} mars 2014. Il est à noter que cette dernière ne contient pas toutes les adresses électroniques.

• **Etape 4 :**

Le questionnaire a été envoyé par l'intermédiaire de l'ULCOG à tous les médecins généralistes inscrits à l'Ordre, en Lorraine. Il a été administré sur une période d'une semaine (du 9 au 16 juillet 2014). Ce dernier a été diffusé alors par voie postale avec une enveloppe-retour affranchie. Il était accompagné d'un courrier de l'ULCOG expliquant la nécessité d'évaluer les pratiques médicales et les besoins des médecins généralistes afin d'optimiser le parcours de soins des personnes âgées atteintes de cancer.

• **Etape 5 :**

Elle correspond à la réception des questionnaires durant une période de trois mois. Il n'y a pas de date limite de renvoi du questionnaire. Aucune relance par courriels n'a été effectuée car certains médecins généralistes ne disposent pas d'adresses électroniques.

• **Etape 6 :**

Il s'agit de l'élaboration de la base de données et de la réalisation de l'analyse statistique. Les réponses au questionnaire ont été exploitées de manière anonyme.

6) Variables du questionnaire à recueillir

a) Profil du médecin généraliste

- Sexe
- Nombre d'années de pratiques médicales après la thèse
- Département Moselle, Meuse, Meurthe-et-Moselle, Vosges
- Date de naissance
- Lieu d'exercice : Pôle urbain avec ou sans Centre Hospitalier, Couronne périurbaine, Espace à dominante rurale
- Type d'exercice : maison de santé pluridisciplinaire, vacations hospitalières, en cabinet seul ou en groupe
- Sensibilisé à la gériatrie ou à la cancérologie ou suivi des FMC dans ces deux disciplines
- Médecin coordonnateur en EHPAD

b) Profil de la patientèle du médecin généraliste

- Définition du patient âgé selon le médecin généraliste : > 60 ans, > 65 ans, > 70 ans, > 75 ans ou > 80 ans
- Pourcentage de PA dans sa patientèle : (Données disponibles dans les « Relevés Individuels d'Activité et de prescriptions (RIAP) ») < 10%, de 10 à 20%, de 20 à 30%, de 30 à 50%, > 50%
- Nombre de PA atteintes de cancer à un stade précoce ont été adressées par le médecin généraliste tous les 6 mois
- Nombre de PA atteintes de cancer à un stade tardif ont été adressées par le médecin généraliste tous les 6 mois

c) Facteurs influençant le médecin généraliste dans sa décision pour adresser la personne âgée atteinte de cancer vers une structure spécialisée

Afin de répondre à l'objectif principal de l'étude, nous avons catégorisé chaque critère décisionnel en fonction de son importance. Dans cette optique, nous avons demandé aux médecins généralistes de désigner les critères décisionnels qui leur paraissaient les plus pertinents parmi les critères proposés (annexe 3). Ces critères, présentés comme les plus pertinents, ont été représentés dans différents tableaux. Nous avons considéré que le **critère le plus important est celui qui a été entouré le plus souvent par les médecins généralistes**. C'est ce qui explique que, dans les figures 33 et 37 de l'annexe 4, nous avons un total de 860 (= 2x430) ou de 1290 (= 3x430) car un même critère a pu être entouré en première, deuxième ou troisième position.

c-1) Critères de décision liés à la maladie cancéreuse

- Difficulté de poser un diagnostic précis en fonction de la localisation anatomique du cancer
- Type de cancer
- Stade précoce et / ou avancé (= métastatique asymptomatique ou symptomatique)
- Gravité des symptômes liés au cancer
- Difficulté à mettre en œuvre un traitement

c-2) Critères de décision liés au patient

- L'âge civil du patient
- L'âge que vous donnez au patient
- Comorbidités et / ou Polymédication
- Présence de troubles des fonctions supérieures
- Etat nutritionnel
- Qualité de vie du patient actuelle et à venir
- Effets secondaires du traitement oncologique
- Autonomie du patient
- Degré de compréhension du patient

- Volonté de la famille
- Volonté du patient
- Ressources financières

c-3) Critères de décision liés à la pratique de la médecine générale

- Application des recommandations des bonnes pratiques cliniques ou Conférences de Consensus
- Gestion des soins palliatifs
- Accessibilité aux oncologues ou chirurgiens
- Craintes des poursuites judiciaires

c-4) Critères de décision liés à l'organisation

- Distance du domicile du patient par rapport à une structure de soins adaptée à la pathologie
- Absence d'aidants ou Isolement social
- Accessibilité à un réseau de soins local
- Participation à la décision de traitement de la RCP oncologique
- Accessibilité aux résultats et aux comptes-rendus
- Compliance du patient
- Coordination des différents intervenants du corps paramédical
- Limites d'âge du dépistage organisé
- Intervalle de temps avant que les soins soient débutés

d) Autres Variables

- Les critères qui peuvent être corrigés pour faciliter la prise en charge de la personne âgée atteinte de cancer
- Solutions proposées par le médecin généraliste
- Accès à une consultation d'oncogériatrie
- Souhait d'une formation en oncogériatrie
- Intérêt du médecin généraliste à adresser des patients à une évaluation d'oncogériatrie

A noter que le médecin pouvait énumérer plusieurs critères à modifier. Par souci de compréhension, ne figure que **le nombre de fois où le critère de décision a été cité et non le nombre de médecins ayant cité un critère de décision**. Nous avons décidé que seule, la répartition géographique des critères cités plus de 10 fois a été prise en compte et présentée dans l'annexe 5.

Seules les solutions proposées plus de 10 fois ont été présentées et les solutions complémentaires ayant été citées moins de 10 fois sont dans l'annexe 6. De même, seule, la répartition géographique des critères cités plus de 10 fois a été retenue.

7) Méthodes statistiques

La saisie des données a été permise par le logiciel Epidata. Les analyses ont été réalisées à partir du logiciel SAS® version 9.3.

a) Analyses descriptives

Les variables continues sont présentées de la manière suivante : moyenne, écart-type, médiane, minimum et maximum, premier et troisième quartile, effectif concerné et pourcentage (exprimés avec une décimale) par sous-groupes et au total.

Les variables qualitatives sont présentées de la manière suivante : effectif et pourcentage (exprimés avec une décimale) par sous-groupes et au total.

b) Taille de l'échantillon

Nous n'avons pas calculé le nombre de sujets nécessaires car l'étude a été exhaustive dans l'envoi des questionnaires.

c) Analyses comparatives

Le degré de significativité retenu pour le risque global de première espèce a été fixé à 5% en situation bilatérale.

Pour comparer les sous-groupes en fonction des variables qualitatives, un test du Chi² ou un test exact de Fisher a été réalisé si les effectifs étaient faibles. Pour comparer les sous groupes en fonction des variables quantitatives, des tests de Student ont été réalisés lorsque la normalité n'était pas rejetée.

En ce qui concerne la décision des médecins généralistes d'orienter le patient âgé atteint de cancer, nous avons distingué **deux groupes de médecins, ceux qui « réfèrent » et ceux qui « ne réfèrent pas » les patients âgés, en fonction du stade de la maladie**. Cette distinction a été obtenue à partir des réponses aux deux questions : « Combien de personnes âgées atteintes de cancer à un stade précoce adressez-vous à un spécialiste du cancer tous les six mois ? » « Combien de personnes âgées atteintes de cancer à un stade tardif adressez-vous à un spécialiste du cancer tous les six mois ? » Compte tenu de la formulation du questionnaire, si le médecin n'oriente aucun patient durant six mois, il est inclus dans le groupe « ne réfèrent pas ». Si le médecin oriente au moins un patient durant six mois, il est inclus dans le groupe qui se « réfèrent » au spécialiste. Ces deux groupes sont présentés par effectif et par pourcentage en fonction du stade de la maladie.

Nous avons ensuite effectué plusieurs comparaisons avec les tests statistiques sus-cités : deux premières comparaisons entre les variables issues des différentes caractéristiques des médecins généralistes et le fait qu'ils orientent ou pas le patient âgé vers un spécialiste au stade précoce et tardif ; deux autres comparaisons entre les différents facteurs décisionnels et le fait qu'ils orientent ou pas le patient âgé vers un spécialiste au stade précoce et tardif.

TROISEME PARTIE : RESULTATS

A) Description

1) Taux de réponse

Sur les **2042 questionnaires** envoyés du 9 au 16 juillet 2014, 2033 sont parvenus à la bonne adresse (2042 - 9 = 2033). 9 nous ont été retournés.

Durant la période de réception, 410 questionnaires ont été recueillis durant les deux premiers mois et 24 durant le troisième mois. Le dernier courrier a été réceptionné le 15 octobre 2014.

Au total, 435 médecins généralistes ont répondu. Le taux de participation est de 21,3%.

Trois médecins ont retourné le questionnaire vierge. Deux médecins n'ont pas répondu en raison de leur exercice exclusif en milieu thermal.

Au final le nombre de réponses exploitables est de **430** (435 – 5), soit un taux de réponses exploitables de **21,0%**.

2) Les caractéristiques socio-démographiques

a) Age, sexe ratio, nombre d'années de pratique après la thèse

Sur un total de 430 réponses, la moyenne d'âge des médecins généralistes est de 51,8 ans, les extrêmes allant de 28 ans à 75 ans.

Le nombre d'années de pratique, après la thèse, varie de 1 an à 50 ans avec une moyenne de 22,9 années.

La répartition pour les 430 médecins généralistes est de **68,6% d'hommes (295)** et **31,4% de femmes (135)**. L'âge moyen des hommes est de 54,8 ans et celui des femmes de 46,7 ans.

b) Département et lieu d'exercice

Lieu d'exercice	Nombre de médecins généralistes N = 430	Pourcentage de médecins généralistes %
Pôle urbain avec centre hospitalier	151	35,1 %
Pôle urbain sans centre hospitalier	21	4,9 %
Couronne périurbaine	96	22,3 %
Espace à dominante rurale	162	37,7 %

Figure 18 : Tableau montrant la répartition du lieu d'exercice des 430 médecins généralistes. (Etude descriptive en Lorraine en 2014)

Département d'exercice	Nombre de médecins généralistes N = 430	Pourcentage de médecins généralistes %
Meurthe-et-Moselle	167	38,8 %
Meuse	31	7,2 %
Moselle	160	37,2 %
Vosges	72	16,7 %

Figure 19 : Tableau montrant la répartition des 430 médecins généralistes en fonction du département d'exercice (étude descriptive en Lorraine en 2014)

c) Type d'exercice et proportion de médecin coordonateur en EHPAD

Sur les 430 médecins, 385 ont répondu à l'item concernant le type d'exercice seul ou en groupe, soit 89,5%. 45 médecins n'y ont pas répondu. **Ainsi, 218 médecins, soit 56,6%, exercent seuls alors que 167 médecins, soit 43,4%, exercent en groupe.**

Type d'exercice	Nombre de médecins généralistes N = 430	Pourcentage de médecins généralistes %
Cabinet	367	85,3 %
Maison de santé	40	9,3 %
Vacations hospitalières	4	0,9 %
Cabinet et vacations hospitalières	18	4,2 %
Maison de santé et vacations hospitalières	1	0,2 %

Figure 20 : Tableau montrant la répartition du type d'exercice des 430 médecins généralistes (étude descriptive en Lorraine en 2014)

406 médecins généralistes, soit 94,4%, ne sont pas médecins coordonateurs en EHPAD. Seuls 24, soit 5,6%, sont médecins coordonateurs.

d) Intérêt et formation des médecins généralistes en gériatrie et/ou en oncologie

Intérêt des MG pour la :	Nombre de médecins généralistes N = 430	Pourcentage de médecins généralistes %
Gériatrie	80	18,6 %
Oncologie	26	6 %
Gériatrie et Oncologie	218	50,7 %
Ni gériatrie ni oncologie	106	24,7 %

Figure 21 : Tableau montrant l'intérêt des médecins généralistes pour la gériatrie et/ou l'oncologie. (Etude descriptive en Lorraine en 2014)

FMC suivies par les médecins généralistes en :	Nombre de médecins généralistes N = 430	Pourcentage de médecins généralistes %
Gériatrie	70	16,3 %
Oncologie	27	6,3 %
Gériatrie et Oncologie	113	26,3 %
Ni gériatrie ni oncologie	220	51,2 %

Figure 22 : Tableau montrant le nombre de médecins généralistes ayant suivi une FMC pour la gériatrie et/ou l'oncologie. (Etude descriptive en Lorraine en 2014)

e) Définition d'un patient âgé selon les médecins généralistes et pourcentage dans leur patientèle

Parmi les 430 médecins généralistes :

- 6 médecins (1,4%) pensent qu'un patient devient âgé à partir de 60 ans,
- 65 médecins (15,1%) pensent qu'un patient devient âgé à partir de 65 ans,
- 119 médecins (27,7%) pensent qu'un patient devient âgé à partir de 70 ans.
- **174 médecins (40,5%)** pensent qu'un patient devient âgé à partir de **75 ans**.
- 66 médecins (15,3%) pensent qu'un patient devient âgé à partir de 80 ans.

Pourcentage de PA dans la patientèle	Nombre de médecins généralistes N = 430	Pourcentage de médecins généralistes %
< 10 %	51	11,9 %
10-20 %	152	35,3 %
20-30 %	135	31,4 %
30-50 %	81	18,8 %
>50 %	11	2,6 %

Figure 23 : Tableau montrant le pourcentage de personnes âgées dans la patientèle de 430 médecins généralistes (étude descriptive en Lorraine en 2014)

f) Pourcentage et nombre de personnes âgées adressées au spécialiste pour un cancer au stade précoce ou au stade tardif pendant une période de 6 mois

Parmi les 430 médecins généralistes, 412 (95,8%) adressent leurs patients âgés atteints de cancer au stade précoce vers un spécialiste. 378 (87,9%) adressent leurs patients âgés atteints de cancer au stade tardif.

Parmi les 430 réponses, **2,5 patients âgés** sont **adressés** en moyenne au spécialiste pour un cancer au **stade précoce** pendant une période de 6 mois. Le minimum et le maximum étant respectivement de 0 et de 20 personnes âgées durant cette même période.

Plus de 1,5 patients âgés (**1,6 patients âgés**) sont **adressés** en moyenne au spécialiste pour un cancer au **stade tardif** pendant une période de 6 mois. Le minimum et le maximum étant respectivement de 0 et de 30 personnes âgées durant cette même période.

B) Facteurs influençant la décision du médecin généraliste pour adresser une personne âgée suspecte ou atteinte de cancer vers une structure spécialisée en oncologie

1) Critères de décision liés à la maladie cancéreuse

Critères de décision liés à la maladie cancéreuse	Nombre de médecins généralistes N :	Pourcentage de médecins généralistes %
Difficulté de poser le diagnostic en fonction de la localisation anatomique		
Pas du tout	62	14,4 %
Un peu	155	36 %
Important	213	49,5 %
Type de cancer		
Pas du tout	53	12,3 %
Un peu	158	36,7 %
Important	219	50,9 %
Stade précoce/avancé (métastatique)		
Pas du tout	45	10,5 %
Un peu	112	26 %
Important	273	63,5 %
Gravité des symptômes liés au cancer		
Pas du tout	47	10,9 %
Un peu	120	27,9 %
Important	263	61,2 %
Difficulté à mettre en œuvre le traitement		
Pas du tout	25	5,8 %
Un peu	108	25,1 %
Important	297	69,1 %

Figure 24 : Tableau décrivant les critères de décision liés à la maladie cancéreuse, de 430 médecins généralistes pour adresser une personne âgée suspectée ou atteinte de cancer. (Etude descriptive en Lorraine en 2014)

Les 2 critères de décision liés à la maladie cancéreuse les plus importants parmi ceux sus-cités sont :

- **la difficulté à mettre en œuvre le traitement** qui a été le critère le plus entouré (190 médecins généralistes soit 22,1%),
- **la gravité des symptômes liés au cancer** qui a été le second critère le plus entouré (160 médecins généralistes soit 18,6%).

Les résultats détaillés des critères les plus importants sont présentés liés à la maladie cancéreuse dans l'annexe 4.

Malgré le pourcentage de 63,5%, le critère « stade précoce/avancé » n'a été retenu qu'en troisième position parmi les critères les plus importants pour les 430 médecins généralistes ayant répondu au questionnaire.

2) Critères de décision liés au patient

Critères de décision liés au patient	Nombre de médecins généralistes N :	Pourcentage de médecins généralistes %
Age civil du patient		
Pas du tout	124	28,8 %
Un peu	217	50,5 %
Important	89	20,7 %
Age donné au patient		
Pas du tout	91	21,2 %
Un peu	128	29,8 %
Important	211	49,1 %
Comorbidités / polymédication		
Pas du tout	30	7 %
Un peu	102	23,7 %
Important	298	69,3 %
Présence des troubles des fonctions supérieures		
Pas du tout	34	7,9 %
Un peu	134	31,2 %
Important	262	60,9 %
Etat nutritionnel		
Pas du tout	39	9,1 %
Un peu	151	35,1 %
Important	240	55,8 %
Qualité de vie du patient		
Pas du tout	25	5,8 %
Un peu	99	23 %
Important	306	71,2 %
Effets secondaires du traitement oncologique		
Pas du tout	30	7 %
Un peu	167	38,8 %
Important	233	54,2 %
Autonomie du patient		
Pas du tout	24	5,6 %
Un peu	142	33 %
Important	264	61,4 %
Degré de compréhension du patient		
Pas du tout	32	7,4 %
Un peu	190	44,2 %
Important	208	48,4 %
Volonté du patient		
Pas du tout	11	2,6 %
Un peu	69	16 %
Important	350	81,4 %
Volonté de la famille		
Pas du tout	25	5,8 %
Un peu	244	56,7 %
Important	161	37,4 %

Compliance du patient		
Pas du tout	15	3,5 %
Un peu	158	36,7 %
Important	257	59,8 %
Ressources financières		
Pas du tout	255	59,3 %
Un peu	145	33,7 %
Important	30	7 %

Figure 25 : Tableau décrivant les critères de décision liés au patient de 430 médecins généralistes pour adresser une personne âgée atteinte ou suspectée de cancer. (Etude descriptive en Lorraine en 2014)

Les 3 critères de décision liés au patient les plus importants, parmi ceux sus-cités, sont :

- **la volonté du patient** qui a été le troisième critère entouré (193 médecins généralistes soit 15%),
- **la qualité de vie du patient** qui a été le deuxième critère entouré (187 médecins généralistes soit 14,5%),
- **les comorbidités et / ou polymédication** qui a été le premier critère entouré (124 médecins généralistes soit 9,6%).

Les résultats détaillés des critères liés au patient les plus importants sont présentés dans l'annexe 4.

3) Critères de décision liés à la pratique de la médecine générale

Critères de décision liés à la pratique de la médecine générale	Nombre de médecins généralistes N :	Pourcentage de médecins généralistes %
Applications des recommandations des bonnes pratiques cliniques / Conférences de consensus		
Pas du tout	24	5,6 %
Un peu	143	33,3 %
Important	263	61,2 %
Accessibilité aux soins palliatifs		
Pas du tout	16	3,7 %
Un peu	103	24 %
Important	311	72,3 %
Accessibilité aux oncologues et / ou chirurgiens		
Pas du tout	18	4,2 %
Un peu	79	18,4 %
Important	333	77,4 %
Craintes des poursuites judiciaires		
Pas du tout	243	56,5 %
Un peu	157	36,5 %
Important	30	7 %
Etat nutritionnel		
Pas du tout	20	4,7 %
Un peu	183	42,6 %
Important	227	52,8 %

Figure 26 : Tableau décrivant les critères de décision liés à la pratique de la médecine générale pour adresser une personne âgée atteinte ou suspectée de cancer. (Étude descriptive de 430 médecins généralistes en Lorraine en 2014)

Les 2 critères de décision liés à la pratique de la médecine générale les plus importants, parmi ceux sus-cités, sont :

- **l'accès aux oncologues** qui a été le critère le plus entouré (253 médecins généralistes soit 29,4%),
- **l'accessibilité aux soins palliatifs** qui a été le second critère le plus entouré (211 médecins généralistes soit 24,5%).

Les résultats détaillés des critères liés à la pratique de la médecine générale les plus importants sont présentés dans l'annexe 4.

4) Critères de décision liés à l'organisation

Critères de décision liés à l'organisation	Nombre de médecins généralistes N :	Pourcentage de médecins généralistes %
Distance du domicile du patient par rapport à une structure de soins adaptée à la pathologie		
Pas du tout	67	15,6 %
Un peu	182	42,3 %
Important	181	42,1 %
Absence d'aidants ou Isolement social		
Pas du tout	17	4 %
Un peu	82	19,2 %
Important	331	77 %
Accessibilité à un réseau de soins local		
Pas du tout	30	7 %
Un peu	172	40 %
Important	228	53 %
Participation à la décision de traitement de la RCP oncologique		
Pas du tout	97	22,6 %
Un peu	201	46,7 %
Important	132	30,7 %
Accessibilité aux résultats et aux comptes-rendus		
Pas du tout	25	5,8 %
Un peu	113	26,3 %
Important	292	67,9 %
Coordination des différents intervenants du corps paramédical		
Pas du tout	14	3,3 %
Un peu	107	24,9 %
Important	309	71,9 %
Limites d'âge au dépistage organisé		
Pas du tout	105	24,4 %
Un peu	251	58,4 %
Important	74	17,2 %
Intervalle de temps avant que les soins soient débutés		
Pas du tout	24	5,6 %
Un peu	135	31,4 %
Important	271	63 %

Figure 27 : Tableau décrivant les critères de décision liés à l'organisation de 430 médecins généralistes pour adresser une personne âgée suspectée ou atteinte de cancer. (Étude descriptive en Lorraine en 2014)

Les 3 critères de décision liés à l'organisation les plus importants, parmi ceux sus-cités, sont :

- **l'absence d'aidants / l'isolement social** qui a été le critère le plus entouré (228 médecins généralistes soit 17,7%),
- **la coordination des différents intervenants** du corps paramédical qui a été le deuxième critère le plus entouré (198 médecins généralistes soit 15,3%),
- **l'intervalle de temps avant que les soins soient débutés** qui a été le troisième critère le plus entouré (175 médecins généralistes soit 13,6%).

Les résultats détaillés des critères liés à l'organisation les plus importants sont présentés dans l'annexe 4.

5) Facteurs déterminants dans la décision d'orienter un patient âgé atteint de cancer en Lorraine (analyse comparative)

Dans notre étude, au stade précoce, 412 médecins généralistes (**95,8%**) ont orienté leurs patients âgés atteints de cancer vers un spécialiste alors qu'au stade tardif, 378 médecins généralistes (**87,9%**) les ont orientés.

Au stade **précoce**, nous n'avons **pas retrouvé de critères indépendants** de la décision des médecins généralistes à se référer à un spécialiste pour un patient âgé atteint de cancer. Par contre au stade **tardif**, les médecins généralistes ont été influencés par la **difficulté à mettre en œuvre un traitement (p=0,049)**, en l'occurrence par la **difficulté d'accès aux soins palliatifs (p=0,04)** et par la **qualité de vie du patient (p=0,017)**. Cf annexe 4.

C) Les critères de décision à modifier selon les médecins généralistes

Parmi les 430 réponses, 147 médecins généralistes (34,2 %) estiment que certains critères de décision peuvent être corrigés.

A noter que dans cette partie du questionnaire, le médecin pouvait énumérer plusieurs critères à modifier. Par souci de compréhension, ne figure que le nombre de fois où le critère de décision a été cité et non le nombre de médecins ayant cité un critère de décision. De même, seule la répartition géographique des critères cités plus de 10 fois a été prise en compte et présentée dans l'annexe 5.

1) Les critères de décision liés à l'organisation à modifier

103 médecins généralistes, soit 23,9 % estiment que les critères de décision liés à l'organisation peuvent être modifiés.

Ils sont récapitulés par ordre décroissant d'importance dans la figure suivante.

Critères de décision organisationnels modifiables selon les médecins généralistes (plusieurs choix possibles)	Enumération du critère N = 164	Critère de décision classé par pourcentage %
Délai avant que les soins ne soient effectués	60	36,6 %
Coordination des intervenants	39	23,8 %
Isolement social	14	8,5 %
Accessibilité à un réseau ou structure locale de soins	13	7,9 %
Accessibilité aux examens	12	7,3 %
Limite d'âge au dépistage	10	6,1 %
Distance domicile – structure de soins	6	3,7 %
Accessibilité aux comptes rendus	6	3,7 %
Accès aux soins locaux	4	2,4 %

Figure 28 : Tableau des critères de décision modifiables liés à l'organisation parmi les 430 médecins généralistes

La répartition géographique semble montrer, malgré le faible nombre de citations, qu'il n'y a pas de variation géographique pour les critères de décision liés à l'organisation sauf pour la **coordination des intervenants**. Pour les **médecins ruraux**, ce critère semble être important : 24 fois cité par des médecins ruraux sur un total de 39 soit 61,5%.

2) Les critères de décision liés pratique de la médecine générale à modifier

23 médecins généralistes, soit 5,3 % estiment que les critères de décision modifiables liés à la pratique de la médecine générale peuvent être modifiés.

Ils sont représentés par ordre décroissant d'importance dans la figure suivante.

Critères de décision modifiables liés à la pratique de la médecine générale (plusieurs choix possibles)	Enumération du critère N = 36	Critère de décision classé par pourcentage %
Accessibilité aux oncologues et chirurgiens	29	80,5 %
Accessibilité aux soins palliatifs	3	8,3 %
Etat nutritionnel	2	5,6 %
Accessibilité aux informations thérapeutiques	2	5,6 %

Figure 29 : Tableau des critères de décision modifiables liés à la pratique de la médecine générale parmi les 430 médecins généralistes.

Le principal critère de décision lié à la pratique de la médecine générale à modifier est **l'accessibilité aux oncologues et aux chirurgiens**. Cette fois, la répartition géographique semble montrer, malgré le faible nombre de citations, qu'il n'y a pas de variation géographique pour ce critère. Néanmoins, il semble que ce critère soit important pour les **médecins exerçant en dehors des zones urbaines**.

Ce critère de l'accessibilité est cité 21 fois sur un total de 29 (72,4%) par l'ensemble des médecins exerçant en couronne périurbaine et en milieu rural.

3) Les critères de décision liés au patient à modifier

18 médecins généralistes, soit 4,2 %, estiment que les critères de décision modifiables liés au patient peuvent être modifiés.

Ils sont récapitulés par ordre décroissant d'importance dans la figure suivante :

Critères de décision modifiables liés au patient selon les médecins généralistes (plusieurs choix possibles)	Énumération du critère N = 28	Critère de décision classé par pourcentage %
Respect de la volonté du patient	9	32,1 %
Respect de la qualité de vie	8	28,6 %
Respect de la volonté de l'entourage	6	21,4 %
Refus de la personne âgée de ne pas consulter les médecins spécialistes	2	7,1 %
Comorbidités	1	3,6 %
Autonomie	1	3,6 %
Prise en charge globale du patient	1	3,6 %

Figure 30 : Tableau des critères de décision modifiables liés au patient parmi les 430 médecins généralistes.

4) Les critères de décision liés à la maladie cancéreuse à modifier

3 médecins généralistes, soit 0,7 % estiment que les critères de décision de la maladie cancéreuse peuvent être modifiés.

Ils sont récapitulés par ordre décroissant d'importance dans la figure suivante.

Critères de décision modifiables liés à la maladie cancéreuse selon les médecins généralistes (plusieurs choix possibles)	Enumération du critère N = 7	Critère de décision classé par pourcentage %
Difficulté à poser le diagnostic selon la localisation anatomique du cancer	3	42,8 %
Type de cancer	1	14,3 %
Stade précoce et avancé	1	14,3 %
Gravité des symptômes liés au cancer	1	14,3 %
Difficulté à mettre en œuvre le traitement	1	14,3 %

Figure 31 : Tableau des critères de décision modifiables liés à la maladie cancéreuse parmi les 430 médecins généralistes.

D) Les solutions proposées par les médecins généralistes

Parmi les 430 réponses, 166 médecins généralistes (38,6 %) ont proposé diverses solutions.

Seules les solutions proposées plus de 10 fois ont été présentées et les solutions complémentaires, ayant été citées moins de 10 fois sont dans l'annexe 6.

De même, seule, la répartition géographique des critères cités plus de 10 fois a été retenue et est présentée dans l'annexe 7.

1) Les solutions liées à l'organisation

Les principales solutions liées à l'organisation sont présentées par ordre décroissant de fréquence :

- **Transmission plus rapide des comptes-rendus d'hospitalisation, des résultats d'examen par apicrypt ou par appel téléphonique.** (19 citations)
- Avertir le médecin généraliste de la date de la RCP, lui demander son avis par téléphone ou par mail avant la RCP ou encore, ajouter un commentaire sur une plateforme sécurisée dédiée à la RCP. (17 citations)
- Remboursement à 100% des trajets (même si le diagnostic de cancer est en attente). (14 citations)
- Créer ou développer des équipes de soins palliatifs à domicile. (11 citations)
- Développer l'hospitalisation à domicile. (10 citations)

D'autres solutions pertinentes telles que l'absence de limite d'âge du patient concerné par le dépistage, le développement de l'oncologie en Moselle, la création d'un service de radiothérapie en Meuse ou encore d'équipes mobiles de gériatrie dans les Vosges sont référencées dans l'annexe 6.

2) Les solutions liées à la pratique de la médecine générale

Les principales solutions liées à la pratique de la médecine générale sont présentées par ordre décroissant de fréquence :

- **Numéro téléphonique d'accès direct à un spécialiste ou site web ou email pour un avis. (29 citations)**
- Grouper les consultations et les examens complémentaires en hospitalisation de jour. (16 citations)
- Consultations prioritaires pour les nouveaux cas dans le planning des spécialistes. (15 citations)
- Former des médecins généralistes en oncogériatrie. (15 citations)
- Augmenter le nombre de lits de soins palliatifs. (10 citations)

D'autres solutions pertinentes telles que la mise en place de consultations d'oncogériatrie en dehors des CHRU, l'orientation vers une consultation d'oncogériatrie systématique dès Balducci 2, la formation des médecins généralistes aux soins palliatifs, sont référencées dans l'annexe 6.

3) Les solutions liées à la prise en charge des patients

Les principales solutions liées à la prise en charge des patients sont présentées par ordre décroissant de fréquence :

- Créer des fiches thérapeutiques et former les médecins généralistes aux effets secondaires des traitements. (12 citations)
- Améliorer l'information aux patients délivrée par le médecin généraliste. (10 citations)

D'autres solutions pertinentes telles que l'établissement systématique d'un projet personnalisé de soins, la prise en compte des avis de la famille, des aidants avant les prises de décision thérapeutiques ou encore le fait d'encourager la rédaction de directives anticipées, sont référencées dans l'annexe 6.

4) Les solutions liées à la maladie cancéreuse

Aucun médecin généraliste n'a proposé de solution concernant les critères de décision liés à la maladie cancéreuse.

E) Médecins généralistes et oncogériatrie

313 médecins généralistes, soit 72,8 %, n'ont pas accès à une consultation d'oncogériatrie.

232 médecins généralistes, soit 54 %, souhaitent bénéficier d'une formation oncogériatrique.

353 médecins généralistes, soit 82,1 %, sont intéressés pour adresser des patients à une évaluation oncogériatrique.

336 médecins généralistes, soit 78,1 %, ne connaissent pas l'ULCOG.

QUATRIEME PARTIE : DISCUSSION

A) Principaux résultats

Dans cette étude, près de 96% des médecins généralistes lorrains ont adressé leurs patients âgés atteints de cancer au stade précoce vers un spécialiste. **Ce taux (88%) diminue lorsqu'il s'agit de patients atteints de cancer au stade tardif.** On retrouve ces mêmes tendances dans les études disponibles dans la littérature [29-31]. Les médecins généralistes considèrent probablement les patients âgés atteints de cancer au stade précoce comme des patients plus jeunes. Cette tendance s'explique aussi par la difficulté d'accès aux soins palliatifs ($p=0,04$) et par la qualité de vie du patient ($p=0,017$).

Pour la Lorraine, on retrouve globalement la majorité des critères de décision les plus influents déjà décrits dans la littérature. Toutefois, cette étude recèle des particularités intéressantes.

1) Critères de décision liés au patient

Pour les critères liés au patient, l'étude met en évidence trois critères décisionnels : **la volonté du patient, sa qualité de vie ainsi que ses comorbidités.**

Ces critères ont été, également, reconnus dans les études dans d'autres régions. D'autres facteurs comme **l'âge et les ressources financières semblent définitivement exclus du processus décisionnel des médecins généralistes.** [30-31] En Lorraine, nous ne retrouvons pas comme critère de décision majeur, l'autonomie du patient et la tolérance du traitement mis en évidence par les études sus-citées : ceci étant dû probablement à la construction différente des questionnaires.

Aux regards de ces problèmes, les médecins généralistes lorrains ont proposé diverses solutions dont notamment un accès à des fiches concernant les effets secondaires des traitements. Sur Internet, la dispersion des données sur les effets secondaires des chimiothérapies orales, n'incite pas le généraliste à chercher alors que l'essentiel des informations se trouvent sur le site « **Observatoire des Médicaments, des Dispositifs médicaux et des Innovations Thérapeutiques (OMEDIT)** de la région Centre ». Puis, cette même recherche, concernant les chimiothérapies intraveineuses, nous conduit à l'OMEDIT du pôle Sud de cancérologie de l'Ile-de-France.

Parmi les autres solutions proposées par les médecins lorrains, **les généralistes souhaiteraient une meilleure information délivrée aux patients.** Par exemple, le CHRU de Nancy et l'Institut de Cancérologie de Lorraine, organisent au nom de l'ULCOG, tous les ans, une journée régionale dédiée à l'Oncogériatrie « Le Printemps de l'Oncogériatrie ». Elle s'inscrit dans la formation médicale continue. En 2015, la thématique de cette journée est consacrée à la communication avec la personne âgée atteinte de cancer et sa famille. La « Semaine Médicale de Lorraine », les soirées de formation continue et les formations en EHPAD permettent d'améliorer l'information délivrée aux patients. L'établissement encore non systématique d'un projet personnalisé de soins a été un écueil relaté par ces derniers. La rédaction des directives anticipées a été régulièrement mise en avant jusqu'au vote de la loi Claeys-Leonnetti, le 17 mars dernier et d'ailleurs, les commentaires des médecins généralistes lorrains abondent dans ce sens.

2) Critères de décision liés à la pratique de la médecine générale

Pour les critères liés à la pratique de la médecine générale, **l'accès aux oncologues et aux soins palliatifs ont été les critères les plus déterminants.**

Jamais mis en évidence dans la littérature médicale, ces critères sont incontournables en Lorraine. Le critère « difficulté d'accès aux oncologues » a été cité 29 fois ce qui le place en troisième position des critères à modifier. Une explication se trouve dans la répartition géographique des répondants : plus de 70 % de ces derniers exerçant en milieu rural et en couronne périurbaine estiment qu'il est modifiable. **Cette particularité est probablement due au vieillissement hétérogène de la population lorraine qui s'effectue principalement dans les zones situées aux franges de la région, dans des secteurs ruraux ou anciennement industriels.**

A noter que pour l'Alsace, cette difficulté d'accès aux oncologues a été décrite par Kurtz et al. comme une réticence des oncologues à soigner les personnes âgées cancéreuses à un stade tardif. [31] Cela ne semble pas être le cas en Lorraine, au vu des commentaires.

Cette difficulté d'accès aux oncologues provoque de facto une difficulté d'accès aux soins de support. En effet, ces derniers qui sont souvent complexes, nécessitent des consultations fréquentes, ce qui peut être difficile à organiser pour les personnes âgées demeurant loin des centres oncologiques spécialisés. Cette difficulté d'organisation s'accroîtra car ce sont ces zones rurales qui connaîtront un vieillissement accru de leur population et par conséquent, une augmentation plus importante de l'incidence des cancers. Ceci sera d'autant plus vrai en Meuse et dans les Vosges.

Une autre partie de la réponse correspond à la **raréfaction du nombre de titulaires du DESC de cancérologie ou du DES d'oncologie médicale.** Actuellement, l'ARS recense 17,7 ETP d'oncologues médicaux, 18 ETP de radiothérapeutes et 46 pathologistes, soit **0,78 oncologues pour 100 000 habitants.** La moyenne nationale se situe aux alentours de 0,85 pour 100 000 habitants.

A cela s'ajoute également une **raréfaction des centres autorisés** dans les prochaines années. Il en résulte que l'essentiel des centres de primo-prescription de chimiothérapie et de radiothérapie est situé sur un axe Nord – Sud allant de Thionville à Epinal. Si l'on considère l'ensemble des centres autorisés, le réseau présente un maillage peu dense. Dans les objectifs quantifiés rendus publics par l'ARS, on note un retrait des autorisations à pratiquer la chimiothérapie pour 5 établissements (l'hôpital de Mont Saint Martin, le CH de Lunéville, Hospitalor Forbach, l'hôpital de Freyming-Merlebach et le CH de Neufchâteau). En Lorraine, 19 établissements sont encore autorisés à pratiquer une chimiothérapie.

De plus, une diminution du nombre des implantations en chirurgie est également prévue. Au total, entre 8 et 20 des centres oncologiques sont menacés en Lorraine (dont 5 au minimum en Moselle). [11]

Pour la Lorraine, la solution la plus citée est la création d'un numéro téléphonique d'accès direct à un spécialiste ou à un site web ou à un email pour un avis oncogériatrique « urgent ».

Si l'oncogériatre n'est pas accessible, certains médecins généralistes préconisent la systématisation d'une évaluation gériatrique dès la découverte d'un cancer chez le sujet âgé.

Parmi les solutions, la visioconférence n'a pas été citée alors que deux études internationales recommandent son utilisation dans les structures hospitalières de petite taille situées dans les zones rurales [32,33].

L'ULCOG qui semble être méconnue par les médecins généralistes lorrains peut devenir une solution temporaire avant la mise en place d'autres structures. D'ailleurs, cette dernière va publier un annuaire des professionnels de santé prenant en charge les patients âgés atteints de cancer. D'autres solutions comme le fait de regrouper les consultations et les examens complémentaires en hospitalisation de jour seraient à envisager. Une autre solution consisterait aussi à consacrer plus de consultations prioritaires pour les nouveaux cas dans le planning des spécialistes.

Une formation en oncogériatrie est une solution retenue pour plus de la moitié des médecins généralistes lorrains. Actuellement, l'enseignement le plus proche se trouve à la faculté de médecine de Dijon. On recense seulement 12 facultés enseignant cette formation (Dijon, Limoges, Montpellier, Bordeaux, Lyon, Saint-Etienne, Paris V, VI, XIII, Nantes, Marseille et Nice).

Pour les médecins généralistes lorrains, l'ULCOG va diffuser un ouvrage s'intitulant « Le guide des idées reçues en Oncogériatrie ». Grâce à la télémédecine, l'ULCOG va également mettre en place des sessions d'évaluation pour dépister les cancers des patients âgés vivant en EPHAD. L'ULCOG met également en place deux staffs par mois d'oncogériatrie qui sont accessibles à tous via le logiciel e-rcp et permettent d'échanger sur des dossiers complexes en proposant des prises en charge thérapeutiques adaptées.

Dans notre étude, 48,8% des médecins généralistes indiquent avoir suivi une FMC en gériatrie et/ou en oncologie. A noter toutefois, que dans l'étude de Kurtz et al. [31], paradoxalement, les médecins généralistes ayant suivi une capacité de gériatrie adressent moins souvent le patient âgé atteint de cancer vers le spécialiste car eux-mêmes, se sentent mieux informés, mais ne peuvent élaborer une réflexion suffisante. Ce paradoxe a également été constaté dans l'étude canadienne [30].

Dans l'analyse comparative, l'accès aux soins palliatifs est un facteur déterminant et indépendant au stade tardif du cancer. La répartition géographique des répondants semble mettre en évidence, malgré le faible nombre de citations, l'éloignement des patients.

Avec 3 unités de soins palliatifs (Institut de Cancérologie de Lorraine, CHRU de Nancy, CHR de Metz Thionville Hayange), **la Lorraine fait partie des régions les moins bien dotées** (pour une moyenne de 4 centres par région au niveau national).

Les solutions proposées sont d'augmenter le nombre de lits de soins palliatifs, créer et développer des équipes mobiles de soins palliatifs, se déplaçant en milieu rural. La formation des médecins généralistes aux soins palliatifs apporterait un atout certain.

3) Critères de décision liés à la maladie

Pour les critères liés à la maladie, plus de 60% des médecins généralistes lorrains ont été **influencés par les difficultés à mettre en œuvre le traitement, la gravité des symptômes et le stade du cancer.**

En comparaison avec l'étude de Delva et al., seule la gravité des symptômes reste présente, la difficulté à mettre en œuvre le traitement ayant disparu. Ce dernier critère n'a jamais été documenté comme un facteur influençant la décision des médecins généralistes. En analyse

comparative, ce critère reste significatif. Dans notre étude, aucun médecin n'a évoqué ce critère comme étant à modifier et aucune solution n'a été proposée.

Comparée à 2 études, l'une alsacienne et l'autre canadienne, notre étude retrouve également le type de cancer et son stade comme influent [30-31]. Concernant la localisation anatomique, ce critère de décision figure prioritairement parmi les plus importants dans notre étude mais étonnamment, il n'est pas retrouvé dans l'analyse comparative. Cela laisse supposer, tout comme les études précédentes le suggèrent, que ce critère doit jouer un rôle dans la prise de décision.

4) Critères de décision liés à l'organisation

Pour les critères liés à l'organisation, nous avons mis en exergue les difficultés suivantes : **l'absence d'aidants, la coordination des différents intervenants du corps paramédical et l'intervalle de temps avant que les soins ne soient débutés.**

Les 3 études, portant sur les médecins généralistes [29-31], ont montré que les difficultés d'organisation sont un facteur décisionnel important et indépendant du stade de la maladie. En Lorraine, notre étude n'a pas retrouvé ces 3 critères dans l'analyse comparative mais la difficulté à mettre en œuvre le traitement, ici significative, a peut être été considérée, par les médecins généralistes, comme un critère lié à l'organisation.

Plus de 63% des médecins généralistes pensent que ces 3 critères sont importants. **La répartition géographique semble montrer, malgré le faible nombre de citations, que la coordination des intervenants est d'autant plus importante que les médecins généralistes exercent en milieu rural.** Ce critère a été cité 24 fois par des médecins ruraux sur un total de 39 soit 61,5%.

De plus, 2 études menées chez les personnes atteintes du cancer du sein ou du cancer du côlon appuient cette hypothèse car les patients ont déclaré préférer recevoir des soins au plus près de leur domicile [34,35]. Ce manque de coordination expliquerait que le médecin généraliste choisisse d'adresser un patient vers l'établissement le plus proche, comme par exemple un service de gériatrie ou de médecine [27].

La nature de ces dysfonctionnements n'a pas été identifiée jusque-là en Lorraine et pourtant ces difficultés d'organisation apparaissent prioritaires au vu du nombre de réponses récoltées lorsque l'on demande aux médecins généralistes si ces critères organisationnels doivent être modifiés. Ces 3 critères réunis ont été cités 113 fois sur un total de 164 fois.

Une meilleure coordination passerait, selon les médecins généralistes lorrains, par la désignation d'un coordonnateur des soins, du suivi avec l'aide d'un spécialiste référent. Elle consisterait également par une transmission plus rapide des comptes-rendus d'hospitalisation, des résultats d'examen hospitaliers par apicrypt ou par un appel téléphonique. (Solution citée 19 fois).

En Lorraine, notre étude montre que le médecin généraliste souhaiterait que son avis puisse être communiqué par téléphone ou par mail avant la RCP ou encore, qu'il puisse ajouter un commentaire sur une plateforme sécurisée dédiée à la RCP. (17 citations). Ceci serait possible par visioconférence, lorrconf d'Oncolor, si les médecins généralistes étaient disponibles.

Actuellement, le médecin généraliste lorrain ne peut avoir accès à « e-RCP » et reçoit uniquement le compte-rendu de la RCP par apicrypt. Plusieurs études ont également mis en

évidence ce souhait de consultation. [36] La nécessité de prendre en charge, dans sa globalité, le patient âgé atteint de cancer au stade tardif est primordiale. Dans ce cas, l'avis du médecin généraliste est d'autant plus intéressant en RCP que la prise en charge est moins influencée par la localisation du cancer et sa stadification. Sa connaissance du patient et du contexte familial permettent de guider au mieux la prise en charge.

Cette coordination optimisée permettrait, en amont de la prise en charge du patient âgé, de diminuer le délai avant que les soins ne soient débutés. Pour expliquer ce délai, nous retrouvons plus de similitudes que de différences avec l'étude alsacienne.

En Lorraine, la « charge hospitalière » semble être un frein pour les médecins généralistes alors qu'en Alsace [31], elle ne semble pas l'être. La répartition géographique semble montrer que la Moselle est le département le plus affecté par le manque d'équipements en imagerie, ce qui allonge ce délai. L'ARS indique pourtant que la Lorraine vient de rattraper fin 2012 son retard en termes de taux d'équipements alors que certains plateaux sont saturés et les besoins en imagerie croissants. [11]

Le remboursement à 100% des trajets, même si le diagnostic de cancer est en attente, est une autre similitude avec notre étude. La présence de consultations d'oncogériatrie en dehors des CH semble être une éventualité à explorer.

Les médecins généralistes lorrains voient en l'hospitalisation à domicile une opportunité de traiter les patients âgés atteints de cancer afin de diminuer ce délai avant les soins. Une étude médico-économique va dans ce sens. Buthion et al. [37] démontrent ainsi que, compte tenu des contraintes liées aux transports des patients et sous réserve d'une volumétrie permettant de mutualiser un certain nombre de charges, la chimiothérapie à domicile coordonnée par un réseau de santé est une solution tout à fait compétitive sur le plan médico-économique. La prise en charge doit s'appuyer sur un modèle coopératif, seul à même de répartir au mieux les patients. Les incitations financières manquent de cohérence, notamment la structure actuelle de la T2A, et ne favorise pas cette coopération. Les contraintes des acteurs de soins et notamment le modèle de financement des hôpitaux, freinent le développement de la chimiothérapie à l'extérieur de l'hôpital. [37]

L'absence de limite d'âge du patient, concerné par le dépistage, est une solution qui a été citée 8 fois par les médecins généralistes lorrains. Actuellement, le dépistage de masse du cancer chez ces sujets n'est pas effectué car les personnes âgées n'ont pas été incluses dans les essais randomisés sur l'efficacité du dépistage. Par exemple, la limite d'âge de 74 ans pour le dépistage du cancer du sein en France a été choisie sur la base d'études statistiques. Ainsi un dépistage individuel serait préférable.

Pour le cancer du colon, les avantages du dépistage doivent être évalués en fonction de l'espérance de vie, qui est d'autant plus diminuée, que les patients âgés souffrent de graves comorbidités. La balance bénéfice / risque doit prendre en compte les complications, en cas de coloscopie par exemple, qui sont augmentées dans cette population. Compte tenu de l'hétérogénéité de l'état de santé chez les personnes âgées, un âge précis d'arrêt de ces mesures de dépistage est difficile. Ce dernier doit être proposé aux personnes âgées en bonne santé, en concertation avec le médecin généraliste au sujet des modalités du dépistage. [38] Suite à la révision, en 2010, des recommandations de la Preventive Services Task Force des États-Unis (USPSTF), de nombreuses études tentent d'établir des outils afin de guider au mieux le praticien sur le moment où les inconvénients du dépistage l'emportent sur les avantages. [39] De plus, il existe des incertitudes éthiques. [40]

Une étude [41] propose une stratégie en quatre étapes : évaluer le risque individuel de décès pour un cancer donné, évaluer les bénéfices du dépistage, évaluer les inconvénients du dépistage, évaluer les préférences et possibilités du patient.

D'autres solutions plus théoriques et probablement plus difficiles à mettre en place telles que le développement de l'oncologie en Moselle, la création d'un service de radiothérapie en Meuse ou encore d'équipes mobiles de gériatrie dans les Vosges nous semblent pertinentes.

La question financière n'est pas abordée sciemment, un audit exhaustif s'impose. Cette question serait, à elle seule, le sujet d'un autre travail tant elle est vaste et complexe. Néanmoins, les principales solutions proposées par les médecins généralistes, à savoir un numéro d'accès à un spécialiste, une transmission des comptes-rendus, la visioconférence, ont un rapport service rendu/coût favorable. Ces mesures, peu onéreuses, pourraient être mises en pratique dans un futur proche.

B) Biais et limites de l'étude

1) Le type de l'étude

La première limite est le type de l'étude.

Il s'agit d'une enquête postale réalisée auprès de médecins généralistes dans la région Lorraine. Avec un taux de 21%, le taux de réponse de l'étude est supérieur à la moyenne. Ce taux est comparable à d'autres études (21% [29], 24% [30]). L'étude de Kurtz et al. [31] a montré un taux de réponse bien supérieur, mais cette différence peut s'expliquer par l'emploi d'un questionnaire différent et par une méthode de communication régionale plus directe.

La deuxième limite est le corollaire de la première.

L'étude peut souffrir d'un biais de sélection, même si l'envoi est exhaustif, car les répondants ne sont pas nécessairement représentatifs de la population des médecins généralistes lorrains. En effet, les non répondants peuvent être soumis à des expositions et/ou des événements qui diffèrent de ceux qui répondent. Les non-répondants sont soit des médecins n'ayant pas eu le temps matériel de répondre aux questionnaires, soit des médecins ayant des difficultés dans la prise en charge de la personne âgée atteinte de cancer, soit des médecins n'ayant aucun intérêt pour le sujet âgé atteint d'un cancer.

De plus, ce biais lié aux non-réponses pourrait être accentué par la non possibilité de relance exhaustive de notre part. Nous voulions faire une relance par emails à l'ensemble des médecins généralistes inscrits à l'Ordre des médecins des 4 départements. Or, cette liste ne contient pas toutes les adresses électroniques de ces derniers : l'ensemble des médecins ne disposant pas d'une boîte mail professionnelle.

L'âge moyen des médecins généralistes dans cette étude semble représentatif de la population des médecins généralistes en Lorraine car selon « l'Atlas de la démographie médicale en Lorraine en 2014 » [40], l'âge moyen des médecins généralistes en activité est de 52 ans (respectivement 54 ans pour les hommes et 49 ans pour les femmes).

Dans notre groupe de répondants, on note une proportion significative de médecins plus âgés qui adressent les patients âgés atteints de cancer au stade tardif. On observe également qu'il y a une proportion significative d'hommes et de médecins généralistes avec une pratique en milieu rural que dans le recueil fourni par l'Ordre. Une explication possible serait que ces

médecins voient des patients plus âgés et sont donc plus intéressés pour participer à cette étude.

En comparant le taux d'hommes parmi les médecins généralistes ayant répondu et ceux n'ayant pas répondu dans la liste fournie par l'Ordre, il apparaît que la différence ne semble pas significative. Cela a donc permis d'éliminer certains biais de sélection.

Par rapport aux proportions de médecins généralistes recensés par l'Ordre (respectivement de 32,8% en Moselle et 44,2% en Meurthe-et-Moselle), il y a plus de médecins mosellans (37,2%) et moins de médecins meurthe-et-mosellans (38,8%) qui ont répondu à notre enquête. Cette particularité s'expliquerait par le fait que les médecins mosellans ont plus de mal à adresser leurs patients âgés que les médecins meurthe-et-mosellans.

En ce sens, dans la répartition géographique, on note une majorité de médecins mosellans qui trouvent un accès plus difficile aux oncologues. Cette tendance semble apparaître dans la répartition géographique de certains critères (création de consultations prioritaires des nouveaux cas dans le planning des spécialistes, de consultations d'oncogériatrie en dehors des CHRU, remboursement à 100% des trajets, participation par le médecin généraliste à la RCP).

Concernant les critères d'exclusion, l'avis des médecins remplaçants n'est également pas pris en compte. Ces derniers, généralement plus jeunes, sont plus sensibilisés aux cancers du sujet âgé du fait de la présence obligatoire de stage de gériatrie dans la formation des médecins généralistes. Cependant ils représentent une minorité par rapport aux médecins généralistes lorrains déjà installés : 18,8% remplacent encore, cinq ans après la première inscription à l'Ordre. [42]

2) La construction du questionnaire

Une troisième limite provient de la construction de notre questionnaire.

Il en découle l'apparition de possibles facteurs de confusion. Nous n'avons pas pris en compte les facteurs décisionnels en fonction de la localisation du cancer. Une de nos deux études françaises précédentes comportait deux cas cliniques, avec un type de cancer et un stade d'évolution différents, en plus de son questionnaire.

Nos différences de critères décisionnels s'expliquent en fonction du cancer étudié. Il eut été utile d'établir une série de cas cliniques pour étudier les critères décisionnels influents dans chaque pathologie. Un autre critère qui pourrait être considéré comme un facteur confusionnel est l'habitude de collaborer avec des spécialistes c.-à-d. l'habitude de contacter un médecin hospitalier référent.

C) Synthèse et perspectives

Notre étude a montré que plusieurs critères décisionnels influencent les médecins généralistes lorrains. Parmi ces critères, certains, organisationnels comme l'intervalle de temps avant la mise en place des soins, d'autres, liés à la médecine générale, comme l'accès aux oncologues et aux soins palliatifs, sont caractéristiques des faiblesses du système d'offre de soins de notre région. Ces deux critères de décision sont les plus à même d'être modifiés selon ces mêmes médecins.

Notre enquête a suggéré aussi quelques propositions afin d'améliorer la prise en charge de la personne âgée atteinte de cancer dans chaque département lorrain. Dans cette perspective, il paraît souhaitable de poursuivre ces investigations afin de mettre en évidence, exclusivement, les critères de décision à modifier et d'apporter les solutions adéquates sur ce territoire.

Néanmoins, pour une plus grande efficacité, cette étude loco-régionale a été réalisée de **manière globale et conjointement avec une étude parallèle sur les critères de décision des médecins spécialistes du cancer**. Ces deux études sont menées par l'ULCOG, afin de réaliser un premier état des lieux de l'oncogériatrie en Lorraine.

A l'issue de ces deux études, un **questionnaire de suivi**, envoyé par l'ULCOG, permettra de mesurer des actions déjà menées et de mettre en place d'autres **mesures correctives plus adaptées aux besoins rapportés dans ces études**. L'ensemble des solutions proposées permettra donc d'homogénéiser au maximum le parcours de soin de la personne âgée atteinte de cancer dans la région Lorraine, conformément au plan cancer 2014-2019.

CONCLUSION

En Lorraine, les résultats de notre étude indiquent qu'il est encore nécessaire de sensibiliser les médecins contre **l'inertie diagnostique et thérapeutique**, autrement dit une certaine forme « d'âgisme ».

Cette sensibilisation passe par une **évolution des mentalités et des pratiques des professionnels de santé** qui s'appuie sur la formation médicale. Cette évolution prendra du temps.

Les évolutions thérapeutiques et technologiques sont telles que, sans une prise de conscience générale, la personne âgée atteinte de cancer ne pourra bénéficier de ces progrès.

Tout ceci s'inscrit dans une dynamique positive qui place **le médecin généraliste au centre de la prise en charge du patient âgé souffrant de cancer**. Il est, de par l'ancienneté de sa relation et de sa proximité, le professionnel de santé le mieux à même de connaître les valeurs humaines du patient âgé et de son environnement médico-psycho-social.

Ce dernier, avec un outil performant tel que l'échelle G8, a toutes les cartes en main pour améliorer la prise en charge du patient âgé atteint de cancer. A terme, tous les patients âgés, indépendamment de leur âge, du stade de leur maladie ou de la localisation anatomique de leur cancer, devront être vus rapidement par une équipe d'oncologues afin de décider de la prise en charge la plus adaptée.

« Vieillir, c'est organiser sa jeunesse au fil des ans »

Paul Eluard

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Collège National des Enseignants de Gériatrie «Le vieillissement humain » Polycopié National ECN Chapitre 1 p 6.
- [2] United Nations, Department of Economic and Social Affairs, population division, estimates and projection section « World population projected to reach 9.6 billion by 2050 with most growth in developing regions, especially Africa» World Population Prospects: The 2012 Revision - p4.
- [3] Isabelle Robert-Bobée : Projections de population pour la France métropolitaine à l'horizon 2050 « La population continue de croître et le vieillissement se poursuit », division Enquêtes et études démographiques, Insee
- [4] Toulet C., Calzada C., Pierre J-J. « La Lorraine en 2040 : stagnation démographique » Economie Lorraine N°239 Insee décembre 2010
- [5] Dousset A., Debard P. « Portrait des plus de 60 ans en Lorraine » Economie Lorraine N°31 avril 2005
- [6] Conseil général « Diagnostic préalable : schéma de l'autonomie 2010-2015 » livret 1.
- [7] Institut National du Cancer « Les cancers en France » édition 2013
- [8] Institut National du Cancer « Etat des lieux et perspectives en oncogériatrie » mai 2009
- [9] « Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2012», étude des registres du réseau Francim, juillet 2013
- [10] Observatoire Régional de la Santé et des Affaires Sociales. « Profils des territoires en Lorraine pour la période 2007-2009 »
- [11] Agence Régionale de Santé « Schéma d'Organisation des Soins : révision du volet traitement du cancer » juillet 2013
- [12] Institut National du Cancer « Etat des lieux et connaissances : la situation du cancer en France en 2012 », décembre 2012
- [13] A Quaglia, R Capocaccia, A Micheli, E Carrani, M Vercelli¹, and the EURO CARE-3 Working Group A wide difference in cancer survival between middle aged and elderly patients in Europe 2007 Int. J. Cancer: 120, 2196-2021.
- [14] Louwman WJ, Vulto JCM, Verhoeven RHA, Nieuwenhuijzen GAP, Coebergh JWW, Voogd AC Clinical epidemiology of breast cancer in the elderly 2007 Eur J Cancer 2007 ;43 : 2242-2252.
- [15] N.Bossard, Michel Velten, L. Remontet , A. Belot : Survie des patients atteints de cancer en France : étude à partir des données des registres du réseau Francim. Eur J Cancer. 2007 Jan;43(1):149-60. Epub 2006 Nov 3.

- [16] Faivre J., Lemmens VE, Quipourt V, Bouvier AM. Management and survival of colorectal cancer in the elderly in population based studies. *Eur J Cancer* 2007 ;43 : 2279-84.
- [17] Institut National du Cancer « Plan cancer 2014-2019 : premier rapport au président de la République » Ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche, Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. Février 2015.
- [18] Institut National du Cancer « suivi du dispositif de prise en charge et de la recherche clinique en oncogériatrie dans le cadre du plan cancer 2014-2019 » Direction générale de l'offre de soins. Janvier 2015.
- [19] Soubeyran P et al. Validation of the sceening tool in geriatric oncology : the ONCODAGE project. *J Clin Oncol* 2011
- [20] Balducci L, Yates J. General guidelines for the management of older patients with cancer. *Oncology (Huntingt)* 2000;14:221–227.
- [21] Chen RC1, Royce TJ, Extermann M, Reeve BB. Impact of age and comorbidity on treatment and outcomes in elderly cancer patients. *Semin Radiat Oncol.* 2012 Oct;22(4):265-71. doi: 10.1016/j.semradonc.2012.05.002
- [22] Extermann M, Boler I, Reich RR, Lyman GH, Brown RH, DeFelice J, Levine RM, Lubiner ET, Reyes P, Schreiber FJ 3rd, Balducci L. Predicting the risk of chemotherapy toxicity in older patients: the Chemotherapy Risk Assessment Scale for High-Age Patients (CRASH) score. *Cancer.* 2012 Jul 1;118(13):3377-86. doi: 10.1002/cncr.26646. Epub 2011 Nov 9.
- [23] Fox SA, Roetzheim RG, Kington RS: Barriers to cancer prevention in the older person. *Clin Geriatr Med* 1997, 13:79-95
- [24] Jerant AF, Franks P, Jackson JE, Doescher MP: Age-related disparities in cancer screening: analysis of 2001 Behavioral Risk Factor Surveillance System data. *Ann Fam Med* 2004, 2:481-487.
- [25] Berendsen AJ, Benneker WH, Meyboom-de JB, Klazinga NS, Schuling J: Motives and preferences of general practitioners for new collaboration models with medical specialists: a qualitative study. *BMC Health Serv Res* 2007, 7:4.
- [26] M. -E. Rougé Bugat, B. Chicoulaa, L. Balardy, J. Subra, S. Oustric « Le médecin généraliste face aux patients âgés atteints de cancer » *Les cahiers de l'année gérontologique* September 2012, Volume 4, Issue 3, pp 296-300
- [27] Monfardini S: What do we know on variables influencing clinical decision-making in elderly cancer patients? *European Journal Cancer* 1996, 32A:12-14.
- [28] Votron L, D'Hoore W, Swine C, Daisne JF, Scalliet P: The opinion of general practitioners on the treatment of prostate and breast cancer in elderly people: results of a survey based on clinical models. *Clin Oncol (R Coll Radiol)* 2004, 16:474-478.
- [29] Fleur Delva Factors influencing general practitioners in the referral of elderly cancer patients *BMC Cancer* 2011, 11:5 doi:10.1186/1471-2407-11-5

- [30] Townsley CA, Naidoo K, Pond GR, Melnick W, Straus SE, Siu LL: Are older cancer patients being referred to oncologists? A mail questionnaire of Ontario primary care practitioners to evaluate their referral patterns. *J Clin Oncol* 2003, 21:4627-4635
- [31] Kurtz JE, Heitz D, Enderlin P, Imbert F, Nehme H, Bergerat JP, Dufour P: Geriatric oncology, general practitioners and specialists: Current opinions and unmet needs. *Crit Rev Oncol Hematol* 2010, 75(1):47-57.
- [32] El Saghier NS, Keating NL, Carlson RW, Khoury KE, Fallowfield L. Tumor boards: optimizing the structure and improving efficiency of multidisciplinary management of patients with cancer worldwide. *Am Soc Clin Oncol Educ Book ASCO Am Soc Clin Oncol Meet.* 2014;e461-6.
- [33] Stevenson MM, Irwin T, Lowry T, Ahmed MZ, Walden TL, Watson M, et al. Development of a virtual multidisciplinary lung cancer tumor board in a community setting. *J Oncol Pract Am Soc Clin Oncol.* mai 2013;9(3):e77-80.
- [34] Bain NS, Campbell NC, Ritchie LD, Cassidy J: Striking the right balance in colorectal cancer care: a qualitative study of rural and urban patients. *Fam Pract* 2002, 19:369-374.
- [35] Bouche G, Migeot V, Mathoulin-Pélissier S, Salamon R, Ingrand P: Breast cancer surgery: Do all patients want to go to high-volume hospitals? *Surgery* 2008, 143(6):699-705.
- [36] Rowlands S, Callen J, Westbrook J. What information do general practitioners need to care for patients with lung cancer? A survey of general practitioners perceptions. *HIM J.* 2010;39(1):8-16.
- [37] Buthion V., Lagrange T., Fanidi A., « La chimiothérapie à domicile : complémentarité ou concurrence dans la stratégie des structures hospitalières ? » *Journal de gestion et d'économie médicales* 2011/1, volume 29 p76.
- [38] Joanne A. P. Wilson : Colon Cancer Screening in the Elderly : When Do We Stop? *Trans Am Clin Climatol Assoc.* 2010; 121: 94-103.
- [39] Soung M., Screening for cancer: when to stop? : A practical guide and review of the evidence *Med Clin North Am.* 2015 Mar; 99(2):249-62. Epub 2014 Dec 23.
- [40] Walter LC, Lewis CL, Barton MB « screening for colorectal, breast and cervical cancer in the elderly : a review of the evidence » *Am J Med* 2005; 118:1078-86
- [41] Walter LC, Covinsky KE, « Cancer screening in elderly patients. A framework for individualized decision making » *JAMA* 2001; 285; 2750-6
- [42] Rault J-F, Le Breton-Lerouvillos G, « Atlas de la démographie médicale en Lorraine ; situation au 1^{er} janvier 2014. » Conseil National de l'Ordre des Médecins Dr Patrick Bouet, Président.

Cas incidents	[00;14]	[15;19]	[20;24]	[25;29]	[30;34]	[35;39]	[40;44]	[45;49]	[50;54]	[55;59]	[60;64]	[65;69]	[70;74]	[75;79]	[80;84]	[85;89]	[90;94]	[95;+]
Lèvre, cavité orale, pharynx	7	5	7	10	22	83	255	529	977	1 487	1 580	1 067	695	583	439	208	69	10
(Esophage	0	0	0	0	1	7	30	98	249	477	628	543	408	427	374	193	60	8
Estomac	0	0	1	3	10	27	66	127	209	321	514	580	581	660	621	403	159	26
Côlon-rectum	3	5	14	31	62	117	244	512	1 042	1 909	3 120	3 530	3 339	3 524	3 182	1 876	635	81
Foie	17	3	4	6	10	20	51	144	361	689	1 111	1 205	1 083	1 054	715	305	80	9
Pancréas	0	1	2	5	12	29	77	177	339	557	854	939	855	852	698	400	144	22
Larynx	0	0	0	0	2	14	52	155	300	470	544	427	290	258	179	96	29	5
Poumon	1	2	5	13	38	128	362	890	2 137	3 774	5 053	4 765	3 813	3 318	2 464	1 138	282	28
Mélanome de la peau	12	21	49	95	154	212	291	343	404	497	671	648	548	548	495	307	116	18
Testicule	12	42	180	355	474	406	289	204	139	90	50	30	15	12	11	6	2	0
Vessie	3	1	1	2	4	13	39	116	305	656	1 144	1 364	1 345	1 517	1 551	1 034	393	61
Rein	51	3	6	15	38	92	208	371	577	865	1 180	1 190	1 014	975	700	364	117	15
Système nerveux central	141	28	37	54	73	91	126	162	205	289	397	358	282	253	190	96	29	3
Thyroïde	11	19	48	90	127	145	172	197	244	298	331	273	179	113	52	19	5	1
Tous cancers *	933	383	675	1 032	1 423	1 879	3 022	5 446	11 347	20 283	31 115	32 490	28 372	25 883	20 343	11 305	3 896	523
Taux spécifiques (pour 100 000)	[00;14]	[15;19]	[20;24]	[25;29]	[30;34]	[35;39]	[40;44]	[45;49]	[50;54]	[55;59]	[60;64]	[65;69]	[70;74]	[75;79]	[80;84]	[85;89]	[90;94]	[95;+]
Lèvre, cavité orale, pharynx	0,1	0,3	0,3	0,5	1,1	4,1	11,7	24,5	47,3	75,3	80,6	70,0	64,9	61,9	60,5	50,1	44,7	40,4
(Esophage	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	1,4	4,5	12,0	24,2	32,0	35,6	38,1	45,3	51,5	46,5	38,9	32,3
Estomac	0,0	0,0	0,0	0,2	0,5	1,3	3,0	5,9	10,1	16,3	26,2	38,0	54,2	70,1	85,5	97,1	103,1	105,0
Côlon-rectum	0,1	0,3	0,7	1,6	3,1	5,8	11,2	23,7	50,4	96,7	159,2	231,5	311,6	374,1	438,2	451,9	411,8	327,2
Foie	0,3	0,2	0,2	0,3	0,5	1,0	2,3	6,7	17,5	34,9	56,7	79,0	101,1	111,9	98,5	73,5	51,9	36,4
Pancréas	0,0	0,1	0,1	0,3	0,6	1,4	3,5	8,2	16,4	28,2	43,6	61,6	79,8	90,4	96,1	96,4	93,4	88,9
Larynx	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,7	2,4	7,2	14,5	23,8	27,8	28,0	27,1	27,4	24,7	23,1	18,8	20,2
Poumon	0,0	0,1	0,2	0,7	1,9	6,4	16,6	41,2	103,4	191,2	257,8	312,5	355,9	352,2	339,3	274,1	182,9	113,1
Mélanome de la peau	0,2	1,1	2,4	4,8	7,7	10,6	13,4	15,9	19,5	25,2	34,2	42,5	51,1	58,2	68,2	74,0	75,2	72,7
Testicule	0,2	2,2	9,0	17,9	23,6	20,3	13,3	9,4	6,7	4,6	2,6	2,0	1,4	1,3	1,5	1,4	1,3	0,0
Vessie	0,1	0,1	0,0	0,1	0,2	0,6	1,8	5,4	14,8	33,2	58,4	89,5	125,5	161,0	213,6	249,1	254,8	246,4
Rein	0,9	0,2	0,3	0,8	1,9	4,6	9,6	17,2	27,9	43,8	60,2	78,0	94,6	103,5	96,4	87,7	75,9	60,6
Système nerveux central	2,4	1,5	1,8	2,7	3,6	4,5	5,8	7,5	9,9	14,6	20,3	23,5	26,3	26,9	26,2	23,1	18,8	12,1
Thyroïde	0,2	1,0	2,4	4,5	6,3	7,2	7,9	9,1	11,8	15,1	16,9	17,9	16,7	12,0	7,2	4,6	3,2	4,0
Tous cancers *	16,1	19,8	33,7	52,1	70,9	93,8	138,9	252,2	548,8	1027,6	1587,3	2130,9	2648,0	2747,5	2801,6	2723,3	2526,4	2112,4

* L'estimation tous cancers est obtenue en faisant la somme des estimations par localisation (en supposant la stabilité des taux d'incidence entre 2009 et 2012 pour la prostate – voir partie Matériel et méthode), à laquelle ont été ajoutées les estimations pour les localisations Hémapathies malignes (définies selon la classification de l'article Belot, et al. de 2008) et pour la localisation Autres cancers.

Tableau 1 : Cas incidents et taux spécifiques estimés par localisation et par tranche d'âge, chez l'homme, en 2012. [7]

Cas incidents	[00;14]	[15;19]	[20;24]	[25;29]	[30;34]	[35;39]	[40;44]	[45;49]	[50;54]	[55;59]	[60;64]	[65;69]	[70;74]	[75;79]	[80;84]	[85;89]	[90;94]	[95;++]
Lèvre, cavité orale, pharynx	3	5	10	18	30	49	85	174	362	527	515	373	259	241	252	222	122	36
(Esophage	0	0	0	0	2	5	15	40	74	105	131	121	113	145	160	134	67	17
Estomac	0	1	2	6	13	23	43	64	89	122	174	206	220	302	391	365	184	43
Côlon-rectum	7	10	21	39	71	129	258	487	853	1 360	1 929	1 998	2 023	2 656	3 041	2 566	1 225	253
Foie	11	3	4	4	6	13	27	42	69	110	179	216	247	322	310	192	82	19
Pancréas	2	2	5	8	16	30	60	115	204	342	546	650	695	875	959	749	355	86
Larynx	0	0	0	1	1	4	11	27	54	79	89	69	48	46	39	23	8	2
Poumon	4	3	6	13	32	88	257	587	1 141	1 682	1 753	1 501	1 124	1 148	1 054	622	229	40
Mélanome de la peau	6	18	64	132	228	341	460	461	493	534	599	529	433	450	354	348	155	42
Sein	0	0	18	150	507	1 669	3 489	5 084	4 549	4 652	6 277	6 432	4 317	3 750	3 556	2 861	1 167	285
Col de l'utérus	0	1	9	54	172	298	429	440	359	286	235	175	126	137	136	111	51	9
Corps de l'utérus	0	0	1	4	10	24	76	198	437	759	1 094	1 128	1 030	1 016	814	479	179	26
Ovaire	14	20	29	38	48	71	137	251	366	481	594	581	504	546	478	307	127	23
Vessie	0	0	0	1	3	8	16	37	75	114	174	203	235	353	495	432	219	51
Rein	47	4	7	16	28	45	93	167	242	344	427	441	442	556	502	304	110	17
Système nerveux central	82	24	30	41	56	71	93	114	146	197	265	260	222	217	183	121	52	11
Thyroïde	27	54	131	237	351	453	581	641	686	676	723	576	317	220	135	59	17	3
Tous cancers *	694	358	616	1 073	1 919	3 726	6 721	9 809	11 425	14 092	18 121	18 045	15 045	16 417	16 739	13 012	5 875	1 317
Taux spécifiques (pour 100 000)	[00;14]	[15;19]	[20;24]	[25;29]	[30;34]	[35;39]	[40;44]	[45;49]	[50;54]	[55;59]	[60;64]	[65;69]	[70;74]	[75;79]	[80;84]	[85;89]	[90;94]	[95;++]
Lèvre, cavité orale, pharynx	0,1	0,3	0,5	0,9	1,5	2,4	3,8	7,8	16,7	25,1	24,6	22,4	20,5	19,0	21,6	26,2	29,6	32,2
(Esophage	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,2	0,7	1,8	3,4	5,0	6,3	7,3	8,9	11,4	13,7	15,8	16,3	15,2
Estomac	0,0	0,1	0,1	0,3	0,6	1,1	1,9	2,9	4,1	5,8	8,3	12,4	17,4	23,8	33,5	43,1	44,7	38,5
Côlon-rectum	0,1	0,5	1,1	2,0	3,5	6,4	11,7	21,8	39,4	64,7	92,1	119,9	160,2	209,5	260,3	303,2	297,7	226,6
Foie	0,2	0,2	0,2	0,2	0,3	0,6	1,2	1,9	3,2	5,2	8,6	13,0	19,6	25,4	26,5	22,7	19,9	17,0
Pancréas	0,0	0,1	0,3	0,4	0,8	1,5	2,7	5,2	9,4	16,3	26,1	39,0	55,0	69,0	82,1	88,5	86,3	77,0
Larynx	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,2	0,5	1,2	2,5	3,8	4,3	4,1	3,8	3,6	3,3	2,7	1,9	1,8
Poumon	0,1	0,2	0,3	0,7	1,6	4,4	11,6	26,3	52,7	80,0	83,7	90,1	89,0	90,6	90,2	73,5	55,7	35,8
Mélanome de la peau	0,1	1,0	3,3	6,7	11,3	16,9	20,8	20,7	22,8	25,4	28,6	31,8	34,3	35,5	38,9	41,1	37,7	37,6
Sein	0,0	0,0	0,9	7,6	25,2	82,9	157,8	228,1	210,0	221,2	299,8	386,1	341,8	295,8	304,4	338,0	283,6	255,3
Col de l'utérus	0,0	0,1	0,5	2,7	8,6	14,8	19,4	19,7	16,6	13,6	11,2	10,5	10,0	10,8	11,6	13,1	12,4	8,1
Corps de l'utérus	0,0	0,0	0,1	0,2	0,5	1,2	3,4	8,9	20,2	36,1	52,3	67,7	81,6	80,1	69,7	56,6	43,5	23,3
Ovaire	0,3	1,1	1,5	1,9	2,4	3,5	6,2	11,3	16,9	22,9	28,4	34,9	39,9	43,1	40,9	36,3	30,9	20,6
Vessie	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,4	0,7	1,7	3,5	5,4	8,3	12,2	18,6	27,8	42,4	51,0	53,2	45,7
Rein	0,9	0,2	0,4	0,8	1,4	2,2	4,2	7,5	11,2	16,4	20,4	26,5	35,0	43,9	43,0	35,9	26,7	15,2
Système nerveux central	1,5	1,3	1,5	2,1	2,8	3,5	4,2	5,1	6,7	9,4	12,7	15,6	17,6	17,1	15,7	14,3	12,6	9,9
Thyroïde	0,5	2,9	6,7	12,0	17,5	22,5	26,3	28,8	31,7	32,1	34,5	34,6	25,1	17,4	11,6	7,0	4,1	2,7
Tous cancers *	12,6	19,5	31,5	54,4	95,4	185,2	303,9	440,1	527,4	670,1	865,6	1 083,1	1 191,2	1 295,0	1 433,1	1 537,4	1 427,8	1 179,6

* L'estimation tous cancers est obtenue en faisant la somme des estimations par localisation, à laquelle ont été ajoutées les estimations pour les localisations Hémapathies malignes (définies selon la classification de l'article Belot, et al. de 2008) et pour la localisation Autres cancers.

Tableau 2 : Cas incidents et taux spécifiques estimés par localisation et par tranche d'âge, chez la femme, en 2012. [7]

Tableau 3 : Décès et taux spécifiques estimés par localisation et par tranche d'âge, chez l'homme, en 2012. [7]

Décès	[00;14]	[15;19]	[20;24]	[25;29]	[30;34]	[35;39]	[40;44]	[45;49]	[50;54]	[55;59]	[60;64]	[65;69]	[70;74]	[75;79]	[80;84]	[85;89]	[90;94]	[95;++]
Lèvre, cavité orale, pharynx	0	0	1	1	3	13	47	116	253	422	480	352	234	222	179	99	37	6
Œsophage	0	0	0	0	2	6	23	64	168	329	444	402	318	342	307	179	60	9
Estomac	0	0	1	3	9	20	42	76	124	199	304	326	334	427	453	342	149	25
Côlon-rectum	0	1	2	4	10	22	53	120	258	502	876	1 071	1 097	1 486	1 714	1 335	620	104
Larynx	0	0	0	0	0	1	6	22	59	113	140	114	85	92	82	47	19	3
Poumon	0	0	1	3	12	54	196	544	1 298	2 496	3 522	3 405	2 782	2 782	2 417	1 339	416	59
Mélanome de la peau	0	1	4	9	14	23	33	45	58	79	107	110	104	121	118	86	36	6
Testicule	0	1	4	8	9	8	8	8	6	5	5	4	3	4	4	5	3	0
Vessie	0	0	0	0	1	3	10	32	75	156	293	377	423	572	697	589	288	58
Rein	3	1	1	2	3	9	25	55	106	180	280	316	323	413	442	328	142	22
Système nerveux central	50	13	12	16	27	43	68	95	137	187	257	248	190	181	136	74	24	3
Thyroïde	0	0	0	0	1	1	2	4	7	10	16	18	18	22	23	16	6	1
Tous cancers **	99	45	65	92	155	331	847	1 890	3 745	6 666	10 059	10 569	10 036	12 390	13 305	9 839	4 339	783
Taux spécifiques (pour 100 000)	[00;14]	[15;19]	[20;24]	[25;29]	[30;34]	[35;39]	[40;44]	[45;49]	[50;54]	[55;59]	[60;64]	[65;69]	[70;74]	[75;79]	[80;84]	[85;89]	[90;94]	[95;++]
Lèvre, cavité orale, pharynx	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,6	2,2	5,4	12,2	21,4	24,5	23,1	21,8	23,6	24,7	23,8	24,0	24,2
Œsophage	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,3	1,1	3,0	8,1	16,7	22,6	26,4	29,7	36,3	42,3	43,1	38,9	36,4
Estomac	0,0	0,0	0,0	0,2	0,4	1,0	1,9	3,5	6,0	10,1	15,5	21,4	31,2	45,3	62,4	82,4	96,6	101,0
Côlon-rectum	0,0	0,1	0,1	0,2	0,5	1,1	2,4	5,6	12,5	25,4	44,7	70,2	102,4	157,7	236,0	321,6	402,0	420,0
Larynx	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	1,0	2,9	5,7	7,1	7,5	7,9	9,8	11,3	11,3	12,3	12,1
Poumon	0,0	0,0	0,0	0,2	0,6	2,7	9,0	25,2	62,8	126,5	179,7	223,3	259,7	295,3	332,9	322,6	269,8	238,3
Mélanome de la peau	0,0	0,1	0,2	0,5	0,7	1,1	1,5	2,1	2,8	4,0	5,5	7,2	9,7	12,8	16,3	20,7	23,3	24,2
Testicule	0,0	0,1	0,2	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,4	0,6	1,2	1,9	0,0
Vessie	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,5	1,5	3,6	7,9	14,9	24,7	39,5	60,7	96,0	141,9	186,8	234,3
Rein	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1	0,4	1,1	2,5	5,1	9,1	14,3	20,7	30,1	43,8	60,9	79,0	92,1	88,9
Système nerveux central	0,9	0,7	0,6	0,8	1,3	2,1	3,1	4,4	6,6	9,5	13,1	16,3	17,7	19,2	18,7	17,8	15,6	12,1
Thyroïde	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,2	0,3	0,5	0,8	1,2	1,7	2,3	3,2	3,9	3,9	4,0
Tous cancers **	1,7	2,3	3,2	4,6	7,7	16,5	38,9	87,5	181,1	337,7	513,1	693,2	936,7	1315,2	1832,3	2370,1	2813,6	3162,5

* Les données de mortalité des cancers du foie et du pancréas ne sont pas présentées du fait d'une moindre fiabilité de ces données par rapport aux autres localisations.

** L'estimation Tous cancers est obtenue en faisant la somme des estimations par localisation (en supposant la stabilité des taux d'incidence entre 2009 et 2012 pour la prostate – voir partie Matériel et méthode), à laquelle ont été ajoutées les estimations pour les localisations Hémapathies malignes (définies selon la classification de l'article Belot, et al. de 2008) et pour la localisation Autres cancers.

Décès	[00;14]	[15;19]	[20;24]	[25;29]	[30;34]	[35;39]	[40;44]	[45;49]	[50;54]	[55;59]	[60;64]	[65;69]	[70;74]	[75;79]	[80;84]	[85;89]	[90;94]	[95;+]
Lèvre, cavité orale, pharynx	0	0	0	1	2	5	14	34	66	90	92	72	56	65	82	78	51	19
(Esophage)	0	0	0	0	1	1	5	13	35	69	84	78	72	100	132	118	66	17
Estomac	0	0	1	3	8	14	25	39	54	70	97	113	130	200	279	295	193	56
Côlon-rectum	0	0	1	3	9	22	53	112	209	346	521	598	688	1 080	1 569	1 732	1 152	352
Larynx	0	0	0	0	0	0	1	4	9	16	19	15	11	12	15	12	7	2
Poumon	0	0	1	2	9	41	152	384	783	1125	1179	1002	809	916	1020	777	345	78
Mélanome de la peau	0	0	1	4	9	16	26	34	41	47	59	62	61	78	99	98	62	21
Sein	0	0	2	14	53	152	289	483	700	912	1 283	1 223	1 069	1 283	1 549	1 549	979	346
Col de l'utérus	0	0	0	3	12	33	69	106	126	115	101	79	65	78	100	114	78	23
Corps de l'utérus	0	0	0	0	1	2	5	13	38	95	175	223	253	322	367	314	170	47
Ovaire	0	1	2	3	6	13	33	73	131	205	308	348	359	453	512	427	215	51
Vessie	0	0	0	0	1	2	5	11	23	37	56	66	83	145	232	278	192	67
Rein	3	0	1	1	2	5	11	21	36	58	90	106	128	186	243	241	139	35
Système nerveux central	41	9	8	10	16	24	34	52	79	118	159	162	142	150	142	98	39	8
Thyroïde	0	0	0	0	0	1	2	3	5	8	14	16	19	32	47	48	27	8
Tous cancers **	85	33	50	86	181	397	873	1 669	2 771	3 972	5 287	5 592	5 778	7 948	10 275	10 139	6 131	1 856
Taux spécifiques (pour 100 000)																		
Lèvre, cavité orale, pharynx	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,2	0,6	1,5	3,0	4,3	4,4	4,3	4,4	5,1	7,0	9,2	12,4	17,0
(Esophage)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,6	1,6	3,3	4,0	4,7	5,7	7,9	11,3	13,9	16,0	15,2
Estomac	0,0	0,0	0,1	0,2	0,4	0,7	1,1	1,7	2,5	3,3	4,6	6,8	10,3	15,8	23,9	34,9	46,9	50,2
Côlon-rectum	0,0	0,0	0,1	0,2	0,4	1,1	2,4	5,0	9,6	16,5	24,9	35,9	54,5	85,2	134,3	204,6	280,0	315,3
Larynx	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,4	0,8	0,9	0,9	0,9	0,9	1,3	1,4	1,7	1,8
Poumon	0,0	0,0	0,1	0,1	0,4	2,0	6,9	17,2	36,1	53,5	56,3	60,1	64,1	72,3	87,3	91,8	83,8	69,9
Mélanome de la peau	0,0	0,0	0,1	0,2	0,4	0,8	1,2	1,5	1,9	2,2	2,8	3,7	4,8	6,2	8,5	11,6	15,1	18,8
Sein	0,0	0,0	0,1	0,7	2,6	7,6	13,1	21,7	32,3	43,4	61,3	73,4	84,6	101,2	132,6	183,0	237,9	309,9
Col de l'utérus	0,0	0,0	0,0	0,2	0,6	1,6	3,1	4,8	5,8	5,5	4,8	4,7	5,1	6,2	8,6	13,5	19,0	20,6
Corps de l'utérus	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,2	0,6	1,8	4,5	8,4	13,4	20,0	25,4	31,4	37,1	41,3	42,1
Ovaire	0,0	0,1	0,1	0,2	0,3	0,6	1,5	3,3	6,0	9,7	14,7	20,9	28,4	35,7	43,8	50,5	52,3	45,7
Vessie	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,2	0,5	1,1	1,8	2,7	4,0	6,6	11,4	19,9	32,8	46,7	60,0
Rein	0,1	0,0	0,1	0,1	0,1	0,2	0,5	0,9	1,7	2,8	4,3	6,4	10,1	14,7	20,8	28,5	33,8	31,3
Système nerveux central	0,7	0,5	0,4	0,5	0,8	1,2	1,5	2,3	3,6	5,6	7,6	9,7	11,2	11,8	12,2	11,6	9,5	7,2
Thyroïde	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,2	0,4	0,7	1,0	1,5	2,5	4,0	5,7	6,6	7,2
Tous cancers **	1,5	1,8	2,6	4,4	9,0	19,7	39,5	74,9	127,9	188,9	252,5	335,6	457,5	627,0	879,7	1197,9	1490,0	1662,4

* Les données de mortalité des cancers du foie et du pancréas ne sont pas présentées du fait d'une moindre fiabilité de ces données par rapport aux autres localisations.

** L'estimation Tous cancers est obtenue en faisant la somme des estimations par localisation, à laquelle ont été ajoutées les estimations pour les localisations Hémopathies malignes (définies selon la classification de l'article Belot, et al. de 2008) et pour la localisation Autres cancers.

Tableau 4 : Décès et taux spécifiques estimés par localisation et par tranche d'âge, chez la femme, en 2012. [7]

ANNEXE 2 : l'outil Oncodage

	Items	Score
A	Le patient présente-t-il une perte d'appétit? A-t-il mangé moins ces 3 derniers mois par manque d'appétit, problème digestif, difficultés de mastication ou de déglutition?	0: anorexie sévère 1: anorexie modérée 2: pas d'anorexie
B	Perte récente de poids (< 3 mois)	0: perte de poids > 3 kilos 1: ne sait pas 2: perte de poids entre 1 et 3 kilos 3: pas de perte de poids
C	Motricité	0: du lit au fauteuil 1: autonome à l'intérieur 2: sort du domicile
E	Problèmes neuropsychologiques	0: démence ou dépression sévère 1: démence ou dépression modérée 2: pas de problème psychologique
F	Indice de masse corporelle	0: IMC < 19 1: IMC = 19 à IMC < 21 2: IMC = 21 à IMC < 23 3: IMC = 23 et > 23
H	Prend plus de 3 médicaments	0: oui 1: non
P	Le patient se sent-il en meilleure ou moins bonne santé que la plupart des personnes de son âge	0: moins bonne 0,5: ne sait pas 1: aussi bonne 2: meilleure
	Âge	0: > 85 1: 80-85 2: < 80
	SCORE TOTAL	0 - 17

Un score \leq à 14 révèle une vulnérabilité ou une fragilité gériatrique devant conduire à une consultation adaptée.

ANNEXE 3 :



Quels sont les critères décisionnels de prise en charge oncologique de la personne âgée ?

Médecin généraliste :

Sexe : M F

Nombre d'années de pratique médicale après la thèse : années

Date de naissance : / /

Département : Moselle Meuse Meurthe et Moselle Vosges

Lieu d'exercice :
Pôle urbain avec Centre Hospitalier Couronne périurbaine Pôle urbain sans Centre Hospitalier Espace à dominante rurale

Type d'exercice : Vacances hospitalières Cabinet si oui : Seul En groupe Maison de Santé Pluridisciplinaire

	Gériatrie	Cancérologie	Les deux
Avez-vous été sensibilisé à la	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous suivi des Formations Médicales Continues de	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Médecin coordonnateur en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

Oui Non

Patientelle âgée :

Selon vous, un patient âgé a :

> 60 ans > 65 ans > 70 ans > 75 ans > 80 ans

% de PA dans votre patientèle :

< 10% 10 à 20% 20 à 30% 30 à 50% > 50%

Combien de personnes âgées atteintes de cancer à un stade précoce adressez- vous à un spécialiste du cancer tous les 6 mois ?

Nombre personnes âgées / 6 mois :

Combien de personnes âgées atteintes de cancer à un stade tardif adressez- vous à un spécialiste du cancer tous les 6 mois ?

Nombre personnes âgées / 6 mois :

Quels facteurs influencent votre décision pour adresser la personne âgée atteinte de cancer ou suspecte de cancer vers une structure spécialisée en oncologie ?

Pour chaque critère de décision, veuillez cocher la case adéquate

Critères de décision liés à la maladie cancéreuse	Important	Un peu	Pas du tout
Difficulté de poser un diagnostic précis en fonction de la localisation anatomique du cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Type de cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stade précoce / avancé (métastatique)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gravité des symptômes liés au cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Difficulté à mettre en œuvre un traitement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Veuillez entourer les 2 critères décisionnels liés à la maladie cancéreuse qui vous semblent les plus importants

Pour chaque critère de décision, veuillez cocher la case adéquate

Critères de décision liés au patient	Important	Un peu	Pas du tout
L'âge civil du patient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'âge que vous donnez au patient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comorbidités / Polymédication	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Présence de troubles des fonctions supérieures	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etat nutritionnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qualité de vie du patient actuelle et à venir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Effets secondaires du traitement oncologique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autonomie du patient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Degré de compréhension du patient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Volonté du patient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Volonté de la famille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Compliance du patient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Critères de décision liés au patient	Important	Un peu	Pas du tout
Ressources financières	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Veillez entourer les 3 critères décisionnels liés au patient qui vous semblent les plus importants.

Pour chaque critère de décision, veuillez cocher la case adéquate

Critères de décision liés à la pratique de la Médecine Générale	Important	Un peu	Pas du tout
Application des recommandations bonnes pratiques cliniques / Conférences de Consensus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accessibilité aux soins palliatifs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accessibilité aux oncologues / chirurgiens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Craintes des poursuites judiciaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etat nutritionnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Veillez entourer les 2 critères décisionnels à la pratique de la Médecine Générale qui vous semblent les plus importants

Pour chaque critère de décision, veuillez cocher la case adéquate

Critères de décision liés à l'organisation	Important	Un peu	Pas du tout
Distance du domicile du patient par rapport à une structure de soins adaptée à la pathologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Absence d'aidants / Isolement social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accessibilité à un réseau de soins local	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Participation à la décision de traitement de la RCP oncologique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accessibilité aux résultats et aux comptes-rendus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coordination des différents intervenants du corps paramédical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Limites d'âge du dépistage organisé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intervalle de temps avant que les soins soient débutés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Veillez entourer les 3 critères décisionnels liés à l'organisation qui vous semblent les plus importants

ANNEXE 4 :

1er critère de décision lié à la maladie cancéreuse le plus important (1er critère entouré par les MG)	Nombre de médecins généralistes N :	Pourcentage de médecins généralistes %
Difficulté de poser le diagnostic en fonction de la localisation du cancer	110	25,6 %
Type de cancer	104	24,2 %
Stade précoce/avancé (métastatique)	84	19,5 %
Gravité des symptômes liés au cancer	66	15,3 %
Difficultés à mettre en œuvre le traitement	10	2,3 %
Aucun	56	13 %

Figure 32 : Tableau montrant le premier critère de décision lié à la maladie cancéreuse entouré par les médecins généralistes.

2ème critère de décision lié à la maladie cancéreuse le plus important (2ème critère entouré par les MG)	Nombre de médecins généralistes N :	Pourcentage de médecins généralistes %
Difficultés à mettre en œuvre le traitement	180	41,9 %
Gravité des symptômes liés au cancer	94	21,9 %
Stade précoce/avancé (métastatique)	70	16,3 %
Type de cancer	18	4,2 %
Difficulté de poser le diagnostic en fonction de la localisation du cancer	0	0 %
Aucun	68	15,8 %

Figure 33 : Tableau montrant le second critère de décision lié à la maladie entouré par les médecins généralistes.

Critères de décision liés à la maladie cancéreuse les plus importants (critères entourés 2 fois par les MG au total)	Nombre de médecins généralistes N :	Pourcentage de médecins généralistes %
Difficultés à mettre en œuvre le traitement	190	22,1 %
Gravité des symptômes liés au cancer	160	18,6 %
Stade précoce/avancé (métastatique)	154	17,9 %
Type de cancer	122	14,2 %
Difficulté de poser le diagnostic en fonction de la localisation du cancer	110	12,8 %
Aucun	124	14,4 %
Total 2 x N	860	100 %

Figure 34 : Tableau montrant les critères de décision liés à la maladie cancéreuse parmi les plus importants.

1er critère de décision lié au patient le plus important (1er critère entouré par les MG)	Nombre de médecins généralistes N :	Pourcentage de médecins généralistes %
Comorbidités / polymédication	97	22,6 %
Age donné au patient	68	15,8 %
Qualité de vie du patient	66	15,3 %
Présence de troubles des fonctions supérieures	36	8,4 %
Age civil du patient	13	3 %
Etat nutritionnel	12	2,8 %
Volonté du patient	10	2,3 %
Effets secondaires du traitement oncologique	6	1,4 %
Autonomie du patient	4	0,9 %
Degré de compréhension du patient	2	0,5 %
Compliance du patient	1	0,2 %
Volonté de la famille	0	0 %
Ressources financières	0	0 %
Aucun	115	26,7 %

Figure 35 : Tableau montrant le premier critère de décision lié au patient parmi les plus importants.

2ème critère de décision lié au patient le plus important (2ème critère entouré par les MG)	Nombre de médecins généralistes N :	Pourcentage de médecins généralistes %
Qualité de vie du patient	101	23,5 %
Effets secondaires du traitement oncologique	50	11,6 %
Volonté du patient	36	8,4 %
Présence de troubles des fonctions supérieures	32	7,4 %
Autonomie du patient	31	7,2 %
Comorbidités / polymédication	27	6,3 %
Etat nutritionnel	17	4 %
Degré de compréhension du patient	9	2,1 %
Volonté de la famille	5	1,2 %
Compliance du patient	1	0,2 %
Ressources financières	1	0,2 %
Age donné au patient	0	0 %
Age civil du patient	0	0 %
Aucun	120	27,9 %

Figure 36 : Tableau montrant le deuxième critère de décision lié au patient parmi les plus importants.

3ème critère de décision lié au patient le plus important (3ème critère entouré par les MG)	Nombre de médecins généralistes N :	Pourcentage de médecins généralistes %
Volonté du patient	147	34,2 %
Compliance du patient	40	9,3 %
Autonomie du patient	30	7 %
Qualité de vie du patient	20	4,7 %
Effets secondaires du traitement oncologique	17	4 %
Degré de compréhension du patient	13	3 %
Etat nutritionnel	7	1,6 %
Volonté de la famille	6	1,4 %
Présence de troubles des fonctions supérieures	5	1,2 %
Age donné au patient	1	0,2 %
Ressources financières	1	0,2 %
Comorbidités / polymédication	0	0 %
Age civil du patient	0	0 %
Aucun	143	33,3 %

Figure 37 : Tableau montrant le troisième critère de décision lié au patient parmi les plus importants.

Critères de décision liés au patient les plus importants (critères entourés 3 fois par les MG au total)	Nombre de médecins généralistes N :	Pourcentage de médecins généralistes %
Volonté du patient	193	15,0 %
Qualité de vie du patient	187	14,5 %
Comorbidités / polymédication	124	9,6 %
Présence de troubles des fonctions supérieures	73	5,7 %
Effets secondaires du traitement oncologique	73	5,7 %
Age donné au patient	69	5,3 %
Autonomie du patient	65	5,0 %
Compliance du patient	42	3,3 %
Etat nutritionnel	36	2,8 %
Degré de compréhension du patient	24	1,9 %
Age civil du patient	13	1,0 %
Volonté de la famille	11	0,8 %
Ressources financières	2	0,1 %
Aucun	378	29,3 %
Total 3 x N	1290	100 %

Figure 38 : Tableau montrant les critères de décision liés au patient parmi les plus importants.

1er critère de décision lié à la pratique de la médecine générale le plus important (1er critère entouré par les MG)	Nombre de médecins généralistes N :	Pourcentage de médecins généralistes %
Accessibilité aux soins palliatifs	167	38,8 %
Applications des recommandations des bonnes pratiques cliniques / Conférences de consensus	166	38,6 %
Accessibilité aux oncologues	37	8,6 %
Etat nutritionnel	4	0,9 %
Craintes de poursuites judiciaires	3	0,7 %
Aucun	53	12,3 %

Figure 39 : Tableau montrant le premier critère de décision lié à la pratique de la médecine générale parmi les plus importants.

2ème critère de décision lié à la pratique de la médecine générale le plus important (2ème critère entouré par les MG)	Nombre de médecins généralistes N :	Pourcentage de médecins généralistes %
Accessibilité aux oncologues	216	50,2 %
Etat nutritionnel	97	22,6 %
Accessibilité aux soins palliatifs	44	10,2 %
Craintes de poursuites judiciaires	8	1,9 %
Applications des recommandations des bonnes pratiques cliniques / Conférences de consensus	2	0,5 %
Aucun	63	14,7 %

Figure 40 : Tableau montrant le second critère de décision lié à la pratique de la médecine générale parmi les plus importants.

Critères de décision liés à la pratique de la médecine générale les plus importants (critères entourés 2 fois par les MG au total)	Nombre de médecins généralistes N :	Pourcentage de médecins généralistes %
Accessibilité aux oncologues	253	29,4 %
Accessibilité aux soins palliatifs	211	24,5 %
Applications des recommandations des bonnes pratiques cliniques / Conférences de consensus	168	19,5 %
Etat nutritionnel	101	11,7 %
Craintes de poursuites judiciaires	11	1,3 %
Aucun	116	13,6 %
Total 2 x N	860	100 %

Figure 41 : Tableau montrant les critères de décision liés à la pratique de la médecine générale parmi les plus importants.

1er critère de décision lié à l'organisation le plus important (1er critère entouré par les MG)	Nombre de médecins généralistes N :	Pourcentage de médecins généralistes %
L'absence d'aidants / isolement social	171	39,8 %
Distance du domicile du patient par rapport à une structure de soins adaptée à la pathologie	100	23,3 %
Accessibilité à un réseau de soins local	41	9,5 %
Accessibilité aux résultats et aux comptes-rendus	36	8,4 %
Participation à la décision de traitement de la RCP oncologique	13	3 %
Coordination des différents intervenants du corps paramédical	6	1,4 %
Intervalle de temps avant que les soins soient débutés	0	0 %
Limites d'âge au dépistage organisé	0	0 %
Aucun	63	14,7 %

Figure 42 : Tableau montrant le premier critère de décision lié à la pratique de la médecine générale parmi les plus importants.

2ème critère de décision lié à l'organisation le plus important (2ème critère entouré par les MG)	Nombre de médecins généralistes N :	Pourcentage de médecins généralistes %
Coordination des différents intervenants du corps paramédical	95	22,1 %
Accessibilité à un réseau de soins local	75	17,4 %
Accessibilité aux résultats et aux comptes-rendus	73	17 %
L'absence d'aidants / isolement social	57	13,3 %
Participation à la décision de traitement de la RCP oncologique	37	8,6 %
Intervalle de temps avant le début des soins	11	2,6 %
Limites d'âge au dépistage organisé	9	2,1 %
Distance du domicile du patient par rapport à une structure de soins adaptée à la pathologie	0	0 %
Aucun	73	17 %

Figure 43 : Tableau montrant le deuxième critère de décision lié à l'organisation parmi les plus importants.

3ème critère de décision lié à l'organisation le plus important (3ème critère entouré par les MG)	Nombre de médecins généralistes N :	Pourcentage de médecins généralistes %
Intervalle de temps avant le début des soins	164	38,1 %
Coordination des différents intervenants du corps paramédical	97	22,6 %
Accessibilité aux résultats et aux comptes-rendus	28	6,5 %
Accessibilité à un réseau de soins local	18	4,2 %
Limites d'âge au dépistage organisé	12	2,8 %
Participation à la décision de traitement de la RCP oncologique	8	1,9 %
Distance du domicile du patient par rapport à une structure de soins adaptée à la pathologie	1	0,2 %
L'absence d'aidants / isolement social	0	0 %
Aucun	102	23,7 %

Figure 44 : Tableau montrant le troisième critère de décision lié à l'organisation parmi les plus importants.

Critères de décision liés à l'organisation le plus important (critères entourés 3 fois par les MG au total)	Nombre de médecins généralistes N :	Pourcentage de médecins généralistes %
L'absence d'aidants / isolement social	228	17,7 %
Coordination des différents intervenants du corps paramédical	198	15,3 %
Intervalle de temps avant le début des soins	175	13,6 %
Accessibilité aux résultats et aux comptes-rendus	137	10,6 %
Accessibilité à un réseau de soins local	134	10,4 %
Distance du domicile du patient par rapport à une structure de soins adaptée à la pathologie	101	7,8 %
Participation à la décision de traitement de la RCP oncologique	58	4,5 %
Limites d'âge au dépistage organisé	21	1,6 %
Aucun	238	18,5 %
Total 3 x N	1290	100 %

Figure 45 : Tableau montrant les critères de décision liés à l'organisation parmi les plus importants.

Envoi au stade précoce	
Oui N= 412 MG (95,8%)	Non N= 18 MG (4,2%)
<u>Caractéristiques des médecins généralistes :</u>	
Sexe	p* 0,035
Femme N = 125 MG Homme N = 287 MG	Femme N= 10 MG Homme N = 8 MG

*p : taux significativité avec test exact de Fisher

Figure 46 : Caractéristiques des médecins généralistes dans la prise en charge des sujets âgés atteints de cancer au stade précoce (analyse comparative).

Envoi au stade tardif	
Oui N= 378 MG (87,9%)	Non N= 52 MG (12,1%)
<u>Caractéristiques des médecins généralistes :</u>	
Sexe	p* 0,039
Femme N = 112 MG Homme N = 266 MG	Femme N= 23 MG Homme N= 29 MG
Age des médecins	p*= 0,03
52,6 ans	49,8 ans
Lieu d'exercice	p*= 0,011
<u>Critères décisionnels des médecins généralistes :</u>	
Difficultés à mettre en œuvre le traitement	p* 0,049
Accessibilité aux soins palliatifs	0,04
Qualité de vie du patient	0,017

*p : taux significativité avec test exact de Fisher

Figure 47 : Caractéristiques des médecins généralistes et critères décisionnels influents dans la prise en charge des sujets âgés atteints de cancer au stade tardif (analyse comparative).

ANNEXE 5 :

Répartition des critères de décision modifiables liés à l'organisation :

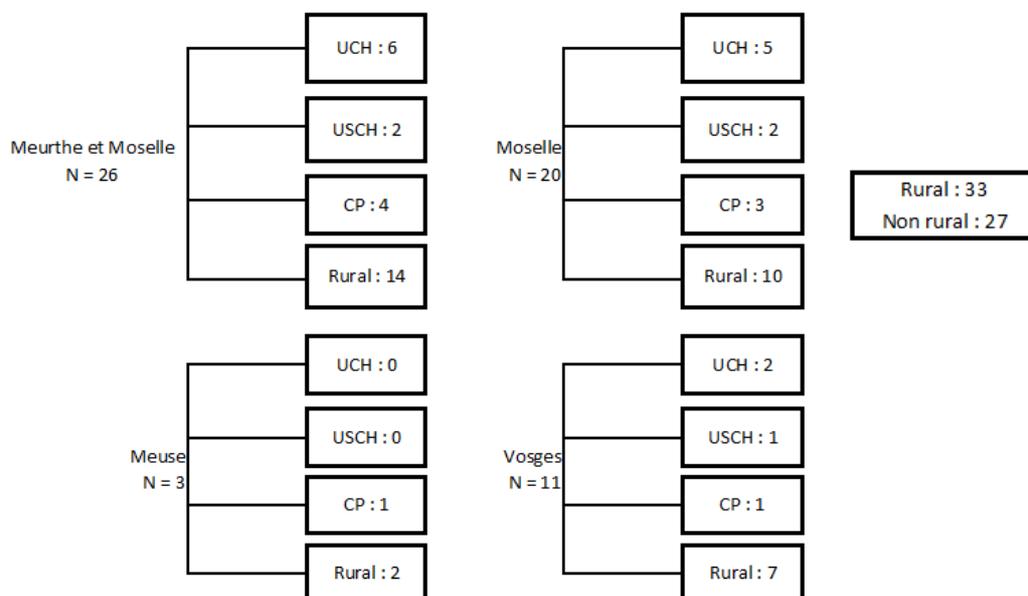


Figure 48 : Répartition du décompte du critère de délai avant que les soins ne soient effectués. (N = 60)

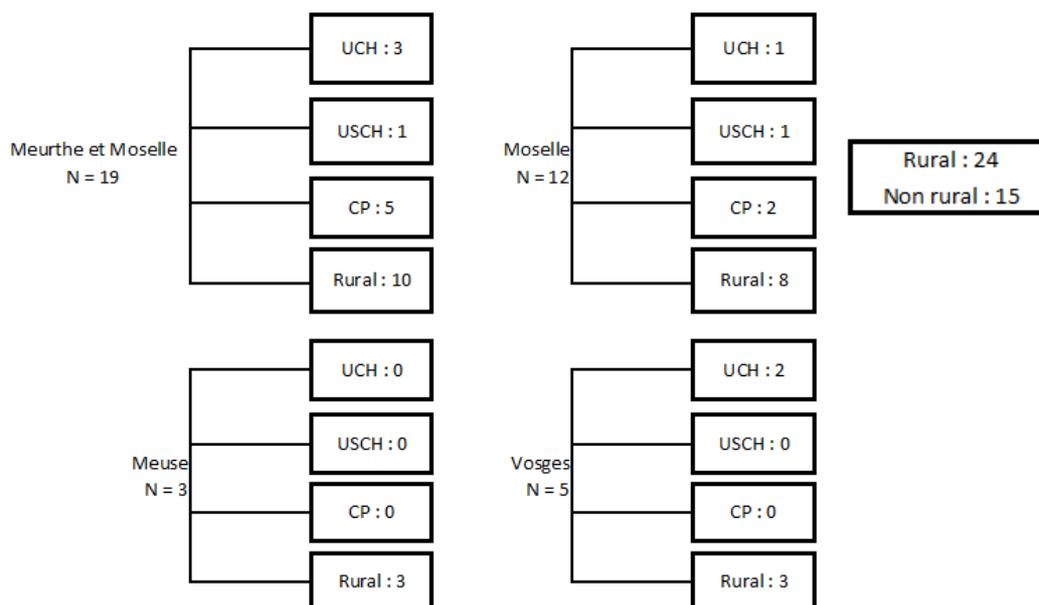


Figure 49 : Répartition géographique du décompte du critère de coordination des intervenants. (N= 39)

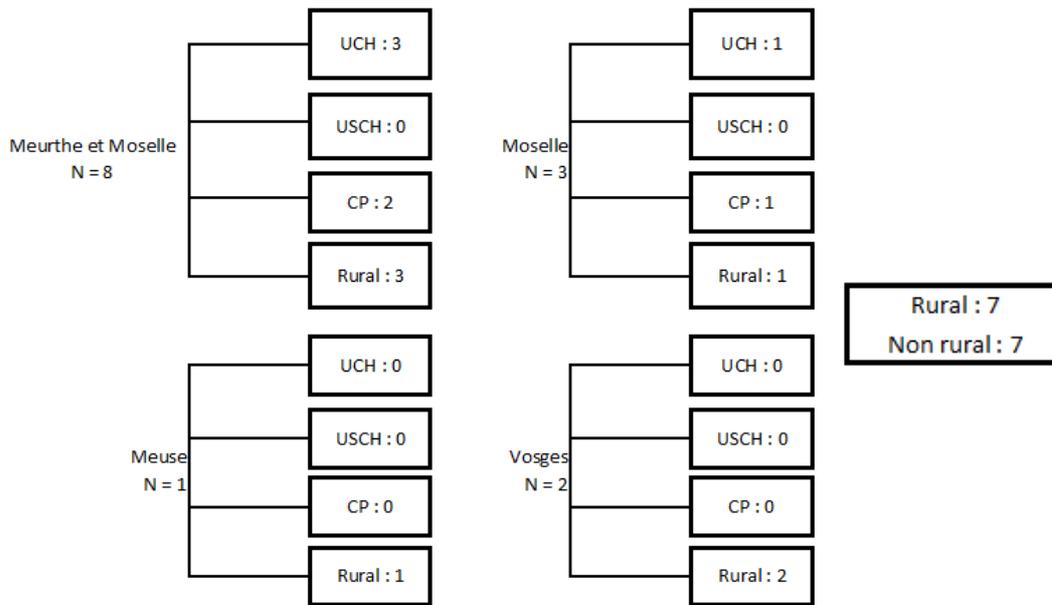


Figure 50 : Répartition géographique du décompte du critère de l'isolement social. (N = 14)

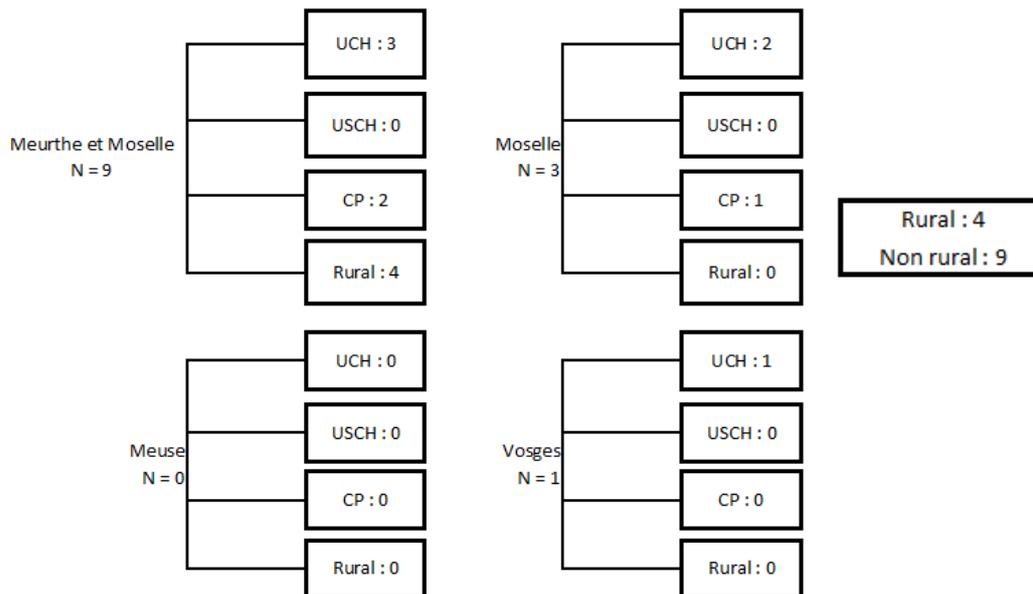


Figure 51 : Répartition géographique du décompte du critère de l'accessibilité à un réseau ou à une structure locale de soins. (N = 13)

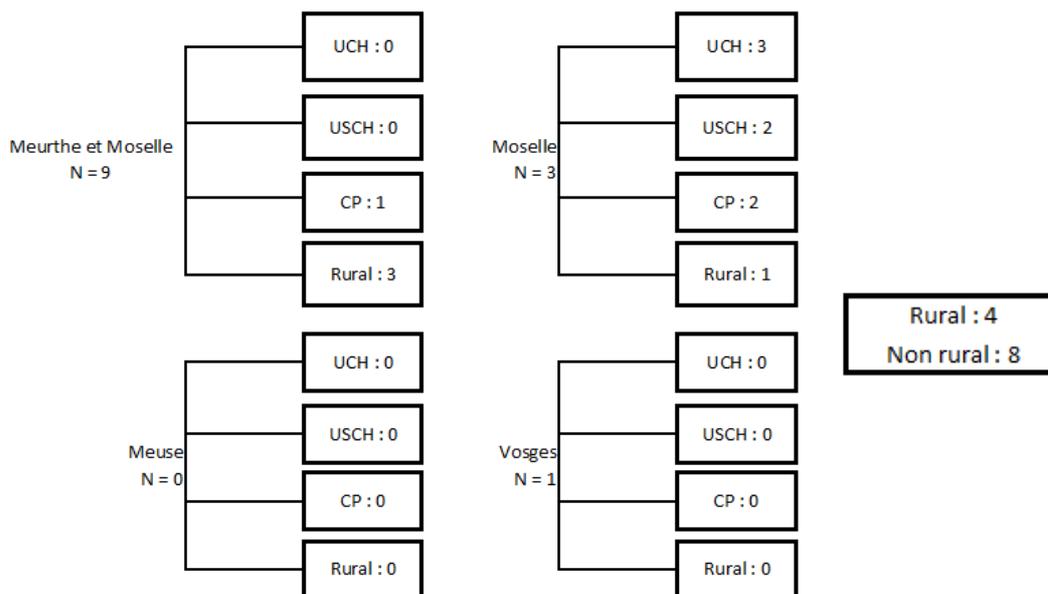


Figure 52 : Répartition géographique du décompte du critère de l'accessibilité aux examens. (N = 12)

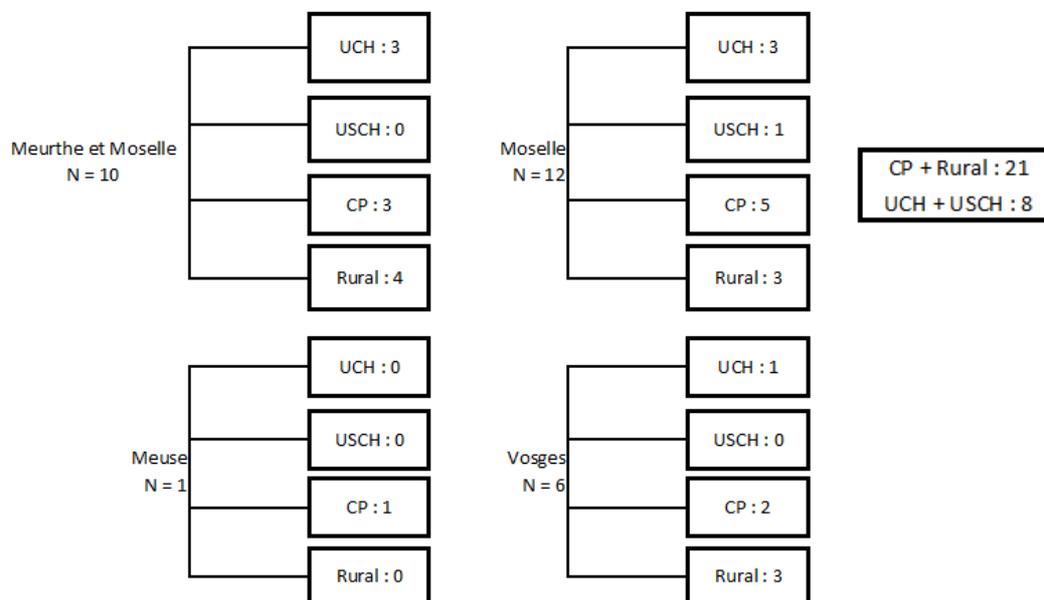


Figure 53 : Répartition géographique du décompte du critère de l'accessibilité aux oncologues et chirurgiens. (N = 29)

ANNEXE 6 :

Tableau 5 : tableau des solutions liées à l'organisation des soins proposées par les médecins généralistes

Critères de décision organisationnels modifiables selon les médecins généralistes	Solutions proposées par les médecins généralistes (MG)	Nombre de proposition des solutions N :
Distance domicile – structure de soins	Remboursement à 100% des trajets y compris si diagnostic de cancer en attente	14
	Traitements les plus adaptés pour éviter les déplacements itératifs	1
Isolement social	Augmenter la durée du congé de soutien familial en associant l'implication de la famille	9
Limite d'âge au dépistage	Absence de limite d'âge du dépistage	8
	Dépistage en fonction des antécédents et habitus	2
	Formation des MG aux examens de dépistage	1
Participation du médecin généraliste à la RCP	- Avertir le MG de la date de la RCP et demander son avis par téléphone / mail avant la RCP ; - Et/ou MG laisse un commentaire sur une plateforme sécurisée dédiée à la RCP	17
Délai avant le début des soins	Débuter les traitements en dehors des centres hospitaliers (ex : chimiothérapie)	5
Accessibilité à un réseau / structure locale de soins	Créer ou développer des équipes de soins palliatifs à domicile	11
	Développer l'hospitalisation à domicile	10
	Augmenter le nombre de soignants	8
	Créer ou développer les réseaux d'oncogériatrie	6
	Hospitalisation « flash » avec durée d'hospitalisation très courte	3
	Protocoles entrées – sorties de suivi	2
	Augmenter les vacations des MG dans les hôpitaux périphériques	1
	Mise en place d'aides systématiques au retour du domicile avant chaque sortie de l'hôpital	1
	Parcours de soins type hospitalier	1
	Créer ou développer les services d'oncologie en Moselle	1

	Création d'un service de radiothérapie en Meuse	1
	Développer le secteur privé en oncologie	1
	Créer ou développer des équipes mobiles de gériatrie dans les Vosges	1
Accessibilité aux résultats et aux comptes rendus	Transmission plus rapide des comptes-rendus d'hospitalisation, des résultats d'examens par apicrypt ou par appel téléphonique	19
	Carnet de suivi ou dossier cancer partagé	4
	Augmenter le nombre de TDM / IRM	4
	Accès aux résultats des examens intra-hospitaliers	1
	Créer un service de médecine nucléaire en Meuse	1
	Augmenter le nombre de secrétaires	1
Coordination des différents intervenants du corps paramédical	Désignation d'une personne référente	4
	MG désigné coordonnateur des soins, du suivi avec l'aide du spécialiste référent	2

Tableau 6 : tableau des solutions liées à la pratique de la médecine générale proposées par les médecins généralistes :

Critères de décision modifiables liés à la médecine générale	Solutions proposées par les médecins généralistes (MG)	Nombre de proposition des solutions n
Accès aux oncologues / chirurgiens	Numéro accès unique, direct à un spécialiste / site web / email pour avis	29
	Grouper les consultations et les examens complémentaires en hospitalisation de jour	16
	Consultations prioritaires pour les nouveaux cas dans le planning des spécialistes	15
	Consultations d'oncogériatrie en dehors des CHRU (ex : en ville, vacations en CH périphériques, en HAD, dans les réseaux)	9
	Augmenter le nombre de spécialistes	9
	Développer les unités d'oncogériatrie dans les CH périphériques	4
	Numéros de téléphone des spécialistes référents	3
	Annuaire des filières spécialisées	2
	Carte sanitaire à partir du nombre de cancer par population pour définir les priorités d'installation des spécialistes	1
	Consultation d'oncogériatrie systématique dès Balducci 2	1
	Plus de médecins seniors présents dans les services et en consultations	2
	Application des recommandations des bonnes pratiques cliniques	Formation des MG en oncogériatrie
Recommandations plus faciles à mettre en œuvre en pratique		1
Développer oncolor		1
Formation des MG concernant l'évaluation gériatrique		1
Accessibilité aux soins palliatifs	Augmenter le nombre de lits de soins palliatifs	10
	Former les MG aux soins palliatifs dans leur cursus	2
Etat nutritionnel	Meilleure formation dans la prise en charge des MG face à la dénutrition	2

Tableau 7 : tableau des solutions liées à la prise en charges des patients proposées par les médecins généralistes :

Critères de décision modifiables liés au patient	Solutions proposées par les médecins généralistes (MG)	Nombre de proposition des solutions n
Qualité de vie actuelle et à venir	Etablissement systématique d'un projet personnalisé de soins	7
	Développer des questionnaires de qualité de vie pour une prise en charge sur mesure	2
	Formation des MG à la prise en charge de la douleur	2
	Développer des traitements qui améliorent la qualité de vie sans allonger obligatoirement la durée de vie	2
	Développer l'éducation thérapeutique	1
	Corréler les traitements à la dépendance du patient	1
	Effet secondaire du traitement oncologique	Créer des fiches thérapeutiques et former les MG concernant les effets secondaires des traitements
Formation des MG aux nouvelles thérapeutiques en oncologie		2
Degré de compréhension du patient	Meilleure information aux patients par le MG	10
	Informations délivrées par équipes oncogériatriques	2
	Meilleure information aux patients par l'oncologue	1
Volonté du patient	Encourager la rédaction de directives anticipées	2
	Assumer le choix de l'abstention thérapeutique	2
	Respect de l'acharnement thérapeutique	1
Volonté de la famille	Prendre en compte les avis de la famille, des aidants avant les prises de décision thérapeutiques	3
	Meilleure information aux familles	2
Compliance du patient	Soutien psychologique par un réseau à domicile ou par atelier	2
Ressources financières	Améliorer la prise en charge par la sécurité sociale des patients atteints de cancer	2

ANNEXE 7 :

Répartition géographique des solutions liées à l'organisation selon les médecins généralistes :

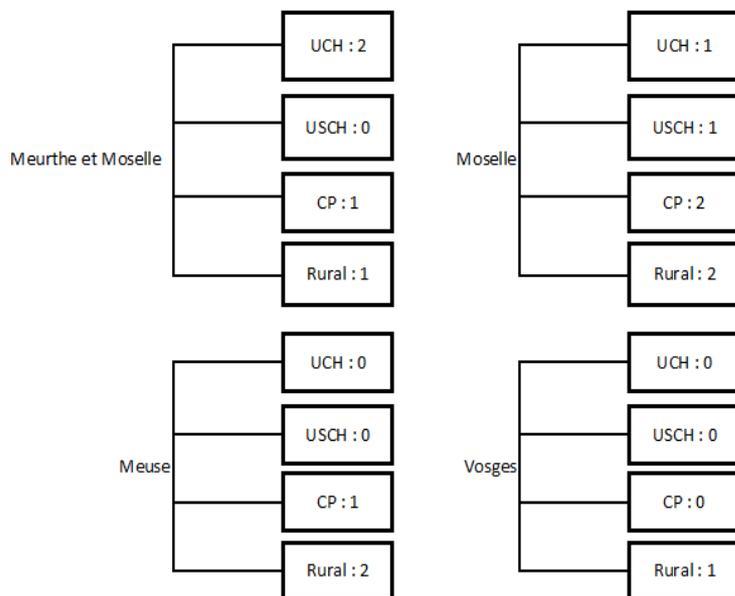


Figure 54 : Répartition géographique du décompte du critère de remboursements à 100% des trajets (N=14)

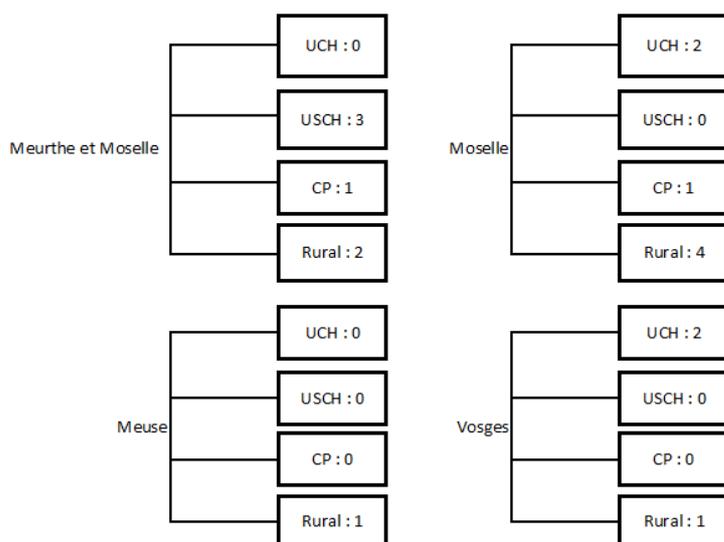


Figure 55 : Répartition géographique du décompte du critère de participation du médecin généraliste à la RCP. (N=17)

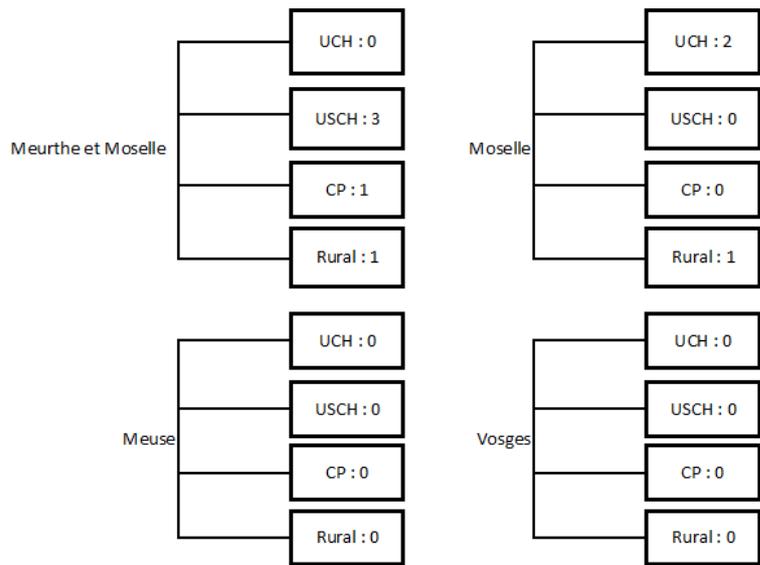


Figure 56 : Répartition géographique du décompte du critère d'augmentation du nombre de soignants dans les équipes paramédicales. (N=8)

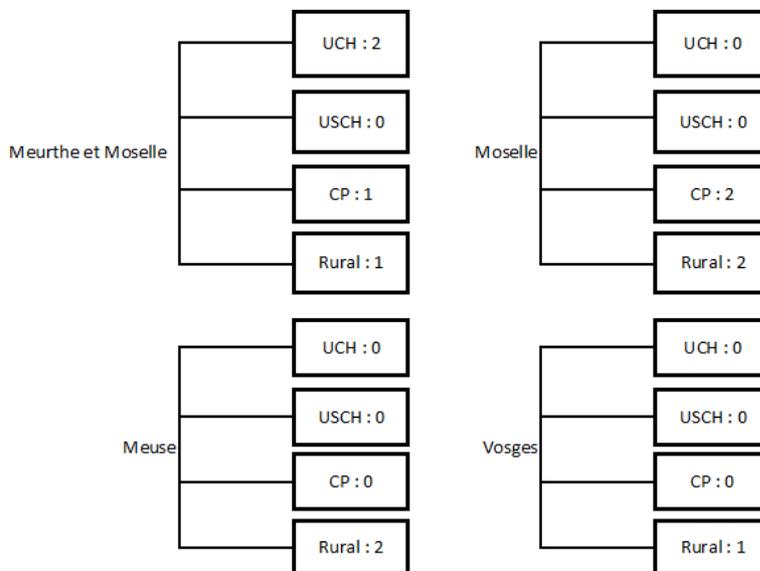


Figure 57 : Répartition géographique du décompte du critère de développement des équipes de soins palliatifs à domicile. (N=11)

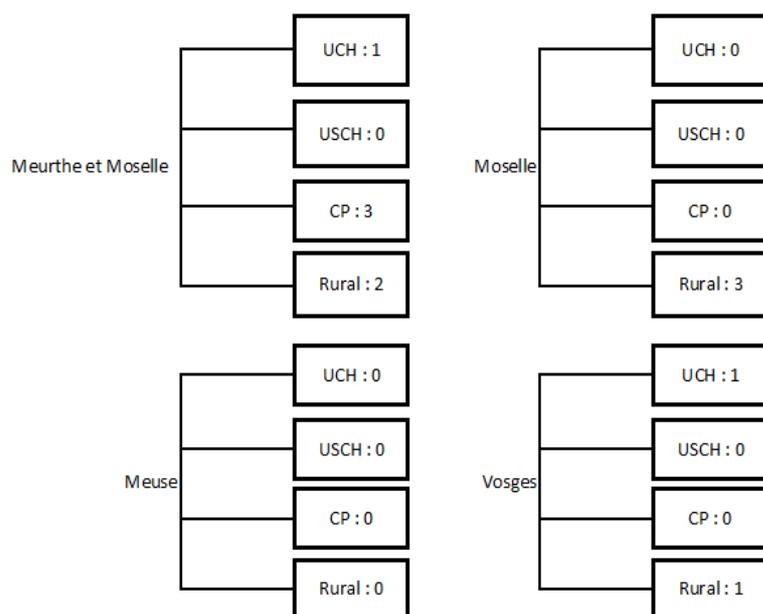


Figure 58 : Répartition géographique du décompte du critère de développement de l'hospitalisation à domicile. (N=11)

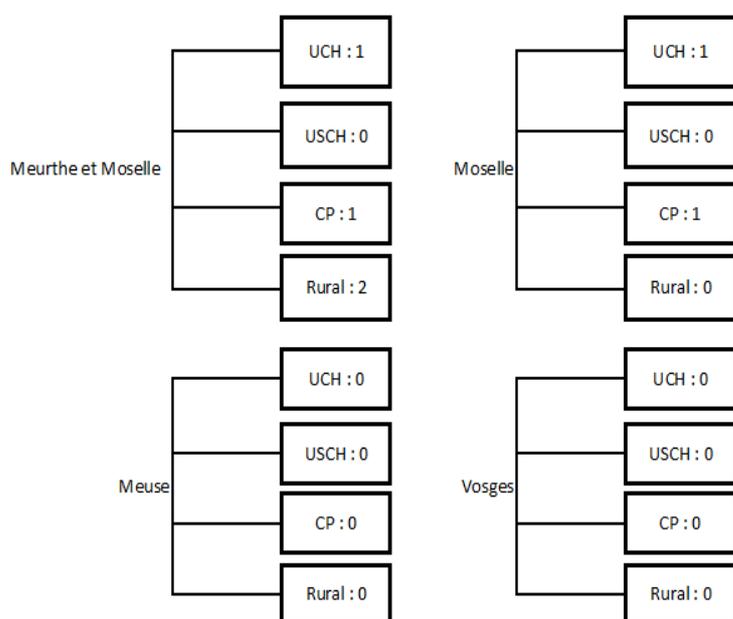


Figure 59 : Répartition géographique du décompte du critère de développement des réseaux d'oncogériatrie. (N=6)

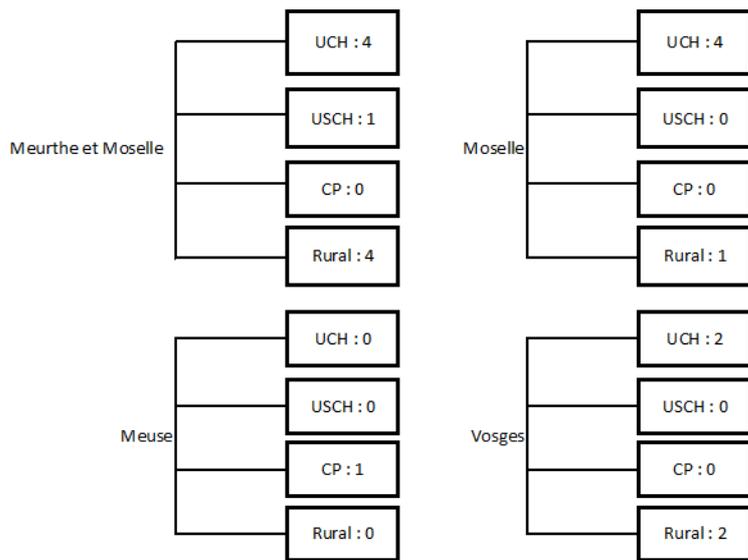


Figure 60 : Répartition géographique du décompte du critère de transmission plus rapide des comptes-rendus d'hospitalisation, des résultats d'examens. (N=19)

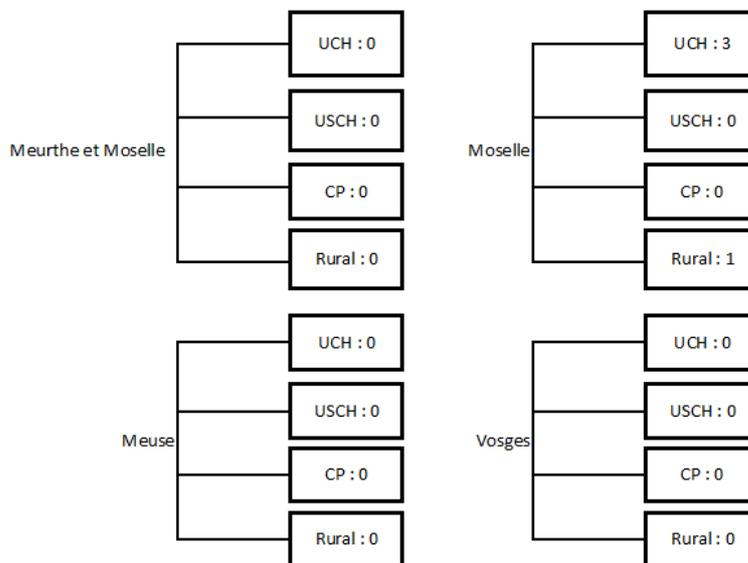


Figure 61 : Répartition géographique du décompte du critère d'augmentation du nombre de TDM / IRM. (N=4)

Répartition géographique des solutions liées à la pratique de la médecine générale selon les médecins généralistes :

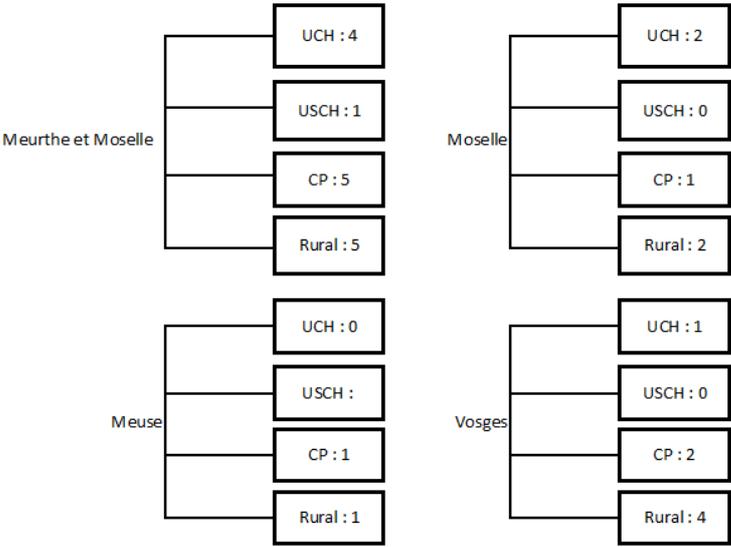


Figure 62 : Répartition géographique du décompte du critère de création d'un numéro d'accès unique direct à un spécialiste / site web / email direct pour avis. (N=29)

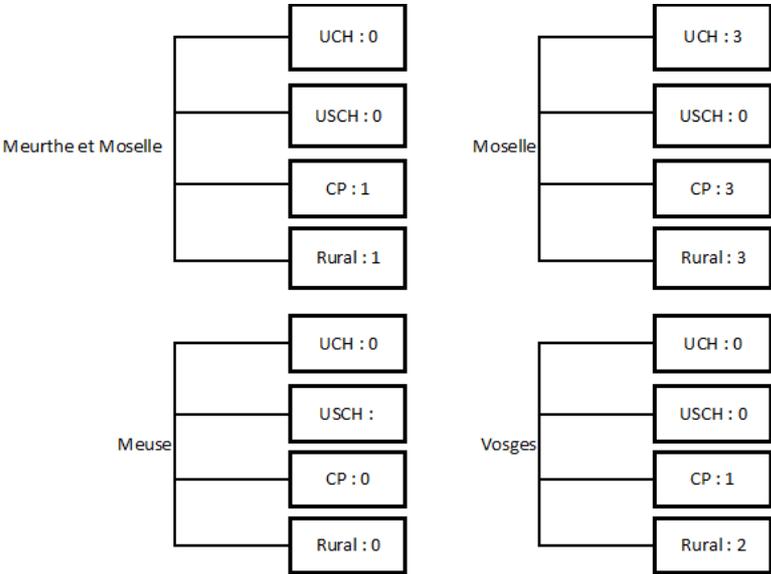


Figure 63 : Répartition géographique du décompte du critère de création de consultations prioritaires des nouveaux cas dans le planning des spécialistes (N=14)

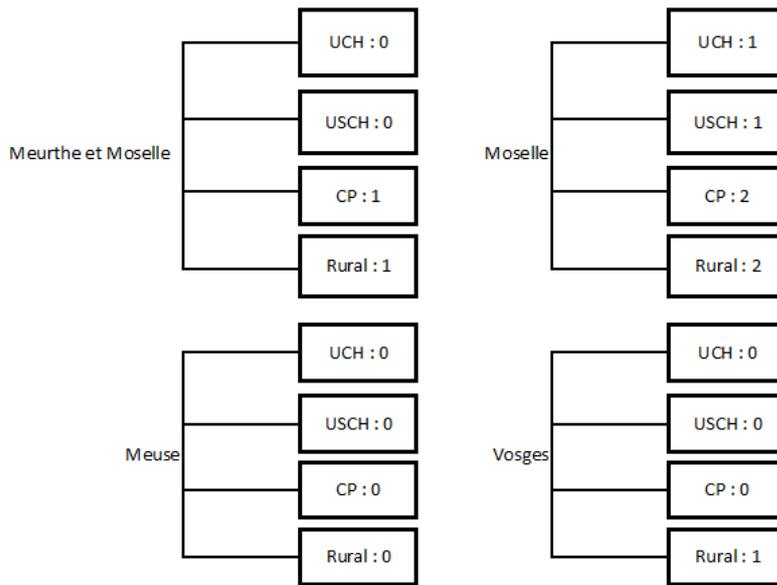


Figure 64 : Répartition géographique du décompte du critère de création de consultations d'oncogériatrie en dehors des CHU (ex : en ville, vacations en CH périphériques, en HAD, dans les réseaux) (N=9)

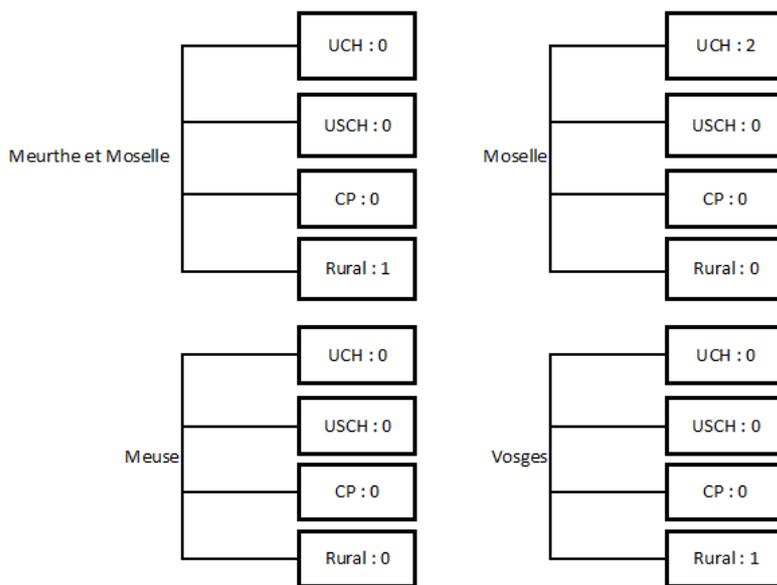


Figure 65 : Répartition géographique du décompte du critère de développement des unités d'oncogériatrie dans les CH périphériques (N=4)

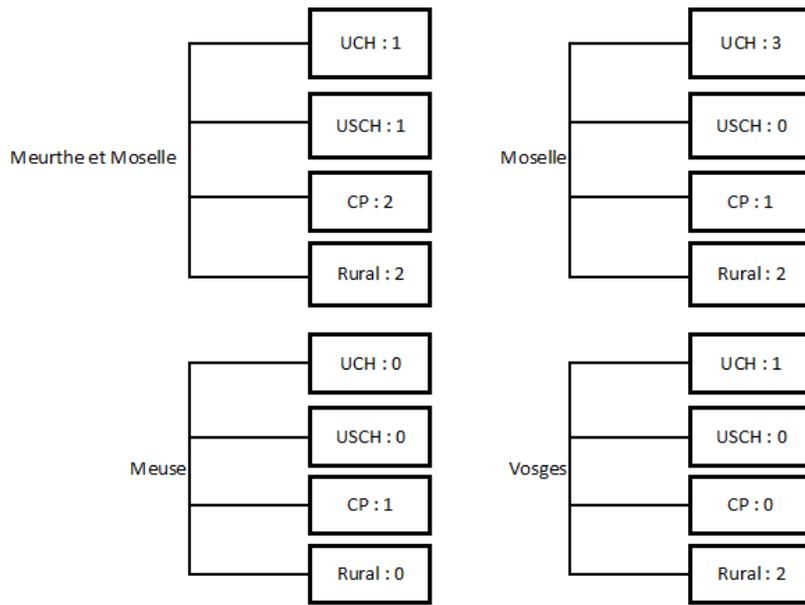


Figure 66 : Répartition géographique du décompte du critère groupement des consultations et des examens complémentaires en hospitalisation de jour. (N=16)

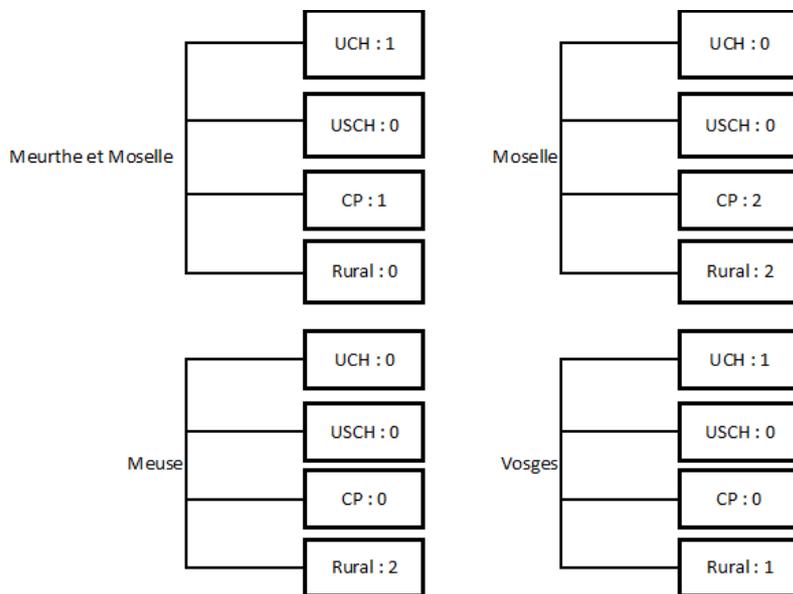


Figure 67 : Répartition géographique du décompte du critère d'augmentation du nombre de lits de soins palliatifs. (N=10)

RÉSUMÉ DE LA THÈSE

CONTEXTE : A l'exception de la Lorraine, des études régionales sur les critères décisionnels des **m**édecins **g**énéralistes (MG) dans la prise en charge des **p**ersonnes **â**gées atteintes de cancer (PAAC) font valoir des difficultés d'organisation.

OBJECTIF : Les objectifs de cette étude sont d'identifier les critères de décision du MG dans la prise en charge oncologique de la PAAC en Lorraine.

MÉTHODE : Il s'agit d'une étude transversale auprès des 2042 MG lorrains. Transmis par l'ULCOG (Unité Lorraine de Coordination en Oncogériatrie), un questionnaire postal comprenait des questions sur leur profil, sur les critères influençant leur décision, ceux à modifier et d'éventuelles solutions.

RÉSULTATS : Le taux de réponse est de 21%. Les critères concernant la maladie (difficultés à mettre en œuvre le traitement, gravité des symptômes, stade du cancer), ceux liés au patient (volonté, qualité de vie), ceux liés à la pratique de la MG (accès aux oncologues et aux soins palliatifs), ceux liés à l'organisation (absence d'aidants, coordination des intervenants et intervalle de temps avant que les soins ne soient débutés) sont les plus influents. En analyse comparative, l'accès aux soins palliatifs, la difficulté à mettre en œuvre le traitement et la qualité de vie du patient sont déterminants dans la décision d'adresser la PAAC au stade tardif vers un spécialiste. La première des solutions serait un numéro d'accès direct à un spécialiste.

CONCLUSION : Cette étude associée à celle des spécialistes permettrait d'établir d'éventuelles mesures correctives.

TITRE EN ANGLAIS

What do general practitioners base their decisions on when faced with the question of old people suffering from cancer in Lorraine ?
Quantitative descriptive observational study conducted among 430 general practitioners in Lorraine.

THÈSE: MÉDECINE GÉNÉRALE – ANNÉE 2015

MOTS CLEFS : décision, orienter, personnes âgées, cancer, médecin généraliste

INTITULÉ ET ADRESSE :

UNIVERSITÉ DE LORRAINE
Faculté de Médecine de Nancy
9, avenue de la Forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex