



HAL
open science

Parcours de soins du patient âgé atteint de cancer : ressenti et difficultés de médecins généralistes lorrains

Frédéric Meyer

► **To cite this version:**

Frédéric Meyer. Parcours de soins du patient âgé atteint de cancer : ressenti et difficultés de médecins généralistes lorrains. Sciences du Vivant [q-bio]. 2017. hal-01932250

HAL Id: hal-01932250

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01932250>

Submitted on 23 Nov 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

Frédéric MEYER

le 20 juin 2017

**PARCOURS DE SOINS DU PATIENT ÂGÉ ATTEINT DE CANCER : RESSENTI ET DIFFICULTES DE MÉDECINS
GÉNÉRALISTES LORRAINS**

Une étude qualitative par entretiens semi-dirigés

Examineurs de la thèse :

Président : Mme Christine PERRET GUILLAUME	Professeur	Président
Juges : M. Didier PEIFFERT	Professeur	Juge
Mme Elisabeth STEYER	Maître de Conférences	Juge
M. Jean-Yves NIEMIER	Docteur	Juge et Directeur



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

Asseseurs :

Premier cycle : Dr Guillaume GAUCHOTTE
Deuxième cycle : Pr Marie-Reine LOSSER
Troisième cycle : Pr Marc DEBOUVERIE

Innovations pédagogiques : Pr Bruno CHENUÉL

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 VOGIN
Commission de prospective facultaire : Pr Pierre-Edouard BOLLAERT
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 - Jean AUQUE - 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
Jean-François CHASSAGNE - François CHERRIER Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Emile de LAVERGNE Jean-Pierre DESCHAMPS - Jean DUHEILLE - Jean-Bernard DUREUX - Gérard FIEVE - Jean FLOQUET - Robert FRISCH Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Alain GERARD - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ Simone GILGENKRANTZ - Gilles GROSDIDIER - Oliéro GUERCI - Philippe HARTEMANN - Gérard HUBERT - Claude HURIET Christian JANOT - Michèle KESSLER - François KOHLER - Jacques LACOSTE - Henri LAMBERT - Pierre LANDES
Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Alain LE FAOU - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS Jean-Pierre MALLIÉ - Philippe MANGIN - Pierre MATHIEU - Michel MERLE - Pierre MONIN Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN - Gilbert PERCEBOIS - Claude PERRIN Luc PICARD - 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 - Gérard VAILLANT - Paul VERT - Hervé VESPIGNANI Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Jean-Pierre VILLEMOT - Michel WEBER

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Gérard BARROCHE - Professeur Pierre BEY - Professeur Marc-André BIGARD - Professeur Jean-Pierre CRANCE - Professeure Michèle KESSLER
Professeur Jacques LECLÈRE - Professeur Alain LE FAOU - Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ
Professeure Simone GILGENKRANTZ – Professeur Gilles GROSDIDIER - Professeur Philippe HARTEMANN
Professeur Pierre MONIN - Professeur Jean-Pierre NICOLAS
Professeur Luc PICARD - Professeur François PLENAT - Professeur Jacques POUREL - Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC
Professeur Paul VERT - Professeur Michel VIDAILHET

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Professeur Marc BRAUN

2^{ème} sous-section : (*Histologie, embryologie et cytogénétique*)

Professeur Christo CHRISTOV – Professeur Bernard FOLIGUET

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

Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

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 médicale*)

Professeur René ANXIONNAT - Professeur Alain BLUM - Professeur Serge BRACARD - Professeur Michel CLAUDON

Professeure Valérie CROISÉ-LAURENT - Professeur Jacques FELBLINGER

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

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

Professeur Jean-Louis GUEANT - Professeur Bernard NAMOUR - Professeur Jean-Luc OLIVIER

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

Professeur Christian BEYAERT - Professeur Bruno CHENUÉL - Professeur François MARCHAL

4^{ème} sous-section : (*Nutrition*)

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

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

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

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 - Professeure Céline PULCINI - Professeur Christian RABAUD

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

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

Professeur François ALLA - Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Francis GUILLEMIN

Professeur Denis ZMIROU-NAVIER

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 Thierry CONROY - Professeur François GUILLEMIN - Professeur Didier PEIFFERT - Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : (*Immunologie*)

Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT - Professeur Gilbert FAURE

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 Gérard AUDIBERT - Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Thomas FUCHS-BUDER
Professeure Marie-Reine LOSSER - Professeur Claude MEISTELMAN

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

Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Sébastien GIBOT - Professeur Bruno LÉVY

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

Professeur Pierre GILLET - Professeur Jean-Yves JOUZEAU - Professeur Patrick NETTER

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

Professeur François PAILLE - Professeur Patrick ROSSIGNOL - Professeur Faiez ZANNAD

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

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Marc DEBOUVERIE - Professeur Louis MAILLARD - Professeur Luc TAILLANDIER - Professeure Louise TYVAERT

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

Professeur Jean AUQUE - Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS - Professeur Olivier KLEIN

Professeur Jean-Claude MARCHAL

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 Laurent GALOIS - Professeur Didier MAINARD - Professeur Daniel MOLE - Professeur François SIRVEAUX

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

Professeure Annick BARBAUD - Professeur Jean-Luc SCHMUTZ

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

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Etienne ALIOT - Professeur Edoardo CAMENZIND - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET

Professeur Yves JUILLIERE - Professeur Nicolas SADOUL

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

Professeur Thierry FOLLIGUET - Professeur Juan-Pablo MAUREIRA

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

Professeur Sergueï MALIKOV - Professeur Denis WAHL

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)

Professeur Luc FRIMAT - Professeure Dominique HESTIN

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Pascal ESCHWÈGE - Professeur Jacques HUBERT

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

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

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Jean-Dominique DE KORWIN - Professeure Gisèle KANNY

Professeure Christine PERRET-GUILLAUME

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

Professeur Ahmet AYAV - Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD

3^{ème} sous-section : (Médecine générale)

Professeur Jean-Marc BOIVIN

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

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET - Professeur Jean-Michel HASCOET
Professeur Emmanuel RAFFO - Professeur Cyril SCHWEITZER

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 Bruno GUERCI - Professeur Marc KLEIN - Professeur Georges WERYHA

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)

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

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

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

=====

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 : (Histologie, embryologie et cytogénétique)

Docteure Chantal KOHLER - Docteure Françoise TOUATI

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

Docteur Guillaume GAUCHOTTE

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

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

Docteur Jean-Marie ESCANYE

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

Docteur Damien MANDRY - Docteur Pedro TEIXEIRA

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

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

Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA - Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle GASTIN

Docteure Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteur Marc MERTEN - Docteur Abderrahim OUSSALAH

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Docteure Silvia DEMOULIN-ALEXIKOVA - Docteur Mathias POUSSEL

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 Corentine ALAUZET - Docteure Hélène JEULIN - Docteure Véronique VENARD

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

Docteure Anne DEBOURGOGNE

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

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

Docteure Nelly AGRINIER - Docteur Cédric BAUMANN - Docteure Frédérique CLAUDOT - Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE

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)

Docteure Aurore PERROT

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

Docteure Lina BOLOTINE

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Docteure Céline BONNET - Docteur Christophe PHILIPPE

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

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

Docteur Antoine KIMMOUN (*stagiaire*)

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

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

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

Docteur Nicolas GIRERD (*stagiaire*)

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

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Docteure Anne-Christine RAT

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

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

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

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

Docteure Laure JOLY

3^{ème} sous-section : (Médecine générale)

Docteure Elisabeth STEYER

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

1^{ère} sous-section : (Oto-Rhino-Laryngologie)

Docteur Patrice GALLET (*stagiaire*)

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

7^{ème} Section : SCIENCES DU LANGAGE : LINGUISTIQUE ET PHONETIQUE GENERALES

Madame Christine DA SILVA-GENEST

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 Nick RAMALANJAONA - Monsieur Pascal REBOUL

65^{ème} Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

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

66^{ème} Section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteur Pascal BOUCHE – Docteur Olivier BOUCHY - Docteur Arnaud MASSON - Docteure Sophie SIEGRIST

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

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)

A notre Président de jury,

Madame la Professeur Christine PERRET-GUILLAUME,
Professeure des Universités – Gériatrie

Nous vous remercions de l'honneur que vous nous faites en acceptant de présider cette thèse.
Veuillez trouver ici le témoignage de notre reconnaissance et de notre profond respect.

À nos membres du jury,

Monsieur le Professeur Didier PEIFFERT

Professeur des Universités – Cancérologie

Nous tenons à vous remercier d'avoir accepté de faire partie de notre jury.
Veuillez trouver ici le témoignage de notre gratitude et de notre reconnaissance.

Madame le Docteur Elisabeth STEYER

Maître de Conférence de Médecine Générale

Nous vous remercions pour l'attention portée à notre travail et pour votre participation à ce jury.
Veuillez trouver ici le témoignage de notre sincère gratitude et de notre grand respect.

À notre juge et directeur,

Monsieur le Docteur Jean Yves NIEMIER

Gériatrie

Nous avons été honorés que vous acceptiez de superviser notre travail.
Nous vous remercions vivement pour votre aide, votre soutien, votre disponibilité et votre gentillesse apportés tout au long de la réalisation de cette thèse.
Veuillez trouver dans ces quelques lignes le témoignage de notre profonde reconnaissance et de notre gratitude.

À mes parents Geneviève et Bertrand,

Merci pour votre amour et votre soutien.

Merci d'avoir toujours cru en moi, soyez assurés de mon amour et de ma reconnaissance.

À ma petite sœur Florence,

Tu m'as toujours soutenu, dans les bons comme les mauvais moments.

À ma grand-mère Henriette,

Merci pour les valeurs que tu m'as transmises et pour ton éternel soutien.

À mes grands-parents déjà partis, Eliane, Bruno et Georges,

J'espère que vous êtes fiers de votre petit garçon.

À ma marraine Agnès,

Pour ton éternelle bienveillance.

À mon parrain Edmond,

En guise de remerciement pour tous ces bons moments passés en ta compagnie.

À mes oncles et tantes, cousins et cousines,

Même si je ne suis pas toujours près de vous, soyez assurés de mon amour.

Aux Docteurs Yves Delrue et André Masius,

Merci de m'avoir fait découvrir et aimer la médecine générale.

À tous ceux qui m'ont accompagné durant mes études ou mes stages.

À tous les médecins ayant accepté de participer à cette étude.

À Aurélie,

Tu as grandement contribué à faire de moi le médecin que je suis devenu.

À toute l'équipe de pédiatrie de l'hôpital Maillot de Briey,

Vous êtes les meilleurs.

À Alexis et Jérôme,

Les deux meilleurs co-internes.

À Maxime,

Tu auras été mon compagnon de route durant ces longues années.

À Emilie, Marine, Sarah et Anthony,

On aura formé une dream team.

À Djool, mon ami d'enfance,

Nous nous voyons peu, mais tu es toujours là, Big up !

À toute l'équipe d'O'Gaming SC2,

Vous avez été une source de divertissements inépuisables dans les moments difficiles qui ont jalonné ce travail.

Et à Audrey,

Tu as changé ma vie.

Sois assurée de tout mon amour et de ma joie de vivre à tes côtés.

***N'entre pas docilement dans cette douce nuit,
Le vieil âge doit gronder, tempêter, au déclin du jour.***

Extrait de "Do not gentle into that good night", Dylan Thomas

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 matières

I.	Préambule	18
II.	Le patient âgé confronté au cancer et son médecin généraliste.....	19
1.	Epidémiologie.....	19
2.	Caractéristiques de la population gériatrique	22
3.	Le développement de l'oncogériatrie	23
4.	La place du médecin généraliste.....	24
5.	Le Parcours de soins	25
III.	Contexte de l'étude.....	26
IV.	Méthodologie.....	27
V.	Résultats.....	28
1.	Données descriptives	28
2.	Analyse des entretiens	29
1)	Le patient âgé face au cancer.....	29
2)	Les investigations complémentaires et les consultations spécialisées.....	33
3)	Les difficultés éprouvées et les perspectives d'amélioration	37
VI.	Discussion.....	38
1.	Les limites et points forts de l'étude.....	38
2.	Un positionnement capital dans le dépistage.....	39
3.	Le rôle de médecin de famille et l'accompagnement.....	42
4.	La prise en charge ambulatoire.....	43
5.	Les principales difficultés rencontrées.....	44
6.	Mon ressenti	46
VII.	Conclusion	47

VIII.	Perspectives	48
IX.	Résumé.....	49
X.	Annexes	54
1.	Annexe 1 : Guide d'entretien	54
2.	Annexe 2 : Echelle G8.....	57
3.	Annexe 3 : MMSE	58
4.	Annexe 4 : Timed up & go test	59
5.	Annexe 5 : Grille SEGA.....	60
6.	Annexe 6 : Tableau de caractéristiques de l'échantillon étudié	61
7.	Annexe 7 : Exemples de Tableaux d'analyses des entretiens	63
8.	Annexe 8 : Verbatim des entretiens semi-dirigé.....	Sur CD-Rom

Abréviations utilisées

ALD : Affection Longue Durée

AOG : Antenne en Onco Gériatrie

CHRU : Centre Hospitalier Régional Universitaire

DCC : Dossier Communiquant de Cancérologie

DES : Diplôme d'Etudes Spécialisées

DMP : Dossier Médical Partagé

EGS : Evaluation Gériatrique Standardisée

EHPAD : Etablissements d'Hébergement pour Personnes âgées Dépendantes

HAD : Hospitalisation à Domicile

ICL : Institut de Cancérologie de Lorraine

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

RCP : Réunion de Concertation Pluridisciplinaire

PAERPA : Personnes âgées en risque de perte d'autonomie

PEC : Prise en charge

SFGG : Société Française de Gériatrie et de Gérontologie

SIOG : Société Internationale d'Oncologie Gériatrique

SOFOG : Société Francophone d'Oncogériatrie

UCOG : Unité de Coordination en Oncogériatrie

I. Préambule

Aujourd'hui, le cancer du patient âgé est un véritable enjeu de santé publique. Le médecin généraliste occupe une place primordiale dans le dépistage de ce type de pathologie. La prise en charge de patient âgé atteint de cancer peut s'avérer complexe dans la gestion du parcours de santé du patient.

Le médecin généraliste, souvent désigné comme médecin traitant, a un rôle de référent dans ce parcours, il est amené à revoir de façon régulière le patient qui peut avoir été amené à consulter différents intervenants et réaliser de nombreux examens complémentaires.

L'intérêt de ce travail m'est apparu dans les suites de mon stage d'interne dans le service de gériatrie au CHRU et mon stage chez le praticien où j'ai pu constater la spécificité de la prise en charge du patient âgé atteint de cancer et les difficultés tant sur le plan éthique que sur le plan organisationnel qui peuvent émailler le parcours de soins de ce type de patient.

L'intérêt de ce travail est d'appréhender le ressenti et les difficultés des médecins généralistes dans la gestion du parcours de soins du patient âgé atteint de cancer et de recueillir leurs retours d'expérience dans ce domaine.

Nous avons voulu également connaître leurs perceptions du patient âgé face à une maladie grave avec des répercussions à court terme, ainsi que les éléments qui leur paraissent importants d'améliorer afin d'optimiser cette prise en charge.

Dans cette optique, et pour compléter des enquêtes quantitatives déjà réalisées en Lorraine, une enquête qualitative par entretiens individuels semi-dirigés nous a semblé être la méthode la plus appropriée pour évaluer leur ressenti et apporter une vision la plus proche possible de la pratique quotidienne des médecins généralistes.

II. Le patient âgé confronté au cancer et son médecin généraliste

1. Epidémiologie

Le cancer est une pathologie de plus en plus fréquemment rencontrée dans la prise en charge du sujet âgé. La France est actuellement en période de transition démographique (baisse de la mortalité et baisse de la natalité), il en résulte un vieillissement de la population.

L'incidence du cancer augmente régulièrement avec l'âge. En 2012, 32,4% des nouveaux cas de cancer en France concernaient des personnes de plus de 75 ans. On estime qu'en 2050, un cancer sur deux surviendra chez des personnes de plus de 75 ans(1). Le vieillissement de la population peut donc être considéré comme un des facteurs de l'accroissement du nombre total de cancers en France.

La survie est variable selon la localisation du cancer. La survie nette, survie que l'on observerait si le cancer était la seule cause de décès, est dans la plupart des cancers inférieure chez les personnes âgées en comparaison des plus jeunes(1).

Ces données soulignent l'importance de mieux connaître les spécificités des cancers chez les personnes âgées afin de répondre aux besoins croissants de cette population(2) et expliquent la volonté des pouvoirs publics de s'intéresser de plus en plus à cette problématique.

Sur un plan purement local, il existe un vieillissement de la population avec une disparité au sein même du territoire Lorrain avec début 2014, 37500 personnes âgées de plus de 65 ans soit 19,6% de sa population, contre 18,1% pour la France Métropolitaine.(3)

Le cancer constitue la première cause de mortalité en Lorraine (30% de décès), ce qui est supérieur au taux de la France Métropolitaine. En Lorraine, les cancers bronchiques, colorectaux et des voies aéro-digestives supérieures ont un taux de mortalité supérieur à la moyenne nationale(4).

L'organisation de l'offre de soins hospitaliers en oncologie en Lorraine est également inégale.

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

Figure 1: Répartition par département des autorisations de traitement du cancer en Lorraine – Source : ONCOLOR

De même, concernant certaines disciplines comme la radiothérapie, le département de la Meuse est donc dépourvu de centre de radiothérapie, ce qui peut aboutir à des consultations déportées vers les départements voisins et avoir des répercussions sur le parcours de soins.



Figure 2: Implantation des centres de radiothérapie en Lorraine en 2016 - Source ONCOLOR

Concernant la démographie médicale, au 1er janvier 2016, la Lorraine dénombre 9179 médecins (toutes spécialités confondues), la densité régionale de médecin en activité

régulière est de 281,1 médecins pour 100 000 habitants, la moyenne nationale est à 284,4 médecins pour 100 000 habitants.

Concernant les médecins généralistes, la densité Lorraine est de 129,3 médecins pour 100 000 habitants contre une moyenne nationale à 132,1 médecins pour 100 000 habitants.(5)

Il existe là aussi une grande hétérogénéité dans la densité médicale libérale au sein de la région lorraine ; 7,0 médecins généralistes pour 100 000 habitants en Meuse contre 9,3 médecins généralistes pour 100 000 habitants en Meurthe et Moselle.(5)

De telles inégalités peuvent donc engendrer des inégalités d'accès aux soins sur l'ensemble du territoire et expliquer les différentes difficultés ressenties par les médecins généralistes concernant le parcours de soins.(5)

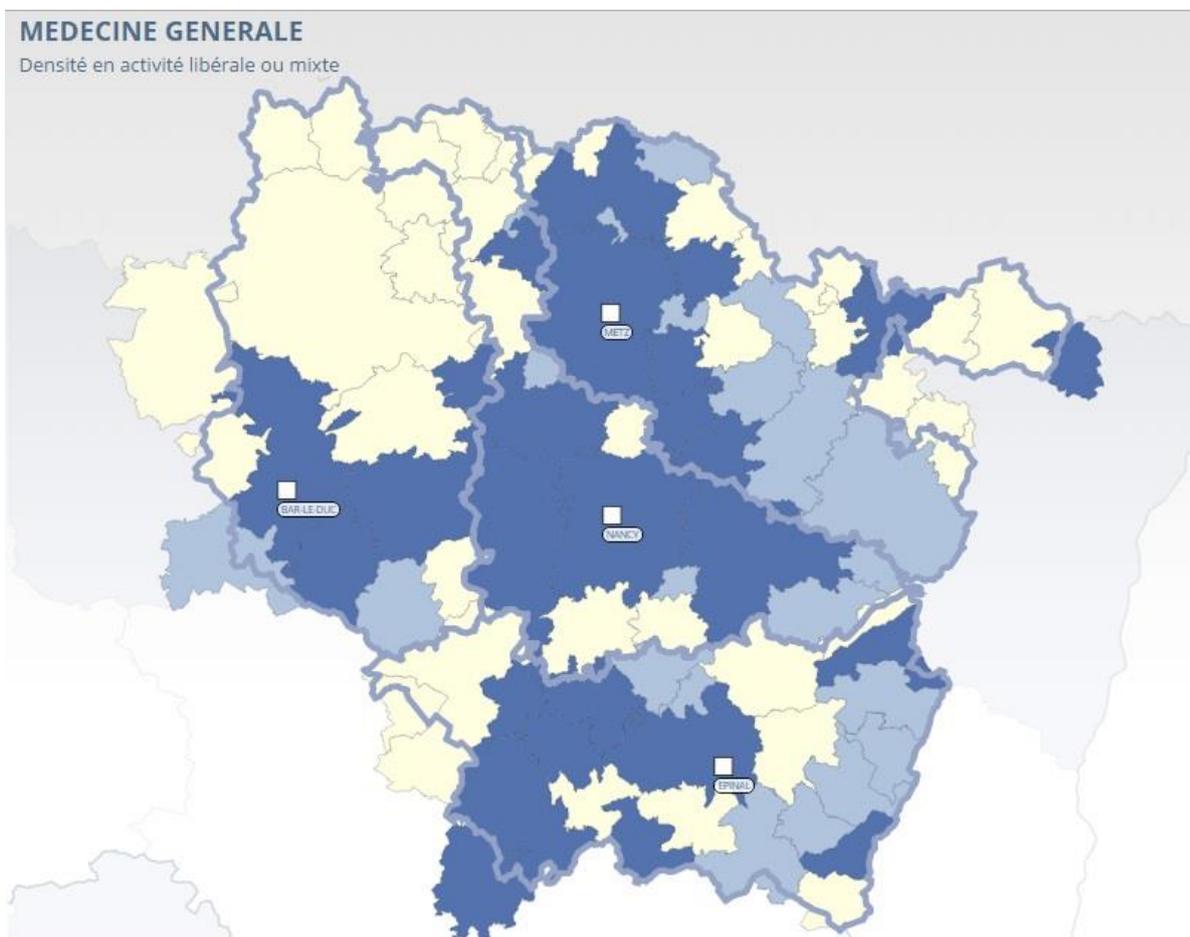


Figure 3: <http://demographie.medecin.fr/demographie>

2. Caractéristiques de la population gériatrique

La prise en charge du patient âgé cancéreux doit tenir compte du patient dans sa globalité : aspect médical, cognitif et social, que l'objectif soit curatif ou palliatif. La pluridisciplinarité est indispensable, le médecin généraliste (souvent choisi comme médecin traitant par le patient) a donc un rôle important dans cette prise en charge (6).

L'OMS définit la personne âgée comme étant une personne de plus de 65 ans (7). Cette définition n'a plus vraiment cours, on parle de plus en plus de 3^{ème} voire de 4^{ème} âge, ce qui importe est plus la notion de fragilité qui est définie en ces termes par la Société Française de Gériatrie et de Gérontologie (SFGG) : « La fragilité est un syndrome clinique. La fragilité se définit par une diminution des capacités physiologiques de réserve qui altère les mécanismes d'adaptation au stress. Son expression clinique est modulée par les comorbidités et des facteurs psychologiques, sociaux, économiques et comportementaux. Le syndrome de fragilité est un marqueur de risque de mortalité et d'évènements péjoratifs, notamment d'incapacités, de chutes, d'hospitalisation et d'entrée en institution. »(8).

La fragilité pouvant s'aggraver, notamment lors de l'instauration de thérapeutiques agressives tels que les traitements anticancéreux, il est important qu'une première évaluation soit réalisée avant tout traitement et que le médecin généraliste soit bien informé de cette spécificité du sujet âgé pour pouvoir assurer au mieux le suivi de son patient une fois les thérapeutiques débutées.

Le dépistage de la fragilité chez ce type de patient reste indispensable et demande du temps, cela fait partie des objectifs de la consultation d'oncogériatrie. Le médecin généraliste peut participer à la collecte des données permettant un tel dépistage, on comprend alors la nécessité du lien entre la médecine de ville et cette consultation. La consultation hospitalière peut alors permettre d'étendre le bilan via des consultations avec d'autres intervenants (diététiciennes, kinésithérapeutes...).

L'approche du patient au cours d'une consultation doit donc se faire de manière globale et multidimensionnelle. Le médecin a à sa disposition des tests spécifiques permettant d'évaluer divers aspects conditionnant la fragilité du patient. On peut citer pour l'exemple le Mini

Mental State Examination de Folstein (Annexe 3) pour les troubles cognitifs ou encore le Time up and go test (Annexe 4) pour évaluer la marche et l'équilibre pour définir les risques de chute. Il est également nécessaire de réaliser une approche sociale (le milieu de vie, l'entourage). Ces pratiques sont couramment utilisées dans les services hospitaliers de gériatrie mais ne sont pas encore accessibles à tous les patients en raison de critères comme l'éloignement géographique.(9)

Nous savons également que le diagnostic de cancer est porté plus tardivement chez les sujets âgés(10). Il a pourtant été démontré qu'un diagnostic précoce de cancer, quel que soit l'âge, améliore les chances de guérison(11) et que malgré les idées reçues, les sujets âgés atteints de cancer peuvent être demandeurs de thérapies agressives (12). Le dépistage du cancer chez le patient âgé est donc une problématique qui fait sens.

3. Le développement de l'oncogériatrie

L'oncogériatrie s'est développée dans les années 1990 grâce à des médecins précurseurs comme Ludovico Balducci (Université de Tampa en Floride) (13). En 2000 est créée la Société internationale d'oncologie gériatrique (SIOG).

En France l'oncogériatrie s'est structurée sous l'impulsion des différents plans Cancer et la volonté d'optimiser la prise en charge des personnes âgées d'une manière globale. La Société Francophone d'Oncogériatrie permet également de mettre à jour les connaissances et d'améliorer les protocoles de prise en charge des patients(14).

C'est le Plan cancer 2003-2008 avec le financement de l'INCa qui a permis la création de 15 unités pilotes d'oncogériatrie (UPCOG) dont le but était d'unifier la prise en charge autour du patient âgé atteint de cancer.

Cette volonté d'unification a été renforcée par le Plan cancer 2009-2013 en permettant le déploiement dans chaque région d'unités de coordination en oncogériatrie (UCOG) ou d'antennes en oncogériatrie (AOG).

Les missions principales des UCOG sont de :

- Diffuser dans leurs régions respectives les recommandations de bonnes pratiques en oncogériatrie (prescreening gériatrique ; échelle G8)
- Promouvoir la recherche clinique en oncogériatrie
- Favoriser la formation en oncogériatrie (médecins spécialistes d'organes, gériatres, médecins généralistes, paramédicaux)
- Rôle d'information auprès des patients et de leurs proches concernant la prise en charge de patients âgés atteints de cancers.

Le Plan Cancer de 2014-2019 (2) consacre deux de ses actions spécifiquement à l'oncogériatrie :

- Amélioration de la recherche clinique en oncogériatrie
- Inclure une formation en gériatrie dans le DES d'oncologie

D'une manière générale le Plan Cancer 2014-2019 prévoit également de préserver la continuité et la qualité de vie des patients en assurant des prises en charge globales et personnalisées(2).

La finalité de l'oncogériatrie est de favoriser la prise en charge globale de la personne âgée atteinte de cancer. Ainsi la région Lorraine s'est dotée de réseau comme ONCOLOR pour l'oncologie mais aussi des réseaux gérontologiques à l'échelle départementale (GérontoNord, Gérard Cuny, Réseau de Santé du Sud Meusien, REGESA) qui favorisent la coordination du parcours de santé et sont des aides précieuses pour les médecins généralistes pour suivre au mieux leurs patients.

4. La place du médecin généraliste

Les médecins généralistes, par leur position de médecins traitants sont les professionnels de santé en possession de la plus grande quantité d'informations concernant leurs patients (antécédents médicaux, contexte psycho-social). Ils interviennent dans un premier temps pour inciter au dépistage organisé puis dans un second temps pour pratiquer un dépistage individuel du cancer après l'âge de 74 ans. Ils peuvent être amené à poser un diagnostic

précoce de la pathologie cancéreuse et ont un rôle d'aide à la décision pour leur patient quand à la prise en charge globale. Leur rôle est également important dans les cas de prise à charge de cancer à domicile.

Le rôle du médecin généraliste se situe donc aussi bien avant l'annonce diagnostique, pendant la prise en charge, mais également après la phase thérapeutique (repérage et prise en charge des complications) (15).

Le rôle du médecin généraliste est d'autant plus important que les sujets de plus de 75 ans ne relèvent plus du dépistage organisé mais d'un dépistage individuel. La décision de pratiquer un dépistage doit donc être prise au cas par cas.

Il intervient également dans l'annonce du diagnostic, il est souvent le destinataire des résultats des examens complémentaires (imagerie, biopsie) et va être en première ligne dans l'amorce de l'annonce du diagnostic. Le Plan Cancer 2009-2013 (mesure 40) place le médecin généraliste comme médecin de premier recours et comme celui que le patient connaît le mieux.

Le Plan Cancer 2014-2019 renforce le rôle du médecin traitant en l'incitant à contacter et orienter le patient dans des délais rapides vers des équipes spécialisées dès le diagnostic ou la suspicion de cancer.

Enfin tout au long de la prise en charge il doit rester à l'écoute de son patient pour répondre aux interrogations de ce dernier, à ses inquiétudes et à ses craintes.

5. Le Parcours de soins

L'HAS préconise le repérage des patients âgés fragiles et à risque de dépendance le plus tôt possible dans le cadre des soins primaires. Elle préconise également une évaluation gériatrique standardisée (EGS) concernant les critères médico-psychosociaux, l'autonomie, la situation sociale, le projet de vie et la santé (16).

III. Contexte de l'étude

Une enquête quantitative a déjà été réalisée par l'UCOG Lorraine en 2015 et s'intéressait aux critères de décision de la prise en charge oncologique de la personne âgée par le médecin généraliste(17) et mettait en exergue la difficulté d'accès aux oncologues et aux soins palliatifs sur la région Lorraine. D'autres études quantitatives abordant le même thème ont été réalisées sur la région Alsace(18) et la Gironde(19).

Nous n'avons pas retrouvé d'étude qualitative menée sur ce thème.

L'étude menée en 2015 sur le territoire lorrain retrouvait des critères de décision liés au patient (la volonté du patient, sa qualité de vie ainsi que ses comorbidités), aux pratiques des médecins généralistes (difficultés d'accès aux oncologues et aux soins palliatifs), à la maladie elle-même (gravité des symptômes, stade du cancer, gestion des thérapeutiques) et aux difficultés organisationnelles (coordination entre différents intervenants). Depuis cette étude, l'UCOG Lorraine a développé des séances de formation et des outils de sensibilisation des médecins à l'oncogériatrie.

Par ailleurs, de nombreux travaux montrent qu'il existe souvent des difficultés au diagnostic qui est souvent réalisé à un stade tardif (20) ou lié à un dépistage mal conduit (21). Les médecins de soins primaires sont donc en première ligne sur ces éléments clés. Les difficultés que le médecin éprouve sur ce parcours de soins peuvent impacter la fluidité et le bon déroulement de ce parcours.

C'est pourquoi, avec cette étude, nous avons voulu mieux connaître le ressenti des médecins généralistes sur le parcours de soins d'un patient âgé atteint de cancer, afin de mieux cerner leurs perceptions et leurs difficultés face à ce parcours.

Pour ce faire, nous avons procédé à une enquête qualitative par entretiens semi dirigés chez des médecins généralistes ce qui permet d'aborder des sujets plus variés voire plus délicats qui ne peuvent être abordés avec un questionnaire quantitatif. Les informations obtenues sont riches et peuvent être facilement structurées.

Ce travail a été réalisé en parallèle d'une étude visant à évaluer le ressenti des patients face à ce même parcours de soins.

IV. Méthodologie

Le protocole de l'étude a été supervisé par Madame le Docteur Phi-Linh NGUYEN méthodologiste et épidémiologiste à la fédération de cancérologie du CHRU de Nancy et au département de Santé Publique de la faculté de Médecine de Nancy.

Nous avons réalisé une étude qualitative par entretiens semi dirigés. Cette méthode est la plus adaptée dans le cadre d'études basées sur le ressenti des médecins et le partage de leur expérience.

Cette étude a d'emblée été envisagée de manière régionale. Les médecins généralistes ont été contactés par téléphone à la suite d'une première consultation d'Oncogériatrie, témoignant du parcours de santé d'au moins un de leurs patients âgés. Il fallait également que ces patients aient au préalable eux-mêmes accepté de participer à une étude qualitative parallèle relative à leur perception de leur propre parcours de soins. De cette manière, nous nous sommes assurés que le médecin interrogé avait au moins un patient dans le parcours de soins du sujet âgé atteint de cancer. Une fois l'étude présentée il leur a été proposé un rendez-vous à la date et au lieu de leur choix afin de réaliser l'entretien. Les coordonnées du médecin interrogé ont été fournies à l'auteur par le directeur de thèse sous couvert d'anonymat concernant le patient.

Les médecins sollicités ont donné leur accord par téléphone, puis renouvelé cet accord par voie orale lors d'un entretien dont la date et le lieu ont été déterminé lors de l'entretien téléphonique. Les entretiens ont été enregistrés sur dictaphone numérique et dactylographiés le jour-même avec l'aide du logiciel Express Scribe© afin de permettre sa retranscription de la manière la plus fidèle possible. Les soupirs ou gestuelle de l'interviewé ont également été retranscrits quand cela était possible.

Le guide d'entretien (annexe 1) a été établi sur la base de notre problématique et des résultats obtenus dans l'étude de 2015, avec des questions volontairement ouvertes ainsi que des relances pour évoquer les thèmes désirés.

Nous avons interrogé 36 médecins entre janvier 2016 et janvier 2017. Les entretiens ont été réalisés par l'auteur de cette étude. Initialement nous avons prévu d'inclure une cinquantaine de médecins, mais à l'aide des organigrammes listant les réponses réalisés au fur et à mesure nous avons constaté que la saturation des données a pu être obtenue au bout du 36^{ème} entretien ce qui a conduit à l'arrêt des inclusions.

Les entretiens ont été analysés de manière anonyme au fur et à mesure, d'abord de manière thématique avec établissement de mots clés puis par recoupement transversal pour rechercher une cohérence thématique inter entretiens. Les idées retrouvées ont ensuite été regroupées par thème au sein d'un tableau contenant des sous-thèmes, ce qui a permis de structurer notre analyse des entretiens. Des exemples de tableaux récapitulatifs des analyses d'entretiens sont disponibles en annexes. Les citations dans la partie résultats ont été reportées en italique, mises entre guillemets, et suivies de l'abréviation MX où X est le numéro d'anonymat du médecin auteur de la citation. Ces citations ont été choisies à titre d'exemple pour illustrer au mieux les idées développées.

La retranscription des entretiens a été communiquée à notre directeur de thèse pour permettre une triangulation de l'analyse des données.

L'intégralité des verbatims des entretiens est disponible sur CD Rom.

Au cours de ce travail, nous avons également sollicité l'avis méthodologique de Madame le Professeur Christine PERRET GUILLAUME et Madame le Professeur Eliane ALBUISSON.

V. Résultats

1. Données descriptives

Au total, nous avons interrogé 36 médecins, les médecins étaient en majorité des hommes (25 hommes et 11 femmes).

L'âge médian des médecins interrogés était de 53 ans, la moyenne d'âge était de 51,86 ans.

Nous avons interrogé 23 médecins en Meurthe et Moselle, 6 dans les Vosges, 5 en Moselle et 2 en Meuse.

Concernant les lieux d'installation, 20 médecins étaient installés en milieu urbain, 12 en milieu semi rural, 4 en milieu rural.

Sur les 36 médecins interrogés, 14 travaillaient seuls, 22 travaillaient dans des cabinets de groupe.

Une majorité de médecins intervenait en EHPAD (27) mais aucun n'était coordonnateur d'EHPAD.

Aucun des médecins interrogés n'avait une formation ou FMC en gériatrie ou oncologie.

La durée de l'entretien varie entre 10 et 40 minutes.

Les caractéristiques principales des médecins interrogés sont disponibles en annexe 6.

2. Analyse des entretiens

1) Le patient âgé face au cancer

i. Définition du patient âgé

L'âge reste le critère cité en premier lieu pour définir un patient comme âgé : « *En premier c'est l'âge* » (M8). Mais souvent l'âge n'était pas cité seul et les comorbidités y étaient associées : « *Inévitablement l'âge civil, après ça dépend des pathologies associées, des antécédents.* » (M56). Une partie des médecins considérait que l'âge n'était pas un critère : « *L'âge civil n'est pas important.* » (M46). L'autonomie était citée régulièrement « *Ben quand il n'est plus autonome* » (M33).

Quelques médecins se refusent d'utiliser le terme âgé « *Je ne décide pas qu'un patient est âgé* » (M23).

ii. La fragilité du patient âgé

Les médecins interrogés n'utilisaient pas d'échelle standardisée afin d'évaluer la fragilité d'un patient âgé. D'une manière générale ils ne connaissent pas bien ces échelles : « *Non, je n'en connais pas vraiment d'ailleurs* » (M43). Ils pensent que l'utilisation d'échelle est chronophage : « *Non, pas du tout, par manque de temps déjà* » (M52). D'autres évaluent la fragilité par leur sens clinique et leur ressenti : « *Un patient fragile, je le ressens* » (M10), d'autres se réfèrent aux réseaux ou à des confrères : « *quand je sens qu'il y a besoin je demande au réseau Gérard Cuny* » (M53)

Au cours des entretiens seule la grille SEGA a été citée : « *J'utilise les critères de fragilité SEGA* » (M3).

iii. La relation avec le patient

De nombreux médecins mettent en avant la nécessité de rediscuter avec le patient au cours de sa prise en charge. Souvent la discussion concerne la difficulté de compréhension du patient de son parcours de soins : « *Le médecin généraliste, il intervient pour réexpliquer les choses, dire le pourquoi, essayer de faire accepter ce qui va suivre. C'est fréquent.* » (M4). Les questions des patients portent également sur leur pathologie : « *C'est fréquent qu'on nous pose des questions sur la pathologie.* » (M50).

Quelques médecins, expliquent ne plus revoir leurs patients une fois qu'ils sont dans le parcours de soins du cancer : « *Ce n'est pas fréquent (...), en général ils sont dans des circuits et on ne les revoit plus beaucoup après.* » (M44)

iv. L'entourage familial du patient

L'entourage familial est considéré comme un soutien. Pour beaucoup l'entourage familial est une aide à la dispense de l'information et à la communication « *L'entourage est important pour expliquer* » (M10) mais également une aide dans l'accompagnement aux différentes consultations ou examens complémentaires « *et même sur le plan logistique, pour des personnes isolées, le fait que les parents puissent assister aux consultations ça facilite la consultation.* » (M19). L'entourage est également vu comme un moteur par rapport à l'adhésion au traitement « *Il faut un entourage pour améliorer l'adhésion au traitement.* »

(M13) et un soutien moral « *L'entourage familial joue un rôle majeur psychologique.* » (M22). La présence de l'entourage familial est également perçue comme une composante en vue de soins à domicile « *Ça sera plus facile de réaliser des soins à la maison, des fins de vie* » (M52).

L'entourage familial est aussi perçu comme un autre élément en souffrance dans la situation : « *Les conjoints, ils sont perdus aussi.* » (M11) ou un élément perturbateur dans la discussion : « *ça nous parasite le débat quand on doit discuter avec plusieurs personnes, car ils n'arrivent pas à comprendre la notion de personne de confiance.* » (M22)

v. *Le positionnement face au refus du patient âgé*

Le patient présentant un refus d'examens complémentaires ou de traitement est souvent l'occasion de réexpliquer le parcours de soins « *Je reformule deux à trois fois les choses.* » (M33). L'attitude est souvent d'encourager le patient à poursuivre en présentant les perspectives d'améliorations : « *Moi je les pousse toujours à faire les examens complémentaires en leur disant qu'il y a de fortes chances qu'ils s'en sortent.* » (M6). Les médecins interrogés soulignent l'importance de poursuivre les investigations au moins jusqu'au diagnostic : « *Il faut un diagnostic* » (M30). Certains médecins n'hésitent pas à insister à plusieurs reprises : « *Donc oui il faut insister, j'insiste toujours.* " (M12)

Cependant les médecins expliquent que le respect de la volonté du patient restera l'élément prioritaire : « *C'est toujours le choix du patient que je respecte.* » (M3).

La difficulté peut se situer dans une mauvaise compréhension de certains concepts « *leur vocabulaire, c'est pas d'acharnement mais ils ne comprennent pas ce que ça sous-entend* » (M22).

vi. *L'annonce diagnostique du cancer chez le patient âgé*

Il existe une dualité entre les médecins se sentant à l'aise dans l'annonce « *Moi ça ne me pose aucun problème* » (M56) et ceux pour qui cela est une réelle difficulté : « *Très difficile, c'est terrible pour nous, moi je l'ai mal vécu de nombreuses fois.* » (M10).

Une partie des médecins généralistes interrogés perçoit l'annonce comme le rôle de l'oncologue ou du spécialiste d'organe « *Souvent c'est le spécialiste qui fait l'annonce car il est*

en première ligne » (M11). Des médecins soulignent qu'ils ne sont pas formés ou préparés à ce type d'annonce « *Je ne le fais pas moi, je ne suis pas qualifié.* » (M15). D'autres médecins situent leurs rôles dans la ré-explication des annonces mal comprises « *On les revoit après car ils n'ont pas toujours bien compris.* » (M1).

Une autre partie des médecins réalise l'annonce diagnostique eux-mêmes « *Dans 90% des cas, c'est nous qui l'annonçons* » (M50). L'implication du conjoint ou de la famille est souvent perçue comme une aide dans ces circonstances « *Je recommande que des membres de la famille soient avec le patient.* » (M22). D'autres soulignent l'importance de prendre un temps dédié à cette annonce « *Mais en général, j'appelle les gens, je leur dis que je souhaiterai les revoir.* » (M3).

Le mot cancer semble encore être un mot tabou et peu de médecins le prononcent en premier lieu « *On essaye d'éviter de balancer d'emblée le mot cancer.* » (M13).

D'une manière subjective, les médecins se sentent plus en difficulté sur ce type d'annonce quand elle est faite à un sujet jeune par rapport à un sujet âgé « *Evidemment, nous sommes plus mal à l'aise quand il s'agit d'un jeune.* » (M23). Certains pensent que l'annonce est mieux vécue chez le patient âgé « *C'est mieux vécu je pense, globalement.* » (M15).

vii. La place du médecin généraliste dans le parcours de soins

La perception de la place du médecin généraliste est variable. Certains médecins interrogés voient leur rôle comme essentiel à la phase diagnostique « *Je pense que mon rôle a été de trouver ce qu'il se passait* » (M1) mais aussi comme vecteur d'une prise de décision thérapeutique : « *il y a des patients que j'ai convaincu de se faire opérer* » (M10). D'autres voient leur rôle comme soutien d'ordre psychologique : « *au niveau du moral, là je pense qu'on a un sacré rôle* » (M6).

Un médecin souligne la présence du généraliste tout au long de la prise à charge : « *on est là pour dépister les cancers pour suivre les cancers après la phase thérapeutique* » (M44)

Il existe cependant chez certains un sentiment d'exclusion « *une fois qu'ils entrent dans la filière oncologique au sens large, ils nous échappent un peu il faut le dire* » (M50), la non-

participation ou consultation lors des RCP a été soulignée : « *on n'est jamais contacté dans les RCP ou autre, c'est un peu dommage* » (M33)

viii. Le patient en EHPAD

La gestion du patient en EHPAD est ressentie comme facilitée « *C'est plus facile à organiser grâce à l'entourage paramédical effectivement.* » (M5), même s'il est souligné que la patientèle est un peu différente « *un état de santé un peu plus précaire, on réfléchit plus avant d'envoyer chez le spécialiste* » (M52). Parfois même, la prise en charge peut être différée par rapport à un patient qui est en ambulatoire : « *on aura surtout une abstention thérapeutique, c'est ce que moi je remarque, dans ma patientèle c'est souvent comme ça* » (M32).

Synthèse : Perception du patient âgé face au cancer par le médecin généraliste

- La plupart des médecins définissent le patient âgé par son âge et son autonomie
- Les échelles standardisées d'évaluation de la fragilité ne sont pas ou peu utilisées, les médecins préfèrent souvent se fier leur sens clinique
- L'entourage familial joue un rôle primordial dans le parcours de soins (soutien moral, observance, logistique) et est un élément dont il faut également tenir compte
- La ré explication des examens complémentaires et des consultations spécialisées reste une nécessité dans la pratique courante
- Importance de pousser la démarche diagnostique le plus loin possible
- Les médecins généralistes affirment leur rôle essentiellement dans le dépistage et le soutien du patient pendant ses examens
- L'institutionnalisation facilite la prise en charge spécifique des résidents quand elle a lieu mais peut aussi être associée à une abstention thérapeutique

2) Les investigations complémentaires et les consultations spécialisées

i. Le positionnement face au dépistage

De nombreux médecins interrogés poursuivent d'une manière générale le dépistage à titre individuel au-delà de l'âge de 74 ans tout en ayant conscience de son coût « *Je comprends que le coût ne soit plus rentable (...) mais je ne me vois pas le droit de leur retirer cette chance-là.* »

(M19). Leur attention est particulièrement marquée concernant le cancer du sein : « *Je leur propose systématiquement des mammographies.* » (M7).

Certains médecins ne poursuivent pas le dépistage et se limitent aux recommandations : « *Je me borne aux recommandations actuelles* » (M32). La présence d'une pathologie neurodégénérative est citée comme une raison de non réalisation de dépistage : « *Sous réserve que le patient ait toute sa tête.* » (M18)

ii. La réalisation d'examen complémentaires et ses limites

Les médecins généralistes interrogés soulignent l'importance d'avancer le diagnostic au maximum avant d'adresser le patient pour un avis spécialisé : « *Le plus complet possible avant de passer au spécialiste et ça m'arrive d'aller jusqu'au PET Scan* » (M50). Certains préfèrent adresser au spécialiste d'organe concerné avant toute investigation : « *Eventuellement en second temps, on fait un scanner, mais en général c'est le spécialiste avant.* » (M27).

L'état général est souvent cité comme un frein aux investigations à réaliser même au stade diagnostic « *Il faut tenir compte surtout de l'état général des patients* ». La volonté du patient et l'entourage familial sont aussi des déterminants importants : « *En général, quand je ne pousse pas, c'est parce que le patient ne le souhaite pas* » (M33). Les difficultés d'ordre logistique peuvent aussi limiter les investigations demandées par le médecin : « *Il faut aussi les déplacer pour aller faire un scanner, pour aller faire ceci cela* » (M1). Mais d'une manière globale les médecins interrogés pensent qu'il est important de poser un diagnostic « *Il faut faire un diagnostic même s'il n'y aura pas de traitement derrière* ». (M12)

iii. Le choix d'orientation dans la filière oncologique

L'orientation dans la filière oncologique est déterminée par plusieurs critères, la localisation et la proximité sont souvent citées « *On va raisonner plutôt en terme géographique* » (M52). Souvent la décision est prise par le spécialiste d'organe « *Je passe quand même plus par le spécialiste qui orientera vers l'oncologue* » (M30). Les patients sont aussi demandeurs de structures particulières « *Ça arrive que des patients aient des desideratas, j'accepte ce qu'ils demandent* » (M13), dans ces cas les médecins suivent la volonté du patient.

Le critère de disponibilité et de rapidité d'obtention de rendez-vous est également évoqué comme critère décisionnel « *C'est un peu même celui qui sera libre le plus tôt.* » (M24). Certains médecins proposent à leur patient une prise en charge sur le secteur public ou privé : « *Mais je leur demande toujours : hôpital ou privé ?* ».

iv. Les consultations d'oncogériatrie

Les médecins disent encore mal la connaître, bien souvent, le seul de leur patient ayant bénéficié d'une consultation était celui par lequel ils avaient été inclus dans l'étude « *Oui, mais que par un patient donc je n'ai que très peu de recul* » (M43). Mais ils sont nombreux à souligner la vision globale qu'apporte cette consultation vis-à-vis du patient : « *Mais c'est plutôt une bonne chose, on voit l'autonomie, l'évaluation des comorbidités, niveau fonctionnel, troubles cognitifs, des choses que nous généralistes, on n'a pas diagnostiqué* » (M12) et le retour positif de leurs patients : « *L'explication aux gens est bonne* » (M6).

L'évaluation gériatrique est vue comme nécessaire : « *l'approche gériatrique doit être nécessaire quel que soit le type de pathologie car c'est une maladie qui va nécessiter une prise en charge médicale assez lourde.* » (M19) et comme quelque chose de chronophage qui ne pourrait être réalisé lors des consultations par le médecin généraliste : « *Moi je valide complètement parce que c'est des choses que je ne peux pas faire.* » (M1).

D'autres soulignent le fait qu'elles ne sont encore pas assez accessibles d'un point de vue géographique : « *C'est vrai que sur notre secteur à nous, on n'a pas de consultation identique et Nancy c'est loin pour certains patients.* » (M2)

v. La prise en charge du cancer à domicile

Les médecins peuvent se sentir en difficulté sur des prises en charge à domicile chez des patients porteurs de cancer, ils soulignent leur isolement dans certain cas : « *je me sentais un peu seule.* » (M3). Les difficultés rencontrées étaient de plusieurs ordres ; la gestion des thérapeutiques non prescrite de manière routinière : « *Là pour manipuler certaines molécules c'est difficile* » (M53), la difficulté d'avoir recours à des référents sur des soins tels que les soins palliatifs « *J'aimerais bien avoir des référents ne serait-ce que par téléphone pas forcément pour intervenir sur place, pour des conseils.* » (M31) ou encore dans la gestion de la

famille : « *Par contre c'est vrai qu'il y a beaucoup de demandes de la famille car le patient, pour qu'il souffre le moins possible. Les difficultés elles sont là.* » (M1). Ils se disent là aussi mal formés à la gestion de tels cas : « *on n'est pas suffisamment formé à ça.* » (M44).

La solution souvent citée à ces problèmes est la mise en place d'une HAD « *mais c'est avec l'HAD que je gère dans ces cas-là vraiment.* » (M46). Les ressentis sur l'HAD sont cependant variables, si les médecins soulignent un apport bénéfique notamment sur le plan de la gestion de l'antalgie à domicile : « *L'HAD est une aide sur le plan de la gestion de l'antidouleur* » (M32) et le réseau d'intervenants que l'HAD peut fédérer : « *ils connaissent du monde, ils ont des entrées et c'est vrai qu'ils nous aident pas mal.* » (M55) ils soulignent aussi des difficultés liées notamment à leur positionnement en tant que médecin généraliste : « *On ne sait pas quel est notre place* » (M31) ou dans la gestion administrative : « *c'est une usine à gaz administrative (...) mais nous ça nous complique la vie, on est inutile dans ce système* » (M22).

Synthèse : Le positionnement du médecin généraliste dans le parcours de soins

- Un dépistage individuel du cancer est souvent poursuivi après la date limite du dépistage organisé
- La réalisation d'examens complémentaires à titre diagnostique est souvent un préalable nécessaire avant une consultation spécialisée
- La proximité géographique est un critère important dans l'orientation vers un centre anticancéreux
- Les consultations d'oncogériatrie sont encore mal connues mais sont évaluées comme une aide en terme d'évaluation globale du patient
- La prise en charge du cancer du patient âgé à domicile est vécue comme difficile avec une disparité sur le ressenti vis-à-vis des structures d'aides mises en place
- L'HAD est vue comme une aide concernant la gestion du patient à domicile mais est ressentie comme lourde sur le plan administratif

3) Les difficultés éprouvées et les perspectives d'amélioration

i. *Les difficultés rencontrées dans la gestion du parcours de soins*

Globalement, les délais d'obtention que ce soit concernant les avis spécialisés : « *La difficulté principale ; le délai d'obtention des rendez-vous.* » (M31), l'imagerie « *Les délais d'imagerie, c'est énorme.* » (M30) ou les comptes rendus « *Pour les comptes rendus c'est une catastrophe à l'hôpital* » (M11) sont cités comme des contraintes entachant le parcours de soins. Un médecin trouve plus simple l'accès des examens dans le secteur privé « *on arrive à avoir des scanners ou des IRMs plus rapidement que quand les patients sont pris en charge à l'hôpital* » (M10). Les problèmes sont aussi dans la difficulté à joindre un confrère spécialiste : « *la difficulté d'avoir un correspondant joignable* » (M18). Dans ce sens, le temps passé pour contacter des spécialistes est vécu comme chronophage : « *on passe notre temps à téléphoner pour les gens* » (M13)

Sur un plan plus logistique, le transport du patient peut poser problème « *C'est plus difficile avec un patient âgé, ce n'est pas uniquement l'examen en lui-même, c'est la logistique, quand un patient ne se déplace pas, il n'est pas encore en ALD* » (M11)

ii. *Les axes à développer*

Les médecins généralistes sont demandeurs d'une plus grande interaction entre eux et les spécialistes ou l'oncologue « *Et puis je pense qu'il faut essayer le plus possible de travailler en interaction entre le spécialiste, l'hôpital, le médecin traitant* » (M1). Dans ce sens, ils émettent l'idée d'une ligne téléphonique unique leur permettant d'avoir un interlocuteur privilégié en rapport avec des questions qui relèveraient de l'oncogériatrie : « *un coup de téléphone unique* » (M33).

Les aides à apporter à l'entourage familial et à l'aidant principal sont aussi avancées : « *améliorer la communication et l'aide aux familles je pense.* » (M53). Dans le même sens l'amélioration des structures prenant en charge les patients à domicile est soulevée : « *il nous faut une meilleure place par rapport à l'HAD dans le cas de cancer à domicile ça c'est clair.* » (M31) mais aussi aider l'entourage des patients pris en charge à domicile : « *ils ont beaucoup de mal à voir les gens en souffrance ou qui sont proches de la mort à la maison.* » (M6).

Les médecins ressentent aussi une sensation de carences de lits de soins palliatifs : « *Il faut un peu plus de soins, de lits de fin de vie.* » (M8) et une réactivité insuffisante de l'hôpital pour avoir accès à une hospitalisation : « *Donc il manque de la réactivité.* » (M11)

D'autres sont demandeurs de formations dans ce domaine : « *nous en tant que généraliste on n'est pas formé là-dessus* » (M15).

Synthèse : Les difficultés dans le parcours du soins et perspectives

- L'éloignement géographique de certains centres est vécu comme une difficulté supplémentaire
- Les délais d'obtention des différents avis et examens complémentaires sont souvent cités comme des freins à la fluidité du parcours de soins
- La prise de contact avec un confrère spécialement qualifié dans le domaine est vécue comme chronophage
- Les échanges avec ces mêmes confrères manquent de fluidité et pourraient être améliorés par une ligne téléphonique directe vers un confrère qualifié
- La nécessité de développer une aide aux aidants et d'améliorer la prise en charge à domicile revient souvent
- L'amélioration des liens avec l'HAD pour la gestion des patients à domicile ou en phase palliative est un besoin exprimé
- Les médecins généralistes se sentent mal informés par rapport à la prise en charge de patients âgés atteints de cancer et sont demandeurs de formations sur ce thème

VI. Discussion

1. Les limites et points forts de l'étude

La constitution de notre échantillon nous a conduit à ne sélectionner que des médecins ayant eu au moins un patient ayant bénéficié d'une consultation d'oncogériatrie (biais de sélection),

nous voulions que les médecins interrogés aient la possibilité de s'exprimer sur cette consultation. Comme dans tout entretien semi-dirigé, il peut exister une différence entre le discours tenu par un individu concernant ses pratiques et la réalité de ces pratiques(22).

Du fait de la méthode utilisée, l'échantillon de médecins ne représente pas de manière proportionnelle les quatre départements Lorrains, cependant les réponses des médecins exerçant en catégorie rurale (les moins représentés) étaient superposables, nous avons donc considéré la saturation des données comme acquise.

Le manque d'expérience de l'auteur dans le travail d'interview a pu favoriser un biais d'intervention dans la réalisation de l'entretien.(23)

Comme toute analyse qualitative, on se heurte à un biais d'analyse(24), la recherche qualitative est une démarche inductive et la principale difficulté lors de l'analyse a été de dégager des thèmes auxquels les idées exprimées se rattachaient tout en étant vigilant à ne pas mal interpréter les propos exprimés. Ce biais a été limité par une triangulation des données entre l'auteur et son directeur mais aussi en utilisant comme base de travail un verbatim brut.

Les médecins ayant accepté de participer à l'étude se sont toujours montrés intéressés par la thématique abordée et ont accepté d'échanger sur des sujets parfois sensibles, ce qui était bien le but de cette étude.

Une étude parallèle portant sur le ressenti des patients pourra permettre une comparaison des résultats obtenus et pourra s'avérer pertinente à analyser.

2. Un positionnement capital dans le dépistage

Rappelons qu'en France, le cancer du sein ainsi que le cancer colorectal font l'objet d'un dépistage organisé. Le Plan Cancer 2014-2019 prévoit également que le cancer du col de l'utérus fasse l'objet d'un dépistage. Les patients concernés par ce dépistage sont les personnes de 50 à 74 ans, passé cet âge le dépistage de ces deux cancers n'est plus organisé et est laissé à la libre appréciation du médecin généraliste.

Chez les patients de moins de 75 ans, l'impact du médecin généraliste sur l'adhésion au dépistage organisé a été prouvé par des études pilotes avec par exemple un taux de participation à la campagne de dépistage du cancer colorectal multiplié par trois quand le médecin remettait le test à son patient(25).

Concernant les patients de plus de 74 ans, le dépistage organisé n'est plus recommandé et seul le dépistage individuel peut être proposé. Les médecins que nous avons interrogés avaient tendance à poursuivre de manière individuelle ce dépistage, cette donnée est en accord avec ce qui peut être trouvé dans la littérature(26). Néanmoins la sélection des patients qui vont bénéficier de ce dépistage se fait sur des critères subjectifs, il en résulte que toutes les personnes âgées ne seront pas systématiquement dépistées(26). Il est important de rappeler qu'aux yeux de la loi (Art. L.1110-3 du Code de Santé Publique) aucune personne ne peut faire l'objet de discriminations dans la prévention et l'accès aux soins, l'âge ne saurait donc être un critère valable pour réfuter un dépistage individuel du cancer.

Les conséquences de la non réalisation d'un dépistage peuvent être celles de la pose du diagnostic à un stade tardif, ce qui est fréquemment le cas chez le patient âgé(27). Dans notre étude, les médecins ne pratiquant pas de dépistage individuel se justifiaient par le fait que, soit le dépistage n'était plus recommandé après 74 ans, soit le patient présentait des pathologies neuro dégénératives. Une revue de la littérature(28) montre que chez les patients atteints de maladie d'Alzheimer un cancer est diagnostiqué à un stade plus avancé ce qui peut être la conséquence d'un dépistage non effectué. Néanmoins la décision d'un dépistage chez ce type de patient doit se faire après une évaluation cohérente de la balance bénéfices-risques, et en accord avec l'aidant familial devant le risque de faux positif et les conséquences que cela pourrait avoir sur la qualité de vie chez ce type de patient(28). On sait aussi que le patient âgé dément atteint de cancer bénéficie de moins de traitements que le patient âgé du même âge mais sans démence(29).

D'une manière générale, les médecins interrogés ont globalement exprimé le fait qu'il leur semblait nécessaire de poser un diagnostic dès lors qu'il y avait suspicion de cancer et n'ont jamais cité l'âge comme facteur limitant leurs investigations ou les consultations vers un

spécialiste. C'est un point de divergence avec la littérature, cette dernière montrant que l'âge reste le facteur limitant principal pour adresser un patient âgé chez un spécialiste en oncologie(19). Notre population a plutôt cité les comorbidités, le contexte socio-familial et les moyens logistiques (transport) comme facteur limitant l'accès aux investigations complémentaires, ces critères sont eux en concordance avec ceux cités dans la littérature(19).

La notion de cancer chez le patient âgé est indissociable de celle de fragilité, les médecins ayant répondu n'évaluaient pas la fragilité à l'aide d'échelles standardisées mais soulignaient cependant l'intérêt de l'évaluation des patients âgés lors des consultations d'oncogériatrie. La notion de fragilité est donc bien une préoccupation des médecins généralistes mais son évaluation reste subjective. La raison évoquée pour la non utilisation d'échelle était celle du manque de temps. Un travail de thèse(30) soulignait la faisabilité de la réalisation d'une évaluation G8 (annexe 2) par le médecin généraliste au cours d'une consultation, les médecins interrogés au cours de cette étude avaient jugé le test utile et intéressant pour communiquer avec leurs confrères.

L'échelle G8 a été élaboré dans les suites d'une étude multicentrique et est validée comme outil de dépistage de fragilité chez le patient âgé souffrant de cancer(31). L'échelle G8 n'a pour l'heure été validée que dans le cadre de l'oncogériatrie et pour un usage hospitalier mais sa généralisation à la médecine générale pourrait contribuer à dépister plus de patients fragiles et répondrait en partie à la demande des médecins généralistes d'être impliqués davantage dans le parcours de soins du patient.

Actuellement le dépistage de la fragilité consiste à dépister toutes les caractéristiques du patient étant susceptibles de s'aggraver au cours du traitement. La fragilité regroupe donc plusieurs champs : biomédical, social, thymique et cognitif. Les deux marqueurs prépondérants dans ce domaine étant la vitesse de marche et la dénutrition(32, 33). Dans notre étude les médecins n'ont pas cité ces deux éléments comme étant des facteurs qu'ils recherchaient chez un patient âgé atteint de cancer. Un travail de sensibilisation semble nécessaire sur ces points précis.

Pour les patients fragiles, qui sont pris en charge à l'hôpital et qui retournent à domicile, le dispositif PAERPA a été mis en place(34). L'identification de patients fragiles au cours d'une hospitalisation permet une planification et un aménagement du retour à domicile compte tenu des fragilités dépistées, dans ces cas précis, là encore le médecin généraliste, désigné comme médecin traitant, a un rôle important dans cette coordination pour fluidifier au maximum le parcours de santé du patient. Pour la région Grand Est, le PAERPA est pour l'instant qu'en cours d'extension, et l'objectif du ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes est de le généraliser à l'ensemble du territoire national(35).

Il est évident que le médecin généraliste doit jouer un rôle important dans la démarche diagnostique, que la maladie en soit au stade préclinique ou infra clinique (dépistage), mais les moyens mis à sa disposition pour y parvenir ne lui permettent pas d'accomplir pleinement cette tâche. Dans notre étude les médecins soulignaient l'importance qu'ils portaient à la nécessité de poser un diagnostic mais semblaient être moins sensibilisés concernant la recherche de fragilité. Il serait intéressant que les médecins généralistes soient plus informés sur le dépistage des fragilités notamment via l'utilisation d'échelles de dépistage des fragilités; ceci permettrait de fluidifier le parcours de soins du patient mais aussi de l'orienter plus rapidement vers une prise en charge pluridisciplinaire. A ce titre, il est intéressant de noter que l'ARS Grand Est, a proposé des journées de formation dans les EHPAD concernant les symptômes d'alertes du cancer(36) dans le but d'éviter un retard de prise en charge imputable à un diagnostic trop tardif. Le dépistage des symptômes d'alertes du cancer ne concerne pas que le médecin généraliste mais tous les intervenants du parcours de santé. Le médecin généraliste peut donc être le médecin de premier recours pour ces différents professionnels.

3. Le rôle de médecin de famille et l'accompagnement

Si le Plan Cancer prévoit que le médecin généraliste ait pour mission de dépister les effets indésirables liés aux traitements, les médecins que nous avons interrogés soulignent plus leur place en tant que médecin de famille. A plusieurs reprises, ils ont rappelé les difficultés de la gestion du cancer à domicile et l'importance de la gestion de la souffrance de l'aidant.

Concernant la gestion des patients âgés à domicile, une des solutions en cours de développement est celle de l'éducation thérapeutique des patients, cela permettrait aux patients de mieux comprendre et gérer les effets indésirables liés à leur thérapeutique. Des programmes d'éducation thérapeutique concernant spécifiquement les patients âgés atteints de cancer sont en train de se développer en France(37).

L'accompagnement de l'aidant est une problématique connue chez les patients souffrant de pathologies neurodégénératives de type Alzheimer, et les solutions apportées dans le domaine reposent là-aussi sur l'éducation thérapeutique de l'aidant principal du patient(38) (39). Des programmes d'éducation concernant spécifiquement l'aidant du patient âgé atteint de cancer pourraient être une aide intéressante pour l'entourage.

Les médecins traitants gardent aussi une place de conseillers, dans notre étude, ils considèrent eux-mêmes avoir un impact dans le parcours du patient dans la mesure où ils informent leurs patients et leurs réexpliquent les informations mal comprises lors de consultations spécialisées et peuvent ainsi donner toutes les clés au patient pour être décisionnaire de son parcours de soins.

4. La prise en charge ambulatoire

Les traitements proposés aux patients âgés atteints de cancer, sont de plus en plus adaptés à leurs fragilités (chimiothérapie, hormonothérapie, thérapie ciblée, chirurgie, radiothérapie avec notamment des nouvelles technologies comme CyberKnife®) et permettent d'avoir d'excellents résultats avec des effets secondaires de mieux en mieux maîtrisés(1). Ces types de traitements permettent de surcroit une prise en charge ambulatoire, dans ce sens, les médecins généralistes sont donc amenés à intervenir dans les suites de ces traitements pour en dépister les éventuelles complications, il est donc important qu'ils soient sensibilisés à ces thérapeutiques nouvelles.

Le développement des chimiothérapies orales va nécessiter également une interaction de plus en plus importante et nécessaire du médecin généraliste avec les différents intervenants du parcours de santé. Ces chimiothérapies orales peuvent être encore mal connues par les intervenants hors hôpital (pharmaciens d'officines, infirmiers) et la communication entre ces

différents acteurs doit pouvoir s'articuler autour du médecin généraliste(40). Dans ce sens, des structures s'articulant en réseau, visant à assurer un meilleur suivi des patients atteints d'un cancer, depuis l'hôpital jusqu'au domicile se développent. On peut citer par exemple le centre de Coordination et Compétences Territoriales en Cancérologie de Lunéville(41). Le but est d'optimiser la prise en charge au domicile et notamment d'assurer le lien entre le médecin généraliste, le domicile du patient et l'hôpital.

Les structures d'aides (services de soins à domicile, aides à la personne, réseaux régionaux de cancérologie) semblent ne pas toujours être bien connus par tous les médecins interrogés ou alors ils ne se sentent pas suffisamment intégrés dans des structures comme celle de l'HAD où ils ont parfois du mal à trouver leur place, ces données sont confirmées par des études récentes(42). Il est à noter également que certaines régions commencent à se doter de service de SSR ayant une orientation oncologique(43) pour améliorer la phase post thérapeutique des patients, notamment pour faciliter la prise en charge ambulatoire.

La place du médecin généraliste se situe donc autant à la phase diagnostique, thérapeutique qu'en phase post traitement.

5. Les principales difficultés rencontrées

Les médecins interrogés soulignent une communication insuffisante entre la ville et l'hôpital, comme cité précédemment, le développement des outils informatiques comme le Dossier Communiquant de Cancérologie (DCC) ou le déploiement de la messagerie électronique médicale sécurisée (Apicrypt©) doivent permettre aux médecins généralistes d'être informés en quasi temps réel des consultations et/ou examens effectués par leurs patients.

Concernant la communication avec leurs confrères, les médecins interrogés soulignent le fait qu'ils n'étaient pas toujours en possession des résultats des décisions prises en RCPs ou des derniers comptes rendus d'examens, ce qui pouvait les mettre en difficulté lors de la communication avec leurs patients aussi bien lors de l'annonce diagnostique que plus tard dans la prise en charge. Le Plan Cancer 2003-2007 prévoyait la mise en place d'un dispositif d'annonce visant à favoriser la coordination entre la médecine de ville et les établissements privés et publics(44), mais l'évaluation de ce même Plan Cancer a montré un retard à la mise

en place de ce dispositif (45). Alors que le Plan Cancer place plus le rôle du médecin généraliste en tant que délivreur d'un message de préannonce, les médecins que nous avons interrogés expliquent pratiquer régulièrement des annonces diagnostiques, ce qui peut les mettre en difficulté car ils ne possèdent pas forcément toutes les données concernant les décisions prises en RCPs.

Ces éléments prennent une importance particulière, à la lumière des premiers résultats de l'étude réalisée chez les patients des médecins interrogés où ils soulignent le fait que l'annonce diagnostique réalisée lors de la consultation dédiée ne s'est pas faite dans des conditions optimales. Le développement du Dossier Communiquant en Cancérologie via le Dossier Médical Personnel se veut être la solution à ce type de problème et est encore souligné dans le Plan Cancer 2014-2019, mais l'utilisation du DMP par les médecins généralistes est encore très limitée(46). Une meilleure information des médecins généralistes sur ce sujet permettrait peut-être de renforcer les liens entre généralistes et spécialistes d'organes ou oncologues et par là-même la communication avec le patient.

Il est globalement important que les professionnels de santé puissent communiquer de plus en plus d'informations entre eux, ces professionnels doivent comprendre non seulement le médecin généraliste, mais tous les acteurs du parcours de santé ; paramédicaux intervenants à domicile ou encore pharmaciens d'officines.

Il s'est également créé des binômes gériatre/oncologue dans chaque centre hospitalier habilité à traiter le cancer en Lorraine, ces binômes devraient être des interlocuteurs privilégiés pour les médecins généralistes en difficulté face à un patient âgé atteint de cancer.

L'idée d'une ligne téléphonique unique permettant de joindre un référent en oncogériatrie a été avancée, et la comparaison avec le parcours du cancer du sein à l'ICL a été citée à plusieurs reprises par les médecins interrogés. Un des objectifs de cette ligne téléphonique est de pouvoir proposer un lit d'hospitalisation le plus rapidement possible à ces patients, qu'il s'agisse d'un lit dans un service oncologique dédié, soit dans un service de gériatrie, voire dans un service de soins palliatifs.

La distance géographique des centres habilités à traiter le cancer est aussi vécue comme un élément impactant la fluidité du parcours de soins. Certains centres de radiothérapie ont été fermés en Meuse et la région Lorraine n'a par exemple plus que trois centres de radiothérapie.

Les médecins interrogés expliquaient aussi se sentir insuffisamment formés à la problématique du patient âgé atteint de cancer. Ces données ont aussi été retrouvées dans une étude menée sur la région Alsace où les médecins étaient demandeurs de formations dans ce domaine(18). L'émergence de nouveaux protocoles de traitements comme ceux cités précédemment, nécessite également que les médecins généralistes soient informés de ces nouvelles techniques de traitement. A ce titre, l'UCOG Lorraine avait réalisé des formations dans les 4 départements Lorrains pour sensibiliser les médecins coordonnateurs d'EHPAD sur le dépistage des symptômes d'alertes du cancer. Il existe également des sessions de formations à l'ICL (concernant les personnels médicaux mais aussi paramédicaux) deux fois par an sur le thème de l'oncogériatrie. Les médecins ont aussi la possibilité de se rendre aux journées régionales de l'oncogériatrie ou encore la possibilité de participer à la semaine médicale de Lorraine où des thèmes oncogériatriques.

6. Mon ressenti

Sur un plan personnel la réalisation de cette étude m'a permis de me sensibiliser aux difficultés des médecins généralistes confrontés à ce type de patients et à l'ensemble des acteurs jalonnant le parcours de soins d'un patient âgé atteint de cancer. Ce travail m'a donc permis d'approfondir ce vaste sujet et d'enrichir ma pratique future.

Les différents entretiens avec les médecins généralistes ayant accepté de participer à cette étude ont été une source d'enrichissement tant sur le pan personnel que professionnel. Ce travail m'a également permis d'estimer la nécessité de nouer un réseau de relations avec les professionnels concernés pour suivre au mieux ce type de patients dans ma pratique.

VII. Conclusion

Cette étude complète l'étude quantitative menée auprès des médecins généralistes de Lorraine il y a trois ans. La recherche bibliographique n'a pas retrouvé d'étude qualitative similaire à l'échelle de la région Lorraine.

On retrouve des éléments qui avaient été mis en évidence par l'étude quantitative de 2015, ils ont été confirmés et affinés ici par des retours d'expériences de médecins généralistes. Avec trois ans de recul, les difficultés liées aux patients et à l'organisation restent sensiblement les mêmes, l'amélioration du parcours de santé nécessite en effet du temps et un recul nécessaire. Il convient de faire évoluer les mentalités, à la fois par rapport à la perception même du sujet âgé mais aussi face au virage ambulatoire de la prise en charge de ces patients. Le médecin généraliste doit s'adapter à la fois au vieillissement de la population qui le conduit à prendre en charge des patients en situations de plus en plus complexes mais aussi à l'apparition de nouvelles structures et de nouveaux outils qu'il doit apprendre à connaître.

L'objectif pour tout médecin généraliste est d'obtenir la meilleure qualité de vie possible pour les patients âgés atteints de cancer.

Une étude a également été menée en parallèle auprès de patients et il sera intéressant de connaître le ressenti de ces derniers, afin de confirmer ou affiner les difficultés mises en exergue dans ce travail.

VIII. Perspectives

Notre société évolue et les patients âgés revendiquent le droit de bénéficier de la même prise en charge que les autres(12). Il est probable qu'il conviendra d'avoir un raisonnement éthique sur la question de la qualité de vie de ces patients dans la mesure où nous sommes face à un vieillissement de la population qui va se poursuivre avec une augmentation du nombre de personnes âgées fragiles et la volonté des patients de bénéficier de thérapeutiques spécifiques. Sur ce type de questions, le médecin traitant, avec sa meilleure connaissance du patient, aura le plus d'informations à sa disposition pour répondre à ces problématiques et aider au processus décisionnel. Dans ce sens, il est important qu'il soit sensibilisé aux critères de fragilité, à leur dépistage ainsi qu'aux possibilités de prise en charge disponibles.

Dans le domaine de l'oncogériatrie, le médecin généraliste va devoir faire le lien entre son patient (qu'il connaît souvent très bien) et les autres acteurs du parcours de soins en endossant son rôle de médecin de famille.

Le virage ambulatoire de la prise en charge oncologique, le développement de la télémédecine et l'appropriation des nouvelles technologies de communication par les médecins généralistes sont les clés d'une meilleure fluidité du parcours de santé.

IX. Résumé

Introduction : L'espérance de vie et l'incidence des cancers augmentent. Le cancer du sujet âgé est un enjeu majeur de santé publique. Le médecin généraliste est au centre du dispositif de parcours de soins. L'objectif de cette étude était de connaître le ressenti des médecins généralistes lorrains : leurs perceptions du sujet âgé confronté au cancer et les difficultés qu'ils ont pu rencontrer dans la gestion de ce parcours de soins.

Matériel et méthode : Une étude qualitative par entretiens semi dirigés a été réalisée entre janvier 2016 et janvier 2017 auprès de 36 médecins généralistes lorrains, hommes et femmes, exerçant en milieu rural ou urbain.

Résultats : Les médecins généralistes ont conscience de la fragilité du patient âgé mais n'ont pas recours à des moyens d'évaluation objectifs. Ils expriment des difficultés à échanger avec l'hôpital. Ils proposent des pistes d'améliorations pour fluidifier le parcours de soins.

Discussion : Les médecins généralistes ont besoin de formations et d'être sensibilisé au dépistage des fragilités du patient âgé. Différents moyens de formations sont proposés aux médecins lorrains pour répondre à ce besoin. La communication avec les différents intervenants du parcours de soins doit s'améliorer avec le déploiement de nouvelles technologies.

Bibliographie

1. Etat des lieux et perspectives en oncogériatrie, appui à la décision 2015 [Disponible à l'adresse: <http://www.e-cancer.fr/> Dernier accès le:07/03/2017]
2. Plan Cancer 2014-2019 INVS,INCA. 2014.
3. Debard P. Baisse et vieillissement de la population. 2015.
4. Atlas de La Santé Des Lorrains 2010 [Disponible à l'adresse: <https://www.orsas.fr/8-etudes/3-l-atlas-de-la-sante-des-lorrains.html> Dernier accès le:17/04/2017]
5. Atlas de la démographie médicale en France [press release]. 2016.
6. Maraninchi D. État des lieux & perspectives en oncogériatrie. 2009.
7. OMS: Vieillissement et qualité de la vie [Disponible à l'adresse: <http://www.who.int/ageing/fr/> Dernier accès le:07/03/2017]
8. Rolland Y, Benetos A, Gentric A, Ankri J, Blanchard F, Bonnefoy M, et al. [Frailty in older population: a brief position paper from the French society of geriatrics and gerontology]. Geriatrie et psychologie neuropsychiatrie du vieillissement. 2011;9(4):387-90.
9. Somme D, Rousseau C. [Standardized geriatric assessment or comprehensive gerontological assessment: where do we stand?]. Rev Med Interne. 2013;34(2):114-22.
10. Fentiman IS, Tirelli U, Monfardini S, Schneider M, Festen J, Cognetti F, et al. Cancer in the elderly: why so badly treated? Lancet (London, England). 1990;335(8696):1020-2.
11. Bouchardy C, Rapiti E, Blagojevic S, Vlastos AT, Vlastos G. Older female cancer patients: importance, causes, and consequences of undertreatment. Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology. 2007;25(14):1858-69.
12. Extermann M, Albrand G, Chen H, Zanetta S, Schonwetter R, Zulian GB, et al. Are older French patients as willing as older American patients to undertake chemotherapy? Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology. 2003;21(17):3214-9.
13. Balducci L, Khansur T, Smith T, Hardy C. Prostate cancer: a model of cancer in the elderly. Archives of gerontology and geriatrics. 1989;8(2):165-87.
14. Société Francophone d'Onco-Gériatrie 2017 [Disponible à l'adresse: <http://sofog.org/article-statuts-missions> Dernier accès le:19/04/2017]
15. CPAM. Le parcours de soins coordonnés [Disponible à l'adresse: <http://www.ameli.fr/assures/soins-et-remboursements/comment-etre-rembourse/le-parcours-de-soins-coordonnes/objectif-des-soins-coordonnes.php> Dernier accès le:07/03/2017]

16. HAS. Rapport d'analyse des projets article 70 2012.
17. Hubert J-M. Quels sont les critères de décision de la prise en charge oncologique de la personne âgée par le médecin généraliste en Lorraine [Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine spécialité médecine générale]: Nancy; 2015.
18. Kurtz JE, Heitz D, Enderlin P, Imbert F, Nehme H, Bergerat JP, et al. Geriatric oncology, general practitioners and specialists: current opinions and unmet needs. *Crit Rev Oncol Hematol*. 2010;75(1):47-57.
19. Delva F, Marien E, Fonck M, Rainfray M, Demeaux JL, Moreaud P, et al. Factors influencing general practitioners in the referral of elderly cancer patients. *BMC Cancer*. 2011;11:5.
20. Piette F, Spano JP, Chaibi P, Legendre C, Toan SV, Chebib A, et al. [Geriatric oncology: epidemiological evidence]. *Presse Med*. 2010;39(2):208-15.
21. Yancik R, Kessler L, Yates JW. The elderly population. Opportunities for cancer prevention and detection. *Cancer*. 1988;62(8 Suppl):1823-8.
22. Neuman WL. *Social research methods : Qualitative and quantitative approaches*. 7 ed: Pearson Higher Education; 2011.
23. FRAPPÉ P. *Initiation à la recherche*. In: PRATICIEN LRD, editor. 2011.
24. Mukamera J LF, Couturier Y. Des avancées en analyse qualitative : pour une transparence et une systématisation des pratiques 2006;26(1):110-38.
25. Faivre J, Dancourt V, Lejeune C, Tazi MA, Lamour J, Gerard D, et al. Reduction in colorectal cancer mortality by fecal occult blood screening in a French controlled study. *Gastroenterology*. 2004;126(7):1674-80.
26. Hamilton W. Cancer diagnosis in primary care. *Br J Gen Pract*. 2010;60(571):121-8.
27. K. Di Silvestro SP, A. Pugliesi. Cancer et vieillissement : une évidence épidémiologique. *Rev Med Suisse*. 2011;7:1149-53.
28. S. Gérard LB, L. Mourey, B. Vellas. Cancer, démence et maladie d'Alzheimer: une revue de la littérature. *Oncogériatrie*. 2011;III:73-8.
29. Robb C, Boulware D, Overcash J, Extermann M. Patterns of care and survival in cancer patients with cognitive impairment. *Crit Rev Oncol Hematol*. 2010;74(3):218-24.
30. Puel A. *Etude de faisabilité du test G8 en médecine générale* [Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine spécialité médecine générale]: Université Toulouse 3; 2014.

31. Soubeyran P, Bellera C, Goyard J, Heitz D, Cure H, Rousselot H, et al. Screening for vulnerability in older cancer patients: the ONCODAGE Prospective Multicenter Cohort Study. *PLoS One*. 2014;9(12):e115060.
32. Hurria A, Gupta S, Zauderer M, Zuckerman EL, Cohen HJ, Muss H, et al. Developing a cancer-specific geriatric assessment: a feasibility study. *Cancer*. 2005;104(9):1998-2005.
33. Retornaz F, Monette J, Batist G, Monette M, Sourial N, Small D, et al. Usefulness of frailty markers in the assessment of the health and functional status of older cancer patients referred for chemotherapy: a pilot study. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2008;63(5):518-22.
34. HAS. Plan personnalisé de santé (PPS) PAERPA 2015 [Disponible à l'adresse: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1638463/fr/plan-personnalise-de-sante-pps-paerpa Dernier accès le:09/04/2017]
35. Santé MdASedl. Le Parcours santé des aînés (Paerpa) 2016 [Disponible à l'adresse: <http://social-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/le-parcours-sante-des-aines-paerpa/article/un-pilotage-national-pluri-partenarial> Dernier accès le:21/04/2017]
36. Projet Régional de Santé 2012-2017 [press release]. 2012.
37. Sandrine L-A. Conception d'un programme d'éducation thérapeutique pour des patients âgés traités par anticancéreux oraux [Thèse]: Lyon; 2015.
38. Pancrazi M-P. Éducation pour la santé des proches de patients atteints de la maladie d'Alzheimer. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*. 2008;8(48):22-6.
39. Santé HHAd. Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : suivi médical des aidants naturels 2010 [Disponible à l'adresse: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-12/recommandation_maladie_dalzheimer_-_suivi_medical_des_aidants_naturels.pdf Dernier accès le:17/04/2010]
40. INCa. La chimiothérapie Orale du cancer en 2014 2015 [Disponible à l'adresse: <http://www.e-cancer.fr/content/download/139229/1725214/file/La-chimioth%C3%A9rapie-orale-du-cancer-en-2014.pdf> Dernier accès le:21/04/2017]
41. Maison des réseaux de santé du pays lunévillois [Disponible à l'adresse: <http://www.mrsl.fr/> Dernier accès le:28/05/2017]
42. Inès Leung EC, Dominique Pateron, Gilles Grateau, Elzbieta, Garandeanu MdS. Participation des médecins généralistes dans les prises en charge de leurs patients en hospitalisation à domicile. *Santé Publique*. 2016;28(4):499-504.

43. Alpes CSR. Le SSR dans la filière cancer en région Rhône Alpes en 2013 Coordination SSR Rhône – Alpes; 2015.

44. INCa. Recommandations nationales pour la mise en oeuvre du dispositif d'annonce du cancer dans les établissements de santé. 2005 [Disponible à l'adresse: http://www.e-cancer.fr/content/download/98951/1078740/file/recommandations_nationales_da_nov_05.pdf

Dernier accès le:13/03/2017]

45. Publique HCdS. Evaluation du plan cancer. Rapport Final. 2009.

46. Robin J-Y. Santé L'Urgence Numérique: editions harmattan; 2014.

X. Annexes

1. Annexe 1 : Guide d'entretien

ACCES A L'EVALUATION ONCOGERIATRIQUE : EVALUATION QUALITATIVE DU PARCOURS DU PATIENT ÂGÉ ATTEINT DE CANCER DE LA PRISE EN CHARGE DU MEDECIN TRAITANT A L'EVALUATION ONCOGERIATRIQUE

Guide d'entretien à destination des médecins

Le médecin :

Sexe : M F

Année de Naissance :

Depuis combien de temps exercez-vous ?

Département :

Moselle

Meurthe et Moselle

Meuse

Vosges

Lieu d'installation :

Ville

Rural

Semi-rural

Mode d'exercice :

Cabinet Seul

En groupe

EHPAD

Diplômes complémentaires en gériatrie:

DU

Capacité

Autre :.....

Avez-vous suivi des formations particulières en oncologie ? (FMC, séminaires)

A combien estimez-vous la proportion de patient âgé dans votre patientèle ?

Le patient/la maladie :

Sur quels critères définissez-vous un patient comme âgé ?

-Utilisez-vous des échelles standardisées pour évaluer la fragilité d'un patient âgé ?

Avez-vous déjà été confronté au diagnostic de cancer du patient âgé dans votre patientèle ?

-Discutez-vous avec votre patient de son ressenti sur les difficultés rencontrées au cours de la prise en charge ?

-Encouragez-vous vos patients à poursuivre les investigations si ces derniers préfèrent renoncer ?

-En quoi l'entourage familial joue-t-il un rôle dans la prise en charge du patient ?

Les examens complémentaires :

Pratiquez-vous un dépistage individuel du cancer chez les patients ne répondant plus aux critères du dépistage organisé ?

Quelles investigations complémentaires menez-vous dans le cas de la suspicion d'un cancer chez un sujet âgé avant de prendre avis auprès d'un spécialiste? Qu'est-ce qui conditionne l'exhaustivité de vos investigations ?

Quels obstacles avez-vous rencontré concernant les investigations complémentaires ?

La prise en charge oncologique :

Comment orientez-vous votre patient dans la filière oncologique ensuite ? (liste de référents connus, urgences, libre choix du patient, prenez-vous directement contact avec l'oncologue, structure hospitalière identique à chaque fois pour chaque patient ?)

Comment se déroule la réalisation de l'annonce diagnostique chez vos patients âgés ?

-Quelles difficultés avez-vous rencontré ? Quelles sont les différences de modalité d'annonce entre un patient âgé ou un patient jeune ?

-Avez-vous la sensation d'avoir pesé dans le projet thérapeutique qui a été élaboré pour votre patient ?

Pour le praticien intervenant en EHPAD : Quelles différences existent-ils en ce qui concerne la prise en charge (diagnostic, investigations complémentaires, obtention des rendez-vous) d'un patient en EHPAD ?

L'évaluation oncogériatrique et la suite de PEC :

Que pensez-vous des consultations d'oncogériatrie ?

Avez-vous des difficultés à prendre en charge des patients âgés atteints de cancers à domicile ?

-Êtes-vous amené à suivre des patients pris en charge en HAD ?

-Pour les patients répondant de soins palliatifs au domicile, êtes-vous en relation avec des réseaux de soins palliatifs ?

Que faudrait-il faire pour améliorer la prise en charge des patients âgés répondant de l'oncologie ?

2. Annexe 2 : Echelle G8

Items	Réponses possibles (score)
Le patient présente-t-il une perte d'appétit ? A-t-il mangé moins ces 3 derniers mois par manque d'appétit, problèmes digestifs, difficultés de mastication ou de déglutition ?	0 : anorexie sévère 1 : anorexie modérée 2 : pas d'anorexie
Perte récente de poids (< 3 mois).	0 : perte de poids > 3 kg 1 : ne sait pas 2 : perte de poids entre 1 et 3 kg 3 : pas de perte de poids
Motricité.	0 : du lit au fauteuil 1 : autonome à l'intérieur 2 : sort du domicile
Problèmes neuro-psychologiques	0 : démence ou dépression sévère 1 : démence ou dépression modérée 2 : pas de problème psychologique
Indice de masse corporelle (IMC)	0 : IMC < 18,5 1 : IMC = 18,5 à IMC < 21 2 : IMC = 21 à IMC < 23 c 3 : IMC = 23 et > 23
Prend plus de 3 médicaments	0 : oui 1 : non
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
Age :	0 : >85 1 : 80-85 2 : <80
TOTAL SCORE =	0 - 17

Un score $\leq 14/17$ doit permettre de repérer les patients âgés et de proposer une consultation oncogériatrique ou une surveillance particulière avec un suivi attentif.

3. Annexe 3 : MMSE

Mini Mental State Examination (MMSE) (Version consensuelle du GRECO)

Orientation

/ 10

Je vais vous poser quelques questions pour apprécier comment fonctionne votre mémoire. Les unes sont très simples, les autres un peu moins. Vous devez répondre du mieux que vous pouvez. Quelle est la date complète d'aujourd'hui ?

Si la réponse est incorrecte ou incomplète, posez les questions restées sans réponse, dans l'ordre suivant :

- | | |
|----------------------------------|--------------------------|
| 1. En quelle année sommes-nous ? | <input type="checkbox"/> |
| 2. En quelle saison ? | <input type="checkbox"/> |
| 3. En quel mois ? | <input type="checkbox"/> |
| 4. Quel jour du mois ? | <input type="checkbox"/> |
| 5. Quel jour de la semaine ? | <input type="checkbox"/> |

Je vais vous poser maintenant quelques questions sur l'endroit où nous trouvons.

- | | |
|--|--------------------------|
| 6. Quel est le nom de l'hôpital où nous sommes ?* | <input type="checkbox"/> |
| 7. Dans quelle ville se trouve-t-il ? | <input type="checkbox"/> |
| 8. Quel est le nom du département dans lequel est située cette ville ?** | <input type="checkbox"/> |
| 9. Dans quelle province ou région est située ce département ? | <input type="checkbox"/> |
| 10. A quel étage sommes-nous ? | <input type="checkbox"/> |

Apprentissage

/ 3

Je vais vous dire trois mots : je vous voudrais que vous me les répétiez et que vous essayiez de les retenir car je vous les redemanderai tout à l'heure.

- | | | | |
|------------|---------------|-----------------|--------------------------|
| 11. Cigare | <i>Citron</i> | <i>Fauteuil</i> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Fleur | <i>Clé</i> | <i>Tulipe</i> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Porte | <i>Ballon</i> | <i>Canard</i> | <input type="checkbox"/> |

Répéter les 3 mots.

Attention et calcul

/ 5

Voulez-vous compter à partir de 100 en retirant 7 à chaque fois ?*

- | | |
|--------|--------------------------|
| 14. 93 | <input type="checkbox"/> |
| 15. 86 | <input type="checkbox"/> |
| 16. 79 | <input type="checkbox"/> |
| 17. 72 | <input type="checkbox"/> |
| 18. 65 | <input type="checkbox"/> |

Pour tous les sujets, même pour ceux qui ont obtenu le maximum de points, demander :

Voulez-vous épeler le mot MONDE à l'envers ?**

Rappel

/ 3

Pouvez-vous me dire quels étaient les 3 mots que je vous ai demandés de répéter et de retenir tout à l'heure ?

- | | | | |
|------------|---------------|-----------------|--------------------------|
| 11. Cigare | <i>Citron</i> | <i>Fauteuil</i> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Fleur | <i>Clé</i> | <i>Tulipe</i> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Porte | <i>Ballon</i> | <i>Canard</i> | <input type="checkbox"/> |

Langage

/ 8

Montrer un crayon. 22. Quel est le nom de cet objet ?*

Montrer votre montre. 23. Quel est le nom de cet objet ?**

24. Ecoutez bien et répétez après moi : « PAS DE MAIS, DE SI, NI DE ET »***

Poser une feuille de papier sur le bureau, la montrer au sujet en lui disant : « Ecoutez bien et faites ce que je vais vous dire :

- | | |
|--|--------------------------|
| 25. Prenez cette feuille de papier avec votre main droite, | <input type="checkbox"/> |
| 26. Pliez-la en deux, | <input type="checkbox"/> |
| 27. Et jetez-la par terre. »**** | <input type="checkbox"/> |

Tendre au sujet une feuille de papier sur laquelle est écrit en gros caractère : « FERMEZ LES YEUX » et dire au sujet :

28. « Faites ce qui est écrit ».

Tendre au sujet une feuille de papier et un stylo, en disant :

29. « Voulez-vous m'écrire une phrase, ce que vous voulez, mais une phrase entière. »

Praxies constructives

/ 1

Tendre au sujet une feuille de papier et lui demander :

30. « Voulez-vous recopier ce dessin ? »

4. Annexe 4 : Timed up & go test

Logo
réseau

Timed Up & Go test / Test Unipodal

Nom : _____ Prénom : _____ Age : _____ Date : _____ Evalueur : _____

Up & Go test

	Fait : 1	Ne fait pas : 0	Non réalisable
Inviter la personne à :			
• Se lever d'un fauteuil avec accoudoirs :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Traverser la pièce - distance de 3 mètres :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Faire demi-tour :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Revenir s'asseoir :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Temps nécessaire : _____ secondes.			
• Score : _____ / 4			

*Interprétation : risque de chute si score ≤ 1 et temps de réalisation > 20 secondes.
On note également les lenteurs d'exécution, les hésitations, une marche trébuchante.*

Commentaires : _____

Test Unipodal

Demander à la personne de rester en appui sur 1 pied sans aide pendant au moins 5 secondes.

	Oui	Non	Non réalisable
• Pied droit :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Pied gauche :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Annexe 5 : Grille SEGA

(Source : <http://www.geronto-sud-lorraine.com>)

Comment repérer le niveau de fragilité ?

Grille SEGA - A

Cette grille peut être complétée par toute personne en contact avec une personne âgée vivant à domicile.

Le repérage précoce de la fragilité chez les personnes âgées a pour objectif d'identifier les déterminants de la fragilité et d'agir sur ces déterminants afin de retarder la perte d'autonomie dite « évitable » et de prévenir la survenue d'événements défavorables (incapacités, chutes, hospitalisations, entrée en institution non souhaitée, ...).¹

Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : ____ / ____ / _____

	0	1	2	Score :
Age	74 ans ou moins	Entre 75 et 84 ans	85 ans ou plus	
Provenance	Domicile	Domicile avec aide prof.	FL ou EHPAD	
Médicaments	3 médicaments ou moins	4 à 5 médicaments	6 médicaments ou +	
Humeur	Normale	Parfois anxieux ou triste	Déprimé	
Perception de sa santé par rapport aux personnes de même âge	Meilleure santé	Santé équivalente	Moins bonne santé	
Chute dans les 6 derniers mois	Aucune chute	Une chute sans gravité	Chute(s) multiples ou compliquée(s)	
Nutrition	Poids stable, apparence normale	Perte d'appétit nette depuis 15 jours ou perte de poids (3 kg en 3 mois)	Dénutrition franche	
Maladies associées	Absence de maladie connue ou traitée	De 1 à 3 maladies	Plus de 3 maladies	
AIVQ (confection des repas, téléphone, prise des médicaments, transports)	Indépendance	Aide partielle	Incapacité	
Mobilité (se lever, marcher)	Indépendance	Soutien	Incapacité	
Continence (urinaire et / ou fécale)	Continence	Incontinence occasionnelle	Incontinence permanente	
Prise des repas	Indépendance	Aide ponctuelle	Assistance complète	
Fonctions cognitives (mémoire, orientation)	Normales	Peu altérées	Très altérées (confusion aiguë, démence)	
TOTAL :			 / 26

INTERPRETATION

Score ≤ 8 Personne peu fragile	8 < Score ≤ 11 Personne fragile	Score > 11 Personne très fragile
--	--	---

A QUI TRANSMETTRE ?

Le médecin traitant est l'interlocuteur privilégié.
Le réseau Gérard Cuny peut être alerté à tout moment au 03 83 45 84 90.

6. Annexe 6 : Tableau de caractéristiques de l'échantillon étudié

Médecin Généraliste	Sexe	Année de Naissance	Âge	Années écoulées depuis le début de l'exercice	Département	Lieu d'installation	Mode d'exercice	Patients suivis en EHPAD	Médecin coordonateur EHPAD	Diplôme en gériatrie	Diplôme en oncologie	Proportion de patients âgé dans la patientèle
1	M	1982	34	1	54	Semi-rural	Groupe	O	N	N	N	30%
2	F	1969	47	16	55	Semi-rural	Groupe	O	N	N	N	25%
3	F	1982	34	3	54	Ville	Groupe	N	N	N	N	25%
4	F	1955	61	31	54	Semi-rural	Groupe	O	N	N	N	30%
5	M	1969	47	19	54	Ville	Seul	O	N	N	N	25%
6	M	1965	51	22	54	Rural	Groupe	O	N	N	N	25%
7	F	1978	38	10	54	Ville	Seul	N	N	N	N	40%
8	F	1945	71	41	54	Ville	Seul	O	N	N	N	70%
9	Refus de participation											
10	M	1956	60	30	54	Ville	Seul	O	N	N	N	50%
11	M	1965	51	14	54	Ville	Groupe	O	N	N	N	30%
12	M	1972	44	12	88	Ville	Groupe	O	N	N	N	20%
13	M	1963	53	23	54	Ville	Groupe	O	N	N	N	30%
14	Refus de participation											
15	M	1947	69	40	54	Semi-rural	Seul	O	N	N	N	20%
16	Refus de participation											
17	Refus de participation											
18	M	1953	63	32	54	Ville	Groupe	O	N	N	N	20%
19	M	1972	44	15	54	Ville	Groupe	O	N	N	N	35%
20	M	1970	46	13	57	Ville	Groupe	O	N	N	N	30%
21	Refus de participation											
22	M	1973	43	17	88	Ville	Groupe	O	N	N	N	10%
23	M	1953	63	35	54	Ville	Seul	O	N	N	N	25%
24	F	1968	48	13	54	Ville	Groupe	N	N	N	N	10%
25	Refus de participation											
26	Refus de participation											
27	M	1980	36	1	88	Semi-rural	Groupe	N	N	N	N	30%
28	Refus de participation											
29	M	1976	40	12	54	Ville	Seul	O	N	N	N	30%
30	F	1965	51	18	54	Semi-rural	Groupe	N	N	N	N	30%

Médecin Généraliste	Sexe	Année de Naissance	Âge	Années écoulées depuis le début de l'exercice	Département	Lieu d'installation	Mode d'exercice	Patients suivis en EHPAD	Médecin coordonateur EHPAD	Diplôme en gériatrie	Diplôme en oncologie	Proportion de patients âgé dans la patientèle
31	M	1954	62	35	57	Semi-rural	Seul	O	N	N	N	20%
32	M	1985	31	1	57	Ville	Groupe	O	N	N	N	60%
33	M	1955	61	32	54	Ville	Groupe	O	N	N	N	40%
						Non joignable						
						Refus de participation						
						Refus de participation						
						Refus de participation						
						Refus de participation						
						Refus de participation						
						Non joignable						
						Refus de participation						
						Refus de participation						
43	M	1958	58	31	54	Ville	Seul	N	N	N	N	10%
44	M	1961	55	23	57	Semi-rural	Seul	O	N	N	N	20%
						Refus de participation						
46	F	1937	79	40	54	Semi-Rural	Seul	N	N	N	N	50%
47	M	1961	55	31	88	Rural	Seul	O	N	N	N	30%
						Non joignable						
						Refus de participation						
50	M	1958	58	29	57	Rural	Groupe	O	N	N	N	40%
51	F	1961	55	24	88	Semi-Rural	Groupe	O	N	N	N	20%
52	F	1980	36	1	88	Semi-Rural	Groupe	N	N	N	N	50%
53	M	1961	55	25	54	Ville	Groupe	N	N	N	N	NSP
54	M	1963	53	17	55	Rural	Seul	O	N	N	N	40%
55	M	1953	63	36	54	Semi-Rural	Seul	O	N	N	N	40%
56	F	1963	53	17	54	Ville	Groupe	O	N	N	N	NSP

7. Annexe 7 : Exemples de Tableaux d'analyses des entretiens

Critères de définition du patient âgé	L'âge	L'âge comme seul critère		MG5: "Déjà l'âge." MG32: "Si j'ai des bons souvenirs à partir de 65ans" MG54: "je pense qu'à partir de 75 ans on peut considérer âgé c'est tout" MG8: "en premier c'est l'âge. "			
		L'âge en tenant compte d'autres critères	Les comorbidités	MG2: "L'âge en termes d'années. (...) C'est relatif, c'est subjectif. Selon les comorbidités. " MG11: "Différents critères, l'âge en lui-même, et puis il y a son âge médical. " MG50: "Déjà son âge (rire), je dirai à partir de 70ans (...) leur aspect physique, leur comportement psychologique, familiale " MG12: "On va dire sur l'âge (...) Il y a l'état général, physiologique, certains patients ont 80ans et qui sont en très bonne forme " MG10: "Sur l'âge, déjà. Sur l'état général et sur l'importance des polyopathologies. " MG56: "inévitablement l'âge civil, après ça dépend des pathologies associées, des antécédents" MG52: "l'âge civil, et l'âge physiologique, les comorbidités" MG24: "l'âge quand même, les polyopathologies" MG44: "il est âgé à partir de 65 ans et après les comorbidités. L'âge civil c'est important comme donnée. " MG22: "L'âge en lui-même c'est important au niveau du métabolisme, mais on prend en compte l'état de forme général. " MG27: "Moi je vois plus l'âge physiologique" MG18: "l'âge, l'âge physiologique mais aussi chronologique." MG30: "l'âge c'est tout." MG3: "Les comorbidités (...). L'âge entre en compte, mais pas que. "			
				L'état psychique	MG4: "L'âge bien entendu (...). L'état physique ne va pas toujours avec l'état psychique malheureusement"		
				L'âge n'est pas un critère		MG6: "Non, ne compte pas" MG46: "l'âge civil n'est pas important " MG33: "L'âge n'est pas un critère non" MG43: "mais bien évidemment que non" MG31: "C'est les comorbidités qui comptent." MG20: "L'âge intervient mais c'est pas forcément ça qui est important. " MG13: "mais l'âge ce n'est pas important. "	
				L'autonomie comme seul critère		MG1: "Je me fierai plus à l'autonomie" MG55: "La dépendance maintenant. " MG33: "Ben quand il n'est plus autonome. "	
				L'autonomie	L'autonomie et d'autres critères	Les comorbidités	MG6: "au niveau des pathologies (...) qui font encore leur jardin, qui ont beaucoup d'activités" MG7: "s'il vit à domicile, si il y a beaucoup d'aides en place, si il y a de multiples pathologies connues, " MG13: "Je mettrai d'abord l'état général" MG20: "je pense sur le plan on va dire, l'état général" MG19: "il y a l'état général"
					L'état général		MG15: "Non. Cette question n'a pas de réponse. " MG23: "je ne décide pas qu'un patient est âgé. "
					Sans réponse		MG53: "si il ne comprend pas il est âgé."
				La compréhension du patient			

La Fragilité du patient âgé	N'utilise pas d'échelle standardisée	Connaissent des échelles standardisées	Non utilisées par manque de temps	MG1: "Oui il y en a, mais vous dire les noms je ne sais pas. (,,,) c'est pas mal fait avec les réseaux et en général c'est plutôt eux qui s'en chargent pour les patients fragiles."
				MG11: "j'en connais un peu mais je ne les utilise pas, je n'ai pas le temps."
				MG33: "Oui, mais c'est long et compliqué"
				MG15: "Non. Pas le temps, pas d'intérêt"
				MG52: "Non pas du tout par manque de temps déjà."
				MG23: "Non, je n'en connais pas vraiment d'ailleurs"
				MG27: "Fragilité, non, mais il faut que je le fasse, je connais G8 tout ça."
			MG31: "C'est trop long."	
			Préfère le sens clinique	MG10: "Un patient fragile je le ressens"
				MG19: "Je me fais peut être des illusions, mais je pense que j'arrive à évaluer ça correctement tout seul."
	MG55: "Oh non, j'ai mon sens clinique."			
	N'utilise pas d'échelle standardisée	Ne connaissent pas d'échelles standardisées	Confié à d'autres	MG53: "quand je sens qu'il y a besoin je demande au réseau Gérard Cuny et après je suis pragmatique"
				MG2: "Non"
				MG6: "Pas du tout."
				MG54: "Non, je n'en connais pas."
				MG4: "Pas vraiment non."
				MG56: "Non, je n'en connais pas"
				MG20: "L'âge intervient mais c'est pas forcément ça qui est important."
				MG44: "Non pas du tout, je n'en connais pas"
				MG7: "Non, et je n'en ai pas à ma connaissance."
MG43: "Non je n'en connais pas vraiment d'ailleurs"				
Utilise des échelles standardisée	Grille SEGA		MG50: "Non, pas du tout."	
			MG5: "La fragilité ? (silence) Non."	
			MG8: "Non, car c'est une question d'habitude."	
			MG46: "Non pas du tout."	
			MG13: "Non, je n'en n'utilise ni n'en connais pas."	
			MG18: "Non, jamais"	
			MG24: "Non, ce n'est pas quelque chose que je connais vraiment."	
			MG12: "Dire oui serait vous mentir"	
			MG22: "Non. Je n'en connais pas de toute façon."	
			MG3: "J'utilise les critères de fragilités SEGA"	
MG32: "La vous pensez au GIR, SEGA"				

Le dépistage organisé	Poursuite du dépistage à titre individuel	Selon l'organe cible	Seins	MG3:"Les mammographies quand la personne est en bon état général je poursuis. "
				MG8:"Oui j'ai eu des patients de plus de 70ans qui ont eu des cancers du seins."
				MG20:"« Oui, les femmes de plus de 74ans je continue à faire des mammographies. "
				MG11:"Alors mammographie oui, dépistage colorectal non. Le reste c'est non. "
				MG13:"même à 95 ans je continue les mammographies. Oui, pour ce qui est du sein oui. "
			Seins exclusif	MG33:"La mammographie oui"
				MG7:"je leur propose systématiquement des mammographies"
				MG44:"le sein, je le pousse audelà de 75 ans"
				MG10:"En particulier les mamographies, "
				MG11:"Alors mammographie oui, dépistage colorectal non. Le reste c'est non. "
	Dans tous les cas	Pas systématique	MG31:"dans le seins, oui, je les incite à le faire. "	
			MG18:"je continue à faire des examens des seins et des mammographies, évidemment"	
			MG12:"par rapport à la mammographie, le cancer du sein oui. "	
			MG24:"il m'arrive de faire des test de recherche de sang dans les selles, les mammographies. "	
			MG4:"Oui, biensûr. Quand c'est accepté oui. "	
			MG50:"mais oui j'essaye de prolonger ces systèmes de dépistage, notamment le seins"	
			MG30:"Donc oui clairement sans hésiter. "	
			MG43:"Oui, parce qu'il y a des gens jeunes encore et qui ont une espérance de vie qui vaut le coût."	
			MG19:"Je comprends que le coût ne soit plus rentable dans le cadre d'une campagne, mais je ne me vois pas le droit de leur retirer cette chance là."	
			MG20:"Je dirai que oui d'une manière générale. "	
Cas des patients déments	Seins	MG53:"Oui bien sûr, quel que soit l'âge, ce n'est pas parce qu'on a 75ans que c'est fini, c'est aberrant ça. "		
		MG56:"j'ai des patients de plus de 75ans à qui je dis on continue, donc oui vraiment"		
		MG55:"Oui, après 75ans, je continue en général, "		
		MG23:"Quelqu'un qui est pris en charge dans un cabinet de médecine générale, vous ne pouvez pas vous passer de ça. "		
		MG46:"Oh oui, "		
		MG15:"je continue pour tous les cancers, même si tout coûte cher. Et qu'on vous le rappelle souvent."		
		MG6:"Moi je continue à faire des examens après."		
		MG10:"Et donc en fait je trouve que ça s'arrête trop vite. "		
		MG5:"Oui."		
		MG7:"Mais si l'état général est bon c'est important de continuer. "		
Arrêt du dépistage	Se limite au dépistage organisé	MG6:"est sur que si c'est un Alzheimer qui est rebelle à tout, on ne réagira pas du tout pareil "		
		MG18:"Sous réserve que le patient ait toute sa tête, sinon non. "		
		MG1:"On ne va pas poursuivre des investigations si elles ne sont plus recommandées."		
		MG54:"Euh non, et de toute façon, je suis réservé sur les dépistages organisés"		
		MG32:"je me borne aux recommandations actuelles"		
		MG52:"Non, pas du tout"		
		MG2:"Mais d'habitude je ne pousse pas les patients à faire des examens en dehors du dépistage organisé."		
MG22:"Non, il n'y a pas de recommandation dans ce sens je crois"				
MG27:" je les laisse tranquille, je ne cherche pas à dépister"				

Exhaustivité des investigations	Limitations	Moyen de transports	MG1: "il faut aussi les déplacer pour aller faire un scanner, pour aller faire ceci cela"
		Démence	MG24: "si le patient est dément,"
		Autonomie	MG1: "est-ce qu'ils sont autonomes ? Toutes ces choses-là sont importantes."
		Etat général	MG5: "il faut tenir compte surtout de l'état général des patients"
			MG44: "Certains patients sont par exemple dégradation cardiaque ou respiratoire (...) Il faut faire attention, il ne faut pas faire plus de mal que de bien."
			MG32: "C'est selon les comorbidités. "
			MG55: "il y a des cas de figure quand ils ont des insuffisances cardiaque majeure, c'est vrai que souvent je laisse les choses"
			MG54: "ça dépend de l'état de la personne de son espérance de vie"
		MG42: "c'est selon l'état de santé et leur volonté bien sûr. Les poly pathologies associées. "	
		MG10: "Bon, si, j'ai vraiment un patient trop fatigué et je sais que le traitement du cancer ne pourra pas lui être indiqué. "	
	Fragilité	MG3: "Les échelles dont on a parlé"	
	Âge	MG19: "Oui, une personne très âgée, "	
	Refus du patient	MG46: "en général quand je ne pousse pas, c'est parce que le patient ne le souhaite pas. "	
	Selon la famille	MG33: "si le patient me dit qu'il veut arrêter j'arrête, mais je parle avec lui"	
		MG56: "Mais la famille était demandeuse, mais elle se dégradait tellement que je l'ai hospitalisé"	
	Pas de limite	MG55: " si la famille insiste je vais plus loin. "	
		MG2: "je fais tout ce que je peux faire, c'est rare que je sois limitée."	
		MG18: "Encore une fois il n'y a pas de limitation aux investigations, "	
		MG23: "Non il faut être exhaustif globalement. "	
		MG4: "Ca ne m'est jamais arrivé de dire, je ne fais pas du tout d'examen."	
Poser un diagnostic	MG12: " il n'y a pas de limite, il faut faire un diagnostic même s'il n'y aura pas de traitement derrière."		
	MG53: "Non, il faut aller au diagnostic de toute façon. "		
	MG27: "il faut trouver un diagnostic, je ne pense pas qu'on doive se limiter là-dessus. "		
Selon le spécialiste	MG13: "Il faut un diagnostic, il faut faire des examens, non pas vraiment de limitation."		
	MG11: "je n'aime pas demander des examens trop avancé. Il faut un avis spécialisé, c'est lui qui va conditionner si oui ou non on peut pousser "		

VU

NANCY, le **15 mai 2017**

Le Président de Thèse
Médecine

NANCY, le **16 mai 2017**

Le Doyen de la Faculté de

Professeur Christine PERRET-GUILLAUME

Professeur Marc BRAUN

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE/

9842 NANCY, le **18 mai 2017**

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE LORRAINE,

Professeur Pierre MUTZENHARDT

RÉSUMÉ DE LA THÈSE :

Introduction : L'espérance de vie et l'incidence des cancers augmentent. Le cancer du sujet âgé est un enjeu majeur de santé publique. Le médecin généraliste est au centre du dispositif de parcours de soins. L'objectif de cette étude était de connaître le ressenti des médecins généralistes lorrains : leurs perceptions du sujet âgé confronté au cancer et les difficultés qu'ils ont pu rencontrer dans la gestion de ce parcours de soins.

Matériel et méthode : Une étude qualitative par entretiens semi dirigés a été réalisée entre janvier 2016 et janvier 2017 auprès de 36 médecins généralistes lorrains, hommes et femmes, exerçant en milieu rural ou urbain.

Résultats : Les médecins généralistes ont conscience de la fragilité du patient âgé mais n'ont pas recours à des moyens d'évaluation objectifs. Ils expriment des difficultés à échanger avec l'hôpital. Ils proposent des pistes d'améliorations pour fluidifier le parcours de soins.

Discussion : Les médecins généralistes ont besoin de formations et de sensibilisation sur le dépistage des fragilités du patient âgé. Différents moyens de formations sont proposés aux médecins lorrains pour répondre à ce besoin. La communication avec les différents intervenants du parcours de soins doit s'améliorer avec le déploiement de nouvelles technologies.

TITRE EN ANGLAIS :

Healthcare of elderly patients with cancer: feelings and difficulties of general practitioners in Lorraine, France.

A qualitative study using semi-structured interviews.

THÈSE DE MÉDECINE GÉNÉRALE – ANNÉE 2017

MOTS CLÉS : médecin généraliste, cancer, personne âgée, étude qualitative, parcours de soins

INTITULÉ ET ADRESSE :

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

Faculté de Médecine de Nancy

9, avenue de la Forêt de Haye

54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex