



HAL
open science

Comment formaliser un parcours de soins pour les patients âgés complexes atteints de cancer sur le bassin nancéien ? : étude qualitative auprès de professionnels de soins primaires de Nancy Métropole

Rachel Blanck

► To cite this version:

Rachel Blanck. Comment formaliser un parcours de soins pour les patients âgés complexes atteints de cancer sur le bassin nancéien ? : étude qualitative auprès de professionnels de soins primaires de Nancy Métropole. Médecine humaine et pathologie. 2019. hal-03298566

HAL Id: hal-03298566

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-03298566>

Submitted on 18 Oct 2021

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>

THESE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE GENERALE

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

Par

Rachel BLANCK

Le 24 octobre 2019

**Comment formaliser un parcours de soins pour les patients
âgés complexes atteints de cancer sur le bassin nancéen ?**
Étude qualitative auprès de professionnels de soins primaires de
Nancy Métropole.

Examineurs de la thèse :

Mme C. PERRET-GUILLAUME	Professeur	Présidente
M. P. ESCHWEGE	Professeur	Juge
M. D. PEIFFERT	Professeur	Juge
M. J-Y NIEMIER	Docteur	Directeur – Juge
M. O. BOUCHY	Docteur	Juge



Président de l'Université de Lorraine :
Professeur Pierre MUTZENHARDT

Doyen de la Faculté de Médecine :
Professeur Marc BRAUN

Vice-doyenne
Pr Laure JOLY

Assesseurs :

Premier cycle : Dr Julien SCALA-BERTOLA
Deuxième cycle : Pr Marie-Reine LOSSER
Troisième cycle : Pr Laure JOLY
SIDES : Dr Julien BROSEUS
Formation à la recherche : Pr Nelly AGRINIER
Relations Grande Région : Pr Thomas FUCHS-BUDER
CUESIM : Pr Stéphane ZUILY

Chargés de mission

Bureau de docimologie : Pr Guillaume VOGIN
Orthophonie : Pr Cécile PARIETTI-WINKLER
PACES : Pr Mathias POUSSEL
International : Pr Jacques HUBERT
Vie Facultaire : Dr Philippe GUERCI

Président de Conseil Pédagogique : Pr Louise TYVAERT
Président du Conseil Scientifique : Pr Jean-Michel HASCOET

=====

DOYENS HONORAIRES

Professeur Jean-Bernard DUREUX - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER –
Professeur Henry COUDANE

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Etienne ALIOT - Jean-Marie ANDRE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY -
Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL – Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE -
Jean-Louis BOUTROY – Serge BRIANÇON - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL -
Claude CHARDOT Jean-François CHASSAGNE - François CHERRIER – Henry COUDANE –
Jean-Pierre CRANCE - Jean-Pierre DESCHAMPS - Jean-Bernard DUREUX - Gilbert FAURE - Gérard FIEVE -
Bernard FOLIGUET - Jean FLOQUET - Robert FRISCH - - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER –
Jean-Luc GEORGE - Alain GERARD - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ –
Simone GILGENKRANTZ -Gilles GROSDIDIER - Philippe HARTEMANN - Gérard HUBERT - Claude HURIET -
Michèle KESSLER - François KOHLER - Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Marie-Claire LAXENAIRE –
Michel LAXENAIRE - Alain LE FAOU - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS –
Jean-Pierre MALLIÉ - Philippe MANGIN - François MARCHAL - Jean-Claude MARCHAL – Yves MARTINET -
Pierre MATHIEU - Michel MERLE - Daniel MOLÉ - Pierre MONIN - Pierre NABET – Patrick NETTER –
Jean-Pierre NICOLAS - Francis PENIN - Claude PERRIN - Luc PICARD - François PLENAT - Jean-Marie POLU
- Jacques POUREL - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER - Denis REGENT - Jacques ROLAND –
Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Michel SCHWEITZER - Daniel SIBERTIN-BLANC - Claude SIMON -
Danièle SOMMELET - Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Paul VERT –
Hervé VESPIGNANI - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Jean-Pierre VILLEMOT - Michel WEBER –
Denis ZMIROU

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Etienne ALIOT - Pierre BEY - Henry COUDANE - Serge BRIANÇON - Jean-Marie GILGENKRANTZ –
Simone GILGENKRANTZ - Michèle KESSLER - Alain LE FAOU - Patrick NETTER - Jean-Pierre NICOLAS –
Luc PICARD - François PLENAT - Jean-Pierre VILLEMOT - Faiez ZANNAD

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^e Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{re} sous-section : (*Anatomie*)

Professeur Marc BRAUN – Professeure Manuela PEREZ

2^e sous-section : (*Histologie, embryologie et cytogénétique*)

Professeur Christo CHRISTOV

3^e sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Professeur Guillaume GAUCHOTTE

43^e Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

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

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

Professeur Antoine VERGER

2^e sous-section : (*Radiologie et imagerie médicale*)

Professeur René ANXIONNAT - Professeur Alain BLUM - Professeur Serge BRACARD - Professeure Valérie

CROISÉ - Professeur Jacques FELBLINGER - Professeur Benjamin GORY - Professeur Damien MANDRY -

Professeur Pedro GONDIM TEIXEIRA

44^e Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

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

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

2^e sous-section : (*Physiologie*)

Professeur Christian BEYAERT - Professeur Bruno CHENUÉL - Professeur Mathias POUSSEL

3^e sous-section (*Biologie cellulaire*)

Professeure Véronique DECOT-MAILLERET

4^e sous-section : (*Nutrition*)

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

45^e Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

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

Professeur Alain LOZNIÉWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER

2^e sous-section : (*Parasitologie et Mycologie*)

Professeure Marie MACHOUART

3^e sous-section : (*Maladies infectieuses ; maladies tropicales*)

Professeur Bruno HOEN - Professeur Thierry MAY - Professeure Céline PULCINI –

Professeur Christian RABAUD

46^e Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

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

Professeure Nelly AGRINIER - Professeur Francis GUILLEMIN

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

Professeure Eliane ALBUISSON - Professeur Nicolas JAY

47^e Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

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

Professeur Pierre FEUGIER

2^e sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie*)

Professeur Thierry CONROY - Professeur Frédéric MARCHAL - Professeur Didier PEIFFERT –

Professeur Guillaume VOGIN

3^e sous-section : (*Immunologie*)

Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT - Professeure Marie-Thérèse RUBIO

4^e sous-section : (*Génétique*)

Professeur Philippe JONVEAUX - Professeur Bruno LEHEUP

48° Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{re} sous-section : (*Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire*)

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

2^e sous-section : (*Médecine intensive-réanimation*)

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

3^e sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie*)

Professeur Pierre GILLET - Professeur Jean-Yves JOUZEAU

4^e sous-section : (*Thérapeutique-médecine de la douleur ; addictologie*)

Professeur Nicolas GIRERD - Professeur François PAILLE - Professeur Patrick ROSSIGNOL

49° Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1^{re} sous-section : (*Neurologie*)

Professeur Marc DEBOUVERIE - Professeur Louis MAILLARD - Professeur Sébastien RICHARD –
Professeur Luc TAILLANDIER Professeure Louise TYVAERT

2^e sous-section : (*Neurochirurgie*)

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

3^e sous-section : (*Psychiatrie d'adultes ; addictologie*)

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Vincent LAPREVOTE - Professeur Raymund SCHWAN

4^e sous-section : (*Pédopsychiatrie ; addictologie*)

Professeur Bernard KABUTH

5^e sous-section : (*Médecine physique et de réadaptation*)

Professeur Jean PAYSANT

50° Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{re} sous-section : (*Rhumatologie*)

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE - Professeur Damien LOEUILLE

2^e sous-section : (*Chirurgie orthopédique et traumatologique*)

Professeur Laurent GALOIS - Professeur Didier MAINARD - Professeur François SIRVEAUX

3^e sous-section : (*Dermato-vénéréologie*)

Professeure Anne-Claire BURSZTEJN - Professeur Jean-Luc SCHMUTZ

4^e sous-section : (*Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie*)

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51° Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

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

Professeur Jean-François CHABOT - Professeur Ari CHAOUAT

2^e sous-section : (*Cardiologie*)

Professeur Edoardo CAMENZIND - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET –

Professeur Yves JUILLIERE

Professeur Nicolas SADOUL

3^e sous-section : (*Chirurgie thoracique et cardiovasculaire*)

Professeur Juan-Pablo MAUREIRA - Professeur Stéphane RENAUD

4^e sous-section : (*Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire*)

Professeur Sergueï MALIKOV - Professeur Denis WAHL – Professeur Stéphane ZUILY

52° Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

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

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI - Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

2^e sous-section : (*Chirurgie viscérale et digestive*)

Professeur Ahmet AYAV - Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD –

Professeure Adeline GERMAIN

3^e sous-section : (*Néphrologie*)

Professeur Luc FRIMAT - Professeure Dominique HESTIN

4^e sous-section : (*Urologie*)

Professeur Pascal ESCHWEGE - Professeur Jacques HUBERT

53° Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

1^{re} 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 – Professeur Roland JAUSSAUD – Professeure Laure JOLY

3^e sous-section : (*Médecine générale*)

Professeur Jean-Marc BOIVIN – Professeur Paolo DI PATRIZIO

54° Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{re} sous-section : (Pédiatrie)

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

2° sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Pierre JOURNEAU - Professeur Jean-Louis LEMELLE

3° sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Philippe JUDLIN - Professeur Olivier MOREL

4° sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)

Professeur Bruno GUERCI - Professeur Marc KLEIN - Professeur Georges WERYHA

55° Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

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

Professeur Roger JANKOWSKI - Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER

2° sous-section : (Ophtalmologie)

Professeure Karine ANGIOI - Professeur Jean-Paul BERROD

3° sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)

Professeure Muriel BRIX

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61° Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Professeur Walter BLONDEL

64° Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER - Professeur Pascal REBOUL

65° Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Professeure Céline HUSELSTEIN

=====

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeure associée Sophie SIEGRIST

Professeur associé Olivier BOUCHY

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42° Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{re} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON

2° sous-section : (Histologie, embryologie, et cytogénétique)

Docteure Isabelle KOSCINSKI

44° Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

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

Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA - Docteure Sophie FREMONT - Docteure Catherine MALAPLATE –

Docteur Marc MERTEN - Docteur Abderrahim OUSSALAH

2° sous-section : (Physiologie)

Docteure Silvia DEMOULIN-ALEXIKOVA - Docteur Jacques JONAS

45° Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

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

Docteure Corentine ALAUZET - Docteure Héléne JEULIN - Docteure Véronique VENARD

2° sous-section : (Parasitologie et mycologie)

Docteure Anne DEBOURGOGNE

46° Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

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

Docteur Cédric BAUMANN - Docteure Frédérique CLAUDOT - Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE
Docteur Arnaud FLORENTIN (stagiaire)

2° sous-section (Médecine et Santé au Travail)

Docteure Isabelle THAON

3° sous-section (Médecine légale et droit de la santé)

Docteur Laurent MARTRILLE

47° Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

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

Docteur Julien BROSEUS – Docteure Maud D'AVENI

2° sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Docteure Lina BOLOTINE

3° sous-section : (Immunologie)

Docteure Alice AARNINK (stagiaire)

4° sous-section : (Génétiq

Docteure Céline BONNET

48° Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1° sous-section : (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)

Docteur Philippe GUERCI

2° sous-section : (Médecine intensive-réanimation)

Docteur Antoine KIMMOUN

3° sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)

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

49° Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

2° sous-section : (Neurochirurgie)

Docteur Fabien RECH (stagiaire)

3° sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)

Docteur Thomas SCHWITZER (stagiaire)

50° Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

4° sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51° Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

3° sous-section : (Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire)

Docteur Fabrice VANHUYSE

4° sous-section : (Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire)

Docteure Nicla SETTEMBRE

52° Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

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

Docteur Anthony LOPEZ

2° sous-section : (Chirurgie viscérale et digestive)

Docteur Cyril PERRENOT

54° Section : DEVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

4° sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; Gynécologie médicale)

Docteure Eva FEIGERLOVA

5° sous-section : (Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale)

Docteur Mikaël AGOPIANTZ (stagiaire)

55° Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

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

Docteur Patrice GALLET

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^e Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

7^e Section : SCIENCES DU LANGAGE : LINGUISTIQUE ET PHONETIQUE GENERALES

Madame Christine DA SILVA-GENEST

19^e Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

64^e Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Claire LANHERS - Monsieur Nick RAMALANJAONA

65^e Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Madame Nathalie AUCHET - Madame Natalia DE ISLA-MARTINEZ - Monsieur Christophe NEMOS

66^e Section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

69^e Section : NEUROSCIENCES

Madame Sylvie MULTON

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteur Cédric BERBE - Docteure Kénora CHAU

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

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

Professeure Maria DELIVORIA-
PAPADOPOULOS (1996) *Université de
Pennsylvanie (U.S.A)*
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 du jury,

Madame le Professeur Christine PERRET-GUILLAUME,

Professeur des Universités – Gériatrie

Nous vous remercions de l'honneur que vous nous faites en acceptant de présider cette thèse, ainsi que pour vos conseils, votre bienveillance et votre accompagnement dans notre travail.
Trouvez ici, l'expression de notre profonde reconnaissance et nos sincères remerciements.

A nos membres du jury,

**Monsieur le Professeur Pascal ESCHWEGE,
Professeur des Universités – Chirurgie urologique**

Nous vous remercions pour l'honneur que vous nous faites de siéger au jury de cette thèse. Veuillez trouver ici l'expression de notre gratitude et de notre reconnaissance.

**Monsieur le Professeur Didier PEIFFERT,
Professeur des Universités – Cancérologie**

Nous vous sommes reconnaissants et honorés de votre présence au jury de cette thèse. Veuillez trouver ici le témoignage de notre sincère gratitude.

**Monsieur le Docteur Olivier BOUCHY,
Maitre de Conférences associé de Médecine Générale,**

Nous vous remercions d'avoir gentiment accepté de participer au jury de cette thèse, ainsi que pour votre bienveillance durant ce cursus. Veuillez trouver ici l'expression de notre sincère reconnaissance.

A notre juge et directeur de thèse,

Monsieur le Docteur Jean-Yves NIEMIER,

Gériatrie

Nous vous remercions de nous avoir proposé ce travail et accepté de le diriger. Tout cela n'aurait été possible sans vos conseils, vos compétences, votre rigueur et votre grande disponibilité.

Soyez assuré de notre profonde gratitude et reconnaissance.

A ma famille,

Mariette et Pierre, mes parents, merci pour votre patience et votre soutien, je vous aime.

Olivier, Virginie, Maurice, Annie, Chantal, Bernard, merci de m'avoir accueilli dans la vôtre à bras ouverts.

A Michel, Mado, Daniel, Liliane, à qui je pense souvent. J'espère que vous serez fiers du chemin parcouru.

A Carlota, pour son soutien inconditionnel et son flegme légendaire.

A mes amis, merci de m'avoir soutenue en toutes circonstances,

Aurore, ma grande coquinette, la grande sœur que je n'ai jamais eue, Greg, Alo et Sacha, nous avons encore beaucoup de kilomètres à parcourir,

Amandine, mon Beaver, « pour une personne tellement formidable et qui me manque beaucoup ». Max, Valentine.

Olivia, un petit rayon de soleil, tu es une source d'inspiration pour moi, Cyril, Nina.

Nora, pour ta patience, ton écoute et ton rire, ta bichette te remercie, Pedro.

Delphine, que de chemin parcouru. Merci pour ton soutien constant, et sache que je suis fière de la belle personne que tu es.

PE, « ils ne savaient pas que c'était impossible alors ils l'ont fait ». A toi maintenant !

Marie, Madame Cerejo. Quelle joie de t'avoir retrouvée au détour du SSR, la vie s'acharne à te mettre sur mon chemin, je suis si heureuse que tu en fasses partie, et si fière de toi. Un modèle. Merci pour tout. Thibaut, Juju, Jeanne.

A tous les collègues que j'ai croisés durant mon chemin, à ceux qui m'ont appris, à ceux qui m'ont fait grandir, à ceux qui sont devenus des amis,

Vanessa, Dr Rolland, merci de m'avoir fait confiance et pour toutes les bases fondamentales que vous m'avez transmises,

L'équipe de Médecine A du CHL et l'EMSP, merci pour votre soutien inconditionnel.

Natacha, « ma senior », la machine de guerre, pour ta rigueur germanique, ton exigence, tous ces fous rires, Danke ! Tu es un modèle pour moi et force mon admiration.

Abelia, merci d'être là et de m'avoir encouragée sans relâche.

Séverine, Wonder Woman, un grand grand merci, pour ta présence, ton soutien, ta gentillesse et tes bonnes paroles.

Madgide, pour toutes vos précieuses relectures, votre soutien appuyé. A toutes les aventures partagées et à celles à venir ! Merci

Emerentienne, notre Zébulon national, tu as ouvert la voie, sois assurée de mon amitié sincère.

Sandrine, Sabrina, Caroline F, Caroline L, Nicolas, Muriel, Sophie, Lucie, Laurence, Eric, Elodie, toute la dream team. Merci pour votre confiance et votre soutien chaleureux.

A eux,

A Lui.

LE SERMENT D'HIPPOCRATE

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont 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.

Je donnerai mes soins à l'indigent et je n'exigerai pas un salaire au dessus de mon travail.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement la vie ni ne provoquerai délibérément la mort.

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé si j'y manque.

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABREVIATIONS UTILISEES	25
I. PREAMBULE	27
II. INTRODUCTION : LE PATIENT AGE, FRAGILE, ATTEINT DE CANCER ET LE PARCOURS DE SOIN AMBULATOIRE NANCEIEN	29
a. Le patient âgé.....	29
i. Définition	29
ii. Démographie	29
b. La fragilité.....	30
i. Définition	30
ii. Evaluation de la fragilité	32
c. Parcours de soin oncologique et oncogériatrique	34
i. Au niveau national	34
ii. En Lorraine et dans le bassin nancéen.....	35
III. CONTEXTE DE L'ETUDE	41
IV. METHODOLOGIE	45
a. Choix de la méthode	45
b. Critères d'inclusion.....	45
c. Programmation des entretiens	46
d. Déroulement des entretiens	46
e. Analyse des données	47
V. RESULTATS	49
a. Données descriptives.	49
b. 1 ^{ère} partie de l'entretien : la démarche diagnostique du cancer	50
i. Dépistage organisé et individuel (groupe médecins)	50
ii. Connaissance des signes d'alerte du cancer.....	51
iii. La fragilité, son évaluation et son impact	52
iv. Examens complémentaires (groupe médecins)	54

v.	Avis spécialisé oncologique.....	56
vi.	Réunions de Concertations Pluridisciplinaires.....	57
vii.	Parcours global et information	58
viii.	Difficultés de suivi	61
ix.	Réseaux existants.....	62
x.	Diagrammes de synthèse.....	67
c.	Modélisation d'un parcours de soins complexe	68
i.	Moment d'inclusion au parcours.....	68
ii.	Mode d'accès technique au parcours.....	68
iii.	Mode de retour et d'échange des informations	68
iv.	Implication du professionnel	69
v.	Modalités de suivi	69
vi.	Création de fiches de suivi thérapeutiques	70
vii.	Intervention d'autres professionnels	70
d.	Critères d'efficacité d'un parcours de soin	72
e.	Communication et formations	73
i.	Communication au grand public.....	73
ii.	Communication aux professionnels.....	73
VI.	DISCUSSION	75
a.	Limites et points forts de l'étude	75
b.	Recensement des difficultés et du ressenti des professionnels interrogés	76
i.	Un dépistage du cancer perfectible.....	76
ii.	Une fragilité encore sous-évaluée	77
iii.	Un accès aux examens complémentaires plutôt aisé en zone urbaine.....	78
iv.	Des résultats de RCP considérés comme adaptés aux patients, mais méconnus des pharmaciens et IDE.....	78
v.	Des consultations oncogériatriques à valoriser.....	78
vi.	Un manque de communication et coordination entre professionnels	79
vii.	L'HAD et la réforme des réseaux	80

c.	Modélisation d'un parcours de soin dédié aux personnes âgées fragiles (complexes) atteintes de cancer sur l'agglomération nancéienne.....	81
i.	Modalité d'inclusion : dès le diagnostic, via plateforme et accès téléphonique/internet.....	81
ii.	Place des IDEC, IPA et évaluation de la fragilité par les professionnels pharmaciens et IDE.....	82
iii.	Prudence des professionnels quant au dossier informatisé et à la télémédecine....	84
iv.	Conciliation médicamenteuse et éducation thérapeutique.....	86
v.	Une activité à valoriser financièrement.....	87
vi.	La formation à favoriser.....	89
d.	Perspectives	90
VII.	CONCLUSION	93
VIII.	BIBLIOGRAPHIE.....	95
IX.	ANNEXES.....	99
a.	Annexe 1 : Grille SEGA.....	99
b.	Annexe 2 : Grille CISR-G	100
c.	Annexe 3 : échelle ADL.....	101
d.	Annexe 4 : Echelle G8.....	104
e.	Annexe 5 : échelle VES- 13	105
f.	Annexe 6 : Questionnaires	106
i.	Médecins généralistes	106
ii.	Pharmaciens officinaux.....	108
iii.	Infirmiers libéraux.....	110
g.	Annexe 7 : Exemple de retranscription d'entretiens	112
h.	Annexe 8 : Données descriptives	114
i.	Annexe 9 : Exemple de tableau d'analyse de données.....	115

LISTE DES ABREVIATIONS UTILISEES

3C : Centre de Coordination en Cancérologie

ADL : Activities of Daily Living

AIS : Acte Infirmier de Soins

AMI : Acte Médical Infirmier

ARS : Agence Régionale de Santé

CHRU : Centre Hospitalier Régional Universitaire

CISR-G : Cumulative Illness Score Rating-Geriatrics

CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

CS : Consultation

CSP : Code de Santé Publique

CTA : Coordination Territoriale d'Appui

DCC : Dossier Communiquant de Cancérologie

DIU : Diplôme Inter-Universitaire

DU : Diplôme Universitaire

DMP : Dossier Médical Partagé

EGA : Evaluation Gériatrique Approfondie

EGS : Evaluation Gériatrique Standardisée

EHPAD : Etablissements d'Hébergement pour Personnes âgées Dépendantes

EMSP : Equipe Mobile de Soins Palliatifs

ESP : Equipe de Soins Primaires

FIR : Fond Intervention Régional

FMC : Formation Médicale Continue

GDS : Geriatric Depression Scale

GEPOG : Groupement d'Echange de Pratique en OncoGériatrie

HAD : Hospitalisation à Domicile

IADL : Instrumental Activities of Daily Living

ICL : Institut de Cancérologie de Lorraine

IDE : Infirmier diplômé d'Etat

IDEL : Infirmier diplômé d'Etat libéral

InCa : Institut National du Cancer

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

IPA : Infirmier en Pratique Avancée

LISP : Lit Identifié Soins Palliatifs

OMEDIT : Observatoire des MEdicaments, des Dispositifs médicaux et des Innovations
Thérapeutiques

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

MMSE : Mini Mental State Examination

MNA : Mini Nutritional Assessment

MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire

MSRL : Maison des Réseaux de Santé du pays Lunévillois

PEC : Prise En Charge

PPS : Plan Personnalisé de Soins

PRIMO : Plateforme Régionale Interhospitalière en Medecine Oncologique

PTA : Plateforme Territoriale d'Appui

RCP : Réunion de Concertation Pluridisciplinaire

PAERPA : Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie

SFGG : Société Française de Gériatrie et Gérontologie

SIOG : Société Internationale d'Oncologie Gériatrique

SISSPO : Service Interdisciplinaire de Soins de Support aux Patients en Oncologie

SOFOG : Société Francophone d'Oncogériatrie

UCOG : Unité de Coordination en Oncogériatrie

UPCOG : Unité Pilote de Coordination en Oncogériatrie

URPS : Unions Régionales des Professionnels de santé

I. PREAMBULE

Le cancer de la personne âgée est devenu depuis plusieurs années un enjeu important de santé publique.

En 2015, 233 943 nouveaux cas de cancer sont estimés chez les personnes âgées de 65 ans et plus en France métropolitaine. Ils représentent 62.4% des cancers estimés, tous âges confondus en 2017 selon l'Institut National du Cancer. Pour les personnes âgées de 85 ans et plus, 35 933 décès par cancer sont estimés, soit 24 % de l'ensemble de la mortalité par cancer.

Plusieurs études ont déjà été réalisées notamment en Lorraine par l'UCOG Lorraine, concernant les ressentis et difficultés des médecins généralistes dans la prise en charge de ces patients âgés atteints de cancer :

- en 2015, 72.8% des médecins généralistes lorrains n'avaient pas accès à une consultation d'oncogériatrie, 54% souhaitaient bénéficier d'une formation en oncogériatrie et 78.1% ne connaissaient pas l'UCOG Lorraine [1].
- une autre étude datant de 2017 mettaient en évidence un sentiment d'exclusion des médecins généralistes lorrains dans la prise en charge des patients âgés atteints de cancer, du fait d'un défaut de communication, des difficultés organisationnelles au niveau des examens complémentaires et de la gestion des thérapeutiques spécifiques, ainsi qu'une méconnaissance de la filière oncogériatrique [2].

Le troisième Plan Cancer (2014-2019) tend à améliorer la communication ville-hôpital. Ceci découle en partie du constat de manque de communication et de coordination, malgré la mise en place de structures de coordinations cancérologiques et oncogériatriques.

La genèse de cette thèse provient de la création d'un groupe de travail relatif à l'oncogériatrie dans le cadre du prochain Plan Régional de Santé du Grand Est, avec des actions destinées aux professionnels de soins primaires dont les médecins généralistes, pharmaciens et infirmiers libéraux, professionnels de première ligne dans la prise en charge de ces patients.

Ainsi, il semblait nécessaire de réévaluer les difficultés des professionnels de soins primaires, incluant médecins, pharmaciens et infirmiers, et de discuter de la modélisation d'un parcours de soin complexe pour ces patients âgés, fragiles et atteints de cancer. Le choix s'est porté sur une étude qualitative, sur le territoire de l'agglomération nancéienne..

II. INTRODUCTION : LE PATIENT AGE, FRAGILE, ATTEINT DE CANCER ET LE PARCOURS DE SOIN AMBULATOIRE NANCEIEN.

a. Le patient âgé

i. Définition

Il existe plusieurs définitions de la personne âgée.

Au niveau mondial, l'OMS caractérise la personne âgée comme âgée de 60 ans et plus [3]. Entre 2000 et 2050, la proportion de la population mondiale âgée de plus de 60 ans doublera pour passer d'environ 11% à 22%. Le nombre absolu de personnes âgées de 60 ans et plus devrait augmenter pour passer de 65 millions à deux milliards au cours de la même période.

Dans les suites du Rapport mondial de l'OMS sur le vieillissement et la santé, publié en 2015 [4] l'OMS propose une stratégie et un plan d'action mondial sur le vieillissement et la santé, de 2016 à 2020. Ils seront suivis d'une décennie mondiale pour le Vieillir en bonne santé (2020 à 2030). Cela a notamment pour objectif d'adapter les systèmes de santé aux besoins des populations les plus âgées ainsi que développer des systèmes de soins de longue durée.

En France, sur le plan économique, 60 ans est également l'âge légal retenu pour le versement de l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie aux personnes âgées. Suite à la réforme des retraites de 2010, l'âge légal de départ à la retraite à taux plein est à présent de 62 ans pour les personnes nées à compter du 1^{er} janvier 1955.

La Haute Autorité de Santé et la Société Française de Gériatrie retiennent habituellement l'âge de 75 ans et plus, âge également retenu dans le domaine de la cancérologie et par conséquent, pour cette étude. A noter que cette définition diffère de celle du vieillissement au sens large, qui lui relève d'un ensemble de processus physiologiques et psychologiques qui modifient la structure et les fonctions de l'organisme à partir de l'âge mûr. Il est la résultante des effets intriqués de facteurs génétiques (vieillesse intrinsèque) et de facteurs environnementaux auxquels est soumis l'organisme tout au long de sa vie. Il s'agit d'un processus lent et progressif qui doit être distingué des manifestations des maladies. L'état de santé d'une personne âgée résulte habituellement des effets du vieillissement et des effets additifs de maladies passées (séquelles), actuelles, chroniques ou aiguës [5]

ii. Démographie

Actuellement en France, 25.6% de la population soit 17 millions de personnes ont 60 ans ou plus, 9.2% soit 6 millions ont 75 ans et plus et 1.5 million ont 85 ans et plus. [6]

Depuis plusieurs années, le taux des personnes âgées de 75 ans et plus ne cesse de s'accroître: la part des 75 ans ou plus est passée de 6,6 % en 1990 à 9,1 % en 2015 soit une hausse de 2,5 points en 25 ans. En 2040, 14,6 % des Français auront 75 ans ou plus soit une hausse de 5,5 points en 25 ans [6]. Cette forte hausse correspond à l'arrivée dans cette classe d'âge de toutes les générations du baby-boom.

Sur le bassin nancéien, une projection faite par l'INSEE en 2009 prévoyait 8,6 % de personnes de 75 ans et plus en 2020 sur le Grand Nancy, devenu Nancy Métropole [7], comprenant les 20 communes suivantes :

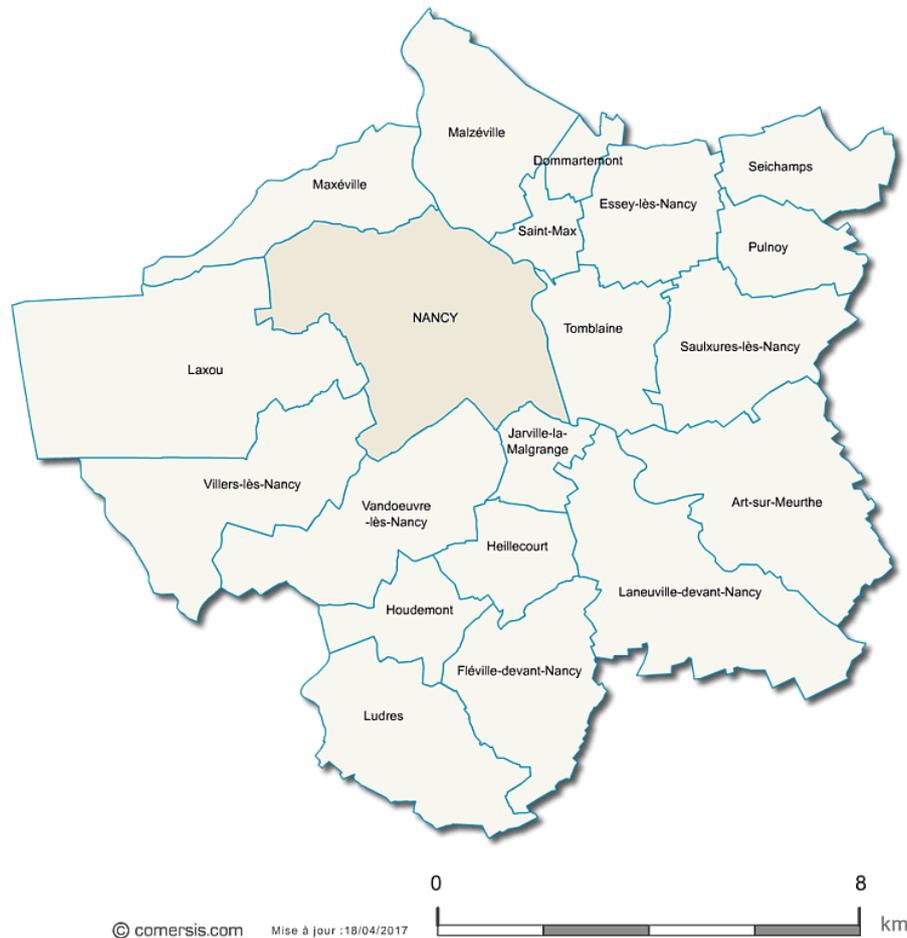


Figure 1: Agglomération Grand Nancy – Nancy Métropole

En date de 2016, on recensait 21863 personnes âgées de 75 ans et plus, soit 8.5% de la population de Nancy Métropole [7].

b. La fragilité

i. Définition

Plus que le critère d'âge, devenant de plus en plus abstrait avec le vieillissement de la population et la majoration de l'espérance de vie ces dernières décennies, le concept de fragilité est plus révélateur de l'état général d'un patient âgé que l'âge lui-même.

En effet, il n'est plus rare de croiser de manière concomitante, un patient de 68 ans que l'on considérera en mauvais état général et dépendant, puis un patient de 90 ans qui sera encore autonome dans les actes de la vie quotidienne et sans comorbidités majeures.

La Société Française de Gériatrie et Gérontologie (SFGG) définit la fragilité en ces termes : « 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 physiologiques, sociaux, économiques et comportementaux. Le syndrome de fragilité est un marqueur de risque de mortalité et d'évènement péjoratifs, notamment d'incapacités, de chutes, d'hospitalisation et d'entrée en institution » [9].

Deux modèles de critères de fragilité sont validés.

Le modèle de Fried (2001) : modèle fondé sur un phénotype « physique » qui évalue la présence chez les personnes d'un âge ≥ 65 ans de 5 critères :

- perte de poids involontaire de plus de 4,5 kg (ou ≥ 5 % du poids) depuis 1 an,
- épuisement ressenti par le patient,
- vitesse de marche ralentie,
- baisse de la force musculaire
- sédentarité.

Les patients sont dits fragiles en présence de 3 critères ou plus. Ils sont dits « pré-fragiles » si au moins un des critères est présent. Si aucun des critères n'est présent ils sont considérés comme robustes.

Le modèle de Rockwood (2005) [10] prend en compte des critères fondés sur l'intégration de facteurs cognitifs et sociaux, regroupés sous le terme de « fragilité multi-domaine » intégrant : cognition, humeur, motivation, motricité, équilibre, capacités pour les activités de la vie quotidienne, nutrition, condition sociale et comorbidités.

Comme le suggère la définition initiale, toute apparition de pathologie est susceptible d'inscrire le patient âgé dans un état de fragilité.

Il est à présent de notoriété publique que le cancer n'impacte pas seulement le patient sur le plan clinique, mais aussi social, économique et comportemental.

On comprend alors toute l'importance d'un repérage des fragilités de ces patients âgés, dès lors d'une suspicion de cancer, ainsi que pour le suivi.

Ce repérage est fait systématiquement lors des consultations gériatriques et oncogériatriques, grâce à des grilles de dépistage.

ii. Evaluation de la fragilité

1. Gériatrique

Pour évaluer la fragilité, beaucoup d'études ont été réalisées sur le modèle de Fried et préconisent la réalisation d'une évaluation gériatrique globale fondée sur le modèle multidimensionnel de l'évaluation gériatrique standardisée (EGS) [10].

Celle-ci est néanmoins complexe et doit évaluer les axes suivants, pour lesquels certains tests sont privilégiés :

- Anamnèse
- Examen clinique
- Evaluation :
 - o Sociale : entourage, aides en place,
 - o Fonctionnelle : grille ADL [Annexe 3], IADL [Annexe 4], appui unipodal,
 - o Sensorielle,
 - o Nutritionnelle : MNA, IMC, biologie,
 - o Cognitive : MMSE, Test de l'horloge, Epreuve des cinq mots de Dubois,
 - o Thymique : mini GDS, GDS, recherche signes de dépression,
 - o Revue du traitement,
 - o Comorbidités : Echelle CIRS-G [Annexe 2], échelle de Kaplan- Feinstein.

Ce type de repérage poussé nécessite du temps (1 heure minimum), ainsi que du personnel formé en gériatrie avec une maîtrise des différentes grilles. Il n'y a pas d'évaluation type, et le choix des échelles utilisées reste praticien dépendant.

Ces contraintes de temps et de pluridisciplinarité font qu'il est difficile de réaliser une telle évaluation chez des professionnels de soins primaires.

C'est pourquoi plusieurs grilles simplifiées émergent sur le territoire, selon les habitudes régionales, sans consensus, comme cela peut-être le cas concernant l'évaluation de la dépendance avec la grille AGGIR. Cette grille est utilisée tant par les gériatres, que par les médecins hospitaliers et les médecins généralistes. Aussi efficace soit-elle pour évaluer la dépendance, la grille AGGIR ne peut être un outil de repérage de la fragilité du sujet âgé.

En Lorraine, la **grille SEGA** est répandue parmi la communauté gériatrique afin d'évaluer la fragilité du patient âgé [Annexe 1]. Elle prend en compte l'âge, la provenance, le nombre de médicaments, l'humeur, la perception de sa santé par rapport aux personnes de même âge, la notion de chute dans les 6 derniers mois, la nutrition, les maladies associées, les actes de la vie quotidienne, la mobilité, la continence, la prise des repas et les fonctions cognitives.

2. Oncogériatrique

L'oncogériatrie est une discipline relativement récente datant des années 1990. La société internationale d'oncologie gériatrique (SIOG) fut créée en 2000.

En France, le développement de cette spécialité débute en 2005 avec le Groupement des Echanges de Pratiques en Oncogériatrie, GEPOG, devenu la SoFOG, SOciété Francophone d'Oncogériatrie en 2010 [11]. Cette société a pour mission de promouvoir la prise en charge multidisciplinaire du patient

âgé atteint de cancer, le développement et la promotion de la recherche, l'application des bonnes pratiques cliniques et d'évaluation, la formation des professionnels de santé, l'information du grand public et l'animation de la Fédération des UCOG [11]. L'objectif de cette discipline rapprochant oncologie et gériatrie est de garantir à tout patient âgé atteint de cancer un traitement adapté à son état grâce à une approche multidisciplinaire et multi professionnelle.

Les sociétés savantes encourageaient, tout comme pour l'évaluation gériatrique pure, la réalisation d'une évaluation exhaustive, l'Evaluation Gériatrique Approfondie (EGA), processus diagnostique multidimensionnel interdisciplinaire comme peut l'être l'EGS.

Là encore, sa complexité engendrant une utilisation restreinte, des échelles de dépistage ont été créées, afin de repérer les patients fragiles nécessitant une évaluation plus poussée.

Une première suggestion d'évaluation revient au Pr Balducci (Université de Tampa, Floride), président d'honneur de la SoFOG, selon les critères suivant [12] :

- Age > 85 ans,
- Syndromes gériatriques >1 : Démence, Syndrome confusionnel, dépression, incontinence, chute, ostéopathie fragilisante, dénutrition sévère, maltraitance, altération de l'état général
- Dépendance ADL > 1 : Continence urinaire, transfert lit/fauteuil, aller aux toilettes, alimentation, toilette, habillement,
- Comorbidités > 3 : Cardio-vasculaire, pulmonaire, rénale, endocrinologique, rhumatologique, hématologique.

Selon l'évaluation, les patients sont ensuite définis en trois catégories :

- *Balducci 1 : « Fit Elderly Elderly Elderly » (vieillesse réussie) :*
 - pas de comorbidité, autonome, pas de facteur de fragilité => traitement oncologique identique à celui d'un patient jeune,
- *Balducci 2 : « Frail Elderly Elderly Elderly » (patients fragiles) :*
 - 1 ou 2 comorbidités, 1 syndrome gériatrique (Chutes, Troubles cognitifs, Syndrome dépressif sévère, Incontinence, Troubles visuels ou auditifs gênant la vie quotidienne...) => traitement oncologique à adapter => Avis Oncogériatrique,
- *Balducci 3 : « Very Frail elderly elderly elderly » (patients très fragiles) :*
 - comorbidité > 3 ou patient dépendant => traitement palliatif.

Une autre échelle d'évaluation, dédiée à la prise en charge du cancer prostatique, la classification SIOG 2, se base sur l'échelle CISR-G [Annexe 2] et l'IADL [Annexe 4], le statut nutritionnel et la présence de troubles du comportement :

- *Groupe 1 « patient en bonne santé » :* CISR-G entre 0 et 2, indépendant au niveau de l'IADL, pas de malnutrition => traitement standard,
- *Groupe 2 « patient vulnérable ou problème réversible » :* CISR-G avec au moins un grade 3, IADL >= 1, risque de malnutrition => traitement standard sauf prostatectomie,
- *Groupe 3 « patient fragile ou problème irréversible » :* CISR-G avec plusieurs grade 3 ou au moins un grade 4, dépendance ADL >= 1, malnutrition => traitements symptomatiques, incluant les traitements spécifiques comme l'hormonothérapie,
- *Groupe 4 « patient au stade terminal » :* comorbidités majeures, troubles cognitifs, grabatisation => uniquement traitement palliatif.

D'après une étude de 2016, parmi sept outils de dépistage, l'échelle G8 [Annexe 5] et l'échelle VES13 [Annexe 6] sont les plus performants et ont été validés spécifiquement dans des populations de malades âgés atteints de cancer [13].

La grille G8 a été validée dans le cadre de l'essai ONCODAGE promu par l'Institut National du Cancer. La généralisation nationale de son utilisation était inscrite dans l'action 23.4 du Plan Cancer 2009-2013. Elle recherche une perte d'appétit, une perte de poids, évalue la motricité, les problèmes neuropsychologiques, l'IMC, le nombre de médicaments, la perception de sa santé par rapport aux personnes de son âge et l'âge.

Elle est dédiée aux patients âgés atteints de cancer, afin de repérer ceux qui devraient bénéficier d'une évaluation gériatrique approfondie. Elle est donc plus spécifique à l'oncogériatrie. A ce jour, son utilisation est essentiellement restreinte aux oncologues et oncogéiatres.

Ce dépistage suivi d'une évaluation est notamment promu par l'Institut National du Cancer (INCa), pour lequel cette évaluation est primordiale, et se doit de figurer dans le compte-rendu de la Réunion de Concertation Pluridisciplinaire. Les propositions gériatriques intégrées doivent également figurer dans le programme personnalisé de soins (PPS) [13].

c. Parcours de soin oncologique et oncogériatrique

i. Au niveau national

La politique nationale de santé concernant la prise en charge des cancers est régie par les Plans cancers successifs.

En 2003, Jacques Chirac lance **le premier Plan de mobilisation nationale contre le cancer (2003-2007)** et en présente 70 mesures, dont la création des **Centres de Coordination en Cancérologie (3C)**. Ces « véritables cellules qualité opérationnelles » doivent permettre d'assurer la généralisation d'une approche concertée et pluridisciplinaire du patient au sein des établissements de santé autorisés en cancérologie.

Il encourage également **l'émergence d'une nouvelle discipline à part entière, l'oncogériatrie**, de par les mesures 29 à 38 : coordonner systématiquement les soins en ville et à l'hôpital autour du patient, avec notamment « une mission d'oncogériatrie, chargée de la promotion et de la coordination de travaux dans le domaine de l'épidémiologie, de la prévention et de l'adaptation des traitements et des essais cliniques sur la population âgée » [14].

L'institut national du Cancer est créé en mai 2005.

En 2009, **le second Plan Cancer (2009-2013)** a contribué à structurer le champ de la cancérologie, à la fois dans le champ des prises en charge (dépistage, soins) et dans celui de la recherche. Les structures de coordination nécessaires pour améliorer les prises en charge comme pour favoriser la dynamique d'une recherche nécessairement pluridisciplinaire sont aujourd'hui en place.

Les **centres de coordination en cancérologie (3C)** ont été officiellement validés sur l'ensemble du territoire, et un appel à projet lancé en 2011 sur le **déploiement national d'Unités Pilotes de Coordination en Oncogériatrie (UPCOG), au nombre initial de 15**, répondant à l'objectif 23.4 : améliorer la prise en charge des personnes âgées atteintes de cancer [15].

Le troisième Plan Cancer 2014-2019 [16] a particulièrement pour but d'appuyer l'organisation des structures précédemment mises en place et répondre à trois objectifs essentiels :

- décloisonner les différents champs de la lutte contre le cancer pour accélérer encore les transferts de la recherche vers les patients et pour fluidifier les parcours de santé de la prévention au soin,
- gagner en efficacité et en efficience en optimisant les moyens et les systèmes d'information,
- préciser les articulations entre les niveaux national/interrégional/régional/territorial en intégrant le rôle central des ARS.

Plus spécifiquement, pour la personne âgée, ce plan retient les objectifs suivants :

- Objectif 5 : Accélérer l'émergence de l'innovation au bénéfice des patients ; Indicateur n°25 : Proportion de patients âgés de plus de 75 ans inclus dans des essais cliniques dédiés aux patients âgés
- Objectif 16 : Optimiser les organisations pour une plus grande efficience, notamment via le groupe de travail en cours relatif à l'oncogériatrie à l'ARS Grand Est

La création de 24 Unités de Coordination en Oncogériatrie (UCOG), dont une UCOG en Lorraine, une en Alsace et une en Champagne-Ardenne. Celle de Lorraine a été avalisée suite à l'appel à projet de 2011.

Une campagne d'affichage initiée par la SoFOG, afin de sensibiliser le grand public, via les structures médico-sociales prenant en charge les personnes âgées et médecins généralistes, sera diffusée en septembre 2019 au niveau de la région Grand Est.

La diffusion d'une échelle de dépistage de la fragilité (G8) à destination des professionnels du cancer est elle-aussi en cours.

ii. En Lorraine et dans le bassin nancéien

1. Cancérologie

a. Réseau de Cancérologie du Grand Est (RRC Grand Est) – ONCOLOR

La Lorraine tend depuis longtemps à structurer la filière oncologique régionale, et ce bien avant le premier plan de mobilisation de 2003. **Le réseau ONCOLOR** [17] a été initié en 1993. Il a actuellement pour vocation :

- la promotion et l'amélioration de la qualité en cancérologie, en élaborant à partir des recommandations nationales des référentiels régionaux diffusés à ses membres, et en organisant une fonction de veille sur l'actualisation des référentiels,
- la définition des dossiers standards et de ceux devant être discutés en RCP,
- le développement d'audits qualité,
- la promotion d'outils communs de communication au sein de la région, en particulier les outils de communication et d'échange sécurisé de données médicales patient, dont le Dossier Communicant en Cancérologie (DCC),
- l'aide à la formation continue des professionnels de santé,
- l'information des professionnels et des patients, en élaborant un répertoire des moyens et des compétences au niveau de la région,

- le recueil et l'analyse régionale des données relatives à l'activité de soins, alimentés notamment par les 3C, ce qui permettra de déboucher sur un tableau de bord régional de cancérologie,
- l'évaluation des membres et des pratiques au sein du réseau.

Il est actuellement organisé en 5 axes :

- Réseau OncolorPédiatrie,
- Interface Ville-Hôpital,
- Oncogériatrie,
- Chimiothérapie à domicile,
- Centre de Coordination en Cancérologie (3C).

Ce réseau, depuis sa mise en place, a participé au développement d'un référentiel national de RCP pour le cancer du poumon en 2015 et rédigé un référentiel oncologique régional ONCOLOGIK. Il a également permis la création des « e-RCP », outil d'organisation des RCP et production de fiches transmises rapidement aux spécialistes et médecins traitants des patients, aidé à la formation continue via e-learning, et s'est associé à la recherche contre le cancer aux côtés du CancéroPôle Grand Est (CGE).

Suite à la fusion régionale, ONCOLOR fait à présent partie, depuis le 1^{er} janvier 2019, du Réseau de Cancérologie du Grand Est, fusionnant le réseau ONCOLOR et ses homologues champardennais ONCOCHA et alsaciens CAROL [18].

b. Centres de coordination en cancérologie

Le schéma d'organisation des 3C validé par l'ARS en décembre 2011 retient 7 centres de coordination, dont 3 sur le bassin nancéen [18] :

- **3C porté par l'Institut de Cancérologie de Lorraine** – ICL de Vandœuvre-lès-Nancy – Public/privé
 - o Chimiothérapie
 - o Radiothérapie
 - o Chirurgie des cancers mammaires, digestifs, urologiques, gynécologique, ORL et maxillo-faciale
 - o Curiethérapie
- **3C porté par le Centre Hospitalier Régionale Universitaire de Nancy** – public
 - o Chimiothérapie
 - o Chirurgie des cancers digestifs, urologiques, digestifs, thoraciques, ORL et maxillo-faciale
 - o Utilisation thérapeutique de radioéléments en sources non scellées
- **3C porté par la Polyclinique de Gentilly de Nancy** – privé
 - o Radiothérapie
 - o Chimiothérapie
 - o Chirurgie des cancers mammaires
 - o Chirurgie des cancers digestifs, thoraciques, urologiques, gynécologiques

La **clinique d'Essey-lès-Nancy** (Louis Pasteur) est également autorisée pour :

- Chimiothérapie
- Chirurgie des cancers mammaires, digestifs, thoraciques, urologiques, gynécologiques

D'autre part, la Maternité Régionale et la polyclinique Majorelle sont autorisées à la prise en charge des cancers mammaires et gynécologiques, le Centre Emile Gallé à la chirurgie des cancers non soumise à seuil, et l'hôpital d'enfants de Brabois pour la prise en charge des enfants et adolescents de moins de 18 ans et l'utilisation thérapeutique de radioéléments en sources non scellées.

c. Parcours oncologiques nancéiens

Sur le bassin nancéen, l'offre de soin en cancérologie est partagée par plusieurs établissements.

Le CHRU de Nancy regroupant l'Hôpital Central, les Hôpitaux de Brabois, la Maternité Régionale, le centre chirurgical Emile Gallé, est le seul établissement public du secteur permettant l'accès à l'ensemble des spécialités oncologiques.

L'Institut Cancérologique de Lorraine (ICL), anciennement Centre Alexis Vautrin, établissement privé à but non lucratif, a depuis plusieurs années développé, en plus de l'ensemble des spécialités oncologiques, plusieurs parcours de soins spécifiques à certains organes [19], notamment le **Parcours Sein**, avec un numéro d'accès commun aux patientes ainsi qu'aux médecins, permettant d'inclure la patiente dans un parcours dédié, du diagnostic au suivi.

Il en est de même pour le **Parcours Tête et cou**, ainsi que le **Parcours Prostate**, en collaboration avec le CHRU via l'Institut universitaire Lorrain de la Prostate [19]

Un service ambulatoire d'hospitalisation de jour conjoint au CHRU et à l'ICL a ouvert ses portes en 2019, sous le nom de PRIMO (Plateforme Régionale Inter-hospitalière en Médecine Oncologique) qui regroupe dans les locaux de l'ICL l'activité ambulatoire oncologique des services du CHRU de Nancy (neuro-oncologie, gastro-entérologie, pneumologie, dermatologie) et du département d'oncologie médicale de l'ICL.

Le CHRU Nancy et l'ICL constituent à eux deux le Pôle Régional de Cancérologie Lorraine depuis 2011. Ce pôle a pour vocation d'être le principal promoteur du progrès en matière de recherche et d'enseignement dans le domaine du soin. Il a pour objectif principal d'offrir à tous les Lorrains, sans discrimination, un égal accès à l'innovation dans le domaine de la cancérologie en garantissant une excellence dans la prise en charge et en s'investissant dans le réseau ONCOLOR (RRC Grand Est).

Les polycliniques de Gentilly [20] et la clinique Pasteur à Essey-lès-Nancy [21], établissements privés à but lucratif, proposent eux aussi des parcours oncologiques performants. L'ensemble des praticiens des structures citées est affilié au RRC Grand Est, quel que soit le statut administratif de l'établissement, et tous participent également à la recherche médicale.

2. Oncogériatrie

Suite à l'appel d'offre de l'InCa sur le déploiement national des UCOG, l'Unité Lorraine de Coordination en OncoGériatrie (UCOG Lorraine) est reconnue effective en 2012, et débute son activité second semestre 2013.

Ses missions sont les suivantes :

- Optimisation et adaptation des traitements des patients âgés atteints de cancer par des décisions conjointes oncologiques-gériatres,
- Promouvoir cette prise en charge dans la région afin de la rendre accessible, à terme, à tous les patients âgés atteints de cancer,
- Contribuer au développement de la recherche en oncogériatrie, par des collaborations régionales et nationales,
- Soutenir la formation et l'information en oncogériatrie.

Cette unité est organisée comme suit :

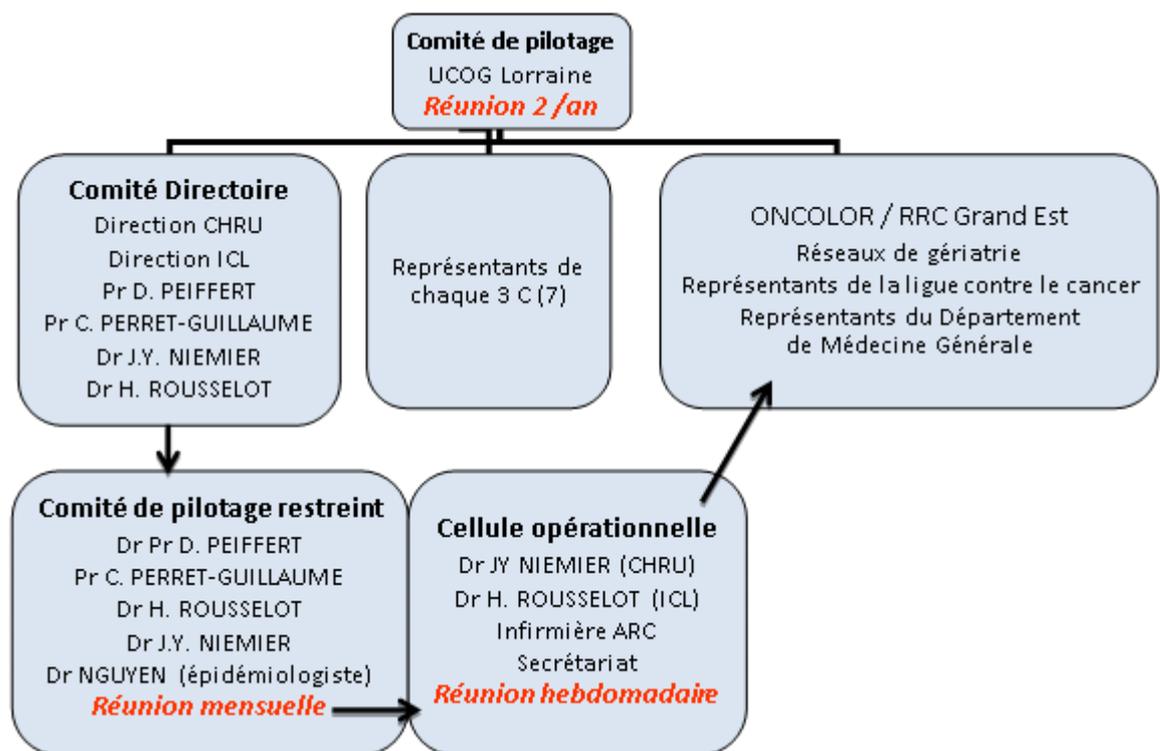


Figure 2: Organigramme UCOG Lorraine

L'unité a également vocation à former les professionnels de santé, y compris ambulatoires, notamment via une plateforme de e-learning gratuite mise en ligne en 2018 [22] par ONCOTICE, et des formations spécifiques dispensées à l'ICL.

Cette unité de coordination est indépendante de l'activité d'évaluation clinique, regroupée sous la forme de consultations individuelles d'oncogériatrie, ou d'hospitalisation de jour.

Le secteur de Nancy Métropole bénéficie de deux plateaux d'évaluation oncogériatrique : une plateforme au CHRU Nancy (Dr Niemier), ainsi qu'une seconde à l'ICL (Dr ROUSSELOT - Dr NIEMIER, Dr DELATTRE et Dr CORNILLON).

L'activité globale pour l'année 2018 au CHRU s'élevait à 530 évaluations oncogériatriques (patients externes), et environ 350 à l'ICL dans le même temps, soit 880 évaluations sur une année.

Dernièrement, à l'initiative du Programme Régional de Santé 2 (PRS2), un groupe de travail relatif à l'oncogériatrie est en cours au niveau de l'ARS Grand Est [23], en lien avec les objectifs du troisième Plan Cancer sus-décrié. Ce groupe de travail a pour but de recenser les difficultés existantes, notamment dans la région Grand Est et ainsi mieux cibler les besoins de cette population gériatrique atteinte de cancer.

Nous avons déjà évoqué la diffusion d'une campagne d'affichage à destination de cette population.

Il est aussi question, dans le même temps, d'une campagne de sensibilisation à l'utilisation d'une échelle de dépistage de la fragilité G8, spécifique à l'oncogériatrie, à destination des professionnels de santé en oncologie (oncologues, radiothérapeutes, chirurgiens, IDE) attendant à ces patients âgés, fragiles et atteints de cancer. Cette diffusion a pour but de les repérer plus précocement, et de pouvoir les inclure dans un parcours de soin optimum, qui reste à modéliser, ce qui est l'objet de cette étude.

3. Parcours de soin ambulatoire chez le patient nancéien, âgé, fragile, atteint de cancer

Actuellement, il n'existe pas de parcours de soin spécifique pour ces patients âgés fragiles, atteints de cancer, sur Nancy Métropole, mais des liens informels ont été créés au fil des années entre professionnels de soin primaires, oncologues et oncogéiatres. Les demandes d'évaluation oncogériatriques, directement de la part de médecins généralistes ou coordonnateurs d'EHPAD restent néanmoins très ponctuelles.

Le **médecin généraliste** reste le pivot de la prise en charge, et peut adresser comme nous venons de le voir, son patient âgé dans un parcours dédié à l'organe, s'il s'agit d'un cancer du sein, tête et cou, ou prostatique, ou vers un spécialiste directement.

Dans un second temps, un bilan est réalisé ainsi qu'un dépistage de la fragilité par l'échelle G8 lors de l'évaluation par le spécialiste. Si une fragilité est dépistée, l'évaluation oncogériatrique est requise, avant le passage en Réunion de Concertation Pluridisciplinaire. Ces RCP se veulent systématiques, dès lors d'une suspicion ou d'un diagnostic de cancer, conformément aux obligations relatives au Code de la Santé Publique.

Le suivi est ensuite organisé, dans l'idéal, en collaboration entre le spécialiste et le médecin traitant et, souvent, le passage d'un infirmier au domicile.

D'une manière générale, tout patient âgé, fragile, résidant au domicile sur le bassin nancéien peut bénéficier d'une prise en charge par le **réseau gérontologique Gérard Cuny** coordonné par Dr Eliane Abraham [24].

Ce réseau, non spécifique du cancer, créé en 2004, a pour mission d'assurer et d'organiser l'accès à des soins et des aides de qualité et de proximité, en préservant chaque fois que possible le désir de la personne de rester à son domicile selon les objectifs suivants :

- Être au service de la personne âgée, de son entourage, en soutien de son médecin et des professionnels,
- Réaliser et analyser une évaluation médico-psycho-sociale au domicile,
- Élaborer un Plan Personnalisé de Santé avec l'accord de la personne âgée en concertation avec l'ensemble des intervenants, et assurer son suivi,
- Accompagner le maintien à domicile dans les conditions sanitaires et sociales optimales,
- Assurer la coordination entre les intervenants du domicile, l'hôpital et les établissements d'hébergement.

Ses missions ont été renforcées lors du déploiement du Parcours des personnes âgées en risque de perte d'autonomie (PAERPA) [25] en 2014 ciblant les personnes âgées de plus de 75 ans avec un risque de perte d'autonomie. Ce PAERPA vise une coordination renforcée entre les professionnels de santé de premier recours pour faciliter le parcours de ces patients fragiles et polypathologiques. Parmi les outils clés mis en place : la coordination territoriale d'appui (CTA, un guichet unique et le Plan personnalisé de santé (PPS), document sous l'égide du médecin traitant qui formalise la coordination médico-sociale.

En cas de nécessité d'**hospitalisation à domicile**, deux organismes se partagent le territoire : l'HAD OHS Florentin, rattachée au centre de rééducation et ouverte en 1972 (première HAD de Lorraine), et l'HADAN, HAD de l'Agglomération Nancéienne présente depuis 2005.

Concernant **les soins palliatifs**, un réseau de soin ambulatoire rattaché au réseau Nancy Santé Métropole (NSM, ancien « Trait d'union ») permet un relais et une évaluation au domicile, des patients bénéficiant de soins de support et soins palliatifs

Les structures hospitalières bénéficient également de services de soins de support, que ce soit au niveau du CHRU avec l'Equipe Mobile de Soins Palliatifs et l'Unité de Soins palliatifs Spillmann (15 lits SP LISP), l'ICL avec le SSSPO (consultations externes, 4 lits HDJ SP et 20 lits dédiées soins de support), et la Polyclinique de Gentilly (consultations externes, 4 lits HDJ SP et 8 LISP).

Le médecin traitant, ainsi que le pharmacien et l'éventuel infirmier libéral restent la triade référente pour le suivi du patient.

III. CONTEXTE DE L'ETUDE

Comme nous venons de le voir, les plans Cancer successifs ont, depuis plusieurs années, favorisé le développement de l'oncogériatrie en tant que discipline à part entière.

Le 3^{ème} Plan Cancer 2014-2019 insiste quant à lui sur la nécessité de coordination entre les établissements de soin, ainsi que l'amélioration de la coordination ville-hôpital et les échanges d'informations entre professionnels.

Plusieurs études réalisées auprès de médecins généralistes de divers territoires [1, 2, 26, 27] mettent en évidence un sentiment de défaut de concertation interprofessionnelle, et plus globalement de communication dans la prise en charge de ces patients âgés atteints de cancer dont ils sont pourtant les acteurs de premier recours.

Une étude réalisée en 2017 en Lorraine auprès de médecins généralistes [2], faisait déjà état d'une prise de conscience des praticiens vis-à-vis de la fragilité de leurs patients âgés atteints de cancer, sans pour autant avoir recours à une échelle objective.

Il était par ailleurs fait état de difficultés de communication, notamment avec leurs confrères hospitaliers ; d'un manque de fluidité du parcours de soin à tout niveau de la prise en charge, ainsi que d'un sentiment négatif d'exclusion de la prise en charge de leurs propres patients.

Le Plan Régional de Santé de l'ARS Grand Est 2018-2019 cherche de ce fait à favoriser la coordination des parcours de patients atteints de pathologies cancéreuses, et à renforcer les relations ville-hôpital.

Cela concerne à la fois les patients atteints de cancer au sens général, mais plus spécifiquement les patients âgés, avec le renforcement des missions des UCOG, **l'objectif opérationnel n°6 du Parcours patients atteints de cancer** étant : *100% des établissements autorisés à traiter le cancer repèrent les patients âgés atteints de cancer présentant une fragilité et doivent pouvoir leur proposer une évaluation oncogériatrique, notamment dans le cadre de parcours complexes, à 5 ans.*

Pour ce faire, un groupe de travail relatif à l'oncogériatrie est actuellement en cours au sein de l'ARS Grand Est, avec une ouverture aux médecins gériatres hospitaliers, oncogéiatres, représentants des usagers mais également aux médecins libéraux et pharmaciens libéraux.

Ce groupe a notamment pour but de refaire l'état des lieux actuel concernant les prises en charges oncogériatriques dans le Grand Est, et de diffuser une échelle d'évaluation de la fragilité à l'ensemble des professionnels en vue d'homogénéiser le dépistage. Il est aussi question de sensibiliser les professionnels de santé à cette thématique et discuter d'un modèle théorique organisationnel, afin de formaliser un parcours de soins complexe dédié à cette population. Dans le cadre de ce travail de thèse, j'ai d'ailleurs eu la chance d'être conviée à l'une des réunions de travail du groupe externe en février 2019.

Plusieurs actions sont déjà en cours, notamment le lancement à l'automne 2019 d'une campagne d'information par voie d'affichage vers le grand public via les médecins généralistes et les structures suivantes du Grand Est :

- Médecins libéraux et mixtes,
- EHPAD, résidences autonomie, centres accueil de jour pour personnes âgées,
- Conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie (CDCA),
- Services de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD),
- Ligues contre le cancer,
- Conseils départementaux,
- Centres Locaux d'Information et Coordination (CLIC),
- MAIA (Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des Malades Alzheimer),
- Centres Mémoire de Ressources et de Recherche (CM2R),
- Hôpitaux de jour et consultations gériatriques,
- MSA (mutuelle agricole).

**“ IL N'Y A PAS D'AGE
POUR SE FAIRE SOIGNER
DU CANCER ”**

**▶ EN FRANCE, 1 PATIENT SUR 3
ATTEINT DE CANCER A PLUS DE 75 ANS.**

🕒 Plus tôt le diagnostic est posé, plus vite vous aurez accès aux traitements adaptés à votre santé.

👤 Vous constatez des signes anormaux, parlez-en à votre médecin.

UNIV de Coordination en Oncogériatrie | Réseau Onco Périlieu-Durance | LA LIQUE | ars Agence Régionale de Santé Nouvelle-Aquitaine | sofog.org | SoFOG SOCIÉTÉ FRANCOPHONE D'ONCO-GÉRIATRIE

Figure 3: Campagne d'affichage SoFOG et ARS Grand Est, oncogériatrie septembre 2019

Cette campagne est impulsée par la SoFOG au niveau national.

En parallèle, une campagne de diffusion de l'échelle de dépistage de la fragilité G8 sera mise en place auprès des professionnels de santé en oncologie.

L'ensemble des réflexions menées lors des travaux liés au PRS a abouti à la nécessité de réaliser un recensement des difficultés rencontrées par les professionnels de soins primaires sur l'agglomération nancéenne lors de la prise en charge de ces patients âgés, fragiles et atteints de cancer. Il est aussi nécessaire d'effectuer un recensement des moyens existants, qu'il s'agisse des structures oncologiques, ou des réseaux ambulatoires tels que le réseau gérontologique, les soins de support ou l'hospitalisation à domicile, ce qui constitue le sujet de mon travail de thèse. Travail qui, secondairement, amène à une réflexion sur la modélisation concrète d'un parcours de soin pouvant répondre à leurs besoins, et ainsi optimiser le parcours du patient.

Il nous a semblé nécessaire d'y inclure tous les professionnels de soins primaires, à savoir les médecins généralistes, coordonnateurs d'EHPAD, médecins HAD mais aussi les pharmaciens officinaux et les infirmiers libéraux, ces derniers participant pleinement à la prise en charge de nos patients. Cette ouverture nous paraît d'autant plus indispensable du fait de la redondance du défaut de communication interdisciplinaire relevée lors des précédentes études.

Cette étude a volontairement été restreinte à l'agglomération nancéenne, dans le but de faire émerger un modèle cohérent sur un territoire donné.

IV. METHODOLOGIE

a. Choix de la méthode

Le protocole de l'étude a été élaboré avec l'aide de mon directeur de thèse Dr Jean-Yves NIEMIER, et du Pr Christine PERRET-GUILLAUME.

Cette thèse cherchant à étudier les ressentis des professionnels, ainsi que discuter la réalisation d'un parcours de soin, nous avons privilégié la méthode qualitative par entretiens, laissant plus d'ouverture à la personne interrogée et permettant l'émergence d'idées plus spontanées.

Cette approche qualitative par entretiens consiste à investiguer des faits relevant d'une part de systèmes et idéologiques collectifs, et de faits issus de l'expérience et pratiques vécues d'autre part. L'analyse qui en découle permet de traduire les conduites et les épreuves individuelles en enjeux collectifs et de donner aux enjeux collectifs une dimension individuelle [28].

Dans un premier temps, nous avons ainsi élaboré un guide d'entretien, avec un questionnaire semi-directif [Annexe 7].

Pour cela, nous nous sommes appuyés sur les précédents travaux de recherche existants en développant certains items notamment concernant les ressentis. Cette partie a également pour but de replacer l'interrogé dans le contexte global de l'étude.

Dans un second temps, nous avons poursuivi les entretiens en s'appuyant sur les ressentis et difficultés évoqués pour faire émerger la modélisation d'un parcours de soin complexe pouvant fluidifier et optimiser la prise en charge de ces patients.

Ce questionnaire a bénéficié d'une relecture par Madame Marie-Hélène WOJCIK, cadre chargée de la formation à l'IRTS Lorraine (Institut Régional du Travail Social) et docteur en sociologie.

Le questionnaire initial destiné aux médecins généralistes, a été décliné et adapté aux spécificités de chaque corps de métier, à savoir un questionnaire adapté pour les IDEL, et un troisième à destination des pharmaciens.

b. Critères d'inclusion

Il a été convenu dès les débuts de cette thèse, de restreindre l'étude au bassin nancéien rassemblant les villes suivantes (cf. figure 1) :

Art-sur-Meurthe, Dommartemont, Essey-lès-Nancy, Fléville-devant-Nancy, Heillecourt, Houdemont, Jarville-la-Malgrange, Laneuveville-devant-Nancy, Laxou, Ludres, Malzéville, Maxéville, Nancy, Pulnoy, Saint-Max, Saulxures-lès-Nancy, Seichamps, Tomblaine, Vandoeuvre-lès-Nancy, Villers-lès-Nancy.

L'objectif est d'en extraire un modèle initial à petite échelle, sur cette agglomération. Ce modèle pouvant, à terme, être étendu à d'autres territoires en tenant compte de leurs spécificités propres.

Par rapport aux précédents travaux réalisés sur ce thème (25, 26), nous avons choisi d'interroger l'ensemble des professionnels de santé en soins primaires intervenants auprès de ces patients, car le propre de ce sujet est de favoriser la pluridisciplinarité.

Ainsi, ont été inclus dans notre étude :

- des médecins généralistes
- des médecins coordonnateurs EHPAD
- des médecins HAD
- des infirmiers libéraux
- des pharmaciens libéraux

L'inclusion arrivera à son terme lorsque la saturation des données sera obtenue.

c. Programmation des entretiens

Lors de la phase de prospection, les URPS (Unions Régionales des Professionnels de santé) de chaque corps de métier ont été sollicités.

Travaillant au sein d'un Service de Soins de Suite et Réadaptation proche de Nancy, j'ai sollicité nos intervenants habituels répondant aux critères d'inclusion.

Les professionnels ont été contactés par voie téléphonique ou par courrier électronique, durant la période du 20 au 28 juin 2019, en cherchant à respecter au mieux la technique de variation maximale. Le principe de cette technique étant de faire varier au maximum le profil des répondants. Une date et un lieu d'entretien ont ainsi pu être déterminés.

d. Déroulement des entretiens

Les entretiens se sont déroulés durant la période du 29 juin 2019 au 15 juillet 2019.

La plupart des entretiens ont eu lieu sur le lieu d'exercice du chaque professionnel, deux à leurs domiciles et trois autres entretiens dans d'autres lieux.

Au début de chaque entretien, une reprise succincte du contexte ainsi que le projet de l'étude ont été précisés avec la personne interrogée:

- Texte d'introduction standardisé

Bonjour,

Tout d'abord je vous remercie d'avoir accepté cet entretien.

Je me présente, je m'appelle Rachel Blanck, je suis actuellement médecin non thésée au SSR de Saint Nicolas de Port, et par ailleurs en cours de thèse.

Celle-ci cherche à recenser les ressentis et difficultés des professionnels de soins primaires concernant la prise en charge des patients âgés, fragiles, atteints de cancer, et de discuter la modélisation d'un parcours de soin pouvant optimiser leur prise en charge.

Un groupe de travail est actuellement en cours à l'ARS du Grand Est, afin de mettre en œuvre la Politique Régionale de Santé 2018-2019, notamment concernant le parcours oncogériatrique.

J'ai d'ailleurs eu la chance de pouvoir participer à l'une des premières réunions de travail fin janvier 2019 et cette étude permettra de faire remonter vos difficultés, ainsi que vos éventuelles suggestions et d'alimenter ce groupe de travail. Sachant que vous êtes les acteurs de première ligne pour ces patients et que votre voix est souvent peu représentée au sein de ces groupes.

Afin de ne pas biaiser cet entretien ni vous influencer, nous pourrions discuter, si vous le souhaitez, de ce projet à l'issue du questionnaire.

Comme vous le voyez, cet entretien sera enregistré, si vous êtes d'accord, puis retranscrit intégralement, de manière anonyme.

La personne interrogée a pu une nouvelle fois donner son accord de participation à cette étude. L'entretien débute par le recueil des données descriptives manuscrites [Annexe 9], puis l'entretien en lui-même est enregistré sur dictaphone numérique. Celui-ci est retranscrit intégralement [Annexe 8] avec insertion de la gestuelle, soupirs, rires, interruptions, afin d'obtenir la retranscription la plus fidèle possible.

Chaque entretien dure entre 17 et 54 minutes et a nécessité entre 1h30 et 3 heures de retranscription. Celle-ci a été réalisée dans les heures suivant chaque entretien.

L'intégralité des entretiens est disponible sur CD Rom (en annexe du manuscrit de thèse).

e. Analyse des données

L'analyse des entretiens a été réalisée à mesure, en respectant l'anonymat des personnes interrogées dès la retranscription des données.

Au moment de la retranscription de chaque entretien, une première analyse axiale a été réalisée, afin de faire émerger des mots clefs révélateurs de thèmes.

Ces analyses nous ont permis de structurer l'analyse sous forme de tableaux, avec insertion de verbatims à titre d'illustration, sous forme de citations regroupées par thèmes et sous thèmes [annexe 10].

Initialement, il avait été envisagé une saturation théorique des données après réalisation d'une vingtaine d'entretiens.

La saturation effective des données a été obtenue à partir du 17^{ème} entretien. Les entretiens ont été poursuivis jusqu'au nombre de 20 afin d'asseoir la saturation, regroupant les professionnels suivants :

- 5 infirmiers libéraux,
- 5 pharmaciens libéraux,
- 7 médecins généralistes,

- 2 médecins HAD,
- 1 médecin généraliste et coordonnateur d'EHPAD.

A chaque nouvel entretien, une analyse transversale est réalisée, afin de rechercher une cohérence inter-entretiens. Enfin, les données ont été relues par Dr NIEMIER au titre de la triangulation.

Les tableaux d'analyse sont disponibles à titre d'exemple en annexe 8.

V. RESULTATS

a. Données descriptives.

Au total, la saturation des données a été obtenue au bout de 17 entretiens, toute catégorie professionnelle confondue. Nous avons complété notre analyse par la réalisation de 3 entretiens supplémentaires afin d'asseoir la saturation des données et d'homogénéiser au maximum le nombre de professionnel de chaque corps de métier, soit 20 entretiens au total. Ont ainsi été interrogés : 7 médecins généralistes, 1 médecin généraliste et coordonnateur en EHPAD, 2 médecins en HAD, 5 pharmaciens libéraux et 5 infirmiers libéraux.

La durée de chaque entretien est comprise entre 17 et 54 minutes.

La moyenne d'âge de notre échantillon, tous professionnels confondus, est de 50 ans. L'âge médian est de 50.5 ans, l'âge minimal de 31 ans et l'âge maximal est de 71 ans.

La moyenne d'âge des médecins interrogés est de 49 ans. La majorité des libéraux travaille en association (70%) et tous interviennent en EHPAD. L'un deux était également médecin coordonnateur en EHPAD. Deux autres médecins travaillent en HAD.

La part de patients âgés de leurs patientèles est, en moyenne, de 43%, mais il existe une forte disparité entre le médecin coordonnateur et libéral ainsi que les HAD (80%) versus libéraux purs (24%).

Seul le médecin coordonnateur en EHPAD avait pu bénéficier d'une formation en gériatrie.

La moyenne d'âge des pharmaciens interrogés est de 59 ans.

La part de patients âgés dans leurs clientèles est, en moyenne, de 32%. L'une d'entre eux a travaillé en pharmacie hospitalière dans un service de préparation de chimiothérapie, et une autre a suivi une formation complémentaire en cancérologie.

La moyenne d'âge des infirmiers diplômés d'état interrogés est de 44 ans.

La part de patients âgés de leur clientèle est, en moyenne, de 57%. Aucun d'entre eux n'a bénéficié de formation ayant trait à la gériatrie, à l'oncologie ou à l'oncogériatrie.

Tous sont demandeurs de formations en oncogériatrie, hormis l'un des pharmaciens sur le point de partir en retraite, mais restant en faveur de formations pour ses collaborateurs (PH5).

b. 1^{ère} partie de l'entretien : la démarche diagnostique du cancer

i. Dépistage organisé et individuel (groupe médecins)

Concernant le dépistage organisé du cancer (sein et colo-rectal) le ressenti est partagé. D'un côté, les médecins estiment la **démarche utile et importante** : « Pour moi c'est bien, c'est parfait » (M4). De l'autre, ils pointent le **manque d'adhésion du patient laissé à son libre arbitre** : « Après maintenant que les gens adhèrent ou n'adhèrent pas c'est un autre problème mais c'est à eux de décider » (M4) ainsi que le **manque de communication sur le sujet** : « Y a pas suffisamment de campagne médiatique pour que ce soit bien pris en compte... » (M7).

D'autres font également une **distinction selon l'organe concerné et la modalité** : « c'est sûr que le type de prélèvement c'est jamais facile... » (M3co, cf cancer colorectal), « Mammographie c'est super ! Extraordinaire » (M1).

Concernant le dépistage individuel du cancer, la plupart des médecins interrogés prennent **en compte les co-morbidités** : « ça dépend des gens, des antécédents, des facteurs de risque » (M2), **occasionnant parfois une limitation du dépistage** : « Si c'est pour enquiquiner quelqu'un et que ça n'aboutit à rien c'est pas la peine » (M3co), et **dépend également à nouveau de l'organe concerné** avec une poursuite du dépistage individuel plus systématique pour les cancer du sein, digestif, prostatique et enfin en moindre mesure pulmonaire : « La mammo je continue » (M4), « la recherche de sang dans les selles ça m'arrive » (M4), « la prostate je demande un PSA tous les ans » (M1).

On note néanmoins **l'absence de discussion concernant le dépistage du cancer du col de l'utérus**, avec même pour l'un d'entre eux un arrêt complet des frottis au-delà de 74 ans : « Ce que je fais plus du tout c'est les frottis ça sert strictement à rien » (M4).

Quelques-uns signalent aussi une **sensation d'obligation de moyen** croissante vis-à-vis du dépistage : « surtout par les familles qui nous pourrissent la vie » (M1).

Concernant la majoration de la limite d'âge du dépistage organisé à 80 ans, les praticiens sont partagés, **une moitié y étant plutôt favorable** : « on pourrait même aller au-delà » (M2), quand **d'autres restent plus sceptiques** sur l'utilité : « dans ce cas-là qu'on nous prouve que ça a intérêt en terme de morbi-mortalité », d'autres sur le moyen de communication : « Ben s'il y a une publicité qui va avec, oui. Si c'est juste remonter sans publicité non » (M10). **Une autre majorité signifie son opposition** en souhaitant plutôt faire au cas-par-cas : « ça reste de l'individuel, enfin à mon sens » (M8HAD). La **notion d'âge physiologique comme déterminant** est une donnée intéressante revenue à plusieurs reprises : « Oui parce qu'en fait y a des gens en fait physiologiquement font largement moins que leurs 80 ans » (M5).

La recherche des signes d'alerte du cancer n'est la plupart du temps pas systématique et **dépendante de points d'appels** : « C'est souvent le point d'appel » (M9). Certains médecins restent **néanmoins systématiques, selon l'organe** en question notamment le sein, l'appareil digestif, et ORL : « allez une fois dans l'année je palpe la poitrine ça prend deux secondes » (M4), « Après on pose les questions s'il y a pas de troubles digestifs nouveaux, de saignements » (M4), « Niveau ORL ouais je regarde régulièrement quand même dans les bouches » (M2).

ii. Connaissance des signes d'alerte du cancer

La majorité des professionnels tout corps de métier confondus ont une connaissance identique des signes d'alerte du cancer.

L'**altération de l'état général** avec la **triade Amaigrissement-Asthénie-Anorexie** revient de manière prépondérante : « l'amaigrissement d'abord » (M3co), « un patient fatigué » (PH4), « un changement d'appétit » (M10), « et l'état général quoi » (IDE1).

Quelques-uns notent également un **changement de comportement** ainsi qu'une **baisse de l'autonomie** : « un changement de comportement » (PH2), « une perte d'équilibre » (IDE3).

La notion de **symptômes liés à un processus tumoral** est l'autre grand point d'appel. Qu'il s'agisse de signes généraux tels qu'une **masse** : « la découverte fortuite de masse lors de la toilette » (IDE3), une **hémorragie** : « des saignements » (IDE5), en moindre mesure la **douleur** et les **adénopathies**, que des signes plus spécifiques d'organes comme les **troubles digestifs** : « un changement de rythme dans les selles » (M10), **une toux** persistante notamment chez les pharmaciens : « ça peut être des toux » (PH3), ainsi que des **manifestations dermatologiques** : « des taches peut-être suspectes » (IDE4).

Dans une moindre mesure, certains professionnels sont alertés par une anomalie biologique, avec en premier lieu la présence d'une **anémie** : « une anémie » (M1), et d'un syndrome **inflammatoire** : « des VS qui traînent élevées » (IDE5).

Les pharmaciens, du fait de leur profession, sont attentifs aux **traitements symptomatiques parfois récurrents** et évocateurs du cancer : « ... ça nous alerte systématiquement, une personne qui vient vous chercher une bouteille de sirop toutes les deux semaines et puis le médecin qui met tout le temps du sirop... » (PH3).

Malgré cette connaissance des signes d'alerte, peu de pharmaciens ou infirmiers ont déjà signalé une situation préoccupante au médecin généraliste ou à un réseau lorsqu'un cas s'est présenté. Mais cela peut être lié à des relations professionnelles plus ou moins étroites avec le médecin généraliste : « Ah si ça peut, d'ailleurs on a créé une relation privilégiée » (IDE2), mais la plupart préfèrent suggérer au patient d'aller voir son médecin : « j'encourage vivement à aller voir le généraliste » (PH4), notamment du fait d'une sensation d'ingérence : « le pharmacien ne peut pas s'immiscer dans le diagnostic du médecin » (PH3) vis-à-vis du médecin.

Démarche diagnostique :

- Pour la majorité des médecins généralistes interrogés, le dépistage organisé reste une démarche utile selon le type de cancer, mais ils regrettent néanmoins un manque de communication sur ce dépistage et un manque d'adhésion des patients.
- Au-delà de 74 ans, l'attitude des médecins généralistes vis-à-vis du dépistage dépend du terrain du patient et de l'organe concerné, avec une sensation d'obligation de moyen croissante.
- Les médecins sont dubitatifs quant à la majoration de la limite d'âge du dépistage organisé à 80 ans ; ils seraient plutôt en faveur de l'âge physiologique comme facteur déterminant.
- La recherche de signes d'alerte du cancer chez la personne âgée n'est souvent pas systématique et dépend essentiellement de points d'appels.
- Tous les professionnels ont plutôt une bonne connaissance des signes d'alerte, en particulier la présence d'une altération de l'état général, les symptômes liés à un processus tumoral, un désordre biologique et une récurrence de traitements symptomatiques.
Les pharmaciens et infirmiers signalent très peu de situations préoccupantes et préfèrent orienter leur vers leur médecin traitant, sauf en cas de relation privilégiée avec le médecin généraliste.

iii. La fragilité, son évaluation et son impact

1. Définition de la notion de fragilité

Cette notion reste encore **abstraite** pour la plupart des interrogés : « C'est de la métaphysique ça ! (rire) » (M10).

Néanmoins, la majorité des professionnels interrogés s'accorde sur la notion de **perte d'autonomie**, tant sur le plan **clinique** : « quand un patient n'a plus possibilité de se déplacer" (M2) que **sociale** avec la sensation d'**isolement** du patient : « les patients qui sont seuls, pas d'entourage » (IDE3), ainsi que le **manque de moyens financiers** : « Qui ont pas beaucoup de moyens et qui vivent chichement » (M10).

L'autre composante importante relève du **terrain global du patient**. **Les médecins tiennent compte en particulier des antécédents** : « quelqu'un qui a déjà plein de facteurs de risque au niveau cardio, insuffisant rénal » (M2) ainsi que de la présence de **troubles cognitifs** au même titre que les infirmiers : « L'état cognitif » (IDE1).

Pharmaciens et infirmiers considèrent l'état thymique et les symptômes somatiques comme caractéristiques de la fragilité: « c'est pas possible, elle a décollé ! » (PH5), « Déprimé, si il est... S'il a des idées... Ouais s'il a des idées noires ou s'il a le moral » (IDE4).

Il en ressort également la prise en compte d'**une instabilité, un risque de dégradation** comme critère de fragilité pour les pharmaciens et médecins : « Ceux qui peuvent basculer, voilà » (PH3).

2. Echelles d'évaluation de la fragilité

Les échelles d'évaluation de la fragilité sont **très peu connues**. Seuls 3 médecins et 1 infirmier en ont connaissance, mais **ne l'utilisent pas** : « Ouais on en parle après c'est jamais moi qui la fait » (M6HAD).

La plupart seraient néanmoins **favorables pour l'utiliser dans le cadre d'un parcours de soins** : « Ben à partir du moment où on prend des décisions multidisciplinaire » (M3co).

Chez les professionnels découvrant ces grilles d'évaluation, on note une forte **motivation de la part des pharmaciens et infirmiers pour son utilisation** : « ça va se mettre en place assez facilement » (PH1), « Oui je pourrais l'utiliser effectivement (IDE2), et **moins chez les médecins**, notamment car ils estiment faire preuve de **l'intuition** nécessaire : « en tant que généraliste, ce sont des choses qu'on voit » (M4), que **l'outil déshumanise la relation** : « Et parce que c'est plus le dialogue avec le patient, c'est plus un dialogue, c'est 'tac tac tac je coche', depuis toujours je me suis opposé à ça » (M10), ou que **l'outil est trop complexe et trop chronophage** : « d'un premier abord c'est trop long » (M1).

Quant au choix de l'échelle pour ceux qui souhaitent l'utiliser, **la grille SEGA** est choisie majoritairement pour son **exhaustivité et sa présentation** : « elle est plus lisible (...) rapide et peut-être plus complète (...) c'est pas difficile » (IDE1).

La grille G8 est plébiscitée dans une moindre mesure, plutôt pour sa **rapidité de remplissage** : « parce que ça a l'air plus rapide ! » (IDE5).

Le même nombre de personnes interrogées voient la grille SEGA et la grille G8 comme **complémentaires** : « plus complémentaire que « l'un ou l'autre en fait ».

3. Impact de la fragilité du patient chez le professionnel de santé

Concernant l'impact de cette fragilité sur la prise en charge du soignant, elle induit, en majorité, une **adaptation de la pratique professionnelle**. Celle-ci tend vers **plus d'information et d'éducation** pour les pharmaciens : « essayer de mettre les points plus sur les « i » par rapport aux effets secondaires potentiels » (PH1), **plus de sensibilité** tous praticiens confondus : « on va faire en sorte qu'ils soient bien » (M3co), **plus de rationalisation** dans les examens : « on va pas l'emmerder hein ». Elle demande également **plus de temps pour les médecins et les infirmiers** : « beaucoup plus de temps » (IDE3), et nécessite **plus de coordination interdisciplinaire** : « On aura plus tendance à organiser un peu plus le parcours de soin » (M7). La **surveillance** est elle aussi accentuée chez tous les professionnels : « une plus grande surveillance, et une attention toute particulière » (PH2), notamment au domicile : « On aura même tendance à aller chez la personne pour voir ce qu'il s'y passe... » (M10).

L'impact émotionnel de ces prises en charge est plus prégnant auprès des infirmiers et pharmaciens libéraux que les médecins, avec **plus d'incertitudes** au niveau pharmaceutique : « on est vraiment dans l'inconnu » (PH1), et **d'inquiétude** pour les infirmiers : « on s'inquiète en permanence » (IDE4), notamment du fait de **difficultés pour gérer les symptômes** : « on se sent un

peu démuni » (IDE1) et parfois un **attachement** au patient: « c'est parfois difficile pour nous, comme un peu pour nos proches » (IDE5).

La fragilité :

- Tous les professionnels s'accordent à définir la fragilité principalement par une perte d'autonomie tant clinique que sociale, par la présence de comorbidités, de troubles cognitifs, ainsi que la notion d'instabilité.
- Les échelles d'évaluation sont très peu connues et non utilisées en pratique.
- L'adhésion aux échelles à leur utilisation prochaine est forte chez les pharmaciens et IDE, moindre chez les médecins qui se reposent sur leur intuition, et estiment l'outil deshumanisant et complexe.
- La grille SEGA serait plus susceptible d'être utilisée par les professionnels de soins primaires que la grille G8.
- La fragilité d'un patient âgé impacte la pratique professionnelle des personnes interrogées, nécessitant plus d'information, plus de sensibilité, plus de rationalisation dans la programmation d'exams complémentaires, et donc de temps dédié. L'impact émotionnel est plus important pour les pharmaciens et infirmiers.

iv. Examens complémentaires (groupe médecins)

1. La prescription

Le médecin généraliste a **plutôt tendance à initier les examens complémentaires** de lui-même avant d'orienter vers les spécialistes : « je fais déjà un premier débrouillage » (M9) car beaucoup estiment qu'il est de **leur rôle** de les prescrire : « c'est au médecin généraliste de le faire, c'est pas à quelqu'un d'autre » (M1).

Le **recours au spécialiste se fait pour la réalisation d'exams plus poussés**: «Et après j'adresse au spécialiste qui fera son bilan d'extension » (M7).

Certains ont recours à une **hospitalisation de courte durée** en gériatrie ou en hospitalisation conventionnelle, afin de limiter les déplacements : « je fais faire un bilan gériatrique en gériatrie et tout débrouiller et pas faire 40 voyages à la personne » (M4).

2. Motif de prescription

Le motif de prescription d'un examen complémentaire est superposable à la méthode de recherche des signes d'alerte, **soit systématique selon l'organe** : «les mammo j'en propose systématiquement » (M2), « y a juste le poumon où je fais des scanner systématiques » (M1), **et sur point d'appel** : « le reste c'est sur point d'appel » (M2) et **parfois uniquement sur points d'appel** : « sur point d'appel ».

3. Difficultés de gestion des examens complémentaires

De manière unanime, aucun médecin ne rencontre de difficulté dans le choix de l'examen.

Par contre, beaucoup sont en difficultés au niveau de la **prise de RDV** d'une part, du fait du délai de réponse : « pas de retour de RDV par fax... » (M1), de la difficulté d'accès au standard : « c'est l'ICL le standard qui explose » (M1). Mais la difficulté réside essentiellement dans les **délais d'obtention des RDV**. De manière globale : « les délais c'est compliqué » (M9) et **surtout vis-à-vis du CHRU** : « l'hôpital c'est un merdier innommable » (M5). **L'accès est un peu plus aisé dans les structures privées** : « on fonctionne beaucoup à Gentilly, Jacques Callot où on peut faire les demandes en ligne qui sont montrées au radiologue directement et on peut avoir des RDV plus rapides » (M2).

La difficulté est d'autant plus prégnante **en cas de situation d'urgence** : « le plus difficile c'est d'avoir des RDV en urgence » (M6HAD).

Quelques-uns restent satisfaits, avec une **réactivité directement liée à la zone géographique** : « ... Après on est à Nancy, une ville universitaire... J'ai pas vraiment de soucis pour avoir un examen » (M4).

4. Prise de RDV

Concernant leurs patients âgés et fragiles, la moitié des médecins interrogés, **prennent d'eux-mêmes le RDV** : « sinon on s'en sort pas, la personne va se tromper, ou ça va sonner des heures » (M4). L'autre moitié le fait **en fonction des capacités du patient** : « s'ils sont pas autonomes c'est ma secrétaire » (M9), ou selon le **degré d'urgence** : « ça dépend du délai que je veux » (M2).

Les examens complémentaires :

- Les médecins souhaitent initier les premiers examens complémentaires, avant d'adresser le patient au spécialiste. Il leur arrive d'avoir recours à des hospitalisations de courte durée pour les patients altérés afin de réaliser ce bilan. Ils n'éprouvent pas de difficulté dans le choix des examens.
- Ces examens sont prescrits de manière analogue à la recherche des signes cliniques d'alerte, à savoir systématiquement pour certains organes et/ou sur points d'appel.
- Des difficultés sont rencontrées pour la prise de RDV, ainsi que le délai de RDV. La prise en charge est souvent plus aisée dans le secteur privé.
- La prise de RDV est faite en général par le médecin, d'autant plus en cas d'urgence ou si le patient est dépendant.

v. Avis spécialisé oncologique

1. Les filières oncologiques nancéiennes pour le patient âgé fragile (groupe médecins)

Aucun des médecins interrogés ne présente de difficultés dans le choix de la filière où orienter leurs patients.

Pour la majorité, le choix de la filière est **dépendant de leurs habitudes, et de leurs réseaux professionnels** : « Donc souvent par des réseaux quoi ! » (M9).

Deux d'entre eux évoquent **l'avis du patient et son secteur géographique** comme facteurs décisionnels : « on va demander aussi son avis au patient, par rapport à sa localisation aussi, hein » (M7).

L'ICL est plébiscité et reste le centre le plus cité : « l'ICL est quand même LE centre référent » (M8HAD). Certains définissent **l'âge** : « pour les personnes très très âgées j'irai plutôt vers ICL » (M4), **l'avancée de la maladie** : « Si y a des méta c'est plutôt ICL parce qu'ils sont bien » (M10) ou même le **cancer du sein** : « Quand c'est le sein c'est plutôt... - ICL ? - Oui l'ICL voilà » (M10) comme critères d'orientation. La présence d'une **consultation oncogériatrique** est également soulevée : « je travaille souvent avec l'ICL quoi. Donc euh... Pis y a de l'oncogériatrie » (M4).

Juste derrière, les polycliniques de Gentilly et Essey, plébiscitées pour leur **rapidité de prise en charge** : « j'aime bien Gentilly. Parce que c'est plus rapide » (M2), leurs **demandes d'examen en ligne** : « on a des demandes en ligne » (M5). **L'âge jeune** « très âgées j'irai plutôt vers ICL, autrement plus vers Gentilly quoi » (M4) et les **cancers digestifs et prostatiques** : « Quand c'est le colon, l'intestin, prostate, c'est plutôt privé » (M10), « je bosse qu'avec des gastro qui sont sur Gentilly donc après ils sont vu sur Gentilly » et hématologiques : « je passe maintenant systématiquement par Dr. B et plus du tout pas le CHU » (M5).

Le secteur privé est donc largement plébiscité : « dans le privé je n'ai aucune difficulté (sourire) » (M5).

Quant au secteur public, quelques personnes orientent les patients en **gériatrie afin de réaliser un bilan préliminaire** : « En gériatrie d'abord pour le diagnostic et savoir si on arrête les investigations » (M3co). La **neuro-oncologie** reste une spécialité non disponible dans le secteur privé et efficiente : « La neuro-onco franchement, c'est un des services où ça roule » (M8HAD).

Les médecins sont néanmoins une **majorité à boudier le secteur public**, du fait des **délais** : « les patients attendent des plombs » (M5), **de problèmes de communication** : « on se fait engueuler », **un manque d'information global** : « les choses sont pas très claires » (M8HAD), une **désorganisation** : « la gastro, la pneumo, c'est une catastrophe » (M1). L'un d'entre eux souligne également une **image péjorative des patients** : « Les gens euh... N'ont pas très envie d'aller à l'hôpital... On en sort les pieds devant... » (M10).

2. Groupe IDE- pharmaciens

Ces professionnels ont une connaissance limitée des parcours de soin oncologique déjà en place. Seuls deux professionnels évoquent le parcours sein et prostate : « Le sein, la prostate... » (PH5), deux autres pharmaciens parlent d'ONCOLOR : « Ben ONCOLOR, machin, des protocoles, les protocoles sont tous identiques à tous les trucs » (PH4).

3. Consultations oncogériatriques (groupe médecins)

La moitié des médecins a une **expérience positive** de ces consultations : « Oui, au moins que les choses soient quand même claires et validées » (M8HAD).

Les axes d'améliorations concernent uniquement les **comptes rendus**, en particulier au niveau de leur présentation : « j'ai des comptes-rendus à n'en plus finir, je lis en diagonal » (M1) et **leurs délais** : « ce serait bien qu'on ait des retours plus rapides surtout » (M5).

On note néanmoins une certaine **méconnaissance de ces consultations** par quelques praticiens : « Je pense qu'il faudrait déjà la définir, la consultation oncogériatrique » (M7).

La plupart souhaiterait que leur avis soit pris en compte pour ces consultations : « Absolument ! On ne prend jamais en compte notre avis » (M9).

La moitié d'entre eux en a déjà sollicité une, que ce soit avant ou après le passage du dossier en RCP. L'objectif était d'avoir une **aide décisionnelle** : « Oui pour avis surtout » (M5), **éviter tout acharnement thérapeutique** : « pour discuter, par rapport à l'âge de la patiente si tout ce qu'on faisait avait un sens... ». Un autre médecin sollicite cette consultation afin d'**informer le patient** : « Peut-être répondre à certaines questions, parce que de mémoire la famille et le patient surtout étaient pas... » (M8HAD).

Néanmoins, la majorité des médecins généralistes **préfèrent rester sur un mode d'inclusion individuel**, selon l'âge physiologique : « Sur quel critère ? - L'âge physiologique » (M5) et la nécessité d'un avis extérieur : « Pour les soucis je dirais, là je suis bien content d'avoir un avis extérieur » (M4).

vi. Réunions de Concertations Pluridisciplinaires

Les médecins traitants sont tous **informés dans la journée** des résultats par la messagerie sécurisée Apycript® et en sont très satisfaits : « Apycript c'est bien, c'est rapide » (M2).

Les médecins coordonnateurs et HAD regrettent d'être informés par courrier du fait des **délais** : « Ouais c'est trop long » (M3co), ou **ne pas être tenus informés du tout** : « nous on va les chercher hein ! C'est... Compliqué hein ? » (M8HAD).

Les infirmiers et pharmaciens ne sont quant à eux, **absolument pas informés** : « Alors là pas du tout par contre » (IDE4). Certains de ces professionnels **ne connaissent pas ces réunions** : « Réunion de Concertation Pluridisciplinaire ? -Pfff non, c'est... pff... Je sais même pas ce que ça veut dire » (PH3).

La majorité des professionnels de santé souhaitent que leur avis soit pris en compte durant ces réunions : « Dans l'idéal, évidemment, on est quand même les personnes au plus près du patient » (IDE1), sauf quelques médecins traitants et un pharmacien, s'estimant **non compétents** : « je ne me sens pas trop concerné par donner mon avis sur le côté judiciaire » (M4) ou souhaitant qu'on prenne d'abord l'avis du patient : « Ah ben plutôt l'avis du patient » (M4).

Du côté médical, **les médecins traitants trouvent les conclusions adaptées** au patient de manière unanime : « complètement adaptée oui » (M1). Seuls les médecins HAD émettent des réserves : « Nous on a vu plus de patients mourir de chimio que de soins palliatifs ! » (M6HAD).

Les griefs sont essentiellement à l'égard des comptes rendus, à la fois **illisibles** : « Les machins sont illisibles » (M5), et **non représentatifs des discussions** : « ça ne reflète pas forcément la complexité des discussions ».

Avis spécialisé oncologique :

- L'orientation du patient par le médecin généraliste dans une filière oncologique dépend de leurs réseaux, de leurs habitudes, ainsi que du souhait du patient lui-même et du secteur géographique.
- L'ICL est cité comme le centre de référence, notamment pour le cancer du sein, les cancers évolués, et les patients âgés du fait d'avis oncogériatriques.
- Les polycliniques de Gentilly et Essey-Lès-Nancy arrivent juste derrière, notamment pour les cancers digestifs, prostatiques, hématologiques, ainsi que pour les patients jeunes.
- Le secteur public reste apprécié pour la neuro-oncologie, ainsi que pour la gériatrie pour les bilans préliminaires. Le CHRU souffre néanmoins d'une image de désorganisation, avec des problèmes de délais et de communication vis-à-vis des professionnels de santé.
- Les parcours de soins oncologiques actuels (Sein, Prostate, ORL), sont méconnus des pharmaciens et infirmiers libéraux.
- Les consultations oncogériatriques apportent un bénéfice au niveau de la prise de décision, de l'information au patient et parfois des limitations des thérapeutiques. Les médecins souhaiteraient que leur avis soit pris en compte pour ces consultations. Celles-ci souffrent néanmoins d'un manque de reconnaissance de ces professionnels ; ils souhaiteraient en outre pouvoir inclure les patients selon leur âge physiologique, et non de manière systématique.
- Les RCP souffrent également d'une méconnaissance vis-à-vis des pharmaciens et infirmiers. Les médecins traitants en sont informés rapidement par Apicrypt®, et trouvent leurs conclusions plutôt adaptées au patient. Ils regrettent cependant la forme difficilement lisible et peu représentative des discussions. Pharmaciens et IDE souhaiteraient que leur avis soit pris en compte. Les médecins sont moins demandeurs.

vii. Parcours global et information

1. Inclusion du professionnel de santé de soins primaires

Seuls quatre médecins généralistes parmi tous les corps de métier s'estiment inclus dans la prise en charge de ces patients : « Oh oui. Oui. Parce qu'on reste le médecin référent » (M2).

Pour les autres, *ce sentiment d'exclusion* provient d'un **manque d'information** : « Ah bah non, top secret ! » (PH5), d'un **sentiment de dénigrement** : « on est considéré comme de la merde » (M9), d'**évincement** : « on va être de plus en plus évincés » (IDE2), un **avis non pris en compte** : « notre avis on nous le demande pas » (M9), un **manque de coordination** : « on ne trouve pas sa place actuellement » (M1). Revient également souvent la sensation de **dépossession des patients** : « les patients nous filent dans les doigts car ils sont pris par les réseaux » (IDE2).

Un médecin traitant **estime ne pas avoir à être inclus** : « c'est pas mon rôle d'être inclus (...) Oui je pense que c'est plus à l'oncologue de gérer ! » (M4) et un pharmacien regrette, selon lui, **l'auto exclusion de sa profession** : « c'est la faute des pharmaciens, ils s'auto-excluent de tout ça » (PH3).

2. *Obtention de l'information*

Rares sont les praticiens estimant recevoir directement et suffisamment l'information, que ce soit au niveau des comptes rendus qu'au niveau de la communication en général. Cela concerne quelques médecins traitants : « Et est-ce que vous récupérez bien les infos ? - Ouais très bien, très très bien » (M1).

Les autres médecins considèrent les **délais trop importants** en matière de comptes rendus: « pas assez d'information. Après bon y a aussi des délais de secrétariat » (M7), « La dernière fois j'ai appris la mort d'un patient qui était mort en septembre de l'année avant, 1 an et demi ! » (M9).

Une autre *minorité d'infirmiers* reçoit les informations directement des HAD : « Avec l'HAD on en avait ouais, soit par téléphone soit sur site » (IDE2).

Les *médecins HAD* doivent quant à eux **solliciter les professionnels à la recherche** d'information : « C'est moi qui vais chercher les infos (...) c'est vrai qu'on aimerait bien que (...) qu'il y ait un moyen de savoir directement que le patient est suivi par une HAD et lui fournir directement les comptes rendus » (M6HAD).

Pour la plupart des infirmiers et pharmaciens, l'information indirecte provient en premier lieu du **patient ou de son entourage** : « le patient lui-même, oui oui. La famille ? Oui, c'est les ressources généralement » (IDE1), en second lieu le **médecin traitant** : « on revoit avec le médecin traitant » (IDE5), d'autres notamment pharmaciens, font leur **déduction selon les traitements** : « vous voyez le papier arriver avec EMEND® etc donc vous déduisez " (PH4). Certains IDE **lisent les courriers médicaux** : « quand j'ai un courrier médical je l'ouvre » (IDE1). Certains rappellent **les structures hospitalières** : « Moi j'hésite pas à rappeler les cliniques » (IDE3). Les infirmiers sont eux-mêmes source d'information : « ce sont une mine d'information » (M6HAD).

De manière plus anecdotique, sont cités assistante sociale et réseau gérontologique comme pourvoyeurs d'informations.

Parcours global et information :

- Seuls 4 médecins sur l'ensemble des professionnels se sentent inclus dans la prise en charge de ces patients.
- Les difficultés viennent d'un manque d'information et de coordination ainsi que d'un sentiment de dénigrement interprofessionnel et d'évincement avec des patients parfois perdus de vue.
- Rares sont ceux qui obtiennent directement les informations et dans un délai qu'ils estiment adapté. Pharmaciens, IDE et médecins HAD reçoivent très rarement l'information directement. Les deux premiers se renseignent auprès du patient et de son entourage, par le médecin traitant, et d'après les traitements et courriers médicaux en possession du patient.

viii. Difficultés de suivi

1. De manière générale

L'essentiel des difficultés réside au niveau de la communication, en premier lieu interprofessionnelle avec à nouveau le **manque d'information** : « Oui peut-être pas assez d'information » (M7), les **délais de compte-rendu** : « les courriers sont longs à arriver » (M2), le **manque d'échange** : « on a très peu de relations médecin-pharmacien » (PH3), la **difficulté à joindre un spécialiste** : « on a des difficultés d'accès en direct du spécialiste » (M4) ainsi que le **manque de coordination** : « à quel moment prendre l'info et auprès de qui quoi ? » (PH3).

Vient en second lieu, *surtout pour les médecins et IDE*, les **difficultés dans la gestion des symptômes**, par **manque de suivi** : « Y a pas de réactivité(...) pour la prise en charge, efficace, de la douleur » (IDE1), **manque de compétences spécifiques** notamment en soins palliatifs ou concernant les chimiothérapies : « dès qu'il y a un diagnostic palliatif qui est mis en place que ça commence à faire défaut..." (M7), « incompétence de ma part face aux chimios, c'est trop compliqué » (M1).

Au niveau des pharmaciens, il y existe des difficultés en lien avec une **éducation thérapeutique initiale du patient insuffisante** : « on ne peut pas donner une éducation thérapeutique digne de ce nom au patient » (PH2), d'une **inobservance des patients** : « l'observance on ne sait pas » (PH3), d'une **absence de conciliation** : « on connaît pas les protocoles » (PH3) et parfois un **défaut d'approvisionnement** : « On a eu surtout des difficultés au niveau de l'approvisionnement des produits (...) à propos de la cortisone par exemple » (PH4).

Il est également fait état d'un **manque de moyen, tant de personnel que de temps disponible** : « faudrait être plein de monde » (PH3), « c'est chronophage » (M6HAD).

Enfin, la **notion d'éthique** a été soulevée à deux reprises : « Non, mais des fois vis-à-vis des familles, des personnes. Des fois par exemple y a une anémie, est-ce qu'on doit transfuser, pas transfuser ? - Plus au niveau de l'éthique ? -Oui c'est plus au niveau de l'éthique ».

La **dichotomie secteur public/privé** est à nouveau ressortie : « s'ils sont dans le privé, ça va » (M9).

2. Orientation en cas de difficultés (groupe médecins)

La plupart des médecins s'orientent **vers le spécialiste référent du patient** : « je le renvoie au spécialiste qui l'a suivi » (M9).

Cas particulier de la neuro-oncologie, le lien est facilité par la présence d' **Infirmières de Pratique Avancée** : « avec la neuronco on travaille bien avec les IPA du coup » (M6HAD).

En cas de nécessité d'hospitalisation, certains s'orientent vers le **service de gériatrie du CHRU** à défaut de place dans les secteurs du CHRU : « il pouvait pas, donc j'ai géré avec le gériatre » (M5), « quand il vient du CHU on n'a pas trop de scrupules » (M8HAD). Mais certains pointent une saturation du service : « même à l'UGED ça commence à coincer » (M3co).

Malgré leurs efforts, il leur arrive parfois d'adresser un patient au **SAU faute de place disponible** : « J'essaie de shunter si c'est possible, ça m'est déjà arrivé d'envoyer aux urgences à mon grand regret » (M5).

Les médecins d'HAD travaillent plutôt avec les SSR : « on a la chance de travailler avec les SSR » (M6HAD), et **certains médecins pensent à l'HAD pour les prises en charge palliatives** : « si j'ai besoin de soins pall je passe par l'HAD ».

La prise en charge dans les spécialités du secteur public est là encore compliquée : « Non l'hôpital j'ai pas de relations avec l'hôpital. On ne peut pas les contacter » (M10).

3. Gestion des traitements

Un seul des médecins s'estime satisfait au niveau de l'information et de la gestion des traitements et effets secondaires.

Pour la plupart des autres professionnels, il y a un **problème d'information**, qu'ils pallient en regardant parmi les **papiers de sortie du patient** : « des fois je lis aussi le petit livret des patients (rires) » (M4), en recherchant dans des **référentiels comme le VIDAL® ou OMEDIT® ou ONCOLOR** : « Sur euh... Sur le VIDAL® » (M10), « référentiels type OMEDIT® » (M6HAD), « ONCOLOR » (PH2). Les autres font appel à leurs **connaissances personnelles** : « Informés ? Non. Après c'est juste mes connaissances personnelles, de mon expérience professionnelle..."(IDE1), ou vont **sur internet** : « on va sur internet » (PH3).

Ils signalent également un **manque de compétence vis-à-vis des traitements spécifiques** : « la chimio c'est un domaine particulier » (M3co).

Difficultés de suivi :

- Les difficultés rapportées sont à nouveau en lien avec un manque de communication, de coordination, d'information, de délais de prise en charge allongés, et d'accès au spécialiste en cas de problème. Les médecins et IDE ont également des difficultés pour la gestion de certains symptômes, et les pharmaciens trouvent l'éducation thérapeutique initiale du patient insuffisante. Certains rencontrent des problèmes éthiques.
- En cas de difficulté avec un patient, le généraliste oriente le plus souvent le patient vers le spécialiste directement, ou vers l'IPA en neuro-oncologie. Il leur arrive aussi d'adresser le patient en Gériatrie CHRU, d'autant plus si le patient est suivi au CHRU. Ils sont parfois obligés de l'adresser au SAU faute de place disponible. Les HAD travaillent aussi avec les SSR.
- La gestion des traitements souffre également d'un manque d'information et de compétence dans ce domaine bien spécifique. Les professionnels cherchent les informations dans des référentiels, ou sur les papiers de sortie du patient voire sur internet.
- On retrouve une nouvelle fois la dichotomie public/privé, où la prise en charge semble plus fluide.

ix. Réseaux existants

1. Réseau gérontologique Gérard Cuny

La plupart des professionnels interrogés travaillent avec ce réseau et en sont **satisfaits**. Il leur est d'un soutien notamment **sur le plan social** : « essentiellement du social » (M2), de la **coordination** : « c'est une ressource d'information importante et d'action » (IDE1), ainsi que pour le **suivi et le maintien au domicile** : « comment la personne puisse plus longtemps rester au domicile » (M3co), « ça permet d'avoir une vigilance supplémentaire, quand y a quand même une fragilité » (M8HAD). Le tout avec une **communication fluide** : « on a de bons échanges (...) concertation » (IDE2).

Quelques professionnels trouvent au contraire que ce réseau **manque de moyens** : « Pas assez de moyens, pas assez de pouvoir décisionnel » (M1), des **soucis de communication** : « j'ai jamais eu de retour » (IDE4) et de **délai** : « les délais quand même, surtout pour le réseau Gérard Cuny ».

Plusieurs pharmaciens évoquent le **PAERPA** : « c'est eux qui font les PAERPA » (PH5).

2. Réseau soins palliatifs

Il semble que le réseau de soins palliatifs soit **méconnu au niveau des pharmaciens et IDE**, avec notamment une **confusion fréquente avec l'HAD** : « Ben c'est aussi là qu'on appelle l'HAD ? » (PH1).

La plupart des médecins ont travaillé avec réseau ambulatoire NSM (ou Trait d'Union), **en majorité satisfaits** : « Dans l'ensemble ça se passe bien » (M9) avec néanmoins des **limites techniques** : « ils sont limités, ils ont pas le matos » (M1) et un **positionnement parfois flou** : « je sais pas trop à quoi ils servent » (M2).

3. Hospitalisation à domicile

Le sujet de l'HAD suscite beaucoup de réactions, parfois ambivalentes.

On note néanmoins une petite majorité de retours positifs, concernant la **coordination** : « ils sont corrects, ils nous téléphonent » (M9), **l'échange d'information** : « L'infirmière coordinatrice qui peut nous transmettre les informations » (IDE1), la **possibilité de réhospitalisation facilitée** : « ils sont réhospitalisés tout de suite » (M4). Les médecins apprécient le **côté multidisciplinaire** : « le patient voit plusieurs médecins » (M4).

Leur réactivité est mise en avant : « l'avantage sur l'HAD y a quand même quelqu'un, y a plus de disponibilité » (IDE1).

Leur mise en place **rassure** les infirmiers : « ils ne nous laissent pas dans la panade » (IDE4)

Ils assurent également un **suivi logistique et social** : « produits hospitaliers » (M3co), « y a une prise en charge sociale » (IDE2).

Ils ont tout leur rôle dans la **prise en charge palliative** : « pareil pour les soins palliatifs ça a toujours été très rapide... » (M5).

A l'inverse, certains pointent un **défaut de coordination**, avec une **lourdeur administrative** : « c'est un maquis administratif » (IDE5), un **manque d'information et d'échange** : « on est juste là pour donner les médocs, c'est tout » (PH3), un **sentiment d'exclusion de la prise en charge et de patients perdus de vue** : « on a tendance à être évincé » (M9), « on ne les voit plus, ça fait longtemps hein » (IDE5), un **sentiment d'évaluation** : « on flippe parce que, il faut accepter d'être regardé par les autres » (IDE5). D'autres regrettent un **manque d'information au patient et à son entourage** : « plus expliquer à la famille si la personne est en train de mourir ou ne guérit pas » (IDE4). Certains **doutent même du suivi médical** : « ils parlent de patients qu'ils n'ont jamais vu quoi ! » (M1). Ceci est d'autant plus prégnant dans la communauté médicale.

Le fait que l'HAD puisse être ressentie comme une **infrastructure lourde et potentiellement « traumatisante »** par le patient et sa famille est partagé par les différents corps de métier : « le séjour qui est une chambre d'hôpital donc là y a un traumatisme » (IDE5).

Du côté des médecins HAD, ceux-ci sont bien conscient des problèmes soulevés, avec des **difficultés relationnelles individuelles en rapport** : « Donc y a des médecins traitants très... Très ouverts avec qui ça fonctionne très très bien. D'autres où on a l'impression de les agresser à chaque fois qu'on les appelle (sourire), ou d'autres au contraire qui se sentent dépossédés de leurs patients alors que c'est pas le cas ! » (M6HAD). Ils sont également **conscients de la lourdeur de l'infrastructure** au domicile : « on déboule quand même hein » (M8HAD) mais **apprécient le côté multidisciplinaire** : « moi je trouve que ça permet d'avoir un regard un peu différent et puis ça permet de lier un peu nos travaux, qui finalement, enfin l'objectif c'est le patient quoi ! » (M8HAD)

4. Plus-values de ces réseaux et axes d'amélioration

Pour les professionnels, tous ces réseaux apportent une plus-value en terme de **prise en charge du patient lui-même**, tant au niveau du **suivi** : « un meilleur suivi » (IDE3), que de la **gestion de la douleur** : « les gens souffrent moins » (M1), notamment vis-à-vis des **prises en charges palliatives** : « les soins palliatifs parce que c'est vraiment une spécialité » (M3co) et un respect du souhait du patient : « respecter leurs volontés » (M2).

Le maintien au domicile et l'aide sociale sont également un grand plus : « Ben l'intérêt c'est qu'il est chez lui hein ! » (PH5).

L'autre grande plus-value est la **coordination**, qui est également *l'axe d'amélioration principal*, notamment concernant **l'échange d'information** : « que tout le monde puisse échanger et avoir les mêmes infos au même moment » (PH2), ainsi que les **délais de prise en charge** : « les délais quand même » (M4) et **l'inclusion des professionnels habituels du patient** : « c'est l'infirmier libéral du secteur qui devrait être nommé » (IDE2).

Une crainte est également formulée sur la **multiplication des réseaux** : « trop de réseaux tue le réseau » (PH4).

La notion de **rémunération** est également évoquée : « moyennant rémunération » (IDE2).

Réseaux existants :

- Le réseau gérontologique Gérard Cuny est connu de quasi l'ensemble des professionnels qui en sont plutôt satisfaits. Il leur apporte un soutien sur le plan social, coordination, et pour le maintien au domicile. Certains regrettent les délais d'intervention et un manque de pouvoir décisionnel.
- Le réseau ambulatoire de soins palliatifs est méconnu des pharmaciens et IDE. Les médecins en sont plutôt satisfaits, bien qu'il présente des limites techniques et un positionnement flou, occasionnant une forte confusion avec l'HAD.
- L'HAD est reconnue pour des qualités de coordination, d'information, une multidisciplinarité et des hospitalisations aisées, un suivi logistique et social, ainsi qu'un net intérêt lors des prises en charges palliatives. D'autres mettent en avant une lourdeur administrative, un manque de coordination avec sentiment d'évincement des professionnels, surtout pour la communauté médicale. La lourdeur de l'infrastructure et son impact psychologique est aussi soulevée. Les médecins HAD quant à eux sont lucides sur ces ressentis.
- Les plus-values de ces réseaux sont le bien-être du patient, un meilleur suivi, une gestion efficiente de la douleur et des soins palliatifs, en favorisant un maintien au domicile.
- Les axes d'amélioration concernent la coordination, avec un meilleur échange des informations, une réduction des délais de prise en charge, une meilleure inclusion des professionnels habituels du patient, et la possibilité de ne pas multiplier les réseaux. La rémunération des acteurs est aussi soulevée.

x. Diagrammes de synthèse

**Difficultés des professionnels de soins primaires nancéiens dans la prise en charge des patients âgés ,
fragiles, atteints de cancer (1/3)**

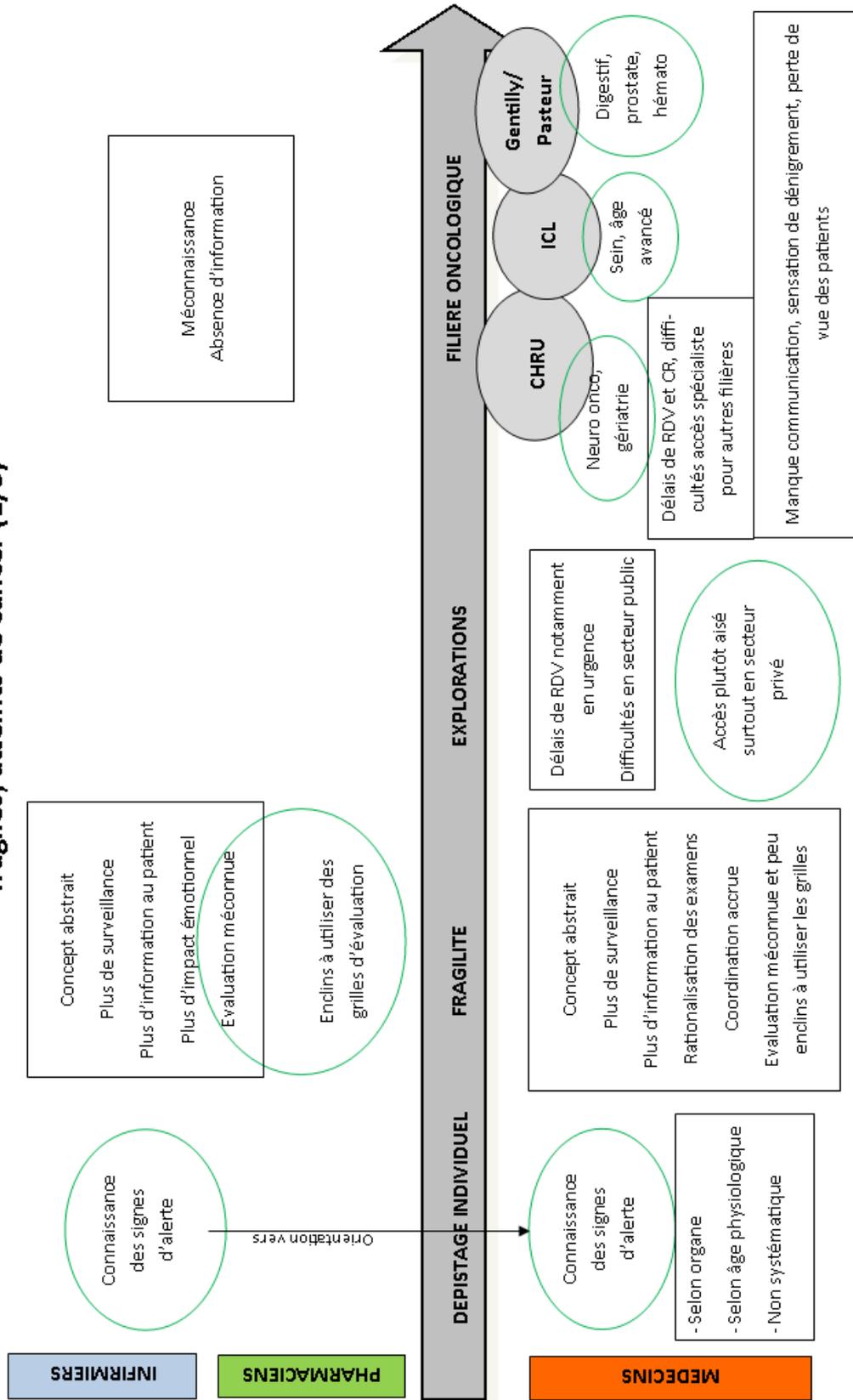


Figure 4: Diagramme de synthèse des difficultés des professionnels de soins primaires dans la prise en charge des patients âgés fragiles atteints de cancer (1/3)

Difficultés des professionnels de soins primaires nancéens dans la prise en charge des patients âgés , fragiles, atteints de cancer (2/3)

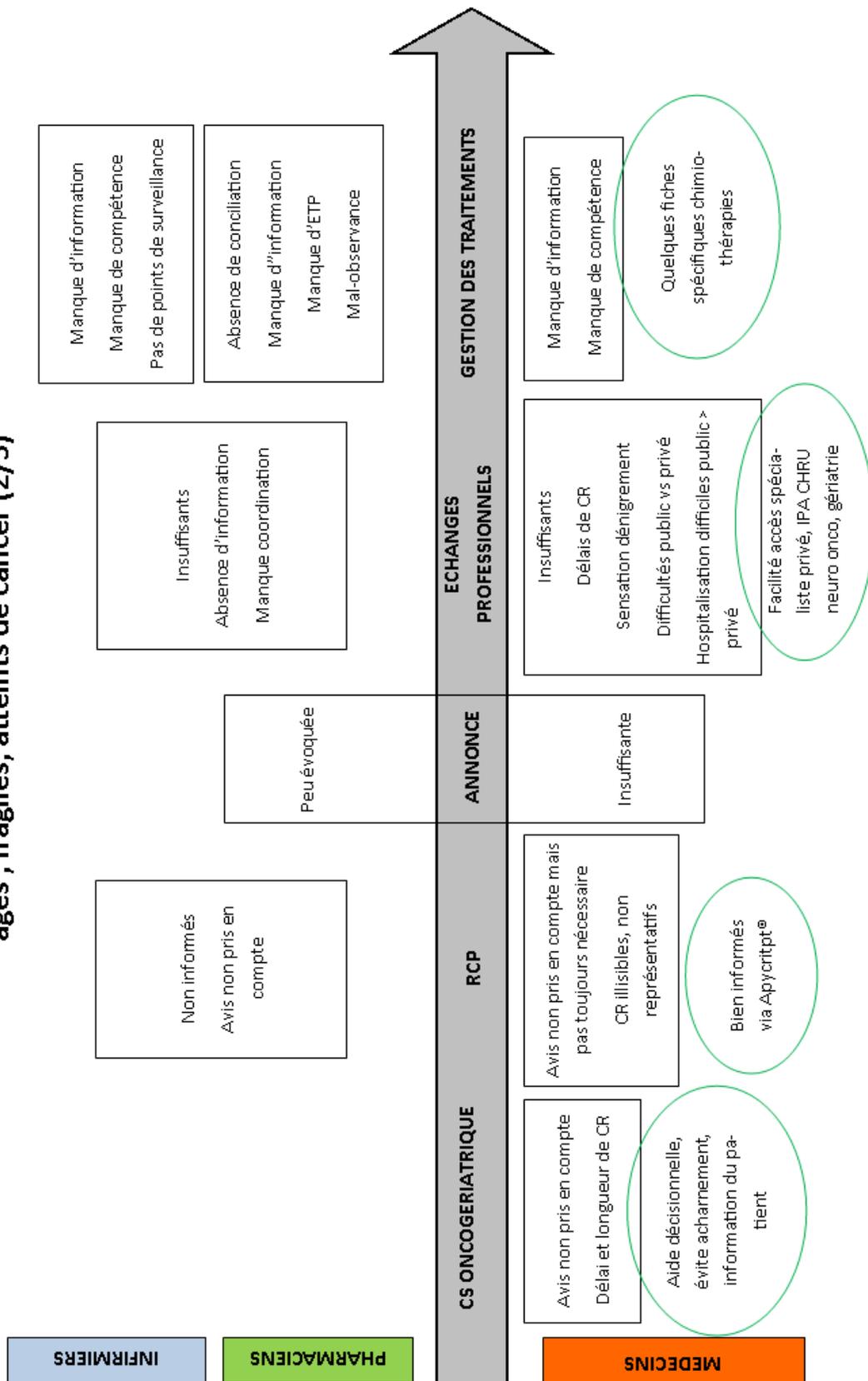


Figure 5: Diagramme de synthèse des difficultés des professionnels de soins primaires dans la prise en charge des patients âgés fragiles atteints de cancer (2/3)

**Difficultés des professionnels de soins primaires nancéiens dans la prise en charge des patients âgés ,
fragiles, atteints de cancer (3/3)**

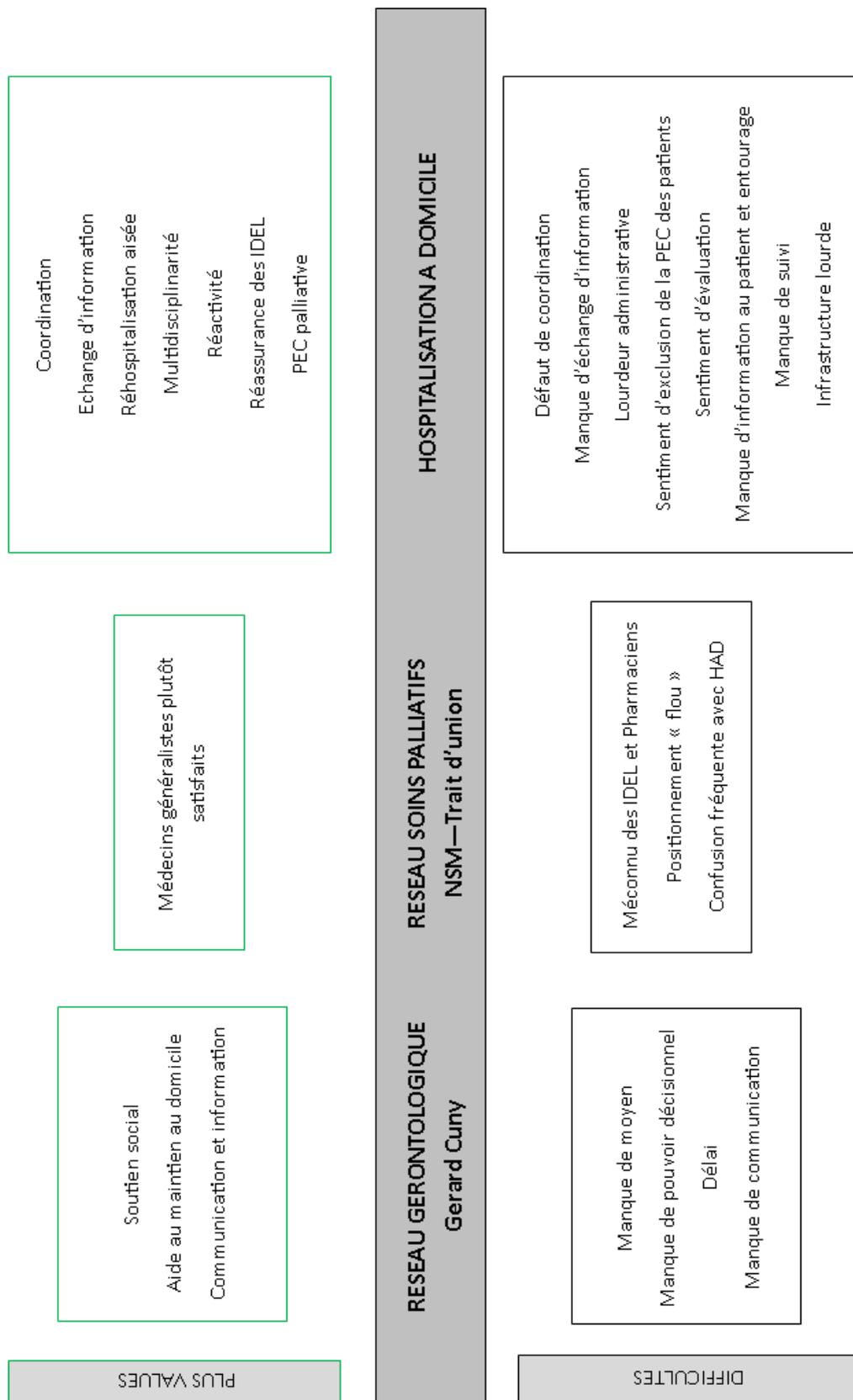


Figure 6: Diagramme de synthèse des difficultés des professionnels de soins primaires dans la prise en charge des patients âgés fragiles atteints de cancer (3/3).

c. Modélisation d'un parcours de soins complexe

i. Moment d'inclusion au parcours

La majorité des professionnels reste pour une inclusion du patient dans un parcours, **une fois le diagnostic posé**.

La plupart **récusent une inclusion dès le stade de suspicion de cancer**, d'une part du fait d'un sentiment **anxiogène** : « c'est peut-être alarmer le patient un peu trop tôt » (IDE3), et d'autre part d'un **sentiment d'ingérence avec risque de perte de vue du patient** : « il va s'évaporer. Et même pour le médecin traitant, c'est hop ! » (IDE2), « le médecin traitant connaît bien son patient et c'est lui qui doit orienter » (M1).

La nécessité d'inclusion pour le suivi est partagée de manière égale. La nécessité d'une prise en charge au moment de l'**annonce** est également soulevée : « y a ce moment-là qui est quand même crucial » (M8HAD) et souvent peu considéré : « on n'est pas habitué à faire du soutien, de l'annonce, entre guillemet » (IDE1).

Les pharmaciens quant à eux seraient plus favorables à une inclusion dans un parcours dédié **le plus tôt possible** : « Le plus tôt possible, dès la suspicion » (PH1).

Un infirmier et un médecin suggèrent quant à eux l'idée d'inclusion en amont, au **stade de prévention** : « Un truc genre médecine préventive où on reçoit les gens et où on fait un dépistage d'à peu-près tout » (M2).

ii. Mode d'accès technique au parcours

Le téléphone reste le moyen le plus apprécié de l'ensemble des professionnels : « Par téléphone ça reste le plus simple. Tu sais quand on est libéraux, on est constamment la tête dans le guidon » (IDE1).

Dans une moindre mesure vient ensuite un moyen numérique, de manière égale, soit une **fiche d'alerte sur un serveur** : « Avec une fiche d'alerte où tout le monde peut y rentrer » (PH1), soit via une **messagerie sécurisée** : « Apycript® » (M1).

Un pharmacien et un infirmier estiment qu'ils n'ont pas la légitimité **d'inclure un patient dans un parcours** : « ce serait à un médecin traitant de l'orienter » (IDE2).

iii. Mode de retour et d'échange des informations

Le moyen numérique est plébiscité. D'une part, à nouveau, la **messagerie sécurisée** : « Apycript® moi j'aime bien » (M4). D'autre part, a été discuté la **création d'un dossier informatisé sécurisé pluridisciplinaire**. Les infirmiers y sont tous favorables : « je me forcerais à prendre l'habitude et chercher les infos sur la plateforme existante » (IDE4).

Médecins et pharmaciens sont **plus mitigés**, notamment d'un point de vue **fonctionnalité** : « si ça fonctionne bien, ok. Si c'est pour faire un site (...) puis qu'il n'y a pas de retour... Ca sert à rien » (M10), **compétence** : « beaucoup sont nuls en informatique » (M5) et **sécurité** : « ça ne me plairait pas que quelqu'un puisse aller chercher sur internet » (PH3).

Ensuite, la voie téléphonique reste approuvée chez les médecins et infirmiers : « je suis très téléphone » (IDE4), en moindre mesure chez les pharmaciens : « la difficulté c'est la sécurité » (PH2), « au téléphone si on n'est pas réceptif ça sert à rien » (PH3).

Le courrier est quant à lui plutôt boudé par l'ensemble des professionnels: « le courrier c'est has-been » (M7), « courrier alors là c'est sûr que non » (IDE3).

iv. Implication du professionnel

En cas de création d'un parcours dédié, *les médecins* se verraient essentiellement **appuyer leur rôle de coordonnateur** : « coordonnateur, enfin pouvoir échanger avec les uns avec les autres, ça suffit » (M10). Quelques-uns évoquent une **consultation dédiée** : « avoir des consultations dédiées, plus de temps » (M2).

L'un deux évoque un rôle de **dépistage** : « je dépiste » (M4).

Les médecins HAD souhaiteraient être introduits plus tôt dans la prise en charge : « en tant que médecin HAD être mis en place plus tôt » (M6HAD)

Les pharmaciens souhaitent **développer leur rôle de lanceur d'alerte** : « être une veille, une vigilance, une alerte », ainsi que dans **l'éducation thérapeutique** et dans la **conciliation médicamenteuse** : « contrôlant et en conseillant sur les meilleurs traitements possibles » (PH1), « c'est de donner un avis... Si à un moment y a un collègue » (PH1).

Les infirmiers quant à eux, sont très axés sur la **surveillance clinique du patient** : « de soigner, prendre en charge » (IDE1), **sur le relationnel et sur l'information** : « Avec plus d'information donc plus de possibilité de répondre vraiment à la famille et aux patients » (IDE4).

Ils évoquent d'eux même la possibilité d'une **visite spécifique** : « une visite spécifique, bien programmée » (IDE5), ainsi **que l'utilisation des grilles d'évaluation de la fragilité** pour le suivi, précédemment discutées avec eux : « on pourrait remplir les grilles là [SEGA-G8] régulièrement et voir l'évolution » (IDE3).

Un des médecins ne sait pas quel rôle jouer : « je sais pas », et estime ne pas avoir sa place dans la prise en charge palliative : « on n'a plus rien à faire dans les soins palliatifs ».

La **notion de rémunération** émerge à nouveau chez infirmiers et médecins : « à partir du moment où la consultation est valorisée » (M7), « Si on était rémunérés correctement on prendrait plus le temps » (IDE5).

v. Modalités de suivi

Médecins et pharmaciens plébiscitent un **suivi clinique, de visu**, du patient : « oui faudrait des visites réellement dédiées » (IDE2), notamment les **visites à domicile** pour les médecins : « Faut aller chez lui » (M1). Ils suggèrent aussi la mise en place d'un **suivi psychologique** : « Psychologue au moins une fois par semaine » (IDE3).

Des appels téléphoniques réguliers aux professionnels sont approuvés par les médecins et infirmiers : « ça me rassurerait qu'on m'appelle » (IDE1), certains médecins uniquement en cas d'urgence : « si y a un souci particulier » (M4).

Des appels téléphoniques réguliers au patient obtiennent un résultat plus mitigé : « c'est mieux qu'il y ait un contact direct, pas par téléphone » (M3co), « Pour les gens qui en ont vraiment besoin et ont atteint une certaine dépendance oui » (M9).

Quant à la **télémédecine, le débat est large et les avis plutôt contre**. Du fait de la **préférence d'un contact direct** : « Moi j'estime qu'un médecin doit voir les gens » (M1), d'une **suspicion de frein technologique par rapport à la population** : « frein technologique c'est certain, et aussi humain » (PH2), d'un côté **anxiogène** : « Non ils sont déjà suffisamment angoissés » (PH4), et d'une sensation d'**ingérence** : « j'ai l'impression de shunter le médecin traitant » (IDE2). La notion de **secteur géographique** ne requérant pas de la télémédecine est également soulevé : « Ben ici à Nancy peut-être pas mais en campagne oui. Ici on n'en a pas trop besoin » (M9).

Un des médecins HAD soulève la nécessité d'**intensifier le dispositif d'annonce du patient** : « je pense qu'une seule consultation ça ne suffirait pas en fait » (M8HAD).

Un médecin et un pharmacien souhaite avoir les **coordonnées de chaque intervenant** et un **dossier de soin à remplir** : « avoir une liste des numéros de chacun » M9, « un dossier de soin à remplir » (IDE2).

Un pharmacien suggère l'utilisation d'un **capteur de paramètres numérique** au domicile : « petits boîtiers à la maison pour évaluer 5-6 paramètres » (PH1).

vi. Création de fiches de suivi thérapeutiques

La plupart des professionnels sont évidemment pour la création d'une fiche, reprenant le traitement spécifique du cancer, ses effets secondaires, les points de surveillance, les éventuelles interactions avec le traitement chronique.

Seul un des médecins n'en est pas convaincu : « je suis pas sûr que la fiche on la regarderait » (M9).

Les pharmaciens sont **enclins à participer à la conciliation médicamenteuse ainsi qu'à l'éducation thérapeutique** : « exactement, pour personnaliser » (PH2), « je serais tout à fait pour » (PH5).

Un des médecins signale déjà **recevoir une fiche approchant** : « ils le font de plus en plus une fiche avec les effets secondaires sur ce qu'il faut faire mais ça pêche » (M2).

Deux médecins préféreraient que ces informations figurent **sur les papiers de sortie eux-mêmes** : « petit « post scriptum » sur l'ordonnance » (M3co), « peut-être sur le courrier de sortie plutôt » (M4).

vii. Intervention d'autres professionnels

De manière collégiale, tous les professionnels de santé interrogés plébiscitent **l'intervention de professionnels de rééducation**, notamment les **kinésithérapeutes** : « le kiné aussi est un pilier important » (PH2), puis les **ergothérapeutes** : « évaluer le domicile, l'ergothérapie » (IDE1). Viennent ensuite de manière minoritaire les **orthophonistes** : « orthophoniste après un cancer de la gorge » (M2) et les **associations** : « de l'exercice physique... Ciel bleu » (M4).

L'autre domaine plébiscité est celui du **suivi psychologique**, essentiellement demandés par les infirmiers : « avoir une psychologue dédiée et pas forcément... C'est clair qu'il faut laisser le choix au patient mais ça devrait être systématique. Au moins une fois » (IDE1). Un des médecins HAD requiert

l'intervention d'un **psychiatre** : « Pour moi y aurait un besoin de psychiatrie. Des CMP qui se délocalisent hein... » (M8HAD).

A parts égales viennent ensuite l'**assistante sociale** et la **diététicienne**.

Puis de manière plus anecdotique : **dentiste, pédicure podologue, et les médecines alternatives** avec ostéopathie et sophrologie.

Modélisation d'un parcours de soin complexe :

- Inclusion : la plupart des praticiens, notamment les médecins, souhaitent rester maître du diagnostic, et donc une fois le diagnostic posé. Quelques un évoquent l'idée de prévention.
- Mode d'accès : le téléphone reste plébiscité. En second lieu un moyen numérique, par messagerie sécurisée ou fiche d'alerte.
- Transmission des informations : par le biais du numérique essentiellement, surtout messagerie sécurisée. La création d'un dossier informatisé est reçue d'une manière plus mitigée pour des raisons d'efficacité et de sécurité. Le courrier papier est grandement désapprouvé.
- Rôle des professionnels : les médecins souhaitent coordonner le parcours du patient, quelques-uns évoquent des consultations dédiées.
Les pharmaciens envisagent un rôle d'alerte, de conciliation et d'éducation thérapeutique.
Les IDE souhaitent intensifier la surveillance, notamment à l'aide des grilles d'évaluation de la fragilité évoquées spontanément, ainsi que le relationnel et l'information au patient.
La notion de rémunération est à nouveau soulevée.
- Suivi : il reste essentiellement clinique, avec des consultations de visu, notamment au domicile, ainsi qu'un passage de psychologue. Il est aussi suggérer d'intensifier le travail d'annonce.
Les appels téléphoniques réguliers aux professionnels sont appréciés, alors que leur utilité auprès du patient est plus mitigée.
La notion de télémédecine induit un vif débat, plutôt en défaveur, en évoquant un frein technologique pour cette population, un côté anxiogène, la nécessité de la clinique pure, et l'absence de nécessité sur le territoire nancéien.
La création de fiches thérapeutiques concernant les traitements spécifiques et effets secondaires, en corrélation avec le traitement chronique est plébiscitée. Certains suggèrent néanmoins l'ajout directement sur les papiers de sortie eux-mêmes.
- Intervention d'autres professionnels : la rééducation en premier lieu, avec kinésithérapeutes et ergothérapeutes. Vient ensuite le suivi psychologique, puis, dans une moindre mesure, l'aspect social et la nutrition.

d. Critères d'efficacité d'un parcours de soin

De manière égale, viennent en premier lieu le bien-être du patient et la qualité des échanges professionnels.

Concernant le patient, la qualité de sa prise en charge est importante: « soit on a réussi à guérir la personne, soit (...) pour qu'elle ait la meilleure fin de vie » (PH1), la **gestion de la douleur et de l'anxiété** : « La douleur, l'anxiété, pour moi ce sont mes deux principaux points importants » (IDE1), la **qualité relationnelle** : « quand le patient ose parler, ose dire les choses » (IDE3), le **fait qu'il ne soit pas isolé** : « quand ils sont bien entourés » (PH5) en sont des critères. **L'absence d'acharnement thérapeutique** est également notée : « et surtout pas (...) on voit des gens diminuer (...) alors qu'on continue » (PH1).

Le bien-être de l'entourage est aussi important : « bien-être de la famille, des accompagnants » (M1).

Le bien-être du soignant lui-même est évoqué par un médecin : « si le médecin ressent une certaine satisfaction au bien-être de son patient » (M5).

Concernant les échanges professionnels, est abordé le thème de la **coordination**, avec également **l'information** : « sans risque de perte d'information » (M7), **la cohérence** : « que tout le monde savait où est-ce qu'on allait » (PH3), la **communication** : « qu'on puisse communiquer » (M3co), le **respect des rôles de chacun** : « que les professionnels de santé (...) soient encore à ses côtés » (IDE2), une **facilité au niveau des hospitalisations et de l'administratif** : « qu'au final le patient se retrouve aux urgences » (non abouti, M7), « énormément d'administratif, de paperasse, ça c'est un frein » (M7), une stabilité de l'équipe : « s'ils n'ont pas toujours les mêmes intervenants » (non abouti, M9), **la réactivité** : « la réactivité » (PH4), **le suivi** : « mettre en exergue les points à surveiller » (PH2), **l'efficacité du traitement** : « iatrogénie » (non abouti, M7), **la confidentialité** : « toujours de manière sécurisée » (PH2).

A noter que les infirmiers sont essentiellement axés sur le bien-être du patient, et les médecins sur la qualité des échanges professionnels.

Enfin, le **maintien au domicile** du patient est également un critère d'efficacité pour 3 des professionnels interrogés : « pas de passage aux urgences tous les 15 jours et qu'il se sente en sécurité à la maison » (M6HAD).

Critères d'efficacité d'un parcours de soin complexe :

- Le bien-être du patient est primordial, avec une gestion efficace de sa pathologie, de la douleur et de l'anxiété, du traitement, la qualité relationnelle, un entourage présent, une absence d'acharnement thérapeutique. Le bien-être de son entourage et du soignant sont également importants.
- La qualité des échanges professionnels est l'autre élément important, avec une bonne coordination, des échanges d'information, une communication fluide, une réactivité, dans le respect des rôles de chacun, une simplicité administrative et une facilité pour les hospitalisations.
- Le tout permettant un maintien au domicile optimum du patient.

e. Communication et formations

i. Communication au grand public

Concernant une campagne de communication vis-à-vis du grand public par voie d'affichage, les avis sont mitigés.

Une partie des *infirmiers et médecins* trouvent l'**idée pertinente** : « ça crée du lien et ça permet de diffuser l'information à tout le monde ». Certains estiment même pouvoir s'en servir comme support d'information : « IDE3 : ça nous servirait même pour nous pour expliquer ».

Une autre partie, essentiellement *médecins et pharmaciens*, estiment la méthode **peu adaptée** : « ça n'a aucun intérêt les affiches » (M5), « je suis pas sûr qu'elles lisent les affiches dans les salles d'attente... » (M10), voire même **anxiogène** : « après faut pas angoisser les gens avec tout ça ! Faut pas penser du tout à la maladie et tout dans sa vie, quand ça arrive ça arrive, c'est anxiogène tout ça quand même ! » (M4).

D'autres encore suggèrent d'utiliser **les médias**, par la mise en place de **spots télévisuels** : « C'était la télé et la madame météo, c'était tout. Parce que les trois quarts des choses restent sur les comptoirs et terminent à la poubelle ». D'autres évoquent les **revues pour seniors** : « revues du grand public pour seniors » (IDE5).

La **prévention individuelle** est aussi encouragée, par les **pharmaciens, médecins ou même structures préventives** : « pour moi la communication se fait de façon très personnalisée » (PH2), « c'est au médecin généraliste de les sensibiliser » (M5), « des structures de médecine préventive » (IDE5).

En moindre mesure et de façon plus vague est évoquée le biais du numérique : « Oui un moyen numérique » (PH1).

ii. Communication aux professionnels

Tous les professionnels sont demandeurs de formation, excepté de la part d'un futur retraité. Pour eux, le meilleur moyen de sensibiliser les professionnels reste les **formations**, que ce soit en **groupe** : « ça marcherait presque mieux par réunion » (M7), en **e-learning** : « les bases d'e-learning intéressantes » (IDE) ou en **groupe de travail via les prochaines ESP** (Equipe de Soins Primaires): « en ESP » (IDE5).

La **rémunération de ces formations** a été évoquée par un des médecins : « des formations rémunérées » (M5).

Les médecins d'HAD restent favorables à une campagne d'affichage touchant également les professionnels : « Pour moi ça me parlait en fait, je sais qu'il y a cette affiche » (M8HAD).

Internet est encore cité, de manière minoritaire: « internet » (M6HAD).

Communication :

- A destination du grand public : une partie des médecins et des infirmiers trouvent une campagne d'affichage pertinente. Cependant, certains médecins et pharmaciens doutent de l'efficacité de la méthode, qu'ils trouvent également anxiogène. L'idée de médiatiser ce thème par des spots télévisuels voire des articles dans des revues pour senior est citée fréquemment. Internet l'est également, mais de manière plus vague. La notion de prévention individuelle en colloque singulier reste forte chez les médecins et les pharmaciens. Certains suggèrent d'avoir recours à la médecine préventive.
- A destination des professionnels : la majorité est en faveur de formations sur le sujet, notamment en groupe ainsi qu'en e-learning. La rémunération pour la participation à ces formations est suggérée.

VI. DISCUSSION

a. Limites et points forts de l'étude

Concernant la constitution de l'échantillon, la sélection des intervenants par plusieurs biais différents (via patients, Pages Jaunes®, réseaux sociaux et connaissances) a permis de limiter un biais de sélection. Sur la vingtaine de personnes interrogées, l'interviewer en connaissait une, ce qui limite également le biais affectif.

Cela peut néanmoins provoquer une certaine méfiance. Il semble néanmoins que la plupart des appréhensions furent levées au fil de l'entretien.

Selon le corps de métier, on note également une hétérogénéité dans la moyenne d'âge des personnes interrogées. En particulier la classe des pharmaciens d'officine dont l'âge moyen (59.2) est supérieure à la moyenne nationale (50.2) [29].

La moyenne d'âge des médecins est quant à elle corrélée à la moyenne départementale de 2018 (48.7 versus 48 ans) et légèrement inférieure à la moyenne nancéenne de 51.3 ans [30]. Quant aux infirmiers libéraux, l'âge moyen dans la région Grand Est étant de 43.6 ans en 2018 [31], celui de notre échantillon est superposable avec une moyenne de 43.6 ans.

L'échantillon global, comprenant 5 pharmaciens, 5 IDE libérales et 10 médecins généralistes offrent une certaine représentativité des professionnels de premier recours nancéens, la plupart des études réalisées jusqu'alors s'intéressant uniquement aux médecins généralistes.

Concernant le choix d'entretiens semi-dirigés, il peut exister une discordance entre le discours de la personne interrogée concernant ses pratiques et la réalité [28]. Le manque d'expérience de l'interviewer dans ce travail d'entretien peut également engendrer un biais d'intervention, lui-même évolutif au fil des entretiens successifs.

La longueur du questionnaire peut présenter l'avantage d'une mise en abîme nécessaire pour remettre le professionnel dans le contexte, et favoriser l'émergence d'idées concernant la modélisation d'un parcours de soin, mais présenter également l'inconvénient du risque de lassitude de la personne interrogée après plusieurs questions. La plupart des professionnels interrogés semblaient néanmoins intéressés par la thématique et aucun n'a mis fin prématurément à l'entretien, malgré une durée d'entretien s'échelonnant de 17 à 49 minutes. Un grand nombre d'entretiens s'est d'ailleurs poursuivi par une discussion informelle très enrichissante sur les expériences respectives des protagonistes.

Concernant l'analyse des résultats, toute étude qualitative peut comporter une part plus ou moins importante de biais d'analyse. La difficulté est de faire émerger des thèmes issus des discussions, tout en veillant à mettre de côté les représentations propres de l'interviewer et à ne pas faire d'interprétation des propos de la personne interrogée par rapport à ses connaissances et à son ressenti.

Ce biais a pu être limité par la triangulation des données avec une tierce personne (le directeur de thèse), ainsi que de par l'utilisation de verbatims bruts.

b. Recensement des difficultés et du ressenti des professionnels interrogés

i. Un dépistage du cancer perfectible

Dans le cadre de la démarche diagnostique, bien que son utilité soit reconnue, le dépistage organisé du cancer du sein et du cancer colo-rectal reçoit un accueil mitigé de la part de l'ensemble des médecins généralistes. En particulier, la campagne d'information et la communication que l'on peut en faire n'entraîne pas une forte adhésion des patients.

La majoration systématique de l'âge limite de dépistage ne semble pas forcément nécessaire, et beaucoup de professionnels poursuivent un dépistage individuel au-delà de cette limite d'âge, comme cela a déjà été démontré dans l'étude de F. MEYER recensant le ressenti et les difficultés de médecins généralistes lorrains concernant le parcours de soins du patient âgé atteint de cancer en 2017 [2].

Les principaux facteurs décisionnels concernant la poursuite d'un dépistage individuel sont en lien avec l'âge physiologique et l'organe concerné. D'ailleurs, l'action 1.10 du troisième Plan Cancer souligne le libre arbitre laissé au médecin traitant en matière de dépistage individuel.

La littérature fait état d'un retard diagnostique important, concernant les cancers de la personne âgée [32]. La maladie est diagnostiquée à un stade plus avancé que chez les sujets plus jeunes, le bilan est réduit et les traitements sont allégés. Il existe donc des barrières empêchant ces personnes de bénéficier de soins identiques à ceux des plus jeunes. Celles-ci sont plurifactorielles. D'une part, les personnes âgées ont une idée fautive du cancer qui les conduit à consulter tardivement. D'autre part, les médecins ont une mauvaise appréciation des possibilités thérapeutiques offertes, alors qu'il est maintenant possible de traiter ces patients avec une intention curatrice sans effet secondaire majeur.

Les signes d'alerte du cancer sont néanmoins bien connus de l'ensemble des professionnels de santé de soins primaires, notamment la triade asthénie- anorexie-amaigrissement.

Ces signes d'alerte sont d'ailleurs repris par la campagne d'affichage (cf. figure 3) réalisée par l'UCOG Lorraine en lien avec l'ARS Grand Est, notamment en EHPAD. La seconde partie contient les dix signes d'alerte principaux, engageant les patients, ainsi que les médecins, à être attentifs à ces signes, pouvant déboucher sur une prise en charge adaptée, quel que soit l'âge.

**“ IL N'Y A PAS D'AGE
POUR SE FAIRE SOIGNER
DU CANCER ”**



**Au cours des années
passées, vous avez
peut-être participé à des
campagnes de dépistage
organisé des cancers.**

**Après 75 ans, continuez
à rester vigilants !**

**Si vous observez des signes
inhabituels :**

- ⦿ Perte de poids anormale
- ⦿ Fatigue persistante
- ⦿ Boule dans le sein ou ailleurs,
grosseur qui ne diminue pas
- ⦿ Saignement vaginal, sang dans les
selles, dans les urines ou dans les
crachats
- ⦿ Constipation ou diarrhée inhabituelle
- ⦿ Plaie qui ne cicatrise pas
(peau, bouche)
- ⦿ Changements dans la voix,
enrouement
- ⦿ Toux persistante
- ⦿ Grain de beauté ou verrue
qui se modifie

 **Parlez-en
à votre médecin !**

Figure 7: Campagne d'affichage UCOG Lorraine - ARS Grand Est, les signes d'alerte du cancer

ii. Une fragilité encore sous-évaluée

La fragilité reste un critère abstrait et encore sous-évalué, avec une méconnaissance toujours importante des grilles de dépistage de la fragilité comme l'échelle G8 en Oncogériatrie, ou la grille SEGA développée sur l'agglomération nancéenne. L'ensemble des professionnels interrogés juge leur utilisation utile, mais l'adhésion est-elle plus forte chez les pharmaciens et infirmiers. Ceux-ci sont plutôt prompts à les utiliser en pratique, contrairement aux médecins qui pointent un manque de temps, ou préfèrent se baser sur leur intuition comme cela était déjà le cas lors d'une précédente étude [2].

Si la grille G8, seul outil validé au niveau national en cancérologie de la personne âgée a été promue par l'action 23.4 du Plan Cancer 2009-2013 [14] et est actuellement diffusée au niveau du Grand Est auprès des professionnels de soin d'oncologie via le Plan Régional de Santé [22], les professionnels de soins primaires nancéens, sans y être totalement opposés, lui préfèrent la grille SEGA, qui est plus reconnue. L'échelle G8 ayant été développée pour les spécialistes en oncologie, elle est probablement moins adaptée aux professionnels des soins primaires, et souffre également d'un manque d'information auprès de ces professionnels.

iii. Un accès aux examens complémentaires plutôt aisé en zone urbaine

Contrairement à de précédentes études réalisées dans la région dans ce domaine par l'UCOG Lorraine [1,2], ou dans d'autres régions comme les Midi-Pyrénées [27] il semble que *l'accès aux examens complémentaires et aux filières oncologiques* soit plus aisé pour les professionnels de notre étude, probablement du fait qu'ils exercent tous en milieu urbain. Des délais rallongés, et la difficulté d'accès en urgence au spécialiste en oncologie restent néanmoins présents, et cette étude fait état d'une forte dichotomie et d'inégalité de prise en charge entre le secteur public et le secteur privé.

Dans l'ensemble des études [1, 2, 26, 27] le médecin généraliste souhaite rester maître des investigations, et passer le relais au spécialiste de manière la plus tardive possible.

iv. Des résultats de RCP considérés comme adaptés aux patients, mais méconnus des pharmaciens et IDE.

Concernant les RCP, pharmaciens et infirmiers souhaiteraient que leur avis soit pris en compte. L'avis est plus partagé concernant les médecins généralistes, dont une partie ne s'estime pas légitime pour donner un avis pertinent concernant le traitement à mettre en œuvre et fait confiance aux spécialistes. Cette dissociation se retrouve également dans l'étude d'A.SEFSSAFI, discutant de la place du médecin généraliste dans la décision de soin chez le patient âgé atteint de cancer [33] réalisée en 2014 en Ile de France. Cette thèse faisait déjà état d'avis contrastés vis-à-vis des conclusions des RCP entre médecins de région parisienne et province, pouvant être imputable à la différence d'accès aux consultations et avis spécialisés que nous venons de détailler plus haut.

De même, les médecins généralistes interrogés qui exercent en zone urbaine considèrent les conclusions des RCP plutôt adaptées à l'opinion qu'ils se font de leur patient. Ceci diffère des précédentes études régionales, [27, 35] dans lesquelles ils déclaraient moins partager le contenu des conclusions. Cet avis est également partagé par les pharmaciens et infirmiers interrogés dans cette étude, qui, une fois l'entretien terminé, ont pu rapporter un sentiment d'« acharnement » thérapeutique dans un certains dossiers, avec des traitements qu'ils jugent non adaptés à l'état général et au mode de vie du patient.

Il s'agit d'ailleurs des mêmes professionnels, dont l'adhésion aux traitements est mitigée, que ceux ne se sentant pas inclus dans la prise en charge globale de ces patients. Sans doute ce sentiment d'exclusion, lié au manque d'information et de dialogue interprofessionnel joue un rôle sur l'adhésion même du professionnel au parcours du patient. Adhésion néanmoins primordiale dans le parcours de soin, ces professionnels ayant un contact privilégié voire même affectif auprès de ces patients.

v. Des consultations oncogériatriques à valoriser

Les consultations oncogériatriques restent, quatre ans après une première étude Lorraine en 2015 [1, 2] et comme dans d'autres régions, [34] peu connues d'une partie des médecins généralistes. Nous notons tout de même une légère progression de la connaissance de ces consultations avec la moitié des praticiens en ayant une appréciation positive. La communication sur la nécessité de faire

bénéficier aux patients fragiles d'une consultation d'oncogériatrie est à poursuivre. Ainsi, une campagne d'affichage en lien avec l'ARS Grand Est est lancée en septembre 2019 dans toute la région Grand Est « Il n'y a pas d'âge pour se faire soigner du cancer », initiée à l'échelle nationale par la SOFOG.

Comme nous l'avons vu précédemment (figure n°4), cette campagne est diffusée à l'attention du grand public, via les médecins généralistes et les structures telles que les EHPAD, résidences autonomie, centres accueil de jour pour personnes âgées, le Conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie (CDCA), les Services de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD) la Ligue contre le cancer, les Conseils départementaux, les Centres Locaux d'Information et Coordination (CLIC), les MAIA (Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des Malades Alzheimer), les Centres Mémoire de Ressources et de Recherche (CM2R), les hôpitaux de jour et consultations gériatriques ainsi que via la MSA (Mutuelle Sociale Agricole).

D'après cette étude, si tous connaissent les signes d'alerte du cancer chez la personne âgée, peu de médecins généralistes estiment nécessaire d'adresser en consultation d'oncogériatrie de manière systématique les patients au-delà de 75 ans. Ils préfèrent, tout comme pour le dépistage individuel, le faire au regard de l'âge physiologique du patient et des critères de fragilité.

L'utilisation d'une échelle de repérage de la fragilité, telle que l'échelle G8, ou l'échelle SEGA, pourrait leur permettre d'identifier les patients les plus fragiles, susceptibles d'être orientés vers ces consultations, via des critères objectifs superposables, en évitant l'inclusion ou l'exclusion arbitraire de certains patients. Car, comme le démontre cette étude, la fragilité reste encore, pour beaucoup de médecins généralistes, un ressenti, une intuition issue de l'expérience, plus qu'une dimension codifiable.

vi. Un manque de communication et coordination entre professionnels

Concernant le suivi des patients âgés atteints de cancer, notre étude met en avant, tout comme l'ensemble des précédentes études ayant trait à cette thématique [1, 2, 26, 27, 33, 35] un manque de communication et d'information entre professionnels, ainsi que de coordination. Ces difficultés sont également ressenties, par les pharmaciens et les infirmiers libéraux, qui rapportent être très rarement destinataires d'informations concernant les patients dont ils ont la charge. Ce manque de communication interprofessionnel n'est pas spécifique à l'interface ville-hôpital, mais est également présent entre les professionnels de soins primaires.

Soucieux de répondre à cette difficulté, le législateur, via l'article 64 (L 1411-11-1) de la Loi Santé, favorise l'émergence d'**Equipes de Soins Primaires** (ESP) [36]. L'équipe de soins primaires contribue à la structuration des parcours de santé. Ce projet a pour objectif, via une meilleure coordination des acteurs, d'améliorer la prévention et la protection de l'état de santé de la population, ainsi que de réduire des inégalités sociales et territoriales de santé. C'est ainsi que plusieurs ESP sont en cours de formalisation sur le territoire nancéen, le plus souvent composées de médecins généralistes, infirmiers libéraux et pharmaciens d'un même quartier. Contrairement aux Maisons de Santé Pluridisciplinaires, les ESP sont régies par la loi d'association 1901, et n'exigent pas une unité de lieu

d'exercice de la part des professionnels. Chaque professionnel peut rester indépendant de manière structurelle. Une MSP peut néanmoins être le lieu de création d'une ESP, comme cela est le cas à la Maison de Santé Pluriprofessionnelle de Tomblaine, dont l'ESP totalise 32 professionnels de santé (médecins généralistes, chirurgien dentiste, sages-femmes, kinésithérapeutes, ostéopathe, infirmières, diététicienne, orthophonistes, psychologue, psychomotricien, orthoptiste, pédicure-podologue, assistante dentaire, secrétaires médicales, laboratoire d'analyses médicales et de nombreux étudiants en stage). Elle est notamment le lieu de réunions pluriprofessionnelles hebdomadaires concernant des situations de soins complexes permettant un temps d'échange entre les professionnels de santé de cette structure. Il existe d'autres ESP en cours de création, de plus petites tailles, comme par exemple dans le quartier de Jarville Californie, regroupant médecins, infirmiers et pharmaciens travaillant déjà de manière conjointe au sein de leurs propres structures.

A plus grande échelle, cette même loi promeut la création de **Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS)**. La CPTS est une forme de coordination plus large que l'ESP : elle est constituée de l'ensemble des acteurs de santé (professionnels de santé de ville, qu'ils exercent à titre libéral ou salarié ; des établissements de santé, des acteurs de la prévention ou promotion de la santé, des établissements et services médico-sociaux, sociaux...) qui souhaitent se coordonner sur un territoire, pour répondre à une ou plusieurs problématiques en matière de santé qu'ils ont identifiées. Une CPTS est d'ailleurs en cours de réflexion au niveau de la métropole nancéenne.

S'agissant des échanges ville-hôpital, actuellement, seuls les médecins reçoivent un niveau d'information, relatif à leur patient, satisfaisant. Ils plébiscitent fortement la **messagerie sécurisée Apcript®**, dépendante également des délais de réalisation des comptes rendus de consultation ou d'hospitalisation, avec également, une différence perçue entre secteur privé et public.

vii. L'HAD et la réforme des réseaux

*Concernant les réseaux de soins déjà existants, l'HAD est la plus connue de l'ensemble des professionnels, ainsi que le **réseau gérontologique Gérard Cuny** dans une moindre mesure. Les réseaux de soins impliqués dans la prise en charge des personnes âgées atteintes de cancer sont méconnus des pharmaciens et infirmiers, tout comme le réseau de soins palliatifs.*

L'objectif 3 attaché à l'axe stratégique n°6 : développer les actions de qualité, de pertinence et d'efficacité des soins du PRS Grand Est 2018-2028 [37] était de redéfinir les rôles respectifs des EMSP, HAD et des réseaux de soins palliatifs. Notre étude confirme la méconnaissance entourant la prise en charge palliative, avec la **fréquente confusion entre réseau de soins palliatifs et HAD**.

Une étude réalisée en Lorraine en 2017 par E. POILANE LEGOFF [35] mettait déjà en exergue l'absence de réseau de soins de support véritablement fonctionnel, et la menace de suppression de ces réseaux fut actée durant la réalisation de cette thèse avec **l'arrêt du financement des réseaux de soins palliatifs par l'ARS Grand Est en 2019**. Ceci a pour conséquence la fermeture du réseau de soins palliatifs NSM nancéien au 15 juillet 2019. Son activité serait temporairement orientée vers l'HAD OHS Florentin. Période de transition durant laquelle les EMSP pourraient revoir leur fonctionnement avec, à terme, une éventuelle ouverture à la prise en charge ambulatoire, en cours de discussion.

Durant la réalisation de cette thèse, il fut également question de l'évaluation et de l'avenir **de l'expérience PAERPA** [25], parcours de santé des aînés. Ce parcours, plusieurs fois souligné par les professionnels interrogés lors de cette étude, visait une coordination renforcée entre les professionnels de santé de premier recours. Il avait pour but de faciliter le parcours de ces patients fragiles et polyopathologiques. Parmi les outils clés mis en place : la coordination territoriale d'appui (CTA, un guichet unique dédié à la population visée) et le Plan personnalisé de santé (PPS), document sous l'égide du médecin traitant qui formalisait la coordination médico-sociale.

L'objectif principal de ce parcours des aînés était de limiter les séjours à l'hôpital et les mauvaises pratiques médicamenteuses. Cette expérimentation prendrait fin à l'issue de 4 années, faute d'une évolution suffisamment favorable des indicateurs de suivi concernant les hospitalisations. Seuls les indicateurs concernant la poly-médication et le nombre de prescriptions inappropriées se trouvent améliorés de manière significative.

Depuis 2017, l'ARS Grand Est avait déployé quatre **Plates Formes Territoriales d'Appui** (PTA) suite au décret n° 2016-919 du 4 juillet 2016, visant à apporter une réponse aux professionnels, et en particulier aux médecins traitants, dans la prise en charge des situations complexes, sans distinction d'âge, de handicap ni de pathologies. Ces plateformes sont maintenues, avec une priorité donnée aux initiatives des professionnels de santé de ville visant un retour et un maintien à domicile. Concernant le territoire nancéien, ce projet est porté par le réseau Gérard Cuny. Celui-ci s'articulera notamment dans les prochaines ESP et CPTS.

c. Modélisation d'un parcours de soin dédié aux personnes âgées fragiles (complexes) atteintes de cancer sur l'agglomération nancéienne.

i. Modalité d'inclusion : dès le diagnostic, via plateforme et accès téléphonique/internet.

Du fait d'une certaine facilité d'accès aux examens complémentaires comme nous venons de le démontrer, la mise en place d'un parcours de soin spécifique aux plus fragiles semblerait pertinent dès le diagnostic ; les pharmaciens et infirmiers étant eux aussi soucieux de respecter du rôle pivot du médecin généraliste pour la décision et le choix des premières explorations.

Une réflexion relativement similaire avait déjà été menée dans le département de la Vienne en 2014 [38] : une première évaluation en consultation oncogériatrique est réalisée par l'infirmière d'UCOG, disposant d'une grille de complexité et de fragilité. Selon le score obtenu, et en accord avec le patient et sa famille, la situation est signalée au dispositif de coordination gérontologique du territoire via une fiche par messagerie sécurisée. S'en suit tout un protocole de visite à domicile, élaboration d'un Plan Personnalisé de Santé validé par le médecin traitant, des Réunions de concertation pluri-professionnelle, un suivi et des réévaluations cliniques. Le médecin traitant et l'oncogéiatre sont destinataires des comptes rendus de visites et du PPS du patient. L'oncogéiatre les joint au dossier médical du patient afin que l'oncologue référent puisse être tenu au courant.

Un espace collaboratif, Oncogériatrie86, a été créé sur l'Espace Numérique Régional e- santé Poitou-Charentes. Sur cette plateforme, sont mis à disposition : le schéma d'accompagnement du patient oncogériatrique sur le département (UCOG et réseaux gérontologiques), le listing des patients de plus de 70 ans oncogériatriques adressés et suivis par les réseaux, une grille d'indicateurs de suivi renseignée par les réseaux, 5 courriers types à adresser au patient, à l'oncogéiatre et au médecin traitant. Les professionnels de l'UCOG et des réseaux gérontologiques du département y ont accès.

Cela suggère néanmoins que le patient ait déjà été orienté en consultation oncogériatrique.

Plusieurs Plateforme Territoriales d'Appui (PTA) ont été créées sur l'ensemble de territoire, avec pour but de répondre aux difficultés de l'ensemble de la population, sur sollicitation des médecins, soignants, entourage et aidants. Ces PTA regroupent en leur sein les Commission Territoriales d'Appui (CTA), à destination des personnes âgées. La plupart bénéficient d'un guichet d'accueil téléphonique unique, orientant la personne requérante vers le service le plus adapté.

La PTA Sud Lorraine est portée par le Réseau de santé personnes âgées Gérard Cuny et le Centre Local d'Information et de Coordination (CLIC) du Grand Nancy.

Cette PTA informe et oriente les professionnels vers les ressources sanitaires, médico-sociales et sociales du territoire, apporte un appui à l'élaboration des PPS, active les dispositifs de droit commun ou dérogatoires : activité physique adaptée, pilulier connecté, ergothérapie, hébergement temporaire en EHPAD, aide à domicile en urgence ou en sortie d'hospitalisation, mobilise des expertises (gériatriques, psychiatriques, sociales...) et assure la coordination du parcours de la personne âgée.

Dans le cadre de son fonctionnement, la PTA pourrait être un pilier clef d'un parcours de soins complexe concernant ces patients âgés fragiles, atteints ou suspects de cancer, tout en évitant la multiplication des intervenants et réseaux, parfois crainte par certains professionnels.

La PTA Gérard Cuny bénéficie à la fois d'une ligne téléphonique directe, ainsi que d'un accès par messagerie sécurisée pour alerte, déjà bien identifiés sur le secteur.

La PTA pourrait être, comme dans l'expérience charentaise, alerté, soit par le biais de l'UCOG ou lors d'une hospitalisation, à l'issue d'une évaluation mettant en évidence une fragilité, soit par les professionnels de soins primaires prenant en charge le patient à son domicile. Ainsi, une coordination des soins via la PTA, en lien avec le médecin traitant, pourrait être mise en place, pour ces patients âgés fragiles, suspects ou atteints de cancer.

ii. Place des IDEC, IPA et évaluation de la fragilité par les professionnels pharmaciens et IDE.

Si le système d'alerte et d'orientation trouve une partie de réponse sur la PTA déjà opérationnelle, se pose le problème du suivi et des échanges d'information.

Le réseau gérontologique assure actuellement un suivi gérontologique, non spécifique d'une atteinte cancéreuse.

Plusieurs établissements de santé ou réseaux ont mis en place une infirmière de coordination en cancérologie (IDEC) comme cela est le cas à l'ICL [39] ou les infirmières de pratiques avancées en neuro-oncologie (IPA) au CHRU, ainsi qu'à la Maison des Réseaux de Santé du Lunévillois (MRSL) [40].

Les **IDEC** ont pour but d'assurer le lien entre les différents intervenants internes et externes. Elles s'assurent du bon déroulement des étapes thérapeutiques, tiennent à jour la file active des patients de leur secteur. Lors des toutes premières rencontres avec le patient, l'IDEC évalue le contexte psycho-social, détecte les fragilités sociales, psychologiques et peut ainsi orienter précocement le patient vers les professionnels des soins de support de l'établissement (assistantes sociales, psychologues, psychiatre...) ou vers des structures extérieures. L'IDEC favorise le lien avec la médecine de ville, et est amené à réévaluer régulièrement le patient par le biais de RDV téléphoniques parfois systématiques selon la situation du patient.

L'IDEC de la MRSL, en lien avec le Centre Hospitalier de Lunéville, travaillant au sein même de la maison des réseaux et donc du réseau gérontologique du secteur, est une articulation intéressante dans le parcours de soin des patients âgés lunévillois, à prendre en compte dans notre réflexion. Son intervention permet d'éviter les éventuelles redondances de prise en charge et facilite les inclusions au réseau gérontologique en cas de nécessité.

Sa présence est d'autant plus importante que cette étude montre que beaucoup des professionnels souhaiteraient un suivi ne serait-ce que téléphonique régulier des patients.

Ces IDEC sont le pivot central de l'objectif opérationnel n°7 du PRS Grand est 2018-2028 concernant le parcours des patients atteints de cancer, afin que chaque établissement de santé autorisé pour le traitement du cancer organise en son sein la fonction de coordination, avec pour objectif 100% des établissements pourvus à 5 ans.

D'autre part, l'état permet la **formation d'infirmiers en pratique avancée (IPA)** [41], dont les premières promotions sortiront en 2020. Ils pourront ainsi renouveler, adapter voir prescrire des traitements ou des examens complémentaires (selon l'arrêté du 18 juillet 2018 fixant les listes permettant l'exercice infirmier en pratique avancée en application de l'article R. 4301-3 du code de santé publique), assurer une surveillance clinique, mener des actions de prévention ou de dépistage. Ceci se fera en accord avec des médecins qui leur confieront le suivi de certains de leurs patients dont l'état de santé est stabilisé, en cas d'exercice dans une équipe de soins, qu'il s'agisse d'une ESP ou d'un centre hospitalier. Après une première année en tronc commun, les infirmiers (à partir de 3 ans d'exercice), se spécialisent, notamment en oncologie et hémato-oncologie.

Ce type de formation pourrait être à valoriser au sein de ce parcours. D'autant que le modèle déjà existant depuis plusieurs années en neuro-oncologie au sein du CHRU, via **les IPAC (Infirmière en Pratique Avancée et Coordinatrice)**, représente une réelle plus-value dans le suivi ambulatoire de ces patients et a été évoqué à plusieurs reprises dans cette étude.

Par ailleurs, concernant les échelles d'évaluation de la fragilité, notre étude montre que les pharmaciens et IDE libéraux sont les plus enclins à les utiliser en pratique courante; ces derniers suggèrent l'utilisation de manière régulière de ces échelles, à des fins de repérage et de suivi.

Les médecins généralistes quant à eux souhaitent essentiellement préserver leur rôle de coordination, et craignent d'être évincé de la prise en charge de leur patient. Ce sentiment d'inclusion ou d'exclusion de la prise en charge, est d'autant plus exacerbé lors des hospitalisations, notamment à domicile. Il est important de veiller à une bonne communication entre les acteurs, et au respect du rôle de chacun. Cela passe par le fait d'y intégrer, autant que possible, les professionnels de soins primaires habituels du patient, qu'il s'agisse du médecin traitant, des infirmiers libéraux ou du pharmacien du patient.

La grille d'évaluation de la fragilité la plus à même d'être utilisée par les professionnels de soins primaires semble être la grille SEGA. Cette préférence peut être liée à la large diffusion historique de la grille SEGA en Lorraine. Certains professionnels, notamment infirmiers, la trouvent également plus exhaustive et adaptée à leur pratique quotidienne.

L'échelle G8 reste la grille préférentielle de l'ARS Grand Est (PSR Grand Est objectif n°6 du parcours patient atteint de cancer) et de la SOFOG comme outil d'évaluation des fragilités à destination des professionnels en oncologie. Elle est d'ailleurs en cours de diffusion auprès de ces professionnels, afin que la fragilité de chaque patient de plus de 75 ans soit systématiquement recherchée avant proposition de traitement en RCP, en vue d'une évaluation oncogériatrique.

L'évaluation de la fragilité par les professionnels de soins primaires connaissant étroitement ces patients, n'en est pas moins pertinente, voire même complémentaire. Reste néanmoins à définir la grille d'évaluation la plus pertinente à diffuser à l'attention de ces professionnels, ceux-ci préférant de manière instinctive la grille SEGA, pour les raisons que nous venons d'évoquer.

iii. Prudence des professionnels quant au dossier informatisé et à la télémédecine.

Dans cette étude, on ne peut que constater la relative réserve de l'ensemble des praticiens envers un dossier informatisé, ainsi qu'envers l'émergence de la télémédecine.

D'ailleurs, il n'est aucunement fait mention du Dossier Médical Partagé lors des échanges.

Le DMP a officiellement été lancé le 6 novembre 2018 en lien avec la Loi Santé article L-1111 du Code de la Santé Publique. Il a été développé 15 ans après la loi sur l'assurance maladie du 13 août 2004 évoquant la mise en place du « dossier médical personnel ». Malgré une vaste campagne de communication à l'origine de l'ouverture de 6 millions de dossier au 1^{er} semestre 2019, peu de médecins le consultent et l'alimentent [42]. Il n'est d'ailleurs jamais relevé durant cette étude, que ce soit dans les difficultés, comme dans les éventuelles solutions à apporter pour l'échange d'information.

Depuis 2009, la Lorraine fait partie des régions pilotes pour le Dossier Communiquant de Cancérologie (DCC) [43], dossier dont l'accès est essentiellement connu des professionnels d'oncologie et peu des professionnels de soins primaires, bien que les médecins généralistes reçoivent une partie de ce dossier via les comptes rendus de RCP par messagerie sécurisée.

Quant à une plateforme sécurisée, certains professionnels craignent des failles de sécurité, et lui préfèrent la messagerie sécurisée Apcript®. Cela nécessiterait néanmoins que l'ensemble des professionnels de santé gravitant autour du patient en soit destinataires, notamment les pharmaciens et IDEL. Il conviendrait, pour toute première évaluation, de recenser l'ensemble des professionnels de santé prenant en charge le patient, afin de pouvoir leur transmettre systématiquement les informations, avec l'accord du patient.

Certains professionnels souhaiteraient également une hiérarchisation d'accès aux données selon le corps de métier, compliquant un peu plus cet échange systématique des données.

En complément de cette messagerie sécurisée leader sur le marché, une messagerie appelée Miss® [44], plus instantanée, et dérivée d'Apcript®, est actuellement en cours de déploiement, elle permet un échange instantané avec marqueur de disponibilité, et pourrait permettre de limiter les échanges informels déjà existants, via SMS, mail non sécurisé ou messagerie instantanée sécurisée type Whatsapp®. Cette messagerie pourrait être intéressante, notamment pour les ESP.

L'ARS Grand Est tend à développer la E-santé, via la plateforme Pulsy®, émanant du Groupement Régional d'Appui au développement de la e-santé. Elle mène à bien divers projets, allant des téléconsultations pré-anesthésiques, aux téléconsultations pédiatriques avec le centre des Grands Brûlés de Metz.

Actuellement, le CHRU et l'ICL, en lien avec cette plateforme, développent le projet Pibio, permettant aux patients d'accéder à leurs résultats de biologie hospitalière. Dans une seconde phase, il rendra accessibles ces résultats au médecin traitant via cette plateforme et par messagerie sécurisée de santé. Un éventuel lien vers le DMP du patient constitue également un chantier majeur de ce projet.

Quant à la télémédecine en elle-même, en plein développement sur la région Lorraine, les professionnels interrogés semblent y être peu favorables.

Cela peut s'expliquer, de la même manière que la relative facilité d'accès aux examens ou avis oncologiques, au secteur géographique, avec une disponibilité des professionnels plus importante qu'en secteur rural. Il peut exister également un possible frein technologique chez certains professionnels proches de la retraite, peu enclins à se former à de nouvelles technologies, quand d'autres pratiquent déjà cette télémédecine de manière officieuse via messagerie instantanée, messagerie sécurisée, visio ou MMS, avec les infirmiers libéraux notamment. Certains craignent également une « deshumanisation » du métier, et l'absence d'adhésion du patient.

La télé-expertise pourrait néanmoins avoir un réel intérêt chez les patients dont l'autonomie est réduite et chaque déplacement rationalisé.

Pulsy® développe son champ de téléconsultation de gériatrie du CHRU en EHPAD depuis maintenant 2014, projet initié par les Dr CRAUS et Dr MORETTINI, médecins coordonnateurs d'EHPAD nancéiens, en lien avec Dr AZZI, médecin gériatre au CHRU de Nancy. Actuellement, 8 EHPAD de l'agglomération en bénéficient, et l'objectif est de pouvoir l'élargir à 30 EHPAD .

Aux débuts de cette expérimentation, l'utilisation de la téléconsultation en EHPAD pouvait faire craindre un frein technologique important pour les résidents. En effet, lorsqu'il leur était évoqué la possibilité d'une téléconsultation pour la première fois, celui-ci était plutôt dubitatif. Mais en quelques minutes le patient semble oublier totalement le contexte et tout se passe naturellement, comme si le médecin expert était dans la chambre. Ce qui aurait pu être une limite entre cette génération et la technique ne semble pas l'être du tout, potentiellement du fait de la qualité d'image satisfaisante, ainsi que de l'accompagnement réalisé par le médecin coordonnateur, sur place et de l'infirmière coordinatrice [44].

Dernièrement le CHRU étend son offre de télémédecine, avec notamment un projet de consultations déportées via tablettes numériques au domicile du patient, en accord avec le médecin généraliste. Ces consultations seraient à destination des patients âgés fragiles et peu mobilisables, avec l'appui de la PTA Gérard Cuny et sa coordinatrice Dr ABRAHAM.

iv. Conciliation médicamenteuse et éducation thérapeutique

Concernant les traitements spécifiques du cancer (chirurgie, radiothérapie, chimiothérapie), tous les professionnels de soins primaires s'accordent sur un manque d'information et de connaissance des traitements et de leur iatrogénie, rendant difficile la gestion des interactions médicamenteuses et des effets secondaires parfois importants dans leur sévérité.

Le réseau ONCOLOR (actuellement RCGE) a développé depuis plusieurs années des fiches d'informations sur les chimiothérapies à destination des patients et des officines. Ces fiches sont élaborées en lien entre réseaux de cancérologie et les Observatoires des médicaments, des dispositifs médicaux et des innovations thérapeutiques (OMEDIT).

Il existe également des recommandations de l'INCa concernant la prévention et la gestion des effets indésirables des traitements anticancéreux par voie orale (à destination des professionnels de santé).

Certains médecins traitants ont évoqué ces fiches thérapeutiques. Fiches qui ne sont pour le moment pas diffusées de manière systématique, ni aux autres professionnels de soins primaires. Celles-ci ne sont notamment pas adressées aux IDE libéraux, censés pouvoir assurer une surveillance clinique d'éventuels effets secondaires, et une délivrance médicamenteuse. Elles sont envoyées dans de rares cas aux pharmaciens d'officine délivrant le traitement chronique et les traitements symptomatiques liés à ces thérapeutiques.

Ces fiches, par ailleurs, restent très générales, à pondérer et à adapter à chaque patient, à ses pathologies chroniques et à ses traitements habituels. Cela relève d'un travail de conciliation médicamenteuse, qui se développe à l'ICL et au CHRU de Nancy. L'un des pharmaciens a ainsi évoqué le projet MEDISIS [45] déjà bien développé à Lunéville.

Le Centre Hospitalier de Lunéville fut l'un des premiers centres novateurs en matière de conciliation médicamenteuse, instaurée dès 2011.

Fort de processus bien implanté dans le bassin lunévillois, est lancé, en 2017, le programme MEDISIS. Il a pour but de sécuriser la prise en charge médicamenteuse globale en garantissant au patient la continuité des soins tout au long de son parcours, et plus particulièrement dans les moments de transition entre l'hôpital et le domicile, tout en le rendant acteur de sa santé. Un screening des

patients dont l'âge est ≥ 65 ans à l'admission, à la recherche de facteurs de fragilités, est réalisé à chaque entrée en corrélation avec la conciliation.

Si un patient possède au moins 3 des facteurs suivants, il est inclus au programme:

- Traitement habituel avec plus de 7 médicaments et 1 erreur médicamenteuse lors de la conciliation à l'admission,
- Patient insuffisant cardiaque ou insuffisant rénal sévère ou patient hospitalisé pour exacerbation de BPCO, Pneumonie, infarctus du myocarde,
- Patient avec antécédent d'hospitalisation en urgence dans les 6 derniers mois,
- Patient souffrant d'un syndrome gériatrique,
- Patient souffrant d'une altération des activités de la vie quotidienne,
- Patient en situation sociale défavorable.

De manière systématique, une conciliation d'entrée est réalisée, avec contact auprès du pharmacien, médecin traitant, voir infirmier habituels du patient, afin de récupérer son traitement habituel, obtenir des informations sur l'observance et éventuelles difficultés au domicile du patient. Le patient est également visité par le pharmacien hospitalier. Ces informations sont ensuite rapportées au médecin hospitalier ayant la charge du patient, qui pourra prendre en compte ces informations.

A la sortie, une nouvelle conciliation est réalisée, avec création d'une fiche systématisée et personnalisée, adressée au médecin traitant, pharmacien, infirmier, en retraçant et motivant chaque modification thérapeutique, et signifiant les prochains RDV prévus pour le patient.

Les patients quant à eux reçoivent à la sortie un livret thérapeutique, et certains bénéficient de séances d'Accompagnement thérapeutique (ATP).

Il serait intéressant, chez ces patients fragiles présentant souvent une poly médication, qu'il soit réalisé, lors de l'instauration de traitements spécifiques avec des potentielles interactions et effets secondaires, une conciliation de la sorte. Elle pourrait s'accompagner d'une transmission systématique aux médecins traitants, hospitaliers mais également pharmaciens officinaux et infirmiers libéraux ayant la charge du patient et sa surveillance. Cela impliquerait la présence d'un temps pharmacien dédié, en plus d'une infirmière coordinatrice, au sein de ce parcours.

En aval, les pharmaciens d'officine, tout comme certains infirmiers, sont intéressés par la mise en place de séances d'éducation thérapeutique, permettant un temps d'échange supplémentaire avec ces patients, ainsi que de surveillance. Cela aurait également pour but de rendre le patient et son entourage, acteurs de sa prise en charge.

v. Une activité à valoriser financièrement

Outre la possible création de poste IDEC et pharmacien, les professionnels de soins primaires souhaiteraient pouvoir dédier plus de temps et diversifier leur activité, comme nous venons de le voir, chez ces patients âgés fragiles atteints de cancer. D'autant que cette étude soulève le côté particulièrement chronophage et complexe de ces prises en charge, avec parfois un certain impact émotionnel pour les pharmaciens et IDEL.

Si un tel parcours était créé, plusieurs professionnels soulignent la nécessité de revalorisation de leurs actes.

Pour les médecins généralistes, il existe des cotations diverses, souvent mal connues et peu utilisées, valorisant les consultations complexes, notamment :

- la « majoration de suivi d'hospitalisation » code MSH +23€,
- la « consultation initiale VIH, cancer ou maladie neuro-dégénérative » code MIS +30 €,
- la « visite Longue d'évaluation de la dépendance par le médecin traitant » code VL +60€ pour les patients en ALD pour une pathologie neuro-dégénérative identifiée (par ex Alzheimer, maladie de Parkinson, SEP, ... sous forme de visite à domicile (ou en EHPAD) en présence de l'aidant habituel du patient (famille, aide-ménagère, maximum trois fois par an),
- Moins connue, « l'Avis ponctuel de consultant », code APC +50€, en cas de demande d'avis explicite du médecin traitant à un spécialiste correspondant. Le médecin spécialiste correspondant (y compris spécialiste qualifié en médecine générale par l'Ordre des médecins), sollicité pour cet avis ponctuel de consultant, adresse au médecin traitant ses conclusions et propositions thérapeutiques. Il ne doit pas avoir reçu le patient dans les 4 mois précédant la consultation. Il ne peut pas coter APC s'il doit revoir le patient dans les 4 mois suivants, sauf exception.

Dans le cadre de ce réseau, Il pourrait être envisagé, la création de consultations de coordination ou d'une synthèse, entre Visite longue et Avis consultant, par le médecin généraliste lui-même.

Pour les infirmiers, ceux-ci peuvent déjà valoriser leurs actes via la Démarche de Soins infirmiers [46], dans laquelle doit être rempli un « résumé de l'observation de la situation du patient », reprenant l'environnement matériel, humain, l'humeur et comportement, l'état du patient et la pénibilité de la prise en charge. Sont proposés :

- les actes infirmiers de soins (AIS) à hauteur de 2.65€,
- des séances de soins infirmiers (3 AIS) : séances curatives et préventives visant notamment à restaurer les capacités d'autonomie du patient, basées sur une approche relationnelle et éducative. Elles permettent d'inclure des soins d'hygiène
- La mise en œuvre d'un programme d'aide personnalisée (3,1 AIS) : il s'agit de mettre en œuvre un programme d'aide personnalisée en vue d'insérer ou de maintenir le patient dans son cadre de vie, pendant lequel l'IDEL aide à accomplir les actes quotidiens de la vie, éduquer son entourage ou organiser le relais avec les travailleurs sociaux, par séance d'une demi-heure, à raison de quatre au maximum par 24 heures.

Cette DSI doit être secondairement validés par le médecin traitant. Les actes médicaux infirmiers (AMI, tels qu'injections, chimiothérapie) doivent être prescrits directement par le médecin et sont rémunérés à hauteur de 3.15€.

Ils peuvent également bénéficier d'une majoration de coordination MCI. Cette majoration s'applique aux soins, réalisés à domicile, dispensés à des patients en soins palliatifs ou à des patients nécessitant des pansements lourds et complexes, à hauteur de 5€. Cette majoration ne peut être facturée qu'une seule fois par intervention.

Il convient néanmoins que ces rémunérations, dans le cadre d'une prise en charge complexe telle que nous venons de la décrire, requerraient une valorisation plus importante.

Quant aux pharmaciens d'officine, la rémunération de séances d'éducation thérapeutique reste financée par des subventions très limitées, non fongibles et aléatoires qui sont représentées majoritairement par le Fond d'Intervention Régional (FIR) via l'ARS.

Les organismes de protection sociale ont eux-mêmes créés leurs propres programmes d'éducation thérapeutique du patient et d'accompagnement. Ainsi la CNAMTS (Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés), la MSA, le RSI et d'autres encore se sont investis dans des pathologies telles que les maladies cardiovasculaires ou le diabète. Ils financent ceci grâce à leur fond de prévention. Des organismes d'assurances complémentaires contribuent aussi à ce financement.

A l'heure actuelle, il n'existe pas de financement dédié à un programme d'éducation thérapeutique ciblant ces patients âgés atteints de cancer en ambulatoire. Tout programme d'ETP doit faire lieu d'une demande d'autorisation sur le site de l'ARS Grand Est, délivrant, après validation, une autorisation valable pour une durée de 4 ans.

vi. La formation à favoriser

Il ressort de cette étude le manque important de formation de l'ensemble des professionnels à cette thématique, en dehors de cours sur le thème de la gériatrie durant leur formation initiale ou lors de stages en services d'orientation gériatrique. Mais contrairement à l'étude lorraine de J-M HUBERT, datant de 2015 [25], où 54% des médecins généralistes souhaitaient bénéficier d'une formation oncogériatrique, ce taux est nettement plus élevé dans notre étude, à 95%. Cela peut être à nouveau corrélé au secteur géographique, ou lié à un biais d'adhésion à l'interviewer du fait de la méthode qualitative par entretiens.

Le troisième plan cancer a notamment pour objectif (objectif N°4) de faire évoluer les formations et les métiers de la cancérologie, notamment via l'indicateur N°20 : Proportion d'infirmiers cliniciens formés par le master.

Comme cela a été décrit précédemment, l'Etat autorise la formation d'IPA dont les premières promotions seront sortantes en 2020, pouvant s'orienter vers l'oncologie ou hémao-oncologie.

L'URPS infirmière du Grand Est encourage également la formation de ses infirmiers à l'Education thérapeutique (module de 40 heures).

Il est également nécessaire d'encourager la formation médicale continue (FMC), le bassin nancéien disposant d'une offre importante. L'ICL dispense également des formations en oncogériatrie, dont une formation de 4 jours soit 28 h en deux sessions à 6 mois d'intervalle, adressée aux médecins, infirmiers, manipulateurs en électroradiologie ou aide soignants.

Chaque année, depuis 2011, l'UCOG Lorraine propose, à destination du personnel médical et paramédical, une journée de formation sur le thème de l'oncogériatrie. La 8ème édition du « Printemps de l'Oncogériatrie » aura lieu exceptionnellement en automne le jeudi 14 novembre 2019, conjointement avec la Journée de Gériatrie du Grand Est organisée par la SGE de Nancy.

Une formation en e-learning est également disponible à l'adresse suivante : <https://catalogue-oncotice.org/>. Le e-learning est d'ailleurs plébiscité par les pharmaciens et infirmiers libéraux. Les médecins généralistes restent attachés aux formations conventionnelles, si possible par petits groupes, avec une rémunération en rapport du temps dédié hors cabinet.

Concernant les pharmaciens spécifiquement, il s'est ouvert, en 2019, le DU Pharmacie oncologique, sur Nancy.

d. Perspectives

C'est au sein de cette réflexion que s'inscrivent les discussions de l'actuel groupe de travail de l'ARS Grand Est relatif au thème de l'oncogériatrie, dont la première réunion de travail s'est tenue en février 2019. Réunion durant laquelle ont été abordés l'état des lieux de l'oncogériatrie dans le Grand Est, une discussion sur les campagnes de sensibilisation des professionnels de santé, la diffusion d'une échelle de la fragilité ainsi que les préconisations concernant un modèle théorique organisationnel et son adaptabilité.

Cette thèse permet d'apporter des éléments de réflexion aux discussions actuelles sur les objectifs de développement de la cancérologie gériatrique dans le Grand Est.

De manière plus globale, le Plan Régional de Santé 2018-2028 adopté par l'arrêté n°2018-2103 du 18 juin 2018, s'intègre à la stratégie « Ma santé 2022 » [47] portée par le gouvernement depuis septembre 2018.

Ce projet a notamment pour but de « favoriser une meilleure organisation des professionnels de santé qui devront travailler ensemble et mieux coopérer au service de la santé des patients. Ma santé 2022 permettra de rassembler les soignants en ville et les soignants à l'hôpital autour de projets de santé adaptés aux besoins des Français dans les territoires. Elle donnera la possibilité pour chaque Français d'être soigné tous les jours de la semaine jusqu'en soirée et le samedi matin sans devoir passer par l'hôpital, de renforcer les actions de prévention pour prévenir les maladies, de maintenir à domicile le plus possible les personnes fragiles, âgées ou présentant plusieurs pathologies.

L'exercice isolé – c'est-à-dire d'un professionnel de santé seul dans son cabinet – doit devenir l'exception à l'horizon 2022. Les soins de proximité doivent s'organiser au sein de structures d'exercice coordonné comme les maisons ou les centres de santé, dans le cadre de communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) ».

La discussion quant à la formalisation d'un parcours de soins complexe, dédiés à la personne âgée fragile atteinte de cancer a donc toute sa place.

Les réflexions issues de ce groupe de travail ont déjà permis la diffusion de la campagne d'affichage « Il n'y pas d'âge pour se faire soigner du cancer » dont nous avons parlé précédemment. Campagne impulsée au niveau nationale par la SoFOG, et diffusée au niveau régional en septembre 2019.

De manière concomitante, les UCOG du Grand Est poursuivent la diffusion de l'échelle G8 à l'ensemble des professionnels d'oncologie, avec pour objectif 100 % des établissements du Grand Est autorisés pour le traitement du cancer utilisant l'échelle G8 pour les patients âgés suivis en oncologie.

Les résultats de ce travail de thèse permettront de discuter la faisabilité du modèle exposé, sur le territoire de Nancy Métropole.

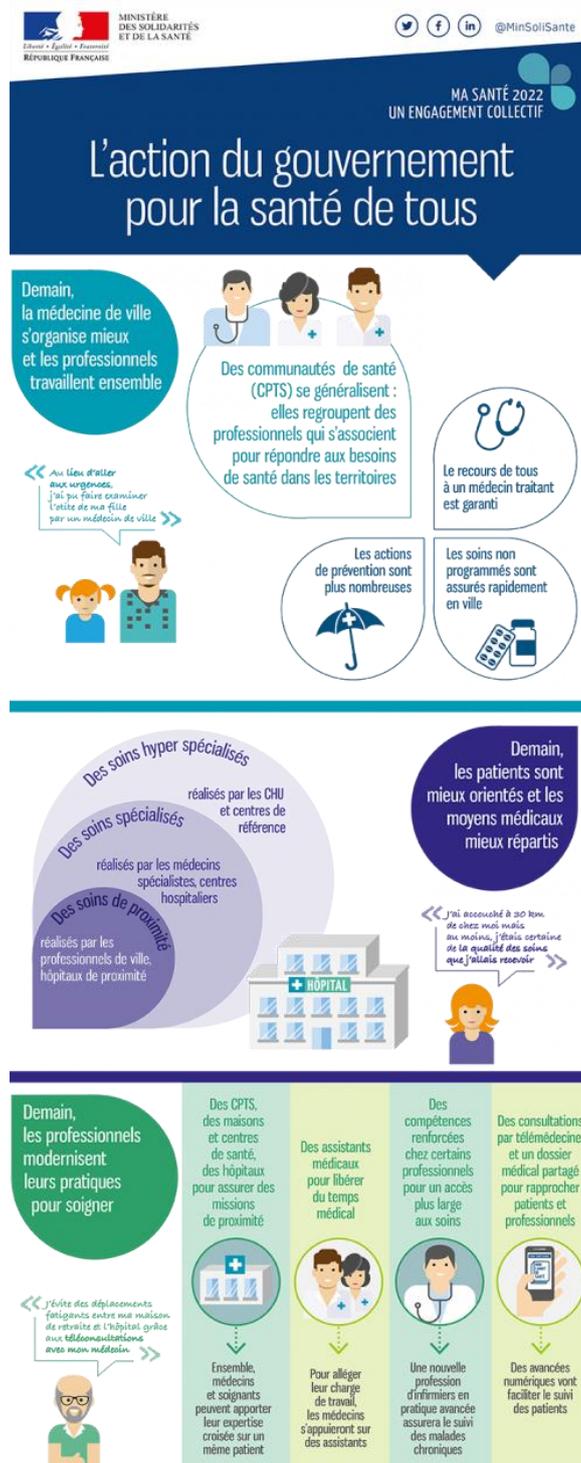


Figure 8: Ma Santé 2022

VII. CONCLUSION

Cette étude recense les difficultés et le ressenti d'une vingtaine de médecins généralistes, pharmaciens officinaux et infirmiers libéraux. Comme il a déjà été démontré dans de précédentes études, on constate la persistance d'un manque de communication et de coordination entre les intervenants prenant en charge les patients âgés, fragiles et atteints de cancer sur l'agglomération nancéienne.

Les difficultés recensées sont principalement d'ordre organisationnels pour les médecins, avec des délais de RDV et d'obtention de compte rendus importants, ainsi qu'un sentiment récurrent d'exclusion de la prise en charge de leurs propres patients. L'accès à un bilan d'imagerie et le recours à un avis spécialisé est en contrepartie plutôt aisé dans cette zone urbaine. S'en ressent une relative réticence concernant le développement de la télémédecine et de la télé expertise, outil jugé peu utile en zone urbaine avec un possible frein technologique chez cette patientèle. Une expérimentation en ce sens est actuellement en réflexion sur le Grand Nancy, la première étape étant de pouvoir lutter contre les aprioris des professionnels vis-à-vis de cette nouvelle technologie.

La connaissance des consultations d'oncogériatrie s'améliore mais reste perfectible, et un recours plus systématique à ces consultations au-delà de 75 ans ne leur semble pas justifié, l'âge physiologique devant rester le déterminant pour les adresser directement selon eux, plutôt que d'autres critères. La fragilité, tout corps de métier confondu, est ainsi encore largement sous-évaluée. Les pharmaciens et infirmiers sont les plus enclins à utiliser une grille d'évaluation en pratique, ils s'orientent pour l'instant préférentiellement vers la grille SEGA.

L'idéal, pour les professionnels, serait la création d'un parcours de soins coordonnés, spécifique aux situations complexes de personnes âgées atteinte de cancer. Ce parcours pourrait être sollicité par les différents acteurs dès le diagnostic posé, ou en cas de symptôme d'alerte ou de suspicion de pathologie tumorale. Les professionnels souhaiteraient pouvoir contacter cette filière par voie téléphonique, ou par fiche alerte numérique.

Ce parcours pourrait s'articuler autour des structures et réseaux déjà présents et efficaces sur le secteur, afin d'éviter la redondance des filières. Cela pourrait s'envisager par le biais de la Plateforme territoriale d'appui, Gérard Cuny, déjà bien ancrée dans la prise en charge ambulatoire des patients âgés fragiles sur l'agglomération nancéienne.

Au sein de ce parcours, il serait intéressant d'y intégrer une Infirmière de Pratique Avancée Coordinatrice, orientée en oncologie et/ou gériatrie, qui serait à même d'apporter une réponse rapide et orienter le patient de la manière la plus adaptée.

La voie d'échange d'information à privilégier au niveau de l'interface ville-hôpital reste la messagerie sécurisée, et le téléphone en cas d'urgence. Une plateforme numérique pourrait être mise en place, à condition d'être sécurisée et simple d'accès, comme l'est, par exemple, le DMP.

Entre professionnels de soins primaires, les échanges pourront être également favorisés par la création des ESP, dont certaines sont déjà en place sur Nancy Métropole. Projet faisant partie intégrante de la stratégie « Ma Santé 2022 » lancée par le gouvernement en septembre 2018.

Les premières réflexions ont permis le lancement d'une campagne d'affichage au grand public, via les médecins généralistes et diverses structures : « Il n'y a pas d'âge pour soigner le cancer ». Campagne initiée à l'échelle nationale par la SoFOG, pouvant permettre également de lutter contre le retard diagnostic.

La diffusion de l'échelle d'évaluation de la fragilité G8 est également en cours au niveau des professionnels d'oncologie du Grand Est, leur recours à l'expertise gériatrique pour les patients âgés les plus fragiles étant également à encourager.

Ce modèle, une fois adapté aux conditions socio-économiques du secteur et validé, pourrait être mis en place, dans un premier temps, à l'échelle du territoire nancéien. Il conviendrait ensuite de réaliser un audit sur l'efficacité d'un tel parcours, et de son adaptabilité à d'autres secteurs géographiques, notamment semi-rural et rural.

L'objectif à terme étant de répondre au plan « Ma santé 2022 », ayant pour but de diminuer les inégalités d'accès aux parcours de soins, notamment pour les patients âgés fragiles, d'aider au maintien au domicile, quand cela est possible, et de faciliter les prises en charges hospitalières le cas échéant.

VIII. BIBLIOGRAPHIE

1. 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 [Médecine générale]. [Nancy]: Lorraine; 2015.
2. Meyer F. Parcours de soins du patient âgé atteint de cancer : ressenti et difficultés de médecins généralistes lorrains [Médecine générale]. [Nancy]: Lorraine; 2017.
3. Rapport mondial sur le vieillissement et la santé [Internet]. OMS; 2015. Disponible sur: <https://www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/fr/>
4. Collège des enseignants en gériatrie. Le vieillissement humain. In: Corpus de gériatrie [Internet]. 2000. Disponible sur: http://www.chups.jussieu.fr/polys/geriatrie/tome1/01_vieillissement.pdf
5. Population par âge [Internet]. INSEE; 2018 [cité 15 juill 2019]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/>
6. Pour anticiper le phénomène du vieillissement sur le Grand Nancy [Internet]. INSEE; 2009. Disponible sur: <http://www.meurthe-et-moselle.fr/sites/default/files/ConseillerDept/EL155.pdf>
7. Évolution et structure de la population en 2016 - Intercommunalité-Métropole de Métropole du Grand Nancy [Internet]. INSEE; 2016. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=EPCI-245400676#chiffre-cle-1>
8. Rolland Y, Benetos A, Gentric A, Ankri J, Blanchard F, Bonnefoy M. La fragilité de la personne âgée : un consensus bref de la Société française de gériatrie et gérontologie. Geriatrie et psychologie neuropsychiatrie du vieillissement. déc 2011;9(4):387-90.
9. Comment repérer la fragilité en soins ambulatoires [Internet]. HAS; 2013. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-06/fiche_parours_fragilite_vf.pdf
10. Balducci L, Droz J, Bolla M, Emberton M, al. Management of prostate cancer in older men: recommendations of a working group of the International Society of Geriatric Oncology. BJU Int. août 2010;106(4):462-9.
11. SoFOG. Société francophone d'oncogériatrie [Internet]. Disponible sur: <http://sofog.org/>
12. Balducci, et al. Critères de vulnérabilité de Balducci. Hematology. 2000;(35):147-54.

13. Institut National du Cancer. L'organisation de l'offre de soin en oncogériatrie [Internet]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/L-organisation-de-l-offre-de-soins/Oncogeriatrie>
14. Institut National du Cancer. Le plan Cancer 2003-2007 [Internet]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Plan-cancer/Les-Plans-cancer-de-2003-a-2013/Le-Plan-cancer-2003-2007>
15. Institut National du Cancer. Le plan cancer 2009-2013 [Internet]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Plan-cancer/Les-Plans-cancer-de-2003-a-2013/Le-Plan-cancer-2009-2013>
16. Institut National du Cancer. Le plan cancer 2014-2020 [Internet]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Plan-cancer/Plan-cancer-2014-2019-priorites-et-objectifs>
17. ONCOLOR. Réseau ONCOLOR [Internet]. Disponible sur: <http://www.oncolor.org/>
18. Réseau de cancérologie GE. Réseau de cancérologie du Grand Est [Internet]. Disponible sur: <https://reseau-cancerologie-grand-est.fr/>
19. ICL. Parcours de soin ICL [Internet]. Disponible sur: <http://www.icl-lorraine.fr/index.php/parcours-de-soins>
20. Polyclinique Gentilly. Centre d'oncologie Gentilly [Internet]. Disponible sur: <http://www.oncologie-gentilly.com/index.php>
21. Clinique Louis Pasteur. Clinique Louis Pasteur Essey-les-Nancy [Internet]. Disponible sur: : <http://www.clinique-louispasteur.com/>
22. UCOG Lorraine. E-learning UCOG Lorraine [Internet]. 2018. Disponible sur: <https://vimeo.com/281588827>
23. ARS Grand Est. Fiche action ARS Grand Est filière cancer [Internet]. 2019. Disponible sur: <https://www.grand-est.ars.sante.fr/system/files/2019-03/FichesActions2019web.pdf>
24. Réseau GC. Réseau gérontologique Gérard Cuny [Internet]. Disponible sur: <http://www.geronto-sud-lorraine.com/reseau-grand-nancy/fonctionnement>
25. Réseau gérontologique Gérard Cuny. Fiche PAERPA [Internet]. 2015. Disponible sur: <http://www.geronto-sud-lorraine.com/docs/Fiches-paerpa.pdf>
26. Carbonnaux F. Réalités et attentes de médecins généralistes champardennais concernant la prise en charge ambulatoire des personnes âgées atteintes de cancer [Médecine générale]. [Reims]: Champagne Ardenne; 2017.

27. Dardenne S, Boennec F. Le vécu et les attentes des médecins généralistes de Midi-Pyrénées face aux personnes âgées de plus de 75 ans atteintes de cancer : étude qualitative [Médecine générale]. [Toulouse]: Midi-Pyrénées; 2014.
28. Kivitz J, Balard F, Fournier C, Winance M. L'entretien comme conversation de société, interaction et situation d'observation. In: Les recherches qualitatives en santé. Armand Colin; 2016. p. 88-91.
29. Ordre national des pharmaciens. La démographie des pharmaciens 2019 [Internet]. 2019. Disponible sur: <http://www.ordre.pharmacien.fr/Les-pharmaciens/Le-metier-du-pharmacien/La-demographie-des-pharmaciens2>
30. Ordre national des médecins. La démographie médicale [Internet]. 2019. Disponible sur: <https://demographie.medecin.fr/mobile.php>
31. Ministère des Solidarités et de la Santé. La démographie des infirmiers libéraux [Internet]. 2019. Disponible sur: <http://www.data.drees.sante.gouv.fr>
32. Pignon T, Rafaramino F, Scalliet P. Cancer et sujets âgés. Prise en charge. Aspects décisionnels. La revue de Médecine Interne. sept 2000;21(9):765-76.
33. Sefssafi A. Place du médecin généraliste dans la décision de soin chez le patient âgé atteint de cancer [Médecine générale]. [Paris]: Paris Diderot; 2014.
34. Sanchez M. Evaluation de l'impact de la consultation d'oncogériatrie auprès des médecins traitants [Médecine générale]. [Nice]: Sophia Antipolis; 2014.
35. Poilane Legoff E. Besoins des médecins généralistes exerçant au sein d'une maison de santé dans la prise en charge des patients relevant de soins oncologiques de support [Médecine générale]. [Nancy]: Lorraine; 2017.
36. Ministère des Solidarités et de la Santé. Equipes de soins primaires [Internet]. 2019. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche_11-ps.pdf
37. ARS Grand Est. Plan régional de Santé Grand Est [Internet]. 2018. Disponible sur: https://www.grand-est.ars.sante.fr/system/files/2018-06/05_20180618_PRS_2018-2028_GE_SRS_2018-2028.pdf
38. Pefferkorn J-L. Accompagnement du patient oncogériatrique par les réseaux gérontologiques de la Vienne; coordination de la prise en charge en oncogériatrie. 2014; Congrès CNRC, Poitiers.
39. ICL. Infirmière de coordination en cancérologie [Internet]. 2019. Disponible sur: <http://www.icl-lorraine.fr/index.php/hospitalisation2/le-personnel40>
40. MRSL. Infirmière de coordination en cancérologie MRSL [Internet]. Disponible sur: <https://www.docvadis.fr/mrsl/missions/cancerologie-cctc/>

41. Ministère des Solidarités et de la Santé. Infirmiers en pratique avancée. 5 juin 2019; Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/acces-territorial-aux-soins/article/l-infirmier-en-pratique-avancee>
42. Renault M-C. Le dossier médical partagé plébiscité. Le Figaro. 15 juill 2019; Disponible sur: <http://www.lefigaro.fr/conjoncture/le-dossier-medical-partage-plebiscite-20190715>
43. Institut National du Cancer. Dossier Communiquant de Cancérologie [Internet]. 2019 févr. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Parcours-de-soins-des-patients/Le-dossier-communicant-de-cancerologie>
44. Miss. Messagerie sécurisée Miss [Internet]. Disponible sur: <https://miss-sante.fr/index.php>
45. Moretinni A. Télémédecine et téléconsultations gériatriques en EHPAD: état des lieux après deux ans d'expérimentation au sein de la résidence EHPAD Le Parc à Nancy [Mémoire DIU médecin coordonateur EHPAD]. [Paris]: Paris Descartes; 2016.
45. Frenot E. La sécurisation de la prise en charge médicamenteuse du patient en sortie d'hospitalisation : le lien ville-hôpital par l'accompagnement thérapeutique du patient (ATP) [Pharmacie]. [Nancy]: Lorraine; 2018.
46. AMELI. La démarche de soins infirmiers [Internet]. 2018 déc 26. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/infirmier/exercice-liberal/prescription-prise-charge/regles-exercice-formalites/demarche-soins-infirmiers>
47. Ministère des Solidarités et de la Santé. Ma santé 2022 [Internet]. 2019. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/ma-sante-2022-un-engagement-collectif/>

IX. ANNEXES

a. Annexe 1 : Grille SEGA

Grille individuelle d'évaluation du niveau de fragilité

Cet outil est destiné à l'évaluation rapide du profil de fragilité des personnes âgées. L'évaluation est faite par tout acteur du champ gérontologique formé à l'évaluation de l'outil, à partir de questions posées au senior et/ou à la personne de référence présente ou contactée par téléphone. La grille n'est pas une évaluation gériatrique, mais dessine un profil de risque de fragilité et donne un signallement des problèmes et des facteurs susceptibles d'influencer le déclin fonctionnel.

Nom & Prénom de la personne

Année de naissance Âge Sexe

Date évaluation	N° Structure	Fonction de l'évaluateur	N° Personne	POIDS (en Kg)	TAILLE (en cm)	Code postal	Statut marital

Volet A	Profil gériatrique et facteurs de risques			Score
	0	1	2	
Age	74 ans ou moins	Entre 75 ans et 84 ans	85 ans ou plus	
Provenance	Domicile	Domicile avec aide prof.	FL ou BHPAD	
Médicaments	3 médicaments ou moins	4 à 5 médicaments	6 médicaments ou plus	
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 (3kg en 3 mois)	Dénutrition franche	
Maladies associées	Absence de maladie connue et 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 aigüe, démence)	
Total			 / 26

TOTAL Volet A		
Score ≤ 8 Personne peu fragile	8 < Score ≤ 11 Personne fragile	Score > 11 Personne très fragile

b. Annexe 2 : Grille CIRS-G

CIRS-G : échelle gériatrique cumulative			
Liste des comorbidités (si plusieurs maladies dans le même système, côter la plus grave)	Cotation		Résultat
	Absent 0	Pas de trouble de l'organe ou du système	
	Léger 1	Trouble n'affectant pas l'activité normale, pronostic excellent	
	Modéré 2	Trouble affectant l'activité normale, traitement nécessaire	
	Sévère 3	Trouble invalidant, ttt urgent, pronostic sévère	
Très sévère 4	Trouble menaçant la vie, ttt urgent, pronostic grave		
Cardiaque (cœur seulement)			
Hypertension artérielle (cotation fondée sur la sévérité, organes touchés côtés séparément)			
Hématologie (sang, cellules sanguines, moelle sanguine, rate, ganglions)			
Appareil respiratoire (sous le larynx)			
Tête et cou (yeux, oreilles, nez, pharynx, larynx)			
Appareil digestif supérieur (œsophage, estomac, duodénum, voies bilio pancréatiques)			
Appareil digestif bas (intestins, hernies)			
Hépatique (foie seulement)			
Rénale (reins seulement)			
Appareil uro-génital (uretères, vessie, urètre, prostate, appareil génital)			
Dermatologique et ostéo-articulaire (muscles, os, peau)			
Neurologique (cerveau, moelle épinière, nerfs, hors démence)			
Endocrino-métabolique (diabète, infections diffuses, intoxication)			
Psychiatrique / comportemental (démence, dépression, anxiété, agitation, psychose)			
CIRS-G TOTAL			
CIRS composite => indiquer le nbre de cotations ≥ 2			

c. Annexe 3 : échelle ADL

1. Hygiène corporelle	
Indépendance	1
Aide partielle	0,5
Dépendance	0
2. Habillage	
Indépendance pour le choix des vêtements et l'habillage	1
Autonomie pour le choix des vêtements et l'habillage, mais a besoin d'aide pour se chausser	0,5
Dépendant	0
3. Aller aux toilettes	
Indépendance pour aller aux toilettes, se déshabiller et se rhabiller ensuite	1
Besoin d'aide pour se déshabiller ou se rhabiller aux toilettes	0,5
Ne peut aller aux toilettes seul	0
4. Transfert	
Indépendance	1
A besoin d'aide	0,5
Grabataire	0
5. Continence	
Continent	1
Incontinence urinaire ou fécale occasionnelle	0,5
Incontinence urinaire ou fécale	0
6. Repas	
Mange seul	1
Aide pour couper la viande ou peler les fruits	0,5
Dépendant	0
Total des points	
Meilleur score = 6. Score < 3 = dépendance majeure ; score = 0 : dépendance totale pour toutes ces activités. <i>Source : Katz S, et al. Progress in the development of the index of ADL. Gerontologist. 1970; 10 : 20-30.</i>	

	Score
I. Activités courantes	
1. Aptitude à utiliser le téléphone	
Se sert normalement du téléphone	1
Compose quelques numéros très connus	1
Répond au téléphone mais ne l'utilise pas spontanément	1
N'utilise pas du tout le téléphone spontanément	0
Incapable d'utiliser le téléphone	0
2. Courses	
Fait des courses normalement	1
Fait quelques courses normalement (nombre limité d'achats : trois au moins)	0
Doit être accompagné pour faire des courses	0
Complètement incapable de faire des courses	0
3. Préparation des aliments	
Non applicable : n'a jamais préparé des repas	
Prévoit, prépare et sert normalement les repas	1
Prépare normalement les repas si les ingrédients lui sont fournis	0
Réchauffe et sert des repas préparés ou prépare des repas mais de façon plus ou moins adéquate	0
Il est nécessaire de lui préparer des repas et de les lui servir	0
4. Entretien ménager	
Non applicable : n'a jamais eu d'activités ménagères	
Entretient sa maison seul ou avec une aide occasionnelle	1
Effectue quelques tâches quotidiennes légères telles que : laver la vaisselle, faire les lits	1
A besoin d'aide pour les travaux d'entretien ménagers	1
Est incapable de participer à quelque tâche ménagère que ce soit	0
5. Blanchisserie	
Non applicable : n'a jamais eu d'activités ménagères	
Effectue totalement sa blanchisserie personnelle	1
Lave les petits articles, rince les chaussettes, les bas, etc.	1
Toute la blanchisserie doit être faite par d'autres	0
6. Moyens de transport	
Utilise les transports publics de façon indépendante ou conduit sa propre voiture	1
Organise ses déplacements en taxi, mais autrement n'utilise aucun transport public	1
Utilise les transports publics avec l'aide de quelqu'un ou accompagné	1
Déplacement limité, en taxi ou en voiture avec l'aide de quelqu'un	0
7. Responsable à l'égard de son traitement	
Est responsable de la prise de ses médicaments (doses et rythmes corrects)	1
Est responsable de ses médicaments si des doses séparées lui sont préparées à l'avance	0
Est incapable de prendre seul ses médicaments même s'ils lui sont préparés à l'avance en doses séparées	0
8. Aptitude à manipuler l'argent	
Non applicable : n'a jamais manipulé l'argent	
Gère ses finances de façon autonome (rédaction de chèques, budget, loyer, factures, opérations à la banque), recueille et ordonne ses revenus	1
Se débrouille pour les achats quotidiens mais a besoin d'aide pour les opérations à la banque, les achats importants	1
Incapable de manipuler l'argent	0
Total des points « Activités courantes »	.../8

II. Entretien quotidien	
1. Propreté	
Se débrouille seul aux toilettes, pas d'incontinence	1
On doit rappeler au patient qu'il doit aller aux toilettes, ou il a besoin d'aide, ou il a quelques accidents (au plus une fois par semaine)	0
Se souille en dormant plus d'une fois par semaine	0
Se souille éveillé plus d'une fois par semaine	0
Aucun contrôle sphinctérien	0
2. Alimentation	
Mange sans aide	1
Mange avec aide mineure aux heures de repas et/ou avec une préparation spéciale de la nourriture ou une aide pour se nettoyer après les repas	0
S'alimente seul avec une aide modérée et est « négligé »	0
Nécessite une aide importante pour les repas	0
Ne s'alimente pas seul du tout et résiste aux efforts des autres pour s'alimenter	0
3. Habillage	
S'habille, se débrouille et sélectionne ses vêtements de sa propre garde-robe	1
S'habille, se déshabille seul si les vêtements sont présélectionnés	0
A besoin d'une aide pour s'habiller même lorsque les vêtements sont présélectionnés	0
A besoin d'une aide importante pour s'habiller mais coopère à l'habillage	0
Complètement incapable de s'habiller seul et/ou résiste à l'aide des autres	0
4. Soins personnels (propreté, cheveux, ongles, mains, visage, vêtements)	
Toujours proprement vêtu, bien tenu sans aide	1
Prend soin de lui de façon appropriée, avec une aide mineure occasionnellement (p. ex. pour se raser)	0
Nécessite une aide modérée et régulière ou une supervision	0
Nécessite une aide totale mais peut rester bien net après l'aide de l'entourage	0
Refuse toute aide de l'entourage pour rester net	0
5. Déplacements	
Se déplace dans les étages ou en ville	1
Se déplace dans le quartier, dans les environs proches	0
Se déplace avec l'aide de quelqu'un ou utilise une aide (clôture, rampe), une canne, un fauteuil roulant	0
S'assoit sur un siège ou dans un fauteuil roulant, ne peut se mouvoir seul, sans aide	0
Alité la plupart du temps	0
6. Bains	
Se lave seul (baignoire, douche, etc.) sans aide	1
Se lave seul avec une aide pour entrer dans la baignoire ou pour en sortir	0
Se lave le visage et les mains facilement mais ne peut se laver le reste du corps	0
Ne se lave pas seul mais coopère lorsqu'on le lave	0
N'essaie pas de se laver seul et/ou résiste à l'aide de l'entourage	0
Total des points « Entretien quotidien »	.../6
Total IADL = points « Activités courantes » + « Entretien quotidien »	.../14

Source : Lawton M, Brody EM. Assessment of older people : self-maintaining and Instrumental Activities of Daily Living. Gerontologist. 1969; 9 : 179-86.

d. Annexe 4 : Echelle G8

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

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

e. Annexe 5 : échelle VES- 13

A. Scoring System	
Element of Assessment	Score
Age	
• 75–84	1
• ≥85	3
Self-Reported Health	
• good or excellent	0
• fair or poor	1
ADLs/IADLs	
Needs helps in:	
• shopping	1
• managing money	1
• doing light housework	1
• transferring	1
• bathing	1
Activities	
Needs help in:	
• stooping, crouching, or kneeling	1
• lifting or carrying 10 lbs	1
• writing or handling small objects	1
• reaching or extending arm above shoulder	1
• walking 1/4 mile	1
• doing heavy housework	1
VES <3 : Non vulnerable	
VES >= 3 : Vulnerable	

f. Annexe 6 : Questionnaires

i. Médecins généralistes

1) Le Médecin

Sexe :

Année de naissance/âge :

Depuis combien de temps exercez-vous ?

Mode d'exercice : Cabinet seul / en groupe / EHPAD

Quelle est la proportion de patient âgé dans votre patientèle ? (>30% / 30-50% / 50-75% / >75%)

(relance : combien de patients ont été concernés par cette question ?)

2) Démarche diagnostique

- Que pensez-vous du dépistage organisé tout venant actuel?
- Quelle est votre attitude pour les patients de plus de 74 ans ? Que pensez-vous du dépistage individuel ?
- Seriez-vous pour l'augmentation de l'âge limite de dépistage à 80 ans ?
- Quels sont pour vous les symptômes alertant sur une possible atteinte cancéreuse chez le patient âgé ? (relance : Les recherchez- vous systématiquement ? Sur quel(s) critère(s) ?)

3) Evaluation

- Comment caractérisez-vous la « fragilité » ? (relance : critères ?)
- Connaissez-vous une grille d'évaluation ? (relance : la grille G8 ? La grille SEGA ?) Les utilisez-vous ?
- Si non, pourquoi ?
- Est-ce que la prise en charge de ces patients est pour vous source d'appréhension?

4) Examens complémentaires

- Dans quelle circonstance et à l'initiative de qui sont prescrits les examens complémentaires ? (relance : urgence ? bilan ? par généraliste ? spécialiste ?)
- Rencontrez-vous des difficultés ? (relance : choix du type d'examen ? accès aux examens ? délais)

5) Avis spécialisé

- Comment orientez-vous votre patient en filière oncologique ? (relance : quel spécialiste de premier recours ? par quel biais ? réseau professionnel ?)
- Rencontrez-vous des difficultés ?
- Vous est-il arrivé de demander une évaluation oncogériatrique ? (relance : dans quelles circonstances ?)
- Pour quels patients cet avis vous paraît-il pertinent ? (relance : âge/ fragilités/ contexte social/ systématique au-delà d'un certain âge ou ponctuelle)
- Que pensez-vous de votre rôle dans ces consultations ? Comment peut-on l'améliorer ?

6) RCP

- Que pensez-vous de manière générale de leurs conclusions ? (relance : adaptées au patient ? trop invasives ?)
- Souhaiteriez-vous que votre avis soit davantage pris en compte ? (relance : de quelle manière ? Systématiquement ?)
- De quelle manière vous sont-elles transmises ? Que pensez-vous du délai d'obtention des résultats des RCP ?

7) Suivi des patients

- Rencontrez-vous des problèmes dans le suivi des patients ? (relance : communication, prise en compte de votre avis, gestion des traitements, effets secondaires)
- Vers qui vous orientez-vous en cas de problème ?
- Vous sentez-vous inclus dans la prise en charge de ces patients ?

8) Filières et réseaux pré-existants

- Avez-vous recours à des filières de prise en charge oncologique dans le secteur ? Si oui lesquelles ? Quelle expérience en retirez-vous ?
- Travaillez-vous avec le réseau gérontologique de votre secteur ? (relance : Y avez-vous recours ? Que pensez-vous de ce réseau ?)
- Avez-vous beaucoup de patients qui bénéficient de l'HAD ? Comment travaillez-vous avec ?
- Quels sont les plus-values de ces réseaux dans le parcours de soin ? Y a-t-il des axes d'amélioration ?

9) Création d'un parcours de soin

a. Modélisation

- Quelles sont les étapes importantes, selon vous, d'un parcours de soin relatif patient âgé fragile atteint de cancer ? (relance : A quel(s) moment(s) de la prise en charge d'un patient âgé atteint de cancer ce parcours de soin pourrait vous être utile ? A partir d'une suspicion, du diagnostic, examens complémentaires, évaluation fragilité, suivi)

b. Communication

- Comment souhaiteriez-vous contacter cette filière ?
- De quelle manière souhaiteriez-vous que les informations soient transmises ? (relance : téléphone, mail, courrier)

c. Implication

- Comment pourriez-vous en être acteur ? (relance : consultations dédiées ? points téléphoniques ?)

d. Suivi

- Comment envisageriez-vous le suivi des patients au domicile ? (relance : visites ? appels téléphoniques ? télémédecine ?)
- Seriez-vous intéressés par la création de fiches thérapeutiques concernant les traitements spécifiques proposés au patient ? Des fiches de surveillance et complications éventuelles ?
- Quels autres professionnels de santé pourraient participer au suivi ?
- Qu'est-ce qui vous fait dire qu'un parcours de soin est réussi ? A l'inverse, non abouti ?

10) Formations/ informations

- Avez-vous déjà participé à des formations spécifiques en oncologie ? En gériatrie ? En oncogériatrie ?
- Êtes-vous demandeur de formations?
- Que penseriez-vous d'une campagne d'affichage sur ce thème ?

ii. Pharmaciens officinaux

1) Pharmacien

Sexe :

Age :

Depuis combien de temps exercez-vous ?

Quelle est la proportion de patient âgé dans votre patientèle ? (>30% / 30-50% / 50-75% / >75%)

(relance: combien de patients ont été concernés par cette question ?)

2) Démarche diagnostique

- Connaissez-vous les signes d'alerte du cancer ?
- Vous est-il déjà arrivé de signaler une situation préoccupante de ce point de vue ? Si oui de quelle manière ? (relance : à quel acteur ? de quelle manière ?)

3) Evaluation

- Comment caractérisez-vous la « fragilité » ? (relance : critères ?)
- Connaissez-vous une grille d'évaluation ? (relance : la grille G8 ? La grille SEGA ?) Les utilisez-vous ?
- Si non, pourquoi ?
- Du fait de l'élargissement progressif de votre champ de compétence, seriez-vous prêts à les utiliser en pratique quotidienne ?
- Quel impact cette fragilité a-t-elle sur votre prise en charge ? (relance : surveillance accrue / revue de traitements)
- Est-ce que la prise en charge de ces patients est pour vous une source d'appréhension ?

4) Avis spécialisé

- Avez-vous le sentiment d'être inclus dans la prise en charge du patient ? (relance : information sur le diagnostic, obtention de compte-rendu, avis pris en compte)
- De quel manière obtenez-vous les informations ? (relance : CR ? patient ? famille ? médecins ?)

5) RCP

- Êtes-vous tenu informé des résultats de la RCP ?
- Souhaiteriez-vous l'être ?

6) Suivi des patients

- Quels problèmes rencontrez-vous dans le suivi des patients ? (relance : communication, prise en compte de votre avis, gestion des traitements, effets secondaires)
- Vous sentez-vous inclus dans la prise en charge de ces patients ?

7) Filières et réseaux pré-existants

- Avez-vous des échanges avec les filières de prise en charge oncologique dans le secteur déjà existantes? Si oui lesquelles ? Quelle expérience en retirez-vous?
- Travaillez-vous avec le réseau gérontologique de votre secteur ? (relance : Y avez-vous recours ? Que pensez-vous de ce réseau ?)
- Avez-vous beaucoup de patients qui bénéficient de l'HAD ? Comment travaillez-vous avec ?
- Certains patients sont-ils suivis par un réseau de soins palliatifs ambulatoire ? Hospitalier ?
- Quels sont les plus-values de ces réseaux dans le parcours de soin ? Y a-t-il des axes d'amélioration ?

8) Création d'un parcours de soin

a. Modélisation

- Quelles sont les étapes importantes, selon vous, d'un parcours de soin relatif patient âgé fragile atteint de cancer ? (relance : A quel(s) moment(s) de la prise en charge d'un patient âgé atteint de cancer ce parcours de soin pourrait vous être utile ? A partir d'une suspicion, du diagnostic, examens complémentaires, évaluation fragilité, suivi)

b. Communication

- Souhaiteriez-vous contacter cette filière ? Si oui comment ?
- De quelle manière souhaiteriez-vous que les informations soient transmises ? (relance : téléphone, mail, courrier)

c. Implication

- Comment pourriez-vous en être acteur ?

d. Suivi

- Seriez-vous intéressés par la création de fiches thérapeutiques concernant les traitements spécifiques proposés au patient ? (relance : y participer ? les délivrer ?)
- Quels autres professionnels de santé pourraient selon vous intervenir ?
- Qu'est-ce qui vous fait dire qu'un parcours de soin est réussi ? A l'inverse, non abouti ?

9) Formations/ informations

- Avez-vous déjà participé à des formations spécifiques en oncologie ? En gériatrie ? En oncogériatrie ?
- Êtes-vous demandeur de formations?
- Que penseriez-vous d'une campagne d'affichage sur ce thème ?

iii. Infirmiers libéraux

2) L'infirmier

Sexe :

Année de naissance/âge :

Depuis combien de temps exercez-vous ?

Mode d'exercice : Cabinet seul / en groupe

Avez-vous déjà travaillé dans un service d'oncologie ou gériatrie ?

Quelle est la proportion de patient âgé dans votre patientèle ? (>30% / 30-50% / 50-75% / >75%)

(relance: combien de patients ont été concernés par cette question ?)

3) Démarche diagnostique

- Connaissez-vous les signes d'alerte du cancer ?
- Vous est-il déjà arrivé de signaler une situation préoccupante de ce point de vue ? Si oui de quelle manière ? (relance : à quel acteur ? de quelle manière ?)
- Si non, pourquoi ? (problème de légitimité ? hors champ de compétence ?)

4) Evaluation

- Comment caractérisez-vous la « fragilité » ? (relance : critères ?)
- Connaissez-vous une grille d'évaluation ? (relance : la grille G8 ? La grille SEGA ?) Les utilisez-vous ?
- Si non, pourquoi ?
- Du fait de l'élargissement progressif de votre champ de compétence, seriez-vous prêts à les utiliser en pratique quotidienne ?
- Quel impact cette fragilité a-t-elle sur votre prise en charge ? (relance : surveillance accrue / revue de traitements)
- Est-ce que la prise en charge de ces patients est pour vous source d'appréhension ?

5) Avis spécialisé

- Avez-vous le sentiment d'être inclus dans la prise en charge du patient ? (relance : information sur le diagnostic, obtention de compte-rendu, avis pris en compte)
- De quel manière obtenez-vous les informations ? (relance : CR ? patient ? famille ? médecins ?)

6) RCP

- Êtes-vous tenu informé des résultats de la RCP ?
- Souhaiteriez-vous que votre avis soit pris en compte ?

7) Suivi des patients

- Quels problèmes rencontrez-vous dans le suivi des patients ? (relance : communication, prise en compte de votre avis, gestion des traitements, effets secondaires)

8) Filières et réseaux pré-existants

- Avez-vous recours à des filières de prise en charge oncologique dans le secteur ? Si oui lesquelles ? Quelle expérience en retirez-vous ?
- Travaillez-vous avec le réseau gérontologique de votre secteur ? (relance : Y avez-vous recours ? Que pensez-vous de ce réseau ?)
- Avez-vous beaucoup de patients qui bénéficient de l'HAD ? Comment travaillez-vous avec ?
- Certains patients sont-ils suivis par un réseau de soins palliatifs ambulatoire ? Hospitalier ?
- Quels sont les plus-values de ces réseaux dans le parcours de soin ? Y a-t-il des axes d'amélioration ?

9) Création d'un parcours de soin

a. Modélisation

- Quelles sont les étapes importantes, selon vous, d'un parcours de soin relatif patient âgé fragile atteint de cancer ? (relance : A quel(s) moment(s) de la prise en charge d'un patient âgé atteint de cancer ce parcours de soin pourrait vous être utile ? A partir d'une suspicion, du diagnostic, examens complémentaires, évaluation fragilité, suivi)

b. Communication

- Comment souhaiteriez-vous contacter cette filière ?
- De quelle manière souhaiteriez-vous que les informations soient transmises ? (relance : téléphone, mail, courrier)

c. Implication

- Comment pourriez-vous en être acteur ? (relance : consultations dédiées ? points téléphoniques ?)

d. Suivi

- Comment envisageriez-vous le suivi des patients au domicile ? (relance : visites ? appels téléphoniques ? télémédecine ?)
- Seriez-vous intéressés par la création de fiches thérapeutiques concernant les traitements spécifiques proposés au patient ? Des fiches de surveillance et complications éventuelles ?
- Quels autres professionnels de santé pourraient participer au suivi ?
- Qu'est-ce qui vous fait dire qu'un parcours de soin est réussi ? A l'inverse, non abouti ?

10) Formations/ informations

- Avez-vous déjà participé à des formations spécifiques en oncologie ? En gériatrie ? En oncogériatrie ?
- Êtes-vous demandeur de formations ?
- Que penseriez-vous d'une campagne d'affichage sur ce thème ?

g. Annexe 7 : Exemple de retranscription d'entretiens

Extrait entretien n°1 IDE 1 :

Entretien 1 IDE1 29/06/2019. 30 min 40 sec.

Retranscription 110min.

Données descriptives :

Age : 37 ans

Année d'installation : 2018, en groupe.

A déjà travaillé en service de gériatrie. Pas d'oncologie.

Proportion de patients âgés : 60%

« Bonjour, concernant la démarche diagnostique pour les patients âgés atteints de cancer, est-ce que vous connaissez les signes d'alerte ou symptômes ?

- Oui euh... Une perte de poids conséquente sur une courte période, euh... Des douleurs éventuellement, euh... Des masses qui peuvent apparaître (silence, réfléchit), découverte fortuite de masse lors de la toilette qui peuvent paraître bizarre. (Silence, réfléchit). Que dire d'autre ? (réfléchit) et l'état général quoi.

- **D'accord. Est-ce que vous avez été amené, de ce fait, à signaler ces symptômes et à qui en particulier ?**
- Sur la pratique libérale non mais sur la structure où j'étais avant oui.
- *J'imagine que vous en référiez au médecin du service en question ?*
- Oui oui ben du coup j'ai appelé le médecin qui est venu vite et ça s'est confirmé derrière que c'était un cancer du sein.
- *Et après en libéral si vous n'avez pas été amené à le faire, c'est car vous n'aviez pas eu le cas ?*
- Oui, voilà.

- **Au niveau de l'évaluation des patients, comment caractérisiez-vous la fragilité d'un patient ?**
- Euh... eh ben... Pff... Alors son... Ouhà. La fragilité d'un patient ? Son poids (silence). Euh... Sa capacité à se mobiliser, l'équilibre, la marche. Euh... L'état cognitif (silence). Et euh... Oui voilà globalement c'est ça.

- **D'accord ; Est-ce que vous connaissez des grilles d'évaluation de la fragilité ?**
- Des grilles d'évaluation de la fragilité ?
- *Oui...*
- Non.
- *Alors je vais vous en montrer deux, voici la grille SEGA et la grille G8 [introduction du support visuel].*
- Ah oui, je n'en avais pas en tête mais... Non je ne la connais pas, celle-ci non plus. (Lit). Ah oui, évidemment, y a l'âge aussi (rires), l'âge... bien sûr...
- *Et quand vous voyez ces grilles-là, étant donné que votre champ de compétence est susceptible d'être élargi, est-ce que vous verriez les utiliser en pratique ces grilles-là ?*
- (Silence, lit)
- *Dans votre pratique quotidienne ?*
- Euh... (silence, lit) Oui c'est possible mais peut être plus celle-là [grille SEGA], elle est plus lisible, peut-être plus rapide et peut-être plus complète.
- *Ça ne vous dérangerait pas de l'utiliser en pratique ?*
- Non. Non non effectivement c'est pas difficile, parce que c'est pas quelque chose qui est long à faire quoi, je veux dire, bon l'âge on sait tout de suite, les médicaments on a l'ordonnance souvent sous les yeux pas loin, l'humeur on connaît notre patient donc voilà, nutrition... Oui non elle est facile à faire celle-là, comparée à l'autre ben... moins ... euh... Non la SEGA est mieux.
- **D'accord. Et est-ce que la fragilité de vos patients ont un impact sur votre prise en charge, est-ce que ça vous change votre façon de prendre en charge s'il est fragile ?**
- Ah oui ! Oui c'est clair ! (hausse les sourcils) On ne va pas utiliser le même temps, euh... C'est la question de oui, pas de douceur mais euh... Une prise en charge particulière forcément. Parce qu'on dit fragile, on ne peut pas le

manipuler comme quelqu'un qui, à qui on vient faire une SC d'antico ou chose comme ça, notamment la toilette, ça prend plus de temps, on essaie. On essaie.

- ***Et est-ce que prendre en charge ces patients-là est source d'appréhension ou d'anxiété ?***

- Oui ! Oui parce que, parce que euh.... (réfléchit) Parce que c'est fragile quoi, voilà. C'est fragile et on ne sait jamais sur quoi on va tomber derrière quand on arrive tous les jours ; est-ce qu'elle est tombée ? L'humeur... Merci [serveuse apporte une boisson]. L'humeur, le ressenti de la personne quand on arrive. C'est souvent les états dépressifs qui sont problématiques car on n'arrive pas à remonter souvent la personne, la faire remonter la pente par exemple... Et bon la chute effectivement... Et l'appétit. Quelqu'un qui ne mange pas, on a du mal à les stimuler aussi. Mais bon on se sent un peu démuni quand on est tout seul.

- ***Sur les avis spécialisés, est-ce que vous avez l'impression d'être inclus dans la prise en charge des patients ?***

- Pas du tout ! (rires). Non, pas du tout. Euh... pas du tout euh... entre un patient qu'on nous envoie, qu'on récupère dans la prise en charge, y a zéro suivi derrière, y a zéro suivi, si on fait pas l'effort d'essayer de remuer ciel et terre pour avoir des informations sur le dossier ou euh... parce que l'état s'est dégradé donc réorienter la personne, parce que le maintien au domicile n'est plus possible, c'est la croix et la bannière pour trouver quelqu'un qui soit réactif, qui comprenne, qui voilà...

- ***Et du coup les informations vous les récupérez comment ?***

- Ben les rares cas par fiche de liaison, les lettres de transmissions euh... Les transmissions infirmières généralement. Moi quand j'ai un courrier médical je l'ouvre, forcément parce que c'est le meilleur des résumés mais bon... c'est vrai que généralement...

- ***En général ça vient de vos collègues hospitaliers ? du médecin traitant ? ou ... ?***

- Ah non ! Le médecin traitant généralement est toujours à côté de la plaque, souvent (rires), excusez-moi j'ai été un peu franc mais c'est la croix et la bannière pour les avoir. J'ai une patiente euh... voilà. Elle habite sur les hauteurs, son médecin traitant est au centre-ville, elle ne se déplace pas... c'est catastrophique quoi, pour avoir une prise en charge. Et puis des fois elle répond même pas donc ...Comment on fait quoi ?

- ***Donc vous soignez des gens sans vraiment savoir...***

- ... Oui, oui. C'est pour ça que c'est compliqué quoi.

h. Annexe 8 : Données descriptives

Date entretien	Sexe	Age	Qualité	Année d'installation	Ville	Mode d'exercice	Proportion patient âgé dans patientèle	Diplôme gériatrie	Diplôme oncologie	Campagne d'affichage ?	Formation onco	Formation gériatrie	Demande formation	Autre formation	Durée entretien
29/06/2019	M	37	IDE	2011	Nancy	Groupe	60%	non	non	oui	non	non	oui	DU Douleur 2012	30min40
30/06/2019	M	55	Pharma	1991	Villers	Groupe	30%	non	non	non	non	non	oui	Homéopathie, aromathérapie	17min02
01/07/2019	F	62	Pharma	1983	Vandoeuvre	Seule	40%	non	non	non	non	non	oui	DU soins palliatifs 2004	21min00
04/07/2019	M	50	Pharma	2007	Nancy	Seul	25%	non	non	non	non	non	oui		49min51
02/07/2019	M	43	IDE	2007	Jarville	Groupe	40%	non	non	oui	non	non	oui		34min07
02/07/2019	F	59	Pharma	2002	Nancy	Seule	25%	non	non	non	oui	non	oui	Multiples DU	42min35
03/07/2019	F	45	IDE	2017	Laxou	Seule	80%	non	non	oui	non	non	oui	learning multiples, chimiothérapie	17min46
03/07/2019	M	53	Médecin	1997	Nancy	Seul/EHPAD	13%	non	non	oui	non	non	oui	DU médecine légale	38min03
03/07/2019	M	30	Médecin	2017	Laxou	Groupe/EHPAD	20%	non	non	oui	non	non	oui		22min55
04/07/2019	M	71	MedCO+Gé	1980	Nancy	Groupe/EHPAD	100%	oui	non	non	non	oui	oui	Gériatre	42min42
04/07/2019	M	51	Médecin	1991	Laxou	Groupe/EHPAD	18%	non	non	non	non	non	oui		34min07
04/07/2019	M	50	Médecin	1999	Nancy	Groupe/EHPAD	20%	non	non	non	non	non	oui		31min22
05/07/2019	F	31	Médecin HAD	2015	Nancy	HAD	80%	non	non	oui	non	non	oui	DIU Soins palliatifs	23min47
05/07/2019	F	37	IDE	2014	Nancy	Groupe	40%	non	non	oui	non	non	oui		23min51
05/07/2019	M	56	IDE	1986	Nancy	Groupe	65%	non	non	non	non	non	oui		54min25
10/07/2019	F	34	Médecin	2015	Nancy	Groupe/EHPAD	20%	non	non	oui	non	non	oui	DU pelvipérinéologie	27min25
11/07/2019	F	32	Médecin HAD	2015	Nancy	HAD	80%	non	non	oui	non	non	oui	Gynéco obstétrique, homéopathe	42min50
11/07/2019	M	68	Médecin	1984	Nancy	Groupe/EHPAD	15%	non	non	mitigé	non	non	oui		24min32
12/07/2019	F	70	Pharma	1974	Vandoeuvre	Groupe	40%	non	oui DU	non	non	non	non	DU Oncologie	27min32
15/07/2019	M	67	Médecin	1980	Nancy	Seul/EHPAD	30%	non	non	non	non	non	oui	DU Ostéopathie	31min58
	Moy:	50,05				Proportion	42%								
	MG	48,7				Médecins	43%								
	Ph	59,2				Médecins lib	24%								
	IDE	43,6				Med HAD/Co	87%								
						IDE	57%								
	Méd	50,5				Pharma	32%								

i. Annexe 9 : Exemple de tableau d'analyse de données

Définition fragilité	Perte d'autonomie	Clinique		PH1:"l'autonomie" M1:"perte d'autonomie." M3co:"perte d'autonomie" M4:"la perte d'autonomie " M7:"Qui n'est pas autonome" M5:" Qui"			
			Marche	IDE1:"la marche" MG2:"plus possibilité de se déplacer"			
			Equilibre	IDE3:"perte d'équilibre" IDE 1:"l'équilibre"			
			Chute	IDE4:"s'il tombe"			
			Adaptation	PH2:"Difficulté d'adaptation à des changements de situation"			
			Vulnérabilité	PH2:"Le mot de vulnérabilité aussi qui me vient à l'esprit !" PH3:"quelqu'un qui va subir"			
		Sociale	Mise en danger	IDE4:"se met en danger"			
			Financière	PH2:"Financière" M10:"Qui ont pas beaucoup de moyens et qui vivent chichement... " MG2:"pas forcément les moyens"			
			Isolement		IDE4:"si la personne est seule" IDE5:"isolement" IDE2:"l'isolement" IDE3:"seuls, pas d'entourage" PH2:"Entourage..." PH3:"c'est mal entouré, ou pas entouré" MG2:"qui sont isolés" M10:"Les gens isolés qui ont pas beaucoup de famille" M7:"patient qui est tout seul à la maison" M4:" l'isolement"		
				Entrée en EHPAD	M1:"et c'est surtout l'entrée en EHPAD"		
				Antécédents		PH4:"terrain derrière, ils ont une BPCO" MBHAD:"un état physique ou psychologique altéré..." M4:"l'usure physiologique de l'organisme" MG2:"quelqu'un qui a déjà plein de facteurs de risque au niveau cardio, insuffisant rénal" M3co:"polypathologique" M9:"c'est en fonction de la comorbidité " M7:"c'est lié aux comorbidités "	
					Age	IDE3:"très âgé"	
					Troubles cognitifs		IDE1:"... L'état cognitif" IDE3:"Troubles cognitifs" PH3:"c'est plus émotionnel, intellectuel (...) la clairvoyance" M7:"qui a des troubles cognitifs" M5:"MMS" M3co:"qui n'est plus en capacité peut-être de dire ce qu'il a"
						Thymie	IDE5:"état, état euh... Psychologique" IDE4:"Déprimé" PH4:"fragile psychologiquement " PH5:"les larmes aux yeux "
			Somatique			Douleur/ anxiété	PH1:"la douleur (...), est-ce qu'ils dorment? (...) Puis les inflammations" IDE1:"son poids" IDE4:"s'alimenter correctement" IDE5:"baisse de l'alimentation " PH5:"c'est pas possible, elle a décollé " M1:"dénutrition"
	Dénutrition						
	Paramètres anormaux	IDE2:"les paramètres oui"					
	Asthénie	IDE2:"y a l'asthénie"					
		Anomalies cliniques	IDE2:"troubles particuliers par rapport à une pathologie"				
	Instabilité		IDE5:"qui change quoi" PH2:" l'instabilité clinique et matérielle" PH3:"Ceux qui peuvent basculer, voilà" PH4:"ceux qui tombent facilement malades (...) - Beaucoup de complications " M4:"le moindre petit grain de sable va faire que les choses vont se gâter rapidement." M6HAD:"à risque de dégradation sur le plan médical, social" MBHAD:"Par rapport à la norme et un état antérieur." M5:"petit déséquilibre dans son environnement, sa façon d'être, de vivre"				

VU

**NANCY, le 23 septembre 2019
Le Président de Thèse**

**NANCY, le 24 septembre 2019
Le Doyen de la Faculté de Médecine**

Professeur Christine PERRET-GUILLAUME

Professeur Marc BRAUN

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE/ 10911

NANCY, le 04 octobre 2019

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE LORRAINE,

Professeur Pierre MUTZENHARDT

RESUME DE LA THESE

Introduction : Le cancer de la personne âgé devient, en lien avec l'évolution démographique, un enjeu de santé publique croissant.

L'objectif de cette étude est de recenser les ressentis et difficultés de l'ensemble des professionnels de soins primaires du bassin nancéien lors de la prise en charge de ces patients, et de formaliser un parcours de soins complexe dédié à cette population.

Matériel et méthode : une étude qualitative par entretiens semi-dirigés est réalisée de juin à juillet 2019 auprès de 20 professionnels de soins primaires incluant médecins généralistes, infirmiers libéraux, pharmaciens d'officine, médecins HAD et médecin coordonnateur d'EHPAD.

Résultats : l'ensemble des professionnels de soins primaires ont conscience des signes d'alerte et de fragilité de leurs patients atteints de cancer, mais n'utilisent pas d'échelle d'évaluation et expriment des difficultés de coordination et communication avec l'hôpital et entre professionnels libéraux. L'accès aux examens est plus aisé qu'en zone rurale. Infirmiers et pharmaciens sont très peu destinataires de l'information. Les réseaux de soin gériatrique et de soins palliatifs ainsi les HAD sont de réelles plus-values mais le parcours peut-être fluidifié à partir des structures déjà existantes.

Discussion : Un parcours de soin complexe pourrait être déployé en articulation avec la CTA Sud Lorraine et le réseau gériatrique Gérard Cuny, sur alerte des professionnels de soins primaires, ou des professionnels en oncologie suite à évaluation de la fragilité par une grille dédiée. Le suivi pourrait être coordonné par une infirmière en pratique avancée coordinatrice, en lien avec ces professionnels et l'hôpital, à l'aide de la télé-expertise pour les patients les moins mobilisables, et les données échangées via messagerie ou plateforme sécurisée. La gestion des traitements serait optimisée par le développement de conciliation médicamenteuse, puis d'éducation thérapeutique en lien avec les officines. Ce parcours de soin répondrait aux objectifs du 3^{ème} plan cancer ainsi qu'au plan d'action Ma santé 2022, et sera soumis à réflexion à l'ARS Grand Est.

TITRE EN ANGLAIS : Modeling healthcare for frail elderly patients with cancer in Nancy Métropole.

A qualitative study using semi-structured interviews with primary care professionals (district nurses, general practitioners, pharmacists).

THESE : MEDECINE GENERALE – ANNEE 2019

MOTS CLEFS : parcours de soin, oncogériatrie, cancer, fragilité, étude qualitative, soins primaires, médecins généralistes, infirmiers libéraux, pharmaciens

INTITULE ET ADRESSE :

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