HAL
open science

Évaluation de l'impact de la consultation d'oncogériatrie auprès des médecins traitants

Marine Sanchez

To cite this version:

Marine Sanchez. Évaluation de l'impact de la consultation d'oncogériatrie auprès des médecins traitants. Médecine humaine et pathologie. 2014. dumas-01197445

HAL Id: dumas-01197445

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01197445v1

Submitted on 11 Sep 2015

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.

UNIVERSITE DE NICE SOPHIA ANTIPOLIS

FACULTE DE MEDECINE DE NICE

THESE D'EXERCICE EN MEDECINE

Par **Marine SANCHEZ**

Née le 07/05/1987 à NICE

EVALUATION DE L'IMPACT DE LA CONSULTATION D'ONCOGERIATRIE AUPRES DES MEDECINS TRAITANTS

Présentée et soutenue le mardi 7 octobre 2014

COMPOSITION DU JURY

Président du Jury : Monsieur le Professeur Olivier GUERIN

Directeur de Thèse : Madame le Docteur Rabia BOULAHSSASS

Assesseurs : Monsieur le Professeur Jean-Marc FERRERO

Monsieur le Professeur Philippe HOFLIGER

Monsieur le Docteur Patrice BESSI

UNIVERSITÉ DE NICE-SOPHIA ANTIPOLIS

FACULTÉ DE MÉDECINE

Liste des professeurs au **1er novembre 2014** à la Faculté de Médecine de Nice

Doyen	M. BAQUÉ Patrick
Assesseurs	M. ESNAULT Vincent M. CARLES Michel Mme BREUIL Véronique
Conservateur de la bibliothèque	Mme DE LEMOS
Chef des services administratifs	Mme CALLEA Isabelle
Doyens Honoraires	M. AYRAUD Noël M. RAMPAL Patrick M. BENCHIMOL Daniel

Professeurs Honoraires

M. BALAS Daniel
M. BLAIVE Bruno
M. BOQUET Patrice
M. BOURGEON André
M. BOUTTÉ Patrick
M. BRUNETON Jean-Noël
Mme BUSSIERE Françoise
M. CHATEL Marcel
M. COUSSEMENT Alain
M. DARCOURT Guy
M. DELMONT Jean
M. DEMARD François
M. DOLISI Claude
M. FREYCHET Pierre
M. GÉRARD Jean-Pierre
M. GILLET Jean-Yves
M. GRELLIER Patrick
M. HARTER Michel
M. INGLESAKIS Jean-André
M. LALANNE Claude-Michel
M. LAMBERT Jean-Claude
M. LAZDUNSKI Michel
M. LEFEBVRE Jean-Claude
M. LE BAS Pierre
M. LE FICHOUX Yves
M. LOUBIERE Robert
M. MARIANI Roger
M. MASSEYEFF René
M. MATTEI Mathieu
M. MOUIEL Jean
Mme MYQUEL Martine
M. OLLIER Amédée
M. ORTONNE Jean-Paul
M. SCHNEIDER Maurice
M. TOUBOL Jacques
M. TRAN Dinh Khiem
M. ZIEGLER Gérard

M.C.A. Honoraire Mlle ALLINE Madeleine

M.C.U. Honoraires

M. ARNOLD Jacques
M. BASTERIS Bernard
Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie
M. EMILIOZZI Roméo
M. GASTAUD Marcel
M.GIRARD-PIPAU Fernand
M. GIUDICELLI Jean
M. MAGNÉ Jacques
Mme MEMRAN Nadine
M. MENGUAL Raymond
M. POIRÉE Jean-Claude
Mme ROURE Marie-Claire

PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M. AMIEL Jean Urologie (52.04)
M. BENCHIMOL Daniel Chirurgie Générale (53.02)
M. BOILEAU Pascal Chirurgie Orthopédique et Traumatologie (50.02)
M. DARCOURT Jacques Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M. DESNUELLE Claude Biologie Cellulaire (44.03)
Mme EULLER-ZIEGLER Liana Rhumatologie (50.01)
M. FENICHEL Patrick Biologie du Développement et de la Reproduction (54.05)
M. FUZIBET Jean-Gabriel Médecine Interne (53.01)
M. GASTAUD Pierre Ophtalmologie (55.02)
M. GILSON Éric Biologie Cellulaire (44.03)
M. GRIMAUD Dominique Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M. HASSEN KHODJA Reda Chirurgie Vasculaire (51.04)
M. HÉBUTERNE Xavier Nutrition (44.04)
M. HOFMAN Paul Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M. LACOUR Jean-Philippe Dermato-Vénéréologie (50.03)
Mme LEBRETON Élisabeth Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique (50.04)
M. MICHIELS Jean-François Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M. MOUROUX Jérôme Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
M. PAQUIS Philippe Neurochirurgie (49.02)
M. PRINGUEY Dominique Psychiatrie d'Adultes (49.03)
QUATREHOMME Gérald Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M. ROBERT Philippe Psychiatrie d'Adultes (49.03)

M.	SANTINI Joseph	O.R.L. (55.01)
M.	THYSS Antoine	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	VAN OBBERGHEN Emmanuel	Biochimie et Biologie Moléculaire (44.01)

PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

M.	BAQUE Patrick	Anatomie – Chirurgie Générale (42.01)
M.	BATT Michel	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	BÉRARD Étienne	Pédiatrie (54.01)
M.	BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
M.	BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
Mme	CRENESSE Dominique	Physiologie (44.02)
M.	DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M.	DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M.	ESNAULT Vincent	Néphrologie (52-03)
M.	FERRARI Émile	Cardiologie (51.02)
M.	GIBELIN Pierre	Cardiologie (51.02)
M.	GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
Mme	ICHAI Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M.	MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M.	MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M.	MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
Mme	PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M.	RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
Mme	RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M.	ROSENTHAL Eric	Médecine Interne (53.01)
M.	SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M.	THOMAS	Neurologie (49.01)
M.	TRAN Albert	Hépato Gastro-entérologie (52.01)

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

M.	ALBERTINI Marc	Pédiatrie (54.01)
Mme	ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M.	BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
M.	BAQUÉ Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M.	BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M.	BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
Mme	BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie – Génétique (47.02)
M.	BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54-02)
Mlle	BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M.	CANIVET Bertrand	Médecine Interne (53.01)
M.	CARLES Michel	Anesthésiologie Réanimation (48.01)
M.	CASSUTO Jill-Patrice	Hématologie et Transfusion (47.01)

M.	CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
Mme	CHINETTI Guilia	Biochimie-Biologie Moléculaire (44.01)
M.	DUMONTIER Christian	Chirurgie plastique
M.	FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
M.	FREDENRICH Alexandre	Endocrinologie, Diabète et Maladies métaboliques (54.04)
Mlle	GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
M.	GUÉRIN Olivier	Gériatrie (48.04)
M.	HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	JOURDAN Jacques	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
M.	LEVRAUT Jacques	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	PASSERON Thierry	Dermato-Vénéréologie (50-03)
M.	PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
M.	PRADIER Christian	Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	ROGER Pierre-Marie	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M.	ROHRLICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M.	RUIMY Raymond	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	SACCONI Sabrina	Neurologie (49.01)
M.	SADOUL Jean-Louis	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
M.	STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M.	THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)
M.	TROJANI Christophe	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	VENISSAC Nicolas	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

M.	SAUTRON Jean-Baptiste	Médecine Générale

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme	ALUNNI-PERRET Véronique	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	AMBROSETTI Damien	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BANNWARTH Sylvie	Génétique (47.04)
M.	BENOLIEL José	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	BERNARD-POMIER Ghislaine	Immunologie (47.03)
Mme	BUREL-VANDENBOS Fanny	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)

M.	DELOTTE Jérôme	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
M.	DOGLIO Alain	Bactériologie-Virologie (45.01)
M.	FOSSE Thierry	Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
M.	GARRAFFO Rodolphe	Pharmacologie Fondamentale (48.03)
Mme	GIOVANNINI-CHAMI Lisa	Pédiatrie (54.01)
Mme	HINAULT Charlotte	Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
Mlle	LANDRAUD Luce	Bactériologie–Virologie (45.01)
Mme	LEGROS Laurence	Hématologie et Transfusion (47.01)
Mme	MAGNIÉ Marie-Noëlle	Physiologie (44.02)
Mme	MOCERI Pamela	Cardiologie (51.02)
Mme	MUSSO-LASSALLE Sandra	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	NAÏMI Mourad	Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
M.	PHILIP Patrick	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	POMARES Christelle	Parasitologie et mycologie (45.02)
Mlle	PULCINI Céline	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M.	ROUX Christian	Rhumatologie (50.01)
M.	TESTA Jean	Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	TOULON Pierre	Hématologie et Transfusion (47.01)

PROFESSEURS ASSOCIÉS

M.	HOFLIGER Philippe	Médecine Générale
Mme	POURRAT Isabelle	Médecine Générale
M.	PRENTKI Marc	Biochimie et Biologie Moléculaire

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Mme	CHATTI Kaouthar	Biophysique et Médecine Nucléaire
M.	DARMON David	Médecine Générale
M.	GARDON Gilles	Médecine Générale
Mme	MONNIER Brigitte	Médecine Générale
M.	PAPA Michel	Médecine Générale

PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

M.	BERTRAND François	Médecine Interne
M.	BROCKER Patrice	Médecine Interne Option Gériatrie
M.	CHEVALLIER Daniel	Urologie
Mme	FOURNIER-MEHOUAS Manuella	Médecine Physique et Réadaptation
M.	QUARANTA Jean-François	Santé Publique

REMERCIEMENTS

Au Professeur GUERIN

Merci de me faire l'honneur de présider ce jury de thèse. Merci pour votre soutien et vos encouragements. Merci de donner une si belle image de la Gériatrie auprès des internes, et d'inspirer de nouvelles vocations.

Au Professeur FERRERO

Merci de me faire l'honneur de participer à ce jury. Je vous suis très reconnaissante de juger mon travail, et je garde un excellent souvenir de mon stage au Centre Antoine Lacassagne. Votre travail est une des plus belles spécialités à mes yeux, merci pour votre investissement.

Au Professeur HOFLIGER

Je vous prie de recevoir mes sincères remerciements pour votre participation à ce jury. Je vous exprime ma profonde reconnaissance pour vos conseils et votre écoute pendant ces années d'internat. Merci de consacrer votre temps à faire de nous de futurs médecins.

Au Docteur BESSI

Je suis tellement heureuse de te voir au sein de ce jury, et je t'en remercie profondément. Merci de m'avoir initié à la médecine rurale, merci de m'avoir montré la réalité et la beauté de ce métier. Merci de m'avoir fait partager plus qu'un stage, cela a été une vraie expérience de vie, merci de m'avoir accueilli dans votre famille, je garde un excellent souvenir de ces 6 mois passés à Sospel.

Au Docteur BOULAHSSASS

Merci de m'avoir pris sous ton aile. Tes conseils et ta disponibilité m'ont été d'une grande aide. J'ai eu la chance de pouvoir travailler avec toi du CAL à Cimiez ; ta vision de la médecine et ton investissement sont un exemple pour moi.

Au Docteur GONFRIER,
Merci pour ton aide précieuse et de m'avoir consacré du temps.

A Virginie PIOVANO,
Merci de m'avoir aidé depuis le début de ce travail, je n'aurais pas pu réussir sans ta collaboration, je te recommande volontiers pour tous les futurs thésards !

En premier viens la troupe !!!
A Aurélie, ma moitié de pastèque adorée, merci pour ton amour, ton amitié et ton soutien, merci pour toutes les folies que nous réserve l'avenir ; et à Ludo merci de la rendre si heureuse, j'attends avec impatience le jour J !
A Romain, mon acolyte de toujours, merci de former à mes cotés ce duo infernal !
A Alexandra, ma plus belle rencontre de l'externat, ton amitié compte tellement.
A Julie, quand je pense à toutes ces années perdues… j'aurais aimé profiter de tout ça dès les bancs de la P1, merci à JB ; je suis très fière d'avoir pu être à vos côtés pour ce jour si spécial !
A Céline, tu es la grande surprise du bureau, je t'adore tellement, tu es mon urgentiste préférée ! Et merci à ta moitié Vincent le patron, je ne l'oublie pas !
A Raphael, tu es le plus drôle et j'adore ça, merci d'être toujours là pour nous tous.
A Ariane, la plus folle, c'est toi ! Ton humeur m'enchante toujours, j'admire et j'envie votre complicité à tous les deux.
Je vous le dis, vous êtes l'embellie de ces 3 dernières années !

Viens ensuite le tandem de choc !!!
A Sonia, merci de m'avoir accueilli dès le début, tu es le lien de tout ce bordel, merci bien sûr au SCC (le fameux Soniach Comedy Club).
A Adeline, ta beauté et ton humour font de toi la meilleure sans aucune hésitation !

A mes amies de toujours, au féminin !
A Laura et Stéphanie, le trio d'enfance que je n'oublierai jamais, votre amitié a été le pilier de ma réussite, merci d'être toujours auprès de moi après toutes ces années.
A Sarah, ma petite beauté, les souvenirs que l'on partage sont éternels, j'espère parcourir le monde à tes côtés encore des milliers de fois.
A Marie, la Cantoche et la Cantochade sont reconnues de tous, merci pour ta gentillesse et ta douce folie, et la cup' of course !
A Gabi, merci pour toutes ces années de rigolade, et pour le plus fou des anniversaires que Facebook ait connu !

A mes co-internes !
Au CAL et ses apéros de dingues : Alexander, Hannah, Cyril, Alex, Clémence, Sonia, et le fameux Joseph dit Josi ou Jojo l'abricot.
A la Mentonnade : Joseph (encore !! la meilleure équipe), Vanessa, et toute l'équipe des Urgences.
A Lenval : Cyril (encore toi aussi !), Marion et Steph je vous adore.
A la team Cimiez : Julian, Vanessa, Julien, Clémentine, Samyia, Laure, Faustine, Arthur, les mignons Fabien et Cyprien, et mention spéciale à Yann tu me régales tellement.
La meilleure team de tous les temps, ces 6 mois avec vous ont été comment dire, un vrai délice ! Je vous aime tous, on aura retourné Cimiez ensemble !
Et à mes infirmières : Aurélie, Pauline, Céline, Elodie, Béa et les autres, vous êtes au top !
A la toute récente team Mossa : Adrien Colin comme le poisson « dit le patron », Edouard « Don » Clais, Soniach Again and Again, Marie « les bruitages c'est ma spé », Fanny, et Nadia #la mère poule.

Les prix spéciaux !
A Vicci et Béni vous êtes ce qu'il y a de mieux dans cet enfer, je ne saurais pas vous dire toute l'amitié et l'admiration que j'ai pour vous, merci pour tout.

Et à tous les autres, Maeva, Clairette, Toutoum, Thomas Pietri, Eva, Julie, Remy of the Bellou, Adri, Hugo, Jean, Gogo, Fabien, Guigui, Romano, Charles, Flo, Jeff, Sonia, Elise, Malo, Fabien Zeitoun, Xavier, Loïc, Benjamin « Pesketti » et à tous les autres …

A ceux de toujours, les plus anciens !
A Mathieu, mon frère qui ne m'a jamais délaissé, tu es le plus proche, celui qui sait tout depuis les premiers jours, je t'aime mon Bro.
A Djé, tu m'as fait vivre des moments inoubliables, du lycée à la musique dans le garage, en passant par les sessions projo chez toi, ton amitié a toujours compté.
A Mathias, tu es le repère de toutes ces années, depuis le début tu as vécu cette aventure avec moi, je te remercie de ton soutien.

Les Bonus !
Aux amis de Pastis et de Maman qui m'ont toujours soutenu
Philippe et Steph, Alex et JP, Aldo, Pascale et Margot, Franck, Pat' et Nathalie, George et Sylvie, Aline et Gigi, et enfin Eric, Bernadette et Hugo.

Pour finir la famille !
A mes Grands-parents que j'aime et pour qui j'ai le plus grand respect.
A Nicole, Thomas et Valentine, merci pour votre soutien, votre amour et tous ces souvenirs de voyages que j'ai eu la chance de partager avec vous.
A Jean-Louis et Martine, merci de m'avoir fait découvrir tant de choses, merci d'être ma deuxième famille, votre amour a toujours été essentiel pour moi.
A Gérard et Hugo, votre complicité est essentielle, prenez en soin.
A Julien et Pen, mon grand cousin, mon modèle, je suis tellement fière de la famille que tu as fondé, à ma petite cousine Mila la plus belle des Luini.
A Arthur, mon Lou Di Lou de toujours, je t'aime comme mon frère, ton bonheur et ta réussite en font le mien.

A Johanna, ma sis', je te remercie pour ton aide, sans toi je n'aurais pas réussi à terminer ce travail, tu as toujours été là pour m'aider dans mes études depuis le début, je t'en suis infiniment reconnaissante. Je suis très fière de la personne que tu es devenue, de ton courage, tu oses les choses et ça te va bien ! Je t'aime.

A Pastis, comment t'expliquer en quelque ligne tout ce que je ne t'ai jamais dit. Ton arrivée parmi nous a été le commencement d'une nouvelle vie. Je t'ai toujours été reconnaissante d'avoir pu rendre maman heureuse, et tu sais que c'est mon désir le plus cher. Prendre soin d'elle, c'est tout ce que j'espérais de toi au départ. Puis j'ai compris la place que tu avais dans ma vie, le rôle crucial que tu as eu depuis toutes ces années. La personne que je suis n'est plus que le fruit du travail de ma mère mais aussi le tien. Je suis très fière que tu sois là ce soir, alors je te le dis j'espère être à tes yeux ta fille pour de bon, je t'aime !

A ma mère, ma Mamoune adorée, ces mots ne suffiront jamais à exprimer tout l'amour, le respect, et l'admiration que j'ai pour toi. Mon seul souhait a toujours été de te ressembler, d'avoir ton courage, j'espère un jour être une aussi bonne mère que toi. Tu nous as élevé dans des valeurs, appris le respect, le travail, et l'importance de l'amour. Tu as tout sacrifié pour que je puisse devenir médecin. Tu es la plus belle personne que je connaisse, et je passerai toute ma vie à essayer de te rendre heureuse et fière de moi. Ça a toujours été mon seul but. Je te remercie de tous les efforts que tu fais chaque jour pour me faciliter la vie, tu es une vraie mère poule de compétition ! Je t'aime.

A mon père,
J'espère te rendre fier de là ou tu es.

TABLE DES MATIERES

ABREVIATIONS **14**

1/ INTRODUCTION **15**
1.1 LE VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION EN FRANCE 17
1.2 QUEL RETENTISSEMENT SUR L'INCIDENCE DU CANCER EN FRANCE 17
1.3 LES CONSEQUENCES SUR L'ORGANISATION DU PARCOURS DE SOINS 18
1.4 LA NAISSANCE DE L'ONCOGERIATRIE 18
1.5 L'EVALUATION GERIATRIQUE STANDARDISEE 20
1.6 L'INTERET DE L'EVALUATION ONCOGERIATRIQUE 23
1.7 L'OPINION DES MEDECINS GENERALISTES 23
1.8 LES LIMITES DE L'EGS 24
1.9 L'AMELIORATION DE LA CONTINUITE DE SOINS 25
1.10 LES OBJECTIFS DE L'ETUDE 26

2/ MATERIEL ET METHODES **27**
2.1 LES PARTICIPANTS 27
2.2 LE CHOIX DE LA METHODE 27
2.3 L'ELABORATION DU QUESTIONNAIRE 27
2.4 L'ANALYSE STATISTIQUE DES DONNEES 28
2.5 LA REALISATION DE LA BIBLIOGRAPHIE 28

3/ RESULTATS **29**
3.1 SCHEMA DE L'ETUDE 29
3.2 CARACTERISIQUES DES PARTICIPANTS 30
3.3 PARTICIPATION DES MEDECINS A LA PRISE EN CHARGE 31
3.4 CONNAISSANCE ET OPINION DES MEDECINS SUR LA CONSULTATION D'ONCOGERIATRIE 31
3.5 IMPACT DE LA CONSULTATION D'ONCOGERIATRIE 33
3.6 COMMUNICATION VILLE/HOPITAL 34
3.7 CONTINUITE DE SOINS 35
3.8 ANALYSE EN SOUS-GROUPE D'AGE 35

4/ DISCUSSION **37**
4.1 LES ASPECTS DEMOGRAPHIQUES 37
4.2 LA DECISION MEDICALE 37
4.3 LA CONNAISSANCE DE L'ONCOGERIATRIE 38
4.4 L'OPINION DES MEDECINS GENERALISTES 39
4.5 LES INTERVENTIONS GERIATRIQUES 40
4.6 LA CONTINUITE DE SOINS 41
4.7 L'ANALYSE EN FONCTION DE L'AGE DES MEDECINS 45
4.8 LES PROPOSITIONS D'AMELIORATION 46
4.9 LES LIMITES DE L'ETUDE 46

5/ CONCLUSION **47**

6/ BIBLIOGRAPHIE **48**

7/ ANNEXE **53**

7.1 COURRIER ADRESSE AUX MEDECINS TRAITANTS 53

7.2 COMPTE-RENDU DE L'EVALUATION ONCOGERIATRIQUE 57

7.3 SCORE DE BALDUCCI 58

7.4 SCHEMA ORGANISATIONNEL DE L'EVALUATION ONCOGERIATRIQUE 59

9/ RESUME **60**

10/ SERMENT D'HIPPOCRATE **61**

ABREVIATIONS

INCa : Institut National du Cancer

UCOG : Unité de Coordination en Oncogériatrie

MG : médecin généraliste

EGS : évaluation gériatrique standardisée

UPCOG : Unité Pilote de Coordination d'Oncogériatrie

PS : Performance status

PPS : programme personnalisé de soins

CIRS : cummulative illness raiting scale

ICED : index of coexistent diseases

TIBI : total illness burden index

MMSE : mini mental status

GDS : geriatric depression scale

ADL : échelle d'activité basique de la vie quotidienne

IADL : échelle d'activité instrumentale de la vie quotidienne

AGGIR : autonomie gérontologie groupe iso ressource

MNA : mini nutritonnal assessment

IMC : indice de masse corporelle

EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

OR : odds ratio

IC : intervalle de confiance

RCP : réunion de concertation pluridisciplinaire

HAD : hospitalisation à domicile

SSR : soins de suite et de réadaptation

1/ INTRODUCTION

La population française vieillit, ceci est secondaire à une augmentation progressive de l'espérance de vie, c'est une chance pour les générations futures mais aussi un véritable enjeu de santé publique(1).

En parallèle à l'augmentation de l'espérance de vie, on observe une incidence importante du cancer dans la population âgée. Ainsi, tous sexes confondus, près d'un tiers des cancers sont diagnostiqués après l'âge de 75 ans(2).

Le risque de décès lié au cancer est plus élevé dans cette population. L'augmentation du risque de décès chez les sujets âgés semble être la conséquence de plusieurs facteurs : une prise en charge tardive, un mauvais état général les rendant plus fragiles, la présence de comorbidités, et une prise en charge inadaptée(3). Les principaux écueils observés sont la sous-médicalisation et la sur-médicalisation.

Il existe une sous-représentation des personnes âgées atteintes de cancer dans les essais thérapeutiques. Les standards thérapeutiques utilisés chez les patients plus jeunes ne sont pas validés et sont difficilement transposables chez le sujet âgé du fait de l'hétérogénéité de l'état de santé de ces patients(4). Ceci engendre une importante inégalité dans leur prise en charge et l'offre de soins, cette problématique a suscité de nouvelles orientations au niveau des plans cancer nationaux.

Dans ce contexte, pour améliorer la prise en charge des personnes âgées atteintes de cancer, l'Institut National du Cancer (INCa) a mis en place les Unités de Coordination en Oncogériatrie (UCOG) progressivement depuis 2006. Il existe aujourd'hui 24 Unités de Coordination en Oncogériatrie déployées sur le territoire français.

L'Oncogériatrie se base sur l'évaluation gériatrique standardisée, elle permet de cibler les patients susceptibles d'être fragiles et ceux pouvant bénéficier d'un traitement. Elle dépiste les patients vulnérables, améliore la connaissance de l'état de santé du patient et apprécie les

facteurs de risque interférant dans le traitement. Le but étant d'aider l'équipe oncologique à choisir le traitement optimal pour le patient.

Le médecin traitant diagnostique souvent le cancer du patient âgé, il oriente et accompagne le patient dans son parcours de soin tout au long de sa maladie et peut aussi prendre en charge le patient en fin de vie. La forte prévalence de fragilités dans cette population associée aux complications fréquentes du cancer et de ses traitements rend l'exercice difficile pour les médecins traitants, les gériatres et les oncologues.
L'amélioration de la prise en charge nécessite une collaboration étroite entre ces différents acteurs. Ceci passe par une transmission efficace des informations entre les professionnels de santé.

L'objectif principal de ce travail est de recueillir, au travers d'une enquête d'opinion quantitative, l'avis des médecins généralistes (MG), dans le but d'analyser l'impact de l'évaluation gériatrique standardisée (EGS), au quotidien dans la prise en charge des patients âgés atteints de cancer en médecine de ville. Les médecins interrogés sont ceux dont un patient a été pris en charge par l'unité de coordination en Oncogériatrie (UCOG PACA Est) et ayant reçu le compte-rendu de l'évaluation gériatrique standardisée.

L'objectif secondaire est d'identifier les points d'amélioration du compte-rendu de consultation de l'évaluation oncogériatrique dans le but d'optimiser la communication entre médecin traitant, oncologue et gériatre. Ainsi, cette étude est une réflexion autour de la transmission d'information entre l'équipe d'oncogériatrie et le MG.
Ce travail tente de déterminer si le support actuel de communication est adapté à la médecine de ville, ce support ayant été élaboré avant tout pour les oncologues, ceci afin d'en améliorer secondairement le format pour faciliter la communication ville-hôpital.

1.1 LE VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION EN FRANCE

Depuis des années, nous pouvons observer un vieillissement de la population en France, cette tendance s'observe également sur le plan mondial.

En 2060, la France comptera 12 millions d'habitants en plus. Le nombre de personnes de plus de 60 ans augmentera de 80 %, et 16,2 % des personnes auront plus de 75 ans(1).

L'augmentation est la plus forte pour les plus âgés : le nombre de personnes de 75 ans ou plus passerait de 5,2 millions en 2007 à 11,9 millions en 2060 ; celui des 85 ans et plus de 1,3 à 5,4 millions.

Ces chiffres sont d'autant plus significatifs dans le département des Alpes Maritimes : en effet, la population âgée de plus de 75 ans y représente déjà 11,8% contre 9% en France métropolitaine(5).

1.2 QUEL RETENTISSEMENT SUR L'INCIDENCE DU CANCER EN FRANCE

Avec au cours des cinq dernières années environ 1,1 million de personnes traitées, chaque année 355 000 personnes nouvellement touchées et 148 000 décès, le cancer représente la première cause de mortalité en France devant les pathologies cardiovasculaires(2).

L'âge médian au diagnostic en 2012 en France métropolitaine est de 68 ans chez l'homme et 67 ans chez la femme.

Un tiers des décès masculins et un quart des décès féminins lui sont dus.

Bien que sa mortalité diminue depuis deux décennies, son incidence globale augmente (de 109 % entre 1980 et 2012) en raison de l'augmentation et du vieillissement de la population, de la généralisation des techniques d'exploration, de dépistage et de causes environnementales.

Le cancer forme donc un enjeu de santé publique fort, enjeu humain, social, mais aussi économique. Le coût économique de cette maladie est donc important pour le pays. Malgré des progrès en termes de dépistage et de soins, les inégalités sociales de santé s'aggravent en France, en matière de cancer.

1.3 LES CONSEQUENCES SUR L'ORGANISATION DU PARCOURS DE SOINS

La fragilité peut conduire à l'incapacité de répondre à un stress physique ou psychologique. L'évaluation de la fragilité est généralement réalisée à l'aide de l'évaluation gériatrique complète.

Pour ce syndrome évolutif et potentiellement réversible, le dépistage et l'intervention précoce sont une priorité dans les soins de santé primaire, et les médecins généralistes ont besoin d'un outil de dépistage simple.

Depuis décembre 2012, l'HAS recommande donc de repérer en soins de premier recours les patients âgés fragiles et à risque de dépendance devant bénéficier d'une évaluation gériatrique standardisée(6).

1.4 LA NAISSANCE DE L'ONCOGERIATRIE

Comme nous l'avons vu précédemment, la population française vieillit de plus en plus, et son niveau de fragilité tend à augmenter, ceci étant dû à l'allongement de l'espérance de vie des personnes âgées depuis plusieurs années. Ce vieillissement démographique s'accompagne d'une augmentation de la prévalence des cancers, dont le diagnostic est posé au-delà de 65 ans dans plus de la moitié des cas(7).

Le Plan Cancer 2014-2019 s'articule autour de quatre grandes ambitions, à savoir guérir plus de personnes malades ; préserver la continuité et la qualité de vie ; investir dans la prévention et la recherche ; optimiser le pilotage et les organisations(8).

Certaines études ont identifié l'âge avancé comme un obstacle à l'accès aux soins oncologiques spécialisés(9). Faire bénéficier les malades âgés cancéreux de ces progrès thérapeutiques est enfin à l'ordre du jour, alors que pendant longtemps la prise en charge oncologique était souvent différente d'une équipe à l'autre et sous-optimale avec parfois une abstention thérapeutique confinant à l'abandon.

C'est pour répondre à cette tendance que sont nées en 2006 les Unités Pilotes de Coordination en Onco-Gériatrie (UPCOG), résultat d'une collaboration entre oncologue et gériatre, se définissant comme une approche multidimensionnelle et pluridisciplinaire des moyens éthiques les plus appropriés de prise en charge du sujet atteint de cancer(10).

Elle permet de mettre en évidence les difficultés associées à l'âge dans le traitement du cancer : tendance aux traitements sous-optimaux, sous-représentation dans les essais thérapeutiques, sur-toxicité des thérapeutiques(3).

S'en est suivie en 2011 la création des Unités de Coordination en Oncogériatrie (UCOG), puis un an plus tard l'unité de la région PACA. Leurs quatre missions principales sont :

- Adapter les traitements des patients âgés atteints de cancer par des décisions conjointes entre gériatres et oncologues,
- Promouvoir la prise en charge de ces patients dans la région afin de la rendre accessible à tous,
- Contribuer au développement de la recherche en oncogériatrie, notamment en impulsant des collaborations interrégionales,
- Soutenir la formation et l'information en oncogériatrie.

L'outil utilisé lors de la consultation d'oncogériatrie est l'évaluation gériatrique standardisée (EGS)(11). Plus adaptée que le Performans Status (PS), elle détecte les fragilités, permettant ainsi d'adapter la prise en charge thérapeutique oncologique et donc de diminuer les toxicités des traitements et de réduire la mortalité.

Cette évaluation permet de déterminer trois groupes de patients âgés atteints de cancer selon leur seuil de vulnérabilité grâce au score de Balducci :

<u>Balducci 1 : « Fit Elderly », vieillissement réussi</u>

- Pas de comorbidité, patient autonome, pas de facteur de fragilité
- Le traitement oncologique peut être en théorie identique à celui d'un patient jeune.

Balducci 2 : « Frail Elderly », patients fragiles

- 1 ou 2 comorbidités
- Dépendance aux activités instrumentales de la vie quotidienne (IADL)
- Le traitement oncologique doit être adapté. Il peut alors être décidé d'un traitement modifié ou d'une surveillance en fonction de l'espérance de vie estimée.

Balducci 3 : patients très fragiles

- Comorbidités ≥3, patient dépendant aux activités de base (toilette, alimentation, élimination)
- Le traitement est le plus souvent palliatif.

1.5 L'EVALUATION GERIATRIQUE STANDARDISEE

L'EGS permet d'identifier l'ensemble des problèmes médicaux, fonctionnels, psychologiques et sociaux qui peuvent affecter un patient âgé fragile, puis d'établir un plan de soin personnalisé pour y remédier.

La réalisation de l'évaluation gériatrique en ambulatoire des patients âgés fragiles permettrait de réduire leurs risques de déclin fonctionnel et d'hospitalisation, grâce à l'identification de leurs points faibles et de leurs ressources(12).

Les dernières recommandations de l'HAS préconisent l'utilisation d'une évaluation gériatrique avant l'élaboration du Programme Personnalisé de Soins (PPS)(13).

Cette EGS est composée de tests validés par les sociétés savantes de gériatrie et de grilles de recueil spécifiques aux réseaux gérontologiques :

Repérer la présence de comorbidités significatives :

Les patients âgés ont très souvent plusieurs pathologies chroniques. Il est important de prendre correctement en compte cette comorbidité pour étudier une maladie déterminée. Cinq indices ont été validés dans l'étude des populations âgées(14)(15) :

- Le Cumulative Illness Rating Scale (CIRS)(16)(17)

- L'indice de Kaplan-Feinstein(18), l'indice de Charlson(19)
- L'Index of Coexistent Diseases (ICED)(20)
- Le Total Illness Burden Index (TIBI)(21)

Evaluation des fonctions cognitives :

Le Mini Mental Status de Folstein (MMSE) : test d'évaluation globale des fonctions cognitives

Le test de l'horloge : évaluation des capacités visuo-constructives et des fonctions exécutives

Le test de DUBOIS : explore la mémoire épisodique (mémoire atteinte dans la maladie d'Alzheimer).

Evaluation de l'humeur :

La Geriatric Depression Scale (GDS)(22).

Evaluation du degré d'autonomie :

- La nouvelle grille AGGIR (Autonomie Gérontologie Groupe Iso Ressource)
- Les tests psychométriques :

  L'échelle des *activities of daily living* de Katz (ADL) évalue l'autonomie du sujet dans les activités de la vie quotidienne

  L'échelle des *instrumental activities of daily living* de Lawton évalue les activités instrumentales (IADL)
- Le Performans Status (PS) évalue l'état général du patient, aide à la décision pour un éventuel traitement par chimiothérapie et peut être utilisé comme score pronostic(23).

Evaluation de la marche et du risque de chute :

Le Timed get up and go test : test d'évaluation globale chronométré

L'appui unipodal

La vitesse de marche.

Evaluation nutritionnelle :

Le Mini Nutritionnal Assessment (MNA)

Le poids et surtout le pourcentage de perte de poids

L'albuminémie, CRP, pré albuminémie

L'indice de masse corporelle (IMC).

Evaluer l'appareil neurosensoriel :

Vision et Audition principalement.

Évaluation de la douleur :

Echelle d'auto-évaluation : échelle numérique

Echelle d'hétéro-évaluation : DOLOPLUS, ALGOPLUS.

Identifier le risque iatrogénique :

Prioriser les indications des médicaments (vital, important, accessoire)

Nombre de médicaments

Evaluation de l'Automédication

Optimisation de l'ordonnance en concertation avec le médecin traitant.

L'évaluation du contexte de vie sociale :

Lieu de vie : domicile ou établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

Entourage familial : conjoint ou enfants.

Aides à domicile : passage d'un infirmier diplômé d'état, d'une aide-ménagère, téléalarme, portage des repas.

Le niveau d'implication ou d'épuisement de l'aidant.

Un test de dépistage : G8

Cet outil permet de détecter les personnes âgées atteintes de cancer à risque de mauvaise tolérance d'un traitement anticancéreux et de leur proposer une consultation adaptée aux anomalies dépistées et/ou une évaluation gériatrique avant de commencer le traitement anticancéreux. L'utilisation de ce module constitue une aide pour effectuer une première évaluation clinique afin d'orienter la prise en charge des patients(24).

1.6 L'INTERET DE L'EVALUATION ONCOGERIATRIQUE

Le but de l'évaluation :

- Déceler le plus précocement le risque de dépendance et le niveau de fragilité
- Une aide à la décision thérapeutique en concertation avec les médecins spécialisés en Oncologie
- Une évaluation des interactions possibles entre les diagnostics gériatriques et les thérapeutiques oncologiques
- Formuler des propositions d'interventions gériatriques en fonction des éléments de fragilité.

Plusieurs études ont révélé un impact de l'EGS sur la prise en charge des patients âgés atteints de cancer, notamment sur l'élaboration du thérapeutiques(25) et ainsi améliorer la qualité de la vie du patient(26) et sa prise en charge(27).

1.7 L'OPINION DES MEDECINS GENERALISTES

L'EGS est utile dans la prise en charge des patients âgés atteints de cancer mais son intérêt est probablement mal connu des médecins traitants(28).

Une étude publiée en 2011, réalisée à Lille auprès des MG dont au moins un patient a été vu en consultation d'oncogériatrie, montre que l'évaluation oncogériatrique était jugée comme très utile dans 73,3% des cas, et indispensable pour 16,7% des médecins. Elle révèle que la perception des MG est globalement très positive, mais ces derniers rapportent des difficultés

quant à la mise en oeuvre en ambulatoire des recommandations issues de l'évaluation gériatrique globale, essentiellement sur le volet social et le soutien psychologique(29).

Une étude publiée en 2010, réalisée à Créteil, interrogeant les médecins de ville auxquels les comptes rendus de l'EGS avaient été envoyés, indique que 77,7% des médecins de soins primaires ont jugé utile les recommandations de l'EGS pour la prise en charge de leurs malades cancéreux âgés. Les recommandations proposées ont été jugées difficilement applicables en ville dans 60% des cas, particulièrement la prise en charge nutritionnelle et sociale(30).

Une autre étude publiée en 2012, réalisée à Bordeaux montre que la plupart des MG interrogés (80%) ne connaissent pas l'existence de consultations d'oncogériatrie, sont en majorité convaincus de l'utilité d'une évaluation gériatrique dans l'amélioration de la prise en charge de leurs patients âgés cancéreux et expriment clairement leur désir de formation à l'oncogériatrie(31).

En 2014, une étude qualitative réalisée au CHU de Nice montre que les MG pensent que l'évaluation oncogériatrique est bénéfique pour la prise en charge des patients âgés cancéreux. Cependant, ils regrettent leur manque de participation active dans la prise de décision thérapeutique devant des contraintes telles que le manque de temps et l'isolement. Ils déplorent le manque de communication entre ville et hôpital, et proposent de recueillir l'avis du MG, d'avoir un lien plus étroit et de travailler ensemble au service du patient(32).

En conclusion, sans changer fondamentalement les pratiques, l'EGS soulève auprès des médecins traitants, des questions sur la prise en charge spécifique du sujet âgé.

1.8 LES LIMITES DE L'EGS

Il semble peu réalisable de soumettre tous les patients âgés de plus de 75 ans à une évaluation gériatrique, qui est un processus long et mobilisant des expertises spécifiques.

La formation gérontologique est insuffisante, la pratique de l'EGS est lourde avec des méthodes conventionnelles, les grilles sont compliquées à manipuler et difficilement comparables ; leur archivage est volumineux, la synthèse des données est délicate et le temps d'exécution de l'EGS de base sans automatisation est d'environ 1 heure.
Ainsi, plusieurs projets sont en cours d'analyse pour créer un outil simple et rapide à utiliser dans le but de repérer en soins de premier recours les personnes à risque de perte d'autonomie.

1.9 L'AMELIORATION DE LA CONTINUITE DE SOINS

Plusieurs études ont révélé que la communication et la circulation de l'information médicale entre les hôpitaux et les MG n'étaient pas satisfaisantes pour assurer la continuité de soins(33). Les données délivrées dans les comptes-rendus ne sont pas adaptées en raison d'informations incomplètes et ne répondent que partiellement aux attentes des MG(34). D'autres publications ont étudié le problème du délai de réception trop long de l'information(35).

Le code de déontologie et de santé publique rappelle la nécessité de bénéficier d'une transmission efficace des informations entre professionnels de santé. Le courrier de fin de consultation s'avère donc être un élément majeur et indispensable(36).

Il est essentiel de communiquer autour du plan de soins pour pouvoir disposer de la bonne information au moment le plus opportun et prendre la meilleure décision(37). Le manque de communication et de partage d'informations peuvent affecter de façon très négative la prise en charge des patients(38).

Le MG a un rôle de coordonnateur dans la réalisation des soins, il est essentiel dans la prise en charge optimale du patient, du fait de la bonne connaissance de son environnement et de sa capacité de suivi au long cours. Ce courrier doit lui permettre d'être le plus efficace dans son exercice, en y mentionnant les informations nécessaires(39).

1.10 LES OBJECTIFS DE L'ETUDE

L'objectif principal de ce travail est de déterminer l'intérêt de la consultation d'évaluation gériatrique pour la médecine de ville dans la prise en charge globale du patient âgé et dans la décision thérapeutique (le support de communication ayant été élaboré au départ à destination des oncologues) au travers d'une enquête d'opinion quantitative ; mais également de tenter d'analyser l'impact de cette évaluation au quotidien dans la prise en charge des patients âgés atteints de cancer en médecine de ville.

Les objectifs secondaires sont d'identifier :

- Le moyen de recueillir l'avis du MG dans la décision thérapeutique,
- Les moyens d'optimisation de la communication entre médecin traitant et oncogériatre et l'amélioration du compte-rendu de consultation de l'évaluation oncogériatrique.

2/ MATERIEL ET METHODES

2.1 LES PARTICIPANTS

Le recrutement des médecins interrogés s'est fait par le biais de l'UCOG PACA Est. Un compte-rendu de consultation d'évaluation oncogériatrique est adressé à chaque médecin traitant ayant eu un patient âgé atteint de cancer de plus de 75 ans pris en charge dans l'unité dans les 48 heures suivant la consultation. Nous avons alors établi une liste de ces MG sur une période donnée et nous les avons contactés via un questionnaire adressé à leur cabinet 15 jours après la réalisation de la consultation d'évaluation oncogériatrique.

Les médecins n'ayant pas répondu au courrier dans le mois suivant son envoi étaient ensuite contactés par téléphone puis pouvaient répondre au questionnaire directement lors de ce premier contact, ou lors d'un deuxième appel à un moment choisi conjointement, ou enfin par un mail qui leur était envoyé le jour même.

2.2 LE CHOIX DE LA METHODE

Il s'agit d'une étude observationnelle, descriptive et comparative, les données ont été recueillies de façon prospective au sein de l'UCOG sur une période de 6 mois, de février à juillet 2014.

2.3 L'ELABORATION DU QUESTIONNAIRE

Le questionnaire comprenait 24 questions à choix binaire (oui ou non). Il s'intéressait aux caractéristiques des médecins interrogés (âge, sexe, type et lieu d'exercice), à leur implication dans les décisions thérapeutiques de ces patients, à leur connaissance de l'oncogériatrie, au délai d'obtention du compte-rendu de consultation, à l'intérêt de cette évaluation, aux différents moyens et formats utilisés et utilisables dans la communication oncologue/généraliste/gériatre. Ce questionnaire a été élaboré par un groupe de médecins (oncogériatres, méthodologistes) puis proposé à la cellule thèse afin de juger l'intérêt et la

pertinence des questions en présence de plusieurs médecins généralistes enseignants de la Faculté de Médecine de Nice.

2.4 L'ANALYSE STATISTIQUE DES DONNEES

Les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide du SPSS version 15.0. Tous les tests statistiques ont été calculés en utilisant un risque a 5%. Tous les intervalles de confiance (IC) ont été calculés avec une probabilité de 95%. Toutes les variables quantitatives ont été présentées en utilisant des statistiques descriptives. Les variables qualitatives ont été décrites par des fréquences absolues, relatives, histogrammes et le pourcentage de données manquantes. Les données qualitatives ont été comparées à l'aide de test de Chi2 ou test exact de Fisher en cas de non respect des conditions d'application du Chi2. Des odds-ratio (OR) avec leurs IC ont été calculés par régression logistique.
Les données sont exprimées sous formes de pourcentage et d'effectif.

2.5 LA REALISATION DE LA BIBLIOGRAPHIE

Cette bibliographie a été effectuée avec le logiciel Zotero. Les documents ont été collectés grâce à des moteurs de recherche comme Pub Med, SUDOC, Google Scholar et Google, ainsi que les documents fournis par le Directeur de thèse.
Les mots clés utilisés sont les suivants :

- Oncology ; Geriatrics ; Oncogeriatrics ; Geriatric assessment ; Home care services ; Aeging ; Elderly ; General Practitioner
- General Practitioner ; Quality ; Communication ; Continuity of patient care.

3/ RESULTATS

3.1 SCHEMA DE L'ETUDE

Dans cette étude, nous avons eu un taux de réponse de 42%, soit 63 réponses. Ces réponses ont été récoltées pour 63% par courrier, 21% par mail, et 16% par téléphone.

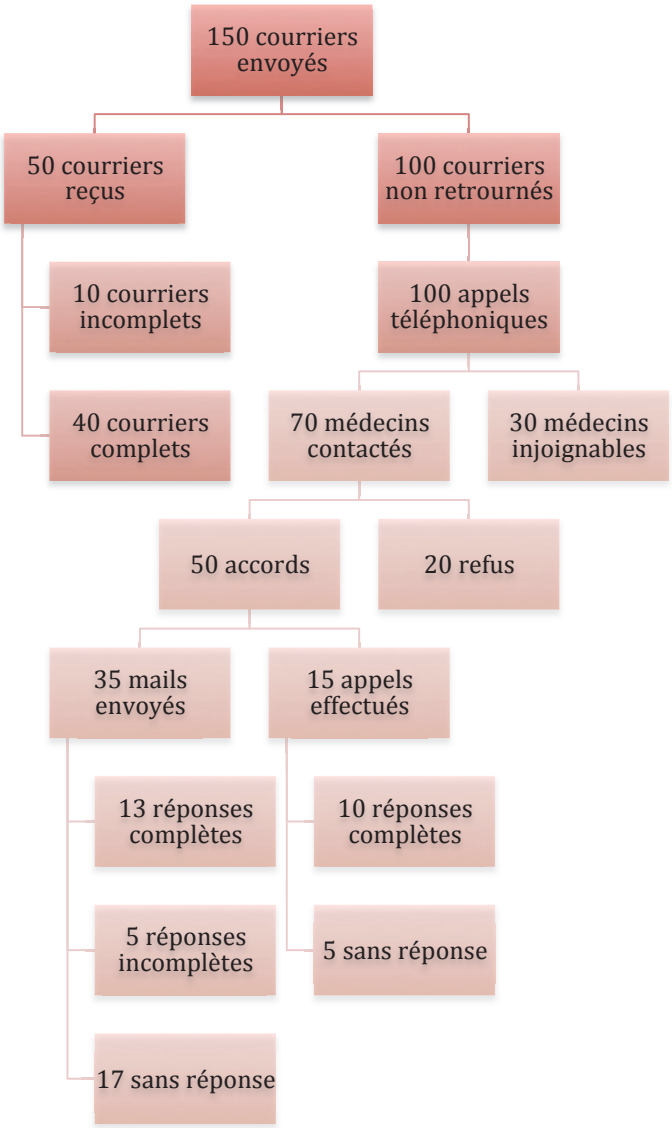


Figure 1 : Schéma de l'étude et réponses exploitables

3.2 CARACTERISIQUES DES PARTICIPANTS

Parmi les MG interrogés ayant répondu au questionnaire :

- La majorité des médecins étaient des hommes : 42 hommes, 21 femmes
- La plupart des médecins avaient entre 50 et 60 ans : 4 avaient moins de 40 ans, 10 de 40 à 50 ans, 31 de 51 à 60 ans, 18 plus de 60 ans
- Le type d'exercice le plus fréquent était en cabinet individuel : 36 en individuel, 27 en groupe
- L'exercice se faisait le plus souvent en ville : 42 en ville, 21 en milieu rural.

Figure 2 : Sexe des MG

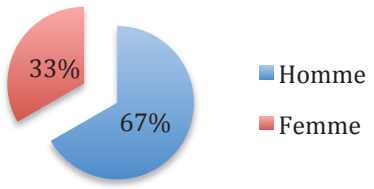


Figure 3 : Age des MG

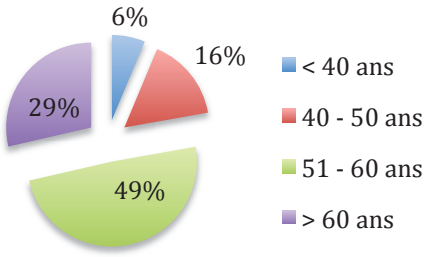


Figure 4 : Type d'exercice

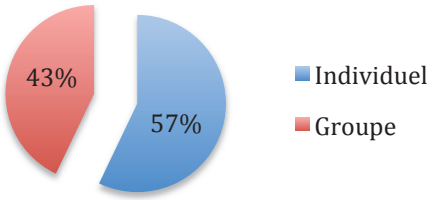
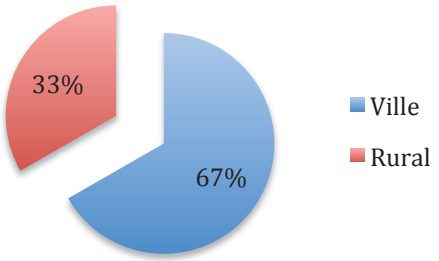


Figure 5 : Localisation du cabinet



3.3 PARTICIPATION DES MEDECINS A LA PRISE EN CHARGE

Une grande partie des médecins se sentent impliqués dans les décisions thérapeutiques de leurs patients âgés atteints de cancer (51 oui VS 12 non), cependant seul 9 médecins interrogés ont la possibilité de participer aux Réunions de Concertation Pluridisciplinaire (RCP).

Question	oui (%)	non (%)	Total (%)
Implication dans la prise en charge	81	19	100
Participation à la RCP	14	86	100

Tableau 1 : Participation des MG à la prise en charge oncologique

3.4 CONNAISSANCE ET OPINION DES MEDECINS SUR LA CONSULTATION D'ONCOGERIATRIE

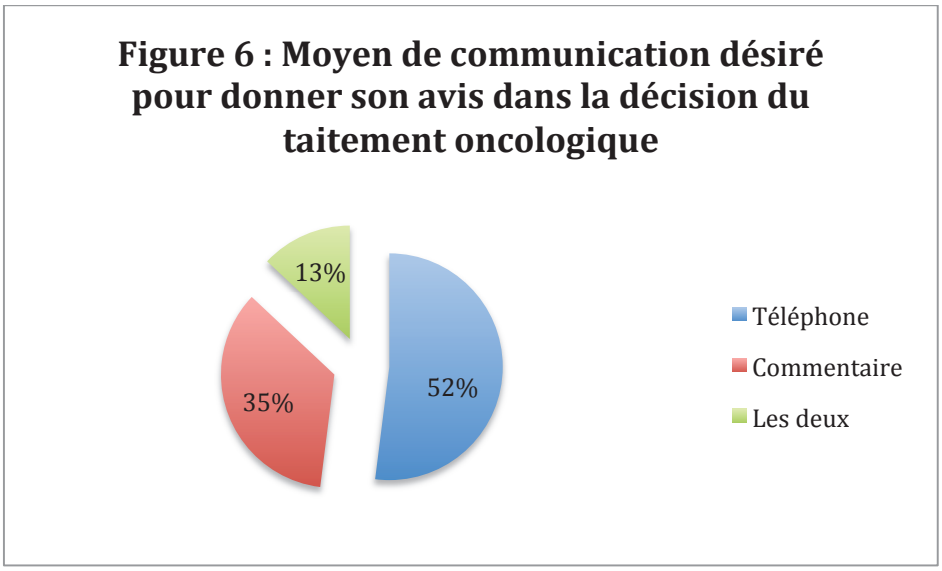
62% des médecins connaissent l'existence de la consultation d'oncogériatrie de UCOG Paca-Est du CHU de Nice, 71% se souviennent avoir reçu un courrier de cette consultation au sujet d'un de leurs patients, dont la majorité (soit 70%) l'a reçu dans les 8 jours ayant suivi cette consultation.

78% des médecins estiment que celle-ci est nécessaire à l'amélioration de l'élaboration du projet de soins et 86% pensent qu'elle peut modifier la prise en charge oncologique de leurs patients.

64% souhaiteraient que leur avis soit recueilli au cours de cette évaluation. Si ce recueil était systématique, le moyen le plus approprié serait :

- Le téléphone pour 52% des médecins,

- Le commentaire écrit sur le compte-rendu de consultation à retourner au département de l'UCOG pour 35%,
- Enfin par ces 2 moyens pour 13%.



81% médecins (n=51) sont d'accord avec la prise en charge oncogériatrique proposée dans cette évaluation et 78% (n=49) le sont aussi concernant la prise en charge proposée par l'oncologue.

Prise en charge	oui (%)	non (%)	Total (%)
Oncogériatrique	81	19	100
Oncologique	78	22	100

Tableau 2 : Accord du MG avec le projet de soin

3.5 IMPACT DE LA CONSULTATION D'ONCOGERIATRIE

71% des médecins interrogés pensent que les interventions proposées dans le compte-rendu d'évaluation peuvent modifier leur prise en charge. Il s'agit de voir quels domaines sont concernés. L'évaluation du risque iatrogène apparaît comme le critère ayant le plus d'impact sur leur exercice.

Domaines	oui (%)	non (%)	Total (%)
Prise en charge algologique	75	25	100
Préservation ou amélioration de l'autonomie du patient	81	19	100
Prise en charge sociale	75	25	100
Prise en charge nutritionnelle	75	25	100
Prise en charge psychologique et/ou cognitive	79	21	100
Adaptation d'un traitement proposé oncologique	78	22	100
Prise en charge des comorbidités	81	19	100
Gestion du risque iatrogénique	89	11	100
Amélioration de la qualité de vie	78	22	100
Prise en charge kinésithérapie	73	27	100

Tableau 3 : Adhérence des MG aux interventions proposées

3.6 COMMUNICATION VILLE/HOPITAL

Seulement 22% des médecins se souviennent avoir été contactés par l'UCOG.

Figure 7 : Communication entre MG et oncogériatre

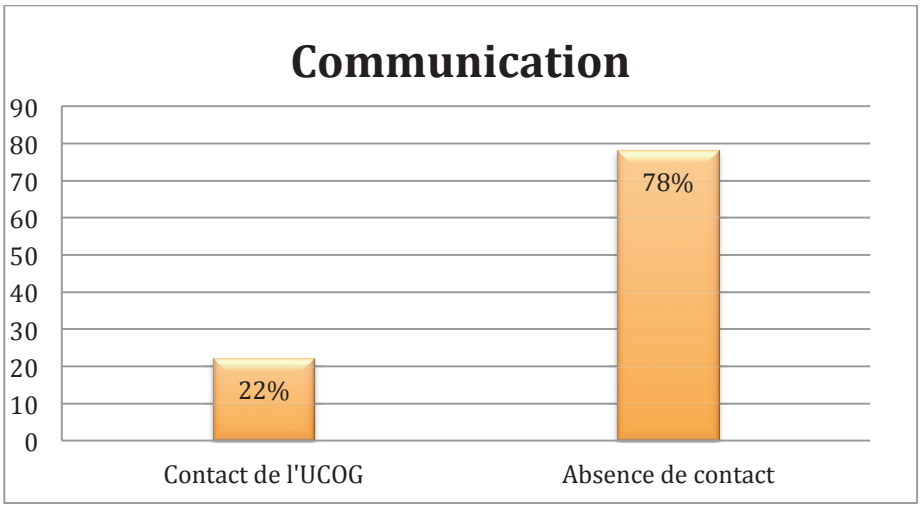
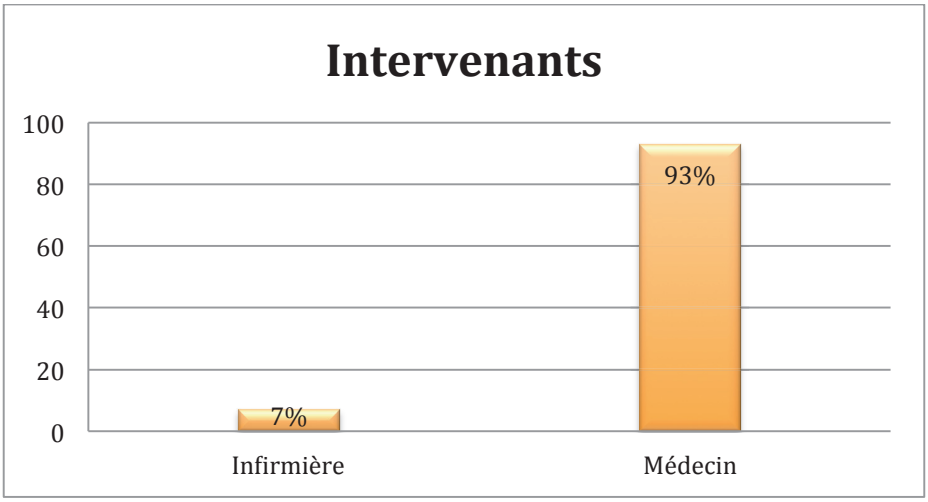


Figure 8 : Intervenants de l'UCOG ayant pris contact avec le MG



3.7 CONTINUITE DE SOINS

Au sein de notre étude, 35% des médecins possèdent une boite mail sécurisée de type Apicrypt.
57% désireraient recevoir le compte-rendu de la consultation le jour-même de l'évaluation.
87% des médecins estiment que ce compte-rendu améliore la relation entre médecin traitant/oncologue/gériatre.
Pour eux, le format du compte-rendu semble adapté dans 83% des cas.
La moitié des personnes pense avoir besoin d'une formation complémentaire en oncogériatrie.

3.8 ANALYSE EN SOUS-GROUPE D'AGE

Initialement, une comparaison entre médecins de moins de 40 ans et ceux de plus de 40 ans avait été envisagée, afin de mettre en évidence une éventuelle différence avec les jeunes médecins ayant pu bénéficier d'une formation d'oncogériatrie.
Cependant, l'effectif de médecins de moins de 40 ans s'est avéré trop faible pour obtenir des résultats significatifs. Seul 4 médecins correspondaient à cette tranche d'âge. L'âge limite choisi a donc été 50 ans dans le but d'augmenter les effectifs.

Questions	< 50 ans (n)	> 50 ans (n)	P	OR	IC 95%
Proportion de femmes parmi les médecins interrogés	71% (10)	22% (11)	0,001	8,6	2,2-32,9
Proportion de médecin exerçant en Cabinet de Groupe	64% (9)	37% (18)	0,066		
Proportion de médecin exerçant en Cabinet de Ville	71% (10)	65% (32)	0,757		
Implication du MG dans les décisions thérapeutiques	57% (8)	88% (43)	0,018	5,3	1,3-20,9
Absence de participation du MG aux RCP	71% (10)	90% (44)	0,101		
Connaissance de l'UCOG PACA Est par les MG	43% (6)	67% (33)	0,096		
Souvenance de l'obtention du compte-rendu de l'EGS	64% (9)	73% (36)	0,517		
Réception du compte-rendu de l'EGS dans les 8 jours	50% (7)	75% (37)	0,098		
Amélioration du projet de soin par l'EGS	100% (14)	71% (35)	0,027	NA	
Recueil de l'avis du MG pendant la consultation d'oncogériatrie	93% (13)	55% (27)	0,01	10,5	1,2-87,4
Accord du MG avec la prise en charge oncogériatrique	100% (14)	75% (37)	0,053		
Accord du MG avec la prise en charge oncologique	100% (14)	71% (35)	0,027		
Modification de la pratique du MG par les interventions suivantes :	93% (13)	65% (32)	0,051		
- Algologie	79% (11)	73% (36)	1,0		
- Autonomie	86% (12)	80% (39)	1,0		
- Social	57% (8)	80% (39)	0,160		
- Nutritionnel	71% (10)	75% (37)	0,739		
- Psychologique/Cognitive	71% (10)	82% (40)	0,461		
- Adaptation du traitement oncologique	43% (6)	88% (43)	0,001	9,5	2,4-37,2
- Comorbidités	79% (11)	82% (40)	1,0		
- Iatrogénie	93% (13)	88% (43)	1,0		
- Qualité de vie	86% (12)	75% (37)	0,716		
- Kinésithérapie	64% (9)	75% (37)	0,498		
Contact du MG par un intervenants de l'UCOG	14% (2)	24% (12)	0,716		
Possession boite mail sécurisée parmi les MG	21% (3)	39% (19)	0,343		
Réception du compte-rendu de l'EGS par mail	50% (7)	59% (29)	0,540		
Amélioration de la communication par le compte-rendu	79% (11)	90% (44)	0,361		
Format du compte-rendu adapté	43% (6)	94% (46)	0,0	20,4	4,2-98,8
Formation complémentaire en oncogériatrie	50% (7)	51% (25)	0,946		

Tableau 4 : Analyse du questionnaire en sous groupe d'âge (résultats significatifs en rouge)

4/ DISCUSSION

4.1 LES ASPECTS DEMOGRAPHIQUES

La médecine est une profession qui se séniorise et se féminise.

Les caractéristiques des médecins interrogés sont plutôt représentatives en terme d'âge. En effet, la majorité avait entre 50 et 60 ans, or la moyenne nationale en 2014 est de 53 ans(40). On observe cependant une différence avec la tendance actuelle au sujet de la proportion de femme dans l'étude. En 2014, les femmes représentent 44% des médecins contre 33% ici. Cette différence est secondaire à la proportion importante de médecin exerçant depuis longtemps dans notre étude, or l'augmentation du pourcentage des femmes dans la profession concerne essentiellement la jeune génération de médecins. Cette tendance se confirme dans notre analyse en sous-groupe d'âge.

Concernant le mode d'exercice en groupe, on note un pourcentage plus élevé, soit 43% des médecins de l'étude, contre 34% en cabinet de groupe monodisciplinaire en 2013, ceci confirme l'évolution actuelle des médecins qui préfèrent de plus en plus partager un cabinet avec d'autres confrères.

La localisation des cabinets, quant à elle, révèle une répartition géographique homogène, ce qui atteste d'un accès aux soins de plus en plus équitable malgré la localisation géographique du patient.

4.2 LA DECISION MEDICALE

Cette étude a montré que 81% des médecins se sentaient impliqués dans les décisions thérapeutiques de leurs patients âgés atteints de cancer. Malgré leur désir de prendre parti dans l'élaboration du projet thérapeutique, seul 14% des médecins ont eu l'opportunité de participer aux RCP. Ce chiffre semble étonnamment élevé et ne paraît pas correspondre à la réalité observée dans les services. Les MG ont-ils bien compris la question posée ? Ce résultat

donne l'impression qu'il y a eu un possible amalgame entre participation à la RCP et concertation lors d'un appel de l'oncologue au MG pour discuter de la prise en charge.

Or, un des critères de qualité défini par l'HAS est la pluridisciplinarité des RCP, correspondant à la présence d'au moins trois spécialités différentes lors de cette réunion(41).
Afin d'obtenir une participation optimale des MG aux RCP, l'utilisation de la visioconférence semble être une piste exploitable. En 2005, l'INCa a lancé un appel à projets pour le développement de l'utilisation de la visioconférence dans le cadre des RCP(42). Son but est d'optimiser la participation de tous les soignants.
Il serait intéressant de redéfinir les critères de qualité des RCP afin de préciser la place du MG au sein de celle-ci, d'en assurer sa promotion, et de renforcer l'équité dans la prise en charge des patients cancéreux ainsi que la qualité, la continuité et la coordination des soins.

4.3 LA CONNAISSANCE DE L'ONCOGERIATRIE

Plus de la moitié des médecins ont déclaré connaître la consultation d'oncogériatrie. Ce chiffre est étonnamment élevé car selon les précédentes études environ plus de 70% des médecins la méconnaissaient(30). Ce résultat est secondaire à une importante expansion de l'UCOG de Nice, avec la création de cette nouvelle unité et l'augmentation du nombre de consultation. Ce pourcentage va progressivement augmenter avec le renouvellement de la population de médecins sur la région après de nombreux départs en retraite. En effet notre échantillon est composé de médecins dont la moyenne d'âge est de 50 ans, équivalent à la moyenne nationale, n'ayant pas pu observer l'essor de cette nouvelle spécialité. La nouvelle génération de médecins y est sensibilisée via la présentation de cette spécialité en stage de gériatrie et lors de staff pendant l'internat et le développement de diplôme universitaire disponible en faculté. Nous pouvons donc espérer une augmentation du recours à cette évaluation ainsi qu'une diminution de l'inégalité d'accès aux soins dans cette population.

4.4 L'OPINION DES MEDECINS GENERALISTES

Plus de 60% des médecins désirent que leur avis soit recueilli lors de cette évaluation et pour eux, le moyen le plus approprié est le téléphone. L'appel téléphonique est le moyen le plus efficace et le plus rapide mais il est difficile d'obtenir un moment où le gériatre et le généraliste seront conjointement disponibles. La solution du commentaire libre à retourner par courrier semble être une alternative. Cela reste cependant impersonnel et il est peu adapté car chronophage. De plus, il est probable que la réception du commentaire du MG se fasse après les résultats de la RCP et serait donc sans intérêt. Cette solution ne doit rester qu'un recours car le dialogue établi en direct lors d'un appel permet d'avoir un discours clair, compris de tous et améliore les relations entre confrères.

Dans notre étude, les médecins traitants ont autant approuvé la proposition thérapeutique de l'oncologue que du gériatre. En effet, ces propositions sont souvent rapprochées. Ces résultats étaient attendus car la littérature atteste les effets bénéfiques de cette consultation, l'adaptation des thérapeutiques, la diminution des toxicités et ainsi l'amélioration de la qualité de vie(43). Mais il est rare que celle-ci modifie radicalement le projet initialement évoqué par l'oncologue.

Trois récentes études ont montré que l'EGS avait une influence sur la décision thérapeutique dans plus de 20% des cas(44)(45)(46).

Une autre étude menée à Nice indique que 22% des patients décédés pendant les 100 premiers jours présentant un cancer en phase métastatique, un MNA inférieur ou égal à 23,5 et une vitesse de marche inférieure à 0,8m/s avaient significativement, en analyse multi-variée, plus de risque de mourir. Cette étude confirme l'importance de l'évaluation gériatrique pour prédire les facteurs de risque de décès et les niveaux de fragilité afin de pouvoir mettre en place des interventions gériatriques ciblées(47).

Ainsi, l'utilisation de l'EGS met en évidence la vulnérabilité de chaque patient de façon très spécifique tout en utilisant des échelles validées et permet d'élaborer un projet de soin adapté. Elle souligne les facteurs pouvant contre-indiquer certains traitements ou influencer la décision

thérapeutique finale, ce qui correspond à la demande du patient, de sa famille et de son médecin. La standardisation de l'EGS permet d'unifier la prise en charge de cette population qui n'était pas jusque-là uniforme et diminue donc les inégalités.

Cette étude révèle une fois de plus les possibles discordances entre spécialiste et médecin traitant, ce dernier se faisant par la même occasion souvent porte-parole de l'opinion du patient lui-même, et rappelle donc l'importance de la place du médecin généraliste en RCP. En effet, du fait de leur proximité, le MG est l'interlocuteur privilégié du patient pour exprimer son désaccord face au projet de soins qui lui est proposé.
Nous comprenons donc que ce compte-rendu apporte de nouvelles pistes de prise en charge au médecin généraliste mais n'augmente pas la connaissance de son malade. Cette évaluation n'est pas dédiée à l'amélioration de la connaissance du patient mais à la proposition d'un projet thérapeutique plus juste, ce qui semble être l'attente principale du patient et de son MG. Car le médecin traitant connaît habituellement très bien son patient et les déficiences de ce dernier, alors que l'oncologue ou le chirurgien auquel le compte-rendu était initialement destiné, a une connaissance plus parcellaire du patient dans la plupart des cas.

4.5 LES INTERVENTIONS GERIATRIQUES

La majorité des médecins adhère aux interventions proposées dans le compte-rendu et pense qu'elles peuvent modifier leur prise en charge. Un des domaines le plus intéressé est la prise en charge de la perte d'autonomie, car en effet il s'agit du premier facteur limitant rencontré en premier soin. La perte d'autonomie rend difficile les déplacements, donc la réalisation d'examens complémentaires et limite l'accès à des soins adaptés. Cette perte d'autonomie conduit souvent à un isolement social, facteur qui amène souvent à une hospitalisation plus ou moins programmée. Le désir d'une aide plus approfondie de la part des médecins, sur la prévention et la prise en charge de perte autonomie, traduit donc leur intérêt pour diminuer le nombre d'hospitalisation.

Les deux autres interventions remarquées sont la prise en charge des comorbidités et la gestion du risque iatrogénique. En effet, elles représentent une des priorités dans les actions entreprises par le gériatre. Ces trois domaines correspondent probablement aux initiatives permettant d'améliorer de façon très sensible la prise en charge. En cela, les MG reconnaissent donc ces trois compétences aux gériatres.

Enfin, les médecins semblent être sensibles à toutes les propositions car chacune d'entre elles sont susceptibles dans plus de 70% des cas d'influencer leur prise en charge. Ce pourcentage montre donc l'attrait de plus en plus grandissant des médecins pour l'EGS.

En mai 2013, une étude belge menée sur plus de 1 700 patients âgés atteints de cancer, montre que le score G8 (score de dépistage de fragilité) est anormal dans 71% des cas, et que l'EGS identifie des syndromes gériatriques non connus au préalable dans 51% des cas. Seulement 25% des personnes ont bénéficié d'une intervention gériatrique. L'EGS a modifié le choix du traitement oncologique dans 25% des cas. Dans 40% des cas les médecins n'avaient pas pris connaissance des résultats de l'EGS lors des RCP(48). Cette étude montre que la collaboration entre professionnels doit être promue afin d'obtenir un impact significatif sur la détection de problèmes gériatriques inconnus, conduisant à des interventions et à un traitement adapté.

Dans notre étude, bien que le MG déclare le plus souvent avoir un impact de l'EGS sur sa prise en charge, nous n'avons pas étudié ici les interventions finalement réalisées et les difficultés rencontrées lors de leur mise en place. Ceci constitue une limite de notre travail et pourrait faire l'objet d'une autre étude.

4.6 LA CONTINUITE DE SOINS

70% des personnes estiment avoir reçu le compte-rendu dans la semaine ayant suivi la consultation d'oncogériatrie. En cela l'UCOG de Nice rempli les exigences et les critères de qualité énoncés dans les textes de loi(49) et paraissant essentiels aux yeux des médecins généralistes. Un travail sur l'utilisation de l'informatique pourrait réduire de nouveau le délai de transmission de l'information entre professionnels de santé.

Cette étude révèle un défaut de communication entre intervenants, seul 22% des médecins ont été en contact avec un médecin de l'UCOG, le plus souvent par téléphone.
Comme nous l'avons vu précédemment, les médecins désirent que nous prenions contact avec eux lors de cette évaluation, afin de recueillir leur impression et de l'intégrer dans la décision et l'élaboration du projet de soins. Ce questionnaire met donc en évidence que les attentes du médecin généraliste ne sont pour l'instant pas remplies totalement.
Plusieurs études ont montré que les recommandations de l'évaluation étaient difficilement applicables en ville. L'appel téléphonique effectué au cours de cette évaluation pourrait permettre d'expliquer les recommandations proposées, de hiérarchiser les interventions et de préciser celles qui semblent difficiles à mettre en œuvre selon le médecin traitant, dans le but de lui proposer des solutions adaptées. Cependant au début de l'UCOG, un appel systématique après 17h avait été fait, mais il s'est révélé être non efficace (médecin non joignable ou non disponible au même moment), ce qui a finalement amené à appeler seulement lors de difficultés, de changement de traitement ou de décision compliquée.

Afin de favoriser l'insertion des médecins traitants dans les réseaux de soins et d'améliorer la communication et la coordination entre hospitaliers et libéraux, plusieurs pistes sont en cours d'exploration :

- Les centres de coordination en cancérologie (3C) ;

Ils s'engagent dans une démarche d'assurance qualité et s'assurent de la mise en œuvre effective de la pluridisciplinarité en organisant et en fédérant les RCP, de la mise en place du Dispositif d'Annonce et de la remise à chaque patient du PPS.

- Les réseaux régionaux en cancérologie (RRC) ;

Ils ont un rôle de coordination des opérateurs de santé à l'échelle régionale et d'amélioration continue des pratiques en cancérologie, de promotion et amélioration de la qualité des soins, de facilitation des échanges entre professionnels de santé, et d'aide à la formation continue.

- L'utilisation de recommandations de bonnes pratiques cliniques nationales et de référentiels sur le bon usage des médicaments en cancérologie élaborés par l'INCa, l'HAS et l'AFFSSAPS.

- Le programme personnalisé de l'après-cancer (PPAC) ;

Il personnalise le parcours de soins des patients et l'accompagnement de l'après-cancer, tant au niveau médical que social. Il prend le relais du PPS en fin de traitement pour acter l'entrée dans la période de l'après cancer. Il est destiné à être remis au patient à la fin des traitements actifs, pour lui permettre d'intégrer dans sa vie quotidienne son suivi, adapté à ses besoins et révisable au fil du temps.

- La création du dossier communiquant en cancérologie (DCC) ;

Ce dossier comprend les informations médicales sous la forme d'une fiche de RCP, accompagné du projet personnalisé de soins. Son accès se fait par internet, via authentification de la carte CPS. Il informe le médecin traitant de la date, du lieu et l'horaire des RCP. Il est similaire au Dossier Médical Personnalisé (DMP).

- L'utilisation de boite mail sécurisée ;

En effet, cette étude montre que plus d'un tiers des médecins possèdent une boite mail sécurisée et plus de la moitié voudraient obtenir le compte-rendu le jour-même de la consultation. L'utilisation de ce type de boite mail semble être le moyen le plus efficace pour y arriver, tout en gardant une confidentialité optimale(50)(51). De plus, cela permet d'avoir l'avis du MG de façon rapide et en direct, et semble être une bonne alternative à l'appel téléphonique. Il faudra donc collecter systématiquement les adresses mails de chaque médecin traitant, ce qui semble compliqué aujourd'hui, mais apparaît nécessaire à l'exercice d'une nouvelle médecine. Ceci correspond aussi au désir de l'équipe d'oncogériatrie de traiter les informations en temps réel ; en effet l'informatisation actuelle du compte-rendu nous permet de l'adresser par courrier ou par mail le jour-même.

Nous comprenons bien que l'amélioration de la coordination de soins passe par l'utilisation des technologies d'aujourd'hui. La médecine connaît un essor grâce au développement des nouveaux outils de télécommunications. Ces innovations offrent de nouvelles perspectives dans l'organisation de soins.

Malgré les remarques faites sur le manque de communication, quasiment 9 médecins sur 10 estiment que le compte-rendu participe à l'amélioration de la prise en charge et que son format est de qualité.

Ce compte-rendu contient des échelles multiples attestant de la qualité et de la validité des critères d'évaluation, mais la première page contenant les échelles, peut être non adaptée à des médecins non formés en évaluation gériatrique ; la seconde page plus classique apporte une synthèse plus lisible. L'utilisation d'un compte-rendu type étudié entre gériatre, oncologue et MG, et généralisé à l'ensemble du territoire, permettrait une meilleure hiérarchisation des données, de limiter les défauts d'information, et de remplir les attentes de tous.

Enfin 50% des médecins pensent avoir besoin d'une formation complémentaire en oncogériatrie. Le MG est le médecin référent du patient, il le suit depuis des années, et bien souvent pose le diagnostic de cancer et adresse le patient aux spécialistes. Jusqu'à présent les MG avaient un rôle prépondérant dans la prévention et le dépistage des cancers.
Cependant une fois le traitement par chimiothérapie débuté, il gère également les effets secondaires des traitements instaurés. Aujourd'hui, la promotion de l'amélioration de la qualité de vie et du maintien à domicile augmente chaque année, dans un contexte de maitrise et de diminution de dépenses de santé. De plus en plus de départements se lancent dans la réalisation de ces chimiothérapies à domicile et donc renforcent la place du médecin traitant dans la prise en charge des patients atteints de cancer et favorisent l'utilisation de l'Hospitalisation à Domicile (HAD). Le maintien à domicile implique une participation toujours plus importante du MG dans les soins.

La participation du médecin traitant dans ces soins nécessite une formation médicale continue, celle-ci s'intéressait déjà aux effets secondaires et à la surveillance des chimiothérapies, mais peut aujourd'hui sensibiliser les médecins à l'EGS et la consultation d'oncogériatrie.
Lorsque les conditions du domicile ne se prêtent pas à l'optimisation des soins, la prise en charge des patients en Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) paraît être la plus appropriée.

4.7 L'ANALYSE EN FONCTION DE L'AGE DES MEDECINS

Peu de MG avaient moins de 40 ans, ceci pouvait être attendu, car les chiffres de l'ordre national des médecins confirment la séniorisation de la profession. Ici, les caractéristiques démographiques sont respectées notamment sur la répartition de MG de sexe féminin.

Les jeunes médecins sont plus sensibles à l'évaluation oncogériatrique car ils considèrent que l'EGS améliore le projet de soins par les biais d'interventions ciblées bénéfiques dans le traitement des patients âgés atteints de cancer. Ils souhaitent plus que leur avis soit recueilli lors de la consultation. Au vu de notre étude, il nous semble que cela passe donc par l'utilisation d'une boite mail sécurisée, cette dernière semble être le seul moyen qui permet de correspondre de façon rapide, efficace, tout en gardant son activité au cabinet.

Les médecins installés depuis plus longtemps se sentent plus impliqués dans les décisions thérapeutiques, ceci est probablement secondaire au suivi au long cours plus important et donc à une proximité bienveillante du MG avec son patient et sa famille.
Le format du CR leurs semble plus adapté car il correspond à un moyen de communication plus familier et ils sont donc plus sensibles à cette méthode.

Cependant, il n'existe pas de différence significative quant à l'utilisation de nouvelles technologies entre les médecins de plus 50 ans et de moins 50 ans. Donc, les médecins de plus de 50 ans sont autant intéressés par l'e-mail que les médecins plus jeunes. Recevoir le compte-rendu le jour-même via un e-mail semble être un désir qu'ils partagent. Ils apprécient l'effort d'amélioration de la collaboration entre médecins par le biais du compte-rendu.

Ils considèrent qu'il est intéressant de se former à cette spécialité par une formation continue, et ce peu importe la génération de médecins. Ceci confirme donc que l'EGS est susceptible de susciter l'intérêt de tous les MG ayant un patient pouvant bénéficier de l'EGS.

4.8 LES PROPOSITIONS D'AMELIORATION

L'utilisation de la boite mail sécurisée représente une solution d'avenir.
Une correspondance par mail avec envoi du compte-rendu de consultation le jour-même, suivi du compte-rendu par courrier le lendemain semble être la solution la plus simple, la plus rapide, et celle qui pourra s'adresser dans un futur proche à de plus en plus de médecins. Elle améliore la communication et permet le retour d'information.

Nous pouvons ainsi à court terme rajouter les coordonnées de l'UCOG à la fin du compte-rendu. Il sera proposé aux MG de nous communiquer s'ils le souhaitent, leur adresse mail dans une case supplémentaire, afin que nous leur adressions les futurs comptes-rendus d'évaluation oncogériatrique.

4.9 LES LIMITES DE L'ETUDE

La méthodologie utilisée ici a permis d'obtenir un taux de participation important de 42 % soit supérieur au 25% recommandé dans ce type d'étude. Cependant, malgré le taux de réponses recueillies, l'effectif de médecin reste modeste et donc affaibli la puissance de l'étude.
Cette méthode par questionnaire à réponse binaire élimine un éventuel biais d'intervention ou d'interprétation et donc toute subjectivité.
Il est clair que la spécificité du recrutement des médecins via l'UCOG représente un biais de sélection majeur, mais l'oncogériatrie étant une spécialité récente peu connue, il semblait plus intéressant d'interroger des médecins directement concernés par ce suivi plutôt qu'une sélection au hasard. La constitution de cet échantillon présente donc une interférence entre le facteur de sélection et la condition étudiée et le rend donc moins représentatif.
L'utilisation de différents moyens d'obtention des réponses (mail, téléphone, courrier) peut constituer un biais de mesure, car les réponses par mail et par courrier comportent beaucoup plus de résultats incomplets et donc non exploitables que celles obtenues par téléphone où aucune réponse n'est oubliée. Enfin, la question sur la réception ou non du compte-rendu au cabinet, ainsi que son délai inférieur à sept jours, représente un possible biais de mémorisation.

5/ CONCLUSION

Cette étude a permis de faire pour la première fois depuis la création de l'UCOG PACA, une analyse quantitative de l'impact de l'évaluation oncogériatrique auprès des médecins généralistes.

Elle confirme la volonté des médecins d'être plus impliqués dans les décisions thérapeutiques de leurs patients âgés atteints de cancer. Elle a permis de montrer que de plus en plus de médecins connaissent maintenant l'existence de la consultation d'oncogériatrie. La plupart des médecins estiment que les interventions proposées peuvent modifier leur prise en charge, notamment celles concernant le maintien de l'autonomie, la gestion de la iatrogénie et des comorbidités.

Malgré l'efficacité et la rapidité de la transmission du compte-rendu d'évaluation, ainsi que la qualité de son contenu, il existe toujours un manque de communication certain entre médecin traitant, oncologue et gériatre.

Le médecin traitant a toujours joué un rôle primordial dans la prévention et le dépistage du cancer. Il doit maintenant devenir un acteur du projet de soins proposé par l'oncologue, et discuté lors de la RCP. Sa participation aux RCP correspondrait à un gain de qualité dans la décision thérapeutique finale grâce à sa connaissance du patient et son suivi au long cours. Il permet de répondre de façon plus efficace aux attentes du patient et de sa famille.

L'amélioration de la collaboration entre intervenants passe par l'utilisation de nouvelles technologies comme la visioconférence, la boite mail sécurisée et le dossier communiquant en cancérologie.

La promotion du maintien à domicile, fait du médecin généraliste le premier intervenant effectuant la surveillance de la tolérance du traitement, et impose donc une sensibilisation aux référentiels du bon usage des médicaments en cancérologie.

Ceci explique l'attrait constant des médecins traitants pour la formation médicale continue, et doit nous inciter à promouvoir l'intérêt de l'oncogériatrie, la validité des échelles utilisées et le gain attendu pour le patient.

6/ BIBLIOGRAPHIE

1. Blanpain N, Chardon O. Projection de la population en France métropolitaine à l'horizon 2060. INSEE. 2010.
2. Les cancers en France en 2013. ouvrage collectif édité par l'INCa. Boulogne-Billancourt; 2014.
3. Falandry C, Filbet M, Magnet M, Trillet-Lenoir V, Bonnefoy M. Oncogériatrie : quelle réalité aujourd'hui ? Médecine Palliat Soins Support - Accompagnement - Éthique. 2011 Oct;10(5):223–9.
4. Albrand G. [Geriatric evaluation in oncology in the elderly subject]. Prog En Urol J Assoc Fr Urol Société Fr Urol. 2009 Nov;19 Suppl 3:S71–74.
5. Evolution et structure de la population - Alpes Maritimes. INSEE. 2011;
6. HAS. Rapport d'analyse des projets de l'article 70. 2012 Dec.
7. INCa. Etat des lieux et perspectives en oncogériatrie. Boulogne-Billancourt; 2009 May.
8. Plan Cancer 2014-2019. INCa; 2014.
9. Foster JA, Salinas GD, Mansell D, Williamson JC, Casebeer LL. How does older age influence oncologists' cancer management? The Oncologist. 2010;15(6):584–92.
10. Terret C, Albrand G, Jeanton M, Courpron P, Droz J-P. Quoi de neuf dans l'organisation de l'oncogériatrie ? Bull Cancer (Paris). 2006 Jan 1;93(1):119–23.
11. Retornaz F, Potard C, Molines C, Rousseau F. L'évaluation du malade cancéreux avant la chimiothérapie ? Une étape obligatoire. REPERES EN GERIATRIE , 2011; 107 (3) : 82 - 88.
12. Beauchaine A, Haouili, Béatrice. Enquête qualitative sur les méthodes utilisées et les spécificités des médecins généralistes dans l'évaluation gérontologique des sujets âgés vivant à domicile. Enquête réalisée auprès de médecins généralistes d'Ille-et-Vilaine. [Thèse d'exercice]: Université de Rennes 1, Université européenne de Bretagne; 2011.
13. HAS. Questionnaire d'aide à la décision d'initier un PPS chez des patients de plus de 75 ans. 2014 Mar.
14. De Groot V, Beckerman H, Lankhorst GJ, Bouter LM. How to measure comorbidity. a

critical review of available methods. J Clin Epidemiol. 2003 Mar;56(3):221–9.

15. Harboun M, Ankri J. Indices de comorbidité : revue de la littérature et application aux études des populations « âgées ». Rev Epidémiologie Santé Publique 2008:Vol 49(3) : 287-99.

16. Castelli R, Bucciarelli P, Porro F, Depetri F, Cugno M. Pulmonary embolism in elderly patients: Prognostic impact of the Cumulative Illness Rating Scale (CIRS) on short-term mortality. Thromb Res. 2014 Aug;134(2):326–30.

17. Decker L de. Le Cumulative illness rating scale. Ann Gérontologie. 2009 Jan 1;2(1):9–11.

18. Wang C-Y, Lin Y-S, Tzao C, Lee H-C, Huang M-H, Hsu W-H, Hsu H-S. Comparison of Charlson comorbidity index and Kaplan–Feinstein index in patients with stage I lung cancer after surgical resection. Eur J Cardiothorac Surg. 2007 Dec 1;32(6):877–81.

19. Decker L de. L'indice de co-morbidité de Charlson. Ann Gérontologie. 2009 Sep 1;2(3):159–60.

20. Miskulin DC, Athienites NV, Yan G, Martin AA, Ornt DB, Kusek JW, Meyer KB, Levey AS. Comorbidity assessment using the Index of Coexistent Diseases in a multicenter clinical trial. Kidney Int. 2001 Oct;60(4):1498–510.

21. Litwin MS, Greenfield S, Elkin EP, Lubeck DP, Broering JM, Kaplan SH. Assessment of prognosis with the total illness burden index for prostate cancer: aiding clinicians in treatment choice. Cancer. 2007 May 1;109(9):1777–83.

22. Belmin J, Frémont P. Revisiter la dépression gériatrique. NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie. 2010 Jun;10(57):103–5.

23. Suh S-Y, LeBlanc TW, Shelby RA, Samsa GP, Abernethy AP. Longitudinal Patient-Reported Performance Status Assessment in the Cancer Clinic Is Feasible and Prognostic. J Oncol Pract. 2011 Nov;7(6):374–81.

24. Soubeyran P, Bellera C, Goyard J, Heitz D, Cure H, Rousselot H, Albrand G, Servent V, Jean OS, Roy C, Mathoulin S, Rainfray M. Validation of the G8 screening tool in geriatric oncology: The ONCODAGE project. J Clin Oncol. 2011 (suppl; abstr 9001).

25. Slee-Valentijn MS, Maier AB. Comprehensive Geriatric Assessment and Adjustment of Cancer Treatment. The Oncologist. 2013 Dec;18(12):1330.

26. Mohile SG, Magnuson A. Comprehensive geriatric assessment in oncology. Interdiscip

Top Gerontol. 2013;38:85–103.

27. Hamaker ME, Vos AG, Smorenburg CH, de Rooij SE, van Munster BC. The value of geriatric assessments in predicting treatment tolerance and all-cause mortality in older patients with cancer. The Oncologist. 2012;17(11):1439–49.

28. Delva F, Marien E, Fonck M, Rainfray M, Demeaux J-L, Moreaud P, Soubeyran P, Sasco AJ, Mathoulin S. Factors influencing general practitioners in the referral of elderly cancer patients. BMC Cancer. 2011 Jan 6;11:5.

29. Pavy A, Depuydt, Marie-Guy. Evaluation de l'impact de la consultation d'oncogériatrie auprès des médecins traitants. [Thèse d'exercice]: Université du droit et de la santé (Lille); 2011.

30. Caillet P, Cariot M-A, Paillaud E. Applicabilité des recommandations de l'évaluation onco-gériatrique par les médecins généralistes au cours du suivi en ville des malades âgés atteints de cancer. JOG J Oncogériatrie. 2010;1(6):281–7.

31. Labat-Bezeaud C, Mertens C, Soubeyran P, Rainfray M. Enquête d'opinion auprès des médecins généralistes sur l'intérét d'une prise en charge oncogériatrique des sujets âgés du plus de 70 ans. JOG J Oncogériatrie. 2012;3(5):207–11.

32. Grasa C. Enquête d'opinion auprès des médecins généralistes des Alpes Maritimes sur l'intérêt de l'évaluation onco-gériatrique. [Thèse d'exercice]: Université de Nice; 2014.

33. Balla JI, Jamieson WE. Improving the continuity of care between general practitioners and public hospitals. Med J Aust. 1994 Dec 5;161(11-12):656–9.

34. Hubert G, Galinski M, Ruscev M, Lapostolle F, Adnet F. Information médicale : de l'hôpital à la ville. Que perçoit le médecin traitant ? Presse Médicale. 2009 Oct;38(10):1404–9.

35. Pantilat SZ, Lindenauer PK, Katz PP, Wachter RM. Primary care physician attitudes regarding communication with hospitalists. Dis Mon. 2002 Apr;48(4):217–29.

36. Foy R, Hempel S, Rubenstein L, Suttorp M, Seelig M, Shanman R, Shekelle PG. Meta-analysis: effect of interactive communication between collaborating primary care physicians and specialists. Ann Intern Med. 2010 Feb 16;152(4):247–58.

37. Berendsen AJ, Kuiken A, Benneker WH, Jong BM, Voorn TB, Schuling J. How do general practitioners and specialists value their mutual communication? A survey. BMC Health Serv Res. 2009 Aug 8;9(1):143.

38. Kripalani S, LeFevre F, Phillips CO, Williams MV, Basaviah P, Baker DW. Deficits in communication and information transfer between hospital-based and primary care physicians: Implications for patient safety and continuity of care. JAMA. 2007 février;297(8):831–41.
39. Hall C, Bjørner T, Martinsen H, Stavem K, Weberg R. [The good discharge summary--criteria and evaluation]. Tidsskr Den Nor Lægeforen Tidsskr Prakt Med Ny Række. 2007 Apr 19;127(8):1049–52.
40. 8ème Atlas national de la démographie médicale. Ordre National des Médecins. 2014 Jan;
41. Une démarche d'amélioration de la qualité - Réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie. HAS. 2006;
42. Appel à projets : Développement de l'utilisation de la Visioconférence dans le cadre des réunions de concertation pluridisciplinaire. INCA. 2007 Apr;
43. Extermann M, Hurria A. Comprehensive Geriatric Assessment for Older Patients With Cancer. J Clin Oncol. 2007 May 10;25(14):1824–31.
44. Caillet P, Canoui-Poitrine F, Vouriot J, Berle M, Reinald N, Krypciak S, Bastuji-Garin S, Culine S, Paillaud E. Comprehensive Geriatric Assessment in the Decision-Making Process in Elderly Patients With Cancer: ELCAPA Study. J Clin Oncol. 2011 Sep 20;29(27):3636–42.
45. Puts MTE, Santos B, Hardt J, Monette J, Girre V, Atenafu EG, Springall E, Alibhai S. An update on a systematic review of the use of geriatric assessment for older adults in oncology. Ann Oncol Off J Eur Soc Med Oncol ESMO. 2014 Feb;25(2):307–15.
46. Aliamus V, Adam C, Druet-Cabanac M, Dantoine T, Vergnenegre A. Impact de l'évaluation gériatrique sur la décision de traitement en oncologie thoracique. Rev Mal Respir. 2011 Nov;28(9):1124–30.
47. Boulahssass R, Mari V, Gonfrier S, Auben F, Rambaud C, Ferrero J-M, JM. Turpin, I.Bereder, A.Abakar-Mahamat,JM Bereder, G. Cavaglione,A Saada,P Follana,E. Benizri, J.Otto, J.Delotte,D.Benchimol,P.Brocker,E.Francois,O Guerin. Predictive factors of early death within 100 days after a comprehensive geriatric assessment in older J Clin Oncol 32:5s,2014 (suppl,abstr 9511).

48. Kenis C, Bron D, Libert Y, Decoster L, Puyvelde KV, Scalliet P, Cornette P, Pepersack T, Luce S, Langenaeken C, Rasschaert M, Allepaerts S, Van Rijswijk R, Milisen K, Flamaing J, Lobelle JP, Wildiers H. Relevance of a systematic geriatric screening and assessment in older patients with cancer: results of a prospective multicentric study. Ann Oncol. 2013 May 1;24(5):1306–12.
49. Article R 1112-1. Annexe du décret n°2003-462 du 21 mai 2003 relatif aux dispositions règlementaires des parties I, II et III du Code de la Santé Publique. Code de La Santé Publique. Code de la Santé Publique. 2003 May;
50. http://esante.gouv.fr/services/espace-cps/pour-les-professionnels-de-sante.
51. http://www.conseil-national.medecin.fr/article/le-cnom-lance-une-boite-de-messagerie-professionnelle-securisee-pour-tous-les-medecins-901.

7/ ANNEXE

7.1 COURRIER ADRESSE AUX MEDECINS TRAITANTS

Bonjour,

Certains de vos patients âgés atteints de cancer ont été suivi par l'Unité de Coordination d'Onco-Gériatrie Paca-Est du CHU de Nice et vous avez ainsi pu recevoir le compte-rendu de l'évaluation gériatrique standardisé. Nous souhaiterions avoir votre retour sur cette évaluation, par le biais de cette thèse, afin d'améliorer la prise en charge des patients âgés atteints de cancer et d'améliorer la relation médecin généraliste / oncologue / gériatre.

Pour cela j'ai rédigé un questionnaire, aux réponses anonymes, qui ne vous prendra que quelques minutes à remplir. Vous trouverez ci joint une enveloppe affranchie à retourner à l'adresse suivante :

Dr Boulahssass, à l'Unité de Coordination d'Onco-Gériatrie,

4 Avenue Reine Victoria, 06000 NICE

Merci de votre participation,

Cordialement

Marine Sanchez
Interne en DES3 de Médecine Générale
DIU de Médecine d'Urgence
DESC de Gériatrie
Secrétaire Générale du Bureau de l'Internat des Hôpitaux de Nice
m.sanchezluini@gmail.com
0619218315

Point de vue du Médecin Généraliste sur le compte-rendu de la consultation d'oncogériatrie

Nom prénom :

Lieu d'exercice :

Questions	Réponses	
	Oui	Non

- **Êtes-vous ?** • **Un homme** • **Une femme**	__ __	__ __
- **Quelle est votre tranche d'âge ?** • **< 40 ans** • **40 - 50 ans** • **51 -60 ans** • **> 60 ans**	__ __ __ __	__ __ __ __
- **Quel mode d'exercice de médecine libérale pratiquez-vous ?** • **Individuel** • **En cabinet de groupe** • **Milieu rural** • **En ville**	__ __ __ __	__ __ __ __
- **Vous sentez vous impliqué(e) dans les décisions thérapeutiques de vos patients âgés atteints de cancer ?**	__	__
- **Participez-vous aux Réunions de Concertation Pluridisciplinaire ?**	__	__
- **Connaissez-vous l'existence de la consultation d'oncogériatrie de l'Unité de Coordination d'Onco-Gériatrie Paca-Est du CHU de Nice ?**	__	__
- **Vous souvenez vous avoir reçu un courrier de cette consultation au sujet d'un de vos patients âgés atteints de cancer ?**	__	__
- **Avez vous reçu ce courrier dans les huit jours suivant la consultation d'oncogériatrie ?**	__	__
- **Vous semble t elle nécessaire à l'amélioration de l'élaboration du projet de soin ?**	__	__

- **Pensez vous que cette évaluation peut modifier la prise en charge oncologique de vos patients ?**	__	__
- **Souhaitez vous que nous recueillons votre avis au cours de cette évaluation ?**	__	__
- **Si oui par quel moyen ?** • **appel téléphonique,** • **commentaire libre sur le compte-rendu à nous retourner par courrier**	__ __	__ __
- **Etes vous d'accord avec la prise en charge onco-gériatrique proposé dans cette évaluation ?**	__	__
- **Etes vous d'accord avec la prise en charge proposé par l'oncologie ?**	__	__
- **Pensez vous que les interventions proposées peuvent modifier votre prise en charge ?**	__	__
- **Dans quels domaines ? (plusieurs réponses possibles)** • **Prise en charge algologique ;** • **Préservation ou amélioration de l'autonomie du patient ;** • **Prise en charge sociale ;** • **Prise en charge nutritionnelle ;** • **Prise en charge psychologique et/ou cognitive ;** • **Adaptation d'un traitement proposé ontologique ;** • **Prise en charge des co-morbidités ;** • **Gestion du risque iatrogénique ;** • **Amélioration de la qualité de vie ;** • **Prise en charge kinésithérapie ;**	__ __ __ __ __ __ __ __ __ __	__ __ __ __ __ __ __ __ __ __

- **Vous souvenez vous avoir été contacté par l'Unité de Coordination d'Onco-Gériatrie Paca-Est du CHU de Nice ?**	__	__
- **Si oui, par quel personne : (plusieurs réponses possibles)** • **infirmière** • **médecin** • **autre**	 __ __ __	 __ __ __
- **si oui, par quel moyen : (plusieurs réponses possibles)** • **téléphone** • **courrier**	 __ __	 __ __
- **Avez vous une boîte mail sécurisée (type Apicrypt) ?**	__	__
- **Souhaitez vous recevoir le compte-rendu de la consultation le jour même sur votre boite mail sécurisée ?**	__	__
- **Pensez-vous que ce compte-rendu améliore la liaison entre médecin généraliste/oncologue/gériatre ?**	__	__
- **Le format de compte-rendu vous semble-t-il adapté ?**	__	__
- **Pensez vous avoir besoin d'une formation complémentaire en oncogériatrie ?**	__	__

7.2 COMPTE-RENDU DE L'EVALUATION ONCOGERIATRIQUE

Centre Hospitalier Universitaire de Nice

Unité de Coordination en Onco-Gériatrie
PACA-Est – Hôpital de Cimiez

Dr R. BOUHAHSSASS Gériatre / F. AUBEN CSI

Date 03/02/2014 Signature : .....

K : OROPHARYNX
Métastases :

G8 9

H Non

EVALUATION FONCTIONNELLE

ADL	IADL	PS	FORCE DE PREHENSION	VITESSE DE MARCHE	APPUI MONOPODAL	
6	4	2	23	1	G inférieur à 5	D supérieur ou égal à 5

STATUT NUTRITIONNEL

MNA : 20.5	Poids : 64	Taille : 172	IMC : 21.6	Perte de Poids : kg	2 % en 6 mois	Grade Nutrionnel :

STATUT NEUROPSYCHOLOGIQUE

MMSE	HORLOGE	DUBOIS	GDS-15	
28	7	10	5	

ENVIRONNEMENT SOCIAL ET QUALITE DE VIE

QLQ-C30	Cibles QLQ-C30	Auto évalulation Qualité de Vie		Habitat	Réseau socio familial
53	Asthénie,Incapacité Physique,dyspnée,douleur,troubles mnésiques	Physique 4	Bien-Etre 4	domicile	bon

COMORBIDITES et ESPERANCE DE VIE **DOULEUR**

CHARLSON PONDERE	CIRS-G	ESPERANCE DE VIE		Ev.Num.	
8	15	LEE : 16	WALTER : 6	5 /10	

SYNDROMES GERIATRIQUES **EVALUATION SENSORIELLE**

Chutes répétées : non	Démence : non Confusion : non Troubles Cognitifs :non	Dénutrition : oui	Incontinence Fécale : non Urinaire : non	Confinement : non	Vue :correcte non corrigée Ouie : correcte non appareillée

PROJET THERAPEUTIQUE :

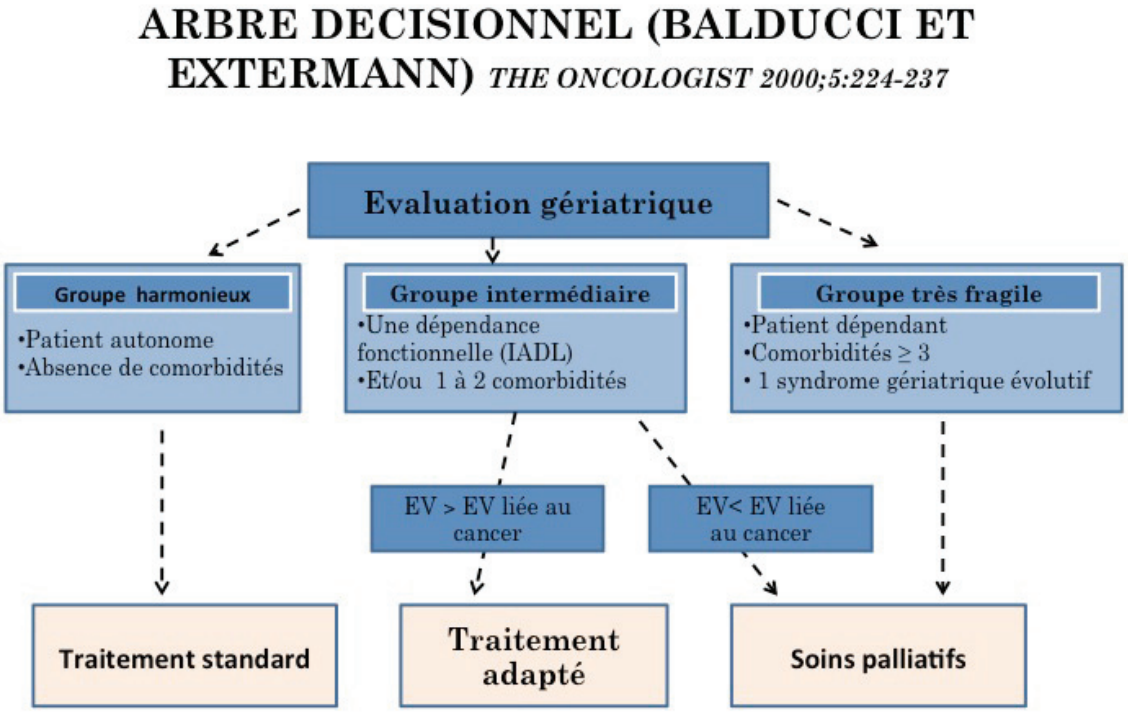
PROJET THERAPEUTIQUE	CHOIX DU PATIENT	AVIS DE LA PERSONNE DE CONFIANCE
Radiothérapie exclusive	ok	NR

AVIS DU GERIATRE

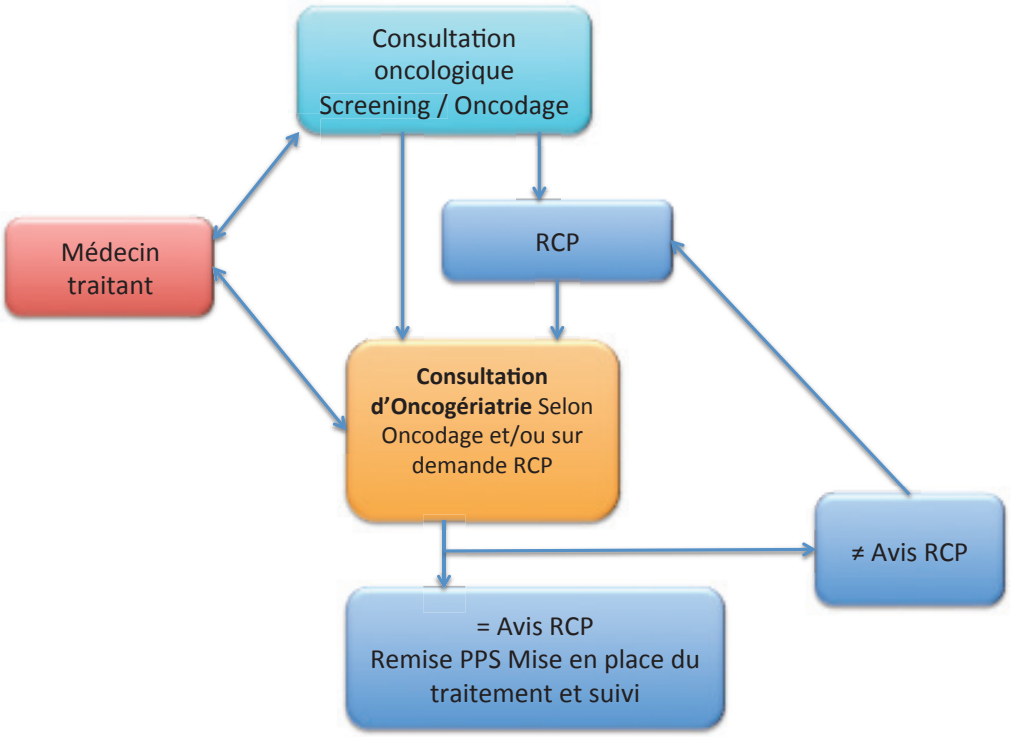
Balducci :: 3 patient à l'autonomie conservée mais balducci 3 au vu de ses comorbidités cardiaques et pulmonaires. Patient dénutri , indication de CNO mais non tolérés par le patient , nécéssité de revoir une prise en charge dietetique au CAL. Patient avec GDS 5, programmer suivi par oncopsychologue. Patient douloureux sous codoliprane , en cas de douleur persistante , prévoir consulation algo Aides à domicile proposées , refusées par le patient (à reproposer à distance) Patient peu compliant , ayant diminué de lui même ses diurétiques.Lasilix represcrit ce jour au vu des crepitants des 2 bases + OMI. Prescription de Symbicort devant dyspnée stade III + sibilants diffus chez tabagique non sevré BPCO. Prescription de Forlax devant constipation sous codéine. Pas de CI gériatrique à la réalisation d'une RT ATCD :Hyperthyroidie INsuffisance cardiaque FEVG 55% (OAP en decembre 2013) ACFA Coronaropathie, AOMI + athérome carotidien ac stenose 50% HTA Anémie?? Insuffisance veineuse Polypes coliques BPCO sous O2 si besoin TTT : lasilix 40(1-1-0), previscan (1/2) , pantoprazole (40mg/j), triatec (2/jour), cardensiel 1,25 (1/j), efferalgan codéiné (3/j) , imovane (1/jour)	Proposition(s) : nutrition,douleur,adaptation thérapeutique,iatrogénie,traitements symptomatiques,orientation medecin,orientation psychologue,orientation acteurs sociaux,coordination

COORDINATION et SUIVI

7.3 SCORE DE BALDUCCI



7.4 SCHEMA ORGANISATIONNEL DE L'EVALUATION ONCOGERIATRIQUE



9/ RESUME

Introduction : Les médecins traitants font face à une augmentation progressive du nombre de sujets âgés de plus de 75 ans et de l'incidence des cancers dans cette population. L'hétérogénéité des sujets âgés entraine une inégalité de prise en charge, l'âge du patient ne doit pas être un frein dans l'élaboration du projet thérapeutique. L'évaluation gérontologique standardisée est un outil essentiel pour assurer une prise en charge de qualité.

Objectif : Le but de cette étude est de recueillir, au travers d'une enquête, l'impact de l'évaluation gériatrique standardisée auprès des médecins généralistes dont un patient a été pris en charge par l'Unité de Coordination en Oncogériatrie de Nice et ayant reçu le compte-rendu de l'évaluation, et d'identifier les points d'amélioration du contenu et du support de compte-rendu.

Méthode : Etude quantitative, prospective et comparative, menée auprès de médecins généralistes des Alpes Maritimes, dont un patient avait été vu en consultation d'oncogériatrie, par le biais d'un questionnaire envoyé par courrier, contenant des questions à choix binaire.

Résultats : Parmi 150 médecins interrogés, 63 questionnaires ont été exploitables (42%). La plupart des médecins (81%) participant à l'étude se sentaient impliqués dans les décisions thérapeutiques de leurs patients âgés atteints de cancer. La majorité des médecins (62%) connaissaient l'existence de la consultation d'oncogériatrie. Une grande partie des médecins (78%) estime que celle-ci est nécessaire à l'amélioration du projet de soins et pense qu'elle peut modifier la prise en charge oncologique (86%). La moitié de médecins sont d'accord avec les prises en charge oncogériatriques et oncologiques proposées. Les interventions proposées sont susceptibles de modifier la prise en charge dans 71% des cas. Celles ayant le plus d'impact sont la préservation de l'autonomie, la prise en charge des comorbidités et la gestion du risque iatrogénique. Plus de 80% des médecins estiment que le compte-rendu est adapté et qu'il améliore la communication entre intervenants. Seuls 22% des médecins ont été contactés par un médecin de l'UCOG, le plus souvent par appel téléphonique. Plus d'un tiers des médecins possèdent une boite mail sécurisée et 50% des médecins interrogés souhaitent obtenir le compte-rendu le jour-même de la consultation. La formation complémentaire d'oncogériatrie intéresse un médecin sur deux. Il n'existe pas de différence significative quant à utilisation de nouvelles technologies, notamment la boite mail sécurisée, entre les médecins de plus 50 ans et de moins 50 ans.

Conclusion : La connaissance et l'opinion des médecins généralistes sur la consultation d'oncogériatrie sont positives mais ils déplorent ne pas donner leur avis plus fréquemment malgré leur accord avec la prise en charge oncologique. Ils souhaiteraient que l'on puisse collecter leur avis concernant le traitement. Ils regrettent encore aujourd'hui un manque de communication entre la ville et l'hôpital. L'utilisation d'une boite mail sécurisée semble être l'outil le plus approprié pour améliorer cette communication et avoir un retour d'information.

10/ SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me le demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

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

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

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

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