



Opinion des généralistes de Corse du Sud sur les facteurs impliqués dans la prise en charge du sujet âgé atteint de cancer en soins primaires

Nassima Akerma Rusterucci

► To cite this version:

Nassima Akerma Rusterucci. Opinion des généralistes de Corse du Sud sur les facteurs impliqués dans la prise en charge du sujet âgé atteint de cancer en soins primaires. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01377595

HAL Id: dumas-01377595

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01377595>

Submitted on 7 Oct 2016

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.



THÈSE D'EXERCICE DE MEDECINE EN VUE DE L'OBTENTION DU DIPLÔME DE
DOCTEUR EN MEDECINE GENERALE

**Opinion des Généralistes de Corse du Sud
sur les facteurs impliqués dans la prise en charge
du sujet âgé atteint de cancer en soins primaires**

Thèse présentée et soutenue publiquement le 20 Janvier 2016 à NICE

Par Nassima AKERMA RUSTERUCCI

Née le 06 juin 1984

Président

Monsieur le Professeur Jean-Gabriel FUZIBET

Assesseurs

Monsieur le Professeur Patrice BROCKER

Monsieur le Professeur Gilles GARDON

Directeur de thèse

Monsieur le Docteur Michel PAPA



UNIVERSITÉ NICE-SOPHIA ANTIPOLIS

FACULTÉ DE MÉDECINE

Liste des professeurs au **1er septembre 2015** à la Faculté de Médecine de Nice

Doyen

M. BAQUÉ Patrick

Vice-Doyen

M. BOILEAU Pascal

Assesseurs

M. ESNAULT Vincent
M. CARLES Michel
Mme BREUIL Véronique
M. MARTY Pierre

Conservateur de la bibliothèque

Mme DE LEMOS Annelyse

Directrice administrative des services

Mme CALLEA Isabelle

Doyens Honoraires

M. AYRAUD Noël
M. RAMPAL Patrick
M. BENCHIMOL Daniel

Professeurs Honoraires

M. BALAS Daniel
M. BATT Michel
M. BLAIVE Bruno
M. BOQUET Patrice
M. BOURGEON André
M. BOUTTÉ Patrick
M. BRUNETON Jean-Noël
Mme BUSSIERE Françoise
M. CAMOUS Jean-Pierre
M. CHATEL Marcel
M. COUSSEMENT Alain
M. DARCOURT Guy
M. DELLAMONICA Pierre
M. DELMONT Jean
M. DEMARD François
M. DOLISI Claude
M. FRANCO Alain
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
Mme LEBRETON Elisabeth
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. SAUTRON Jean Baptiste
M. SCHNEIDER Maurice
M. SERRES Jean-Jacques
M. TOUBOL Jacques
M. TRAN Dinh Khiem
M VAN OBBERGHEN Emmanuel
M. ZIEGLER Gérard

M.C.A. Honoraire

Mlle ALLINE Madeleine

M.C.U. Honoraires

M. ARNOLD Jacques
 M. BASTERIS Bernard
 Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie
 Mme DONZEAU Michèle
 M. EMILIOZZI Roméo
 M. FRANKEN Philippe
 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 Traumatologique (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	Ophthalmologie (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)
M.	MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
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)
M.	QUATREHOMME Gérald	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	M.ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	SANTINI Joseph	O.R.L. (55.01)
M.	THYSS Antoine	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)

PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

Mme	ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M.	BAQUÉ Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M.	BÉRARD Étienne	Pédiatrie (54.01)
M.	BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
M.	BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
M.	CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
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.	FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	GIBELIN Pierre	Cardiologie (51.02)
M.	GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
Mme	ICHAÏ Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M.	MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M.	MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
Mme	PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M.	PRADIER Christian	Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
Mme	RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M.	ROSENTHAL Éric	Médecine Interne (53.01)
M.	SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M.	STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M.	THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)
M.	TRAN Albert	Hépto Gastro-entérologie (52.01)

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

M.	ALBERTINI Marc	Pédiatrie (54.01)
Mme	BAILLIF Stéphanie	Ophtalmologie (55.02)
M.	BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
M.	BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M.	BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BENOIT Michel	Psychiatrie (49.03)
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 Giulia	Biochimie-Biologie Moléculaire (44.01)
M.	DELOTTE Jérôme	Gynécologie-obstétrique (54.03)
M.	DUMONTIER Christian	Chirurgie plastique
M.	FONTAINE Denys	Neurochirurgie (49.02)
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)

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE (suite)

M.	IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M	JEAN BAPTISTE Elixène	Chirurgie vasculaire (51.04)
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.	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.	TROJANI Christophe	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	VENISSAC Nicolas	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

M.	HOFLIGER Philippe	Médecine Générale
----	-------------------	-------------------

PROFESSEURS AGRÉGÉS

Mme	LANDI Rebecca	Anglais
Mme	ROSE Patricia	Anglais

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme	ALUNNI 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.	DOGLIO Alain	Bactériologie-Virologie (45.01)
M	DOYEN Jérôme	Radiothérapie (47.02)
M	FAVRE Guillaume	Néphrologie (52.03)
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)
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)
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	COYNE John	Anatomie et Cytologie (42.03)
M.	GARDON Gilles	Médecine Générale
Mme	PACZESNY Sophie	Hématologie (47.01)
Mme	POURRAT Isabelle	Médecine Générale

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

M	BALDIN Jean-Luc	Médecine Générale
M.	DARMON David	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-MEHOUS Manuella	Médecine Physique et Réadaptation
M.	JAMBOU Patrick	Coordination prélèvements d'organes
M.	QUARANTA Jean-François	Santé Publique

REMERCIEMENTS

À mon maître et Président du jury de thèse

Monsieur le Professeur Jean-Gabriel FUZIBET

Je vous remercie de me faire le grand honneur de présider ce jury de thèse. Veuillez recevoir toute ma gratitude et ma profonde estime.

À mon maître et juge

Monsieur le Professeur Patrice BROCKER

Merci de me faire l'honneur de siéger à mon jury de thèse. Je vous remercie également pour la formation et le soutien que vous m'avez apportés durant mon premier stage d'interne.

À mon maître et juge

Monsieur le Professeur Gilles GARDON

Merci de me faire l'honneur de siéger à mon jury de thèse. Veuillez recevoir tout mon profond respect.

À mon directeur de thèse

Monsieur Le Docteur Michel PAPA

Merci de m'avoir fait l'honneur de diriger mon travail de thèse. Vous m'avez guidée et accompagnée dans cette étude qui m'a grandement enrichie.

Je vous en remercie profondément.

Aux médecins ayant participé, qui ont rendu cette étude possible,

Merci pour votre disponibilité et votre enthousiasme dans la participation à ce projet.

Je remercie pour leur enseignement mes maîtres d'internat :

Mr le Docteur Claude BASTIEN

Mme le Docteur Marlène DELARBRE

Mr le Docteur Philippe CORTEY

Mr le Docteur Jazil HASSAM

Mr le Docteur André DE CAFFARELLI

Mme le Docteur Ramona ABRUDAN

Mr le Docteur Georges SPADONI

Mme le Docteur Marie-Christine CIABRINI

Mr le Docteur Yves FANTON

Mr le Docteur Kamel LARABI

Mme le Docteur Marie-Josée LECOMTE

Mr le Docteur Bastien TAFANI

Mr le Docteur Jean-Michel TURPIN

Je remercie particulièrement le Docteur Natalia KOBTHA, de m'avoir aidé à débiter ce travail, je te souhaite plein de belles choses avec la petite Sofia.

A ma famille,

A Ghjuvan,

Mon mari, merci pour tous ces moments que nous vivons depuis ces nombreuses années.

Merci pour ta grande patience, ton soutien, tes conseils, ton aide informatique...

Merci d'être mon homme idéal !

A Ethan,

Mon fils, tu es notre bonheur de tous les jours. Tu es un garçon incroyable avec « ton sourire qui tue ». Je redeviens une maman disponible, nous allons profiter de nouveau de tant de choses! Je t'aime mon bébé.

A mes parents, **Mébarek** et **Aldjia**,

Merci pour l'amour que vous me portez. Je ne vous remercierai jamais assez pour votre soutien tout le long de mes études.

Vous êtes des parents et grands-parents merveilleux !

A ma sœur, **Kahina**,

Tu es toujours présente dans les moments importants. Merci pour ton soutien dans la réalisation de ce travail. Tu es ma sœur ninou ! Et tu peux mettre ton mot en rouge...

A mes frères, **Kader** et **Karim**,

Merci pour nos moments de complicité.

A ma petite nièce, **Lésia**,

Tu es notre rayon de soleil ! Tu nous illumines avec ton sourire.

A toute ma famille, oncles, tantes, cousins et cousines.

A **Kamel**, tu es un modèle de médecin à l'écoute de ses patients. A ma tante **Houria** pour ton soutien et tes conseils durant ces années d'études. A **Fatima**, **Moussa**, **Yanis**, **Célia**, **Yan**, **Ilyan**, **Naëlle**.

A ma tante **Nadia** et à **Amar**, promis nous allons venir vous voir au Canada ! À ma tata **Nora** « Piper de Charmed » merci pour ta bonne humeur. A mon tonton **Stéphane** et à ma cousine **Marine**.

A mes grands-parents, **Ashène** et **Farouja**, un couple digne des Feux de l'Amour, merci de nous faire partager ces moments de rire et de joie.

A **Fatma**, ma grand-mère chérie, merci pour ces merveilleux souvenirs d'enfance.

A ma belle famille

A tous les **Rusterucci** ! **Dumé** et **Antoine**, merci pour tous les bons moments qu'on passe ensemble et merci de vous occuper aussi bien d'Ethan. A **Aurélien**, le super parrain, à **Angé**, et à **Félicia** dit **Nana**, ma troisième grand-mère ! Vous comptez beaucoup pour moi.

A mes amis,

A **Hégir**, mon amie d'enfance, tu es comme une sœur pour moi, merci de partager ma vie. Même à des milliers de kilomètres tu es toujours là pour me soutenir. J'ai hâte de rencontrer le petit **Adam** !

A **Anaïs**, tu es une amie formidable, j'ai tellement de bons souvenirs avec toi depuis le lycée. Merci d'avoir été présente à la naissance de mon fils, je sais que je peux compter sur toi. Je ne te souhaite que du bonheur avec **Mathieu**.

A **Lydia**, je me souviens de notre rencontre à la bibliothèque, et depuis nous partageons des moments pleins de joie. Merci d'être à nos côtés avec **Jean-Mi**, vous êtes des amis sincères.

A **Rita** mon amie de toujours, merci de ton soutien et de partager de bons moments avec nos enfants, à la petite **Gabrielle**.

A **Philippe**, mon ami de longue date, tu me dois toujours un jeans !

A **Eugénie** merci pour ces bons souvenirs dans le service de gériatrie et pour nos fous rires à Barcelone.

A **Hannah**, merci pour ton soutien depuis toutes ces années et j'ai hâte de te présenter mon petit bout de chou.

A **Naouel**, tu as été ma superbe co-interne, merci pour ces longues discussions.

Vous êtes toutes les trois les bienvenues sur l'île de beauté!

A **Sébastien**, tu as toujours un mot pour me faire rire, merci pour tous les moments passés à Nice et Bastia.

Merci à **Julien** pour tes relectures et merci de ton aide pour le voyage à Milan.

Merci aux sœurs Hidalgo, **Magali** et **Maud** pour leur aide.

A tous les services où je suis passée durant mes stages d'externat et d'internat. Aux médecins, internes, infirmières, aides soignantes, secrétaires, kiné, assistantes sociales...
Merci pour tout ce que chacun m'a apporté dans ma vie professionnelle.

Merci à tous mes co-internes et collègues,

Karim, merci pour nos fous rires pendant les staffs de neurologie.

Jean-Phi, merci pour ton soutien lors des visites à domicile.

Yohan, mon super co-interne Marseillais. Une belle rencontre. Ce fut un plaisir de travailler avec toi !

Micka, nous avons passé un stage inoubliable dans le service du V240.

Mathias et **Maxime**, une équipe de choc de pneumo.

Nora, mon binôme dans le service des urgences de Bastia, merci de ton soutien.

A mon équipe de Furiani, **Judy**, **Anna**, **JP**, **Stéphane**, **FX...** pour les soirées et les repas dans notre villa !

A l'équipe de gériatrie du 4^{ème} étage de Cimiez, aux infirmières : **Béa**, **Isa**, **Elodie...** À toutes les aides soignantes, à toi **Jacqueline**, tu as été d'un grand soutien pour nous durant ces 6

mois d'internat, à **Raphaël**. J'ai été ravie de faire mes premiers pas d'interne avec vous tous, cela m'a donné envie de continuer à soigner nos petits vieux !

A toute l'équipe d'UNV de l'hôpital d'Ajaccio !

A l'équipe du SSR gériatrie de l'hôpital Eugénie... Merci au Docteur **Delarbre** de m'avoir fait intégrer le pôle de gériatrie. À **Sandrine**, toujours souriante et dynamique, **Dumé** notre « vieille » infirmière avec un grand cœur, **Marjo** notre belle brune, ça fait du bien d'entendre tes éclats de rires. A **Laura, Véro, Stéphanie, Pauline** et **Pierre**. A **Jean-François**, tu es un cadre de santé au top ! À **Santa** notre kiné, merci de t'occuper si bien des patients. Aux aides soignantes : **Vanina, Mélanie, Alexia, Sandrine**...aux assistantes sociales...à toute l'équipe. Merci pour toutes vos gentilles attentions !

A ma nouvelle équipe du Court séjour gériatrique, merci à **Marc Bonavita** et **Pierre Martini** pour l'accueil si chaleureux et pour m'avoir permis d'avoir du temps pour travailler cette thèse.

Et enfin toute ma reconnaissance à tous les patients et patientes que je rencontre au cours de ma vie professionnelle.

Je dédie cette thèse à mon grand-père Khélifa,

Tu resteras à jamais dans nos cœurs.

Sommaire

1. INTRODUCTION.....	1
1.1. Epidémiologie des cancers chez les personnes de 65 ans et plus :.....	3
1.1.1. En France	3
1.1.2. En Corse.....	3
1.2. Le sujet âgé atteint de cancer	3
1.2.1. Définition de l'âge	3
1.2.2. La fragilité.....	4
1.2.3. Représentation de la maladie	5
1.3. Le médecin généraliste et l'onco-gériatrie	6
1.4. La prise en charge du patient âgé atteint de cancer :	7
1.4.1. Plan cancer	7
1.4.2. L'évaluation gériatrique standardisée (EGS).....	8
1.4.3. Les facteurs impliqués dans le parcours de soins du patient âgé atteint de cancer..	8
1.5. Infrastructure de cancérologie en Corse du Sud :.....	10
2. MÉTHODOLOGIE	11
2.1. La méthode qualitative	11
2.2. Recherche bibliographique et guide d'entretien	11
2.2.1. Recherche bibliographique	11
2.2.2. Elaboration du guide d'entretien.....	11
2.3. Population étudiée.....	12
2.4. L'entretien semi-structuré.....	12
2.5. Retranscription et analyse des entretiens.....	13
3. CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION ÉTUDIÉE	14
4. RÉSULTATS.....	16
4.1. La prise en charge du sujet âgé atteint de cancer	17
4.1.1. Représentation de l'âge physiologique	17
4.1.2. Le dépistage	17
4.1.3. Le diagnostic	18
4.1.4. Préparation et annonce du diagnostic.....	18
4.2. Facteurs facilitant la prise en charge du sujet âgé atteint de cancer.....	21
4.2.1. Le patient acteur de sa santé	21

4.2.2.	La relation médecin généraliste-patient	22
4.2.3.	Le médecin généraliste et l'onco-gériatrie	24
4.2.3.1.	L'engagement	24
4.2.3.2.	L'expérience	26
4.2.3.3.	L'anticipation	26
4.2.3.4.	La formation	27
4.2.3.5.	La Charge émotionnelle	27
4.2.4.	Entourage familial	28
4.2.5.	Réseau confraternel et orientation vers la filière de soin	29
4.2.6.	Maintien à domicile	31
4.2.6.1.	Equipe soignante : médecin généraliste-infirmier	31
4.2.6.2.	Les réseaux de soins à domicile	32
4.3.	Facteurs freinateurs de la prise en charge du sujet âgé atteint de cancer	33
4.3.1.	Le patient âgé atteint de cancer	33
4.3.1.1.	Comorbidités et terrain clinique	33
4.3.1.2.	Fatalité de certaines personnes âgées atteintes de cancer	34
4.3.2.	Personnalité de la famille	35
4.3.3.	Le médecin traitant exclu de la décision de prise en charge	36
4.3.4.	Epuisement des aidants principaux	38
4.3.5.	Environnement géographique	38
4.3.5.1.	Isolement en zone rurale	38
4.3.5.2.	Manque d'infrastructure et de spécialistes référents	39
4.3.6.	La communication entre spécialistes et généralistes	40
4.3.6.1.	Accessibilité de certains spécialistes:	40
4.3.6.2.	Délai d'information entre médecin généraliste et spécialiste	41
4.4.	Moyens d'amélioration de la prise en charge du sujet âgé atteint de cancer	43
4.4.1.	Amélioration de la communication entre médecins	43
4.4.2.	Formation continue	43
4.4.3.	Développement des réseaux de soins à domicile	44
4.4.4.	Renforcement du soutien psychologique du patient et sa famille	44
5.	DISCUSSION	46
5.1.	Les idées fortes	46
5.2.	Méthodologie et validité interne	47
5.2.1.	Recrutement de la population	47
5.2.2.	La population étudiée	47
5.2.3.	Les entretiens : biais lié à l'enquêteur	48
5.2.4.	La méthode d'analyse	48
5.3.	Principaux résultats et validité externe	49
5.3.1.	Comparaison avec d'autres études :	49
5.3.2.	Spécificité de la personne âgée atteinte de cancer	51

5.3.3.	Facteurs freinateurs	52
5.3.3.1.	Manque d'organisation dans l'articulation Ville-Hôpital	52
5.3.3.2.	L'absence des médecins généralistes en RCP	54
5.3.4.	Facteurs facilitateurs	55
5.3.4.1.	Une meilleure information du patient sur sa maladie.....	55
5.3.4.2.	Le réseau soignant-soignant	55
5.3.4.3.	Une organisation optimale des soins à domicile	55
5.4.	Moyens d'améliorations de la prise en charge du patient âgé atteint de cancer ...	56
5.4.1.	Propositions issues directement des entretiens	56
5.4.2.	Propositions issues indirectement des entretiens	57
6.	CONCLUSION	59
ANNEXE 1:	Présentation de l'étude	60
ANNEXE 2:	Guide d'entretien	61
ANNEXE 3:	Indicateurs statistiques thématiques et cartographies en région CORSE 2011.....	63
ANNEXE 4:	ONCODAGE, outil de dépistage gériatrique en oncologie.....	64
ANNEXE 5:	Grille de repérage de la fragilité élaborée par le gérontopole de Toulouse.	65
ANNEXE 6:	Représentation quantitative des verbatims sous N'VIVO	66
ANNEXE 7:	ARS : Schéma Régional d'Organisation des Soins - Corse 2012-2016.....	67
BIBLIOGRAPHIE		70

Abréviations :

ARS	Agence Régionale de Santé
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CPS	Carte professionnel de santé
DCC	Dossier Communicant de Cancérologie
DMP	Dossier Médical Partagé
EGA	Evaluation Gériatrique Approfondie
ECBU	Examen Cyto-Bactériologique des Urines
EGS	Evaluation gériatrique standardisée
EHPAD	Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
EPU	Enseignements postuniversitaires
HAS	Haute Autorité de Santé
INCa	Institut National du Cancer
INSEE	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
IRM	Imagerie par Résonnance Magnétique
IPC	Institut Paoli-Calmettes
PPS	Programme Personnalisé de Soins
RCP	Réunion de Concertation Pluridisciplinaire
SFGG	Société française de gériatrie et de gérontologie
TEP-SCAN	Tomographie par Émission de Positons
U(P)COG	Unités de (Pilotes) de Coordination en Onco-Gériatrie
URPL	Union Régionale des Professionnels Libéraux

1. Introduction

Le cancer du sujet âgé représente un véritable problème de santé publique. Actuellement, en France, environ 60% des cancers surviennent chez des personnes âgées au delà de 65 ans et représentent la première cause de mortalité dans cette tranche d'âge [1].

En 2015, selon l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE), on estime à 12.1 millions le nombre de personnes âgées de 65 ans et plus en France et l'espérance de vie atteint 79,2 ans pour les hommes et 85,4 ans pour les femmes.

Pour autant, la prise en charge du cancer du sujet âgé pose encore plusieurs questionnements. En effet, l'âge civil du patient reste encore un critère péjoratif dans la prise en charge du cancer :

- Les diagnostics sont souvent faits à un stade plus tardif que chez le sujet jeune [2].
 - L'orientation vers le spécialiste est dépendante de l'âge, en effet le sujet âgé est moins fréquemment dirigé vers un oncologue [3].
 - Une étude met en évidence une fréquence plus élevée d'absence de confirmation histologique du cancer [4].
 - Un allongement des délais d'accès au traitement pour les cancers du sein et du poumon, mais inversement pour le cancer de la prostate [5].
 - Les médecins peuvent être influencés par l'âge et le caractère subjectif de l'état général du patient. Ceci peut être préjudiciable lors de l'instauration du traitement[2].
- ➔ Tout cela a pour conséquence un traitement non optimal et une augmentation de prise en charge palliative.

Devant cette population hétérogène, tant au point de vue physique que psychique et socio-économique, les spécialistes recommandent de réaliser chez certaines personnes fragiles des évaluations gériatriques standardisées (EGS) afin de proposer un programme de soins personnalisé (PPS).

Concernant les protocoles thérapeutiques, ces derniers sont basés sur les résultats d'études randomisées prospectives où les sujets âgés ne sont pas représentés. Ces protocoles entraînent des risques de sous-traitement ou de sur-traitement du cancer.

Depuis plusieurs années la ligue contre le cancer contribue à la réalisation de recherches cliniques visant à définir de nouveaux schémas thérapeutiques du cancer du sujet âgé, dans le

cadre de protocoles appelés GERICO. Mais il s'agit encore d'un nombre limité d'essais cliniques et thérapeutiques.

Une étude retrouve une forte demande de participation aux essais cliniques de la part des patients âgés atteints de cancer. Le but invoqué par ces patients était non pas une meilleure chance de survie mais une meilleure qualité de vie [6].

Dans le domaine cancérologique, les innovations médicales et technologiques se sont développées entraînant une progression de traitement du cancer en ambulatoire. De nombreux patients sont pris en charge à domicile du fait d'une augmentation constante des thérapeutiques orales. Le domicile devient, pour certains, un lieu de soins où le médecin généraliste est sollicité dans ses fonctions.

Le nouveau Plan cancer 2014-2019 s'inscrit dans ce contexte et prévoit d'aider les professionnels de ville et les équipes hospitalières dans l'évolution de leurs pratiques et de leurs interactions, pour une meilleure coordination de soins des patients.

La réalisation de cette étude a été motivée par un désir de comprendre les problèmes rencontrés par les médecins généralistes de la région dans la prise en charge du cancer du sujet âgé.

Nous avons voulu nous intéresser à la population gériatrique afin de cibler les spécificités liées à cette prise en charge.

En effet, nous avons constaté dans notre pratique des retards de prise en charge et des difficultés de communication entre les médecins.

La spécificité géographique de cette région induit un retard d'accès aux consultations avec les spécialistes et aux examens d'imagerie. Ainsi le manque de spécialistes référents dans les centres de coordination en cancérologie de la région entraîne une réticence aux soins de la part de certains patients.

L'objectif principal est d'identifier les facteurs freinateurs et facilitateurs impliqués dans la prise en charge du cancer du sujet âgé en soins primaires, à partir d'une étude qualitative par entretiens semi-structurés auprès de 16 médecins généralistes en Corse du Sud.

L'objectif secondaire est d'en tirer des propositions d'améliorations en soins primaires.

1.1. Epidémiologie des cancers chez les personnes de 65 ans et plus :

1.1.1. En France

Avec l'âge, l'incidence du cancer augmente régulièrement. En 2012, l'Institut National du Cancer (INCa) estime à 209262 les nouveaux cas de cancer chez les personnes âgées de 65 ans et plus. Pour celles de 85 ans et plus, on estime à 35928 les nouveaux cas de cancers [1].

Les cancers sont la première cause de mortalité en France au-delà de 65 ans et représentent un véritable problème de santé publique. En 2012, 108980 décès par cancer sont dénombrés dans cette tranche d'âge, soit 73% de la totalité des cancers.

Certains cancers dans cette tranche d'âge sont plus fréquents que d'autres :

- Chez les hommes, les cancers dont l'incidence est la plus élevée sont les cancers de la prostate, du côlon-rectum et du poumon.
- Chez les femmes de 65 ans et plus, les cancers les plus fréquents sont le sein, le côlon-rectum et le poumon.

1.1.2. En Corse

En 2005, le réseau français des registres du cancer (Francim) estimait le nombre de nouveaux cas à environ 1450. [7]

- Chez les hommes, les localisations cancéreuses les plus fréquentes sont dans l'ordre, les cancers de la prostate, du poumon et du colon-rectum.
- Chez les femmes, ce sont les cancers du sein, du colon-rectum et du poumon.

D'après l'Agence régionale de santé (ARS) l'incidence des cancers est moins élevée en région Corse qu'en France métropolitaine. Cependant les taux de mortalité sont équivalents (Annexe 3).

1.2. Le sujet âgé atteint de cancer

1.2.1. Définition de l'âge

Actuellement, il n'existe pas de réel consensus à l'égard de la bonne définition de l'âge des patients gériatriques.

Le National Institute on Aging établit la classification suivante : « young old » (65-74 ans), « older old » (75-84 ans) et « oldest old » (85ans et plus).

Selon l'organisation mondiale de la santé OMS, un sujet âgé est celui dont l'âge civil est supérieur à 60-65ans, correspondant à l'âge de la retraite.

1.2.2. La fragilité

La Société française de gériatrie et de gérontologie (SFGG) a adopté en 2011 la définition suivante de la fragilité :

« La fragilité est un syndrome clinique. Il reflète une diminution des capacités physiologiques de réserve qui altère les mécanismes d'adaptation au stress. Son expression clinique est modulée par les comorbidités et des facteurs psychologiques, sociaux, économiques et comportementaux. Le syndrome de fragilité est un marqueur de risque de mortalité et d'événements péjoratifs, notamment d'incapacités, de chutes, d'hospitalisation et d'entrée en institution. L'âge est un déterminant majeur de fragilité mais n'explique pas à lui seul ce syndrome. La prise en charge des déterminants de la fragilité peut réduire ou retarder ses conséquences. Ainsi, la fragilité s'inscrirait dans un processus potentiellement réversible »

Certains critères de fragilité ont été proposés, par exemple par Fried et al. [8] qui associent cinq items : la perte de poids involontaire, faiblesse/fatigue, l'activité physique réduite, la vitesse de marche lente, et une faible endurance.

Trois états repérables :

- Non fragile (pas de critères)
- Pré-fragile ou vulnérable (1 à 2 critères)
- Fragile (3 critères et plus)

Cinq grandes catégories de facteurs sont associées au processus de fragilité : des facteurs médicaux, des facteurs cognitifs, des facteurs psychologiques, des facteurs sociaux, et des facteurs de dépendance [9]. Ceux-ci doivent être appréciés dans une approche globale de la personne âgée.

Dans le cadre du dépistage d'une vulnérabilité ou d'une fragilité gériatrique en oncologie, un outil sensible et spécifique a été validé [10]. Cet outil appelé ONCODAGE/G8 est composé de 8 items, il est coté de 0 à 17, réalisable en moins de 10 minutes (Annexe 4).

La sensibilité du G8 est d'environ 77 % pour une spécificité de 64%.

Les patients présentant des anomalies au G8 c'est-à-dire ayant un score inférieur ou égal à 14 devraient bénéficier d'une évaluation gériatrique approfondie, considérée comme le gold standard de l'évaluation gériatrique.

Cependant il est nécessaire de rappeler que cet outil a été validé en milieu hospitalier et sa pertinence n'est pas prouvée en médecine générale.

Une étude a évalué la faisabilité de cet outil en soins primaires. Elle met en évidence que le test est faisable en consultation de médecine générale. Dans 61 % des cas, le ressenti clinique du médecin concordait avec le score obtenu au G8. La plupart des médecins généralistes interrogés trouvent que cet outil est une aide à la prise en charge de leurs patients et permet de communiquer avec les professionnels de santé [11].

Mais nous n'avons pas d'éléments concernant la diffusion de cet outil en médecine générale.

La Haute Autorité de Santé propose un programme d'évaluation de fragilité en ambulatoire. Le questionnaire élaboré par le gérontopôle de Toulouse correspond aux critères de Fried et al. Il a été retenu comme pertinent par la SFGG et le Conseil national professionnel de gériatrie (CNPG) pour le repérage de la fragilité en soins primaires (Annexe 5).

1.2.3. Représentation de la maladie

Malgré les efforts des différentes campagnes d'informations, en particulier la ligue contre le cancer et l'INCa, il reste encore dans l'esprit des personnes une représentation péjorative de la maladie, synonyme de mort [12].

Des idées reçues sont encore ancrées dans l'esprit et notamment des plus âgés, par exemple que le cancer peut être contagieux. Ces connaissances erronées peuvent nuire à l'effort préventif [13].

Une étude sur le désir d'information et de participation aux traitements des patients atteints d'un cancer colorectal avec métastases, met en évidence que la moitié ne veut pas d'information sur la survie prévue et la moitié préfère un rôle passif dans la décision. Le sexe masculin est associé avec une préférence sur l'information pronostique [14].

1.3. Le médecin généraliste et l'onco-gériatrie

Le médecin généraliste a plusieurs rôles dans la prise en charge du sujet âgé atteint de cancer. En effet, il doit diagnostiquer et orienter le patient vers la bonne filière de soins pour la confirmation et l'annonce du diagnostic. Il doit aussi gérer les urgences et les soins de support pendant et après le traitement. Le médecin généraliste a également un rôle primordial dans les soins palliatifs et l'accompagnement du patient qui souhaite rester à domicile.

A travers notamment la mesure 18 du Plan cancer 2009-2013, le rôle central du médecin généraliste vise à être renforcé. Le médecin généraliste suit souvent le patient depuis plusieurs années. Il est mieux placé pour connaître l'histoire médicale et sociale du patient. Il participe à toutes les étapes de la prise en charge, de l'annonce du diagnostic jusqu'à l'après guérison. La plupart des médecins généralistes revendiquent leur implication dans l'annonce du diagnostic [15].

Concernant les échanges entre médecins, une étude auprès des médecins généralistes met en évidence une satisfaction de la communication avec les oncologues mais plus de la moitié estimaient que celle-ci restait à améliorer [16].

L'activité oncologique représente une place importante en médecine générale. D'après l'étude de T. Nguyen et al. , les patients atteints de cancer posaient des problèmes généralement complexes. L'aspect psychologique était important, avec une forte charge morale. Un sentiment de formation insuffisante et un manque de temps étaient soulignés par les médecins [17].

Dans une étude menée par S. Peyraud et al. , le médecin généraliste est considéré par les aidants principaux de patients atteints de cancer pulmonaire comme un interlocuteur privilégié, empathique, compatissant et rassurant. Ils considèrent le médecin généraliste comme acteur dans l'annonce et le suivi du malade mais le manque de temps, d'information ou une non compétence limitent cette sollicitation par les aidants [18].

Le médecin généraliste, en tant que soignant de proximité, est en première ligne lors de la prise en charge des patients demandeurs de fin de vie à domicile.

L. Serresse a publié une étude qualitative sur les difficultés ressenties pendant l'accompagnement d'un patient en fin de vie par les médecins généralistes. Celle-ci met en évidence des facteurs de stress comme par exemple leur attachement au patient, la confrontation à la souffrance, l'identification au patient. Ces médecins ont mis en place des mécanismes d'adaptation pour affronter ce stress [19]. Cependant les difficultés liées à la

charge et aux conditions de travail sont un frein dans la volonté de prendre en charge les patients en soins palliatifs [20].

1.4. La prise en charge du patient âgé atteint de cancer :

1.4.1. Plan cancer

Selon les Plans cancer une amélioration de la prise en charge du cancer du sujet âgé est à promouvoir, notamment en renforçant la place du médecin traitant.

Le Plan cancer 2003-2007, mesure 38 : « mieux adapter les modes de prise en charge et les traitements aux spécificités des personnes âgées » [21].

En 2006, un appel à projet avait été lancé visant à faire émerger des Unités de Pilotes de Coordination en OncoGériatrie (UPCOG). Leurs missions principales sont :

- *« mieux adapter les traitements des patients âgés atteints de cancer par des décisions conjointes oncologues-gériatres ;*
- *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 ».*

Actuellement, en France nous comptons 24 Unités de Coordination OncoGériatrie (UCOG).

Depuis 2010, la création d'ONCOPACA-CORSE permet de développer une collaboration entre les spécialistes des régions pour une meilleure filière de soins de proximité des patients dans le domaine onco-gériatrique.

On peut noter l'absence du généraliste dans les missions définies ci-dessus, ce n'est qu'en 2009 que le Plan cancer renforce le rôle du médecin traitant et une prise en charge personnalisée [22].

Suite à l'appel à projet par l'INCa, une étude multicentrique [10] a été réalisée dans le but de valider l'outil de dépistage gériatrique en oncologie : ONCODAGE/G8.

Le Plan cancer 2014-2019 prévoit de renforcer la recherche clinique auprès des personnes âgées atteintes de cancer afin d'améliorer la prise en charge en tenant compte de leurs besoins spécifiques [23].

1.4.2. L'évaluation gériatrique standardisée (EGS)

A l'aide d'outils validés, l'EGS permet l'exploration de la situation d'une personne âgée dans sa globalité (médico-sociale) [24]. Cette appréciation permet de hiérarchiser les problèmes médicaux, de prévenir la iatrogénie liée aux traitements du cancer et de mettre en place des soins de support adéquats ainsi que les aides humaines nécessaires [25].

Suite à l'évaluation gériatrique standardisée une classification des patients en trois groupes est décrite par Balducci et Extermann [26]:

- Groupe 1 : le vieillissement réussi chez des patients indépendants, sans comorbidités, candidats à un traitement standard.
- Groupe 2 : patients intermédiaires, nécessitant un traitement adapté, avec réduction de dose de chimiothérapie
- Groupe 3 : patients fragiles ayant une dépendance pour les activités de la vie quotidienne, associés à au moins trois co-morbidités et un ou plusieurs syndromes gériatriques. Ces patients nécessitent un traitement palliatif.

En effet cette évaluation permet d'identifier un âge physiologique du patient et ainsi proposer le traitement pour lequel la balance bénéfice-risque aura été évaluée.

Une méta-analyse a démontré que l'EGS entraîne une amélioration de l'état fonctionnel et cognitif ainsi qu'une diminution du risque d'institutionnalisation [27].

1.4.3. Les facteurs impliqués dans le parcours de soins du patient âgé atteint de cancer

Une étude a été réalisée dans le cadre du deuxième Plan cancer sur les délais de prise en charge des cancers du sein et du poumon. Elle met en évidence des facteurs socio-démographiques, médicaux et de prise en charge pouvant influencer l'accès au traitement. Par exemple l'âge élevé allonge l'accès à la chirurgie dans le cancer du sein et au premier traitement dans le cancer du poumon [28].

L'étude de F. Delva et al. souligne l'influence de certains facteurs dans l'orientation des patients vers l'équipe oncologique par les médecins généralistes. On note que plus de la moitié des médecins affirment orienter systématiquement leurs patients vers le spécialiste en fonction des facteurs liés au patient, notamment le désir du patient et de sa famille, la présence ou l'absence de comorbidités graves, la possibilité de réaliser des investigations

invasives et son degré d'autonomie. Ensuite, des facteurs liés à la maladie elle-même, la gravité des symptômes du cancer et des risques attendus des traitements. Enfin, la collaboration avec les spécialistes est exprimée comme problématique par plus de 75% des médecins généralistes [29].

Ainsi dans une étude précédemment citée, la mauvaise communication avec les oncologues et la faiblesse des structures oncologiques de proximité étaient considérées par les médecins généralistes comme étant des facteurs limitant l'accès aux soins des patients [16].

Après l'orientation et le diagnostic posé, le dossier est présenté en réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP). Les décisions pour les démarches diagnostiques et thérapeutiques sont ainsi discutées. Cependant, dans une étude de M-B Orgerie et al. , on souligne que le médecin traitant n'est jamais présent à ces réunions [30].

S. Monfardini a apporté un autre élément supplémentaire concernant les centres de références où le malade est orienté. On constate que l'orientation est fortement dépendante de la famille et du médecin. Le pessimisme concernant les résultats et la distance géographique peuvent entraîner l'admission dans un hôpital général plutôt qu'un centre de cancérologie spécialisé [31].

Une étude a été réalisée dans le but d'identifier les besoins non satisfaits des praticiens et les facteurs affectant la prise en charge des personnes âgées atteintes de cancer. Celle-ci met en évidence que l'opinion du patient, les facteurs médicaux, et le stade de la tumeur sont des facteurs à prendre en compte. Par contre les facteurs logistiques et l'accès aux spécialistes ne sont pas considérés comme obstacles majeurs. Mais l'idée perçue par le médecin généraliste sur la réticence du spécialiste à prendre en charge la personne âgée l'influence dans l'orientation du patient vers celui-ci [32].

Malgré une volonté des différents organismes de placer le médecin généraliste au centre de la prise en charge du patient atteint de cancer, nous remarquons suite à l'analyse de la revue de la littérature que le médecin généraliste rencontre des difficultés dans la coordination des soins.

De plus une ambivalence est retrouvée dans certaines études notamment concernant la communication entre médecins généralistes et spécialistes.

1.5. Infrastructure de cancérologie en Corse du Sud :

Les centres de coordination en cancérologie (3C) possèdent leur siège au niveau du Centre Hospitalier Départemental (CHD) de Casteluccio à Ajaccio.

Les établissements rattachés sont au nombre de deux : le Centre Hospitalier Général (CHG) de la Miséricorde et la clinique Clinisud d'Ajaccio.

Etablissement	Spécialités	Médecins spécialistes	RCP
Casteluccio	*Chimiothérapie *Radiothérapie	*Oncologue médical *Radiothérapeute *Hématologue vacataire	1 par semaine
Miséricorde	*Chirurgie mammaire *Chirurgie digestive *Chirurgie urologique *Chirurgie maxillo-faciale	*Gynécologue *Chirurgien viscéral *Gastro-entérologue *Urologue *Chirurgien ORL	
Clinisud	*Chirurgie digestive *Chirurgie urologique	*Chirurgien viscéral *Gastro-entérologue *Urologue	

Tableau 1 : Répartition de l'organisation des centres de cancérologie en Corse du sud

Il n'y a pas d'autorisation d'activité de curiethérapie ni d'utilisation thérapeutique de radioéléments en sources non scellées en Corse.

En 2012, 2 anatomopathologistes sont enregistrés au répertoire des professionnels de santé de Corse du sud [33].

La chirurgie du cancer présente un pourcentage de 24% de fuite essentiellement sur le sein et le digestif et 48% des fuites dans le groupe d'activité séances de radiothérapie (Annexe 7).

2. Méthodologie

2.1. La méthode qualitative

Le choix de la méthode qualitative par entretiens semi-structurés s'est imposé comme moyen pertinent et plus adapté pour répondre à notre problématique.

Elle permet de recueillir des témoignages détaillés, d'étudier plus facilement les émotions, les sentiments et les expériences personnelles.

2.2. Recherche bibliographique et guide d'entretien

2.2.1. Recherche bibliographique

Cette étape nous a permis d'établir un état des lieux de la littérature et d'appréhender au mieux notre sujet, mais aussi de déterminer les facteurs impliqués dans la prise en charge du cancer du sujet âgé.

Pour ce faire, plusieurs mots clés ont été utilisés : cancer, sujet-âgé, médecin généraliste, onco-gériatrie, prise en charge, soins palliatifs, étude qualitative, relation hôpital-ville, et ce, à travers plusieurs sources : Pub Med, Sudoc, Cismef.

2.2.2. Elaboration du guide d'entretien

Le guide d'entretien a été élaboré à partir des données recueillies dans la littérature. En effet, la lecture de plusieurs études a permis d'identifier les facteurs importants pouvant influencer la prise en charge du cancer du sujet âgé.

Le guide d'entretien aura pour but de recentrer l'entretien sur l'objectif de notre étude et de relancer les interviewés.

Il comporte quatre grandes parties : (Annexe 2)

1. La première partie concerne le sujet âgé et son cancer et comporte une question générale d'introduction sur la représentation du cancer permettant d'instaurer un climat de confiance en début d'entretien.
2. La deuxième partie porte sur les aidants et la gestion à domicile.
3. La troisième partie concerne le médecin généraliste dans sa pratique
4. Et enfin, la quatrième partie est consacrée à la relation entre médecins généralistes et spécialistes

Enfin, pour compléter notre étude nous avons réalisé un questionnaire qui a été rempli en fin d'entretien. Cette dynamique se situant plus dans une approche quantitative, nous permet de recueillir différents éléments sur les caractéristiques du médecin interviewé : âge, sexe, année du doctorat, mode d'installation, lieu d'installation, formations complémentaires en gériatrie et soins palliatifs et le nombre de patients âgés atteints de cancer dans la patientèle.

2.3. Population étudiée

Nous avons relevé dans les Pages Jaunes un répertoire des médecins généralistes exerçant en Corse du Sud.

Ensuite, nous avons dressé un échantillon potentiel dans le but d'explorer la plus grande diversité possible avec l'aide d'une consœur, le Dr Natalia Kobtha, oncologue médicale au centre de cancérologie de la région. En effet, la population d'étude choisie présente des caractéristiques sociodémographiques différentes permettant de respecter la diversité.

La taille de l'échantillon dans une étude qualitative n'est pas déterminée à l'avance. En effet, les entretiens sont menés jusqu'à saturation des idées. Le recueil de données est donc arrêté lorsque les idées deviennent récurrentes.

Les médecins généralistes exerçant en Corse du sud ont été contactés par téléphone. Ce premier contact nous a permis de présenter l'objectif de l'étude, les modalités ainsi que la durée approximative de l'entretien (environ 30 minutes).

Enfin, un rendez-vous a été fixé par le médecin afin de procéder à l'entretien.

2.4. L'entretien semi-structuré

A l'exception d'un, tous les entretiens se sont déroulés dans le cabinet médical des médecins généralistes interrogés par convenance organisationnelle.

L'enquête a eu lieu entre juin et août 2015.

La durée des interviews a été variable d'un entretien à un autre : entre 20 minutes et 1h30. Durant les entretiens, nous avons laissé le médecin généraliste s'exprimer librement et essayé de relancer lorsque les items du guide d'entretien n'ont pas été précisés.

Afin de pouvoir retranscrire les entretiens et de respecter l'intégralité des éléments relatés par les médecins généralistes, tous les entretiens ont été enregistrés avec un dictaphone (enregistreur numérique), et ce avec l'accord des intéressés.

Avant chaque entretien, nous avons fait un rappel sur le sujet de l'étude et insisté sur le caractère anonyme afin de laisser libre cours au discours. Nous avons remis à chaque médecin un document récapitulatif de l'étude (Annexe 1).

Enfin, les médecins généralistes interviewés nous ont donné un accord verbal pour procéder à la retranscription et l'analyse du contenu enregistré.

2.5. Retranscription et analyse des entretiens

L'étape de la retranscription a été très importante dans notre travail.

Les entretiens ont été retranscrits dans leur intégralité en respectant les répétitions, les rires, les hésitations, les silences sur le logiciel Word.

L'analyse de contenu a permis de faire émerger des thèmes et sous-thèmes récurrents dans les différents entretiens. Un entretien supplémentaire a été réalisé après la fin de l'analyse, afin de s'assurer de la saturation des idées.

L'analyse des entretiens a été effectuée selon une méthode inductive en plusieurs étapes [34] :

- Pré analyse : une lecture « flottante » répétée des entretiens pour une imprégnation du contenu et afin de faire émerger les différents thèmes et sous-thèmes.
- Création des thèmes et sous-thèmes lors des lectures répétées et par utilisation d'un codage couleur
- Le codage : le découpage, l'agrégation et la hiérarchisation des extraits des verbatims ont été effectués et classés dans un tableau Excel

3. Caractéristiques de la population étudiée

32 médecins ont été contactés.

Nous avons obtenu 16 entretiens de médecins généralistes exerçant dans la région de Corse du Sud.

Les entretiens ont été réalisés entre juin et août 2015.

Les caractéristiques des médecins interrogés sont :

- La majorité des médecins généralistes interrogés étaient des hommes.
- La moyenne d'âge était de 53 ans (de 33 ans à 68 ans).
- La durée moyenne des entretiens était de 40 minutes (de 22 min à 1h36min).
- La moitié des médecins interrogés étaient installés en milieu urbain et l'autre moitié en zone semi-rurale et rurale.
- La majorité des médecins généralistes interrogés étaient installés en groupes.
- La plupart des médecins interrogés avaient dans leur patientèle entre 6 et 15 patients âgés atteints de cancer.
- Seul un médecin généraliste (M1) a suivi une formation en soins palliatifs.
- Un médecin généraliste a un haut poste au niveau de la Ligue contre le cancer de Corse du sud.

Médecin	Sexe	Âge	Durée de l'entretien	Année de thèse	Lieu d'installation	Type d'installation	Nombre de patient âgés atteint de cancer
M1	M	60 ans	1h36	1986	Urbain	Groupe	>30
M2	M	53 ans	33mn	1992	Urbain	Groupe	<6-15>
M3	M	45 ans	37mn	2002	Semi-rural	Groupe	>30
M4	M	46 ans	33mn	1998	Rural	Groupe	<6-15>
M5	M	68 ans	51mn	1975	Urbain	Groupe	<16-30>
M6	M	45 ans	47mn	1997	Urbain	Groupe	>30
M7	M	60 ans	22mn	1983	Rural	Groupe	<16-30>
M8	M	68 ans	34mn	1975	Urbain	Seul	<6-15>
M9	F	43 ans	28mn	1999	Urbain	Seul	<6-15>
M10	M	60 ans	32mn	1989	Urbain	Groupe	<6-15>
M11	F	56 ans	30mn	1989	Rural	Groupe	<6-15>
M12	F	58 ans	43mn	1986	Urbain	Seul	<6-15>
M13	F	33 ans	26mn	2012	Semi-rural	Groupe	<6-15>
M14	M	38 ans	50mn	2009	Rural	Groupe	>30
M15	M	60 ans	39mn	1983	Semi-rural	Seul	>30

Tableau 2 : Caractéristiques des médecins généralistes interrogés.

4. Résultats

Nous avons représenté ci-dessous les résultats sous la forme d'un arbre schématique pour une meilleure lisibilité.

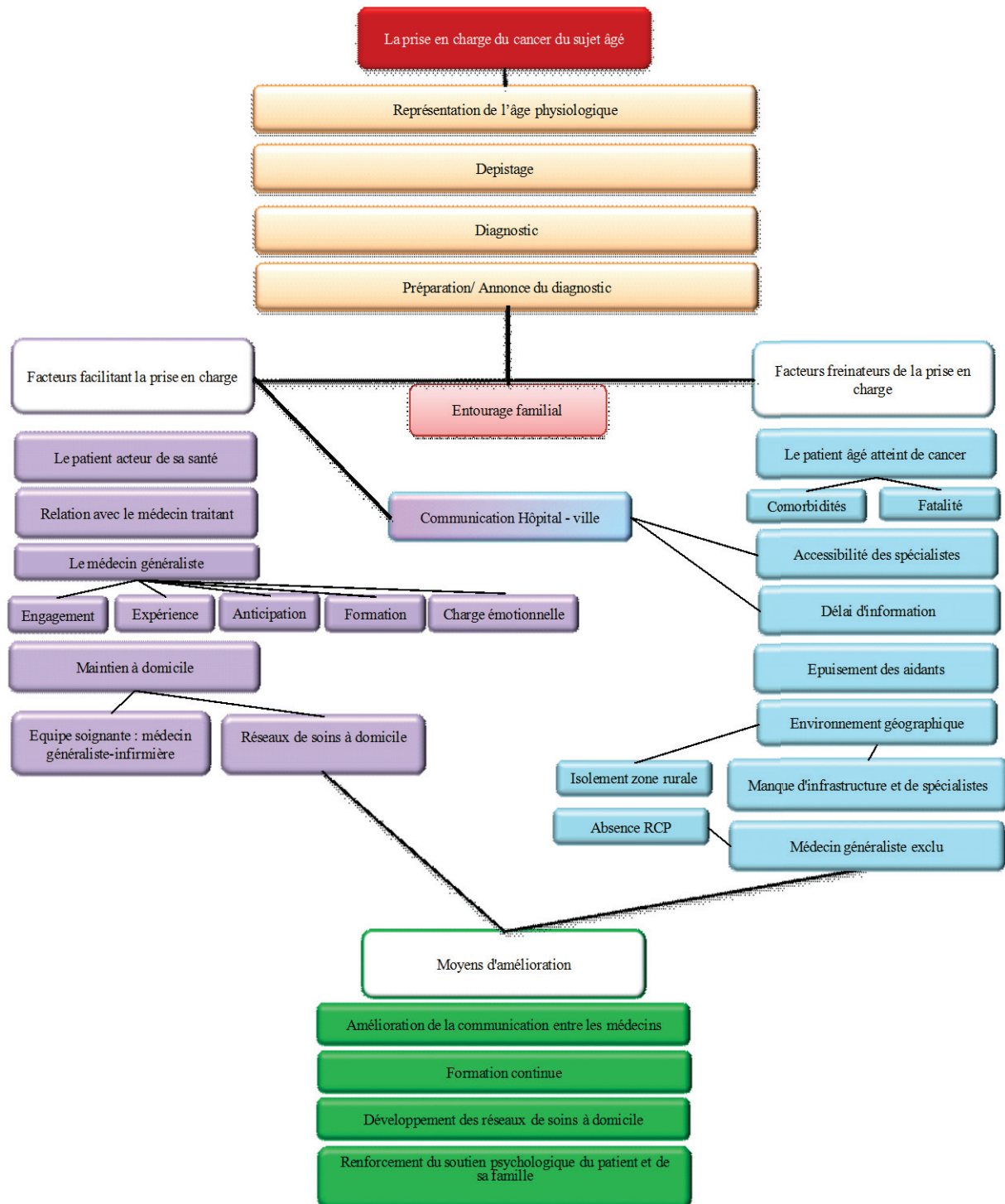


Figure 1 : Représentation des résultats sous forme d'un schéma.

4.1. La prise en charge du sujet âgé atteint de cancer

Dans cette première thématique, on s'intéresse au déroulement de la prise en charge globale.

4.1.1. Représentation de l'âge physiologique

❖ De nombreux médecins reconnaissent ne pas être influencés par l'âge civil du patient, ils prennent en compte l'âge physiologique.

- « Si c'est un gaillard de 85 ans qui est en train de **piocher tous les matins** au village et qui a un cancer je ne sais pas moi du côlon, on peut toujours faire quelque chose » (M1).

- « Il y a des patients de **75 ans qui paraissent 90 ans** avec des comorbidités associées et inversement il y a des patients de 90 ans qui sont en pleine forme qu'on peut opérer » (M9).

- « Ce qui m'interpelle c'est la notion du sujet âgé, on a des gens qui arrivent à un âge, 90 ans et qui **paraissent jeunes**, solides, costauds, à qui on peut proposer des chimiothérapies » (M12).

❖ Cependant, la limite d'âge est floue pour certains médecins.

- « Difficile maintenant à 67, 70 ou 80 ans, il y a des variations morphologiques et biologiques importantes dans cette tranche d'âge avec des gens qui ont un **vieillessement idéal** » (M1).

- « Euh... à partir de quel âge, mais état civil, physiologique ? C'est **difficile** » (M10).

4.1.2. Le dépistage

❖ Malgré les recommandations, plusieurs médecins s'attachent à dépister le cancer chez la personne âgée dans le but d'un diagnostic précoce et une prise en charge adéquate.

- « Le **dépistage, je continue** à le faire au cabinet, ça peut surprendre certains de mes confrères radiologues quand je demande des mammographies à des patientes de 80 ans. Ce n'est pas idiot mais ça peut surprendre. Vaut mieux **trouver un petit cancer** chez quelqu'un de 80 ans on l'opère et c'est tout, que d'attendre un jour d'avoir un gros sein » (M2).

❖ Ainsi la prévention et le dépistage sont une priorité dans l'exercice du médecin généraliste pour ce confrère.

- « Ton boulot c'est faire du **préventif**, et de proposer tout ce que tu peux faire pour choper les cancers à temps » (M3).

4.1.3. Le diagnostic

❖ Plusieurs médecins revendiquent leur implication au premier plan dans le diagnostic du cancer du sujet âgé.

- « Tu as des cancers qui ont été diagnostiqués par le spécialiste, mais chez nous ce n'est pas le plus fréquent. Moi c'est la **première pathologie** à laquelle je pense quand j'arrive à un certain âge » (M3).

- « Moi le diagnostic de cancer **c'est moi qui le fais**, ce n'est pas le spécialiste d'organe, et quand je fais le diagnostic c'est à ce moment-là, c'est moi qui induis la filière » (M5)

❖ Un bilan le plus complet possible et anticipé, en amont de la consultation avec le spécialiste est nécessaire pour une meilleure orientation dans la filière spécialisée.

- « On va faire ce que le spécialiste aurait fait pour éviter des consultations inutiles, donc un exemple, quelqu'un qui a un cancer du côlon, on aura fait un scanner TAP, un **bilan d'extension** » (M2).

- « Je vais prendre rendez-vous pour un TEP-SCAN pour **gagner du temps**, et éventuellement tu coordonnes comme le TEP-SCAN se fait sur Marseille, tu vois avec le chirc, le mec le voit dans la foulée, dans ce cas tu préviens le chirc » (M3).

- « Oui, **je fais un maximum de choses**, au moins bilan, radio et puis je passe la main, et après s'il y a des choses à faire en plus je passe la main à ce moment-là au spécialiste » (M13).

4.1.4. Préparation et annonce du diagnostic

❖ Plusieurs médecins font un travail de préparation à l'annonce du diagnostic de cancer. En effet dans l'attente de la confirmation, des informations sur le caractère grave de la situation sont données au patient.

- «Moi j'agis avec beaucoup plus de **pondération**. Je laisse comprendre au patient qu'il a quelque chose de grave et qu'on ne peut pas laisser traîner, ce n'est pas possible. Mais je laisse des portes ouvertes par rapport à un anapath » (M6).

- «Ca nous arrive de les **préparer**, en disant qu'on **suspecte une pathologie cancéreuse** sans employer ces mots-là, plutôt néoplasie ou quelque chose de pas bon » (M4).

❖ Pour de nombreux médecins généralistes, l'annonce du diagnostic est faite par le spécialiste. En effet suite au prélèvement pour la confirmation anatomopathologique, le patient revoit le spécialiste pour l'annonce.

- « Nos confrères oncologues, eux ils ont l'**anapath** donc ils ne peuvent pas se cacher derrière quelque chose » (M6).

- « Mais **l'annonce c'est le spécialiste**, de toute façon ça découle de la question précédente, on envoie chez le spécialiste, il y a une confirmation donc c'est lui qui fait l'annonce (M10).

- « S'il y a eu un prélèvement fait, après il retourne voir le spécialiste pour avoir les résultats donc généralement c'est le spécialiste qui fait l'annonce » (M11).

❖ Une grande majorité des médecins interviewés a reconnu qu'il n'existe pas d'annonce standard et que cela doit être fait au cas par cas.

- « Il n'y a pas une annonce standard. L'annonce est **adaptée au patient**, et le patient, il y a mille façons de lui annoncer ça » (M5).

❖ Certains paramètres peuvent influencer favorablement l'annonce. En effet le soutien familial durant la consultation d'annonce est important d'autant plus chez la personne âgée.

- «J'essaye d'être entouré par la famille, tu sais que si ça les fatigue vaut mieux qu'ils aient un **soutien familial**. Ou faire l'annonce en deux temps, d'abord on voit le patient ou on leur dit la prochaine fois amenez votre fille, on en discute, je lui explique à elle » (M14)

❖ La connaissance de la personnalité du patient âgé permet au médecin traitant d'adapter son discours selon et d'utiliser des mots appropriés.

- « *L'annonce du diagnostic revient au médecin traitant car **c'est lui qui connaît le mieux le patient**, son histoire, l'environnement et qui sait mieux que personne les mots et les grosses inquiétudes de cette personne vis-à-vis des pathologies lourdes* »(M1)

- « *En fait l'annonce ne dépend pas de la maladie, elle **dépend du malade** et de la personne qu'on a en face de soi.* » (M5).

❖ Plusieurs médecins soulignent un facteur dans l'annonce : les troubles cognitifs. Cet élément gênant dans l'information du patient permet paradoxalement de lever l'obstacle du secret médical.

- « *Quand tu as vraiment des troubles cognitifs qui sont installés, bon. **Ça ne sert à rien d'épiloguer** [...] tu vas contourner l'obstacle en **t'adressant à la famille*** » (M6).

- « *Les états cognitifs et états anxio-dépressifs, dans tous les cas il faut les prendre en compte et voir ceux qui sont **capables d'entendre** et comment on va gérer l'annonce* » (M13).

- « *Après quand c'est des patients grabataires avec un Alzheimer évolué, j'appelle les familles, tout avec une arrière pensée, je ne fais **pas l'annonce brutale** et voir ce que eux veulent faire et ce que moi je veux faire et voir si c'est compatible* » (M14).

- « *Si on arrive à un état de démence, alors je ne veux même pas aborder le sujet. Par contre la **famille sera informée** en disant « voilà y a ça et ça... on va peut être pas faire ça et ça aussi... » (M15).*

❖ Une grande majorité des médecins généralistes interviewés est mécontente de la façon dont le diagnostic est annoncé par les oncologues, et notamment concernant le pronostic.

- « *Le spécialiste, lui, va faire une **annonce assez brutale** et surtout une **annonce de traitement** et ne va pas prendre le temps psychique du patient* » (M1).

- « *Mais ils sont toujours pour l'annonce du diagnostic brutalement. « Vous avez un cancer », ils utilisent les mots. « Vous avez un cancer, vous avez telle pathologie, on va la traiter*

comme ça. Vous avez ***tant de statistique*** de vous en sortir, tant de chance de guérir, tant de pourcentage d'être en rémission etc. »(M6).

- « La façon dont les oncologues annoncent le diagnostic et très souvent le pronostic, pour moi c'est le couloir de la mort » (M12).

❖ La plupart des médecins généralistes se plaignent qu'on ne laisse pas assez d'espoir dans l'annonce.

- « Moi j'ai un patient à l'hôpital, on lui a dit « vous allez mourir dans 18 mois ». Dès qu'on dit ça on a tué l'***espoir*** ce qu'il faut jamais faire, donc c'est une faute grave de la part d'un soignant. Là ce n'est plus un soignant c'est un technicien » (M5).

- « Sachant qu'il faut faire attention, il y a des gens quand on leur dit la vérité ils vont se battre et d'autre se couchent »(M7).

- « Mais dans une annonce de cancer faut toujours qu'il y ait quand même une notion de possibilité de guérison quoi » (M15).

4.2. Facteurs facilitant la prise en charge du sujet âgé atteint de cancer

Nous allons maintenant nous intéresser dans cette partie aux facteurs pouvant influencer positivement la prise en charge.

4.2.1. Le patient acteur de sa santé

❖ Pour certains médecins interrogés, l'information détaillée sur les modalités du traitement et de la surveillance doit être donnée dans la mesure des capacités de compréhension. Ceci favorise l'adhésion du patient à la prise en charge.

- «Concernant ***l'éducation thérapeutique*** du patient [...] sur la compréhension du traitement que sur les effets secondaires, la gestion de la douleur, la compréhension de la prise des médicaments, pourquoi à telle heure et pas à telle heure » (M1).

- « Le patient est au courant et paradoxalement depuis qu'on les tient au courant les patients, ils se sentent plus concernés et ils ont ce côté de vouloir se battre... ils savent qu'ils ont cette pathologie, ils sont ***plus optimistes*** que les médecins et la famille » (M2).

❖ Après une information claire, le patient est libre de choisir son projet thérapeutique.

- « Mais avec une personne âgée on peut avoir un discours qui lui permette de lui laisser le **choix éclairé**, de réfléchir de ce qu'il veut faire de ses jours quoi, donc cet état cognitif, physiologique, une bonne compréhension du traitement et du projet de vie, s'inscrire dans un projet de vie » (M1).

4.2.2. La relation médecin généraliste-patient

❖ De nombreux médecins évoquent une relation de proximité et de confiance, et d'autant plus chez la personne âgée avec laquelle des liens forts se sont créés au long de toutes ces années d'exercice.

- « C'est une **relation de confiance** hein comme pour tout patient qui vient voir le médecin dans l'exercice de ses fonctions, il doit y avoir une relation de confiance et de vérité » (M1).

- « Donc moi, effectivement, je suis dans une relation de médecin à un malade et de médecin à un confident, c'est particulier le rôle du médecin traitant, un rôle de **proximité** majeur » (M5).

- « Vous savez quand vous avez 30 ans d'exercice, avec les gens âgés il y a des **liens très forts**, malgré tout il y a des liens **affectifs**, on ne peut pas être complètement indifférent, on les connaît depuis plusieurs années, ils comptent sur vous » (M12).

❖ Grâce à une relation de confiance, les patients âgés consultent souvent leur médecin traitant après l'annonce du diagnostic par le spécialiste, pour avoir une information plus claire, ou le besoin d'être rassurés.

- « On **recommence tout**, c'est le médecin traitant qui va faire l'explication de texte, et qui va dire en terme choisi et adapté au patient ce qu'il a dit » (M10).

- « Je **reformule**, je parle beaucoup, souvent il arrive, même s'ils ont compris ils reviennent ici, et on rediscute, ils me reposent probablement les mêmes questions qu'au spécialiste » (M13).

❖ Cette relation de confiance, permet au patient de s'exprimer librement et de poser toutes les questions plus facilement qu'au spécialiste.

- « *Ils ont **confiance au médecin généraliste** car les autres ne connaissent pas* » (M12).

- « *Ils sont **plus proches de nous**, des médecins généralistes. Par rapport au sujet jeune, qui lui va être dans la dynamique spécialiste et on le voit pas pendant des mois, on reçoit que les comptes rendus. Alors que le sujet âgé, quand il sort de chez l'oncologue **il vient nous voir**, il ramène son scanner, il nous montre le traitement. Il a besoin plus de son médecin traitant que le jeune* » (M13).

❖ Par la connaissance du patient, sur le plan médical et social, le médecin généraliste possède une vision globale du patient et peut ainsi mieux lui expliquer et le conseiller dans son parcours de soin, en adaptant les paroles pour chaque patient.

- « *C'est le médecin qui connaît **l'environnement du malade**, qui connaît la **famille, le malade** et peut voir avec lui, lui expliquer, dédramatiser* » (M5).

- « *C'est vrai qu'au bout d'un certain temps on a un **feeling** avec les gens, on sait ce que le mec de 80 ou 90 ans ressent* » (M7).

- « ***On adapte le discours** avec un patient parce qu'on sait qu'il est comme ça, la famille. Et, il sort, on remet les pendules à zéro, on fait rentrer quelqu'un d'autre et on recommence* » (M10).

❖ Un confrère parle d'une meilleure qualité de vie des patients lorsqu'ils sont suivis par le médecin traitant et qu'ils restent en lien avec lui.

- « *Les patients pris en charge **que dans les CHU** [...] Leur **moral est moins bon**, ça se passe moins bien, alors que quand ils font les allers-retours ils sont à la maison et que nous on s'en occupe même que pour la constipation et la mycose, il ne faut pas rêver* » (M14).

4.2.3. Le médecin généraliste et l'onco-gériatrie

4.2.3.1. L'engagement

❖ Le médecin généraliste s'engage à prendre en charge le patient âgé sans limiter les démarches.

- « *On ne baisse pas les bras parce que le patient est âgé. Voilà, très honnêtement je ne vois pas de différence* » (M4).

- « *Quelqu'un qui est jeune physiologiquement, ça vaut le coup de **se battre** et ça vaut le coup de lui donner une chimio dégueulasse mais tu te dis s'il est malade 2 ans, et les 5 ou 6 années derrière elles seront bien* » (M14).

❖ Afin d'éviter une perte de chance pour le patient, le médecin traitant s'occupe de plusieurs modalités de la prise en charge de son malade (des rendez-vous avec le spécialiste, des examens complémentaires, du courrier, des bons de transport...)

- « *A condition de le **faire toi-même**, parce que si tu envoies le malade, il va se perdre dans les **merdiers administratifs**. Mais nous, ici, on a pris l'habitude de tout prendre en charge. Dès qu'il y a un diagnostic un peu aigu et on va jusqu'au bout, de manière à bien gérer le problème et que le malade **ne perd pas de temps**. Pour éviter que le malade ne se perde pas dans les papiers administratifs ou dans les couloirs de l'hôpital* » (M7).

- « *Je prends moi-même les rendez-vous, donc j'ai peur qu'ils partent et qu'ils ne prennent pas rendez-vous qu'ils ne mesurent pas à quel point c'est important* » (M13).

- « *Moi je prends quelque chose **je m'en occupe de A à Z**, je fais la lettre, je fais le bon de transport, je préviens le secrétariat que le patient va venir tel jour à telle heure* » (M16).

❖ Le médecin s'engage à mettre en œuvre un maintien à domicile le plus longtemps possible, pour une meilleure qualité de vie du patient. L'épuisement de la famille dans certaines situations peut contraindre le médecin à hospitaliser le patient.

- « *En tant que médecin généraliste, on va s'occuper du **maintien à domicile le plus longtemps possible*** » (M3).

- « *Donc on se retrouve dans une situation, on a beau les prévenir pour la douleur, sur le fait qu'ils auront du mal à respirer, et ce sont des choses qui peuvent être impressionnantes et on se retrouve souvent à les faire **hospitaliser en urgence, en catastrophe** car la famille ne supporte plus la situation* » (M9).

❖ Le médecin est disponible pour son patient dans ce parcours de soins difficile.

- « *Mais c'est un chemin long et difficile et on va être là **pour l'aider*** » (M5).

- « ***Moi je dis que je suis là**, qu'ils peuvent appeler, que voilà, quand j'ai quelqu'un qui a un cancer son numéro rentre directement dans mon portable, même si je les ai pas en direct je les rappelle même le week-end ou pendant les vacances, mais je les mets sur le téléphone lorsque c'est quelque chose de grave* » (M16).

❖ Le médecin généraliste s'engage à accompagner son patient dans plusieurs situations notamment en cas d'abstention thérapeutique.

- « *Bon je sais que des fois la partie est perdue alors je vais quoi faire, je vais baisser les bras ? non, ce n'est pas dans ma nature personnelle. Donc les autres font ce qu'ils veulent, moi tant qu'il a un souffle de vie, **je me bats avec la personne qui est en face de moi*** » (M5).

- « *Et ça me pose de moins en moins de problème, je suis à l'aise, maintenant je suis à l'aise je parle, **je tiens la main**, sans aucun souci* » (M16).

❖ Le patient peut avoir confiance en son médecin traitant, car celui-ci s'engage à l'accompagner malgré des difficultés organisationnelles et un manque de temps lors des visites à domicile.

- « *Nous on les **accompagne autant qu'on peut** en fonction de nos possibilités en tant que médecin généraliste en zone rurale, avec les difficultés qui vont avec, la pathologie, l'âge du patient, et parfois **l'accessibilité de certains spécialistes** [...] C'est de soulager le maximum le patient, qu'il ne souffre pas* » (M4).

- « *Mais **il n'est pas seul**, il sait qu'il peut compter sur quelqu'un s'il faut. Il sait que son cas va être pris au sérieux et qu'il va être pris en charge comme il faut et s'il a un bon médecin*

*généraliste, il sait qu'il a un chien qui va **mobiliser les choses**. Le généraliste c'est un chien, quand il faut il doit pousser un coup de gueule »(M5).*

*- «C'est ça l'accompagnement émotionnel, il est là. Vous mangez tout juste une petite tomate farcie qu'elle a eu du mal à préparer, elle vous dit « ah, docteur quand je pouvais manger » et juste entre deux mots on parle beaucoup et ça y fait, ils sont contents. On ne peut pas le faire tout **le temps**, mais on devrait, j'essaye» (M16).*

4.2.3.2. L'expérience

❖ Leur expérience personnelle a permis d'acquérir au fil du temps une certaine influence auprès du patient et de sa famille et d'avoir un poids dans la prise de décision.

*- « Des patients qui me connaissent depuis plus longtemps, donc lorsque je vais leur dire quelque chose, **ils vont m'écouter** » (M2).*

*- « **Plus d'autorité** peut être, **plus d'assurance**, voilà. Mais le concept est toujours le même avec plus de conviction et de détermination » (M6).*

❖ Un médecin interviewé dit que l'expérience lui a apporté une certaine réflexion éthique sur l'abstention thérapeutique.

*- « Au début je me disais qu'il fallait tout traiter. Maintenant je me suis rendu compte que les traitements étaient tellement lourds que **certains ne peuvent pas encaisser**, et que ça évolue assez lentement, on en **surveille** beaucoup qui vont très bien, et on se dit qu'ils ont largement le temps de mourir d'autre chose, c'est cette expérience là que je commence à réaliser» (M13).*

4.2.3.3. L'anticipation

❖ Nous avons déjà cité l'anticipation du médecin généraliste au diagnostic, par une préparation des examens complémentaires en amont de la consultation avec le spécialiste. L'anticipation du médecin généraliste sur des situations complexes rencontrées à domicile, est nécessaire afin d'éviter des hospitalisations dans de mauvaises conditions.

- « Ensuite il faut que toutes les **situations aient été anticipées** [...] Il faut qu'on ait envisagé avec lui, avec la famille, avec les aidants et avec les soignants : qu'est ce qu'on fait **si ça va mal** ? **Où il va** ? Dans quelle structure il atterrit ? **Qui s'en occupe** ? Parce que si on l'envoie aux urgences bêtement comme ça c'est une catastrophe»(M1).

- « J'essaye de faire passer le **médecin des soins palliatifs en amont** lorsque j'ai un patient en chimiothérapie à domicile pour qu'il prépare. Enfin pour savoir ce qu'il faut faire et on prépare les différentes éventualités » (M12).

4.2.3.4. La formation

- ❖ Un médecin généraliste formé en soins palliatifs, possède une autre philosophie dans la prise en charge du sujet âgé atteint de cancer. En effet il privilégie le projet de vie et la qualité de vie de la personne, limite les traitements agressifs et n'est pas gêné dans le cas d'une abstention thérapeutique.

- « Oui je crois qu'il y a des moments il vaut mieux **s'abstenir** que de faire aller les gens dans une situation qui est beaucoup plus compliquée que ce qu'ils auraient vécu si on avait rien fait. Euh faire des gestes chirurgicaux de carcinologie tardive euh pour aller déboucher tel ou tel côlon ou urinaire c'est parfois pas une très bonne chose. Parce qu'effectivement on va faire passer au patient un cap mais derrière ce cap c'est l'enfer » (M1).

- « S'inscrire dans un vrai **projet de vie**. T'as des gens âgés qui vont te dire « bah écoutez moi il faut que je tienne 6 mois car dans 6 mois j'ai ma fille qui arrive du sud et qui rentre et je veux la voir quoi ! Si je peux tenir 6 mois, faites moi tenir 6 mois ». C'est un projet comme un autre mais un projet qui peut tenir la route tu vois » (M1).

4.2.3.5. La Charge émotionnelle

- ❖ Par le phénomène de projection, les médecins généralistes interrogés sont beaucoup plus affectés par le cancer du sujet jeune, notamment en soins palliatifs. Les conséquences familiales sont différentes lorsque la personne est jeune.

- « Je t'avoue que c'est **plus compliqué** pour moi de gérer une fin de vie chez un mec de 45 ans que de 80 ans, inévitablement, tu renvoies tout, **c'est des gens qui ont ton âge**, et puis les conséquences ne sont pas les mêmes » (M3).

- « Un néo du sein à 40 ans ce n'est pas pareil à 80 ans, c'est certain que le cancer du sujet jeune est **traumatisant pour tout** le monde. Heu...c'est plus dans l'ordre des choses à partir d'un certain âge, forcément **c'est différent psychologiquement** pour la famille, pour le médecin. C'est beaucoup plus dur le cancer du sujet jeune » (M4).

- «Tu t'imagines, **tu te projettes** plus facilement avec un patient jeune ou sur tes parents que sur un patient âgé [...] Au niveau des conséquences, à titre personnel, du suivi du sujet jeune en cancérologie, forcément tu vas y penser un peu plus et tu vas l'intérioriser un petit peu plus parce que parfois il y a une forme d'injustice » (M6).

❖ Les paroles d'un médecin généraliste évoquent le non-dit que permet éventuellement l'incertitude.

- « Nos confrères oncologues, eux ils ont **l'anapath** donc ils ne peuvent pas **se cacher derrière** quelque chose » (M6).

4.2.4. Entourage familial

❖ Il est fondamental dans la prise en charge du sujet âgé atteint de cancer, encore plus marqué lorsque la personne est dépendante sur le plan physique et mental.

- « C'est vrai que **l'environnement est plus important** que chez le jeune [...] La différence avec le sujet jeune c'est que nous allons demander plus la présence d'une tierce personne » (M2).

- «Et le discours que tu ne tiendras pas au malade qui, simplement pour des raisons fonctionnelles, ne sera pas en capacité de mémoriser les informations que tu vas lui donner. Les raisons pour lesquelles on va mettre en place tout ce processus, ces raisons **tu vas les donner à la famille** qui les utilisera après à domicile » (M6).

- « C'est la famille qui **va aider le patient**, et nous c'est à la famille à qui on va donner le maximum d'information (M4).

❖ Leur présence est indispensable pour un maintien à domicile et pour le succès de la prise en charge du cancer avec une meilleure qualité de vie du patient.

- « *Étayage familial, quand même, c'est vraiment le facteur primordial [...] Quand ils sont sur place c'est prépondérant, il y a une **bonne prise en charge à domicile**, si tu n'as pas la famille c'est très compliqué* » (M3).

- « *Elle est **fondamentale**. Et tu ne peux pas comparer un patient seul souffrant d'un cancer et un patient entouré. La **résistance** n'est pas la même. La **durée de vie** n'est pas la même, tout est différent à tout point de vue* » (M6).

❖ La famille s'investit dans plusieurs tâches, dont l'accompagnement aux différents rendez-vous de consultation, l'organisation des choses de la vie quotidienne à domicile et le soutien moral pour une meilleure résistance contre la maladie.

- « *C'est sur la famille que repose l'essentiel de la **charge émotionnelle**, la **charge matérielle**, l'**organisation**, la **prise de rendez-vous*** » (M4).

- « *Patients qui sont seuls et qui vont devoir utiliser une grande partie de leur énergie pour des **choses de la vie courante**. Le simple fait de devoir faire des courses, de devoir s'occuper du ménage, de devoir gérer la maison, de devoir appeler le médecin plutôt que de le faire appeler par le fils ou la fille ou un ami, la famille à un rôle fondamental* » (M6).

❖ La famille permet de donner aux médecins les informations concernant la personne âgée.

- « *Donc ils connaissent quand même la personne. Alors après y a des enjeux, mais dans la grande majorité des cas ils voient bien comment la personne vivait il y a 15j, 3 semaines, 1 mois et comment elle vit maintenant* » (M1).

4.2.5. Réseau confraternel et orientation vers la filière de soin

❖ La plupart des médecins généralistes interrogés pensent que la relation entre médecins généralistes et spécialistes est bonne, indispensable et primordiale dans toute prise en charge et d'autant plus en cancérologie.

- « Tout dépend du **réseau de connaissance**, c'est tellement simple de travailler avec des gens que tu connais, moi en oncologie je les connais, donc j'appelle directement, on a un échange très **confraternel** » (M3).

- « J'ai de très **bons rapports** avec tous les spécialistes de Casteluccio (Centre hospitalier de cancérologie), que ce soit les oncologues, les radiothérapeutes, ça se passe très bien » (M4).

- « Elle est évidemment **indispensable**, elle est bonne en général [...] Les communications qui passent bien en général, courriers, téléphone, ils sont **disponibles**, on est disponibles. Non en général ça se passe bien » (M15).

❖ Les médecins libéraux sont disponibles peu importe leur spécialité.

- « Les médecins **libéraux sont toujours disponibles** spé ou pas spé d'ailleurs, moi tous les spés en ville tu as le portable, tu l'as direct, alors qu'à l'hôpital très compliqué » (M3).

❖ Différents moyens de communications sont utilisés. Mais plusieurs médecins interrogés évoquent plus facilement la communication par téléphone.

- « Tu vas contacter ton confrère, tu vas **l'appeler** ou lui envoyer un SMS directement sur son portable et tu vois si la prise est immédiate. Quasi immédiate en fait » (M6).

- « Surtout par **téléphone**, ou par sms, ou s'il y a des dossiers on peut les avoir par internet mais j'avoue que le téléphone, ça marche bien » (M7).

❖ Le réseau de connaissances compte énormément dans l'orientation vers la bonne filière du patient âgé atteint de cancer. Le médecin traitant va utiliser ses connaissances et ses rapports étroits avec les spécialistes pour éviter que le patient se perde dans les contraintes administratives.

- « J'ai un **bon tissu relationnel**, donc j'ai des **copains**, et ça va vite. Je **téléphone**, je peux obtenir une IRM dans 48h, même si c'est bouché, on téléphone directement au radiologue[...] c'est moi qui prends les rendez-vous en utilisant le tissu amical » (M10).

- « Moi je trouve dans le **bon réseau** ça se passe très bien, il faut avoir les bons réseaux avec les bonnes personnes, à un moment donné, avec certaines pathologies, on manque peut-être d'interface, à qui envoyer là tu as un souci, après tu sais quand tu as des personnes quand ils rentrent dans un réseau, ça marche tout seul» (M14).

4.2.6. Maintien à domicile

4.2.6.1. *Equipe soignante : médecin généraliste-infirmier*

❖ Une collaboration entre le médecin traitant et l'infirmière est indispensable pour une meilleure coordination des soins.

- « Le **binôme infirmière-médecin** et le kiné, c'est le **créneau magique** qui existe depuis toujours, qui permet une prise en charge optimale et **échanges d'informations rapides** » (M5)

- « Par contre on travaille beaucoup en **collaboration**. Les infirmières appellent, passent, euh nous soulagent beaucoup » (M15).

❖ Disponibilité, compétence, engagement sont des qualités de l'équipe reconnue par les médecins généralistes pour une prise en charge optimale du patient.

- «Ça nécessite des équipes et puis des gens **formés, motivés** et des gens motivés sur le terrain» (M1).

- « On a des infirmières qui s'investissent beaucoup, on arrive à s'en sortir » (M11)

❖ De nombreux médecins évoquent la place capitale de l'infirmière.

- «Je reconnais que le pivot et **l'élément indispensable** c'est l'**infirmière**. Et on en a plein et elles sont très compétentes » (M7).

- « C'est évidemment fondamental hein. Nous tout **seuls on serait rien** »(M15).

❖ La communication est effective : grâce aux informations pertinentes et rapides adressées au médecin traitant, celui-ci pourra adapter sa réactivité au degré d'urgence.

- « *Franchement quand tu es avec une équipe d'infirmiers libéraux qui travaillent bien, tu as toutes les informations que tu veux. Tu leur dis « le matin tu m'envoies un SMS pour me donner la température, elle te fait un bulletin météo », c'est nickel, tu es tenu au courant en temps réel »* (M1).

- « *Je travaille avec elle avec intelligence, elle m'appelle « j'ai ça, qu'est-ce que je fais », c'est un **réseau informel, non rémunéré, efficace** parce qu'il fonctionne le samedi-dimanche la nuit* » (M5).

- « *Soit **elle téléphone**, si il y a une plaie elle nous envoie la photo par téléphone, ou elle dit il n'est pas bien, il faut passer* » (M11).

4.2.6.2. Les réseaux de soins à domicile

❖ Quelques médecins fonctionnent beaucoup avec des associations d'aide à domicile. Elles permettent de mettre en place une aide humaine et une coordination des soins entre les différents intervenants.

- « *Mes patients âgés sont tous pris en charge par l'association AX, c'est une **association de maintien des patients âgés à domicile**. J'utilise AX pour la coordination, pour les rendez-vous* » (M2).

- « *Soit par le biais des mutuelles et à ce moment là tu as une structure qui va s'occuper de **fournir du personnel** en termes d'aide-ménagère, d'aide-soignante, d'infirmière, pour tous les soins, donc c'est pas mal. Ça fonctionne bien, ça permet d'avoir de la présence et d'avoir un suivi* » (M6).

❖ L'équipe mobile de soins palliatifs est très sollicitée par les médecins généralistes : en effet, il existe une demande importante de fin de vie à domicile des patients âgés atteints de cancer. Plusieurs médecins généralistes ne sont pas à l'aise dans la manipulation des drogues dans certaines situations.

Les différentes éventualités sont ainsi préparées à domicile.

- « *Le dernier patient que j'ai eu en soins palliatifs, il était tout au fond du golfe de Lava. Moi les **soins palliatifs je ne sais plus faire**, je me souviens juste quand j'étais interne. Ca fait 14ans que je suis installé donc les seringues de morphine hypnovel j'en manipule plus.* » (M9).

4.3. Facteurs freinateurs la prise en charge du sujet âgé atteint de cancer

Dans cette partie des résultats, nous allons nous intéresser aux facteurs pouvant influencer négativement la prise en charge du sujet âgé atteint de cancer.

4.3.1. Le patient âgé atteint de cancer

4.3.1.1. *Comorbidités et terrain clinique*

❖ En effet, selon des comorbidités importantes, les médecins sont conscients de leurs limites dans l'orientation chez le spécialiste.

- «*La personne âgée tu sais qu'elle sera handicapée par un **diabète, une insuffisance rénale, un état altéré**, tu ne vas pas faire des folies, tu vas l'adresser ici (Centre de Cancérologie de la région), tu vois un peu ce qu'ils en pensent et **on agit dans l'intérêt du malade*** » (M5).

- «*Un mec qui a 70 ans, qui est dans un lit, qui a une **maladie Alzheimer**, qui a des **escarres** de partout, je ferme la porte, je regarde même pas, j'en parle pas* (M14).

❖ Et d'autre part dans la possibilité d'adapter le traitement curatif standard dans certains cas:

- «*Après il est évident que s'il y a de nombreuses comorbidités, le traitement sera **moins agressif***» (M4).

- « ***L'état général** est primordial, car les traitements sont lourds*» (M12)

❖ De nombreux médecins prennent un certain recul dans les investigations et les hospitalisations lorsque l'état général du patient est altéré

- « J'évite de les hospitaliser, les patients à partir d'un certain âge, je vais être beaucoup **moins agressif dans les hospitalisations** chez le sujet de 75-80 ans, je les hospitalise quand le maintien à domicile n'est plus possible » (M3).

- « Le problème c'est que des fois les examens complémentaires qu'on va faire ou ne pas faire chez la personne âgée avant de l'envoyer chez le spécialiste quoi. Il y a un **bilan d'extension en fonction de l'âge** » (M15).

4.3.1.2. **Fatalité de certaines personnes âgées atteintes de cancer**

❖ La personne âgée atteinte de cancer est demandeuse d'un confort de vie contrairement au sujet jeune qui est plutôt axé sur la guérison.

- « Alors y a des gens âgés qui sont **très fatalistes** qui se disent «moi j'ai vécu donc voilà je suis en roue libre et maintenant il se passera ce qui se passera ce n'est pas un problème » (M1).

- « Car le sujet âgé est **résigné**. Donc le résumé de tout ça, la différence entre soigner un jeune et un vieux, c'est qu'il est tellement résigné » (M10).

- « Un jeune, il demande quand il va pouvoir jouer au tennis, le boulot. Les vieux, non, ils sont dans le truc de « on verra ce qu'il arrivera » [...] ce n'est pas la même relation, et là ce qu'on **gagne c'est une après-midi paisible, une nuit tranquille**, des choses comme ça. Et le jeune voudrait la guérison de suite » (M16).

❖ Des médecins reconnaissent une certaine banalisation des symptômes par le patient (après relance), par négligence ou par peur du diagnostic. Ce qui entraîne souvent un retard du diagnostic.

- « Les personnes âgées ont **tendance à traîner**, ils vous parlent de tout mais le symptôme le plus important ils ne vous parlent pas » (M2).

- « C'est une génération qui a eu **l'habitude de souffrir**, ils ont parfois un temps de latence avant le diagnostic » (M7).

- « Oui, il y a des gens qui **font l'autruche**. Il y a des gens qui savent mais ils ne disent rien, ils se cachent les choses à eux-mêmes » (M8).

❖ Deux médecins mentionnent la solitude du patient, car le patient isolé n'a pas les mêmes objectifs qu'un autre entouré par sa famille.

- «Eux ce qu'ils veulent c'est de la **présence**, c'est de ne pas souffrir, c'est comme ça, c'est déjà plus doux, quand ils ont compris que l'on ne va pas les sauver » (M16).

- « Le problème de l'âge c'est la **solitude**, car souvent les enfants sont sur le continent, les frères et sœurs sont souvent décédés. On vit plus longtemps mais on **vit seul** » (M12).

4.3.2. Personnalité de la famille

❖ Prise de tutelle par la famille de la personne âgée. En effet la famille peut s'interposer entre le patient et le médecin, empêchant ainsi le malade d'avoir accès à certaines informations.

- «Il faut qu'ils aient **trouvé leur place** sans trop prendre de place, donc des fois on a l'impression que c'est eux les malades et **ils parlent à la place des parents** et ils ont l'impression que leurs parents ne comprennent pas. Des fois ils comprennent mieux qu'eux » (M13).

❖ Pour certains médecins, le déni de la famille peut entraîner une remise en cause du projet de soin systématique, qui peut être préjudiciable pour le patient avec des hospitalisations mal préparées.

- «La famille veut les protéger mais c'est aussi une **autoprotection**, on n'aborde pas les sujets difficiles et on fait **comme si tout allait bien**[...]Et si ce n'est pas cohérent ça peut pas fonctionner et à la maison, ça clashe parce que à la maison, ça clashe beaucoup plus vite, il n'y a pas la sécurité de l'hôpital» (M1).

- « Même le bilan, j'ai une patiente de 98 ans, qui a des métrorragies tout le temps, je sais que c'est un cancer avec des métastases, et là on a découvert des ganglions et la **famille demande à faire une écho**, ce que j'ai annulé et la famille a redemandé» (M14).

❖ La multiplication des contacts évoquée par plusieurs médecins, peut mettre en péril la relation de confiance avec médecin traitant et donc une perte de chance pour le patient.

- «Si la famille est dans une situation de doute elle va **multiplier les contacts**, les avis et on va aboutir à une **situation d'immobilisme** qui va être préjudiciable pour le malade et surtout à une perte de confiance. Parce que quand on a 3 avis différents, c'est la catastrophe : à qui on va faire confiance ? qui dit la vérité ? où faut-il aller ? et là on est dans l'errance absolue, et après c'est la déliquescence » (M5).

- «Donc la famille a tendance à accélérer ou à **entraver** quand ils commencent à s'inquiéter à vouloir faire des examens, parce que quelqu'un leur a dit « moi j'ai fait ça et ça ». Ils peuvent être **très toxiques**, même dans d'autres pathologies. Ils peuvent nous aider ou être très toxiques »(M13).

4.3.3. Le médecin traitant exclu de la décision de prise en charge

❖ Un médecin évoque le fait que le médecin traitant ne fait pas partie d'une équipe pluridisciplinaire dans les décisions.

- «On veut mettre le médecin généraliste au cœur du dispositif, ce sont les termes des différents ministres qui se succèdent, c'est ce que dit la sécu, c'est ce que dit tout le monde. En fait on s'aperçoit que **le généraliste n'est pas autant que ça au cœur du dispositif**, quoi... il est informé bien sur, mais bon, **il ne participe pas vraiment** sauf si moi je demande, que je téléphone, on n'a pas l'impression de faire partie d'une **équipe**, ça c'est certain » (M4).

❖ La quasi-totalité des généralistes interrogés ne participent pas aux réunions de concertations pluridisciplinaires (RCP). Ceci est justifié par un manque de temps.

- « Non ça non, **je n'ai pas le temps**, je ne peux pas » (M6).

- «Ça prendrait **trop de temps pour la médecine générale**, ce n'est pas possible »(M12).

❖ De plus il n'est pas informé du jour où aura lieu la RCP concernant le dossier de son patient.

- « **Il n'est pas informé** qu'il va y avoir une RCP, voilà à ce moment là tu peux dans l'entente te rendre disponible. Tu reçois un compte rendu du RCP c'est-à-dire que le truc il est bouclé » (M1).

- ❖ Pour plusieurs médecins, le médecin généraliste est écarté de la décision thérapeutique, ce qui est justifié par un manque de connaissances dans le domaine cancérologique, ou n'est pas sollicité par ses confrères spécialistes.

- « *Donc les RCP **nous ne sommes pas conviés** il ne faut pas abuser* » (M3).

- « *Je ne sais pas si c'est **la place d'un médecin généraliste** d'assister au RCP, je pense qu'on n'a **pas la compétence technique** pour apporter quelque chose sur la conduite à tenir et le protocole à mettre en place* » (M4).

- ❖ Les médecins pensent cependant avoir une influence concernant l'arrêt du traitement lorsqu'ils jugent que celui-ci est trop agressif pour le patient.

- « *Je ne vais pas aller mettre mon grain de sel en RCP où je ne connais pas les produits, je commence à les connaître un peu, mais je n'ai pas les connaissances pour m'immiscer en RCP, après la seule chose où **je peux minimiser un peu c'est la fréquence ou l'agressivité du traitement**, là-dessus je peux mettre un bémol* » (M14).

- ❖ Mais ils déplorent cette absence.

- « *Mais en RCP, on ne voit pas les malades, donc sur le simple papier on ne peut pas décider, **l'avis du médecin généraliste doit compter** c'est lui qui connaît le mieux le malade, son anamnèse familiale*» (M12).

- ❖ Une autre raison a été soulignée par un consœur qui est le problème de la rémunération.

- « *Mais monter au final, la journée entière, **ne pas travailler pour aller en RCP** pour un patient qui va passer dans l'après-midi au final car ils ne sont pas groupés par médecin généraliste. C'est une journée en moins, qu'on ne peut pas se permettre* » (M13).

4.3.4. Epuisement des aidants principaux

❖ La difficulté de l'aidant est la confrontation à la souffrance de l'autre. En effet, il existe un épuisement physique et psychique, avec un sentiment de culpabilité de l'aidant.

- «Un vrai aidant, **la nuit il ne dort pas** parce que la mamie respire difficilement, ou elle a envie d'aller faire pipi toutes les 5 minutes donc la nuit c'est très difficile lorsque la personne travaille le lendemain » (M2).

- «Il y a une grosse **culpabilité** de la part des aidants, de faire des choses, de prendre du plaisir et ils se culpabilisent car ils voient l'autre qui est mal, et donc ils s'interdisent de prendre du plaisir » (M3).

- «C'est parce qu'**ils sont épuisés**, ça arrive qu'ils dorment à côté du malade, il va se réveiller plusieurs fois dans la nuit, et puis quand il fait chaud, la personne se déshydrate et ils sont inquiets » (M11).

❖ Un médecin souligne le manque de soutien pour l'aidant :

- « Souvent ils ne sont **pas assez aidés** et si l'aidant craque bah tout craque parce que l'aidant il est souvent coincé à la maison » (M1).

4.3.5. Environnement géographique

4.3.5.1. Isolement en zone rurale

❖ L'éloignement des centres de soins est, pour les médecins généralistes exerçant en zone rurale, un frein pour l'accès aux soins du patient âgé atteint de cancer. Les trajets sont difficiles à supporter pour la personne âgée.

- «Les patients qui doivent faire une heure de route, évidemment **la distance est un frein** à certaines chimiothérapies en fonction de la tolérance de celles-ci, et de comment le patient va la supporter [...] Le soin est compliqué quand on est dans les **villages reculés**» (M4).

❖ Pour pallier cela, ils font appel à des transports médicalisés ou sollicitent la famille lorsque celle-ci est proche, comme le souligne ce confrère.

- « *Non, la seule chose c'est l'éloignement de la ville, soit ils sont pris en charge à 100% ils ont des **taxis**, soit ils ont quelqu'un de la **famille** qui peut les accompagner donc ce n'est pas un gros problème* » (M11).

❖ La préoccupation pour ce médecin de campagne c'est le manque d'aide humaine dans ces régions reculées.

- « *En **rural profond**, donc les aidants c'est la famille essentiellement, les auxiliaires de vie et aides ménagères **interviennent très peu** dans ce cadre* » (M4).

❖ Malgré la volonté d'un maintien à domicile, des hospitalisations sont souvent nécessaires du fait de l'éloignement.

- « *Donc parfois **ça justifie des hospitalisations** qui ne sont pas justifiées par la maladie mais par l'éloignement par rapport à l'hôpital* » (M7).

4.3.5.2. *Manque d'infrastructure et de spécialistes référents*

❖ Un manque de structures d'imagerie entraîne une dépendance de la région vis-à-vis du continent. En conséquence, des trajets répétés sur le continent sont nécessaires, entraînant ainsi un épuisement du patient et de sa famille.

- « *On ne peut pas tout faire, **on n'a pas de PET-SCAN** par exemple* » (M3).

- « *Alors le **vrai problème** ce sont nos **infrastructures**. Une IRM pour la Corse du sud, 2 scanners embouteillés de toute part, un laboratoire d'anapath.* » (M10).

- « *Et puis nous le caractère insulaire, les prises en charge peuvent être sur Marseille, avec un **épuisement des familles**, car ça peut être des gens qui peuvent rester un mois-un mois et demi sur Marseille, si tu n'as pas de famille tu es obligé de prendre l'hôtel, et il y a des gens qui n'ont pas les moyens de prendre l'hôtel, enfin c'est très lourd* » (M3).

❖ Plusieurs médecins abordent le problème qui découle de l'absence de référent en oncologie c'est-à-dire le manque de confiance du patient lorsqu'il y a différents intervenants dans la même discipline.

- « *Les oncologues non, ça tourne beaucoup. Ils n'ont pas le temps de se familiariser. Le contact personnel est très important, ils ont besoin d'être rassurés* » (M12).

- « *Quand on a les vacations de l'IPC, et quand on n'a pas de cancérologue fixe, c'est compliqué car les patients ont des cancérologues différents et nous aussi on les a au bout du fil, pour nous ça va entre médecins mais les patients ils ont l'impression qu'on ne leur dit pas la même chose mais c'est juste que ce n'est pas tourné de la même façon* » (M13).

❖ Et un risque d'une mauvaise diffusion de l'information :

- « *Ce qui est difficile c'est quand tu veux prendre en charge les gens que sur la Corse, c'est que tu as au moins 5 intervenants, bon ça se fait, tu multiplies, tu perds des informations en route et c'est un peu difficile* » (M14).

❖ Un autre facteur est souligné par un médecin, qui est le manque de médecins dans certaines spécialités.

- « *Soit parce que le niveau de pathologie auquel tu as affaire implique de toute façon que tu l'adresses sur le continent* » (M6).

4.3.6. La communication entre spécialistes et généralistes

4.3.6.1. Accessibilité de certains spécialistes:

❖ Pour quelques médecins, la barrière hospitalière est souvent difficile à franchir. La voie standard via la secrétaire entraîne une difficulté d'accès au confrère spécialiste.

- « *Même le médecin je n'arrive pas à l'avoir au téléphone, un coup il est au bloc, ou il est parti manger, alors je laisse mon numéro, je leur dis « moi je réponds même en mangeant » mais on ne me rappelle pas. Oui c'est parfois le relationnel qui est difficile* » (M2).

- « **La secrétaire qui te fait le barrage**, les médecins hospitaliers qui sont rarement disponibles, alors que nous on est toujours disponibles, les médecins libéraux sont toujours disponibles [...] alors qu'à l'hôpital très compliqué » (M3).

- « **Ils étaient plus accessibles avant je trouve**, c'est une critique que j'assume, j'en ai discuté avec un médecin ce matin. J'ai la plupart des portables des oncologues mais c'est que si on suit le parcours classique, appeler le secrétariat pour ne pas déranger à tort et à travers, on s'aperçoit que ça bloque plus qu'avant, les secrétaires sont probablement débordées, mais **il n'y a pas de lignes directes** » (M4).

❖ Ce confrère considère qu'il remplit le rôle de la secrétaire du spécialiste pour des modalités administratives

- « **Moi je suis leur point d'ancrage pour faire les bons de transport**, c'est péjoratif, **je suis la secrétaire de la secrétaire du CHU** » (M14).

4.3.6.2. **Délai d'information entre médecin généraliste et spécialiste**

❖ Le problème majeur rencontré par la majorité des médecins généralistes est un délai trop long du retour de l'information.

- « **Le problème c'est le courrier**, des fois il faut se battre un peu, je fais intervenir les familles. Oui, je leur dis, vous, vous avez le temps, appelez à l'hôpital, moi je n'arrive pas à avoir un courrier » (M2).

- « **Après le reste, les RCP c'est bien, il faut qu'elles fonctionnent en date réelle**. Regarde j'ai un papier d'une RCP du 16 juin et on est le 24, c'est arrivé par la poste. Mais si elle avait été envoyée sur ma boîte mail ; je l'aurai eu le 17, et si ma patiente s'était présentée dans le laps de temps, je n'aurais pas eu le compte-rendu » (M5).

- « **Moi j'ai toujours un temps de retard** notamment au niveau du courrier, et les familles sont prises dans un flux d'informations, elles sont tétanisées » (M14).

❖ En effet, lors des consultations, le généraliste est face à son patient atteint de cancer, mais il n'a pas les données pour répondre correctement à ses inquiétudes. Pour le patient et sa famille ceci entraîne une attente angoissante.

- « Et des fois tu vois **le patient arriver avant le compte rendu de RCP** quand même. T'en as ils arrivent au cabinet « oui alors Docteur qu'est ce que vous en pensez de ce qu'ils disent ? » (Rire) [...] Donc ce n'est pas évident. Il y a des **problématiques de communication** » (M1).

- « On reçoit les comptes rendus de RCP [...] Il faudrait que ça **arrive plus vite**, parce que souvent le patient est là, mais **on ne sait ce qui a été dit à la RCP** » (M4).

- « C'est ce qu'on fait en général, on attend d'avoir tous les éléments avant d'annoncer et c'est vrai que eux sont très demandeurs très tôt « alors est-ce que c'est un cancer docteur, quel traitement il aura ? », donc voilà ils posent des questions que peut-être les parents ne se sont pas posées. Du coup comme on n'a pas toutes les réponses, ça fait une **attente un peu angoissante** » (M13).

❖ Concernant le suivi à domicile, lorsque le médecin doit intervenir chez son patient, un défaut de transmission sur les éventuels effets secondaires ou sur le risque de complication, est un manque dans la prise en charge.

- « Le problème qui se pose c'est celui du suivi en dehors des phases de chimiothérapie surtout chez le sujet âgé qui tolère moins bien la chimiothérapie, le problème au domicile quand il a des complications ou autre. Pour appréhender le problème, il faut avoir les **informations en temps réel, correctes**, qu'on ait un **dossier partagé** qui soit effectif et qui nous permette en temps réel d'avoir les dernières données concernant le traitement, les problèmes posés par le traitement et les mesures à prendre » (M5).

❖ Ce confrère nous évoque une situation rencontrée qui expose ce problème de communication.

- « Un patient qui avait une hyperleucocytose, je lui ai fait faire un bilan parce qu'il n'était pas très bien, et j'étais incapable de dire et lui il n'a pas su me dire s'il avait eu une stimulation. Donc est-ce qu'on fait une ECBU, j'ai finalement eu le médecin ce matin qui m'a dit qu'il a eu probablement une stimulation » (M4).

4.4. Moyens d'amélioration de la prise en charge du sujet âgé atteint de cancer

4.4.1. Amélioration de la communication entre médecins

- ❖ Un médecin propose des rencontres plus régulières entre les différents oncologues et les médecins généralistes, permettant une meilleure connaissance mutuelle afin de faciliter la prise en charge de leur patient âgé atteint de cancer.
 - « Je pense qu'il faudrait favoriser des **journées de formations** onco avec l'Institut Paoli-Calmettes (IPC) plus fréquemment pour **qu'on puisse se connaître, se rencontrer, échanger** et qu'on puisse après, quand on a besoin, de téléphoner et d'éviter cette voie officielle de secrétaire qui peuvent te barrer la route » (M3).
- ❖ Certains médecins proposent d'avoir un accès plus facile à un site pour obtenir les données informatisées du patient par exemple avec leur carte professionnelle de santé (CPS).
 - « Une communication qui soit effective entre les soignants et le soigné mais aussi entre les différents soignants entre eux mais par **informatique et non par papier** »(M5).
 - « J'ai une **carte CPS**, c'est avec ma carte que je devrais rentrer, Non...des codes. Alors n'importe qui peut créer un fichier avec tous les patients rangés, avec ma carte CPS, comment je fais pour aller sur la CPAM, c'est comme ça. Le **dossier médical partagé DMP**, on en a parlé en 2000, il y a 15ans » (M5).
 - « La mise en place de **plate forme** et d'application connectées sur des serveurs avec des Smartphones, des phones, qui te permettront presque d'avoir du temps réel et une accessibilité directe du dossier du patient »(M6).

4.4.2. Formation continue

- ❖ Certains médecins soulignent un besoin de formation en soins palliatifs afin d'avoir des outils pratiques à utiliser à domicile
 - « Ce que je trouve utile en effet, ce serait des **formations** que ça soit pour la personne âgée ou personne plus jeune, pour la prise en charge en soins palliatifs, qu'on puisse avoir des choses un peu pratiques» (M9).

- « Il faut **nous former aux soins palliatifs et à la gériatrie**, oui ça serait intéressant, moi j'ai quelques notions mais on se rend pas compte quand on est étudiant à quel point c'est important. Moi j'apprends sur le tard, j'apprends beaucoup avec les palliatifs, je les appelle souvent » (M13).

4.4.3. Développement des réseaux de soins à domicile

❖ Pour de nombreux médecins le maintien à domicile de la personne âgée atteinte de cancer reste une priorité.

- « Faire tout pour le maintien à domicile. Il faut arrêter de subventionner les EPHAD et réfléchir sur le **maintien à domicile dans les villages** » (M7).

❖ Le développement de ces réseaux est important et plus particulièrement pour les médecins exerçant en zone rurale.

- « Je trouve qu'il faut beaucoup **développer les réseaux d'hospitalisation à domicile**, je pense que ça, c'est important » (M15).

❖ Un confrère propose de développer un réseau onco-gériatrique-médecin traitant pour une meilleure coordination des soins

- « Réseau onco-gériatrique coordonné avec nous » (M13).

4.4.4. Renforcement du soutien psychologique du patient et sa famille

❖ Un médecin nous interpelle sur le soutien psychologique des patients pris en charge à domicile. Ceci va permettre d'avoir un soutien pour le malade et son aidant principal.

- « Euh après il y a un **abord** qui je pense n'est pas fait, c'est un **abord psychologique**. Avoir des psychologues qu'on n'a pas forcément dans les structures, enfin là à l'EHPAD on en a. Les psychologues pour voir la famille et les malades des fois. Ça je pense que ça pourrait être... ça permet de libérer des souffrances et des angoisses que l'on a des fois" (M15).

❖ Certains médecins proposent lorsque que c'est nécessaire, une hospitalisation pour répit familial.

- « *C'est un drame parce que les aidants, à l'époque on pouvait les hospitaliser pour répit, bon il y a certains EPHAD qu'on connaît bien où on peut avoir une chambre pour un mois. Ca doit être systématique euh, **tous les aidants devraient avoir les congés annuels*** » (M2).

5. Discussion

5.1. Les idées fortes

A travers cette étude, nous avons confirmé la forte volonté d'implication des médecins généralistes dans la prise en charge du sujet âgé atteint de cancer.

Leurs limites d'investigations ou de thérapeutiques ne sont pas liées à l'âge civil, comme il est souvent retrouvé dans la littérature.

Le dépistage reste une priorité dans cette population, malgré l'arrêt des dépistages organisés dans cette tranche d'âge. Il est important de souligner que l'articulation entre la ville et l'hôpital reste fragile. L'accès aux informations nécessaires à la prise en charge en soins primaires par le médecin généraliste doit être amélioré. Un sentiment d'exclusion des décisions, notamment lors du passage en RCP du dossier du patient, est palpable lors des entretiens. L'absence du médecin généraliste lors de ces réunions est un frein supplémentaire dans la prise en charge.

Encore plus valable dans le domaine cancérologique, la communication entre les professionnels de santé est fondamentale pour assurer une continuité des soins et éviter un sentiment de rupture ressenti par le patient en fin d'hospitalisation.

Nous constatons également à travers notre étude que les médecins généralistes n'ont pas évoqué la notion d'évaluation gériatrique, exprimée uniquement par le généraliste référent en soins palliatifs.

La proposition de développer un réseau onco-gériatrique en collaboration avec le médecin traitant peut être un moyen de valoriser le rôle du généraliste.

On conclut au terme de notre étude qu'il est nécessaire de proposer des formations dans le domaine onco-gériatrique et d'améliorer la diffusion d'informations entre les spécialistes et les généralistes par le biais d'un système informatisé et sécurisé.

5.2. Méthodologie et validité interne

5.2.1. Recrutement de la population

La population cible a été recrutée à l'aide d'un conseil, le Dr Natalia Kobtha, oncologue médicale. Les médecins généralistes ont été ensuite contactés par téléphone, ce premier contact est important car j'ai pu me présenter et expliquer le but de notre recherche. Nous avons obtenu ainsi un taux exceptionnel de participation, égal à 50%. Ceci peut traduire le désir des médecins généralistes de s'investir dans la prise en charge du patient âgé atteint de cancer.

Cependant un biais de sélection n'est pas négligeable, en effet le risque a été de sélectionner des médecins généralistes plus intéressés par l'onco-gériatrie.

5.2.2. La population étudiée

Nous avons obtenu un panel de médecins généralistes diversifié dans la région de Corse du Sud.

L'étude porte sur les médecins généralistes concernés, les observations et donc l'analyse qu'on en tire ne sont non pas biaisées mais spécifiques à la population étudiée. En effet, la zone géographique concernée présente des particularités, notamment dans l'accès aux soins lourds, nous l'avons vu, qui font que les résultats méritent sans doute d'être modulés à un niveau plus large, par exemple national ; là encore, il ne s'agit pas tant d'un biais que d'une caractéristique de ce type d'écoute forcément rapprochée, et la Médecine Générale développe volontiers des études similaires sur différents terrains pour en vérifier la validité externe.

La quasi-totalité des médecins généralistes ne possèdent pas de formation en soins palliatifs et aucun n'était formé en gériatrie. Ceci peut expliquer l'évaluation subjective de l'état physiologique du patient sans l'utilisation d'échelles validées.

5.2.3. Les entretiens : biais lié à l'enquêteur

Tous les entretiens, à l'exception d'un, se sont déroulés au sein du cabinet du médecin généraliste interviewé. Ce qui a permis de mettre en confiance le médecin généraliste et de l'explorer dans son univers habituel.

Nous avons obtenu des entretiens avec une durée moyenne de 40 minutes.

Durant les entretiens, nous avons essayé le plus possible d'adopter une attitude neutre lorsque nous posons les questions ouvertes. L'interviewer, généraliste elle-même, était connue de certains généralistes, ce qui n'est pas considéré comme une gêne à l'entretien, et peut même favoriser l'expression spontanée, vécue comme échange avec un pair, et rendre modéré le nombre de relances.

Tous les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un enregistreur numérique, aucune remarque ne m'a été faite concernant la gêne qu'aurait pu occasionner cet appareil.

5.2.4. La méthode d'analyse

Nous l'avons dit en exposant la méthodologie, notre sujet de recherche nécessitait une analyse qualitative par entretiens individuels semi-structurés, rentrant dans le cadre de la **théorisation ancrée**. Dans notre travail de thèse de Médecine, comme dans bien d'autres sans doute, il n'était pas possible de démarrer les investigations sans quelques connaissances a priori de la situation, ni sans regard sur ce que la communauté scientifique a pu écrire à ce sujet : de là est issu le guide d'entretien, canevas le plus discret possible dans l'aide à l'écoute des professionnels interviewés.

Comme dans tout travail similaire, les biais éventuels : recrutement limité, « oubli » d'un interlocuteur à l'avis singulier... sont limités par le type d'étude ne cherchant aucune représentativité statistique, mais un panel d'opinion le plus varié possible.

Pour augmenter la validité interne, une triangulation d'analyse a été réalisée par le directeur de thèse. Une réévaluation des observations par les feed backs [35] des sujets dépasse le cadre de la thèse et sera faite par intérêt personnel a posteriori.

5.3. Principaux résultats et validité externe

5.3.1. Comparaison avec d'autres études :

- ❖ On constate une forte implication des médecins généralistes de notre étude dans plusieurs actions du cancer du sujet âgé, notamment dans le dépistage, le diagnostic, l'orientation vers le spécialiste et le suivi.

Une étude a été réalisée en Poitou-Charentes dont l'objectif était de préciser le rôle des médecins généralistes dans la prise en charge des patients cancéreux. Elle a permis de préciser que le médecin généraliste agissait surtout dans le cadre de la prise en charge des effets indésirables des traitements. 64,2% des médecins interrogés ont déclaré coordonner ces soins extrahospitaliers pour le bien-être de leurs patients [36].

- ❖ Nous remarquons que l'élément central de la prise en charge est le patient. Une étude met en évidence que les médecins généralistes sont activement engagés auprès de leurs patients durant toute la prise en charge, de la découverte à la fin de vie [37].
- ❖ Dans notre étude, la quasi-totalité des médecins généralistes interrogés disent ne pas être influencés par l'âge civil du patient, et que la prise en charge est à l'identique qu'un autre sujet lambda. Cependant, l'âge physiologique énoncé par plusieurs médecins est totalement subjectif. Aucun médecin généraliste interrogé n'a évoqué spontanément la possibilité d'évaluation gériatrique à l'aide d'échelles validées afin de détecter les fragilités des patients âgés atteints de cancer. Ceci peut s'expliquer par le fait que la totalité des médecins généralistes interrogés ne possèdent pas de formation en gériatrie. Cependant on retrouve une connaissance sur les éléments à évaluer pouvant être des facteurs intriqués dans la prise en charge du sujet âgé notamment les comorbidités, l'aspect cognitif et psychologique, l'environnement social, etc.
- ❖ D'après notre étude, de façon surprenante l'annonce du diagnostic de cancer n'est pas réalisée par les médecins généralistes interrogés. En effet, le médecin généraliste prépare le patient à cette éventualité diagnostique puis reformule lorsque le diagnostic a été fait par le cancérologue.

Mais d'après ces professionnels, l'annonce par le spécialiste est souvent faite de façon brutale sans prendre en compte la personnalité du patient receveur de l'information.

Dans une étude réalisée en Aquitaine, 63% des médecins généralistes préféraient annoncer eux-mêmes le diagnostic à leurs patients [38].

Une étude publiée par l'INCa sur « l'annonce du diagnostic de cancer et le ressenti des malades en 2011 » a été menée auprès de 908 personnes malades (dont 60 % étaient des femmes et 60 % avaient moins de 65 ans) qui ont été interrogées par téléphone entre 4 et 7 semaines après leur consultation d'annonce du diagnostic.

Parmi les patients interrogés, 86 % ont estimé que le médecin a su trouver les mots justes pour leur annoncer leur maladie, dont 62 % ont jugé qu'il a tout à fait trouvé les mots justes et 95% des malades déclarent que le médecin qui a réalisé l'annonce leur a parlé avec attention et respect [39].

On remarque que le ressenti des patients de cette étude est différent de celui des médecins généralistes de notre étude.

Selon la mesure 40 du premier Plan cancer, quatre temps successifs sont prévus dans l'annonce du diagnostic [21]:

Un temps médical : l'annonce du cancer est faite lors d'une ou plusieurs consultations par le médecin responsable de la démarche thérapeutique définie lors de la RCP.

Un temps d'accompagnement soignant : les soignants sont présents pour écouter, reformuler, et dépister les besoins psychologiques, nutritionnels, sociaux du patient.

L'accès à une équipe impliquée dans les soins de support : selon les besoins identifiés, le patient doit être mis en relation avec les professionnels responsables des soins de support.

Un temps de communication avec les professionnels de ville : Cette coordination est essentielle et doit être très précoce, le médecin traitant doit être informé par le médecin responsable du traitement notamment sur : *« le diagnostic, le projet thérapeutique, les modifications thérapeutiques, l'inclusion éventuelle dans un essai clinique, les effets secondaires prévisibles du traitement et leur gestion , les autres aspects sur lesquels le médecin traitant doit être vigilant, les éléments du pronostic et les informations données au patient et à ses proches »*

- ❖ Notre étude met en évidence un profil interventionniste des médecins généralistes interrogés : en effet, une volonté d'action dans la prise en charge du cancer est exprimée

par plusieurs médecins. Ce profil est retrouvé dans une étude réalisée auprès des médecins généralistes en Dordogne. Elle retrouvait que ces derniers avaient la même attitude lors de l'orientation vers l'équipe de cancérologie d'un patient âgé atteint de cancer à un stade précoce ou avancé [40].

- ❖ Ils revendiquent leur implication dans le diagnostic du cancer
- ❖ Les médecins généralistes de notre étude pensent que les patients atteints de cancer restant en contact avec leur médecin traitant ont une meilleure qualité de vie. Une étude met en évidence une diminution significative de la mortalité chez les patients traités pour un cancer du poumon lorsqu'ils consultent un médecin des soins primaires dans les 6 mois suivant le traitement. Cette diminution est proportionnelle à la fréquence des consultations [41].

5.3.2. Spécificité de la personne âgée atteinte de cancer

- ❖ Les médecins généralistes de notre étude considèrent que leur expérience personnelle est un facteur pouvant avoir une certaine influence auprès des patients. En effet, la longue expérience du médecin traitant avec son patient âgé permet au patient et au médecin d'avoir une attitude personnalisée.
- ❖ La personne âgée a besoin d'avoir l'avis de son médecin traitant concernant sa prise en charge. Il retourne le voir après sa consultation avec le spécialiste. Cette démarche est plus régulière que chez le sujet jeune.
- ❖ La solitude est plus fréquente chez la personne âgée. Les médecins généralistes font appel plus souvent à une tierce personne lors de la prise en charge de la personne âgée. D'après eux, l'environnement social du patient âgé atteint de cancer est plus important que chez le sujet jeune.

Cette réflexion est retrouvée dans la littérature. En effet, au cours du traitement du cancer, la personne âgée a davantage recours à l'aide d'une personne proche que le sujet jeune. De même, l'isolement social de la personne âgée augmente à partir de l'âge de 75 ans et peut avoir un impact pronostique. La question de l'institutionnalisation se pose alors lorsque l'entourage n'est pas présent ou que celui-ci est défaillant [42].

- ❖ Une autre différence est soulignée concernant l'objectif de la prise en charge des patients. En effet, le sujet jeune porte davantage ses attentes sur une guérison rapide, alors que la personne âgée est dans la demande d'un confort de vie.
Une étude compare l'impact psychosocial du cancer sur des sujets âgés et jeunes et sur leur famille. On y lit que des patients âgés atteints de cancer souffrent moins de dépression que leurs homologues plus jeunes. Malgré leurs comorbidités, les patients plus âgés subissent moins de conséquences sociales. En effet, les conséquences économiques et sociales sur le sujet jeune atteint de cancer et sa famille sont dévastatrices [43].
- ❖ Les médecins sont optimistes et ne jugent pas sur l'âge du patient. Leurs démarches lors de la prise en charge du sujet âgé sont à l'identique de celles entreprises pour un sujet jeune.
Cependant l'équité des soins n'est souvent pas faite par discrimination sur l'âge. Le respect des principes éthiques fondamentaux est souvent utilisé comme prétexte au sous-traitement de la personne âgée atteinte de cancer [44].
- ❖ Concernant la charge émotionnelle des médecins généralistes interrogés, celle-ci est plus importante lorsqu'il s'agit d'un cancer du sujet jeune.

5.3.3. Facteurs freinateurs

5.3.3.1. Manque d'organisation dans l'articulation Ville-Hôpital

En premier, il est important d'aborder le sujet de la communication entre les cancérologues et les généralistes.

Les médecins généralistes de notre étude considèrent que c'est un frein majeur. En effet les informations sont transmises souvent à distance des consultations avec le spécialiste. Ceci entraîne une cassure dans la continuité des soins du patient atteint de cancer.

Les médecins ont souligné dans une étude, le caractère souvent imprécis et incomplet de cette information notamment sur la durée du traitement, le nombre de cures, le lieu de réalisation, les modalités d'admission et l'adjonction de traitements annexes [36].

Mais pour être efficace le médecin généraliste a besoin d'informations effectives et dans un temps très rapide pour appréhender au mieux la situation clinique du patient à domicile, y compris dans l'urgence.

Selon l'article 64 du code de déontologie « *Lorsque plusieurs médecins collaborent à l'examen ou au traitement d'un malade, ils doivent se tenir mutuellement informés* » [45], une communication des informations est nécessaire à l'exercice collégial.

D'après les médecins généralistes, cette règle primordiale n'est pas respectée par certains spécialistes, entraînant un sentiment d'exclusion dans la prise en charge des patients [46].

Dans une étude de Dagada. C et al., la communication entre professionnels est souvent établie par courrier et par entretien téléphonique dans la majorité des cas. La qualité des informations transmises par le spécialiste était qualifiée pour la moitié de « correcte », 42% de « bonne » et 6% de « médiocre ». Le délai d'obtention de ces informations dépend du médecin spécialiste, pour plus de la moitié des médecins généralistes interrogés, 17% la qualifiaient de tardive et seulement 29% déclarent recevoir l'information en temps utile. Il apparaît dans cette étude que les objectifs d'amélioration de la prise en charge du patient atteint de cancer sont : la communication entre les spécialistes pour 43% et le délai d'obtention de l'information plus courte pour 35% des médecins généralistes interrogés [38].

Seulement un quart des généralistes ont déclaré être satisfaits de la coordination ville-hôpital [47].

Comme prévu par la mesure 40 du plan cancer, le médecin traitant doit être associé très rapidement dans le parcours de soins du patient et ceci dès l'annonce du diagnostic. Le médecin généraliste pourra alors transmettre ces informations au patient.

Une étude qualitative par focus groupes a été réalisée par Walshen. J et al. en Australie auprès de patients et de soignants sur la coordination des soins. Les résultats montraient qu'il existe chez les deux groupes une confusion concernant les soignants référents de la prise en charge, ainsi qu'une communication inadéquate entre spécialiste et généraliste. En effet, Les médecins traitants ont constaté un retard dans la transmission des résultats de diagnostic, de traitement, des complications et qui ne leur permettait pas de fournir des conseils appropriés à leurs patients. Une solution a été proposée, des réunions pluridisciplinaires régulières, afin de

permettre aux différents intervenants de discuter des alternatives thérapeutiques, clarifier le rôle de chacun et simplifier la communication [48].

5.3.3.2. *L'absence des médecins généralistes en RCP*

Pour plusieurs raisons les médecins généralistes interrogés, ne participent pas aux RCP.

En effet, la raison principale exprimée est le manque de temps pour y participer, celle-ci est aussi retrouvée dans la littérature [47]. De plus le médecin généraliste n'est pas toujours informé du moment précis du passage du dossier de son patient.

Puis les médecins généralistes ont un sentiment d'exclusion par leurs confrères spécialistes, par manque de connaissance en cancérologie. Certains médecins de l'étude sont demandeurs de formation continue en cancérologie et gériatrie.

Depuis la mise en place du premier Plan cancer, tout nouveau patient atteint de cancer doit bénéficier d'une concertation pluridisciplinaire autour de son dossier. Cette mesure devenue obligatoire permet l'égalité de chance pour tous les patients. Plusieurs spécialistes participent à la discussion d'un dossier, et dans 60% des cas au moins trois médecins participent à la délibération mais aucun médecin généraliste n'est présent lors des réunions [30].

Une étude issue d'un travail de thèse, a été réalisée auprès des médecins concernant les RCP. Elle retrouvait une infime présence de généralistes. Environ 10% des généralistes ont déclaré avoir été invités à ces réunions de cancérologie. Plusieurs raisons à cette absence, la plus fréquente était le manque de temps. La plupart des médecins participants ont déclaré que la présence du médecin généraliste permettrait d'apporter une connaissance sur les antécédents médicaux, des informations psychosociales et environnementales du patient, de rencontrer ses confrères hospitaliers, de connaître les effets secondaires des traitements en vue de leur gestion et de limiter la perte d'information.

De nombreux médecins ont déclaré que la participation à la RCP était un moyen de formation pour les médecins traitants. Plusieurs propositions ont été exprimées afin d'augmenter cette participation. Par exemple une présence aux RCP par visioconférence et une rémunération étaient exprimées par 60% des généralistes [47].

5.3.4. Facteurs facilitants

5.3.4.1. Une meilleure information du patient sur sa maladie

Le premier facteur à prendre en compte c'est le patient, en effet il est au centre de la prise en charge. L'information délivrée au patient doit être complète pour une adhésion au projet thérapeutique.

5.3.4.2. Le réseau soignant-soignant

Le réseau confraternel entre médecins généralistes et spécialistes se construit par plusieurs étapes, évoluant dans le temps et fonction des réponses des confrères. Plusieurs moyens sont utilisés tels que les rencontres lors des enseignements postuniversitaires locaux (EPU), les liens durant les études, congrès, carnet d'adresse d'un collègue, etc. [46]

Dans notre étude, les médecins généralistes interrogés évoquent de bons rapports très confraternels, voir amicaux avec les cancérologues. Ils sont disponibles réciproquement pour des échanges professionnels lors de la prise en charge du sujet atteint de cancer.

5.3.4.3. Une organisation optimale des soins à domicile

Les médecins généralistes de notre étude évoquent une volonté d'un maintien à domicile lorsque celui-ci est possible de la personne âgée atteinte de cancer.

Alors que de nombreux médecins généralistes mettent en avant la qualité de la relation étroite avec l'infirmière de proximité, nous n'avons pas eu de verbatim exprimant une différence avec celles des réseaux.

Cependant selon cette étude qualitative menée par Mino J-C, les médecins généralistes n'envisagent pas de former une équipe avec les réseaux de soins. Ils collaborent avec les réseaux sur un problème concret comme dans un service à la disposition des médecins généralistes et de manière ponctuelle. Ainsi les équipes des réseaux de soins regrettent leur faible coopération [49].

5.4. Moyens d'améliorations de la prise en charge du patient âgé atteint de cancer

5.4.1. Propositions issues directement des entretiens

❖ Proposition de formation continue :

Nous l'avons souligné précédemment, les médecins généralistes de notre étude ont une vision subjective de l'état physiologique du patient. Et une demande de formation a été exprimée par plusieurs médecins interrogés.

Une étude issue d'un travail de thèse a été réalisée dans les Alpes Maritimes sur l'opinion des médecins généralistes sur l'intérêt de l'évaluation oncogériatrique. Celle-ci met en évidence que la plupart des généralistes n'ont aucune expérience de l'évaluation oncogériatrique, ils pensent que celle-ci serait bénéfique pour le patient, mais est plus utile pour les spécialistes [50].

En effet nous pouvons proposer de réaliser avec l'appui de l'URPL et de l'ARS de la région, une formation sur le thème de l'oncogériatrie et en particulier sur l'évaluation gériatrique standardisée.

❖ Réunion pluridisciplinaire plus fréquente :

Cette proposition a été aussi formulée dans l'étude de Walshen. J et al. afin d'améliorer la discussion et la coordination des soins entre les professionnels [48]. Nous pouvons organiser des enseignements postuniversitaires (EPU) sur un thème précis, par exemple l'annonce du diagnostic. En effet, ce sujet a fait réagir de nombreux médecins généralistes de notre étude. Une réunion sur ce thème entre les médecins généralistes et spécialistes peut les amener à échanger leurs expériences et leurs ressentis.

❖ Développer un réseau onco-gériatrie-généraliste

Cette proposition faite par les médecins généralistes de l'étude exprime la volonté d'être associés à une équipe pluridisciplinaire. Ce réseau doit être externalisé au milieu hospitalier. En effet, l'avis du généraliste sera probablement davantage sollicité par ses confrères spécialistes.

5.4.2. Propositions issues indirectement des entretiens

❖ Elaborer un outil de dépistage des fragilités validé en soins primaires.

Un des rôles du généraliste est le repérage des fragilités pouvant prédire le risque de perte d'autonomie, de chutes, d'isolement social, d'institutionnalisation ou de décès.

L'intervention des différents acteurs de santé lorsqu'une fragilité est identifiée va permettre une réversibilité de celle-ci.

A partir d'outils dérivés des critères de Fried, un questionnaire pertinent a été élaboré par le Gériatopole de Toulouse dans le but de repérer les fragilités en soins primaires (Annexe N°5)

Cet outil permet :

- l'obtention d'un document standardisé et transmissible traduisant la vision globale que le généraliste a de son patient âgé atteint de cancer.
- l'utilisation d'un même langage sur le niveau de fragilité afin d'argumenter une décision collégiale médecin traitant – gériatre – oncologue.
- la détection et l'évaluation de nouvelles fragilités du patient en amont et durant les différentes phases de traitement.

❖ Création d'une fiche de liaison à destination des médecins traitants :

Une étude rétrospective auprès des médecins traitants a été réalisée sur l'impact d'une fiche de liaison relative aux soins de support des patients atteints de cancer. L'envoi de cette fiche structurée et standardisée en complément du compte rendu d'hospitalisation est associé à une meilleure identification des personnes ressources en soins de support. Ceci permet d'améliorer la continuité des soins pour ces patients.

Mais il n'y a pas eu de preuve concernant l'amélioration des informations médicosociales prises à la sortie de l'hôpital [51].

❖ Portail web RCP

Un accès sécurisé aux décisions prises en RCP, peut constituer une compensation au délai trop long d'information entre l'hôpital et la ville.

Un projet de créer un portail web avec accès sécurisé par login et mot de passe, permettra en temps réel aux médecins traitants d'accéder aux données concernant le patient atteint de cancer.

Nous avons quelques exemples au niveau des autres régions :

- Dans la région du Nord-Pas-De-Calais, le réseau de cancérologie a mis en place des fiches RCP qui sont enregistrées sur le portail web DCR, permettant un partage sécurisé de l'information médicale entre les professionnels de santé d'hôpital et de ville des comptes rendus des RCP.
- Dans la région PACA, un nouvel accès pour OncoRCP a été créé. Il se fait désormais à partir du portail de l'ENRS PACA. Les professionnels peuvent ainsi accéder par une identification unique aux différents services de l'Espace Numérique Régional de Santé : messagerie sécurisée, webconférence

❖ Dossier communicant de cancérologie (DCC)

Le nouveau Plan cancer prévoit la mise en place d'un DCC, qui permettra d'échanger des données médicales telles que les fiches de RCP, les comptes rendus opératoires, les comptes rendus anatomopathologiques, d'élaborer le programme personnalisé de soins (PPS), d'accéder aux recommandations de pratique clinique : en conséquence d'améliorer la coordination ville-Hôpital et les échanges d'informations des processus de soins en cancérologie entre professionnels [23].

6. Conclusion

Notre étude a permis de mettre en évidence une volonté de la part des généralistes de s'impliquer dans la prise en charge des patients âgés atteints de cancer.

Le dépistage reste une priorité malgré les recommandations sur l'arrêt des dépistages dans cette population.

Les spécificités liées à l'âge sont énoncées par les généralistes, la solitude entraînant un isolement social et une dépendance à une tierce personne étant plus fréquente que chez le sujet jeune. La personne âgée privilégie dans sa demande la qualité de vie.

L'engagement et l'anticipation des généralistes ainsi que l'entourage familial sont des éléments favorisant cette prise en charge

Celle-ci est faite dans le respect de l'équité d'accès aux soins sans discrimination par rapport à l'âge.

Cependant la perception de l'âge physiologique est subjective, cela nécessiterait un renforcement de l'évaluation gériatrique en médecine générale pour une détection précoce des fragilités à l'aide d'un outil validé en soins primaires.

Toutefois les médecins généralistes rencontrent plusieurs freins notamment dans la communication et la diffusion de l'information entre l'hôpital et la ville. Leur absence en RCP est un écueil supplémentaire dans la prise en charge.

Ainsi il serait nécessaire d'améliorer la communication entre professionnels de santé pour une meilleure continuité des soins du patient.

Une proposition de formations et de développement d'un réseau onco-gériatrie-généraliste peut entraîner un renforcement du rôle pivot du médecin généraliste.

Annexe 1 : Présentation de l'étude

Thèse de médecine générale :

« Facteurs impliqués dans la prise en charge du sujet âgé atteint de cancer: étude qualitative auprès de médecins généralistes de Corse du sud »

Chère consœur, cher confrère

Je prépare actuellement une thèse en vue de l'obtention du diplôme de Docteur en Médecine dont l'objectif est d'identifier les facteurs influençant la prise en charge du sujet âgé atteint de cancer en soins primaires.

La structure de l'étude comprend des entretiens semi-dirigés auprès de médecins généralistes de Corse du Sud, d'une durée d'environ 30minutes.

L'entretien sera enregistré si vous l'acceptez et les données recueillies resteront anonymes.

Merci d'avance pour votre participation à ce travail et je m'engage à vous faire part des résultats de mon travail.

Confraternellement.

AKERMA-RUSTERUCCI Nassima

DES de médecine générale

Faculté de médecine de Nice

Annexe 2 : Guide d'entretien

1. Nous parlons du cancer du sujet âgé : qu'est-ce que cela représente pour vous?

Relance : L'âge représente t-il une différence à vos yeux dans cette pathologie ?

2. Quelles sont les caractéristiques du patient qui peuvent influencer sa prise en charge ?

Relance : état général / comorbidités / troubles cognitifs / mode de vie

3. Comment se passe l'orientation de la personne âgée atteinte de cancer vers le spécialiste?

Relance : quels sont les facteurs qui peuvent influencer l'orientation ? / disponibilité des spécialistes

4. En pratique, comment se passe l'annonce du diagnostic d'un cancer ?

Relance : quelles informations données? Existe-t-il des obstacles ? : liés aux troubles cognitifs / la pression de la famille ou une demande particulière.

5. Quel est votre avis concernant le temps de prise en charge du cancer du sujet âgé? (entre les premiers signes cliniques et le traitement)

Relance : quel est ce délai? Est-il acceptable ? Banalisation des symptômes (par le patient ? l'entourage ? le médecin ?) Peur du diagnostic (par le patient ? l'entourage ? le médecin ?)

6. Comment percevez-vous l'abstention thérapeutique?

Relance : soutien psychologique du patient plus importante? Charge de travail plus lourde ?

7. En quoi votre expérience entraîne-t-elle une prise en charge différente du sujet âgé atteint de cancer ?

Relance : Engagement (pourquoi et comment?)/charge émotionnelle du médecin/du patient/de l'entourage ? Prise en charge chronophage/Frein financier?

8. Comment qualifiez-vous la relation Médecin-patient âgé atteint de cancer ?

Relance : existe t-il une différence avec le sujet jeune?/Ancienneté de la relation/infantilisation du sujet âgé.

9. Est-ce que nous pouvons parler des aidants ?

Relance: A votre avis quelle place occupe la famille? Comment prendre en compte l'épuisement des aidants ?/hospitalisation pour répit familial ?

10. Comment organisez-vous la prise en charge à domicile?

Relance : soins de support/ protocoles/ effets secondaires du traitement du cancer ? Comment gérez-vous l'urgence à domicile/Contact avec l'équipe paramédicale.

11. Comment qualifiez-vous la relation du médecin généraliste avec les spécialistes ?

Relance : -Quel type de communication utilisez vous avec les spécialistes ? Trouvez vous que le délai d'information entre médecins est convenable ?

12. Recevez-vous les comptes-rendus de RCP, et êtes-vous satisfaits des informations données?

Relance : Souhaiteriez-vous y participer?:présentiel, tel, skype..formulaire papier préalable....

13. Quelles seraient vos suggestions pour améliorer la prise en charge du sujet âgé atteint de cancer ?

Relance : bonne coordination hôpital/ville .Formation continue.

Caractéristiques des médecins généralistes :

- Votre âge : ... ans :

- Homme/femme

- Année Doctorat :

- Mode d'installation : cabinet seul/cabinet de groupe/cabinet pluridisciplinaire

- Lieu d'installation : rural/semi-rural/urbain.

- Avez-vous une formation en gériatrie ?

- Avez- vous une formation en soins palliatifs ?

-Combien de patients âgés atteints de cancer comptez-vous dans votre patientèle :

<5 ; 6-15 ; 16-30 ; > 30

Annexe 3 : Indicateurs statistiques thématiques et cartographies en région Corse 2011.

	Indicateur	Année/Période	Résultat
Morbidité	Nombre de nouveaux cas ¹	2005	1 455 (H : 813 ; F : 642)
Mortalité	Nombre annuel moyen de décès ²	2006-2008	801 (H : 473 ; F : 328)
	Rang et part parmi l'ensemble des décès ²	2006-2008	2 ^{ème} , 29 % (H : 1 ^{er} , 34 % ; F : 2 ^{ème} , 24 %)
	Part parmi l'ensemble des années potentielles de vie perdues ³	2006-2008	27 % (H : 22 % ; F : 40 %)
	Part parmi l'ensemble des décès prématurés (<65 ans) ²	2006-2008	40 % (H : 37 % ; F : 48 %)
Situation par rapport à la France	Ratio standardisé d'incidence ¹ (base 100 = France métropolitaine)	2005	H : 84 F : 94
	Indice comparatif de mortalité ⁴ (base 100 = France métropolitaine)	2003-2005	100 (H : 100 ; F : 98)
Evolution	Evolution du taux d'incidence standardisé ¹	De 1980 à 2005	H : +47 % F : +84 %
	Evolution du taux comparatif de mortalité ⁴	De 1980-1982 à 2003-2005	-4 % (H : -6 % ; F : -3 %)
Différences hommes/femmes	Rapport des taux d'incidence standardisés ¹ - H/F	2005	1,3
	Rapport des taux comparatifs de mortalité ⁴ - H/F	2003-2005	2,1
Disparités géographiques	Rapport des taux comparatifs de mortalité par département ⁴ - max/min	2003-2005	1,1 (H : 1 ; F : 1,2)
Différences selon la CSP	Rapport des taux comparatifs de mortalité chez les hommes de 25-54 ans ⁵ - employés, ouvriers/cadres et professions intellectuelles supérieures	1991-2005 ¹	2,2*

* Différence statistiquement significative au seuil de 5 % / ¹ L'année 1998, atypique du point de vue du codage de la CSP sur les certificats de décès, a été exclue du calcul / ² Source : INVS, Inserm, Fonda, Hôpitals Civils de Lyon – exploitation ORS Paca / ³ Source : Inserm-CépiDc – exploitation ORS Paca / ⁴ Selon la liste abrégée des causes de décès et la méthodologie de l'Inserm-CépiDc (limite d'âge retenue : 65 ans). Source : Inserm-CépiDc – exploitation ORS Paca / ⁵ Source : Inserm-CépiDc, Insee – exploitation Fnaes (SCORE-Santé) et ORS Paca / ⁶ Source : Inserm-CépiDc, Insee – exploitation Fnaes et ORS Paca / **NB** : – Les chiffres indiqués concernent les tumeurs malignes. Toutes tumeurs confondues - malignes et bénignes - les tumeurs représentent la première cause de mortalité en Corse (30 %), comme au niveau national (BEH 2007 n°35-36). – L'incidence étant une estimation (basée sur l'extrapolation du rapport incidence/mortalité de la zone couverte par les registres de cancer), la significativité du ratio standardisé d'incidence ne peut être calculée.

Annexe 4 : ONCODAGE, outil de dépistage gériatrique en oncologie.

Référence N°10.

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

Annexe 5 : Grille de repérage de la fragilité élaborée par le gérontopole de Toulouse.

REPÉRAGE			
	Oui	Non	Ne sait pas
Votre patient vit-il seul ?	☐	☐	☐
Votre patient a-t-il perdu du poids au cours des 3 derniers mois ?	☐	☐	☐
Votre patient se sent-il plus fatigué depuis ces 3 derniers mois ?	☐	☐	☐
Votre patient a-t-il plus de difficultés pour se déplacer depuis ces 3 derniers mois ?	☐	☐	☐
Votre patient se plaint-il de la mémoire ?	☐	☐	☐
Votre patient a-t-il une vitesse de marche ralentie (plus de 4 secondes pour parcourir 4 mètres) ?	☐	☐	☐

Si vous avez répondu OUI à une de ces questions :

Votre patient vous paraît-il fragile : ☐ OUI ☐ NON

Si oui, votre patient accepte-t-il la proposition d'une évaluation de la fragilité en hospitalisation de jour : ☐ OUI ☐ NON



Annexe 7. ARS : Schéma Régional d'Organisation des Soins - Corse 2012-2016. Référence N°33

	Cancers pathologies ORL et Maxillo-faciale	Cancers pathologies mammaires	Cancers pathologies urologiques	Cancers pathologies digestives	Cancers pathologies thoraciques	Cancers pathologies gynécologiques
SEUIL	20	30	30	30	30	20
Etablissements						
CH AJACCIO	43	76	27	30		18
S.A. CLINIQUES D'AJACCIO			45	66		
2A	43	76	72	96	0	18

Tableau 1. Nombre de patient par établissement pour les activités chirurgicales soumises à seuil (valeurs moyennes sur les années 2008 – 2009 – 2010)

Chimiothérapies ou autres traitements médicaux spécifiques du cancer : 80 patients en chimiothérapie dont 50 au moins en hospitalisation de jour. Moyenne calculée sur les années 2008 - 2009 - 2010			
Etablissement	CH Bastia	CHD	Polyclinique La Résidence
Nombre de patients en chimiothérapie	202	529	571
Dont nombre de patients en hospitalisation de jour	137	451	480

Tableau 2. Activités de chimiothérapies

Année 2010				
Evolution				
Type de chirurgie cancéro.	2 008	2 009	2 010	Seuil annuel pour un site
Sein	71	99	103	30
Digestif	89	73	92	30
Urologie	39	37	40	30
Thorax	61	76	96	30
Gynécologie	23	23	24	20
ORL	55	42	57	20
Total	338	350	412	

Tableau 3. Fuites vers PACA

Année 2010				
Évolution				
Type de chirurgie cancéro.	2 008	2 009	2 010	Seuil annuel pour un site
Sein	16	14	17	30
Digestif	13	14	12	30
Urologie	10	7	10	30
Thorax	6	5	10	30
Gynécologie	3	0	2	20
ORL	7	7	5	20
TOTAL	55	47	56	

Tableau 4. Fuites vers Ile de France

Résumé : « *Opinion des Généralistes de Corse du Sud sur les facteurs impliqués dans la prise en charge du sujet âgé atteint de cancer en soins primaires* »

Introduction : En France, 60% des cancers surviennent chez les personnes âgées de plus de 65 ans et représentent la première cause de mortalité : c'est un problème de santé publique. Dans cette population hétérogène, le dépistage des fragilités gériatriques permet d'évaluer le rapport bénéfice-risque de la prise en charge. Le développement des innovations en cancérologie entraîne une augmentation des traitements ambulatoires, majorant encore l'importance du rôle du généraliste.

Objectif : Le but de l'étude était d'identifier les facteurs freinateurs et facilitateurs dans la prise en charge du cancer du sujet âgé. L'objectif secondaire était de proposer des moyens d'amélioration de cette prise en charge en soins primaires.

Méthode : Nous avons mené une étude qualitative, par entretiens semi-dirigés auprès de seize médecins généralistes de Corse du Sud entre juin et août 2015.

Résultats : Notre étude a permis de percevoir la volonté d'implication des médecins généralistes dans le cancer du sujet âgé. Cette prise en charge est centrée sur le patient. A l'âge civil est préférée une évaluation de l'âge physiologique, qui est cependant subjective. Le dépistage reste une priorité malgré les recommandations d'arrêt des dépistages organisés dans cette population. La solitude, la fatalité, la dépendance à une tierce personne, les rapports étroits avec les généralistes sont des spécificités liées à l'âge énoncées par les généralistes, qui pensent que la personne âgée privilégie dans sa demande la qualité de vie. L'engagement et l'anticipation des généralistes ainsi que l'entourage familial sont des éléments favorisant cette prise en charge. Le frein principal évoqué par les médecins traitants est la communication avec une difficulté de transmission d'information entre spécialistes et généralistes. Ils voient leur absence en réunion de concertation pluridisciplinaire comme un écueil supplémentaire dans la prise en charge, et proposent différents moyens d'amélioration.

Conclusion: Par sa proximité, le médecin généraliste a une vision globale du patient. Ce travail a montré une demande de renforcement de son rôle par des formations en onco-gériatrie et une amélioration de la diffusion d'information entre médecin traitant et spécialiste.

Mots-clés : cancer, sujet âgé, onco-gériatrie, médecine générale, relation généraliste-spécialiste, relation médecin – patient, entretiens semi-dirigés, recherche qualitative.

Bibliographie

- [1] Les cancers en France, Les Données, INCa, janvier 2014.
- [2] Freyer G, Braud AC, Chaibi P, Spielmann M, Martin JP, Vilela G, Guerin D, Zelek L. Dealing with metastatic breast cancer in elderly women: results from a French study on a large cohort carried out by the 'Observatory on Elderly Patients'. *Ann. Oncol.* 2006 ; 17 :211-17.
- [3] Newcomb P A, Carbone P P. Cancer treatment and age: patients perspectives. *J Natl Cancer Inst* 1993 ; 85 :1580-84.
- [4] Yonnet S, Gazaille V, Grasset-Dupouy M, Boutot-Eyllier S, Charmes JP, Bonnaud F, Vergnenegre A, Druet-Cabanc M. Âge et décision de prise en charge des patients atteints d'un cancer pulmonaire primitif. *Rev Mal Respir* 2008; 25 :295-302.
- [5] Pourcel G, Ledesert B, Bousquet PJ, Ferrari C, Viguiier J. Délais de prise en charge des quatre cancers les plus fréquents dans plusieurs régions de France en 2011 et 2012. *Bull Cancer* 2013 ; 100 :1237-50.
- [6] Townsley CA, Chan KK, Pond GR, Marquez C, Siu L, Strauss SE. Understanding the attitudes of the elderly towards enrolment into cancer clinical trials. *BioMed Central Cancer* 2006 ; 6 :1-9.
- [7] Agence Régionale de Santé de Corse. Analyse de la morbi-mortalité en région Corse, version du 20 juin 2012. Disponible sur : http://www.sirsecorse.org/actualites/depot/131_actu_fichier_joint.pdf
- [8] Fried LP, Tangen CM, Waltson J, Newman AB, Hirsch C. Frailty in Older Adults: Evidence for a Phenotype. *J. Gerontol* 2001 ; 56 :146–56.

- [9] Vogel T, Schmitt E, Kaltenbach G, Lang PO. La fragilité : un concept robuste mais une méthode d'évaluation encore fragile. *NPG Neurologie-Psychiatrie-Gériatrie* 2014 ; 14 :43-9.
- [10] Soubeyran P, Bellera C, Goyard J, Heitz D, Cure H, Rousselot H, Albrand G, Servent V, Saint Jean O, Roy C, Mathoulin-Pelissier S, Rainfray M. Validation of the G8 screening tool in geriatric oncology: The ONCODAGE project. *J. Clin. Oncol.* [Internet]. 2011 ;29: (suppl; abstr 9001). Available from: <http://meetinglibrary.asco.org/content/82003-102>.
- [11] Puel A. Etude de faisabilité du test G8 en médecine générale. [Thèse d'exercice]. [France] : Université Toulouse III – Paul SABATIER Faculté de Médecine de Rangueil, 2014.
- [12] Marx E, Reich M. Croyances, idées reçues et représentations de la maladie cancéreuse. *Psycho-Oncol.* 2009 ; 3 :129-30.
- [13] Beck F, Peretti-Wattel, P, Gautier A, Guilbert P. Regards sur le cancer : représentations et attitudes du public. *Evolutions* 2006 ; 4:1-6.
- [14] Elkin EB, Kim SHM, Casper ES, Kisssane DW, Schrag D. Desire for information and involvement in treatment decisions: elderly cancer patients' preferences and their physicians' perceptions. *J. Clin. Oncol.* 2007 ; 25:5275-80.
- [15] Ferraton-Rollin M, Magne N, Gonthier R, Merrouche Y, Bois C. L'annonce du diagnostic de cancer : point de vue du médecin généraliste. *Bull Cancer* 2013 ; 100 :955-62.
- [16] Tardieu E, Thiry-Bour C, Devaux C, Cloacan D, De Carvalho V, Grand M, Rousselot-Marche E, Jovenin N. Place du Médecin généraliste dans le traitement du cancer en Champagne-Ardenne. *Bull Cancer* 2012 ; 99 :557-62.
- [17] Nguyen TD, Vincent P, Lamberth F, Robles V, Cure H. Perspectives en cancérologie pour les Médecins généralistes : enquête interrégionale 2010. *Bull Cancer* 2011 ; 98 :1143-52.
- [18] Peyraud S, Fournel P, Grangeon-Vincent V, Vallee J. Vécu des aidants principaux de patients traités pour cancer broncho-pulmonaire et place attribuée au médecin généraliste. *Bull Cancer* 2015 ; 102 :226-33.

- [19] Serresse L. Paroles de médecins généralistes : comment font-ils avec les difficultés ressenties pendant l'accompagnement d'un patient en fin de vie ? *Médecine palliative - Soins de support - Accompagnement - Éthique* 2011 ; 10 :286-91.
- [20] Texier G, Rhondali W, More V, Filbet M. Refus de prise en charge du patient en soins palliatifs (en phase terminale) à domicile par son médecin généraliste : est-ce une réalité ? *Médecine palliative - Soins de support - Accompagnement - Éthique* 2013 ; 12 :55-62.
- [21] Le Plan cancer 2003-2007. Disponible sur : <http://www.e-cancer.fr/Plan-cancer/Les-Plans-cancer-de-2003-a-2013/Le-Plan-cancer-2003-2007>
- [22] Le Plan cancer 2009-2013. Disponible sur : <http://www.e-cancer.fr/Plan-cancer/Les-Plans-cancer-de-2003-a-2013/Le-Plan-cancer-2009-2013>
- [23] Le Plan cancer 2014-2019. Disponible sur : <http://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Plan-cancer-2014-2019>
- [24] Monfardini S, Balducci L. A Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) is Necessary for the Study and the Management of Cancer in the Elderly. *Eur J Cancer* 1999 ; 35 :1771-72.
- [25] Albrand G. L'évaluation gériatrique en cancérologie chez le sujet âgé. *Progrès en urologie* 2009 ; 3 :71-4.
- [26] Balducci L, Extermann M. Management of Cancer in the Older Person: A Practical Approach. *The Oncologist* 2000 ; 5 :224-37.
- [27] Stuck AE, Siu AL, Darryl Wieland G, Adams J, Rubenstein LZ. Comprehensive geriatric assessment: A meta-analysis of controlled trials. *The Lancet* 1993 ; 342 :1032-6.
- [28] Étude sur les délais de prise en charge des cancers du sein et du poumon – INCa - juin 2012. Mesure 19 action 19.4.

- [29] Delva F, Marien E, Fonck M, Rainfray M, Demeaux JL, Moreaud P, Soubeyran P, Sasco A-J, Mathoulin-Pelissier S. Factors influencing general practitioners in the referral of elderly cancer patients. *BioMed Central Cancer* 2011 ; 11 :5.
- [30] Orgerie MB, Duchange N, Pelicier N, Chapet S, Dorval E, Rosset P, Lemarié E, Hervé C, Moutel G. La réunion de concertation pluridisciplinaire : quelle place dans la décision médicale en cancérologie ? *Bull Cancer* 2010 ; 97 :255-64.
- [31] Monfardini S. What do we know on variables influencing clinical decision-making in elderly cancer patients? *Eur J Cancer* 1996 ; 32 :12-4.
- [32] Kurtz JE, Heitz D, Enderlin P, Imbert F, Nehme H, Bergerat J P, Dufour P. Geriatric oncology, general practitioners and specialists: current opinions and unmet needs. *Crit Rev Oncol hematol* 2009 ; 1 :47-57.
- [33] Le Schéma Régional d'Organisation des Soins (SROS). Corse 2012-2016. Disponible sur :http://www.ars.corse.sante.fr/fileadmin/CORSE/documentations/PRS/PRS_CORSE_2012-2016_SROS.pdf.
- [34] Bardin L.L'analyse de contenu. 2 ed. Paris : Presses Universitaires-PUF,2013.
- [35] Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz AM, Imbert P, Letrillart L. Introduction à la recherche qualitative. *Exercer* 2008 ; 17:142-47.
- [36] Boiche T. Suivi d'un patient cancéreux en médecine générale : Enquête auprès des médecins généralistes du Poitou-Charentes. [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Poitiers, 2004.
- [37] Bungener M, Demagny L, Holtedahl KA, Letourmy A. La prise en charge du cancer : quel partage des rôles entre médecine générale et médecine spécialisée ? *Pratiques et Organisation des Soins* 2009 ; 40 :191-96.

[38] Dagada C, Matboulin-Pelissier S, Monnereau A, Hoerni B. Prise en charge des patients cancéreux par les médecins généralistes. *Presse Med* 2003 ; 32 :1060-65.

[39] Étude sur l'annonce du diagnostic de cancer et le ressenti des malades en 2011 - INCa – mai 2012. Disponible sur : <http://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Etude-sur-l-annonce-du-diagnostic-de-cancer-et-le-ressenti-des-malades-en-2011>

[40] Marien E. Cancers et personnes âgées : Facteurs influençant la prise de décision des médecins généralistes. A propos de 143 médecins en Dordogne. [Thèse d'exercice]. [France] : Universités de Bordeaux 2- Victor Segalen, 2009.

[41] Jones LE, Carney LA. Doebbeling Beyond the Traditional Prognostic Indicators: The Impact of Primary Care Utilization on Cancer Survival. *J. Clin. Oncol.* 2007 ; 25 :5793-99.

[42] Vincent H, Caillet P, Paillaud E. Prise en charge du sujet âgé cancéreux. Particularités liées aux aspects psychologiques, cognitifs et sociaux. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie* 2011 ; 11 : 243-49.

[43] Mor V, Allen S, Malin M. The psychosocial impact of Cancer on older versus younger patients and their families. *Cancer* 2006 ; 74 :2118-27.

[44] Falandry C, Filbet M, Magnet M, Trillet-Lenoir V, Bonnefoy M. Oncogériatrie : quelle réalité aujourd'hui ? *Médecine Palliative : Soins de Support - Accompagnement - Éthique* 2011;10 :223-9.

[45] Code de déontologie Médicale, novembre 2012.

[46] Sarradon-Eck A, Vega A, Faure M, Humbert-Gaudart A, Lustman M. Créer des liens : les relations soignants-soignants dans les réseaux de soins informels. *Revue d'Epidémiologie et de Santé publique* 2008 ; 56 :197-206.

[47] Guichard A, Bachevillier ép. Chancerel C. La réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) en cancérologie : Place du médecin généraliste traitant. [Thèse d'exercice]. [France] : Université Claude BERNARD Lyon 1, 2014.

[48] Walsh J, Harrison JD, Young JM, Butow PN, Solomon MJ, Masya L. What are the current barriers to effective cancer care coordination? A qualitative study. *BMC Health Services Research* 2010 ; 10 :1-9.

[49] Mino JC. Etude par entretiens sur les avis des généralistes et les équipes des réseaux à propos de leur collaboration. *Médecine Palliative* 2006 ; 5 :21-5.

[50] Grasa ép. Etienne C. Enquête d'opinion auprès des médecins généralistes des Alpes Maritimes sur l'intérêt de l'évaluation onco-gériatrique. [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nice-Sophia Antipolis. 2014.

[51] Fouquereau J, Laval G, Labarere J. Impact d'une fiche de liaison relative aux soins de support à destination des médecins traitants. *Bull Cancer* 2011 ; 98 :1165-72.

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

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

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue 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.