

Cancer colorectal du sujet âgé : représentations des médecins généralistes. Étude qualitative observationnelle auprès de médecins du territoire de santé n°1 breton

Julia Morvan-Laurent

▶ **To cite this version:**

Julia Morvan-Laurent. Cancer colorectal du sujet âgé : représentations des médecins généralistes. Étude qualitative observationnelle auprès de médecins du territoire de santé n°1 breton. Sciences du Vivant [q-bio]. 2017. dumas-01617151

HAL Id: dumas-01617151

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01617151

Submitted on 16 Oct 2017

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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

UNIVERSITE DE BREST - BRETAGNE OCCIDENTALE

FACULTE DE MEDECINE

ET DES SCIENCES DE LA SANTE

*****

Année 2017

THESE D'EXERCICE

Pour le

DOCTORAT en MEDECINE

DIPLOME D'ETAT

Par

MORVAN-LAURENT Julia

Née le 13 avril 1988 à Brest (Finistère)

Présentée et soutenue publiquement le 12 octobre 2017

« Cancer colorectal du sujet âgé : représentations des médecins généralistes. Etude qualitative observationnelle auprès de médecins du territoire de santé N°1 breton. »

Membres du JURY : Professeur GENTRIC Armelle (Présidente du jury)

Docteur TRINH Olivier

Professeur LE FLOCH Bernard

Docteur CHIRON Benoît

UNIVERSITE DE BRETAGNE OCCIDENTALE

FACULTE DE MEDECINE ET DES SCIENCES DE LA SANTE DE BREST

DOYENS HONORAIRES :	*Professeur H. FLOCH*
	Professeur G. LE MENN (†)
	Professeur B. SENECAIL
	Professeur J.M. BOLES
	Professeur Y. BIZAIS (†)
	Professeur M. DE BRAEKELEER (†)
DOYEN	**Professeur C. BERTHOU**

PROFESSEURS EMERITES :

CENAC Arnaud	Médecine Interne
COLLET Michel	Gynécologie Obstétrique
LEHN Pierre	Biologie Cellulaire
YOUINOU Pierre	Immunologie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS EN SURNOMBRE

LEFEVRE Christian	Anatomie
MOTTIER Dominique	Thérapeutique
RICHE Christian	Pharmacologie fondamentale

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS DE CLASSE EXCEPTIONNELLE

BOLES Jean-Michel	Réanimation
COCHENER-LAMARD Béatrice	Ophtalmologie
DEWITTE Jean-Dominique	Médecine et Santé au travail
FEREC Claude	Génétique
GILARD Martine	Cardiologie
JOUQUAN Jean	Médecine Interne
OZIER Yves	Anesthésiologie - Réanimation
ROBASZKIEWICZ Michel	Gastroentérologie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS DE 1ère CLASSE

BAIL Jean-Pierre	Chirurgie Digestive
BERTHOU Christian	Hématologie

BLONDEL Marc	Biologie Cellulaire
BOTBOL Michel	Pédopsychiatrie
BRESSOLLETTE Luc	Chirurgie Vasculaire
CARRE Jean-Luc	Biochimie et Biologie moléculaire
DE PARSCAU DU PLESSIX Loïc	Pédiatrie
DELARUE Jacques	Nutrition
DEVAUCHELLE-PENSEC Valérie	Rhumatologie
DUBRANA Frédéric	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
FENOLL Bertrand	Chirurgie Infantile
FOURNIER Georges	Urologie
GENTRIC Armelle	Gériatrie et Biologie du vieillissement
GOUNY Pierre	Chirurgie Vasculaire
HU Weiguo	Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique
KERLAN Véronique	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques
LACUT Karine	Thérapeutique
LE MEUR Yannick	Néphrologie
LE NEN Dominique	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
LEROYER Christophe	Pneumologie
LOZAC'H Patrick	Chirurgie digestive
MANSOURATI Jacques	Cardiologie
MARIANOWSKI Rémi	Oto-Rhino-Laryngologie
MERVIEL Philippe	Gynécologie Obstétrique
MISERY Laurent	Dermatologie - Vénérologie
NEVEZ Gilles	Parasitologie et Mycologie
NONENT Michel	Radiologie et Imagerie médicale

PAYAN Christopher	Bactériologie - Virologie
REMY-NERIS Olivier	Médecine Physique et Réadaptation
SALAUN Pierre-Yves	Biophysique et Médecine nucléaire
SARAUX Alain	Rhumatologie
SIZUN Jacques	Pédiatrie
STINDEL Éric	Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de communication
TIMSIT Serge	Neurologie
VALERI Antoine	Urologie
WALTER Michel	Psychiatrie d'adultes

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS DE 2ème CLASSE

ANSART Séverine	Maladies Infectieuses
AUBRON Cécile	Réanimation
BEN SALEM Douraied	Radiologie et Imagerie Médicale
BERNARD-MARCORELLES Pascale	Anatomie et Cytologie Pathologiques
BEZON Eric	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
BROCHARD Sylvain	Médecine Physique et Réadaptation
COUTURAUD Francis	Pneumologie
DAM HIEU Phong	Neurochirurgie
DELLUC Aurélien	Médecine Interne
GIROUX-METGES Marie-Agnès	Physiologie
HERY-ARNAUD Geneviève	Bactériologie-virologie
HUET Olivier	Anesthésiologie - Réanimation

LE MARECHAL Cédric	Génétique
LE ROUX Pierre-Yves	Biophysique et médecine nucléaire
L'HER Erwan	Réanimation
LIPPERT Éric	Hématologie
MONTIER Tristan	Biologie cellulaire
NOUSBAUM Jean-Baptiste	Gastroentérologie
PRADIER Olivier	Cancérologie
RENAUDINEAU Yves	Immunologie
SEIZEUR Romuald	Anatomie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

LE RESTE Jean-Yves	Médecine Générale
LE FLOC'H Bernard	Médecine Générale

PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE A MI-TEMPS

BARRAINE Pierre	Médecine Générale

PROFESSEUR DES UNIVERSITES CONTRAT LRU

BORDRON Anne	Biologie Cellulaire

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS HORS CLASSE

JAMIN Christophe	Immunologie
MOREL Frédéric	Biologie et médecine du Développement et de la Reproduction
PERSON Hervé	Anatomie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS DE 1ère CLASSE

ABGRAL Ronan	Biophysique et Médecine Nucléaire
CORNEC Divi	Rhumatologie
DE VRIES Philine	Chirurgie Infantile
DOUET-GUILBERT Nathalie	Génétique
HILLION Sophie	Immunologie
LE BERRE Rozenn	Maladies Infectieuses
LE GAC Gérald	Génétique
LE GAL Solène	Parasitologie et Mycologie
LODDE Brice	Médecine et Santé au Travail

MIALON Philippe	Physiologie
PLEE-GAUTIER Emmanuelle	Biochimie et Biologie Moléculaire
QUERELLOU Solène	Biophysique et Médecine Nucléaire
TALAGAS Matthieu	Histologie, Embryologie et Cytogénétique
VALLET Sophie	Bactériologie - Virologie

MAITRES DECONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS DE 2ème CLASSE

BRENAUT Emilie	Dermatologie – Vénérologie
CORNEC-LE GALL Emilie	Néphrologie
LE VEN Florent	Cardiologie
MAGRO Elsa	Neurochirurgie
PERRIN Aurore	Biologie et Médecine du Développement et de la Reproduction
SALIOU Philippe	Epidémiologie, Economie de la santé et Prévention
SCHICK Ulrike	Cancérologie
UGUEN Arnaud	Anatomie et Cytologie Pathologiques

MAITRES DE CONFERENCES DE MEDECINE GENERALE

NABBE Patrice	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE A MI-TEMPS

BARAIS Marie	Médecine Générale
CHIRON Benoît	Médecine Générale
DERRIENNIC Jérémy	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE CLASSE NORMALE

BERNARD Delphine	Biochimie et Biologie Moléculaire
DERBEZ Benjamin	Sociologie Démographie
KARCHER Brigitte	Psychologie Clinique
LANCIEN Frédéric	Physiologie
LE CORRE Rozenn	Biologie Cellulaire
MIGNEN Olivier	Physiologie
MORIN Vincent	Electronique et Informatique

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE DES UNIVERSITES

MERCADIE Lolita	Rhumatologie

PROFESSEURS CERTIFIES – AGREGES DU SECOND DEGRE

MONOT Alain	Français
RIOU Morgan	Anglais

REMERCIEMENTS

- **Aux médecins généralistes** qui ont accepté de participer à cette étude. Vous m'avez consacré le temps nécessaire, malgré vos journées chargées : Merci !

- A Mme le Professeur **Armelle GENTRIC,** co-directrice de thèse et présidente du jury. Merci de me faire l'honneur de présider cette thèse. Merci pour le temps consacré à mon travail. Soyez assurée de mon profond respect.

- A M. le Docteur **Olivier TRINH,** directeur de thèse. Tu t'es lancé avec moi dans l'aventure de cette thèse, consciencieusement comme tu sais bien le faire ! Merci pour le temps que tu m'as consacré, et les heures de vacances que cette thèse a amputé !
J'ai commencé mon internat avec toi, je termine mes études avec toi : la boucle est bouclée, merci pour tout ce que tu m'as apporté !

- A M. le Professeur **Bernard LE FLOC'H**. Merci d'avoir accepté de juger ce travail et de me faire l'honneur d'être présent dans le jury. Soyez assuré de ma reconnaissance.

- A M. le Docteur **Benoît CHIRON**. Merci d'avoir accepté d'évaluer ce travail. Soyez assuré de mon sincère respect.

- **A l'équipe de gériatrie de Morlaix** : Merci pour avoir accompagné mes premiers pas en tant qu'interne, j'aurais été plus que "chouchoutée" !

- **Aux médecins généralistes qui m'ont aidé à devenir le médecin que je suis aujourd'hui :** Dr Guyader, Dr Lallemand, Dr Lemetais, Dr Trebaol, Dr Houée,

Dr Le Cam, Dr Barcelo, Dr Olivier. Merci pour votre accueil, vos conseils, votre bonne humeur !

- **Aux soignants et co-internes** rencontrés au fil des stages. Vous faites un travail exceptionnel !

- **A mes parents**, pour votre soutien sans faille au cours de toutes ces années. Cette fois vous pouvez souffler : elles sont terminées ces études ! Et merci pour tout le reste évidemment, je vous aime !

- A **Grand-mère** et **mamie** : Merci d'avoir toujours été là pour moi !

- A mes **"Sistah" Delphine et Elisa**, merci d'être vous (j'aurais trop de choses à dire !). Je vous souhaite le meilleur qu'on puisse rêver pour ses petites sœurs.

- A **mon parrain, Pascal.** Merci pour tout ! Merci pour ton humour en toutes circonstances. Merci aussi à **Véronique** : grâce à votre accueil, j'ai réalisé le stage de gynéco que je voulais !

- A **Thomas et Salomé, mes filleuls** : Je vous souhaite plein de belles choses ! Je suis déjà très fière de vous.

- A **Claudie et Jo**, et **mes "beaufs" et belles-sœurs** : Merci de m'avoir accueillie dans votre famille, et d'avoir suivi de près (ou de loin !) mon parcours pendant toutes ces années. C'est toujours un plaisir de passer un moment avec vous !

- A **Estelle**, pour tout ce qu'on a partagé. Je serais toujours là pour toi.

- A mes amis carabins : **Tiphaine**, **Lara & Kevin**, **Benjamin**, **Sophie**, **Dorothée**. De rigolades en débats animés, en passant par les « colles gastronomiques » et les dégustations vinicoles : on aura quand même bien rigolé pendant ces 10 années de fac!

- A mes « vieux copains » : **Florence, Claudia & Domi, Maelle & Gael, Matthieu & Vivi, Ragui & Domi, Alex & Marie**. J'en aurais des choses à raconter si je commençais! Vous vous êtes un peu dispatchés, mais l'amitié n'a pas de frontière ! C'est toujours un bonheur de vous retrouver. **Sarah**, je t'ai chargée d'une sacrée mission avec mon p'tit Valou, merci de l'avoir acceptée ! **Alex** bis, tu as le droit à ton clin d'œil également !

- A mes danseuses : **Lucie, Alizée, Julia, Gwen** et leurs chers et tendres. On s'est connues hautes comme 3 pommes, on en a parcouru du chemin ! Longue vie à cette belle amitié !

- A **Alice**, ma prof de lettres préférée. Merci pour la relecture attentive de mon travail.

- A **Valentin**, mon petit cœur. Merci d'avoir été le bébé rêvé : adorable et sage. Merci pour tes longues siestes qui m'ont permis de travailler.
Maman a fini l'école, à ton tour maintenant : bon courage mon petit gars ! Maman sera toujours là pour toi.

- A **David,** mon amour. Merci pour ta patience, ta compréhension, ton soutien. Tu auras suivi mes études de A à Z, tu pourrais en écrire un bouquin ! Merci pour ton amour, merci pour les projets réalisés ensemble. Vivement les suivants !
Je t'aime

TABLE DES MATIERES

- **ABREVIATIONS**……...16
- **INTRODUCTION**……...17
- **MATERIELS ET METHODE**……...20
    - Type d'étude et choix de la méthode……20
    - Population de médecins généralistes……...21
    - Entretiens semi-dirigés……22
    - Méthode d'analyse des données……..23
- **RESULTATS**……..26
    - Analyse de la population étudiée……..26
    - Analyse des données……..29
    - Etat des lieux de la pratique gériatrique en médecine générale……..29
    - Le cancer colorectal du sujet âgé : Comment y pense t-on?.....30
    - Epidémiologie du cancer colorectal……..32
    - Représentations de l'évolution du cancer colorectal……..33
    - Représentations et freins à la réalisation d'explorations ou de traitements……..34
    - Représentations des soins palliatifs ……36
    - Connaissance de l'UCOG par les médecins généralistes……37
- **DISCUSSION**…… 39
    - Forces et faiblesses méthodologiques de l'étude……..39

- Evaluation gériatrique standardisée…….41
- Pertinence d'une évaluation oncogériatrique……..42
- Représentations floues du cancer colorectal du sujet âgé……...44
- Freins aux investigations et indications thérapeutiques……46
- Prise en charge curative versus palliative……48
  - Anticipation de la prise en charge…….48
  - Soins de support – Soins palliatifs……49
- Oncogériatrie et acteurs ambulatoires…….52

- **CONCLUSION**……...55
- **BIBLIOGRAPHIE**……..57
- **ANNEXES**……..63
- Autorisation d'imprimer……82

ABREVIATIONS

- INCa : Institut National du Cancer
- UCOG : Unité de Coordination en OncoGériatrie
- INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
- URML : Union Régionale des Médecins Libéraux
- MMS : Mini-Mental State
- AEG : Altération de l'Etat Général
- DESC : Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaire
- DES : Diplôme d'Etudes Spécialisées
- EGS : Evaluation Gériatrique Standardisée
- SIOG : Société Internationale d'OncoGériatrie
- SoFOG : Société Francophone d'OncoGériatrie
- RCP : Réunion de Concertation Pluridisciplinaire
- HAS : Haute Autorité de Santé
- PTA : Plateforme Territoriale d'Appui
- ARS : Agence Régionale de Santé
- SNAC : Services Numériques d'Appui à la Coordination
- UPCOG : Unités Pilotes de Coordination en OncoGériatrie
- CHEM : Collège des Hautes Etudes Médicales

INTRODUCTION

La lutte contre le cancer devient une cause nationale sous l'impulsion du Président Chirac en 2003 :

« Le cancer, c'est un véritable drame national, qui exige un effort considérable, un effort de recherche, un effort de prévention et de dépistage, un effort de traitement, y compris un soutien psychologique de la maladie. » (1).

Le cancer a augmenté de 27,9% chez l'homme et de 12,9% chez la femme de 1980 à 2012. En 2012, les cancers des personnes âgées de plus de 75 ans représentaient 32,4% des nouveaux cas recensés. Les projections montrent qu'en 2050 un cancéreux sur deux aura plus de 75 ans (2).

Les Plans Cancer, renforcés par la création de l'Institut National du Cancer (INCa) en 2005, ont permis une meilleure expertise et coordination de l'offre de soins sur l'ensemble du territoire français.

Depuis 2006, l'INCa a impulsé le rapprochement de la cancérologie et de la gériatrie et a déployé en 2011 les Unités de Coordination en Oncogériatrie (UCOG) (3). Les objectifs étaient l'accessibilité à la prise en charge oncogériatrique pour les nouveaux patients atteints de cancer dans la région, la recherche et la formation en oncogériatrie, le suivi de l'activité oncogériatrique au niveau national (4). L'UCOG Bretagne a été ouverte en 2013.

La médecine générale a été peu représentée dans l'élaboration des différents plans cancer (5). Pourtant, un rôle prépondérant dans la coordination des soins a été progressivement attribué aux médecins généralistes dans la lutte contre le cancer (Plan Cancer 2009-2013 et 2014-2019) (6) (7).

Le cancer colorectal est la deuxième cause de mortalité en France.

La campagne de dépistage organisée sur le plan national est réservée aux personnes de moins de 75 ans. Pourtant, sur le plan épidémiologique, l'incidence augmente au-delà de 75 ans et le choix de faire un diagnostic est toujours individuel (8). Or, la symptomatologie est peu bruyante et peu spécifique à un stade précoce.

Ce cancer est diagnostiqué plus tardivement chez le patient âgé que chez le jeune, surtout après 85 ans (9).

Chez le sujet âgé, une découverte tardive grève le pronostic en terme de morbi-mortalité (10).

Une représentation erronée du cancer pourrait expliquer ces diagnostics tardifs.

Une représentation *"se construit à partir de la réalité, des données issues de l'expérience du sujet ainsi que de ses connaissances. Elle est dépendante des caractéristiques individuelles de celui qui l'élabore. La représentation mentale est ainsi un produit cognitif, issu de données hétérogènes (visuelles, spatiales, lexicales, ou d'une autre nature)"* (11).

L'objectif de cette étude était de connaître quelles sont les représentations du cancer colorectal du sujet âgé par les médecins généralistes et d'évaluer si celles-ci les influencent quant à leur décision d'adresser le patient à un spécialiste.

MATERIELS ET METHODE

Type d'étude et choix de la méthode

La présente étude était qualitative et a utilisé la technique des entretiens semi-dirigés.

La méthode qualitative est une méthode de recherche intéressée par le sens et l'observation d'un phénomène en milieu naturel (12). Démarche expérimentale, relevant des Sciences Humaines, elle explore les champs ethnologiques, sociologiques, psychologiques et linguistiques (13).

Elle explore des données non quantifiables (12). Son objectif est de recueillir des données verbales permettant une démarche interprétative (14).

Le principe de base de l'approche qualitative réside dans l'examen des faits pour construire une théorie. Le chercheur tire des hypothèses, issues d'entretiens, susceptibles d'être confrontées à d'autres en vue de juger de la vraisemblance de la théorie (15). Autrement dit, l'examen de n'importe quel groupe humain ayant au moins un caractère commun permet à une personne de réfléchir à ce que les faits ont de semblable et ainsi d'aboutir à une théorie. La recherche qualitative a pour ambition d'expliquer des phénomènes mal connus.

Population de médecins généralistes

Le recrutement était basé sur l'échantillonnage raisonné dans la population de médecins généralistes du territoire de santé de Bretagne N°1 (16) **(Annexe 1).**

La population devait garantir une variation maximale au sein de l'échantillon en terme d'âge, de sexe, d'activité d'enseignement, de lieu d'exercice en prenant en compte le zonage en aires urbaines de l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE) (17).

Le choix a été fait au hasard dans une liste de médecins transmise par l'UCOG, en partenariat avec l'Union Régionale des Médecins Libéraux (URML).

Le recrutement a retenu au moins :

- 1 médecin exerçant en pôle urbain, 1 en couronne péri-urbaine, 1 en commune monopolarisée, 1 dans un pôle d'emploi de l'espace rural, 1 en couronne d'emploi de l'espace rural, 1 dans une zone définie comme « autre ».
- 1 âgé de moins de 30 ans, 1 âgé de 30 à 40 ans, 1 âgé de 40 à 50 ans, 1 âgé de 50 à 60 ans, 1 âgé de plus de 60 ans.
- 1 maître de stage universitaire.

La participation à l'étude était sollicitée par téléphone ou par courriel, le sujet étant brièvement et uniformément présenté : il s'agit d'une thèse auprès de médecins généralistes prenant en charge des sujets âgés en ambulatoire.

Entretiens semi-dirigés

Un guide d'entretien a préalablement été construit **(Encadré 1).**

Pour l'élaborer, un focus group a été organisé. Il réunissait des internes de médecine générale ou de spécialités ayant une connaissance générale de l'oncologie et était supervisé par un gériatre et un oncologue. Les participants ont été interrogés sur les idées, les représentations, leur venant à l'esprit lorsqu'on évoque le cancer colorectal du sujet âgé. Les diverses réponses données par les participants ont permis d'élaborer les questions du guide d'entretien.

Ce guide a été testé auprès d'internes de médecine générale en fin de cursus pour aider à la mise en situation.

Les entretiens ont été conduits sur le lieu de travail des interviewés et à une heure leur convenant pour ne pas être perturbés par des contraintes extérieures. Ils se déroulaient en tête à tête avec enregistrement audio.

Les données étaient anonymisées et retranscrites par écrit dans leur intégralité selon la technique du mot à mot. Les interviewés avaient un droit de regard et de modification sur ces retranscriptions.

Méthode d'analyse des données

L'analyse qualitative a commencé dès le premier entretien, permettant de mettre en avant les thématiques spécifiques à chaque médecin. Cette analyse s'est enrichie à chaque recueil de données. Dans un second temps, l'analyse transversale a mis en évidence des items communs aux différents discours faisant ressortir des représentations.

Un double codage a été effectué : ce processus de validation consiste en une comparaison constante entre les éléments récoltés et les nouvelles données. Cette méthode a permis de se détacher d'hypothèses préétablies ou de représentations personnelles risquant d'orienter l'interprétation. Les comparaisons ont été menées jusqu'à saturation des données.

Encadré 1 : Grille d'entretien

Questions	Objectifs
1) En tant que médecin généraliste, vous avez dans votre patientèle des sujets âgés de plus de 75 ans. Quelle proportion représentent-ils ?	Entrée dans le sujet.
2) Comment se déroulent vos consultations lorsqu'il s'agit d'un sujet âgé par rapport à un sujet jeune ? Utilisez-vous ou connaissez-vous des outils aidant la prise en charge des sujets âgés ? Pouvez-vous me les citer ou développer ?	Recueil d'informations sur la pratique professionnelle, sur la formation initiale ou continue du médecin à la gériatrie.
3) Que faites-vous devant une altération de l'état général, une anémie, une dénutrition ? Y a t-il des hypothèses diagnostiques que vous allez retenir prioritairement ? Parmi les patients âgés, les plaintes digestives (ballonnements, troubles du transit...) sont-elles fréquentes ? Y a t-il des hypothèses diagnostiques que vous allez retenir prioritairement ?	Resserrer la discussion sur les pathologies cancéreuses, et si possible sur le cancer colorectal.
4) Y a t-il parmi vos patients âgés des patients ayant un cancer colorectal ?	Le médecin interrogé est-il confronté à la problématique et au sujet ?
5) Que pensez-vous de l'arrêt du dépistage organisé à 75 ans ?	Rechercher d'éventuelles difficultés pour le dépistage au-delà de 75 ans, devant l'absence de consensus sur l'utilisation après 75 ans. Différence entre dépistage organisé et individuel ?

6) Pensez-vous que le cancer colorectal est fréquent chez le sujet âgé par rapport à la population jeune ?	Evaluer les connaissances épidémiologiques
7) Que pensez-vous de l'affirmation suivante : "Le cancer colorectal évolue moins vite chez le sujet âgé que chez le sujet jeune"?	Evaluer les connaissances physiopathologiques.
8) Y a t-il des raisons qui vous feraient hésiter à demander une coloscopie chez un sujet âgé chez qui vous suspectez un cancer colorectal ? Envisagez-vous des méthodes moins invasives ?	Rechercher d'éventuels freins aux explorations complémentaires du cancer colorectal pour le sujet âgé ? Méthodes moins invasives telles que le coloscanner ?
9) Connaissez-vous les différents traitements possibles du cancer colorectal chez un sujet âgé? Les traitements anticancéreux et leurs effets peuvent-ils être un frein dans votre prescription d'investigations complémentaires ?	Evaluation de la prise en charge des comorbidités du patient.
10) Pensez-vous que les thérapeutiques proposées (curatives ou palliatives) sont compatibles avec une bonne qualité de vie ?	Question ouverte permettant éventuellement la notion de prise en charge palliative.
11) Pensez-vous que l'obtention d'un diagnostic permet d'anticiper la prise en charge des symptômes difficiles en rapport avec l'évolution de la maladie ?	Evaluation des connaissances des risques pour le patient en cas de retard au diagnostic.
12) Connaissez-vous l'Unité de Coordination en Oncogériatrie ?	Ouverture de la discussion sur l'UCOG. Présentation de la grille G8.

RESULTATS

Analyse de la population étudiée

L'étude a été conduite entre février 2016 et janvier 2017.

38 médecins ont été contactés. 11 médecins généralistes ont participé à cette étude. Les caractéristiques des participants sont présentées dans l'**encadré 2.**

Parmi les refus de participer à l'étude, huit sont liés à un manque de temps ou d'intérêt. Les autres sont restés « sans suite » après entretien avec une secrétaire, et ce, malgré plusieurs relances.

Médecin	Age	Sexe	Maître de stage universitaire	Lieu d'exercice	Condition d'exercice	Durée depuis l'installation	Durée des entretiens (minutes)
A	29 ans	F	Non	Couronne péri-urbaine	Seule	8 mois	7,32
B	33 ans	F	Non	Commune multipolarisée	Cabinet de groupe	5 mois	12,25
C	43 ans	F	Non	Pôle urbain	Cabinet de groupe	8 ans	7,26
D	53 ans	F	Oui	Pôle urbain	Cabinet de groupe	15 ans	8,18
E	36 ans	H	Non	Couronne péri-urbaine	Cabinet de groupe	6 ans	18,57
F	53 ans	H	Oui	Pôle urbain	Cabinet de groupe	12 ans	12,15

G	63 ans	F	Non	Pôle d'emploi de l'espace rural	Cabinet de groupe	36 ans	11,58
H	65 ans	H	Non	autre	Seul	39 ans	18,35
I	30 ans	H	Non	autre	Cabinet de groupe	remplaçant	13,05
J	34 ans	F	Oui	autre	Maison médicale	4 ans	19,04
K	45 ans	H	Non	Pôle d'emploi de l'espace rural	Cabinet de groupe	15 ans	16,06

Encadré 2 : Caractéristiques des participants

Analyse des données

L'analyse des verbatims a permis l'obtention de 77 codes ouverts, 18 codes axiaux et 7 codes sélectifs **(Annexe 2)**.

La saturation des données a été obtenue après avoir interrogé un médecin de chacune des catégories choisies en amont. Il n'y a donc pas eu d'entretien au-delà. La catégorie « couronne d'emploi de l'espace rural » n'était pas pourvue en médecin généraliste.

Les entretiens ont été nommés de A à K selon l'ordre chronologique de réalisation. Les citations ont été codées avec un chiffre, correspondant à la ligne dans l'entretien.

Etat des lieux de la pratique gériatrique en médecine générale

Les médecins de l'étude estimaient que les plus de 75 ans représentent entre 5 et 20% de leur patientèle.

Tous ces médecins prenaient en charge des sujets âgés en ambulatoire. Ils décrivaient leurs consultations de manière commune : interrogatoire, éventuellement ciblé sur la/les plainte(s), examen clinique, ordonnance.

Sept d'entre eux évoquaient des consultations plus longues, avec l'importance de temps dédiés : *« Ce sont des consultations pour lesquelles je réserve des créneaux un*

petit peu plus longs...On prend un temps de discussion qui est plus important avant l'examen... J'aime bien prendre des consultations plus longues parce que le temps de faire le point justement sur des polypathologies qui peuvent être souvent associées.» (A11).

« Ça peut vite être des consultations très compliquées avec beaucoup d'aspects et on ne peut pas tout faire en une consultation » (B29).

Lorsqu'on évoquait la particularité de la prise en charge des sujets âgés, tous les médecins ont cité au moins un des points de l'évaluation gériatrique standardisée, tels que le Mini-Mental State (MMS), l'évaluation de la marche, du risque de chutes, l'alimentation, l'autonomie dans les actes de la vie quotidienne. Le MMS a été mentionné sept fois.

Le suivi régulier du poids était cité par quatre médecins. *« ...Je leur demande toujours d'avoir une balance...pour qu'ils soient toujours pesés sur la même balance. Moi c'est un outil que j'utilise beaucoup »* (G45).

Le cancer colorectal du sujet âgé : comment y pense t-on ?

L'apparition d'une altération de l'état général (AEG) chez un patient âgé ouvrait un vaste éventail d'hypothèses diagnostiques pour les médecins généralistes. Les catégories citées par ordre de fréquence étaient la dénutrition, les pathologies inflammatoires, tumorales et infectieuses.

« Ça dépend de la rapidité d'altération de l'état général, mais (...) quelque chose de néoplasique de prime abord, plus que sur un problème de dénutrition » (K53).

Tous s'appuyaient sur les éléments de l'examen clinique qui orientaient le raisonnement. Ils prescrivaient systématiquement un bilan biologique. *« ...Je n'ai pas d'a priori, je demande un bilan sanguin (…) après ça va être fonction de ce que je trouve sur la biologie »* (D28).

L'anémie chez le sujet âgé évoquait en priorité une carence martiale chez sept médecins. Parmi eux, un faisait une enquête alimentaire afin d'y trouver une cause ; les six autres mentionnaient la néoplasie digestive et complétaient leurs investigations dans ce sens, et deux d'entre eux citaient la carence alimentaire comme diagnostic différentiel. *« ...C'est vrai, les 2 grosses hypothèses ça va être ça (...) un saignement, un néo, un truc sous-jacent, une anémie soit inflammatoire soit par perte, l'autre hypothèse c'est l'alimentation. (...) le bilan va déjà, en première intention, orienter. »* (J57).
Deux médecins effectuaient une enquête alimentaire en premier lieu face à la découverte de l'anémie. Les origines centrales ou l'hypothyroïdie étaient également citées.

Neuf des onze médecins estimaient que les troubles digestifs font partie des plaintes fréquentes chez leurs patients âgés. Cependant, huit d'entre eux soulignaient la différence de prise en charge selon l'ancienneté des troubles : la modification récente du transit leur évoquait le cancer colorectal.

« Si c'est une modification rapide par rapport à un état antérieur, on va de toute façon aller rechercher une pathologie organique, si c'est quelque chose qui est très ancien, (...) étiqueté colopathie fonctionnelle, on va rester sur la colopathie fonctionnelle » (A43).
« S'ils sont colopathes fonctionnels...ceux qui se plaignent tous les mois depuis 15 ou 20 ans, on a tendance à moins les écouter je dirais. Pour les autres, surtout s'il y a une modification du transit, des douleurs récentes, des ballonnements, des diarrhées, des constipations, j'aurais tendance à l'envoyer chez le gastro » (F38).
« Si c'est ancien je m'inquiète moins évidemment, si c'est récent oui. » (D36).

Epidémiologie du cancer colorectal

Parmi les médecins interviewés, cinq avaient au moins un patient âgé atteint d'un cancer colorectal.

Interrogés sur la fréquence du cancer colorectal dans la population âgée par rapport à la population jeune, les résultats divergeaient : un tiers pensait que le cancer est plus fréquent dans cette population, mais un autre tiers pensait le contraire. Le dernier tiers ne savait pas ou pensait que la fréquence est équivalente.

Quant à l'arrêt du dépistage organisé à 75 ans, certains évoquaient un dépistage moins fiable ou mal fait. Un médecin mentionnait également des raisons financières : « *Tout dépend euh… si on parle de l'arrêt euh…pour raison financière ou non ! Ça dépend si c'est s'occuper de la santé des gens ou si c'est s'occuper de dire euh… Un*

cancer du colon ça met… enfin un polype ça met 10 ans à se cancériser…74 + 10 ans, 84 ans, on est en dehors des euh…après un âge « officiel de mort »…voilà ! » (F51).

Un médecin pensait que les études n'ont pas été réalisées sur cette population, d'où l'absence de recommandations. Pour rappel, la question était posée car il s'agit d'un test facilement réalisable en ambulatoire, mais qui n'a pas fait l'objet d'un consensus d'utilisation chez les patients de plus de 75 ans.

L'objectif était de connaître la pratique du médecin généraliste.

Sept médecins disaient qu'ils ne trouvent pas justifié d'arrêter le dépistage à 75 ans car leurs patients âgés sont en bon état général. Cela peut même, d'après eux, faire rater le diagnostic : *« ...75 ans pour certains ça fait un peu juste parce que maintenant avec le vieillissement de la population, on a quand même des gens de 75 ans qui sont en bonne forme quoi, euh donc c'est vrai qu'on se dit que c'est un peu dommage parce que bon ça pourrait être...bénéfique »* (I72).

« Par contre il y a aussi des gens qui sont extrêmement en bonne forme, ... je leur propose moi, je ne sais pas après les indications, mais … de faire un test de recherche de sang dans les selles » (J113).

Représentations de l'évolution du cancer colorectal

Sept médecins pensaient que le cancer colorectal évolue moins vite chez le sujet âgé que chez le plus jeune. Une des raisons évoquées était « *le renouvellement cellulaire est moins rapide chez les personnes âgées donc a priori j'aurais tendance à penser que toute pathologie néoplasique est d'évolution plus lente avec l'âge. »* (A58).

« Moins, moins... on est quand même moins agressif au niveau du traitement et pourtant ça n'évolue pas plus vite » (F64).

Les réponses n'étaient pas sûres. «*Je dirais peut-être comme ça, si je devais donner une réponse, euh, peut-être un peu moins vite, mais bon, j'en suis pas du tout certain ! »* (E111).

« Je pense qu'ils évoluent un peu plus lentement, mais après c'est un a priori » (G108).

Pour l'un d'entre eux, son exercice rendait difficile la mise à jour de ses connaissances : « *C'est vrai que, il faudrait que je lise plus d'articles ... et je n'ai pas été à la dernière formation... J'ai fini trop tard et le lendemain on avait aussi une réunion pour les choix de gardes de week-end, et puis j'étais trop tard...»* (H123).

Un médecin ne savait pas ; un pensait que l'évolution est plus rapide car le diagnostic est fait à un stade plus tardif.

Représentations et freins à la réalisation d'explorations ou de traitements

En cas de suspicion de cancer colorectal chez un sujet âgé, quatre des médecins hésitaient à demander une coloscopie. Les autres estimaient qu'ils n'ont pas de frein à la demander, mais que certaines raisons peuvent contre-indiquer sa réalisation.

Les raisons avancées étaient les comorbidités (7/11), les risques anesthésiques (7/11) et le refus du patient (3/11).

« ...en fonction des polypathologies, en fonction du risque de l'anesthésie, mais non a priori moi j'envoie facilement faire une colonoscopie si la personne est d'accord en demandant aux autres spécialistes la faisabilité de l'examen. » (A72).

De manière générale, les médecins généralistes adressaient facilement leurs patients aux spécialistes d'organe et cinq les adressaient afin de discuter de la faisabilité de l'examen et d'avoir une décision pluri-professionnelle.

« De toute façon la décision elle n'est pas que moi, elle est collégiale, c'est entre les gastro, l'anesth et moi. Donc euh moi en tant que médecin généraliste j'en discute et je demande ce qu'ils en pensent (…) on en discute à plusieurs pour voir si on fait ou pas. » (J147).

Cependant, une fois leur patient adressé aux spécialistes d'organe, quatre trouvaient qu'ils sont à l'écart de la prise de décision finale : « *Ça ne nous concerne pas, on ne nous demande jamais notre avis avec les RCP. Jamais, jamais ! »* (H167), « *Je passe le relais au gastro, c'est lui qui décide »* (D71).

« Ce ne serait plus moi qui déciderais de toute façon, il irait chez le gastro et je passe la main ! » (K103).

Deux d'entre eux prenaient seul la décision de ne pas faire d'examens complémentaires selon l'état général du patient : *« Des fois on prend sur les épaules de ne pas le faire … »* (F76).

Six des onze médecins avaient connaissance de la possibilité de réaliser un coloscanner en cas de contre-indication à la coloscopie.

Concernant la prise en charge thérapeutique du cancer colorectal chez les patients de plus de 75 ans, neuf citaient la chirurgie seule, cinq la possibilité de chimiothérapie et deux la radiothérapie : « A *part la chirurgie ? Je ne vois pas ! »* (H115).

Les effets secondaires liés aux traitements ne semblaient pas être des freins pour adresser leurs patients à un spécialiste, s'en remettant à l'avis de ce dernier.

« Je considère que pour un médecin généraliste, c'est trop spécialisé l'indication des chimio, l'indication de la chirurgie, de l'anesthésie. Donc moi je n'aurais aucun frein à envoyer euh pour une chimio ou quelque chose comme ça parce que je ne suis pas au courant de toutes les possibilités de chimiothérapie » (I113).

L'idée qu'ils avaient des traitements était compatible avec une bonne qualité de vie.

Représentations des soins palliatifs

La prise en charge du cancer colorectal dans la population gériatrique est encore globalement réduite à l'idée suivante : « Soit on traite, soit on ne fait rien ».

Au cours des entretiens, les médecins ont été interrogés sur l'importance de connaître le diagnostic s'il est suspecté. Deux d'entre eux ont soulevé l'importance de l'anticipation des symptômes et complications liés à l'évolution naturelle de la maladie. Un d'eux a répondu « *Ce n'est pas d'avoir le diagnostic qui va faire qu'on supprime les symptômes »* (D78).

« J'ai une dame..., 92 ans, (…) il y a eu un coloscan qui dit « sans doute métastase abdominale » on ne touche pas, on ne fait rien ça fait un an (...) elle se plaint de ballonnements, (...) de constipation. Voilà… je ne peux pas aller dire euh…ben voilà il faut intervenir parce qu'il y a un cancer, sûrement pas !...On va gérer… » (F100).

Deux médecins ont parlé des prises en charge palliatives, de la gestion de la douleur, du risque de syndrome occlusif. Un a déclaré « *Ça peut être important pour anticiper des occlusions (...), avec quand même des douleurs (…) et ça on sait qu'on peut leur éviter. On n'a peut-être pas d'indication curative, (…) mais euh clairement si on peut éviter des syndromes occlusifs, les vomissements fécaloïdes, les douleurs abdominales, euh les péritonites ou les choses comme ça euh… ce n'est pas parce qu'on a un cancer qu'on doit avoir mal »* (J201).

Trois médecins pensaient que, chez des personnes d'âge avancé et d'un état général altéré, mieux vaut conserver la qualité de vie plutôt que d'entreprendre des traitements. Malgré la notion de qualité de vie évoquée, les soins de support et palliatifs n'ont pas été cités.

Connaissance de l'UCOG par les médecins généralistes

Parmi les médecins interviewés, aucun ne connaissait l'UCOG. Par contre, quatre avaient connaissance des consultations d'oncogériatrie ou d'un lieu de consultation sur le territoire de santé.

Ils étaient tous intéressés par ces consultations. Certains pensaient que l'information aux médecins généralistes était insuffisante, d’autres concédaient ne pas consacrer suffisamment de temps à la formation.

DISCUSSION

Forces et faiblesses méthodologiques de l'étude

Le recrutement des participants se faisait au hasard dans une liste de médecins généralistes du territoire de santé N°1 breton. Ceci permettait d'avoir un échantillon hétérogène en respectant les catégories choisies. Les médecins contactés étaient libres de refuser de participer à l'étude après qu'elle eut été brièvement introduite. Les personnes recrutées pouvaient être intéressées par le thème, ce qui pouvait constituer un biais de sélection. Malgré tout, l'introduction du sujet étant très vaste, le biais était ainsi réduit.

Les entretiens se déroulaient à l'endroit et au moment où le médecin interrogé le souhaitait. Ainsi, il n'y avait pas d'éléments extérieurs pouvant perturber l'interview.

Un biais de confusion pouvait être induit lors de la transcription en verbatims, avec des interprétations liées aux connaissances de l'enquêteur. Cependant, un double codage était réalisé et aboutissait à un consensus : il n'y avait pas de mauvaises interprétations.

Cette étude qualitative était réalisée dans le cadre d'un travail de thèse. Il s'agissait de la première étude qualitative menée par l'investigateur, constituant un biais potentiel par manque d'expérience.

La méthode des entretiens semi-dirigés a été choisie, permettant d'élaborer des stratégies d'interventions tout en restant flexible. Même s'il tente de le rester, un enquêteur n'est jamais neutre et peut influencer le discours par l'intonation de sa voix et son attitude. Le discours était peu interrompu afin de favoriser l'expression libre des interviewés, le risque étant de déborder du sujet. Cependant, pour certains entretiens, des relances étaient nécessaires pour approfondir les idées, ce qui pouvait perturber le cheminement de pensée de l'interviewé, créant ainsi un biais d'information. De plus, certaines relances pouvaient être trop fermées.

En cherchant à s'attacher au guide d'entretien, des informations importantes ont pu être perdues. En effet, les entretiens étaient de durées relativement courtes, avec une moyenne de 13,07 minutes. En revanche, ce biais restait limité puisqu'il y a eu peu de variation de durée entre les verbatims.

La réalisation des entretiens s'est échelonnée sur onze mois, constituant un biais de maturation car :

- l'analyse commencée dans l'intervalle a pu influencer les interventions de l'enquêteur.
- des formations d'oncogériatrie ont été organisées sur le territoire de santé N°1 dans cet intervalle de temps.

Evaluation gériatrique standardisée

Au niveau historique, la gériatrie s'est développée en France après la seconde guerre mondiale. La société française de gérontologie a vu le jour en 1961 (18). La gériatrie est une jeune spécialité médicale reconnue comme telle depuis 2004. Elle est obligatoirement enseignée depuis 2001 par un enseignement théorique, et pratique par des stages hospitaliers depuis l'arrêté ministériel de 1995 (18) (19).

Le Diplôme d'Etudes Spécialisé Complémentaire de gériatrie (DESC) et la Capacité de gérontologie ont été créés en 2006 et 1998 (18).

Le Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES) de gériatrie est inauguré à la rentrée 2017.

Concernant la formation des internes de médecine générale, l'enseignement se fait sous la responsabilité des départements pédagogiques du DES de médecine générale des facultés.

Cette étude montre que la pratique gériatrique des médecins généralistes est uniforme sur plusieurs aspects, et ce, malgré les différences d'âge, de sexe, de rôle universitaire ou de zone géographique.

La consultation de médecine générale avec un sujet âgé était décrite en trois grands axes : interrogatoire, examen clinique et révision de l'ordonnance. L'autonomie et l'environnement social faisaient partie des préoccupations des médecins généralistes.

Les outils de l'Evaluation Gériatrique Standardisée (EGS) étaient cités par les médecins généralistes interrogés. Cela mettait donc en évidence que la formation des médecins généralistes en gériatrie est uniforme et que les grandes spécificités de la

gériatrie sont ancrées dans leur pratique. Ce constat est important puisque l'EGS permet une évaluation globale de la personne âgée. C'est une approche multidimensionnelle qui analyse la complexité de certaines situations. Elle permet de faire le point sur les capacités physiques, psychologiques et fonctionnelles et de juger de la pertinence des traitements en prenant en compte le contexte social (20).

Dans le cas de la chirurgie carcinologique du cancer colorectal par exemple, l'EGS permet de mettre en évidence les patients présentant un risque accru de développer des complications per-opératoires sévères ou d'avoir un séjour prolongé à l'hôpital (21).

Pertinence d'une évaluation oncogériatrique

Le G8 ou ONCODAGE, dont la généralisation de l'utilisation faisait partie du plan cancer 2009-2013, a été évoqué dans un seul entretien (22) **(Annexe 3).** De plus, en présentant la grille ONCODAGE aux autres participants de l'étude, ils déclaraient ne pas la connaître.

L'UCOG Bretagne a fait le même constat dans une enquête présentée en mai 2015 à Nantes, à l'occasion du 8ème Symposium de l'Axe Sciences Humaines et Sociales : « Enquêtes sur la prise en charge de sujets âgés atteints d'un cancer auprès des professionnels de santé de Bretagne et Pays de Loire : pratiques, difficultés rencontrées et besoins ».

Il a été mis en évidence que :

- 40% des médecins généralistes interrogés connaissent le principe des évaluations d'oncogériatrie,
- 80% n'utilisent pas le G8 (23).

Selon une étude belge, la grille ONCODAGE permet d'identifier environ 29% des patients qui peuvent entrer dans un protocole de soins classique. Les 71% restants (ayant un score <14) doivent être évalués par un gériatre et bénéficier d'une EGS, permettant de déterminer la prise en charge la plus adaptée.

Dans la moitié des cas, l'EGS met en évidence des critères de fragilité gériatrique qui ne sont pas connus des médecins auparavant (21).

Le poids des comorbidités et l'âge augmentent le risque de mauvaise tolérance aux traitements carcinologiques. Sans évaluation spécifique, les patients âgés risquent :

- un traitement sub-optimal, et donc une perte de chance
- un traitement non adapté, toxique, avec un risque de conséquences lourdes, voire létales.

L'utilisation du score ONCODAGE permet de dépister des fragilités et de proposer un plan de soins personnalisé (24).

Ce score est donc un pilier dans la prise en charge oncogériatrique, mais reste mal connu des médecins généralistes.

Représentations floues du cancer colorectal du sujet âgé

La symptomatologie du cancer colorectal est connue des médecins généralistes et la conduite à tenir théorique en cas de suspicion l'est également. Par contre, la fréquence de la maladie chez les personnes âgées et l'évolution semblent mal connues.

Cette étude a mis en évidence la représentation erronée selon laquelle l'âge ralentirait l'évolution de la maladie, représentation issue de connaissances telles que le ralentissement du renouvellement cellulaire avec l'âge. Le parallèle avec l'évolution du cancer de la prostate est aussi souvent fait.

De cette représentation erronée, peut découler un retard de prise en charge diagnostique : en cas de suspicion chez un patient aux multiples comorbidités, pourquoi rechercher le cancer colorectal, si cette maladie est d'évolution très lente chez le sujet âgé ?

La Société Internationale d'OncoGériatrie (SIOG) a vu le jour en 2000 de la rencontre entre oncologues et gériatres. Les premières recommandations spécifiques à l'oncogériatrie ont été publiées en 2005. En France, la Société Francophone d'OncoGériatrie (SoFOG) a été créée en 2011 (25).
L'oncogériatrie est donc une discipline récente.

Le manque de connaissances épidémiologiques et physiopathologiques mis en évidence dans cette étude peut être rattaché au jeune âge de cette discipline. Il semble donc impératif de poursuivre les efforts de formations continues dans le domaine oncogériatrique auprès des médecins généralistes.

D’autre part, l’incidence du cancer colorectal augmente au-delà de 75 ans et est la plus élevée entre 80 et 90 ans (26). Pourtant, dans cette étude, la fréquence de la maladie dans la population de plus de 75 ans apparaît méconnue des médecins généralistes.

A l’heure actuelle, le dépistage organisé du cancer colorectal par Oc Sensor® concerne la population de 50 à 74 ans inclus (27). L'étude n’a pas permis de préciser les connaissances et les pratiques du dépistage individuel pour les plus de 75 ans. Une sensibilisation continue au dépistage individuel pourrait être intéressante.

Dans ses recommandations pour le troisième plan Cancer rédigées en juillet 2013, le Professeur Vernant fait le constat suivant : le risque maximum de cancer colorectal se situe au-delà de 80 ans et l’espérance de vie augmente de manière continue (28). On sait aussi que les cancers colorectaux sont diagnostiqués à des stades plus tardifs chez les patients âgés (9).

On pourrait penser que des dépistages et diagnostics à des stades précoces seraient moins coûteux que des prises en charge oncologiques à des stades avancés. Pourtant, le troisième rapport du Plan Cancer 2014-2019, présenté au Président de la République en février 2017, ne mentionne pas de recherches sur la population concernée par le dépistage organisé (29). L’âge limite supérieur pour le dépistage du cancer colorectal, et la balance coût-bénéfice, devraient donc faire l'objet d'études (28).

Freins aux investigations et indications thérapeutiques

Dans cette étude, les médecins généralistes disaient orienter facilement leurs patients vers le spécialiste d'organe en cas de suspicion de cancer colorectal. Mais lorsque leur patient était très âgé ou polypathologique, ils disaient hésiter. Certains avouaient prendre parfois la décision de ne pas les adresser. L'argument du risque anesthésique était avancé.

Pourtant, la mortalité liée à l'anesthésie a diminué d'un facteur 10 sur les trente dernières années, alors même que le nombre d'anesthésies a doublé et qu'il a quadruplé chez les personnes âgées (30).

Les facteurs ayant conduit à une réduction du risque sont :

- l'évaluation du risque en pré-opératoire
- le monitoring et l'évaluation permanente en salle
- la publication de recommandations.

Malgré un risque anesthésique faible et quel que soit l'âge ou les critères de fragilité anesthésique, il représente toujours un frein dans la prise en charge diagnostique des patients âgés. Des formations spécifiques sur les risques et la gestion du risque selon les populations de patients seraient intéressantes à développer auprès des médecins généralistes.

La majorité des médecins interviewés connaissaient la chirurgie comme traitement du cancer colorectal du sujet âgé. Par contre, l'usage des chimiothérapies et radiothérapies était peu connu.

Plusieurs d'entre eux ont déclaré faire confiance aux spécialistes pour les thérapeutiques. Certains estimaient que cette question sortait du domaine de la médecine générale.

Le manque d'information et de communication entre l'hôpital et la ville a aussi été déploré. Pourtant, les décisions des Réunions de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) sont, en théorie, adressées au médecin traitant de chaque patient présenté en RCP.

Les médecins généralistes ne se sentiraient-ils pas mis à l'écart et privés de la prise en charge de leurs patients ? Les comptes-rendus de RCP sont-ils rédigés de manière à ce que les médecins généralistes se sentent concernés et investis dans la prise en charge thérapeutique ?

Selon la publication de la Haute Autorité de Santé (HAS) de mai 2014, « *Les réunions de concertation pluridisciplinaire regroupent des professionnels de santé de différentes disciplines dont les compétences sont indispensables pour prendre une décision accordant aux patients la meilleure prise en charge en fonction de l'état de la science du moment. […] La présence du médecin traitant du patient est sollicitée, mais n'est pas obligatoire* » (31).

En pratique, la présence du médecin traitant n'est pas, ou très rarement sollicitée. Et pourtant, il apporterait effectivement des compétences nécessaires à la prise en charge globale du patient en prenant en compte sa singularité.

En terme d'organisation, les médecins généralistes ne pourraient peut-être pas être présents aux RCP de tous leurs patients. Cependant, une invitation à y participer

pourrait être adressée afin de laisser le médecin généraliste juger au cas par cas de l'importance de sa présence.

Prise en charge curative versus palliative

• Anticipation de la prise en charge

Au cours des entretiens, la question de l'évolution de la maladie et des complications qui en découlent était abordée, mais le syndrome occlusif et ses conséquences étaient peu évoqués.

La chirurgie colorectale en urgence entraîne une forte morbi-mortalité et de nombreuses études ont été réalisées à ce propos. Cette chirurgie en urgence est associée à un taux de mortalité 17 fois plus élevé chez les sujets âgés que chez les plus jeunes (32). La mortalité post-opératoire est de 28% en cas de colectomie en urgence, contre 4,8% en cas de chirurgie programmée (33). Il est donc capital d'éviter les gestes chirurgicaux d'urgence.

De telles situations d'urgence ne semblent pas toujours anticipées, et ce, d'autant plus quand les patients sont âgés ou dotés de comorbidités.

Certains facteurs de risques opératoires spécifiques à la personne âgée peuvent être contrôlés ou anticipés lorsque la chirurgie est programmée : la dénutrition, l'adaptation du traitement antalgique, la prévention du syndrome confusionnel post-opératoire. C'est un axe de formation auprès des acteurs ambulatoires qu'il faut continuer d'explorer.

• Soins de support – Soins palliatifs

Les médecins rapportaient l'importance de connaître le diagnostic suspecté pour informer le patient et la famille sur la pathologie et son évolution. Certains ont déclaré *« ensuite soit on traite, soit on ne fait rien* ». La chirurgie était souvent sous-entendue comme traitement. La question de la connaissance des traitements palliatifs peut donc se poser.

Cependant, dans ces conversations entre deux professionnels du monde médical, *« on ne fait rien »* doit être interprété avec prudence. En effet, le *« traitement »* n'est pas forcément synonyme de « prise en charge curative ». A l'inverse, *« on ne fait rien »* peut être interprété comme l'absence de mise en place de thérapeutique spécifique sur le plan carcinologique et le déploiement de soins de support.

Les soins palliatifs sont définis par la Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs, comme *« des soins actifs délivrés dans une approche globale de la personne atteinte d'une maladie grave, évolutive ou terminale. L'objectif des soins palliatifs est de soulager les douleurs physiques et les autres symptômes, mais aussi de prendre en compte la souffrance psychique, sociale et spirituelle »* (34).

Aux cours des entretiens, seulement deux médecins ont évoqué de manière claire la notion de soins palliatifs et de soins de support. Les entretiens n'ont, de ce fait, pas permis de mettre en lumière leurs pratiques en matière de soins palliatifs.

Des changements organisationnels sur le territoire de santé ont eu lieu pendant la période des entretiens : la Plateforme Territoriale d'Appui (PTA), Appui Santé Nord Finistère, a vu le jour le 27 janvier 2015. Elle est le résultat de la fusion de différents réseaux de santé : Diab'Iroise, Réseau Pol Aurélien, Respecte, Palliance, Réseau gérontologique brestois, Réseau de Cancérologie du Ponant (35). Les coordonnées, la coordination, le mode de fonctionnement ont changé. Ceci a pu perturber les habitudes, les pratiques et les réponses des interviewés.

Les médecins de l'étude n'évoquaient pas beaucoup l'importance de la personne de confiance et de la rédaction de directives anticipées : deux médecins mentionnaient simplement l'information diagnostique et pronostique à la famille.

Pourtant la question est d'actualité : la nouvelle loi sur la fin de vie, portée par les députés Alain Claeys et Jean Leonetti, a été adoptée le 6 février 2016 **(Annexe 4).**

L'arrêté du ministère des affaires sociales et de la santé a été publié en août 2016, avec une information et un modèle de directives anticipées adressés au grand public **(Annexe 5).**

Concernant la prise en charge palliative à domicile, le Plan Cancer 2014 - 2019 prévoit notamment :

- la réalisation de référentiel de bonnes pratiques
- la création de numéros de téléphone dans les services autorisés au traitement du cancer (7).

L'objectif est de renforcer la communication ville-hôpital.

L'optimisation des structures territoriales adaptées aux prestations de soins de support est prévue. Il faudrait également que la communication soit renforcée entre l'hôpital, le service de prestation de soins de support et le médecin généraliste. C'est dans ce cadre qu'Appui Santé Nord Finistère répond actuellement à un appel à projet de l'Agence Régionale de la Santé (ARS) : le projet SNAC, Services Numériques d'Appui à la Coordination (36).

L'UCOG et Appui Santé Nord Finistère pourraient aider à promouvoir la loi Claeys Leonetti au sein des soignants et dans la population générale.

Oncogériatrie & acteurs ambulatoires

De ces entretiens, il ressort que l'UCOG est méconnue des médecins généralistes, et ce, malgré les efforts de communication et de formations déjà entrepris.

Sur le plan historique, la Bretagne est une des dernières régions à avoir pu bénéficier de la mise en place d'une UCOG : l'ouverture et le déploiement se sont effectués à partir de 2013. D'autres régions en ont bénéficié bien plus précocement puisque les UPCOG ont vu le jour en 2006, et les premières UCOG en 2011 (3).

Depuis, l'UCOG Bretagne œuvre pour promouvoir l'oncogériatrie, la coordination en oncogériatrie, l'information et la formation. Les efforts sont encourageants puisque le nombre de professionnels médicaux ou paramédicaux formés à l'oncogériatrie chaque année ne cesse de croître : 870 en 2015, 930 en 2016. Le nombre d'oncogériatres augmente également, ce qui permet aujourd'hui au territoire de santé N°1 de proposer des consultations à Brest, Morlaix et Carhaix (37).

Le rapport de l'activité de l'UCOG en 2016 a montré une légère augmentation du nombre de G8 réalisés. Cependant, cette évaluation peut être biaisée par un manque de traçabilité du test.

Concernant la communication, l'UCOG Bretagne organise des conférences grand public (« lundis de la santé » à Brest), des congrès annuels et participe à de nombreux congrès (SoFOG...). Une Newsletter biannuelle est adressée à plus de 200 professionnels de santé. Pour promouvoir la formation des médecins en oncogériatrie, l'UCOG va renforcer la sensibilisation auprès des internes de médecine et de chirurgie (37).

Sur le plan de la formation, 115 professionnels de santé dont 48 médecins généralistes ont participé aux formations départementales organisées avec la collaboration du Collège des Hautes Etudes Médicales (CHEM) en 2016.

Ces efforts sont à poursuivre, puisque l'étude « Enquêtes sur la prise en charge de sujets âgés atteints d'un cancer auprès des professionnels de santé de Bretagne et Pays de Loire : pratiques, difficultés rencontrées et besoins » de 2015 mettait en

évidence une demande de formation en oncogériatrie (5). De même, une enquête d'opinion réalisée en 2012 dans la région de Bordeaux montrait le désir de formation en oncogériatrie des médecins généralistes (38).

Concernant les projets, un partenariat avec les médecins généralistes est en réflexion.

L'UCOG Bretagne prévoit de continuer à renforcer le lien avec la Plateforme Territoriale d'Appui (PTA) (37). L'objectif est d'offrir un appui aux professionnels de santé de premier recours, pour des patients avec des parcours de santé complexes, sans limite d'âge ou de pathologie. Renforcer le lien avec les PTA permettra de mieux coordonner le parcours du patient dans sa prise en charge oncogériatrique.

CONCLUSION

La découverte d'un cancer, et notamment du cancer colorectal chez un patient âgé, met son médecin traitant au cœur de sa prise en charge.

Cette étude s'est intéressée aux représentations de cette maladie chez les médecins généralistes. Elle montre que le cancer colorectal, ses symptômes et sa démarche diagnostique sont ancrés dans la pratique en médecine générale. La formation en médecine gériatrique est homogène au sein de la population de médecins généralistes.

En revanche, plusieurs représentations négatives et freins ont émergé des entretiens. L'incidence de ce cancer augmente avec l'âge, l'évolution est indépendante de l'âge : ces informations sont méconnues. Le risque anesthésique et les possibilités thérapeutiques ouvertes aux personnes âgées le sont aussi.

D'autre part, les médecins généralistes ne se sentent pas intégrés à la prise en charge de leurs patients lorsqu'ils sont entre les mains des équipes d'oncologie. L'UCOG doit poursuivre ses efforts de sensibilisation.

Cette étude met en évidence plusieurs axes à développer pour sensibiliser et favoriser la prise en charge globale des sujets âgés atteints de cancer.

L'UCOG Bretagne a débuté un programme de formation auprès des professionnels de santé ambulatoires. Poursuivre ces efforts de formation, et amplifier la communication semble capital.

Concernant la communication, inviter les médecins généralistes à assister aux RCP de leurs patients pourrait favoriser leur intégration dans la prise en charge, et améliorer la communication ville-hôpital.

BIBLIOGRAPHIE

1. INCa, Institut National du Cancer. Le Plan cancer 2003-2007 - Les Plans cancer de 2003 à 2013. [En ligne] http://www.e-cancer.fr/Plan-cancer/Les-Plans-cancer-de-2003-a-2013/Le-Plan-cancer-2003-2007.Consulté le 6 janvier 2017.

2. INCa, Institut National du Cancer. Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2012. [En ligne] http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Maladies-chroniques-et-traumatismes/2013/Estimation-nationale-de-l-incidence-et-de-la-mortalite-par-cancer-en-France-entre-1980-et-2012. Consulté le 6 janvier 2017.

3. INCa, Institut National du Cancer. Rapport au président de la République, Recommandations pour le plan cancer 2009-2013, Rapport du Pr Grünfeld, 14 février 2009. [En ligne] http://www.e-cancer.fr/Plan-cancer/Les-Plans-cancer-de-2003-a-2013/Le-Plan-cancer-2009-2013. Consulté le 16 juillet 2015.

4. INCa, Institut National du Cancer. Unités pilotes de coordination en oncogériatrie (UPCOG) 2005-2010 : rapport et propositions, septembre 2010. [En ligne] file:///C:/Users/Acer/Downloads/upcog-rapport-et-propositions_inca%20(2).pdf. Consulté le 6 janvier 2017.

5. INCa, Institut National du Cancer. Comité de démocratie sanitaire - Instance. [En ligne] http://www.e-cancer.fr/Institut-national-du-cancer/Qui-sommes-nous/Instances/Comite-de-democratie-sanitaire. Consulté le 18 avril 2017.

6. INCa, Institut National du Cancer. Plan cancer 2009-2013. [En ligne] http://www.cnsa.fr/documentation/plancancer20092013_02112009.pdf. Consulté le 10 février 2017.

7. INCa, Institut National du Cancer. Plan cancer 2014 - 2019 : priorités et objectifs. [En ligne] http://www.e-cancer.fr/Plan-cancer/Plan-cancer-2014-2019-priorites-et-objectifs. Consulté le 10 février 2017.

8. Castel-Kremer E, Droz J-P. Decision making in geriatric oncology. Rev Prat. 2009;59(3):339-344.

9. Grosclaude P. Epidémiologie des cancers chez le sujet âgé, les résultats du réseau français des registres des cancers. Oncogériatrie, de la structuration de la filière de soins à la pratique clinique. Paris:Springer;2011,11-18.

10. Bojer A, Roikjaer O. Elderly patients with colorectal cancer are oncologically undertreated. Eur Journal Surg Oncol. 2015;41(3):421-425.

11. Finkel A. La notion de représentation mentale : un enjeu fondamental en psychologie cognitive, 2006. [cited.

12. Kakai H. Contribution à la recherche qualitative, cadre méthodologique de rédaction de mémoire. Université de Franche Comté;2008.

13. Juan S. Méthodes de recherche en sciences socio humaines : Exploration critique des techniques. Paris:PLF;1999.304p.

14. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz AM, Imbert P, Letrilliart L et le groupe de recherche universitaire qualitative médicale francophone. Introduction à la recherche qualitative. Exercer. 2008;19(84):142-145.

15. Gauthier B. Recherche sociale. De la problématique à la collecte des données, 2e éd. Sillery(Québec) : Presses de l'Université du Québec; 1992, 38p.

16. Blanchet A, Gotman A. L'enquête et ses méthodes : l'entretien. Paris : Nathan Université; 2000, 168 p.

17. L'Observatoire des territoires. Espace cartographique. [En ligne]. http://carto.observatoire-des-territoires.gouv.fr/#v=map1;i=zau.zauer99;l=fr;z=-560574,6241475,208088,126529. Consulté le 7 janvier 2017.

18. Jeandel C, Aquino JP, Berrut G. Livre blanc de la gériatrie française. Paris : ESV production; 2011, 300 p.

19. Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche, Ministère des affaires de la santé et de la ville. Circulaire DGES - DGS N°15 du 09 mai 1995, relative aux enseignements de premier cycle et deuxième cycle des études médicales. RE SK 9 50072.3 C. 1995. [En ligne] http://www.sfap.org/system/files/circulaire-dges-dgs-15-9mai1995.pdf. Consulté le 7 janvier 2017.

20. Kenis C al. Relevance of a systematic geriatric screening and assessment in older patients with cancer : results of a prospective multicentric study. Annals of oncology. 2013;24(5):1306-12.

21. Kristjansson SR, Nesbakken A N, Jordhoy MS. Comprehensive geriatric assessment can predict complications in elderly patients after elective surgery for colorectal cancer : a prospective observational cohort study. Crit Rev Oncol Hematol. 2010;76:208-17.

22. Soubeyran P, Bellera C, Goyard J, Heitz D, Curé H, Rousselot H, et al. Screening for Vulnerability in Older Cancer Patients : The ONCODAGE Prospective Multicenter Cohort Study. PLOS ONE. 2014;9(12)

23. Bourcy V, Déniel Lagadec D, Grudé F, Guen L, Loisel I. Enquêtes sur la prise en charge de sujets âgés atteints d'un cancer : auprès des professionnels de santé de Bretagne et Pays de Loire : pratiques, difficultés rencontrées et besoins. Mai 2015, présenté au 8ème Symposium de l'Axe Sciences Humaines et Sociales, Nantes, Mai 2015.

24. Soubeyran P. Sreening Test in oncogeriatry : ONCODAGE. Journal d'OncoGériatrie. JOG. 2011;2(3-4):147-148.

25. SIOG, International Society of Geriatric Oncology. [En ligne]. www.siog.org. Consulté le 7 juin 2017.

26. InVS, Institut de Veille Sanitaire. Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2012. [En ligne] http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Maladies-chroniques-et-traumatismes/2013/Estimation-nationale-de-l-incidence-et-de-la-mortalite-par-cancer-en-France-entre-1980-et-2012. Consulté le 6 janvier 2017.

27. INCa, Institut National du Cancer. Les cancers en France en 2016, l'essentiel des faits et chiffres. [En ligne] file:///C:/Users/Acer/Downloads/Les_cancers_en_France_en_2016_L_essentiel_des_faits_et_chiffres_mel_20170203.pdf. Consulté le 19 juillet 2017.

28. INCa, Institut National du Cancer. Vernant JP. Recommandations pour le troisième Plan Cancer [En ligne] http://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Recommandations-pour-le-troisieme-Plan-cancer. Consulté le 18 juillet 2017.

29. INCa, Institut National du Cancer. Troisième rapport au Président de la République [En ligne] http://www.e-cancer.fr/Plan-cancer/Plan-cancer-2014-2019-priorites-et-objectifs/Troisieme-rapport-au-president-de-la-Republique. Consulté le 18 juillet 2017.

30. Lienhart A, Auroy Y, Péquignot F, Benhamou D, Warszawski J, Bovet M, et al. Survey of anesthesia-related mortality in France. Anesthesiology. 2006;(105):1087-97.

31. HAS, Haute Autorité de Santé. Développement professionnel continu (DPC) - fiche méthode - Réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP). [En ligne] https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-02/reunion_de_concertation_pluridisciplinaire_fiche_technique_2013_01_31.pdf. Consulté le 26 juillet 2017.

32. Pelloni A. Colorectal surgery in patients over 80 years old. Hepatogastroenterology. 2012;59(113):120-3.

33. Kurian A, Suryadevara S, Ramaraju D, Gallagher S, Hoffmann M, Kim S, et al. In-hospital and 6-month mortality rates after open elective vs open emergent colectomy in patients older than 80 years. Dis Colon Rectum. 2011;54(4):467-71.

34. Société Française d'accompagnement et de soins palliatifs. Les soins palliatifs. [En ligne] http://www.sfap.org/rubrique/les-soins-palliatifs. Consulté le 25 juillet 2017.

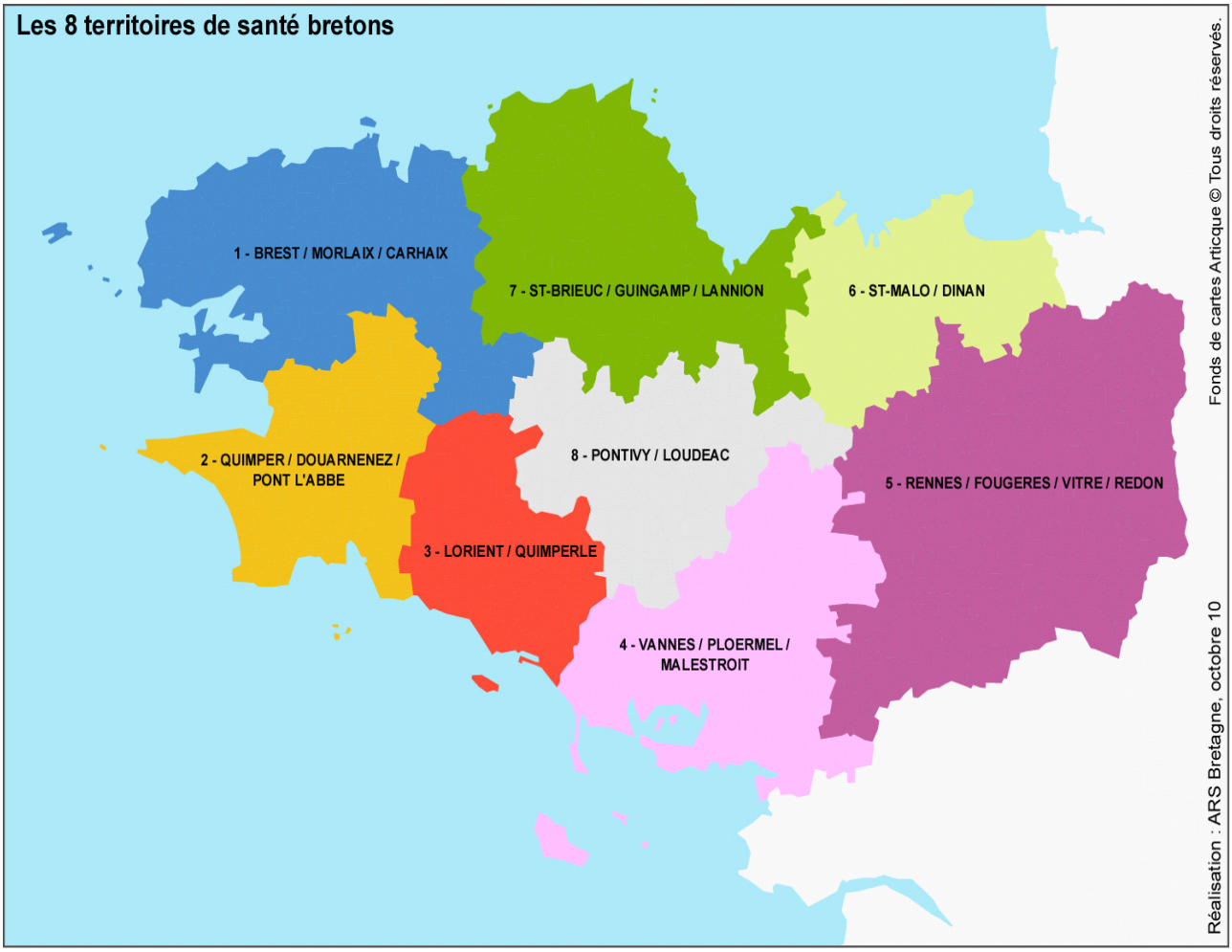
35. Appui Santé Nord Finistère. [En ligne] http://www.appuisante.fr. Consulté le 25 juillet 2017.

36. ARS, Agence Régionale de Santé Bretagne. Services Numériques d'Appui à la coordination [En ligne] https://www.bretagne.ars.sante.fr/services-numeriques-dappui-la-coordination. Consulté le 06 septembre2017.

37. Unité de Coordination en OncoGériatrie de Bretagne. Rapport d'activité. Année 2016. En ligne] http://www.pole-cancerologie-bretagne.fr/ucog/les-ucog/ucog-bretagne/objectifs.html. Consulté le 26 juillet 2017.

38. Labat-Bezeaud C, Mertens C, Soubeyran P, Rainfray M. Opinion survey among general practitioners regarding the oncogeriatric care of cancer patients over 70 years old. J Oncogeriatr. 2012;3(5):207-211.

ANNEXES



Annexe 1 : Territoires de santé bretons

Annexe 2 : Tableau de codage

Cette annexe peut être consultée sur :

https://docs.google.com/spreadsheets/d/14nm0oIcenK_exQGpm2Xe9qg-0lSLfavs81jhKXOhoAo/edit#gid=328097781

Annexe 3 : Grille ONCODAGE

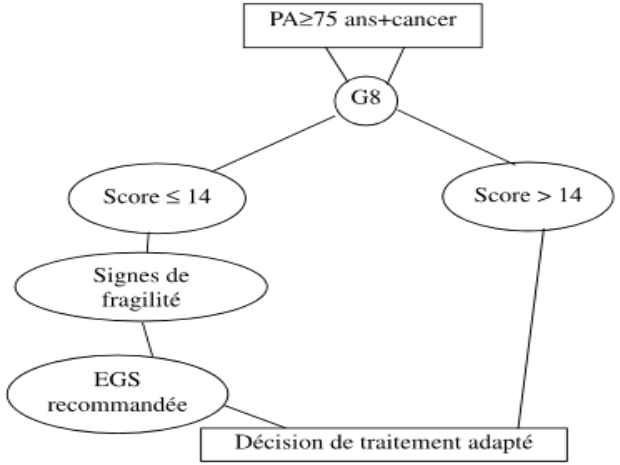
GRILLE ONCODAGE ou G8 = outil de dépistage de la fragilité des personnes âgées de 75 ans et plus atteintes d'un cancer

DATE DU DEPISTAGE : _____
NOM : _____ **PRENOM** : _____
DATE DE NAISSANCE : /__/__/____/
PATHOLOGIE : _____
LIEU : _____
EFFECTUEE PAR (fonction) : _____
G8 avant Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) OUI □ NON □

QUESTIONS	REPONSES POSSIBLES	SCORE
Le patient présente-t-il une perte d'appétit ? A-t-il mangé moins ces 3 derniers mois par manque d'appétit, problèmes digestifs, difficultés de mastication ou de déglutition ?	Anorexie sévère Anorexie modérée Pas d'anorexie	0 1 2
Perte de poids (< 3 mois)	Perte de poids > 3kg Ne sait pas Perte de poids entre 1 et 3kg Pas de perte de poids	0 1 2 3
Motricité	Du lit au fauteuil Autonome à l'intérieur Sort du domicile	0 1 2
Problèmes neuropsychologiques	Démence ou dépression sévère Démence ou dépression modérée Pas de problèmes psychologiques	0 1 2
Indice de Masse Corporelle IMC = [poids] /[taille]²en kg par m² Poids = kg Taille = m IMC = [ ]/[ ]² =	IMC < 19 19 ≤ IMC < 21 21 ≤ IMC < 23 IMC ≥ 23	0 1 2 3
Prend plus de 3 médicaments	Oui Non	0 1
Le patient se sent-il en meilleure ou moins bonne santé que la plupart des personnes de son âge ?	Moins bonne Ne sait pas Aussi bonne Meilleure	0 0,5 1 2
Age	> 85 ans 80-85 ans < 80ans	0 1 2
SCORE/17		

Outil d'évaluation simple et rapide coté de 0 à 17, pouvant être rempli par du personnel médical ou paramédical en consultation, dans les services de soins ou en extra hospitalier.

Si le résultat du G8 est inférieur ou égal à 14, il est recommandé de demander une EGS (Evaluation Gériatrique Standardisée)



Attention
Si le score obtenu est inférieur ou égal à 14, veuillez prendre contact afin d'organiser une évaluation gériatrique approfondie.

EGS DEMANDEE : OUI □ NON □

Annexe 4 : Loi Clayes Leonetti

LOIS

LOI n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie (1)

NOR : *AFSX1507642L*

L'Assemblée nationale et le Sénat ont adopté,

Le Président de la République promulgue la loi dont la teneur suit :

Article 1er

I. – L'article L. 1110-5 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Le premier alinéa est ainsi modifié :

a) La première phrase est ainsi modifiée :

– après le mot : « recevoir », sont insérés les mots : « , sur l'ensemble du territoire, les traitements et » ;

– après le mot : « sanitaire », sont insérés les mots : « et le meilleur apaisement possible de la souffrance » ;

b) A la seconde phrase, après les mots : « d'investigation ou », sont insérés les mots : « de traitements et » ;

c) Est ajoutée une phrase ainsi rédigée :

« Ces dispositions s'appliquent sans préjudice ni de l'obligation de sécurité à laquelle est tenu tout fournisseur de produits de santé ni de l'application du titre II du présent livre. » ;

2° Les deuxième à dernier alinéas sont remplacés par un alinéa ainsi rédigé :

« Toute personne a le droit d'avoir une fin de vie digne et accompagnée du meilleur apaisement possible de la souffrance. Les professionnels de santé mettent en œuvre tous les moyens à leur disposition pour que ce droit soit respecté. »

II. – La formation initiale et continue des médecins, des pharmaciens, des infirmiers, des aides-soignants, des aides à domicile et des psychologues cliniciens comporte un enseignement sur les soins palliatifs.

Article 2

Après l'article L. 1110-5 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 1110-5-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 1110-5-1.* – Les actes mentionnés à l'article L. 1110-5 ne doivent pas être mis en œuvre ou poursuivis lorsqu'ils résultent d'une obstination déraisonnable. Lorsqu'ils apparaissent inutiles, disproportionnés ou lorsqu'ils n'ont d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie, ils peuvent être suspendus ou ne pas être entrepris, conformément à la volonté du patient et, si ce dernier est hors d'état d'exprimer sa volonté, à l'issue d'une procédure collégiale définie par voie réglementaire.

« La nutrition et l'hydratation artificielles constituent des traitements qui peuvent être arrêtés conformément au premier alinéa du présent article.

« Lorsque les actes mentionnés aux deux premiers alinéas du présent article sont suspendus ou ne sont pas entrepris, le médecin sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa vie en dispensant les soins palliatifs mentionnés à l'article L. 1110-10. »

Article 3

Après le même article L. 1110-5, il est inséré un article L. 1110-5-2 ainsi rédigé :

« *Art. L. 1110-5-2.* – A la demande du patient d'éviter toute souffrance et de ne pas subir d'obstination déraisonnable, une sédation profonde et continue provoquant une altération de la conscience maintenue jusqu'au décès, associée à une analgésie et à l'arrêt de l'ensemble des traitements de maintien en vie, est mise en œuvre dans les cas suivants :

« 1° Lorsque le patient atteint d'une affection grave et incurable et dont le pronostic vital est engagé à court terme présente une souffrance réfractaire aux traitements ;

« 2° Lorsque la décision du patient atteint d'une affection grave et incurable d'arrêter un traitement engage son pronostic vital à court terme et est susceptible d'entraîner une souffrance insupportable.

« Lorsque le patient ne peut pas exprimer sa volonté et, au titre du refus de l'obstination déraisonnable mentionnée à l'article L. 1110-5-1, dans le cas où le médecin arrête un traitement de maintien en vie, celui-ci applique une sédation profonde et continue provoquant une altération de la conscience maintenue jusqu'au décès, associée à une analgésie.

les conditions d'application prévues aux alinéas précédents sont remplies.

« A la demande du patient, la sédation profonde et continue peut être mise en œuvre à son domicile, dans un établissement de santé ou un établissement mentionné au 6° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles.

« L'ensemble de la procédure suivie est inscrite au dossier médical du patient. »

Article 4

Après le même article L. 1110-5, il est inséré un article L. 1110-5-3 ainsi rédigé :

« *Art. L. 1110-5-3.* – Toute personne a le droit de recevoir des traitements et des soins visant à soulager sa souffrance. Celle-ci doit être, en toutes circonstances, prévenue, prise en compte, évaluée et traitée.

« Le médecin met en place l'ensemble des traitements analgésiques et sédatifs pour répondre à la souffrance réfractaire du malade en phase avancée ou terminale, même s'ils peuvent avoir comme effet d'abréger la vie. Il doit en informer le malade, sans préjudice du quatrième alinéa de l'article L. 1111-2, la personne de confiance prévue à l'article L. 1111-6, la famille ou, à défaut, un des proches du malade. La procédure suivie est inscrite dans le dossier médical.

« Toute personne est informée par les professionnels de santé de la possibilité d'être prise en charge à domicile, dès lors que son état le permet. »

Article 5

I. – L'article L. 1111-4 du même code est ainsi modifié :

1° Après le premier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Toute personne a le droit de refuser ou de ne pas recevoir un traitement. Le suivi du malade reste cependant assuré par le médecin, notamment son accompagnement palliatif. » ;

2° Le deuxième alinéa est ainsi rédigé :

« Le médecin a l'obligation de respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix et de leur gravité. Si, par sa volonté de refuser ou d'interrompre tout traitement, la personne met sa vie en danger, elle doit réitérer sa décision dans un délai raisonnable. Elle peut faire appel à un autre membre du corps médical. L'ensemble de la procédure est inscrite dans le dossier médical du patient. Le médecin sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa fin de vie en dispensant les soins palliatifs mentionnés à l'article L. 1110-10. » ;

3° Après le mot : « susceptible », la fin du cinquième alinéa est ainsi rédigée : « d'entraîner son décès ne peut être réalisé sans avoir respecté la procédure collégiale mentionnée à l'article L. 1110-5-1 et les directives anticipées ou, à défaut, sans que la personne de confiance prévue à l'article L. 1111-6 ou, à défaut la famille ou les proches, aient été consultés. La décision motivée de limitation ou d'arrêt de traitement est inscrite dans le dossier médical. »

II. – A la première phrase du V de l'article L. 2131-1 du même code, le mot : « troisième » est remplacé par le mot : « quatrième ».

Article 6

L'article L. 1111-10 du même code est abrogé.

Article 7

A l'intitulé de la section 2 du chapitre Ier du titre Ier du livre Ier de la première partie du même code, après le mot : « volonté », sont insérés les mots : « des malades refusant un traitement et ».

Article 8

L'article L. 1111-11 du même code est ainsi rédigé :

« *Art. L. 1111-11.* – Toute personne majeure peut rédiger des directives anticipées pour le cas où elle serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté. Ces directives anticipées expriment la volonté de la personne relative à sa fin de vie en ce qui concerne les conditions de la poursuite, de la limitation, de l'arrêt ou du refus de traitement ou d'acte médicaux.

« A tout moment et par tout moyen, elles sont révisables et révocables. Elles peuvent être rédigées conformément à un modèle dont le contenu est fixé par décret en Conseil d'Etat pris après avis de la Haute Autorité de santé. Ce modèle prévoit la situation de la personne selon qu'elle se sait ou non atteinte d'une affection grave au moment où elle les rédige.

« Les directives anticipées s'imposent au médecin pour toute décision d'investigation, d'intervention ou de traitement, sauf en cas d'urgence vitale pendant le temps nécessaire à une évaluation complète de la situation et lorsque les directives anticipées apparaissent manifestement inappropriées ou non conformes à la situation médicale.

« La décision de refus d'application des directives anticipées, jugées par le médecin manifestement inappropriées ou non conformes à la situation médicale du patient, est prise à l'issue d'une procédure collégiale

définie par voie réglementaire et est inscrite au dossier médical. Elle est portée à la connaissance de la personne de confiance désignée par le patient ou, à défaut, de la famille ou des proches.

« Un décret en Conseil d'Etat, pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés, définit les conditions d'information des patients et les conditions de validité, de confidentialité et de conservation des directives anticipées. Les directives anticipées sont notamment conservées sur un registre national faisant l'objet d'un traitement automatisé dans le respect de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. Lorsqu'elles sont conservées dans ce registre, un rappel de leur existence est régulièrement adressé à leur auteur.

« Le médecin traitant informe ses patients de la possibilité et des conditions de rédaction de directives anticipées.

« Lorsqu'une personne fait l'objet d'une mesure de tutelle, au sens du chapitre II du titre XI du livre Ier du code civil, elle peut rédiger des directives anticipées avec l'autorisation du juge ou du conseil de famille s'il a été constitué. Le tuteur ne peut ni l'assister ni la représenter à cette occasion. »

Article 9

L'article L. 1111-6 du même code est ainsi rédigé :

« *Art. L. 1111-6.* – Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant et qui sera consultée au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. Elle rend compte de la volonté de la personne. Son témoignage prévaut sur tout autre témoignage. Cette désignation est faite par écrit et cosignée par la personne désignée. Elle est révisable et révocable à tout moment.

« Si le patient le souhaite, la personne de confiance l'accompagne dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions.

« Lors de toute hospitalisation dans un établissement de santé, il est proposé au patient de désigner une personne de confiance dans les conditions prévues au présent article. Cette désignation est valable pour la durée de l'hospitalisation, à moins que le patient n'en dispose autrement.

« Dans le cadre du suivi de son patient, le médecin traitant s'assure que celui-ci est informé de la possibilité de désigner une personne de confiance et, le cas échéant, l'invite à procéder à une telle désignation.

« Lorsqu'une personne fait l'objet d'une mesure de tutelle, au sens du chapitre II du titre XI du livre Ier du code civil, elle peut désigner une personne de confiance avec l'autorisation du juge ou du conseil de famille s'il a été constitué. Dans l'hypothèse où la personne de confiance a été désignée antérieurement à la mesure de tutelle, le conseil de famille, le cas échéant, ou le juge peut confirmer la désignation de cette personne ou la révoquer. »

Article 10

L'article L. 1111-12 du même code est ainsi rédigé :

« *Art. L. 1111-12.* – Lorsqu'une personne, en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, quelle qu'en soit la cause, est hors d'état d'exprimer sa volonté, le médecin a l'obligation de s'enquérir de l'expression de la volonté exprimée par le patient. En l'absence de directives anticipées mentionnées à l'article L. 1111-11, il recueille le témoignage de la personne de confiance ou, à défaut, tout autre témoignage de la famille ou des proches. »

Article 11

L'article L. 1111-13 du même code est abrogé.

Article 12

L'article L. 1412-1-1 du même code est ainsi modifié :

1° Le premier alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée : « L'avis des commissions compétentes et de l'Office parlementaire d'évaluation des choix scientifiques et technologiques inclut une appréciation sur l'opportunité, pour le Gouvernement, de mobiliser, dans les conditions prévues à l'article L. 121-10 du code de l'environnement, le concours de la Commission nationale du débat public. » ;

2° Le deuxième alinéa est complété par les mots : « , en faisant ressortir les éléments scientifiques indispensables à la bonne compréhension des enjeux de la réforme envisagée ».

Article 13

I. – Les articles 1er à 11 de la présente loi sont applicables à Wallis et Futuna, sous réserve de l'adaptation suivante :

Au II de l'article 1er, les mots : « , des aides-soignants, des aides à domicile et des psychologues cliniciens » sont supprimés.

II. – Après le 2° de l'article L. 1521-1 du code de la santé publique, il est inséré un 2° *bis* ainsi rédigé :

« 2° *bis* La dernière phrase du premier alinéa de l'article L. 1110-5 est ainsi rédigée :

« "Ces dispositions s'appliquent sans préjudice de l'article L. 1521-5" ; ».

III. – Les articles 1er à 11 de la présente loi, à l'exception du II de l'article 1er, sont applicables en Nouvelle-Calédonie et en Polynésie française.

IV. – L'article L. 1541-2 du code de la santé publique est complété par un IV ainsi rédigé :

« IV. – Pour leur application dans ces deux collectivités :

« *a)* La dernière phrase du premier alinéa de l'article L. 1110-5 est ainsi rédigée : "Ces dispositions s'appliquent sans préjudice de l'article L. 1541-4." ;

« *b)* L'avant-dernier alinéa de l'article L. 1110-5-2 est ainsi rédigé :

« "A la demande du patient et après consultation du médecin, la sédation profonde et continue associée à une analgésie, prévue au présent article, peut être mise en œuvre à son domicile ou dans un lieu prévu à cet effet par les autorités locales compétentes en matière sanitaire et sociale." »

V. – L'article L. 1541-3 du même code est ainsi modifié :

1° Au II, il est inséré un 3° *bis* ainsi rédigé :

« 3° *bis* Le troisième alinéa de l'article L. 1111-6 est supprimé ; »

2° Sont ajoutés des IV et V ainsi rédigés :

« IV. – Le dernier alinéa de l'article L. 1111-6 n'est pas applicable en Nouvelle-Calédonie.

« V. – L'article L. 1111-11 est applicable dans ces deux collectivités, sous réserve des adaptations suivantes :

« 1° A la fin de la deuxième phrase du deuxième alinéa, les mots : "pris après avis de la Haute Autorité de santé" sont supprimés ;

« 2° Le dernier alinéa n'est pas applicable en Nouvelle-Calédonie. »

Article 14

I. – A l'occasion de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale, le Gouvernement remet chaque année au Parlement un rapport évaluant les conditions d'application de la présente loi ainsi que la politique de développement des soins palliatifs dans les établissements de santé, les établissements mentionnés au 6° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles et à domicile.

II. – L'article 15 de la loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie est abrogé.

La présente loi sera exécutée comme loi de l'Etat.

Fait à Paris, le 2 février 2016.

FRANÇOIS HOLLANDE

Par le Président de la République :

Le Premier ministre,
MANUEL VALLS

Le garde des sceaux,
ministre de la justice,
JEAN-JACQUES URVOAS

La ministre des affaires sociales,
de la santé
et des droits des femmes,
MARISOL TOURAINE

La ministre des outre-mer,
GEORGE PAU-LANGEVIN

La secrétaire d'Etat
chargée de la famille, de l'enfance,
des personnes âgées
et de l'autonomie,
LAURENCE ROSSIGNOL

---

(1) *Travaux préparatoires :* loi n° 2016-87.

Assemblée nationale :

Proposition de loi n° 2512 ;
Rapport de MM. Alain Claeys et Jean Leonetti, au nom de la commission des affaires sociales, n° 2585 ;
Discussion les 10 et 11 mars 2015 et adoption le 17 mars 2015 (TA n° 486).

Sénat :

Proposition de loi, adoptée par l'Assemblée nationale, n° 348 (2014-2015) ;
Rapport de MM. Michel Amiel et Gérard Dériot, au nom de la commission des affaires sociales, n° 467 (2014-2015) ;
Avis de M. François Pillet, au nom de la commission des lois, n° 506 (2014-2015) ;
Texte de la commission n° 468 (2014-2015) ;
Discussion les 16, 17 et 23 juin 2015 et rejet le 23 juin 2015 (TA n° 116, 2014-2015).

Assemblée nationale :

Proposition de loi, rejetée par le Sénat, n° 2887 ;
Rapport de MM. Alain Claeys et Jean Leonetti, au nom de la commission des affaires sociales, n° 3091 ;
Discussion les 5 et 6 octobre 2015 et adoption le 6 octobre 2015 (TA n° 592).

Sénat :

Proposition de loi, adoptée avec modifications par l'Assemblée nationale en deuxième lecture, n° 12 (2015-2016) ;
Rapport de MM. Michel Amiel et Gérard Dériot, au nom de la commission des affaires sociales, n° 103 (2015-2016) ;
Avis de M. François Pillet, au nom de la commission des lois, n° 106 (2015-2016) ;
Texte de la commission n° 104 (2015-2016) ;
Discussion et adoption le 29 octobre 2015 (TA n° 30, 2015-2016).

Assemblée nationale :

Proposition de loi, modifiée par le Sénat en deuxième lecture, n° 3187 ;
Rapport de M. Alain Claeys, au nom de la commission mixte paritaire, n° 3402 ;
Discussion et adoption le 27 janvier 2016 (TA n° 665).

Sénat :

Rapport de M. Gérard Dériot, au nom de la commission mixte paritaire, n° 306 (2015-2016) ;
Texte de la commission n° 307 (2015-2016) ;
Discussion et adoption le 27 janvier 2016 (TA n° 72, 2015-2016).

Annexe 5 : Modèle de directives anticipées

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Directives anticipées

J'exprime par écrit mes volontés pour ma fin de vie.

1

Présentation[1]

Des directives anticipées, pour quoi faire ?

Toute personne majeure peut rédiger ses « directives anticipées » concernant sa fin de vie. C'est une possibilité qui vous est donnée. Il s'agit pour vous d'exprimer vos volontés par écrit sur les décisions médicales à prendre lorsque vous serez en fin de vie, sur les traitements ou actes médicaux qui seront ou ne seront pas engagés, limités ou arrêtés.

La fin de vie peut arriver après un accident ou à l'issue d'une maladie grave. Dans ces circonstances, vous serez peut-être dans l'incapacité de vous exprimer. Si vous avez rédigé des directives anticipées, votre médecin et vos proches sauront quelles sont vos volontés, même si vous ne pouvez plus vous exprimer.

Bien sûr, envisager à l'avance cette situation est difficile, voire angoissant. Mais il est important d'y réfléchir.

Rédiger des directives anticipées n'est pas une obligation.

▶ **Deux modèles sont proposés, selon que vous êtes actuellement bien portant ou atteint d'une grave maladie :**

Il n'est pas obligatoire de remplir tous les items du modèle et de désigner une personne de confiance. Il est possible de joindre d'autres pages si le document n'offre pas assez d'espace.

- un modèle A pour les personnes en fin de vie ou ayant une maladie grave
- un modèle B pour les personnes en bonne santé ou n'ayant pas de maladie grave.

L'utilisation d'un de ces modèles n'est pas obligatoire. Mais elle vous est recommandée afin de vous aider à exprimer clairement vos volontés.

[1] Si vous souhaitez prendre connaissance des textes légaux à ce sujet, ils figurent aux articles L. 1111-11 et R. 1111-18 et R. 1111-19 du code de la santé publique. Ils sont accessibles sur le site internet : www.legifrance.gouv.fr

▶ **Est-il possible d'exprimer des souhaits ou des volontés autres que les volontés de nature médicale qui sont mentionnées dans les modèles A et B ?**

Oui et la fiche numéro ❸ vous est proposée à cet effet. Mais sachez que la loi a prévu que seules vos volontés de nature médicale constitueront des directives obligatoires pour les médecins qui s'occuperont de vous à la fin de votre vie. Par conséquent, ce que vous écrirez dans la fiche numéro ❸ pourra être une information utile pour le médecin, mais ce ne sera pas une directive au sens de la loi.

▶ **Avec qui en parler ?**

Vous pouvez en parler avec votre médecin pour qu'il vous conseille dans la rédaction de vos directives. Il pourra vous aider à envisager les diverses situations qui peuvent se présenter en fin de vie. Il pourra vous expliquer les traitements possibles, leur efficacité, leurs limites ou leurs désagréments. Cela pourra éclairer votre choix.

Vous pouvez aussi vous rendre sur le site de la Haute Autorité de Santé qui donne des informations et des conseils pour rédiger vos directives anticipées : **www.has-sante.fr**

Vous pouvez également en parler avec votre personne de confiance, personne qui est en mesure de témoigner de vos volontés, avec d'autres professionnels de santé, avec des associations ou avec des proches en qui vous avez confiance.

▶ **Le médecin devra-t-il respecter vos directives ?**

Oui, c'est la loi : le médecin de même que tout autre professionnel de santé devra respecter les volontés exprimées dans vos directives anticipées, s'il arrive un jour que vous ne soyez plus en état de vous exprimer. Il ne pourra passer outre vos directives que dans les cas exceptionnels prévus par la loi [2].

▶ **Après avoir rédigé des directives, est-il possible de les modifier ?**

Oui. Les directives anticipées sont valables sans limite de temps mais vous pourrez toujours, à tout moment, les modifier dans le sens que vous souhaitez. En présence de plusieurs directives anticipées, le document le plus récent fera foi.

▶ **Où conserver vos directives ?**

Il est important qu'elles soient facilement accessibles.

Quel que soit votre choix, informez votre médecin et vos proches de leur existence et de leur lieu de conservation. Ainsi, le jour venu, le médecin qui vous accompagnera lors de la fin de votre vie saura où trouver vos directives afin de les mettre en œuvre.

2 La loi prévoit deux cas :

- Le cas d'urgence vitale. Le médecin peut alors ne pas mettre en œuvre vos directives pendant le temps nécessaire à une évaluation complète de la situation

- Le cas où les directives paraissent manifestement inappropriées ou non-conformes à votre situation médicale.

Si un « dossier médical partagé »[3] a été créé à votre nom, il vous est recommandé d'y faire enregistrer vos directives anticipées car elles seront ainsi aisément consultables en cas de besoin. Parlez-en à votre médecin.

Si vous ne disposez pas d'un « dossier médical partagé », vous pouvez confier vos directives anticipées à votre médecin qui les conservera dans le dossier qu'il a constitué à votre nom.

Dans le cas où vous seriez hospitalisé pour une maladie grave ou dans le cas où vous seriez admis dans un établissement pour personnes âgées, vous pouvez confier vos directives à cet hôpital ou à cet établissement. Il les intégrera dans le dossier ouvert à votre nom.

Enfin, vous pouvez également confier vos directives à votre « personne de confiance », à un membre de votre famille ou à un proche. Vous pouvez aussi les conserver chez vous et/ou avoir sur vous une indication du lieu de leur conservation.

Dans le cas où vous choisissez de conserver vos directives dans votre « dossier médical partagé » ou dans un dossier médical, n'oubliez pas d'informer les proches concernés (votre « personne de confiance » ou, dans le cas particulier prévu par la fiche ❺ ci-après, vos témoins) que leurs noms et coordonnées personnelles y sont inscrits. De même, si ces dossiers mentionnent qu'une personne est détentrice de vos directives anticipées, n'oubliez pas de l'informer que ses noms et coordonnées personnelles y sont inscrits.

L'essentiel, répétons-le, est que vous informiez votre médecin et vos proches que vous avez rédigé des directives anticipées en leur indiquant où elles sont conservées. Ainsi vous serez assuré que, lors de votre fin de vie, vos volontés seront respectées.

Bien entendu, dans tous les cas, même si vous n'avez pas rédigé de directives anticipées, le médecin qui s'occupera de vous lors de votre fin de vie aura le devoir de faire tout son possible pour vous éviter de souffrir.

*****

Les fiches ci-jointes vous proposent aussi de désigner votre « personne de confiance », si vous ne l'avez pas déjà fait. (Cf. fiche ❺ ci-après).

3 Le dossier médical partagé est un dossier numérisé qui peut être créé, avec votre consentement, afin de recueillir les informations médicales vous concernant. Si vous avez décidé de le créer, il est géré par l'assurance maladie. Pour plus de précisions, parlez-en à votre médecin.

2

Mon identité

Nom et prénoms : .....

Né(e) le : ..... à : .....

Domicilié(e) à : .....

.....

Si je bénéficie d'une mesure de tutelle au sens du Chapitre II du titre XI du livre Ier du code civil :

- j'ai l'autorisation du juge ☐ Oui ☐ Non
- du conseil de famille ☐ Oui ☐ Non

Veuillez joindre la copie de l'autorisation.

3

Informations ou souhaits

que je veux exprimer en dehors de mes directives anticipées figurant sur la fiche 4 ci-après

Si je pense que, pour bien comprendre mes volontés exprimées dans l'un des modèles ci-après, le médecin qui s'occupera de moi lors de ma fin de vie doit connaître :

- certaines informations (par exemple sur ma situation personnelle, ma famille ou mes proches)
- certaines de mes craintes, de mes attentes ou de mes convictions (par exemple sur la solitude et la douleur en fin de vie ou sur le lieu où je souhaite finir mes jours),

Je les écris ici :

.....

.....

.....

Fait le ..... à .....

Signature

4

Mes directives anticipées
Modèle A

➔ *Je suis atteint d'une maladie grave*

➔ *Je pense être proche de la fin de ma vie*

Je rédige les présentes directives anticipées **pour le cas où je ne serais plus en mesure de m'exprimer au moment de la fin de ma vie.**

Mes volontés sont les suivantes :

1° à propos des situations dans lesquelles je risque de me trouver (par exemple, situation de coma en phase terminale d'une maladie).

J'indique ici notamment si j'accepte ou si je refuse que l'on me maintienne artificiellement en vie dans le cas où j'aurais définitivement perdu conscience et où je ne pourrais plus communiquer avec mes proches :

.....

.....

2° à propos des actes et des traitements médicaux dont je pourrais faire l'objet.

La loi prévoit qu'au titre du refus de l'obstination déraisonnable, ils peuvent ne pas être entrepris ou être arrêtés s'ils apparaissent inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie.

▶ J'indique donc ici si j'accepte ou si je refuse qu'ils soient entrepris, notamment :

- Une réanimation cardiaque et respiratoire (tube pour respirer) : .....
- Le branchement de mon corps sur un appareil à dialyse rénale : .....
- Une intervention chirurgicale : .....
- Autre : .....

▶ Si ces actes ou traitements ont déjà été entrepris, j'indique ici si j'accepte ou si je refuse qu'ils soient arrêtés notamment :

- Assistance respiratoire (tube pour respirer) : .....
- Dialyse rénale : .....
- Alimentation et hydratation artificielles : .....
- Autre : .....

▶ Enfin, si mon médecin m'a parlé de manière plus précise d'autres actes ou traitements qui pourraient être entrepris ou maintenus compte tenu de la maladie dont je suis atteint, j'indique ici ceux dont j'accepte ou ceux dont je refuse la mise en œuvre ou la poursuite :

.....

.....

3° à propos de la sédation profonde et continue associée à un traitement de la douleur.

En cas d'arrêt des traitements qui me maintiennent artificiellement en vie, j'indique ici si je veux ou non bénéficier d'une sédation profonde et continue associée à un traitement de la douleur, c'est-à-dire d'un traitement qui m'endort et a pour objectif la perte de conscience jusqu'à mon décès :

.....

.....

Fait le ..... à .....

Signature

Mes directives anticipées
Modèle B

➔ *Je pense être en bonne santé*

➔ *Je ne suis pas atteint d'une maladie grave*

Je rédige les présentes directives anticipées **pour le cas où je ne serais plus en mesure de m'exprimer au moment de la fin de ma vie.**

Mes volontés sont les suivantes :

1° à propos des situations dans lesquelles je veux ou je ne veux pas que l'on continue à me maintenir artificiellement en vie (par exemple traumatisme crânien, accident vasculaire cérébral, etc.. entrainant un « état de coma prolongé » jugé irréversible).

J'indique ici notamment si j'accepte ou si je refuse que l'on me maintienne artificiellement en vie dans le cas où j'aurais définitivement perdu conscience et où je ne pourrais plus communiquer avec mes proches :

.....

.....

2° à propos des actes et des traitements médicaux dont je pourrais faire l'objet.

La loi prévoit qu'au titre du refus de l'obstination déraisonnable, ils peuvent ne pas être entrepris ou être arrêtés s'ils apparaissent inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie.

J'indique donc ici si j'accepte ou si je refuse de tels actes (par exemple : réanimation cardio respiratoire, assistance respiratoire, alimentation et hydratation artificielles, etc.) :

.....

.....

3° à propos de la sédation profonde et continue associée à un traitement de la douleur.

En cas d'arrêt des traitements qui me maintiennent en vie, j'indique ici si je veux ou non bénéficier d'une sédation profonde et continue associée à un traitement de la douleur, c'est-à-dire d'un traitement qui m'endort et a pour objectif la perte de conscience jusqu'à mon décès :

.....

.....

Fait le ..... à .....

Signature

5

Cas particulier

Si vous êtes dans l'impossibilité physique d'écrire seul(e) vos directives anticipées, quelqu'un peut le faire pour vous devant deux témoins désignés ci-dessous (dont l'un peut être votre personne de confiance si vous l'avez désignée).

Témoin 1 : Je soussigné(e)

Nom et prénoms : .....

Qualité : .....

atteste que les directives anticipées décrites ci-avant sont bien l'expression de la volonté libre

et éclairée de M. ou Mme .....

Fait le ..... à .....

Signature

Témoin 2 : Je soussigné(e)

Nom et prénoms : .....

Qualité : .....

atteste que les directives anticipées décrites ci-avant sont bien l'expression de la volonté libre

et éclairée de M. ou Mme .....

Fait le ..... à .....

Signature

6

Nom et coordonnées de ma personne de confiance[4]

Si vous ne l'avez pas déjà fait, et si vous le souhaitez, cette fiche vous permet de désigner votre « **personne de confiance** ». La loi prévoit que cette personne témoignera de vos volontés et parlera en votre nom si vous ne pouvez plus vous exprimer : elle sera consultée en premier si vous n'avez pas rédigé vos directives anticipées ou si vos directives se trouvaient difficilement accessibles au moment où votre médecin aurait besoin de les consulter.

Je soussigné(e) nom, prénoms, date et lieu de naissance

.....

.....

désigne la personne de confiance suivante :

Nom et prénoms : .....

Domicilié(e) à : .....

Téléphone privé : ..... Téléphone professionnel : .....

Téléphone privé : ..... Email : .....

▶ Je lui ai fait part de mes directives anticipées ou de mes volontés si un jour je ne suis plus en état de m'exprimer :

☐ Oui ☐ Non

▶ Elle possède un exemplaire de mes directives anticipées :

☐ Oui ☐ Non

Fait le ..... à .....

Votre signature

Signature de la personne de confiance

4 au sens de l'article L.1111-6 du code de la santé publique

7

Modification ou annulation de mes directives anticipées

Je soussigné(e)

Nom et prénoms : .....

- Si vous souhaitez modifier vos directives anticipées, vous pouvez en rédiger de nouvelles et demander à votre médecin, à l'hôpital ou à l'établissement médicosocial qui les a conservées de supprimer ou détruire les précédentes. Si elles ont été enregistrées sur votre dossier médical partagé, vous pouvez en enregistrer de nouvelles. Seul le document le plus récent fait foi.

- Ou : **Déclare annuler mes directives anticipées datées du** .....

Fait le ..... à .....

Signature

Si vous êtes dans l'impossibilité d'écrire seul(e) ce document, quelqu'un peut le faire pour vous devant deux personnes désignées comme le prévoit le cas particulier décrit au 5

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 le 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.

FACULTÉ
DE MÉDECINE &
SCIENCES DE LA SANTÉ

THESE DE DOCTORAT EN MEDECINE

INTERNE

Madame Morvan-Laurent Julia

Inscrite en DES de médecine générale

Titre définitif de la thèse soutenue :

Cancer colorectal du sujet âgé : représentations des médecins généralistes.

Etude qualitative observationnelle auprès de médecins du territoire de santé N°1 breton.

ACCORD DU PRESIDENT DU JURY DE THESE SUR L'IMPRESSION DE LA THESE

OUI : ☑

NON : ☐

La présente autorisation d'imprimer sa thèse est délivrée à l'interne susmentionné.

Brest, le 26.9.2017

Le directeur de l'UFR de médecine et des sciences de la santé de Brest

C. BERTHOU

Le président du jury de thèse

CHRU de BREST
Hôpital de la Cavale Blanche
Pôle Neurolocomoteur
Gériatrique et Interventionnel
Service de MEDECINE GERIATRIQUE
Professeur Armelle GENTRIC

MORVAN-LAURENT (Julia) – Colorectal cancer of the elderly : representations of general practitioners. Qualitative observation of physicians in health territory N°1 in Brittany.

SUMMARY :

Introduction : The incidence of colorectal cancer in the elderly is very high and diagnosis is delayed. This qualitative study is aimed to highlight the representations of general practitioners and to evaluate if it does influence the decision to consult a specialist.

Methods : This qualitative study was carried out by semi-directed interviews with doctors in the 1st territory of health in Brittany. Representations have emerged thanks to the verbatim transcriptions.

Results : 11 physicians were interviewed from february 2016 to january 2017. The positive representations were : knowledge of clinical signs and the behavior in case of colorectal cancer suspicion. However, evolution, incidence, therapeutics in the elderly were unknown. Anesthetic risks were also unknown, and it was an obstacle for the explorations. Palliative care was poorly mentioned in the interviews.

Discussion : The G8, pillar of oncogeriatric care in « Plan cancer 2009-2013 » was unknown. Oncogeriatry is a young discipline, and this could explain this lack of knowledge. General practitioners feel isolated from the oncologic decisions. They could receive an invitation for Multidisciplinary Concertation Meeting. Health network changed recently, and aim to develop communication between hospital and general practitioners, to improve care at home.

Conclusion : Oncogeriatric knowledge has to improve. UCOG should continue in this direction. Epidemiology of colorectal cancer and its incidence in the elderly would require evaluating the relevance of a systematic screening of the elderly.

KEY WORDS :

Qualitative study
Generalist practitioner's representations
Colorectal cancer
The elderly

JURY President : Pr GENTRIC Armelle

Members : Dr TRINH Olivier
Pr LE FLOCH Bernard
Dr CHIRON Benoît

DATE DE SOUTENANCE : Thursday, 17 october 2017

AUTHOR'S ADRESS: Penn an neac'h Rozegad, 29470 Plougastel-Daoulas

MORVAN-LAURENT (Julia) - Cancer colorectal du sujet âgé : représentations des médecins généralistes. Etude qualitative observationnelle auprès de médecins du territoire de santé N°1 breton.
Th. : Méd. : Brest 2017

RESUME

Introduction : Le cancer colorectal du sujet âgé est fréquent, et souvent diagnostiqué à un stade tardif. Cette étude avait pour objectif de connaître les représentations du cancer colorectal du sujet âgé par les médecins généralistes et d'évaluer si celles-ci les influencent quant à leur décision d'adresser le patient à un spécialiste.

Méthode : Cette étude qualitative a été réalisée auprès de médecins généralistes du territoire de santé N°1 breton, par entretiens semi-dirigés. Le codage des verbatims a permis l'émergence de représentations.

Résultats : onze médecins généralistes ont été interviewés entre février 2016 et janvier 2017. Les représentations positives étaient les connaissances de la symptomatologie et de la conduite à tenir théorique en cas de suspicion de cancer colorectal. Par contre, l'évolution, l'incidence, les possibilités thérapeutiques chez le sujet âgé étaient méconnues. La réalité du risque anesthésique l'était aussi, et constituait un frein à l'exploration. La prise en charge palliative était peu abordée au cours des entretiens.

Discussion : La grille G8, pilier de la prise en charge oncogériatrique du plan cancer 2009-2013 n'est pas connue des médecins généralistes. Le jeune âge de la discipline peut expliquer le manque de connaissances en oncogériatrie. Les médecins généralistes se sentent mis à l'écart des décisions oncologiques. Une invitation à participer aux RCP de leurs patients pourrait être envoyée aux médecins. Dans un climat récent de changement, la PTA Appui Santé Nord Finistère devrait favoriser la communication entre la ville et l'hôpital, et améliorer les prises en charge à domicile.

Conclusion : La formation des médecins généralistes en oncogériatrie est à renforcer. L'UCOG doit poursuivre les efforts déjà entrepris. Du fait de l'épidémiologie du cancer colorectal, des études sur l'âge de la fin du dépistage organisé devraient être réalisées.

MOTS CLES

Etude qualitative
Représentation médecins généralistes
Cancer colorectal
Sujet âgé

JURY Président : Pr GENTRIC Armelle

Membres : Dr TRINH Olivier
Pr LE FLOCH Bernard
Dr CHIRON Benoît

DATE DE SOUTENANCE : jeudi 12 octobre 2017

ADRESSE DE L'AUTEUR : Penn an neac'h Rozegad, 29470 Plougastel-Daoulas