



**HAL**  
open science

# Vision de l'oncogériatrie par les médecins généralistes de Picardie

Sylvain Fresel

► **To cite this version:**

Sylvain Fresel. Vision de l'oncogériatrie par les médecins généralistes de Picardie. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03352702

**HAL Id: dumas-03352702**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03352702>**

Submitted on 23 Sep 2021

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE DE PICARDIE JULES VERNE

FACULTE DE MEDECINE D'AMIENS

Année 2021

Thèse n° 2021 - 89

**VISION DE L'ONCOGERIATRIE**  
**PAR LES MEDECINS GENERALISTES DE PICARDIE**

THESE POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE (DIPLOME D'ETAT)

SPECIALITE DE MEDECINE GENERALE

Présentée et soutenue publiquement le 6 juillet 2021

par Monsieur Sylvain FRESEL

Président du jury : Monsieur le Professeur Loïc GARCON

Membres du jury : Monsieur le Professeur Patrice FARDELLONE

Monsieur le Professeur Henri SEVESTRE

Madame le Professeur Catherine LOK

Directrice de thèse : Madame le Docteur Christine YVES-DEVILLE



**Monsieur le Professeur Loïc GARCON**

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

(Hématologie – Transfusion)

Chef du service d'Hématologie Biologique

Chef du service de Génétique Constitutionnelle

Vous me faites l'honneur de présider le jury de cette thèse.

Veillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements.



**Monsieur le Professeur Patrice FARDELLONE**

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

(Rhumatologie)

Pôle "Autonomie"

Vous me faites l'honneur de participer au jury de cette thèse.

Acceptez pour cela ma plus sincère reconnaissance.



**Monsieur le Professeur Henri SEVESTRE**

Professeur d'Anatomie et de Cytologie Pathologiques à l'UFR de Médecine d'Amiens

Adjoint au chef de l'Oncopôle

Vous me faites l'honneur de participer au jury de cette thèse.

Je tiens à vous exprimer ma gratitude.



**Madame le Professeur Catherine LOK**

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

(Dermatologie – Vénérologie)

Membre du Conseil de l'UFR de Médecine

Chef du Service de Dermatologie

Vous me faites l'honneur de participer au jury de cette thèse.

Je tiens à vous exprimer mes sentiments les plus respectueux.



**Madame le Docteur Christine YVES-DEVILLE**

Praticien Hospitalier

(Gériatrie)

Chef du Service de Médecine Gériatrique 3

Centre Hospitalier de Saint-Quentin

Merci d'avoir accepté d'encadrer ce travail.

Merci pour votre disponibilité, votre patience et votre bienveillance.

C'est toujours un plaisir de travailler avec vous.



# REMERCIEMENTS

A ma Chloé, pour ta patience infinie, ton soutien indéfectible, ta joie de vivre. Pour les listes et les blablablas, pour les petites et les grandes attentions.

Et aussi pour avoir porté pendant neuf mois ce petit bout d'homme qui égaie depuis peu nos jours et nos nuits.

A toi, Petit Jules, sois le bienvenu parmi nous.

A Papa et Maman, pour m'avoir encouragé et soutenu sans condition malgré vos doutes.

A Ludo, même si « c'est nul quand ça parle médecine ».

A Grand-Père et Grand-Mère, Pierrot et Brigitte, Jacky et Méryème, Gilles et Sandrine, Olivier et Valérie, Julie, Aurélie, Jonathan, Lucie, Simon, Isabel, Manon, Léa, Zoé, Thaïs, aux grands et aux petits cousins, parce que vous êtes importants même si je n'aime pas le téléphone.

A Papa Claude et Manou qui auraient voulu voir ça.

A Chef et à Fouad, pour votre enseignement au quotidien, et pour avoir accepté de partager votre bureau avec un ado trentenaire.

A toute l'équipe de la Med Ger 3, pour la confiance et la bonne ambiance. Vous l'attendiez, cette thèse : la voilà !

A l'équipe des Urgences, pour vos conseils précieux en garde et le café du lendemain matin.

Aux copains de Picardie,

Geoff, Florian, Camille, Moussa, Seb, Valou, Inès, Quentin, Gwendo, Louis, Lucie, Pierre, pour les bons moments passés au boulot et en dehors.

Aux copains de Rouen,

Cyril et Gabriel, pour les moments passés sur les bancs de la fac et sur les tabourets de l'Oka.

Lingzhi pour le kung-fu et Lauriane pour les insomnies.

Aux copains d'avant,

Andréa, Ilyes, Pierre, Charlotte, Vincent, parce que vous êtes toujours présents.

A Gontrand et aux judokas de Déville,

pour l'amitié, le courage, le respect, la politesse, et j'ai oublié le reste.

Enfin, merci à tous les médecins et soignants qui ont participé à ma formation et qui sont trop nombreux pour être cités ici.

# TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS.....	11
TABLE DES MATIERES.....	13
ABREVIATIONS.....	15
INTRODUCTION.....	17
1. Epidémiologie.....	17
1.1. Le vieillissement de la population.....	17
1.2. Les cancers chez le sujet âgé.....	17
2. L'oncogériatrie.....	18
2.1. Historique, objectifs, méthodes.....	18
2.2. L'évaluation gérontologique standardisée.....	18
2.3. Applications de l'EGS en oncologie gériatrique.....	19
2.4. Un rayonnement international.....	21
2.5. Une attention particulière en France.....	21
2.6. Le score G8 ou grille ONCODAGE.....	22
3. Le parcours de soins et les différents intervenants.....	23
3.1. Le parcours de soins.....	23
3.2. De nombreux intervenants.....	23
3.3. Le rôle central du médecin généraliste.....	24
3.3.1. Dépistage et diagnostic.....	25
3.3.2. Annonce du diagnostic.....	25
3.3.3. Suivi et soins de support.....	25
3.3.4. Soins palliatifs.....	26
4. Question de recherche et objectif.....	26
MATERIEL ET METHODES.....	27
1. Recherche bibliographique.....	27
2. Choix de la méthode qualitative.....	27
3. Constitution de l'échantillon.....	27
4. Elaboration du guide d'entretien.....	28
5. Recueil de données.....	29
6. Analyse des données.....	30
RESULTATS.....	31
1. Présentation des résultats.....	31
2. La prise en charge d'un patient âgé atteint de cancer en médecine générale.....	31
2.1. Commencer par définir la personne âgée.....	32
2.1.1. Par son âge civil.....	32
2.1.2. Par la notion d'âge physiologique.....	32
2.2. Les spécificités de cette prise en charge.....	33
2.2.1. Une prise en charge spécifique voire très spécifique.....	33
2.2.2. Une prise en charge similaire à celle d'un patient plus jeune.....	33
2.2.3. Une prise en charge spécifique à l'individu, sans critère d'âge.....	34
2.3. Le rôle du médecin traitant dans cette prise en charge.....	34
2.3.1. Dans le dépistage et le diagnostic.....	34
2.3.2. Dans la décision thérapeutique et le conseil.....	34
2.3.3. Dans le suivi médical.....	35
2.3.4. Dans l'accompagnement.....	35
2.3.5. Dans les soins palliatifs.....	36

2.4. La place importante de la famille.....	37
2.5. Mais surtout, recentrer la prise en charge sur le patient.....	37
3. Vision de l'oncogériatrie par les médecins généralistes.....	38
3.1. Un avis complémentaire dans la prise en charge.....	38
3.1.1. Sur la décision thérapeutique.....	38
3.1.2. Sur le traitement oncologique proprement dit.....	39
3.1.3. Sur l'information et l'accompagnement du patient.....	39
3.1.4. Avec un impact variable sur la prise en charge du médecin traitant.....	40
3.1.5. En contrepois à des spécialistes « jusqu'au boutistes ».....	40
3.1.6. Un regard intrusif, des conclusions hermétiques.....	40
3.2. Une discipline méconnue.....	42
3.2.1. Une non-spécialité.....	42
3.2.2. Une sur-spécialité.....	42
3.3. Les attentes vis-à-vis de l'avis spécialisé.....	43
3.3.1. Une prise en charge centrée sur la pathologie.....	43
3.3.2. Une prise en charge globale.....	43
4. Le lien ville-hôpital.....	44
4.1. Un lien de qualité variable.....	44
4.1.1. Le réseau du médecin généraliste.....	44
4.1.2. Une communication parfois difficile.....	45
4.1.3. L'ambivalence vis-à-vis de l'HAD.....	45
4.2. Le support de transmission d'information.....	46
4.2.1. Le traditionnel courrier papier.....	46
4.2.2. Le téléphone pour un lien rapide et direct.....	46
4.2.3. La modernité du mail sécurisé.....	47
DISCUSSION.....	49
1. Limites de l'étude.....	49
1.1. Biais liés à l'échantillon : manque de puissance, biais de recrutement.....	49
1.2. Biais liés à l'enquêteur : biais d'intervention.....	49
1.3. Biais liés à l'analyse : biais d'interprétation.....	50
2. Discussion des résultats.....	50
2.1. La définition de la personne âgée est loin d'être évidente.....	50
2.2. Les médecins généralistes ont des points de vue variés sur l'oncogériatrie.....	50
2.2.1. Un avis complémentaire pour certains.....	50
2.2.2. Une discipline sans intérêt pour d'autres.....	51
2.2.3. Les médecins généralistes connaissent peu l'oncogériatrie.....	52
2.3. Le médecin généraliste a un rôle central dans la prise en charge de la personne âgée atteinte de cancer.....	52
2.4. Le patient et sa famille sont au coeur de la décision thérapeutique.....	53
2.5. La communication avec l'hôpital reste imparfaite.....	53
CONCLUSION.....	55
BIBLIOGRAPHIE.....	57
ANNEXES.....	61
Annexe 1 : Quelques échelles d'évaluation de la personne âgée.....	61
Annexe 2 : Carte de France des UCOG.....	65
Annexe 3 : Plaquette de présentation de l'UCOG de Picardie.....	66
Annexe 4 : Guide des entretiens.....	68
RESUME.....	69

# ABREVIATIONS

ADL : Activities of Daily Living

AOG : Antenne d'OncoGériatrie

APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie

CIRS-G : Cumulative Illness Rating Scale – Geriatric

DCC : Dossier Communicant de Cancérologie

DMP : Dossier Médical Personnalisé

DU : Diplôme Universitaire

ECPA : Echelle Comportementale de la douleur chez la Personne Agée

EGS : Evaluation Gérontologique Standardisée

END : Echelle Numérique de la Douleur

EVA : Echelle Visuelle Analogique

G8 : Geriatric 8

GDS, mini-GDS : Geriatric Depression Scale

IADL : Instrumental Activities of Daily Living

INCa : Institut National du Cancer

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

MMSE : Mini Mental State Examination

MNA : Mini Nutritional Assessment

MSU : Maître de Stage Universitaire

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PPS : Plan Personnalisé de Soins

RCP : Réunion de Concertation Pluridisciplinaire

SFAP : Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs

SIOG : Société Internationale d'OncoGériatrie

SoFOG : Société Française d'OncoGériatrie

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

SUDOC : Système Universitaire de DOCumentation

UCOG : Unité de Coordination d'OncoGériatrie

UPCOG : Unité Pilote de Coordination d'OncoGériatrie

# INTRODUCTION

## 1. Epidémiologie

### 1.1. Le vieillissement de la population

En France comme en Europe, l'augmentation de l'espérance de vie entraîne le vieillissement de la population. En 2020, la France comptait 67 millions d'habitants, dont les personnes âgées de plus de 65 ans représentaient un cinquième, et les plus de 75 ans un dixième. Selon les projections de l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE), l'accroissement de la population dans les décennies à venir se fera principalement aux dépens des classes d'âge supérieures à 65 ans qui pourraient représenter un quart des habitants du territoire en 2040. (1)

### 1.2. Les cancers chez le sujet âgé

Parallèlement à ce phénomène, on observe une augmentation de l'incidence des cancers avec l'âge. Ainsi, les cancers survenant chez les patients les plus de 65 ans représenteraient les deux tiers des cancers estimés tous âges confondus en 2017. Dans cette catégorie d'âge, les cancers dont l'incidence est la plus élevée sont chez l'homme : le cancer de la prostate (34 060 nouveaux cas), du poumon (20 214 nouveaux cas) et du côlon-rectum (17 366 nouveaux cas) ; et chez la femme : le cancer du sein (28 799 nouveaux cas), du côlon-rectum (15 376 nouveaux cas) et du poumon (9 328 nouveaux cas).

De plus, la mortalité par cancer est plus importante chez les sujets âgés : les trois quarts des décès par cancer surviennent après 65 ans. Chez l'homme, ce sont principalement les cancers du poumon (14 198 décès), de la prostate (7 801 décès) et du côlon-rectum (7 679 décès) ; chez la femme, les cancers du sein (8 653 décès), du côlon-rectum (7 213 décès) et du poumon (6 306 décès). (2,3)

La prise en charge des cancers du sujet âgé est donc une problématique fréquente et un enjeu de santé publique majeur.

## **2. L'oncogériatrie**

### **2.1. Historique, objectifs, méthodes**

L'oncogériatrie est définie par l'Institut National du Cancer (INCa) comme « le rapprochement de deux spécialités, la cancérologie et la gériatrie. Cette pratique vise à garantir à tout patient âgé atteint de cancer un traitement adapté à son état grâce à une approche multi-disciplinaire et multi-professionnelle. » (4)

C'est aux Etats-Unis dans les années 1980 qu'a émergé le concept d'oncologie gériatrique, à partir des constats suivants :

- les cancers sont une problématique intéressant principalement les sujets âgés (une tendance qui continue de s'accroître, comme nous l'avons vu plus haut) ;
- le bénéfice de la chimiothérapie pour les sujets âgés est comparable à celui des sujets plus jeunes ;
- les sujets âgés sont plus vulnérables aux complications des chimiothérapies cytotoxiques. (5)

Ce concept s'est fortement développé par la suite, notamment avec les travaux de L. Balducci. Considérant que l'âge « chronologique » ne permet pas de rendre compte des différences entre les individus, de leur fragilité face à la maladie ou de la faisabilité d'un traitement, il propose d'utiliser l'Evaluation Gérontologique Standardisée (EGS) pour optimiser la décision thérapeutique.

### **2.2. L'évaluation gérontologique standardisée**

Le vieillissement est un processus multi-dimensionnel associé à une diminution des réserves fonctionnelles et une réduction de la capacité de l'organisme à s'adapter aux situations d'agression. Cette diminution des capacités fonctionnelles est très variable d'un individu à l'autre. La population âgée est ainsi caractérisée par une grande hétérogénéité. (6)

L'EGS est un outil utilisé en gériatrie depuis les années 1970 dans le dépistage et la prise en charge des facteurs de fragilité chez les patients âgés, dans l'objectif d'améliorer leur qualité de vie, leur pronostic et leur statut fonctionnel. C'est une évaluation multi-disciplinaire qui explore les aspects

fonctionnels (autonomie pour les activités de la vie quotidienne, risque de chutes), médicaux (comorbidités), pharmacologiques (polymédication), psycho-cognitifs (dépression, troubles neuro-cognitifs), nutritionnels (dénutrition) et sociaux (entourage, moyen de transport). (7)

Pour cela, elle utilise des échelles fiables et validées pour la population âgée, parmi lesquelles on peut citer (liste non exhaustive) :

- évaluation du statut fonctionnel : échelles ADL (Activities of Daily Living) et IADL (Instrumental Activities of Daily Living) ;
- évaluation du risque de chutes : TUG (Timed Up and Go), Tinetti, appui unipodal ;
- évaluation des comorbidités : score de Charlson, CIRS-G (Cumulative Illness Rating Scale – Geriatric) ;
- évaluation cognitive : MMSE (Mini Mental State Examination) ;
- évaluation psychologique : GDS et mini-GDS (Geriatric Depression Scale) ;
- évaluation nutritionnelle : MNA (Mini Nutritional Assessment) ;
- évaluation de la douleur : END (Echelle Numérique de la Douleur), EVA (Echelle Visuelle Analogique), Algoplus, ECPA (Echelle Comportementale de la douleur chez la Personne Agée).

Les tables permettant la réalisation de certaines de ces échelles se trouvent en Annexe 1.

Au terme de cette évaluation, le gériatre repère les syndromes de fragilités qui peuvent impacter la prise en charge oncologique, propose un plan de soins personnalisé et assure ainsi une prise en charge globale.

### **2.3. Applications de l'EGS en oncologie gériatrique**

Selon Balducci, l'oncologue gériatre se pose plusieurs questions pratiques, à laquelle il tente de répondre grâce à l'EGS :

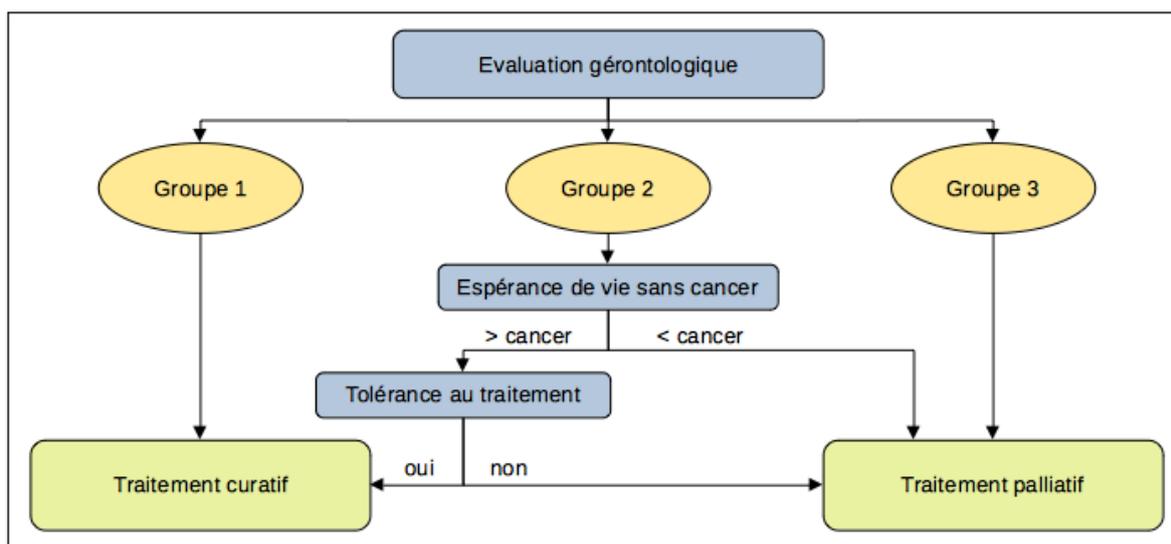
- Le patient va-t-il décéder de son cancer ou avec son cancer ?
- Le patient est-il capable de supporter un traitement anti-néoplasique ?
- Le traitement produit-il plus de bénéfice que de préjudice ? (8)

En effet, l'EGS dépiste plusieurs facteurs pouvant interférer avec le traitement du cancer, dont certains sont potentiellement curables (dépression, malnutrition, anémie, par exemple). L'EGS permet également d'estimer l'espérance de vie du patient et d'apprécier sa réserve fonctionnelle et ses fragilités avec une meilleure sensibilité que l'impression clinique du praticien. (8,9)

On l'a vu, le vieillissement est un processus hautement variable d'un individu à l'autre. Parmi les patients âgés de plus de 70 ans, Balducci individualise trois groupes au moyen de l'EGS :

- les patients avec un vieillissement « harmonieux », autonomes et sans critères de fragilité ;
- les patients vulnérables présentant une dépendance identifiée pour les activités instrumentales de la vie quotidienne et/ou avec une ou deux comorbidités ;
- les patients fragiles avec au moins une dépendance concernant les activités de la vie quotidienne et/ou au moins trois comorbidités et/ou au moins un syndrome gériatrique. (8)

Selon lui, un patient du premier groupe pourrait recevoir un traitement identique à celui d'un patient jeune ; un patient du deuxième groupe devrait avoir un traitement adapté (par exemple, avec une diminution de dosage de chimiothérapie ou l'utilisation de molécules moins pourvoyeuses d'effets secondaires) et un suivi rapproché ; un patient du troisième groupe devrait bénéficier d'une prise en charge palliative (Figure 1).



**Figure 1 : Algorithme décisionnel pour l'orientation thérapeutique des patients âgés atteints de cancer en se basant sur l'EGS. Traduit d'après L. Balducci et M. Extermann. (8)**

L'EGS permet également d'améliorer la tolérance à la chimiothérapie en prenant en compte les modifications pharmacocinétiques et pharmacodynamiques liées au vieillissement physiologique et pathologique, comme la diminution de l'absorption médicamenteuse, la diminution du volume de distribution sanguin (aggravé par l'anémie), la diminution de l'excrétion médicamenteuse (aggravée par l'insuffisance rénale). La prise en compte et le traitement de ces facteurs lorsqu'ils sont réversibles ou évitables permet d'améliorer la tolérance au traitement.

De même, il apparaît que le risque de complications induites par la chimiothérapie augmente avec l'âge, notamment neutropénie, mucite, cardiotoxicité, neurotoxicité. Là encore, certaines de ces complications peuvent être prévenues si on en tient compte (utilisation préventive de facteurs de croissance neutrophiles, utilisation de classes moins pourvoyeuses d'effets indésirables lorsque cela est possible). (5,8,10,11)

#### **2.4. Un rayonnement international**

On le voit, en quelques décennies, l'oncogériatrie a connu un essor considérable et un rayonnement international, notamment avec la création en 2000 de la Société Internationale d'Onco-Gériatrie (SIOG). Cette organisation regroupe des praticiens de spécialités différentes (gériatres, oncologues, chirurgiens, radiothérapeutes, infirmiers) dans quatre-vingts pays différents. Sa branche française est la Société Francophone d'OncoGériatrie (SoFOG).

Ces sociétés savantes contribuent à la promotion de l'oncogériatrie au sein des pays membres, à la formation des praticiens concernés, élaborent des recommandations et des outils pratiques de dépistage clinique, et encouragent la recherche clinique en oncologie gériatrique. (12,13)

#### **2.5. Une attention particulière en France**

En France, une attention particulière est portée à l'oncogériatrie dans les Plans Cancer successifs, avec l'implantation sur le territoire de quinze Unités Pilotes de Coordination d'Onco-Gériatrie (UPCOG) en 2006, puis de vingt-quatre Unités de Coordination d'OncoGériatrie (UCOG) et de quatre Antennes d'OncoGériatrie (AOG) entre 2009 et 2013. Ces organismes sont composés et co-

dirigés par des oncologues et des gériatres, et leur création s'intègre dans la démarche de qualité des soins voulue par les Plans. Ils ont pour missions : l'adaptation du traitement cancérologique aux personnes âgées et la facilitation de l'accès des patients âgés à l'approche oncogériatrique ; le soutien à la recherche en oncogériatrie ; la promotion de formations spécifiques pour les professionnels de santé, et de l'information du public. (14–17) Une carte de France montrant la répartition des UGOG en France est disponible en Annexe 2.

A titre d'exemple, l'UCOG de Picardie est coordonnée par le Dr Carola, oncologue du Groupe Hospitalier Public du Sud de l'Oise, et le Dr Fournier, oncogériatre au Centre Hospitalo-Universitaire Amiens-Picardie, et regroupe des praticiens consultant à Abbeville, Amiens, Beauvais, Compiègne, Creil, Montdidier, Saint-Quentin, Senlis, Soissons. (18) La plaquette de présentation est disponible en Annexe 3.

## **2.6. Le score G8 ou grille ONCODAGE**

Une limite importante à l'EGS est qu'il s'agit d'une évaluation complexe, chronophage et dépendante du plateau technique et de la disponibilité des intervenants. De ce fait, cette évaluation ne peut être réalisée pour tous les patients âgés de plus de 75 ans pris en charge en oncologie. Il est rapidement apparu nécessaire de produire des tests de dépistage des fragilités permettant d'adresser uniquement les patients requérant une évaluation oncogériatrique approfondie. (19)

L'un de ces tests est le Geriatric 8 (G8), validé par l'étude française ONCODAGE (20) et promu par le Plan Cancer 2013. Rapide et facilement réalisable par un professionnel de santé (médecin généraliste ou spécialiste, infirmier), il repose sur 8 items simples cotés sur 17 points : un score inférieur ou égal à 14 confirme la nécessité d'une évaluation approfondie avant la décision thérapeutique. Ce score figure sur la plaquette de présentation de l'UCOG Picardie (Annexe 3).

### **3. Le parcours de soins et les différents intervenants**

#### **3.1. Le parcours de soins**

Le parcours de soins du patient en oncologie a été codifié au fur et à mesure des Plans Cancer successifs, avec la mise en place :

- d'un dispositif d'annonce prenant en compte l'impact psychologique de l'annonce d'une maladie cancéreuse ;
- de la discussion obligatoire en Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) du dossier de chaque patient atteint de cancer, ce afin de garantir la qualité de sa prise en charge en accord avec les recommandations en vigueur ;
- de l'élaboration d'un Plan Personnalisé de Soins (PPS) pour chaque patient afin de bénéficier de soins de support adaptés et d'améliorer la qualité de vie. (15,16)

Le parcours de soins d'un patient âgé comporte en outre certaines spécificités :

- le dépistage systématique de fragilités (par des outils comme le G8), qui seront explorées par l'oncogériatre le cas échéant ;
- l'évaluation des comorbidités si nécessaire par des avis spécialisés ;
- l'intégration des propositions de l'oncogériatre au compte-rendu de la RCP ;
- un suivi rapproché par l'oncogériatre pour réévaluation de la qualité de vie, de l'autonomie, de la tolérance au traitement et adaptation des soins de support. (21)

#### **3.2. De nombreux intervenants**

A chaque étape de ce parcours de soins, le patient rencontre des intervenants différents :

- le médecin traitant, présent tout au long de la prise en charge ;
- le spécialiste d'organe et/ou l'oncologue qui confirment et annoncent le diagnostic, participent à la RCP et à l'élaboration du PPS, et organisent le traitement et le suivi ;
- l'oncogériatre qui intervient également dans l'élaboration du PPS et dans le suivi ;

- le chirurgien et le radiothérapeute qui réalisent une partie du traitement ;
- les intervenants paramédicaux hospitaliers et libéraux (infirmiers, aides-soignants, auxiliaires de vie, pharmaciens, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, orthophonistes, nutritionnistes, psychologues, etc) qui réalisent les soins techniques et de support, parfois en lien avec les équipes d'Hospitalisation Au Domicile (HAD) ;
- éventuellement l'équipe de soins palliatifs et le réseau de soins palliatifs pour l'organisation d'une prise en charge palliative ou en complément des soins de support (pour la prise en charge de la douleur notamment).

Cette multiplicité des intervenants donne parfois naissance à des problématiques de communication et de transmission de l'information, en particulier entre les professionnels hospitaliers et ambulatoires, (22) bien que ce constat ne soit pas une spécificité de la prise en charge des sujets âgés malades de cancer.

### **3.3. Le rôle central du médecin généraliste**

Parmi ces intervenants, les Plans Cancer mettent l'accent sur le rôle central du médecin traitant (Plan Cancer 2003-2007 mesure 33 : Faciliter la prise en charge et le suivi de proximité des patients atteints de cancer par une meilleure insertion des médecins généralistes dans les réseaux de soins en oncologie ; Plan Cancer 2009-2013 mesure 18 : Personnaliser la prise en charge des malades et renforcer le rôle du médecin traitant). (15)

En effet, le médecin généraliste est au premier plan de la prise en charge de la personne âgée atteinte de cancer. C'est un patient qu'il suit souvent depuis plusieurs années, et dont il connaît le passé médical, l'histoire, l'entourage familial et social. De par son statut de praticien de soins primaires, il est le mieux à même de réaliser un diagnostic précoce. Il nourrit avec son patient une relation de confiance et l'aide dans ses prises de décision. Enfin, il coordonne les soins au domicile, seul ou dans le cadre d'un réseau ou d'une institution. (23,24)

### ***3.3.1. Dépistage et diagnostic***

En France, les cancers du sein, du côlon-rectum et du col de l'utérus font l'objet d'un dépistage organisé, mais celui-ci ne s'étend pas aux populations âgées de plus de 75 ans. Pour cette catégorie, la possibilité de poursuivre les examens de dépistage est laissée à l'appréciation du médecin généraliste.

Il doit par ailleurs être constamment en alerte pour détecter précocement les signes de cancer et organiser les examens complémentaires pour confirmer ou infirmer le diagnostic.

### ***3.3.2. Annonce du diagnostic***

Les explications au patient concernant la justification de ces examens complémentaires amène souvent à évoquer le diagnostic en lui-même. Pour cette raison, le médecin traitant est souvent le premier à aborder ce sujet avec son patient.

Le dispositif d'annonce du diagnostic de cancer a été formalisé par le Plan Cancer 2009-2013. Cette annonce se fait le plus souvent par un spécialiste en milieu hospitalier. Le médecin traitant aura alors un rôle dans l'explication du diagnostic et du plan de soins, souvent mal compris par le patient qui n'ose pas poser ses questions au spécialiste.

### ***3.3.3. Suivi et soins de support***

Par la suite, c'est encore le médecin traitant qui coordonne les soins dits « de support », c'est-à-dire l'ensemble des soins et soutiens nécessaires au malade. En partenariat avec les équipes soignantes au domicile, il assure le suivi des soins oncologiques et l'accompagnement du patient tant sur le plan médical que psychologique et social.

Tout au long de la prise en charge, le médecin traitant devra délivrer des informations claires au patient et à sa famille, souvent très impliquée dans les soins de support.

Après la fin du traitement, il assure le suivi post-thérapeutique afin de prendre en charge les conséquences physiques, psychiques et sociales de la maladie et du traitement.

### **3.3.4. Soins palliatifs**

Selon la Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs (SFAP), « les soins palliatifs sont des soins actifs et continus pratiqués par une équipe interdisciplinaire, en institution ou à domicile. Ils visent à soulager la douleur, à apaiser la souffrance psychique, à sauvegarder la dignité de la personne malade et à soutenir son entourage. » (25)

Dans le contexte de l'oncologie, ces soins peuvent être prodigués dès le moment du diagnostic en complément des thérapeutiques cancérologiques, et se poursuivent après l'arrêt de celles-ci jusqu'au décès. Les soins palliatifs soulagent les symptômes gênants, en premier lieu la douleur. Ils visent à améliorer la qualité de vie du malade sans chercher à repousser ni à accélérer la mort.

Le médecin traitant a là aussi un rôle de coordination des différents acteurs de soins et de soutien psychologique pour le patient et son entourage. Pour cela il peut s'appuyer sur des réseaux de soins palliatifs.

## **4. Question de recherche et objectif**

Le médecin généraliste et l'oncogériatre sont donc deux praticiens importants dans la prise en charge du patient âgé atteint de cancer, dont l'exercice comporte des similitudes du fait de leur approche globale de la personne âgée. Quelle vision le médecin généraliste a-t-il de l'oncogériatrie ?

L'objectif principal de ce travail était de connaître le point de vue des médecins généralistes sur l'oncogériatrie et sur son impact dans la prise en charge de leurs patients âgés atteints de cancer.

Les objectifs secondaires étaient :

- de comprendre le rôle du médecin généraliste dans cette prise en charge tel qu'il le perçoit ;
- de connaître les moyens de communication privilégiés par le médecin généraliste dans ses échanges avec les spécialistes.

# MATERIEL ET METHODES

## 1. Recherche bibliographique

J'ai réalisé ma recherche documentaire à partir de plusieurs sources :

- le moteur de recherche PubMed, en utilisant les mots-clés « oncogeriatrics », « geriatric oncology », « cancer », « elderly », « general practitioners » ;
- le catalogue du Système Universitaire de Documentation (SUDOC), afin de rechercher d'autres thèses en lien avec mon travail, en utilisant les mots-clés « oncogériatrie », « cancer », « personne âgée », « médecine générale » ;
- les sites internet de l'INCa, de la SoFOG et de l'UCOG de Picardie.

## 2. Choix de la méthode qualitative

L'objectif de cette étude vise à comprendre le ressenti des médecins généralistes vis-à-vis de la spécialité d'oncogériatrie et de son influence sur leurs pratiques. Le choix s'est donc naturellement porté sur la méthode qualitative, qui explore les émotions, les sentiments, les comportements et les expériences personnelles par une approche compréhensive, là où la méthode quantitative permet de tester une hypothèse à l'aide de données chiffrées (approche déductive). (26)

## 3. Constitution de l'échantillon

Les critères d'inclusion étaient d'être médecin généraliste installé sur l'un des trois départements de l'ancienne région picarde : Aisne, Oise et Somme. Les critères d'exclusion étaient d'avoir une activité principale de remplacement ou hospitalière.

La méthode qualitative n'a pas pour objectif d'étudier une population représentative, mais la plus diversifiée possible. Le recrutement devait donc se porter sur des personnes d'âge, de sexe, de lieu et de milieu d'exercice différents.

Dans une étude qualitative, la taille de l'échantillon n'est pas fixée à l'avance. L'enquêteur décide d'interrompre l'inclusion de nouveaux sujets lorsqu'il arrive à « saturation des données », c'est-à-dire quand aucun élément nouveau n'apparaît lors de l'analyse des entretiens.

Afin de me familiariser avec la technique des entretiens semi-directifs (27,28), j'ai effectué un entretien préliminaire avec un de mes anciens maîtres de stage. Les données de cet entretien n'étaient pas exploitables du fait de ma tendance à « fermer » les questions et donc à aiguiller les réponses de mon interlocuteur, mais cela m'a permis de corriger ces erreurs pour les entretiens suivants.

Par la suite, le recrutement s'est fait :

- d'une part, par démarchage téléphonique de médecins généralistes trouvés au hasard dans l'annuaire – deux entretiens ont été réalisés de cette façon ;
- d'autre part, en contactant des généralistes par l'intermédiaire d'internes et de médecins que je connaissais – les sept autres entretiens découlent de ce recrutement (deux collaborateurs de mes anciens maîtres de stage, trois médecins remplacés par des internes, un maître de stage d'un interne, et un médecin travaillant à temps partiel sur le lieu de stage hospitalier d'un interne).

Un premier contact débouchait le plus souvent sur la fixation d'un rendez-vous pour l'entretien proprement dit ; deux entretiens ont été réalisés dans la foulée de ce premier contact.

#### **4. Elaboration du guide d'entretien**

Le guide d'entretien, présenté en Annexe 3, a été réalisé en amont avec ma directrice de thèse et testé sur deux autres médecins du Centre Hospitalier de Saint-Quentin afin d'évaluer la compréhension des questions.

Ce guide a été modifié après l'entretien préliminaire réalisé avec mon ancien maître de stage afin de garder des questions le plus ouvertes possible pour permettre d'en exploiter les réponses.

Après le deuxième entretien, ayant constaté que les interrogés ignoraient l'existence d'une discipline d'oncogériatrie, j'ai ajouté la question « Qu'attendez-vous de l'avis du spécialiste ? » comme alternative à « Qu'attendez-vous de l'avis de l'oncogériatre ? » afin de ne pas bloquer mon interlocuteur. Les autres questions n'ont pas été modifiées.

## **5. Recueil de données**

Le recueil de données s'est fait sous forme d'entretiens individuels semi-directifs réalisés entre novembre 2020 et avril 2021. Compte tenu des mesures de réglementation sanitaires sur la limitation des déplacements et la distanciation sociale liée à la pandémie de COVID-19, le choix était laissé à l'interrogé sur le mode de réalisation de l'entretien : présentiel ou téléphonique. La date, l'heure et le lieu (pour les entretiens en présentiel) étaient également au choix du médecin, afin de favoriser sa disponibilité.

Je commençais ces entretiens par me présenter ainsi que l'objet de mon travail, en précisant qu'il ne s'agissait pas d'une évaluation des pratiques. Tous les entretiens ont été enregistrés sur un dictaphone avec le consentement des interrogés, en leur expliquant l'importance d'une retranscription la plus fidèle possible et en leur rappelant que le contenu serait anonymisé. Je demandais ensuite au médecin de se présenter afin de mieux situer sa pratique. Suivait une question « brise-glace » visant à situer le thème du travail, puis les questions abordant le sujet proprement dit.

Les enregistrements ont été retranscrits le jour-même de chaque entretien avec le logiciel de traitement de texte TextEdit, en associant le contenu verbal enregistré (incluant les hésitations, les rires, les onomatopées, etc) et les données non-verbales mémorisées lors des entretiens présentiels.

## **6. Analyse des données**

Le contenu des entretiens a ensuite été codé manuellement. La transcription était découpée en unités de sens, c'est-à-dire en morceaux de phrases ayant un sens propre. Ces unités de sens ont ensuite été traduites en codes, dont le classement a permis de faire apparaître des thèmes communs.

Le codage des entretiens a été réalisé au fur et à mesure de leur réalisation afin de déterminer le nombre de sujets à inclure pour obtenir la saturation des données.

Afin d'assurer la validité interne de cette étude, j'ai demandé à un collègue d'effectuer un deuxième codage des entretiens. Les résultats obtenus étaient comparés et discutés afin de déterminer les éléments les plus pertinents.

# RESULTATS

## 1. Présentation des résultats

Pour cette étude, j'ai réalisé neuf entretiens avec des médecins généralistes installés, répartis de façon équitable sur les départements de l'ancienne région picarde : trois médecins dans l'Aisne, trois médecins dans l'Oise et trois médecins dans la Somme. (Tableau 1)

Ces entretiens ont été réalisés entre novembre 2020 et avril 2021. Six ont été réalisés en présentiel, les trois autres par téléphone. Ils ont duré entre 6 et 30 minutes, pour une moyenne de 15 minutes.

Médecin	Age	Sexe	Durée d'installation	Département d'exercice	Milieu d'exercice	Activités spécifiques ou annexes
M1	55 ans	F	23 ans	Oise	Semi-rural	MSU
M2	60 ans	M	30 ans	Aisne	Rural	MSU
M3	60 ans	F	20 ans	Oise	Rural	-
M4	47 ans	M	18 ans	Aisne	Semi-rural	MSU Hospitalier Urgences
M5	67 ans	M	35 ans	Somme	Urbain	-
M6	44 ans	M	13 ans	Somme	Urbain	-
M7	38 ans	M	6 ans	Oise	Urbain	-
M8	66 ans	F	37 ans	Somme	Rural	Hospitalier SSR DU soins palliatifs
M9	58ans	M	26 ans	Aisne	Urbain	-

**Tableau 1 : Descriptif des médecins interrogés.**

DU : Diplôme Universitaire ; MSU : Maître de Stage Universitaire ; SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

## 2. La prise en charge d'un patient âgé atteint de cancer en médecine générale

Les réponses soulevées par cette thématique étaient très diverses selon le médecin interrogé. Nous commencerons par aborder la définition faite par le médecin de la personne âgée. Puis nous verrons les spécificités de la prise en charge de ces personnes pour la pathologie oncologique, et le rôle du médecin traitant dans cette prise en charge. Enfin, nous évoquerons la place de la famille et du patient lui-même.

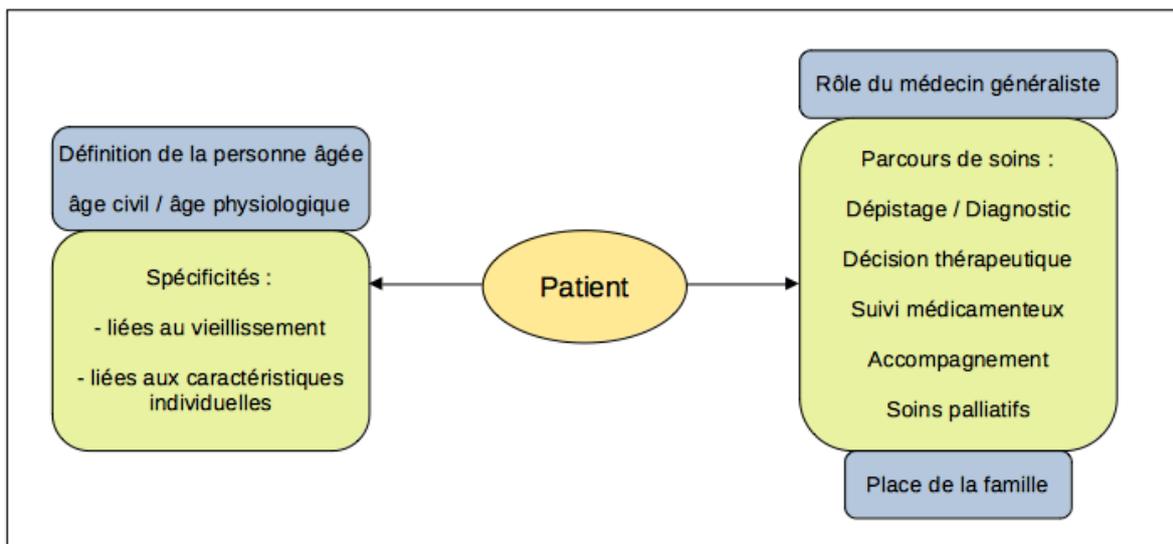


Figure 2 : Prise en charge d'un patient âgé atteint de cancer en médecine générale.

## 2.1. Commencer par définir la personne âgée

### 2.1.1. Par son âge civil

Pour certains médecins, la personne âgée se définit par son âge civil : « Là, tu vois, j'ai 135 patients de plus de 80 ans. » (M5) ; bien qu'on puisse voir une gradation dans l'âge : « Il faut vraiment peser l'âge : 70, 80 ou 90 ans ce n'est pas pareil ! » (M2).

### 2.1.2. Par la notion d'âge physiologique

Pour d'autres, l'âge civil est un critère beaucoup plus flou voire non pertinent : « Patient âgé, c'est à partir de quel âge ? » (M1) « C'est quoi déjà un patient âgé pour vous ? [...] J'en ai qui sont déjà âgés à 35 ans donc bon... (rire) » (M9).

Pour eux, c'est plutôt l'état général qui donne l'âge d'une personne : « Ils sont souvent altérés au niveau de leur autonomie. » (M1) ; « L'état général. [...] Il y a des patients bien sûr qui ont 75 ans mais qui sont très dynamiques, qui ont encore beaucoup de choses à faire dans leur vie. [...] On sait qu'on a aussi des patients fragiles. » (M2) ; « C'est une question d'état général » (M3) ; « Lui, à 80 ans, il était encore en super état général, il faisait encore du vélo... » (M4)

## **2.2. Les spécificités de cette prise en charge**

### ***2.2.1. Une prise en charge spécifique voire très spécifique***

Certains médecins associaient spontanément le cancer du sujet âgé à une prise en charge palliative : « Quand ils ont un âge assez évolué je serais plutôt dans l'abstention thérapeutique si c'est leur desiderata. » (M1) ; « Quand on dit soins palliatifs, on pense toujours que c'est en fin de vie. C'est là où les patients et souvent les médecins se trompent. [...] En fait, c'est une maladie grave, incurable, évolutive, mais il n'est pas forcément en fin de vie. » (M8)

D'autres envisageaient un traitement curatif, mais sous certaines conditions : « C'est d'abord ne pas nuire, comme on doit toujours le faire, mais en particulier chez les personnes âgées. [...] Ne pas s'arranger pour que le patient meure guéri. [...] Bien peser ses décisions thérapeutiques en fonction de l'espérance de vie de nos patients. » (M2) ; « Il y a des traitements lourds, après est-ce qu'ils seront aptes à supporter ces traitements lourds ? [...] Je sais que les traitements de chimiothérapie ne sont pas forcément adaptées aux sujets âgés. » (M4)

Un médecin considérait ce type de prise en charge comme « à mon avis très spécifique je pense. [...] Déjà par rapport à la nutrition, mine de rien. En terme immunitaire, en terme de défenses, et puis d'adaptation aux thérapeutiques. » (M7)

### ***2.2.2. Une prise en charge similaire à celle d'un patient plus jeune***

D'autres encore disaient ne pas faire de différence avec un patient jeune : « Ma prise en charge personnelle, non, pas particulièrement [de différence], on va attacher la même importance aux soins qu'on va apporter à quelqu'un de plus jeune. » (M9)

Parfois avec une certaine nuance : « Pour moi c'est des patients comme les autres, avec leurs spécificités bien évidemment. Il faut éviter d'être trop agressif, éviter les effets secondaires trop sévères. [...] Pour le reste il n'y a pas de différence par rapport à l'âge, simplement des problèmes de tolérance et d'état général quoi. » (M6)

Et parfois de façon très énergique : « Pas du tout ! Il n'y a pas de différence, j'essaie de les soigner aussi bien avec les techniques les plus sophistiquées qu'on puisse avoir, d'accord. [...] J'ai une patiente à 85 ans qui va se faire opérer du côlon, voilà, c'est un néo du côlon droit, donc elle va avoir une hémicolectomie droite, bah pourquoi pas ? [...] Donc voilà, pas d'obstruction, je traite mes patients âgés comme mes patients plus jeunes ! » (M5)

### ***2.2.3. Une prise en charge spécifique à l'individu, sans critère d'âge***

L'approche du troisième médecin interrogé différait des deux groupes précédents : « Ben, moi je ne vois pas pourquoi il y aurait une spécificité par rapport à quelqu'un de jeune. [...] En fait ce n'est pas une histoire d'âge, c'est une histoire de personnalité. Parce que vous avez des gens qui sont très combattifs, d'autres qui le sont moins. [...] Parce que voilà, enfin je veux dire, c'est comme tout : quelqu'un qui ne peut pas, qui a des difficultés à bouger, qu'il soit âgé ou qu'il soit jeune, c'est pareil, je veux dire il faut prendre en compte qu'il n'arrive pas à bouger correctement. » (M3)

## **2.3. Le rôle du médecin traitant dans cette prise en charge**

Le médecin traitant est présent à toutes les étapes de la prise en charge de son patient, du dépistage aux soins palliatifs.

### ***2.3.1. Dans le dépistage et le diagnostic***

« Je pense qu'on fait un gros travail de dépistage, de toute façon on est meilleur en dépistage je dirais qu'en curatif quoi. [...] On intervient bien évidemment dans le diagnostic, d'accord, parce que bien souvent c'est quand même nous qui mettons le doigt sur quelque chose. » (M3)

### ***2.3.2. Dans la décision thérapeutique et le conseil***

Bien que la décision thérapeutique soit souvent prise en milieu spécialisé à l'issue de la RCP, le médecin traitant est souvent sollicité pour donner son avis : « Souvent, en tant que médecin traitant, les patients ont confiance en nous et nous écoutent. » (M2) ; « On avait posé la question à la famille, la famille est venue me poser la question, je leur ai dit que si c'était ma mère je le ferais. » (M5) ;

« On voit en fonction du patient, de son autonomie, de son état général, les pathologies associées, les comorbidités, et bien sûr en fonction de ça on prend une décision, enfin on donne un avis. » (M6)

Dans certains cas, c'est même lui qui prend cette décision en amont : « Quand j'adresse [un patient au spécialiste], soit effectivement on est sur quelque chose de palliatif, mais cette décision est prise chez nous en amont, auquel bah cas on n'adresse pas. [...] A partir du moment où on adresse c'est que déjà on pense à une prise en charge spécialisée parce qu'on a un pronostic qui, a priori, sur du long terme, serait un peu plus intéressant. » (M7)

Pour d'autres médecins, leur rôle à ce stade est plutôt passif : « Je me range souvent à l'avis des spécialistes, de toute façon on n'a pas vraiment le choix, nous, sur les traitements oncologiques, on n'a pas beaucoup de leviers. » (M6)

### ***2.3.3. Dans le suivi médical***

Ici, le médecin traitant assure la surveillance du traitement et de ses effets indésirables : « Le traitement, je peux le surveiller éventuellement. » (M3) ; « On fait surtout la surveillance des traitements. » (M6)

Avec parfois un regret lié au manque de connaissances théoriques vis-à-vis de ces traitements : « Des fois je déplore que les oncologues ne nous donnent pas toujours de classeur pour qu'on nous dise quel est le traitement, pour savoir quels sont les effets secondaires et puis la conduite à tenir. » (M1)

Pour d'autres, le patient suivi en oncologie est parfois perdu de vue : « Parce que les malades d'onco on ne les voit plus, hein. On reçoit un courrier avec les num', machin, après ce qu'ils deviennent euh... [...] S'ils ne viennent pas nous voir, on a des nouvelles de l'hôpital de jour, on a des num', "l'état général est conservé, le patient va pouvoir effectuer sa Xième cure..." » (M5)

### ***2.3.4. Dans l'accompagnement***

C'est là que le médecin traitant, de par son rapport particulier au patient, a un rôle prépondérant :

« C'est de les assister au mieux, de respecter leur volonté, d'avoir une certaine qualité de vie, leur éviter les examens agressifs, leur éviter la douleur, répondre à leurs questions. » (M1) ; « Il faut savoir être à l'écoute de nos patients. [...] Ils veulent qu'on les laisse tranquilles, en général c'est ça, ils veulent qu'on les laisse dans leur confort de vie. » (M2) ; « Et puis après on intervient surtout dans l'accompagnement. [...] Moi j'ai la chance d'aimer parler, d'aimer soutenir. J'accompagne énormément mes patients, je veux dire dans tout quoi. Quand il y a des coups durs, en général je suis assez présente. [...] On parle de la douleur, on parle de fin de vie, on parle de tas de choses. » (M3) ; « Après, nous on voit ces patients tous les mois, donc on s'occupe de tout ce qui gravite autour, les problèmes du quotidien quoi. Il peut y avoir de tout. [...] Il y a des questions, des histoires de papiers, les aides, et tout ça, tout ce qui tourne autour, ces choses qui ne sont plus vraiment de la médecine mais plutôt dans le social, mais ça fait partie de la prise en charge, c'est important. » (M6) ; « Nous on va s'occuper de tout ce qui est social, organisation à domicile... » (M9)

Le médecin traitant est également le maillon qui améliore la compréhension par le patient des informations données par l'oncologue : « Je sers un peu d'intermédiaire. » (M1) ; « Les oncos n'expliquent pas toujours les effets secondaires, et puis comment ça va se passer, pourquoi on fait ci, pourquoi on fait ça. Donc on a un rôle d'information vis-à-vis des familles. » (M6) ; « Ils vont s'adresser à nous pour poser des questions qu'ils n'ont pas posées au spécialiste ou à l'oncologue, enfin voilà ils vont venir chercher des informations qu'on doit leur apporter. » (M9)

Cela pouvait générer un sentiment d'agacement : « S'il a des questions c'est à nous qu'il les pose, ben on ne sait pas toujours y répondre hein, c'est pas notre domaine. » (M4)

### ***2.3.5. Dans les soins palliatifs***

L'orientation et la mise en place des soins palliatifs est également considérée comme un aspect important de la prise en charge par plusieurs médecins : « Quand le pronostic est sombre, ça ne sert à rien de multiplier les chimiothérapies, les... choses agressives. [...] Il faut agir avec respect et puis

délicatesse. Pas soigner à tout prix. » (M1) ; « A partir du moment où la personne elle est forcément dégradée, on ne va certainement pas s’amuser à engager des prises en charge spécialisées. » (M7) ; « Il y a vingt-cinq, trente ans, on accompagnait les gens en fin de vie au domicile quoi. [...] Donc on était capable d’être appelé à deux heures du matin pour faire une injection de morphine, en fait. Et ça ne nous posait même pas de question, en fait. » (M8) ; « Avant, on gérait beaucoup les fins de vie à domicile, au niveau traitement, soulagement, traitement de la douleur, confort de fin de vie, etc. » (M9)

#### **2.4. La place importante de la famille**

Outre le patient, le médecin traitant doit également prendre en charge son entourage proche : « C’est aussi l’importance du dialogue avec la famille, les enfants, le mari ou la femme, l’entourage. » (M2) ; « Avec les enfants, avec la famille, il y a beaucoup de relationnel. » (M3) ; « Et surtout c’est le lien avec la famille » (M4) ; « On est quand même beaucoup sollicités par les familles, c’est clair. [...] Souvent c’est les proches qui s’occupent de ces personnes-là. J’en ai eu plusieurs récemment où la famille était très très présente, on est quasiment plus en relation avec la famille qu’avec le patient. » (M6)

#### **2.5. Mais surtout, recentrer la prise en charge sur le patient**

Cette notion, qui peut paraître évidente, était appuyée par plusieurs médecins : « Il faut toujours garder le patient au cœur de tes préoccupations. » (M1) ; « [Le patient] est satisfait de la prise en charge, je pense que c’est ça qui est important. » (M4) ; « Un, l’avis du patient, et deux, l’avis de la famille » (M5) ; « Le soutien psychologique, oui, c’est quand même important, aussi bien pour les personnes que pour les familles et les très proches. » (M6) ; « Ca replace quand même le malade, l’humain au centre de la prise en charge. [...] C’est surtout le souhait du patient ou de la patiente. » (M8)

Pour autant, la rédaction de directives anticipées reste marginale : « Des fois on l’aborde mais non, ce n’est pas leur génération. » (M1)

### 3. Vision de l'oncogériatrie par les médecins généralistes

Les médecins interrogés sur ce thème pouvaient être séparés en deux groupes : d'une part ceux qui connaissaient l'existence de la discipline d'oncogériatrie, d'autre part ceux qui l'ignoraient. Dans le cas des médecins du deuxième groupe, il était intéressant de comprendre leurs attentes par rapport à l'avis du spécialiste : en effet, cela rejoignait souvent les thèmes abordés par l'oncogériatrie.

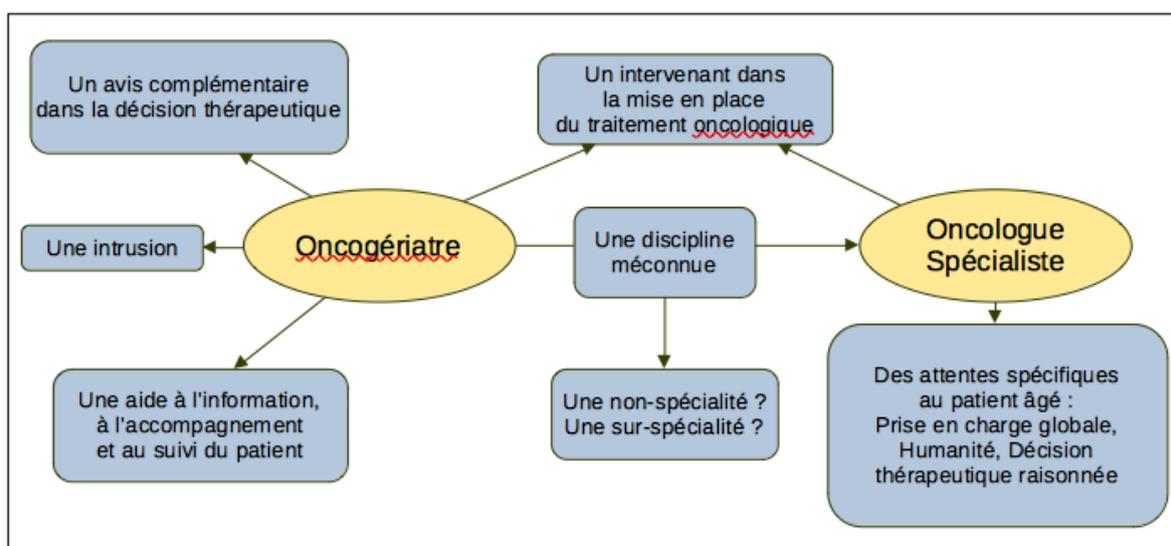


Figure 3 : Vision de l'oncogériatrie par les médecins généralistes.

#### 3.1. Un avis complémentaire dans la prise en charge

##### 3.1.1. Sur la décision thérapeutique

Plusieurs médecins avaient l'habitude de solliciter l'oncogériatre pour les aider dans leur décision. Ce qu'ils en attendaient : « Un avis clair ! (sourire) C'est : est-ce qu'on s'oriente vers une prise en charge curative agressive ? C'est : un, est-ce qu'on peut y aller, clairement, et deux, si on n'y va pas, qu'est-ce qu'on peut proposer comme soins de confort, comme une chimiothérapie palliative, et quelles seront les conséquences ? [...] Traiter pour traiter, il n'y a aucun intérêt. [...] Donc euh... oui, c'est un avis tranché et c'est une espérance de vie en bonne santé si on peut l'avoir, même si c'est toujours très compliqué. » (M4) ; « [L'oncogériatrie,] c'est la discipline qui prend en compte toutes les pathologies, finalement, pour donner un avis éclairé sur le fait qu'il faut traiter ou pas certaines pathologies graves, en fonction de l'espérance de vie, du terrain, etc. Donc pour moi, c'est

un avis gériatrique avant d'être un avis oncologique. » (M6) ; « Ce que j'attends de l'oncogériatre, c'est la même chose que j'attends du cardiologue ou du rhumatologue ou du neurologue, c'est un avis hyper-spécialisé et une prise en charge hyper-spécialisée. » (M7) ; « Moi je l'appelle quand, par exemple, j'ai un patient, il est âgé, [on lui découvre] un cancer, bilan oncogériatrique, c'est systématique. Et après on en discute. [...] Après, ça reste un avis ! » (M8)

### ***3.1.2. Sur le traitement oncologique proprement dit***

« On sait que c'est intéressant de leur proposer des choses mais il faut qu'on soit guidé, je pense. Bon les RCP on les reçoit hein, mais bon... » (M4)

### ***3.1.3. Sur l'information et l'accompagnement du patient***

L'oncogériatre était également perçu comme un intervenant important quant à l'information du patient : « Tout ça pour expliquer au patient et à la famille où l'on va. Est-ce qu'on va vers des choses compliquées ou est-ce qu'on va sur un traitement de confort qui peut améliorer la qualité de vie ou au moins maintenir la qualité de vie. [...] [Il faut bien] que ce soit expliqué au malade, ce qui n'est pas le cas, en onco ce n'est pas le cas, le pronostic n'est pas expliqué... » (M4) ; « Parce que bon, les oncos n'expliquent pas toujours les effets secondaires, et puis comment ça va se passer, pourquoi on fait ci, pourquoi on fait ça. » (M6)

Il apportait également un point de vue complémentaire sur les soins de support : « Là on est sur du multi-disciplinaire, moi il n'y a pas que la prise en charge thérapeutique, il y a tout le reste : en terme de vie, comment ils sont à la maison, de quoi ils ont besoin, est-ce qu'il faut une nutrition spécialisée... Donc voilà, tout un tas de choses en plus. » (M7) ; « Moi je trouve que c'est une bonne chose que ça évolue et que cette spécialité-là existe, c'est sûr. [...] Et puis elle fait un peu de tout, elle voit aussi les troubles cognitifs et tout. Le patient s'il a un cancer du côlon, c'est pas que le cancer du côlon, il faut tout regarder à côté. » (M8)

### **3.1.4. Avec un impact variable sur la prise en charge du médecin traitant**

Pour certains, le contact avec l'oncogériatre impactait directement leur pratique : « Quels sont, parce que ça on est mauvais, moi je suis mauvais, sur les effets indésirables attendus de la chimio en fonction de la fonction rénale, voilà c'est hyper spécifique. Sur quoi il faut être alerté si le malade [déclare des complications]. Qu'on ait un peu une *guideline* sur ce qu'on peut, en fonction des chimios, ce qu'il faut surveiller. » (M4)

Pour d'autres, c'était plus un avis adressé au spécialiste : « Non, je pense que c'est un travail d'équipe en milieu hospitalier. » (M1) ; « Je pense que c'est plus lié à l'oncologue qui, lui, a besoin d'un avis gériatrique pour prendre sa décision sur le traitement. Nous, ça nous donne les informations avec un peu de recul pour le patient, mais [...] c'est surtout les spécialistes entre eux qui fonctionnent comme ça avant la mise en route des traitements la plupart du temps. » (M6)

### **3.1.5. En contrepois à des spécialistes « jusqu'au boutistes »**

Un autre intérêt perçu par les médecins était que l'avis de l'oncogériatre permettait de recentrer la prise en charge sur le patient, parfois en opposition au spécialiste trop focalisé sur la pathologie : « En tout cas, moi, je me retrancherais plus derrière un avis oncogériatrique que vers un avis onco-onco, qui sont de toute façon jusqu'au boutistes (rire). Je peux te citer... (rire) [...] Il y en a qui sont jusqu'au boutistes et qui ne sont pas forcément adaptés au patient qu'on connaît bien, à l'environnement, tout ça. » (M4) ; « Il faut faire, il faut faire, et puis après dire jusqu'où on va ? Et puis toujours calculer les risques / bénéfices... [...] Après je pense qu'il y a des médecins, ils sont dans le faire jusqu'au bout. Et pour ça c'est bien l'oncogériatrie, parce que ça permet aussi de savoir jusqu'où on va en fait aussi, jusqu'où on peut aller. » (M8)

### **3.1.6. Un regard intrusif, des conclusions hermétiques**

Au fil de l'entretien, un médecin s'est rappelé avoir reçu un compte-rendu de consultation d'oncogériatrie et l'a consulté pour alimenter la discussion. Le résultat était perçu comme intrusif et

inadapté à la patiente en question : « Le courrier était très détaillé, je trouvais que c'était presque un luxe que la personne d'un certain âge accède à ça, mais c'était parfois en décalage avec ce que je vivais au quotidien à son domicile. Je ne sais pas, elle voulait mettre des trucs en place... [...] Je me suis dit "de quoi elle se mêle ?" ou je ne sais pas... C'était trop pointu. [...] Est-ce que ça a débouché sur des choses qui ont amélioré la qualité de vie de ma patiente ? [...] Et puis je trouvais ça un peu un luxe, un peu inadapté à la patiente, un peu excessif et puis un peu... Est-ce que je me suis sentie humiliée ou remise en question ? Oh on est susceptible, enfin je suis susceptible. (rire) C'est peut-être un peu intrusif pour le médecin traitant. » (M1)

Ce rejet était en partie due à l'utilisation de scores et d'échelles qui étaient inconnues du médecin : « Finalement, il y a plein d'acronymes que je ne suis pas allée chercher, [...] c'est peut-être pour ça que ça m'a gonflé, c'est du jargon de spécialité, trop d'acronymes. [...] Ca ne me disait rien, je trouvais ça un peu... hermétique. [...] C'est peut-être parce que je n'ai pas tout compris. (rire) Ca montrait les limites de mes connaissances. » (M1) Cela ne lui semblait pas refléter l'individualité de sa patiente : « Si c'est pour mettre les gens dans des cases ou des scores... » (M1)

Du fait de cette incompréhension et de ce ressenti, cette évaluation oncogériatrique n'avait pas été perçue comme utile : « Soit que je savais déjà, soit que je ne savais pas interpréter, donc ça ne m'a pas été utile globalement. [...] Comme je ne comprenais pas les conclusions, ça n'a pas eu d'impact sur ma prise en charge. [...] C'est assez intellectualisé mais je ne sais pas si c'est tellement pratique, concret. [...] Ca débouche sur quoi en pratique ? » (M1)

Pour autant, ce médecin pouvait voir un intérêt à cette évaluation dans certains cas : « Mais c'est intéressant de faire un travail exhaustif et d'observer tous les domaines, l'autonomie, la nutrition, les troubles neuro-cognitifs... Si un bilan exhaustif me permet d'améliorer la qualité de vie ou l'espérance de vie de la patiente, c'est bien. Ou si ça permet de mettre en place des choses que je n'avais pas faites, oui c'est bien, si c'est complémentaire et utile. [...] Et puis, médicalement, il y a plus d'idées dans plusieurs têtes, c'est sûr. » (M1)

### **3.2. Une discipline méconnue**

Plusieurs médecins interrogés ignoraient l'existence de l'oncogériatre et de son rôle : « [Ca ne m'évoque] pas grand-chose... Je pense que c'est un oncologue spécialisé en gériatrie ? Ou un gériatre spécialisé en oncologie ? » (M1) ; « L'oncogériatrie, c'est ça ? » (M2) ; « L'onco... gériatrie ? Pour moi c'est la médecine générale du vieux. (rire) Non ? Ca ne traite que de la pathologie tumorale ? » (M5) ; « Non, ça ne m'évoque rien de particulier, en fait. » (M9)

Cette méconnaissance débouchait souvent sur un a priori négatif.

#### **3.2.1. Une non-spécialité**

Certains l'imaginaient comme une non-spécialité : « Oh ben pfff... Pas plus que la gériatrie, ça ne me paraît une spécialité en tant que telle, pour ne rien vous cacher. L'oncologie en est une, la gériatrie on en fait tous les jours. [...] Je pense qu'il y a de vraies spécialités, d'autres qui sont moins... enfin, je ne voudrais pas dire de mal de mes confrères hein (rire), mais [...] si j'ai un patient âgé qui a un problème de cancer, je vais l'envoyer voir un oncologue que je connais, en qui j'ai confiance, pas forcément un oncogériatre, ni même un gériatre tout court ! » (M2) ; « L'oncogériatrie ? (pause) Ben, je ne vois pas ça comme une spécialité, il y a l'oncologie, la gériatrie, après je ne sais pas s'il y a des oncogéiatries ! (rire) [...] Quand j'ai besoin d'un oncologue, je ne vais pas adresser plus à un gériatre qu'à un oncologue si c'est quelqu'un d'âgé. » (M9)

#### **3.2.2. Une sur-spécialité**

D'autres y voyaient une sur-spécialité : « Ben, en fait, moi je ne vois pas en quoi ça doit être une matière différente de l'oncologie proprement dite. [...] Je veux bien entendre des fois qu'effectivement il y ait une pathologie qui serait différente chez la personne âgée, la prise en charge, tout ça et tout. Mais l'oncologie, en quoi c'est totalement différent, je ne sais pas. [...] Je ne vois pas en quoi, la nécessité d'une spécialité "oncogériatrique" et... ouais, pourquoi ? C'est à vous de me l'expliquer ! (rire) » (M3)

Cette sur-spécialisation pouvait être considérée comme délétère pour le patient : « Parce qu'à force de sectoriser, il va y avoir presque une médecine noble et une médecine moins noble. [...] Moi je pense que l'oncologue il devrait savoir adapter ses doses, adapter tout ça pour la personne âgée, il ne devrait pas s'éloigner de la personne âgée. [...] Je pense qu'il ne faut pas aller trop loin dans la sectorisation parce que sinon, ben, en toute honnêteté, je ne suis pas sûre qu'on prenne autant de considération pour le soin des personnes âgées, j'en reste persuadée ! » (M3)

### **3.3. Les attentes vis-à-vis de l'avis spécialisé**

Durant les entretiens avec des médecins qui ne connaissaient pas l'oncogériatrie, il m'a semblé intéressant de leur demander quelles étaient leurs attentes vis-à-vis de l'avis du spécialiste qu'ils sollicitaient.

#### ***3.3.1. Une prise en charge centrée sur la pathologie***

Pour certains, la demande était celle d'un avis d'expert : « En même temps, c'est ce que nous on ne peut pas faire, hein. L'oncologie c'est quand même une spécialité à laquelle nous, médecins généralistes, on n'est pas très formés... Enfin c'est quand même une spécialité très particulière, on est obligés de s'adresser à eux, on ne peut pas se dire "je vais prendre en charge un cancer de..." faire ça tout seul quoi. – Par manque de moyens techniques ? – Bah techniques et... j'allais dire intellectuels, enfin on n'a pas les connaissances suffisantes pour mettre en route des chimios ou des trucs comme ça. » (M9)

#### ***3.3.2. Une prise en charge globale***

Dans d'autres cas, le parallèle avec les thèmes abordés par l'oncogériatrie était évident : « J'avais un oncologue que je considérais vraiment comme un médecin généraliste du cancer, qui prenait bien en charge mes patients, non seulement d'un point de vue oncologique, mais aussi d'un point de vue humain, et j'appréciais beaucoup. [...] J'attache beaucoup d'importance au plateau technique et puis à l'humanité de mes correspondants. » (M2) ; « Qu'il prenne surtout les patients dans leur

ensemble, pas qu'il soigne une maladie, d'accord, mais qu'il voie le reste à côté et qu'il pèse le pour et le contre sur les décisions thérapeutiques en fonction des comorbidités. Parfois les spécialistes qu'on va voir ils ne s'occupent que de la pathologie en question et puis le reste à côté ils s'en foutent complètement, donc ça c'est pas bon ! Donc peut-être que l'oncogériatre s'intéresse plus à l'ensemble des pathologies du patient, prend en charge le patient dans son intégralité et non pas par secteur. » (M5)

#### 4. Le lien ville-hôpital

Cette thématique n'était pas directement en lien avec les objectifs de l'étude, mais elle était spontanément abordée par la plupart des médecins interrogés ; il semblait donc difficile de l'écartier complètement.

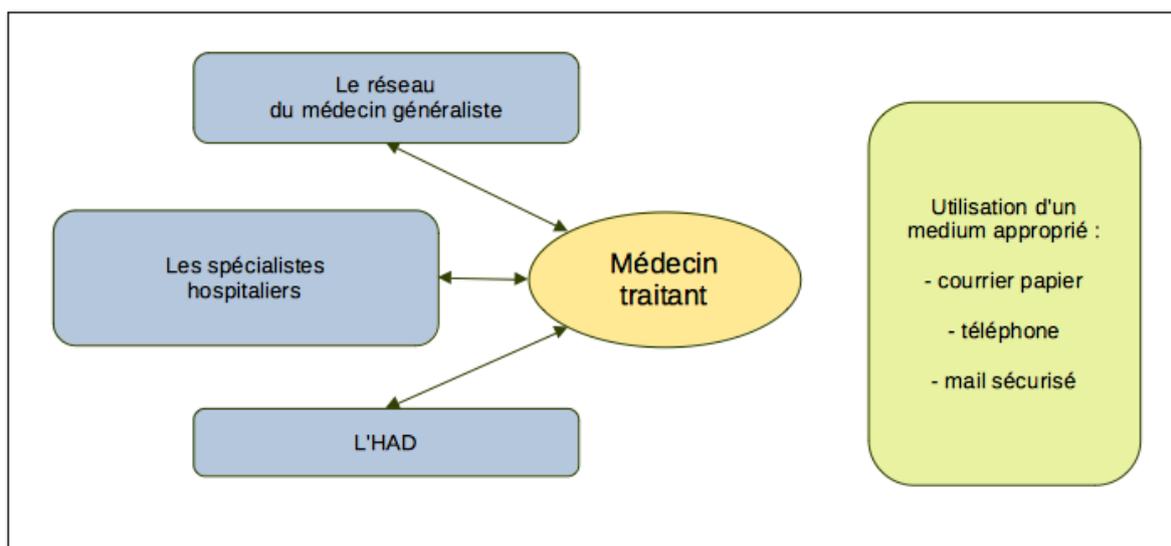


Figure 4 : Communication des médecins généralistes avec l'hôpital.

##### 4.1. Un lien de qualité variable

###### 4.1.1. Le réseau du médecin généraliste

Les médecins généralistes pouvaient facilement échanger avec leur réseau de spécialistes et d'intervenants : « [A propos la mise en place des aides :] Là aussi, j'ai plutôt tendance à interpeller

le réseau de gérontologie, qui est très bien : [...] rapide, efficace, concret. » (M1) ; « J'ai mes contacts, mon réseau, voilà. [...] Un médecin généraliste, vous savez, il a son réseau, il a dans son carnet d'adresses des oncologues qu'il connaît. » (M2) ; « Je pense qu'on travaille, en tout cas sur le secteur, relativement en équipe, ce qui n'est pas fait d'un côté est fait de l'autre. [...] Je pense qu'on a une relation sur le secteur qui est quand même assez simple. [...] Je n'ai pas de frustration pour savoir qui fait quoi. » (M7)

#### ***4.1.2. Une communication parfois difficile***

Mais parfois, la transmission d'informations avec le milieu hospitalier pouvait être plus ou moins compliquée : « Des fois, je déplore que les oncologues ne nous donnent pas toujours de classeur pour qu'on nous dise quel est le traitement, pour savoir les effets secondaires et puis la conduite à tenir. » (M1) ; « Ca dépend des spécialistes en fait ! [...] De manière générale, on arrive quand même à communiquer, à les joindre. Ou bien à fixer un rendez-vous par téléphone. » (M9)

Elle pouvait même être perçue comme inexistante : « Les patients d'onco, on ne les voit plus, hein. On reçoit les courriers avec les num', machin, après ce qu'ils deviennent euh... [...] Bah s'ils ne viennent pas nous voir, on a des nouvelles de l'hôpital de jour [...] c'est trois lignes : "le patient va pouvoir bénéficier de sa Xième cure..." » (M5) ; « Bien souvent, les cancérologues eux-mêmes tiennent relativement peu compte de l'avis du médecin traitant (sourire), et je pense que pour l'oncogériatre c'est un peu pareil. (rire) » (M6)

#### ***4.1.3. L'ambivalence vis-à-vis de l'HAD***

Certains y voyaient une aide technique : « C'est bien qu'ils connaissent plus de choses, tu sais par exemple pour les amputations ou les gangrènes, ils utilisent des trucs à pression positive que je ne manipule pas, ou pour les perfusions, tout ça on ne sait pas faire... » (M1)

Ou bien une intrusion inadaptée : « L'HAD, je n'aime pas trop non plus. [...] Les gens vivent ça de façon très intrusive parce que c'est le rouleau compresseur. C'est peut-être économique pour la société mais je trouve que c'est l'hôpital à domicile, mais qui est un peu imposé avec ses gros

sabots. » (M1) ; « En fait, moi je dis que l'HAD ils "débarquent" chez un patient et se croient à l'hôpital, mais non justement ! Et donc ça ne peut pas aller. [...] En fait [les patients et leur famille] sont dépossédés, [...] on les infantilise. [...] Et puis il faut savoir que le patient qui est en HAD, justement, il demande du temps, il faut pouvoir s'en occuper et tout. » (M8)

## **4.2. Le support de transmission d'information**

### ***4.2.1. Le traditionnel courrier papier***

Pour beaucoup de médecins, le support papier constitue une valeur sûre et pratique : « J'aime bien les traces écrites parce que je le mémorise, je le relis quand j'ai le temps et j'essaie de me concentrer, et s'il y a des choses utiles je les mémorise, je les garde et je les applique. [...] C'est bien qu'il y ait une trace écrite de tout ce qu'il a fait, tout ce qu'il a exploré. » (M1) ; « Ah, moi je suis papier ! Enfin, je suis très informatisé maintenant [...] mais je reste papier pour les courriers. [...] Je suis beaucoup plus à l'aise, et beaucoup plus rapide et efficace avec du papier pour ce genre de choses. [...] Moi j'imprime les courriers les plus importants. Je les imprime, je les classe, je les garde en papier. » (M6) ; « L'information papier existe toujours, de toute façon, on reçoit les courriers qui nous permettent d'avoir les choses bien claires. » (M9)

Avec cependant le problème du délai de réception : « Si le courrier arrive deux mois après, c'est un peu compliqué évidemment... bah ouais... Mais dans la mesure où le patient arrive avec le courrier, ou si on le reçoit deux, trois jours après, ce n'est absolument pas gênant. Le tout est d'avoir les informations à un instant T et pas en décalé, c'est plus ça le problème. » (M7)

### ***4.2.2. Le téléphone pour un lien rapide et direct***

Certains médecins préféraient l'appel téléphonique, souvent en complément du courrier papier : « Je pense qu'on a facilement le téléphone, tranquille, on s'appelle. [...] Ouais, je n'hésite pas à prendre mon téléphone quand j'ai besoin, tout à fait. » (M7) ; « Moi je téléphone facilement. [...] J'essaie d'arranger le coup de téléphone à l'avance quand c'est faisable. Après quand je suis dans le... on ne

va pas dire dans l'urgence mais, quand j'ai besoin d'un renseignement maintenant parce que j'ai le patient en face de moi, bah j'appelle directement et puis j'essaie d'être rapide quoi. » (M9)

#### *4.2.3. La modernité du mail sécurisé*

La messagerie électronique sécurisée présentait l'avantage d'allier la visibilité d'un support écrit et la rapidité d'une transmission presque aussi rapide que le téléphone : « (Le courrier papier ?) – Oh non, non. Non non. – Qu'est-ce que tu préférerais ? – Ben, messagerie sécurisée, le mail sécurisé. [...] Moi je reçois dix pour cent en papier, même pas. [...] Donc, le malade ou la famille me dit "il sort demain" ou "il sort aujourd'hui", moi ça me permet de programmer dans les quarante-huit, soixante-douze heures une visite et d'avoir le courrier déjà. Sur les thérapeutiques qui ont été changées ça évite déjà le magouillage dans les thérapeutiques, parce que les gens ils sont paumés. » (M4) ; « Ah, je préfère le papier, ou bien vous pouvez envoyer par Apicrypt, hein, moi ça m'est égal ! L'hôpital ne pratique pas Apicrypt, mais moi je suis plus pour ça, ça m'évite de scanner. Parce que sinon je scanne tout ! C'est-à-dire que moi, je fais du cent pour cent sans papier ! [...] Donc je suis assez intéressé de recevoir les courriers par Apicrypt, je ne suis plus obligé de les scanner, et tout est vide ! C'est en vue, là, de le faire [à l'hôpital] ? Parce que la clinique nous envoie par Apicrypt, pas de problème ! Eux, et puis tous les médecins spécialistes de ville nous envoient par Apicrypt ! Il n'y a que l'hôpital qui ne fait pas ça. C'est un peu des arriérés. Il faudra faire passer un peu le message. (sourire) » (M5)

Elle avait cependant l'inconvénient de devoir recourir à un support numérique inconfortable : « Je n'aime pas lire les courriers sur un écran. » (M6) ; « Je n'aime pas trop les mails. » (M9)



# DISCUSSION

## 1. Limites de l'étude

### 1.1. Biais liés à l'échantillon : manque de puissance, biais de recrutement

Le premier biais de cette étude est lié à son faible effectif. Ma première idée était de recruter des médecins généralistes choisis au hasard dans les Pages Jaunes de la Somme, de l'Aisne et de l'Oise. Seulement deux entretiens ont été obtenus par cette méthode en plus d'un mois de tentatives. Les raisons invoquées pour leur refus de participer par les médecins contactés ou leur secrétaire étaient : le manque de temps ou de disponibilité, en partie lié à la période de crise sanitaire ; l'incompréhension par rapport à ma demande d'entretien, chez des praticiens plutôt habitués à la démarche qualitative par questionnaire ; l'absence d'intérêt pour le sujet de l'étude. On notera que les deux médecins ayant répondu favorablement à ma demande avaient une activité de MSU (Maître de Stage Universitaire), ce qui a pu les sensibiliser à ma requête.

Les sept autres médecins ont été approchés par l'intermédiaire d'internes ou de médecins que je connaissais. On peut se demander dans quelle mesure ces personnes ont accepté de participer à cette étude par sentiment d'obligation envers un confrère ou un remplaçant.

### 1.2. Biais liés à l'enquêteur : biais d'intervention

Ce type de biais est inhérent à la recherche par entretien semi-directif. Afin de limiter leur impact, j'ai essayé de m'en tenir à la formulation neutre des questions prédéfinies, bien que cela n'ait pas toujours été possible du fait de la nécessité de maintenir un rythme dans la discussion.

De plus, j'ai réalisé moi-même les entretiens, et certains médecins interrogés me connaissaient de vue après que je sois passé en stage chez un confrère ; cela a pu influencer leurs réponses.

Les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone avec le consentement des personnes interrogées, cependant cela a également pu influencer leur discours, malgré mes explications sur

l'anonymisation des données.

### **1.3. Biais liés à l'analyse : biais d'interprétation**

Une façon d'éviter ce type de biais est la triangulation, qui consiste à employer des intervenants indépendants dans les phases successives du travail. Ainsi, dans l'idéal, le recueil, la retranscription et l'analyse des données devraient être faits par trois personnes différentes. Du fait de contraintes organisationnelles, j'ai réalisé moi-même toutes les étapes de ce travail ; un deuxième codage a été réalisé en parallèle par un collègue.

Même en essayant de rester le plus objectif possible, un biais ne peut être exclu, mais il est limité par l'emploi de ce double codage.

## **2. Discussion des résultats**

### **2.1. La définition de la personne âgée est loin d'être évidente**

Chacun des praticiens interrogés avait une définition personnelle de la notion de « personne âgée », basée pour une part sur l'âge civil, d'autre part sur la notion d'âge physiologique et d'état général. Cette diversité fait écho à celle que l'on retrouve au niveau des instances officielles. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) retient l'âge de 65 ans pour définir les personnes âgées. Pour les statisticiens de l'INSEE, on considère une personne « âgée » à partir de 65 ans et « très âgée » après 80 ans. L'administration française définit également l'âge de 60 ans comme seuil pour l'attribution de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA). Enfin, pour le Collège National des Enseignants de Gériatrie, la gériatrie est la discipline médicale qui s'oriente vers la prise en charge des personnes âgées de plus de 75 ans.

### **2.2. Les médecins généralistes ont des points de vue variés sur l'oncogériatrie**

#### ***2.2.1. Un avis complémentaire pour certains***

Certains y voient une aide à la décision thérapeutique et à l'information du patient, avec notamment

la question du « jusqu'ou va-t-on ? » soulevée à plusieurs reprises. Cette même question était posée dans la thèse de Dardenne et Boennec (29), avec des réponses allant du traitement « minimaliste » à la prise en charge « jusqu'au boutiste ». Cette étude observait également un sentiment d'isolement du médecin traitant dans la prise de décision ; cet élément n'était pas retrouvé dans les entretiens que j'ai réalisés.

Jablonski (30) évoquait le cas de médecins qui, dans certains cas, prenaient la décision de ne pas réaliser d'exams et de traitements invasifs pour des patients déjà très altérés. Cette décision était décrite comme difficile, en particulier lorsqu'elle était prise par le médecin généraliste en concertation avec la famille ou l'équipe soignante de l'EHPAD mais sans passage en RCP.

A ce propos, Sefssafi (31) rappelait que tout patient malade de cancer doit théoriquement avoir son dossier discuté en RCP et doit légalement être informé de son état de santé. Il s'inquiétait légitimement d'une discrimination envers les patients âgés et dépendants qui n'auraient pas accès aux soins. Cependant, dans le cas de patients très altérés, on peut se poser la question de l'intérêt de réaliser des exams complémentaires souvent invasifs (biopsies) ou nécessitant une mobilisation souvent inconfortable (transport entre deux établissements) s'ils ne modifient pas la prise en charge.

### ***2.2.2. Une discipline sans intérêt pour d'autres***

Certains médecins voyaient plutôt l'oncogériatrie comme une affaire de spécialistes qui avait peu d'impact sur leur pratique quotidienne. Au contraire, Labat-Bezeaud (32) observait des médecins convaincus de l'utilité d'une évaluation oncogériatrique et demandeurs d'une formation sur le sujet. Un médecin ressentait l'avis donné comme un regard intrusif et inadapté, notamment à cause de l'utilisation dans l'EGS d'échelles d'évaluation et de scores inconnues de ce médecin. Dans sa thèse, El Dirani (33) observait lui aussi un manque d'intérêt pour l'utilisation de tests d'évaluation gériatrique par les médecins généralistes.

### ***2.2.3. Les médecins généralistes connaissent peu l'oncogériatrie***

La moitié des médecins interrogés ignoraient l'existence de cette discipline. Compte tenu de l'effectif réduit de cette étude, ces proportions ne peuvent être extrapolées à l'ensemble des médecins généralistes de France, et mériteraient d'être explorés par une étude quantitative. A titre personnel, durant mon cursus d'interne de médecine générale, je n'avais pas entendu parler d'évaluation oncogériatrique avant mon passage dans le service du Dr Yves en cinquième semestre. Cette ignorance peut s'expliquer en partie par l'essor récent de l'oncogériatrie et son application principalement en milieu spécialisé.

Dans leur thèse, Dardenne et Boennec (29) observaient également une méconnaissance de cette discipline par les médecins généralistes de Midi-Pyrénées. Leur étude avait suscité l'intérêt des médecins interrogés, qui demandaient l'accès à une meilleure information et à des formations sur l'oncogériatrie, les RCP et l'utilisation du G8. Dans mon travail, les médecins avaient plutôt un a priori négatif lorsqu'ils ne connaissaient pas l'oncogériatrie, et la qualifiaient de non-spécialité ou de sur-spécialité sans impact sur leur pratique habituelle.

Ces mêmes médecins avaient des attentes particulières pour leurs patients âgés vis-à-vis de l'oncologue ou du spécialiste sollicité. Outre une prise en charge technique, ils demandaient une vision globale de leur patient et une décision thérapeutique raisonnée et adaptée. Ces résultats sont à rapprocher de l'étude de Dardenne et Boennec (29), qui montrait la nécessité perçue par les médecins généralistes d'une prise en charge spécifique, adaptée et personnalisée à la personne âgée malade de cancer. On remarquera que les attentes de ces médecins correspondent pour une bonne partie aux missions attribuées à l'oncogériatre.

### **2.3. Le médecin généraliste a un rôle central dans la prise en charge de la personne âgée atteinte de cancer**

En effet, comme l'ont rappelé les médecins interrogés dans cette étude, ils sont présents à tous les niveaux du parcours de soins de leur patient, du diagnostic à la prise en charge palliative, en passant

par la décision thérapeutique, la coordination et la surveillance des soins. Les médecins insistaient sur leur travail d'écoute, d'information et d'accompagnement du patient, sur la prise en charge de la douleur et le soutien psychologique.

Dans la thèse de Sefssafi (31), les médecins généralistes interrogés utilisaient des termes très similaires pour décrire leurs rôles dans la prise en charge des patients âgés atteints de cancer : diagnostic, surveillance, écoute, information complémentaire, gestion des soins et des complications, coordination des intervenants, contrôle du suivi, empathie, anxiolyse, antalgie, accompagnement. Dans celle de Dardenne et Boennec (29), les médecins généralistes soulignaient plutôt leur intervention en amont de la décision thérapeutique. Enfin, le Plan Cancer 2009-2013 réaffirmait le rôle central du médecin traitant dans la prise en charge de son patient (mesure 18 : personnaliser la prise en charge des malades et renforcer le rôle du médecin traitant). (15)

Les soins palliatifs, en particulier, étaient soulignés par les médecins de notre étude comme importants dans la prise en charge de leurs patients âgés, seuls ou en complément d'une prise en charge curative. L'implication des médecins généralistes dans la mise en œuvre des soins palliatifs était également une notion retrouvée par Sefssafi. (31)

#### **2.4. Le patient et sa famille sont au coeur de la décision thérapeutique**

Les médecins de notre étude attachaient une importance particulière à l'information du patient et de sa famille, ainsi qu'à leur association à la décision d'un traitement curatif ou non.

Dans leur travail, Dardenne et Boennec (29) observaient plutôt une déresponsabilisation du patient au moment de la décision thérapeutique. Dans les études de Jablonski (30) et de Sefssafi (31), certains médecins choisissaient parfois de ne pas informer leur patient du diagnostic afin de l'« épargner ».

#### **2.5. La communication avec l'hôpital reste imparfaite**

Les médecins interrogés avaient en général de bonnes relations avec leur réseau habituel, mais exprimaient également des difficultés à joindre ou à communiquer avec certains spécialistes. Ces

échecs pouvaient nourrir un sentiment de frustration et d'exclusion de la prise en charge de leur patient. Les études de Dardenne et Boennec (29) et de Sefssafi (31) observaient également ce manque de communication.

Cette problématique n'est pas récente (34) et a fait l'objet de mesures gouvernementales visant à réaffirmer l'importance du lien ville-hôpital et à doter les praticiens de moyens supplémentaires pour la transmission d'informations, par exemple le Dossier Médical Partagé (DMP) (35) ou le Dossier Communicant de Cancérologie (DCC) (36), dont l'utilisation reste marginale.

Pourtant, les différents moyens de communication à disposition devraient pouvoir permettre d'améliorer cette problématique. Du classique courrier papier au mail sécurisé moderne, en passant par l'appel téléphonique, chacun a des avantages et des inconvénients qui lui sont propres, comme l'ont souligné les médecins interrogés.

Dans le contexte de la prise en charge du cancer du sujet âgé, où une information fiable et dans un délai raisonnable est indispensable, on peut imaginer une utilisation combinée de ces différents médiums : appel téléphonique sur une ligne dédiée pour une demande d'avis par un médecin généraliste ; courrier papier (sous réserve d'une transmission rapide) ou mail sécurisé pour le rendu de l'avis de l'oncogériatre. Les outils de visioconférence n'ont pas été évoqués par les médecins interrogés lors de cette étude, malgré leur utilisation croissante depuis la période de confinement.

# CONCLUSION

Le médecin généraliste a un rôle central dans la prise en charge du sujet âgé atteint de cancer. Il est le pivot autour duquel s'articulent de nombreux intervenants tout au long du parcours de soins du patient. L'un de ces intervenants est l'oncogériatre, qui évalue la personne âgée et dépiste ses fragilités individuelles afin de personnaliser son plan de soins.

La discipline d'oncogériatrie est relativement récente et cette étude montre qu'elle est encore méconnue par les médecins généralistes. Ceux-ci sont attachés à une prise en charge globale et à une décision thérapeutique raisonnée pour leur patient : des éléments qui font partie des fondements du concept d'oncogériatrie. Il pourrait être intéressant d'informer et de sensibiliser les médecins généralistes à l'existence de cette discipline, voire de l'inclure dans la formation des étudiants en médecine.

Certains médecins généralistes recouraient à l'oncogériatre pour les aider dans la prise de décision thérapeutique pour leur patient. Ce lien pourrait être amélioré par la démocratisation de l'utilisation du test G8, simple et adapté à la médecine générale, qui permet de dépister les fragilités du sujet âgé et de l'orienter vers une évaluation oncogériatrique approfondie le cas échéant.

D'autres percevaient l'avis de l'oncogériatre comme sur-spécialisé avec un impact limité sur leur prise en charge, voire comme un regard intrusif et inadapté. Cette impression pouvait être liée à l'utilisation d'acronymes et de scores inconnus du médecin traitant.

Les médecins interrogés racontaient également leur implication à toutes les étapes du parcours de soins de leur patient, du dépistage aux soins palliatifs. L'accent était mis sur l'accompagnement et l'information du patient, de sa famille, sur la place centrale du patient et de son entourage dans la décision thérapeutique. Les médecins exprimaient également une volonté de préserver la qualité de vie du patient, en limitant les examens invasifs et les traitements trop agressifs. L'importance des soins palliatifs était également soulignée.

La personne âgée doit pouvoir bénéficier d'une prise en charge adaptée. La maladie dans un contexte polypathologique fragilise les patients âgés et rend nécessaire l'articulation des soins et l'accompagnement de la perte d'autonomie. Cela met au jour l'importance d'une coordination de l'ensemble des acteurs de santé. La communication était décrite comme insuffisante, en particulier entre le médecin généraliste et le spécialiste, d'où la nécessité d'un lien intermédiaire qui pourrait être fait par l'oncogériatre.

Comme cette étude le souligne, l'objectif principal du médecin généraliste et de l'oncogériatre est la qualité de vie et la prise en charge globale des patients, du dépistage au diagnostic, au traitement du cancer, voire jusqu'à la fin de vie.

# BIBLIOGRAPHIE

1. INSEE. Population par âge - Tableaux de l'économie française [Internet]. 2020. Disponible sur: [https://www.insee.fr/fr/statistiques/fichier/4277619/TEF2020\\_032.pdf](https://www.insee.fr/fr/statistiques/fichier/4277619/TEF2020_032.pdf)
2. Santé Publique France. Le cancer en France métropolitaine : projections d'incidence et de mortalité par cancer en 2017 [Internet]. 2018. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2018/le-cancer-en-france-metropolitaine-projections-d-incidence-et-de-mortalite-par-cancer-en-2017>
3. Institut National du Cancer. Épidémiologie des cancers chez les patients de 65 ans et plus [Internet]. 2018. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/L-organisation-de-l-offre-de-soins/Oncogeriatie/Epidemiologie>
4. Institut National du Cancer. Oncogériatrie [Internet]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/L-organisation-de-l-offre-de-soins/Oncogeriatie>
5. Balducci L. Management of cancer in the elderly. *Oncol Williston Park N*. févr 2006;20(2):135-43; discussion 144, 146, 151-2.
6. Collège National des Enseignants de Gériatrie. Le vieillissement humain [Internet]. 2009. Disponible sur: <http://campus.cerimes.fr/geriatrie/enseignement/geriatrie1/site/html/1.html>
7. Wieland D, Hirth V. Comprehensive geriatric assessment. *Cancer Control J Moffitt Cancer Cent*. déc 2003;10(6):454-62.
8. Balducci L, Extermann M. Management of Cancer in the Older Person: A Practical Approach. *The Oncologist*. 2000;5(3):224-37.
9. Tucci A, Ferrari S, Bottelli C, Borlenghi E, Drera M, Rossi G. A comprehensive geriatric assessment is more effective than clinical judgment to identify elderly diffuse large cell lymphoma patients who benefit from aggressive therapy. *Cancer*. 1 oct 2009;115(19):4547-53.
10. Hurria A, Togawa K, Mohile SG, Owusu C, Klepin HD, Gross CP, et al. Predicting chemotherapy toxicity in older adults with cancer: a prospective multicenter study. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol*. 1 sept 2011;29(25):3457-65.
11. Scheepers ERM, Vondeling AM, Thielen N, van der Griend R, Stauder R, Hamaker ME. Geriatric assessment in older patients with a hematologic malignancy: a systematic review. *Haematologica*. juin 2020;105(6):1484-93.
12. SIOG | International Society of Geriatric Oncology [Internet]. Disponible sur: <https://www.siog.org/>
13. SoFOG. Une société savante pour une double discipline [Internet]. Société Francophone d'Onco-Gériatrie. Disponible sur: <https://sofog.org/>

14. Bréchet J-M, Le Quellec-Nathan M, Buzyn A. Aging and cancer - addressing a nation's challenge. *Interdiscip Top Gerontol.* 2013;38:158-64.
15. Les Plans cancer - Stratégie de lutte contre les cancers en France [Internet]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Institut-national-du-cancer/Strategie-de-lutte-contre-les-cancers-en-France/Les-Plans-cancer>
16. Buzyn A. Les apports des Plans cancer à la cancérologie. *Oncologie.* 1 sept 2014;16(1):4-6.
17. Heitz D, Leroy V, Kurtz J-E. L'oncogériatrie en Alsace : Bilan et perspectives. *J Oncogériatrie.* 2011;2(3/4):117-20.
18. UCOG de Picardie - ONCOPIC [Internet]. Disponible sur: <https://sites.google.com/a/esante-picardie.com/oncopic/home/espace-professionnel/oncogriatrie>
19. Hamaker ME, Jonker JM, de Rooij SE, Vos AG, Smorenburg CH, van Munster BC. Frailty screening methods for predicting outcome of a comprehensive geriatric assessment in elderly patients with cancer: a systematic review. *Lancet Oncol.* oct 2012;13(10):e437-444.
20. 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):e115060.
21. Parcours de soins des patients âgés atteints de cancer - Oncogériatrie [Internet]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/L-organisation-de-l-offre-de-soins/Oncogeriatrie/Parcours-de-soins-des-patients-ages>
22. Bourbouloux E, Déniel-Lagadec D, Loisel I, Bourcy V, Gentric A, Estivin S, et al. Enquête sur la prise en charge des sujets âgés atteints d'un cancer auprès des professionnels de Bretagne-Pays de la Loire. *Focus voies orales. J Oncogériatrie.* 2017;8(1):5-15.
23. Droz J-P. Oncogériatrie : mettre la personne âgée au centre du dispositif. *Rev Prat.* 20 mars 2009;59(3):325-7.
24. Gottheff Soussan K. Place du médecin généraliste dans la prise en charge oncogériatrique: point de vue des spécialistes hospitaliers [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris Diderot - Paris 7 (1970-2019). UFR de médecine; 2014.
25. Les soins palliatifs | SFAP - site internet [Internet]. Disponible sur: <http://www.sfap.org/rubrique/les-soins-palliatifs>
26. Aubin-Auger I, Mercier A, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P, Letrillart L. Introduction à la recherche qualitative. *Exercer.* 2008;19(84):142-5.
27. Lamort-Bouché M, Pipard T, Pigache C, Moreau A, Fassier J-B, Zorzi F. Enseigner la conduite d'entretien semi-directif en recherche qualitative. Développement et évaluation d'un kit d'auto-apprentissage avec vidéo modèle et contre-modèle. *Exercer.* 2020;31(166):365-71.
28. Auto-apprentissage de la conduite d'entretien semi-directif en recherche qualitative [Internet]. Site du Collège Lyonnais des Généralistes Enseignants. Disponible sur: <http://clge.fr/auto-apprentissage-de-la-conduite-dentretien-semi-directif-en-recherche-qualitative/>

29. Dardenne S, Boennec F, Chicoulaa B. Le vécu et les attentes des médecins généralistes de Midi-Pyrénées face aux personnes âgées de plus de 75 ans atteintes de cancer: étude qualitative [Internet]. Toulouse, France: Université Paul Sabatier, Toulouse 3; 2014. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/568/>
30. Jablonski D. Quels sont les éléments qui influencent les médecins généralistes dans leur prise en charge diagnostique du sujet âgé suspect de cancer?: enquête auprès de médecins généralistes des Alpes-Maritimes et du Var [Internet] [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nice-Sophia Antipolis. Faculté de Médecine; 2016. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01427356>
31. Sefssafi A. Place du médecin généraliste dans la décision de soins chez le patient âgé atteint de cancer [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris Diderot - Paris 7 (1970-2019). UFR de médecine; 2014.
32. Labat-Bezeaud C, Mertens C, Soubeyran P, Rainfray M. Enquête d'opinion auprès des médecins généralistes sur l'intérêt d'une prise en charge oncogériatrique des sujets âgés de plus de 70 ans. *J Oncogériatrie*. 2012;3(5):207-11.
33. El Dirani F. Place des outils d'évaluation des syndromes gériatriques en consultation de médecine générale: connaissances, utilisations, obstacles et perspectives [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Picardie Jules Verne; 2016.
34. Kripalani S, LeFevre F, Phillips CO, Williams MV, Basaviah P, Baker DW. Deficits in communication and information transfer between hospital-based and primary care physicians: implications for patient safety and continuity of care. *JAMA*. 28 févr 2007;297(8):831-41.
35. Décret n° 2016-1545 du 16 novembre 2016 autorisant la création d'un traitement de données à caractère personnel dénommé « dossier médical partagé ». 2016-1545 nov 16, 2016.
36. Le dossier communicant de cancérologie - Parcours de soins des patients [Internet]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Parcours-de-soins-des-patients/Le-dossier-communicant-de-cancerologie>
37. Elsevier. Gériatrie [Internet]. Elsevier Connect. Disponible sur: <https://www.elsevier.com/fr-fr/connect/medecine-generale/geriatrie>
38. Prise en charge du cancer de la prostate chez le sujet âgé [Internet]. *Revue Medicale Suisse*. [cité 24 juin 2021]. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2014/revue-medicale-suisse-453/prise-en-charge-du-cancer-de-la-prostate-chez-le-sujet-age>



# ANNEXES

## Annexe 1 : Quelques échelles d'évaluation de la personne âgée

Activités de la Vie Quotidienne (ADL) ou score de Katz\_(37)

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

## Activités Instrumentales de la Vie Quotidienne (IADL) ou score de Lawton (37)

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

(Suite)

## Activités Instrumentales de la Vie Quotidienne (IADL) ou score de Lawton (suite)

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

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

## Cumulative Illness Rating Scale – Geriatric (CIRS-G) (38)

	Absence de morbidité = grade 0	Morbidité légère = grade 1	Morbidité modérée = grade 2	Morbidité sévère = grade 3	Morbidité très sévère = grade 4
Cardiaque					
Vasculaire					
Hématopoïétique					
Respiratoire					
Ophtalmologique et ORL					
Gastro-intestinal supérieur					
Gastro-intestinal inférieur					
Hépatique					
Rénal					
Génito-urinaire					
Ostéomusculaire et cutané					
Neurologique					
Endocrinien et métabolique					
Psychiatrique					

**Grade 0 = absence de morbidité :** absence de lésion de l'organe et/ou de l'appareil.

**Grade 1 = morbidité légère :** l'anomalie ne retient pas sur l'activité normale; un traitement n'est pas nécessaire; le pronostic est bon (exemples: lésions dermatologiques, hernie, hémorroïdes...).

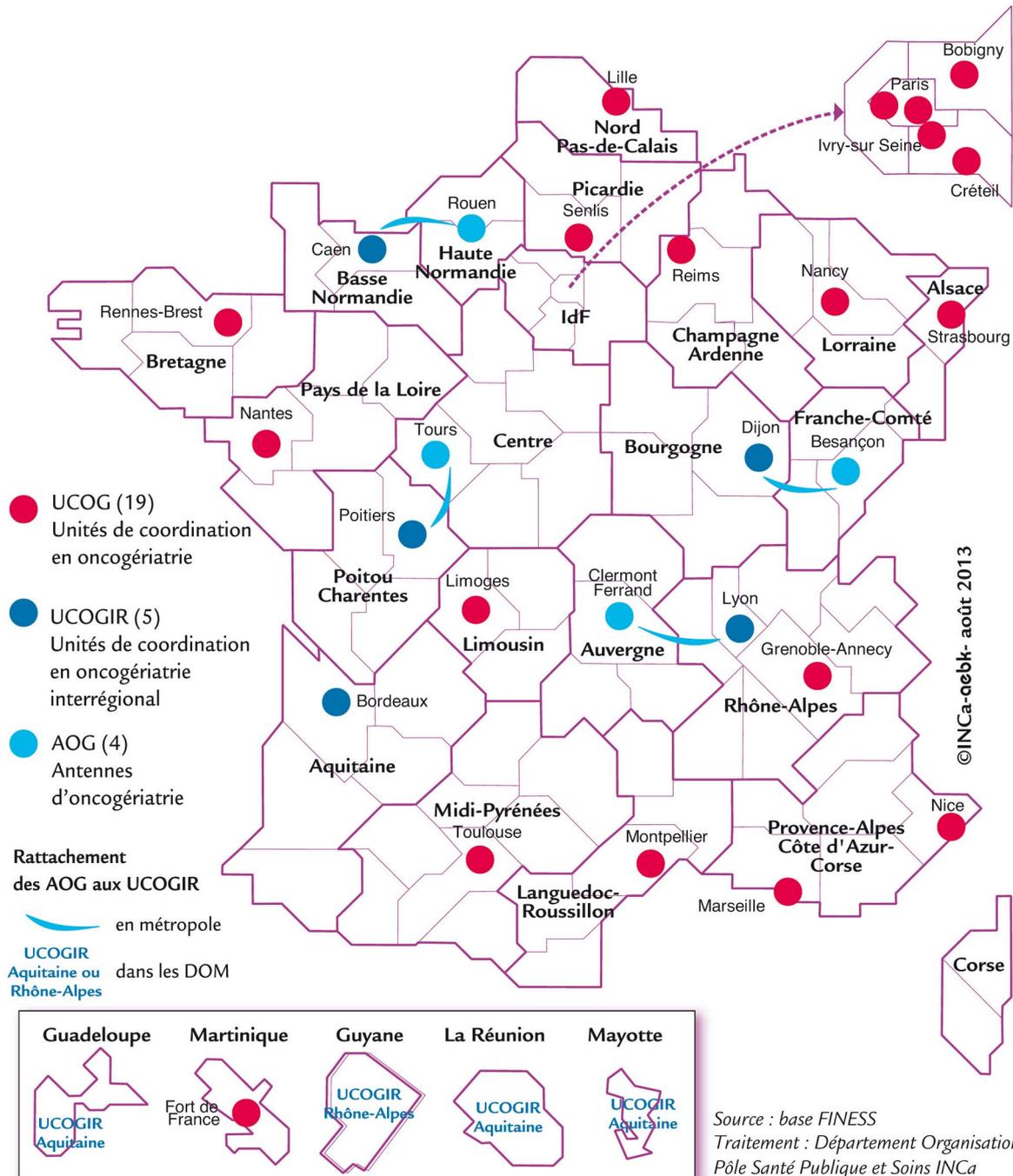
**Grade 2 = morbidité modérée :** l'anomalie retient sur l'activité normale; un traitement est nécessaire; le pronostic est bon (exemples: lithiase urinaire, diabète, fracture...).

**Grade 3 = morbidité sévère :** la pathologie entraîne une gêne dans la vie quotidienne; un traitement est nécessaire de manière rapide; le pronostic peut être engagé (exemples: cancer, emphysème pulmonaire, insuffisance cardiaque...).

**Grade 4 = morbidité très sévère :** la pathologie met en jeu le pronostic vital; un traitement en urgence est indispensable ou n'est pas disponible (exemples: infarctus du myocarde, accident vasculaire cérébral, hémorragie digestive, embolie pulmonaire).

## Annexe 2 : Carte de France des UCOG

28 UNITÉS DE COORDINATION EN ONCOGÉRIATRIE DONT 4 ANTENNES  
AOÛT 2013



## Annexe 3 : Plaquette de présentation de l'UCOG de Picardie

### Score de fragilité : ONCODAGE G8

Le patient présente-t-il une perte d'appétit ?	Anorexie : 0 : sévère 1 : modérée 2 : absente
A-t-il mangé moins ces 3 derniers mois par manque d'appétit, problèmes digestifs, difficultés de mastication ou de déglutition ?	Perte de poids 0 : >à 3 kg 1 : ne sait pas 2 : de 1 à 3 kg 3 : absente
Motricité	0 : du lit au fauteuil 1 : autonome à l'intérieur 2 : sort du domicile
Problème neuropsychologiques	Démence ou dépression 0 : sévère 1 : modérée 2 : absente
Indice de masse corporelle (IMC)	0 : IMC<19 1 : IMC 19-21 2 : IMC 21-23 3 : IMC >23
Prend plus de 3 médicaments	0 : oui 1 : non
Le patient se sent-il en meilleure ou moins bonne santé que la plupart des personnes de son âge	0 : moins bonne 0.5 : ne sais pas 1 : aussi bonne 2 : meilleure
Age	0 : >85 1 : 80-85 2 : <80
TOTAL	0-17

Si Score < 14, évaluation gériatrique recommandée



**L'ONCOGERIATRIE**

**A votre service**

Collez ici l'étiquette avec vos coordonnées

Avec le soutien de :



**L'UCOG de Picardie - une équipe à votre écoute :**

**Docteur R. FOURNIER**  
PH Coordonnateur UCOG Picardie  
06 79 72 04 25 ; Secrétaire : 03 22 45 54 99  
[fournier.roxana@chu-amiens.fr](mailto:fournier.roxana@chu-amiens.fr)

**Mr G. BONNET**  
Infirmière coordonnatrice UCOG Picardie Nord  
07 89 07 87 54 [bonnet.quilloume@chu-amiens.fr](mailto:bonnet.quilloume@chu-amiens.fr)

**Mme C. DURNIEUX**  
Infirmière coordonnatrice UCOG Picardie Sud  
06 71 92 72 20 [catherine.durnieux@ch-senlis.fr](mailto:catherine.durnieux@ch-senlis.fr)

Consultation d'évaluation et suivi d'Oncogériatrie en Picardie

**CHU AMIENS : Dr. R. FOURNIER ; S. HANNAT ; Dr. S. SID-IDRIS**  
Secrétaire : 03 22 45 54 99

**GHPSO : Dr. A. ROLLAND Dr. F. AMAGLI**  
**Dr. F. WOERTH-MEYER**  
Secrétaire : 03 44 21 70 26

**CH ABBEVILLE : Dr. M. ROUCOUT**  
Secrétaire : 03 22 25 53 55

**CH BEAUVAIS : Dr. I. BRESSON-RAYNAUD**  
Secrétaire : 03 44 11 23 82

**CH COMPIEGNE-NOYON :**  
**Dr. O. BAUGE-FARALDI ; Dr. L. DELTOUR**  
Secrétaire 03 44 23 63 30  
**Dr. M. CLAUDE ; Secrétaire : 03 44 23 63 46**

**CH MONTDIDIER :**  
**Dr. Julie MOITIER Secrétaire : 03 22 78 70 80**

**CH SAINT QUENTIN :**  
**Dr. Christine YVES-DEVILLE Secrétaire : 03 22 06 72 16**

**CH SOISSONS :**  
**Dr. A. ZEDAN Secrétaire : 03 23 75 70 70**

[www.oncopic.com/Oncogeriatrie](http://www.oncopic.com/Oncogeriatrie)

## L'ONCOGERIATRIE

### Définition :

Interface de l'Oncologie et de la Gériatrie, l'**Oncogériatrie** propose une prise en charge globale de la personne âgée de plus de 75 ans, atteinte de cancer ou d'hétopathie maligne.

### Rôles

- ❖ Dépistage de la fragilité,
- ❖ Contribution à la prise en charge médicale pluridisciplinaire,
- ❖ Suivi personnalisé des patients âgés fragiles,
- ❖ Consolidation du lien hôpital-ville

### Modalités de prescription pour l'évaluation et prise en charge Oncogériatrique :

- ❖ A l'initiative des oncologues, hématologues, chirurgiens, médecins généralistes,
- ❖ Pour les patients âgés de plus 75 ans avec des signes de fragilité, évalués par un score ONCODAGE G8 < 14

### Contenu de l'évaluation Oncogériatrique, Domaines d'exploration :

- ❖ Anamnèse et examen clinique complet,
- ❖ Evaluation de l'environnement social, des conditions de vie
- ❖ Cognition : MMS, MOCA, Test des 5 mots, test de l'Horloge
- ❖ Etat thymique : échelles de COVI, GDS
- ❖ Autonomie : grilles ADL, IADL, GIR
- ❖ Performance fonctionnelle : OMS, Karnofsky,
- ❖ Motricité, évaluation du risque de chute :
- ❖ Station unipodale, vitesse de marche ;

- ❖ Nutrition : Poids, taille, IMC, MNA

❖ Bilan des comorbidités et de leurs conséquences sur la survie : Echelles de Charlson, CIRS-G, LEE

❖ Evaluation de l'ordonnance, identification d'une possible iatrogénie médicamenteuse ;

❖ Conclusion sur le statut oncogériatrique du patient

❖ Selon les recommandations de la Société Internationale d'Oncogériatrie (SIOG) - Balducci :

1. vieillissement harmonieux ;
2. patient vulnérable, avec un syndrome gériatrique réversible ;
3. patient fragile, avec plusieurs syndromes gériatriques, irréversible ;
4. patient au stade terminal.

### Apport de l'intervention Oncogériatrique :

❖ Une synthèse d'évaluation est rédigée le jour même et mise à la disposition du médecin référent et du médecin traitant ;

❖ Une prise en charge pluridisciplinaire peut être proposée aux patients vulnérables, fragiles ou au stade terminal, en collaboration avec les équipes des soins de support des établissements : assistante sociale, onco-psychologue, diététicienne, médecin spécialiste de la douleur et des soins palliatifs ;

❖ Une consultation de suivi Oncogériatrique est proposée aux patients, avec une récurrence trimestrielle ou plus souvent si besoin, en concertation avec les médecins spécialistes et le médecin traitant.

❖ L'Infirmier d'Oncogériatrie reste en contact téléphonique avec le patient et son entourage et assure le lien avec le personnel para-médical à domicile.

## L'Unité de Coordination en Oncogériatrie (UCOG) de Picardie

- ❖ a été créée par l'INCA en Septembre 2013 à l'initiative des Docteurs Carola et Woerth du GHPSO avec la collaboration du Professeur Chauffert et du Docteur Hamat du CHU d'Amiens.

### Les objectifs de l'UCOG de Picardie :

❖ la généralisation des évaluations et prise en charge gériatriques pour les patients de plus de 75 ans devant bénéficier d'un traitement pour un cancer ou une hétopathie maligne ;

❖ l'harmonisation du dépistage et de la prise en charge des fragilités avec une optimisation du parcours de soins et l'amélioration de la qualité de vie des patients,

❖ le renforcement du réseau régional d'Oncogériatrie, avec la collaboration des médecins généralistes, des structures médicales et sociale extrahospitalières,

❖ le développement des réunions régionales de concertation pluridisciplinaire pour l'Oncogériatrie par visio-conférences,

❖ la promotion de l'enseignement de l'Oncogériatrie au personnel médical et paramédical,

❖ le développement de la recherche clinique en Oncogériatrie avec la création d'une base de données régionale. [www.oncopic.com](http://www.oncopic.com)

Société Française d'Oncogériatrie : [www.sofog.org](http://www.sofog.org)

## Annexe 4 : Guide des entretiens

*Question de présentation* : Pouvez-vous vous présenter rapidement : ancienneté, mode d'exercice, pratiques spécifiques ?

*Question « brise-glace »* : Dans votre patientèle, avez-vous une part importante de personnes âgées atteintes de cancer ?

Dans votre pratique, quelles sont les spécificités de la prise en charge de ces patients ?

*Relance* : Par rapport à une personne plus jeune ?

Que savez-vous de l'oncogériatrie ?

Qu'attendez-vous de l'avis de l'oncogérialtre ?

*Alternative* : Qu'attendez-vous de l'avis du spécialiste à qui vous adressez ces patients ?

Quel impact cet avis a-t-il sur votre prise en charge ?

*Relance* : Concernant les soins de support et d'accompagnement ?

Sous quelle forme préférez-vous échanger avec ce médecin ?

*Relance* : Habituellement cela se fait par courrier papier, préférez-vous une autre forme ?

# RESUME

## Vision de l'oncogériatrie par les médecins généralistes de Picardie

**Introduction :** Les cancers du sujet âgé constituent une problématique de santé publique d'importance majeure, en lien avec le vieillissement de la population. Depuis son apparition dans les années 1990, l'oncogériatrie s'est considérablement développée, permettant d'adapter la prise en charge oncologique aux fragilités spécifiques du vieillissement individuel. Par ailleurs, le médecin généraliste a un rôle central dans la prise en charge du patient âgé atteint de cancer. L'objectif principal était de connaître le point de vue du médecin généraliste sur la discipline d'oncogériatrie.

**Matériel et méthodes :** Il s'agissait d'une étude qualitative réalisée à partir d'entretiens individuels semi-directifs avec des médecins généralistes picards.

**Résultats :** Les médecins interrogés considéraient l'oncogériatrie comme : une aide à la décision thérapeutique et à l'information du patient ; une sur-spécialité sans impact direct sur leur prise en charge ; un regard intrusif et inadapté au patient. La présence du médecin généraliste à toutes les étapes du parcours de soins de leur patient était rappelée, ainsi que l'importance de l'implication du patient et de sa famille dans la décision thérapeutique. La communication avec les spécialistes hospitaliers était parfois considérée comme insuffisante.

**Discussion :** La fragilité des patients âgés peut mettre en difficulté le médecin généraliste dans la décision d'exams diagnostiques et de thérapeutiques souvent agressives, en particulier pour des patients altérés : cette question du « jusqu'où va-t-on ? » trouve des éléments de réponses dans l'oncogériatrie. La moitié des praticiens interrogés ignoraient l'existence de cette discipline ; ces médecins adressaient leur patient au spécialiste et attendaient de lui une prise en charge globale, ce qui est l'une des préoccupations au cœur du concept d'oncogériatrie. La communication ville-hôpital reste un point perfectible, et ce malgré les différents supports utilisés : papier, numérique, téléphone.

**Conclusion :** Le repérage des fragilités chez la personne âgée malade constitue un élément important de la prise en charge du cancer. La communication entre oncologue, gériatre et médecin généraliste pourrait améliorer la prise en charge globale du patient et faciliter son parcours de soins. Cette communication pourrait-elle être développée par la sensibilisation et la formation des médecins à l'oncogériatrie ?

**Mots-clés :** médecine générale, oncogériatrie, cancer, personne âgée, évaluation gériatrique, décision thérapeutique, parcours de soins, lien ville-hôpital

# ABSTRACT

## Vision of oncogeriatrics by general practitioners in Picardy

**Introduction :** Cancers in the elderly are a major public health problem, linked to the aging of the population. Since its appearance in the 1990s, oncogeriatrics has developed considerably, making it possible to adapt oncological management to the specific vulnerabilities of individual aging. Furthermore, the general practitioner has a central role in the care of elderly patients with cancer. The main objective was to know the general practitioner's point of view on oncogeriatrics.

**Material and methods :** This was a qualitative study carried out on the basis of semi-structured individual interviews with general practitioners in Picardie.

**Results :** The interviewed doctors considered oncogeriatrics as : an aid in therapeutic decision-making and patient information ; a specialization without direct impact on their treatment ; an intrusive gaze that is inadequate to the patient. The presence of the general practitioner at all stages of their patient's care path was recalled, as well as the importance of involving the patient and his relatives in the therapeutic decision. Communication with hospital specialists was sometimes considered insufficient.

**Discussion :** The frailty of elderly patients can make it difficult for the general practitioner to decide on often aggressive examinations and treatments, specially for impaired patients : the question of « how far do we go ? » finds some answers in oncogeriatrics. Half of the practitioners surveyed were unaware of the existence of this discipline ; these doctors referred their patient to the specialist and expected comprehensive care, which is one of the concerns at the heart of the concept of oncogeriatrics. Communication between primary care and hospital remains an area for improvement, despite the different media used : paper, digital, telephone.

**Conclusion :** The identification of frailties in the sick elderly is an important element in the management of cancer. Communication between the oncologist, the geriatrician and the general practitioner could improve the overall care of the patient and facilitate his care delivery path. Could this communication be developed by raising awareness and training doctors in oncogeriatrics?

**Keywords :** general practice, oncogeriatrics, cancer, elderly, geriatric assessment, therapeutic decision, health care delivery, ambulatory / hospital-based care link