



HAL
open science

Oncogériatres : passeurs de frontières entre les différentes disciplines prenant en charge le cancer du patient âgé

Larissa Vainqueur

► To cite this version:

Larissa Vainqueur. Oncogériatres : passeurs de frontières entre les différentes disciplines prenant en charge le cancer du patient âgé. Ethique. 2022. dumas-04386023

HAL Id: dumas-04386023

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04386023v1>

Submitted on 10 Jan 2024

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

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



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

AVERTISSEMENT

Ce mémoire est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme de Master. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 335.2 - L 335.10

UNIVERSITÉ PARIS CITÉ

Faculté de santé

UFR de Médecine

Laboratoire Ethics, research, translations (ETRES)

Année 2022

N° 2022M2REM07

Mémoire pour le diplôme de Master 2 Éthique

Présenté et soutenu publiquement le : **14/06/2022**

Par

Larissa VAINQUEUR

**ONCOGERIATRES : PASSEURS DE FRONTIERES ENTRE LES
DIFFERENTES DISCIPLINES PRENANT EN CHARGE LE CANCER DU
PATIENT AGE**

Dirigé par M. Bernard Ennuyer

JURY

Mme la Professeure Marie-France MAMZER, PU-PH

Présidente

Mme la Professeure Marie-Caroline MEYOHAS, PU-PH

Mme la Docteure Caroline DESPRES, chercheuse

M. Bernard ENNUYER, chercheur HDR

M. Jean-Claude K.DUPONT, chercheur

« Age is a just a number. It's totally irrelevant unless, of course, you happen to be a bottle of wine »

Joans Colins

Remerciements

À Madame la Professeure Marie-France Mamzer, PU-PH

Je vous remercie de m'avoir donné l'opportunité de réaliser ce master d'Éthique. J'ai appris beaucoup tout au long de cette année.

À Monsieur Bernard Ennuyer, mon directeur mémoire

Merci pour la bienveillance, les conseils, les discours plein de positivité et la gentillesse. Je tiens à présenter mes sincères remerciements pour m'avoir accompagné tout au long de ce travail.

Merci à toute l'équipe du laboratoire ETRES pour les enseignements de qualité et les échanges en séminaire.

À Monsieur le Professeur Maturin TABUE TEGUO, mon chef de service

Merci de m'avoir autorisé à agencer mon agenda différemment afin que je puisse vivre cette expérience. Veuillez trouver ici le témoignage de mon respect et de ma reconnaissance.

Je souhaite également remercier toute l'équipe médicale du court séjour gériatrique qui s'est adapté à mes nombreux allers-retours tout au long de cette année.

À mes camarades de Master 2.

Merci pour les débats, les échanges et les moments de fous rire. Que de belles rencontres cette année.

À mon compagnon, pour sa patience, son aide pour que j'aille au bout de cette année.

À ma famille, à mes amis pour leur soutien sans faille ainsi que pour leurs échanges aux sujets du cancer du patient âgé.

Résumé et indexation en français

ONCOGERIATRES : PASSEURS DE FRONTIERES ENTRE LES DIFFERENTES DISCIPLINES PRENANT EN CHARGE LE CANCER DU PATIENT ÂGE

1/3 des cancers présentés en réunion de concertation pluridisciplinaire concerne des personnes âgées. Malgré les nets progrès de la médecine, force est de constater que la prise en charge des cancers chez les sujets âgés est loin d'être optimale. Sous-traitement, diagnostic tardif, iatrogénie, isolement social entre autres sont des facteurs compliquant la prise en charge de cette population fragile. En cancérologie, a fortiori lorsque le patient est âgé, la complexité des prises en charge est propice à l'interdisciplinarité et au développement d'espaces de coopération interprofessionnelle. La décision partagée entre les disciplines est très souvent initiée par un acteur frontière, un maillon permettant l'instauration de coopération entre les deux disciplines.

L'objectif de ce travail est d'analyser les dynamiques entre l'oncogériatre, l'oncologue et les spécialistes d'organes à travers l'interdisciplinarité et d'analyser quel impact cela peut avoir sur la personne âgée atteinte de cancer. Pour ce faire, 8 entretiens semi-directifs ont été réalisés auprès de médecins prenant en charge des patients âgés atteints de cancer.

Certains stéréotypes négatifs liés à l'âge peuvent avoir un impact sur la prise en charge des patients âgés. L'oncogériatre aide à l'amélioration de la prise en charge des patients cancéreux. L'oncogériatre peut être considéré comme un passeur de frontière dans le cadre de la convergence de discipline entre l'oncologie et la gériatrie.

Ce travail a voulu lancer une réflexion autour de la collaboration interprofessionnelle. Afin de prendre en charge un patient dans son indivisibilité, le travail en silo ne doit plus être majoritaire. Il est nécessaire de faire exister de la porosité entre les frontières de nos disciplines, de nos professions et dans nos cultures professionnelles afin d'améliorer la prise en charge des patients âgés.

Discipline ou spécialité : [Sciences du Vivant [q-bio] / Éthique]

Mots clés français : [Oncologie médicale / Gériatrie / Oncogériatrie / Gérontologie / Coopération intersectorielle / Communication entre disciplines]

Résumé et indexation en anglais

Abstract:

1/3 of the cancers presented in multidisciplinary consultation meetings concern elderly people. Despite the clear progress in medicine, the management of cancer in the elderly is far from optimal. Under-treatment, late diagnosis, iatrogenesis, social isolation, among others, are factors that complicate the management of this fragile population. In oncology, especially when the patient is elderly, the complexity of care is conducive to interdisciplinarity and the development of areas of interprofessional cooperation. The shared decision between the disciplines is very often initiated by a border actor, a link allowing the establishment of cooperation between the two disciplines.

The main objective is to analyze the dynamics between the oncogeriatrician, the oncologist and the organ specialists through interdisciplinarity and to analyze what impact this can have on the elderly person with cancer. 8 semi-structured interviews were conducted with doctors caring for elderly cancer patients.

Results: Some negative age-related stereotypes can have an impact on the management of elderly patients. The oncogeriatrician helps to improve the care of cancer patients. The oncogeriatrician can be considered as a frontier smuggler in the context of the convergence of disciplines between oncology and geriatrics.

This work wanted to launch a reflection around interprofessional collaboration. In order to take care of a patient in his indivisibility, working in silos should no longer be the majority. It is necessary to create porosity between the borders of our disciplines, our professions and in our professional cultures to improve the care of elderly patients.

English keywords: [Medical Oncology / Gérontology / Collaboration intersectorial / Interdisciplinary communication]

Publication type :

MeSH : Academic Dissertation

Liste des abréviations

AOG : Antenne d'oncogériatrie

AEG : altération de l'état général

CHU : Centre hospitalier universitaire

DGOS : Direction générale de l'offre de soins

EHPAD : Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

INCa : Institut national du cancer

RCP : Réunion de concertation pluridisciplinaire

UCOG : unité de coordination d'oncogériatrie

UPCOG : unité de pilotage de coordination d'oncogériatrie

Table des matières

<i>Résumé et indexation en français</i>	6
<i>Résumé et indexation en anglais</i>	7
<i>Liste des abréviations</i>	8
<i>Introduction générale</i>	11
PREMIERE PARTIE : CONTEXTE	13
I – Réflexions autour des notions de vieillesse, personne âgée et âgisme	13
II – La gériatrie et la naissance de la fragilité	17
III – L’oncogériatrie : nouvelle discipline née d’un constat démographique et d’un besoin	21
III – Pluridisciplinarité, interdisciplinarité et passage de frontières entre disciplines	24
IV – Justification du projet de recherche et choix du sujet	27
DEUXIEME PARTIE : OBJECTIFS ET HYPOTHESES	29
I - Objectif	29
II - Hypothèses	30
TROISIEME PARTIE : METHODOLOGIE DE L’ETUDE	30
I - Schéma de l’étude	30
II - Population de l’étude	31
III – Méthodologie	31
IV – Aspects règlementaires et éthiques	32
QUATRIEME PARTIE : RESULTATS	33
I - Description de l’échantillon	34
II – Perceptions et représentations du patient âgé	34
A – Les patients âgés sont difficiles à prendre en charge	35
B – Les patients âgés ont des diagnostics de cancers tardifs	36
C – Les patients âgés ont un faible niveau d’implication dans leurs soins : la décision revient à la famille	38
D – Les représentations de « l’association cancer et grand âge »	40
E – Focus sur les patients avec des troubles neurocognitifs	42
III – Une prise en charge multidisciplinaire	42
A – La prise en charge du patient âgé cancéreux doit être multidisciplinaire	43
B – La communication entre médecins	43
C – Améliorer la communication afin de tenir un discours commun	47
D – La disponibilité de l’oncologue	49
E – Une filière et un parcours fléché et identifié pour le patient âgé atteint de cancer	52
IV – Rôle et place de l’oncogériatre	53
A – Rôle d’expertise dans le dépistage de fragilité et dans l’adaptation du traitements anticancéreux	54
B – L’oncogériatre a une vision globale de la personne âgée que les autres spécialités n’ont pas toujours	55
C – L’oncogériatre : aide à la prise en charge des soins de supports	56
D – La disponibilité des oncogéiatres	58

D – L'oncogériatre est vu par les autres médecins comme une aide précieuse à la prise de décisions éthiques	60
CINQUIEME PARTIE : DISCUSSION	61
I – Discussion autour de la méthodologie.....	62
II – Discussion des résultats	63
A – Perception et représentation des personnes âgées par les médecins	63
B – Pluridisciplinarité et communication dans la prise en charge du patient âgé	67
C – Rôle de l'oncogériatre	70
CONCLUSION	72
BIBLIOGRAPHIE	73
TABLE DES FIGURES	76
ANNEXES.....	77
Annexe 1 : Les 28 UCOG dont 4 AOG.....	77
Annexe 2 : Grille G8	78
Annexe 3 : Grille d'entretien semi dirigé	79
Annexe 4 : Mail d'information et prise de contact.....	80
Annexe 5 : Carré de White ⁽⁵⁶⁾	81

Introduction générale

En 2018, le secrétaire général, Antonio Guterres, introduisait le rapport social des Nations unies en présentant deux objectifs mondiaux : « une bonne santé et la longévité ». ⁽¹⁾ L'objectif de longévité est en bonne voie avec une espérance de vie mondiale qui est passé de 65 ans dans les années quatre-vingt-dix à 77 ans entre 2015 et 2050⁽²⁾. Depuis le milieu des années 2010, nous faisons face à une accélération du vieillissement de la population. C'est une réalité bien connue.

Au 1^{er} janvier 2022, 21% des français auront plus de 65 ans. En 2022, la part des 75 ans ou plus augmente en raison de l'arrivée de la première génération du « baby-boom » dans cette tranche d'âge et grâce à l'augmentation de l'espérance de vie ⁽³⁾. Ce vieillissement de la population aura pour corolaire un changement dans les modèles de morbi-mortalité et l'augmentation de certaines pathologies chroniques comme le cancer, entres autres.

Ainsi, plus de deux tiers des patients atteints de cancer sont âgés de plus de 65 ans.

Le cancer est une pathologie complexe qui peut avoir un lourd impact sur l'aspect social, psychologique et physique des personnes atteintes de cancer. La médecine moderne propose un panel de possibilités thérapeutiques avec l'apparition de nouveaux protocoles, de chimiothérapies, de nouvelles techniques opératoires.

Cependant, malgré les nets progrès de la médecine, force est de constater que la prise en charge des cancers chez les sujets âgés est loin d'être optimale. La littérature met en exergue une différence de prise en charge entre la population dite « standard » et les personnes plus âgées⁽⁴⁾⁽⁵⁾

Sous-traitement, diagnostic tardif, iatrogénie¹, isolement social, entre autres, sont des facteurs compliquant la prise en charge de cette population fragile.

La population gériatrique est une population hétérogène. Seuls 16% des plus de 65 ans et 8% des plus des 80 ans sont considérés comme « robustes » et bénéficient d'une prise en charge oncologique standard. Les recommandations scientifiques ne sont pas toujours adaptées aux patients âgés fragiles car les patients de plus de 65 ans ne sont pas toujours inclus dans les protocoles de recherche.

Il est aujourd'hui recommandé et bien démontré l'intérêt d'une prise en charge coordonnée multi-professionnelle dans le traitement du cancer chez la personne âgée⁽⁶⁾. C'est donc en ce sens que le rapprochement de deux spécialités, la cancérologie et la gériatrie, a été jugé nécessaire. Cette collaboration a pour but de proposer une prise en charge personnalisée en prenant en compte les

¹ Iatrogénie : Se dit d'un trouble, d'une maladie provoquée par un acte médical ou par les médicaments, même en l'absence d'erreur du médecin.

comorbidités et les effets indésirables des traitements anti-cancéreux. Ces échanges, encouragés par les différents plans cancer, restent encore peu généralisés et nous permettent d'assister à un décloisonnement de spécialités médicales dans l'intérêt du patient. Ces échanges nécessitent un partage de culture médicale, une collaboration interprofessionnelle entre des spécialités différentes. Mais dans la pratique qu'en est-il réellement ?

Les freins au développement de cette collaboration peuvent résulter des interrogations chez les professionnels et les familles du type « cela en vaut-il la peine ? » ou encore à la suite de croyances telles que « les cancers évoluent plus lentement chez les personnes âgées ».

Quand on parle de la santé des personnes âgées, il y a souvent deux écueils. Soit on voit la maladie comme un fatalisme, et une nécessité de « laisser vivre en paix », soit on surmédicalise avec des traitements disproportionnés. Les représentations sur l'âge, le laisser vivre en paix, les idées préconçues peuvent jouer sur la nature des échanges entre gériatres, oncologues et spécialistes d'organes et, in fine, sur la prise en charge des patients âgés atteints de cancer.

Le rapport Vernant⁽⁷⁾ (recommandation pour le 3^{ème} plan cancer) de 2013 expliquait déjà que « *le parcours du patient* » devrait se concevoir « *comme un ensemble qui doit être cohérent et surtout sans rupture* ». Comment la collaboration interprofessionnelle se construit entre les gériatres, les oncologues et les spécialistes d'organe ? Une mauvaise communication entre les différents intervenants pourrait-elle entraîner une moins bonne prise en charge chez le patient âgé atteint de cancer ? La collaboration interprofessionnelle et inter-organisationnelle se fait-elle au service du patient âgé atteint de cancer ? L'oncogériatre est-il un facilitateur entre l'oncologue et le patient âgé atteint de cancer ?

Ce travail de recherche va nous aider à naviguer à travers ces différents questionnements.

Dans cette première partie, nous allons poser des bases théoriques en présentant les notions de vieillissement, et de personnes âgées et voir comment cela s'articule à travers la notion d'âgisme, puis nous parlerons de la naissance de la gériatrie et du concept de fragilité chez la personne âgée, puis nous présenteront l'oncogériatrie et pour finir nous parlerons du concept de pluridisciplinarité en santé.

PREMIERE PARTIE : CONTEXTE

I – Réflexions autour des notions de vieillesse, personne âgée et âgisme

« Si l'espérance de vie dépasse un jour les 100 ans, à quel âge commencera la vieillesse ? » s'interroge Jean-Marie Robine, conseiller scientifique à l'Institut national d'études démographiques.

Lors d'une compétition sportive, la catégorie master ou vétéran commence à l'âge de 35 ans. Sur le marché du travail, un cadre est considéré comme sénior à partir de 45 ans. En 1960, le dictionnaire de César Pierre Richelet définissait les personnes âgées de plus de 40 ans de vieillard. Administrativement, selon le rapport Laroque, les personnes âgées sont des personnes de plus de 65 ans. La vieillesse est difficile à définir. Bourdieu disait que la jeunesse n'était qu'un mot⁽⁸⁾. On pourrait s'inspirer de son propos pour dire que la vieillesse n'est qu'un mot.

Simone de Beauvoir⁽⁹⁾, dans son livre sur la vieillesse publié en 1970, va dans ce sens. On ne sait pas exactement quand commence la vieillesse. C'est la collectivité et son système de valeurs qui décide quand quelqu'un entre dans la vieillesse. Ainsi, « le statut de vieillard n'est jamais conquis par lui mais lui est octroyé ⁽⁹⁾ ». Il n'y a pas de détermination universelle et immuable de la vieillesse contrairement au passage à la puberté où on a des modifications physiologiques avec l'existence de rituels selon la civilisation. Chaque société, chaque civilisation, selon son histoire, ses représentations, définit donc la vieillesse à sa façon. La vieillesse est donc une construction sociale et culturelle.

Bien que l'on ne sache pas définir l'entrée dans la vieillesse, on sait que c'est devenu une étape, un passage obligatoire dans la vie d'un individu. Dans le dictionnaire de la langue française la notion de vieillesse est définie par une « *période de la vie succédant à l'âge mûr* » et par la « *période ultime de la vie plus ou moins bien vécue par une personne en fonction de son état physique ou mental* ».

Ainsi, nous ne pouvons pas voir la vieillesse comme une simple donnée biologique. Il y a une vraie dimension sociale et culturelle que l'on ne peut pas dissocier de la biologie. Pléthore de mots sont utilisés pour décrire ce « groupe d'âge hétérogène de la société ⁽¹⁰⁾ » comme le décrit Vincent Caradec dans son livre sur la sociologie du vieillissement. En effet, il y a un problème de détermination de ce groupe. Les patients âgés sont différents car ils sont issus de milieux sociaux différents, de professions différentes et d'histoires de vie qui leurs sont propres. La création de la retraite et les progrès de la médecine ont conféré une identité sociale à ce groupe hétérogène : les vieux sont devenus des retraités.

Selon les représentations de la société, deux visions se distinguent :

- Une vision positive de la vieillesse symbole de sagesse ou d'expérience. Ainsi, on a une évolution sémantique de la vieillesse avec l'apparition des mots 3^{ème} âge et séniors (le mot sénior étant un terme emprunté outre-Atlantique pour rendre le 3^{ème} âge plus commercialisable). Ces mots désignent les retraités actifs et encore utiles à la société.
- Une vision plutôt négative avec des individus perçus comme des fardeaux, et étant en marge de la société. On y associe la perte d'autonomie, la dépendance, l'augmentation des dépenses publiques.

Dans nos sociétés occidentales, ces deux visions, très binaires, de la société guident nos politiques de santé et nos politiques sociales. Le vieillissement de la population est perçu comme un problème économique, politique et sanitaire. Nos sociétés perçoivent l'accélération du vieillissement comme une augmentation du fardeau de la prise en charge de la collectivité.

Sur le plan économique, l'on pense aux retraites, aux dépenses de santé et à la gestion de l'allocation des ressources. Ces ressources étant limitées, les décisions sont guidées par des principes de justice, d'équité et d'égalité.

À ce titre, le rapport entre la population active et les retraités est aussi sujet à controverses avec une augmentation de la part de la population des retraités, ayant pour corolaire l'augmentation des dépenses de santé de cette partie de la population. Ainsi, les visions et les

solutions à cette questions des ressources se sont opposées durant toute la campagne présidentielle. Les décisions prises par notre gouvernement engagent donc notre pays dans un modèle de société bien définie avec, entre autres, la fin de l'état providence. Beaucoup d'autres pays européens font face à ce même dilemme.

Autour des représentations associées au grand âge, l'État se concentre :

- Sur la partie de la population en situation de fragilité physique, psychique et qui ne sont pas les plus majoritaires.
- Ou sur une vision de retraités consommateurs avec la création, entres autres, de la carte « avantage séniors + » de la SNCF. La vieillesse ouvre un certain marché pour différents acteurs socio-économiques. Le marketing, la publicité ont remis à neuf cette nouvelle catégorie du séniors. Les personnes âgées sont une cible marketing et toute une économie se développe autour d'eux. C'est la « Silver économie » ou encore appelée économie des séniors. Elle désigne l'ensemble des produits et services à destination des séniors : des voyages culturels en groupe à la téléalarme ou la téléassistance en passant pas leur contribution fiscale annuelle. En 2013, les ministères de l'Économie des finances et des affaires sociales de la santé expliquaient que : « Les nouveaux besoins économiques, technologiques et industriels liés à l'avancée en âge ouvrent un champ vaste pour l'économie et l'industrie dans nos pays ».⁽¹¹⁾ Une partie des personnes âgées produisent des richesses et créent de la valeur car ils ont une certaine aisance financière. Bien sûr, on revient sur la notion d'hétérogénéité du groupe, une partie des personnes âgées, surtout les femmes seules ou veuve, peinent sur le plan économique. Cependant, l'on a parfois l'impression que les seniors seraient cantonnés au rôle de consommateurs, et non d'acteurs. Pour preuve, après les résultats des élections présidentielles, une vague de message sur les réseaux sociaux ont appelé à l'interdiction du droit des votes des personnes âgées. Ces discours, majoritairement tenus par des personnes dites jeunes, ou d'âge mûrs, illustrent les réactions à une réalité sociale et politique : Les jeunes et les personnes âgées n'ont pas voté du même bord et n'avaient pas la même vision des enjeux écologiques, économiques ou sociales.

Une fois ce postulat posé, la notion d'âgisme devient incontournable. Ce terme constitue un néologisme créé par Robert Butler, un gérontologue américain⁽¹²⁾. Il fait pour la première fois son apparition en France dans un document officiel du secrétariat d'État chargé des personnes âgées en 1984 : il définit l'âgisme par « une attitude et/ou un comportement visant à déprécier les individus du fait de leur âge ». Le dictionnaire Larousse le définit par « une attitude de discrimination ou de ségrégation à l'encontre des personnes âgées ». Tout comme le racisme et le sexisme, il est punissable par la loi et vise la sanction des comportements basés sur des préjugés. Notre société est remplie de discriminations inconscientes liées à l'âge. C'est le principe des biais cognitifs. Ce sont « des formes de pensée qui dévient de la pensée logique ou rationnelle et qui ont tendance à être systématiquement utilisées dans diverses situations ».

Ce sont des manières rapides et intuitive de « porter des jugements ou de prendre des décisions qui sont moins laborieuses qu'un raisonnement analytique qui tiendrait compte de toutes les informations pertinentes ». Ces principes sont le plus souvent utiles mais font aussi l'objet de jugements erronés et peuvent entraîner des discriminations inconscientes liées à l'âge⁽¹³⁾.

On peut ainsi opposer différents raisonnements comme :

- Les remarques sur la lenteur des personnes âgées qui entraînent des embouteillages alors que les jeunes sont perçus comme des conducteurs inconscients.
- Le confinement strict des EHPAD pendant la pandémie COVID sans prendre l'avis des résidents alors qu'il y a eu une certaine complaisance à l'égard des activités en plein air des plus jeunes.
- Le culte de la jeunesse versus la diabolisation de la vieillesse

Ainsi sous couvert d'âgisme et d'un certain besoin de longévité, les politiques de santé se sont construites autour du « bien vieillir ». Les campagnes de prévention, les magazines, les publicités offrent des conseils pour mieux appréhender la vieillesse en montrant des personnes âgées robustes, sans rides, qui ne correspondent pas à leur âge chronologique. La personne âgée active et dynamique en parfaite santé est l'opposé du « vieillard » se déplaçant avec sa canne et qui, en plus, se laisserait aller. Cette idéologie du « bien vieillir » se retrouve dans les cabinets médicaux, dans les médias, dans notre rapport avec notre propre corps.

Dans nos normes, l'on ne peut que vieillir actif, en bonne santé. « Vieillir mal devient une erreur, une faute, presque un délit vis à vis de soi-même et vis-à-vis de ceux qui auront à en assumer les conséquences ⁽¹⁴⁾ ». Or, « bien vieillir » n'est pas juste une affaire de vouloir. Il faut passer l'âge de 94 ans pour que les niveaux d'éducation, et la catégorie sociale n'ait plus d'impact sur l'espérance de vie. Cette injonction s'infiltré dans la pensée médicale.

II – La gériatrie et la naissance de la fragilité

En médecine, selon Olivier Saint-Jean (professeur de gériatrie) dans son rapport sur l'oncogériatrie⁽¹⁵⁾, un malade âgé est caractérisé par « un modèle de production d'état morbide et socioéconomique spécifique, qui le distingue des malades plus jeunes par l'apparition beaucoup plus fréquente d'incapacité et d'échec thérapeutique, ainsi que par des incertitudes plus grandes quant à ses capacités de revalidation après la maladie. Cet état de fait reposerait sur les effets délétères des pathologies et du vieillissement, ces deux éléments générant une dégradation des fonctions physiologiques. ».

Ce concept de « vieillissement-usure » est assez présent dans la pensée médicale mais aussi dans la société. Ainsi, Bernard Ennuyer explique que le vieillard est souvent perçu du point de vue de ses défaillances physiques ou de son handicap. Un moteur de voiture ou une machine à laver s'use et s'arrête de fonctionner mais les êtres vivants (y compris les êtres humains) s'inscrivent plutôt dans des mécanismes d'adaptation afin d'assurer leur longévité. De ce fait, Les personnes âgées ne doivent pas être perçues comme des individus qui ont perdu leur jeunesse. Il ne reste pas que la perte et la dégradation quand on prend de l'âge. Au contraire, il s'agit d'un processus adaptatif. C'est de cette réflexion médicale que découle le concept de fragilité.

Afin d'expliquer le concept de fragilité, il me paraît nécessaire d'aborder la naissance de la gériatrie en tant que spécialité médicale.

Dans les années 1950, la gériatrie fait son apparition en tant que spécialité au sein de l'hôpital. La gestion de « la vieillesse indigente » est laissée aux asiles, et le soin aux médecins

spécialisés en gériatrie, dans les hôpitaux. La gériatrie prend en charge les patients âgés, polypathologiques et dépendants.

Soutenu par le changement de vision de l’OMS lors de la deuxième moitié du vingtième siècle, on voit apparaître une médicalisation du vieillissement avec l’apparition d’une gériatrie globale : on ne traite pas que la maladie, mais on s’intéresse à la prévention et à la santé dans sa globalité. Une circulaire du ministère de la Santé de mars 2002 sur l’amélioration de la filière de soins gériatriques expliquait que « l’enjeu de la gériatrie est de savoir reconnaître et de prévenir les risques de perte d’autonomie par une prise en charge globale... La trajectoire de soins des personnes âgées, notamment des personnes âgées fragiles, doit pouvoir s’inscrire dans une filière gériatrique offrant un panel de ressources adaptées à leurs besoins »⁽¹⁶⁾.

Une médecine anti-âge voit le jour et modifie les limites de la gériatrie. C’est à ce moment précis qu’émerge la notion de « fragilité », et que se met en place « une catégorisation de la personne âgée ».⁽¹⁷⁾ Malgré une abondante littérature sur la notion de fragilité en gériatrie, il n’existe pourtant pas de définition consensuelle. La notion demeure floue, mouvante, et s’avère difficile à définir.

Dès les années 90, le concept de « fragilité » est popularisé par des gérontologues américains pour caractériser un syndrome se manifestant avant la perte d’autonomie de la personne âgée. Le but est de prévenir les complications et les résultats de santé défavorable comme les chutes, les hospitalisations, et le décès.

La notion de fragilité paraît très simple et semble être une évidence clinique mais proposer une définition universelle s’avère être un procédé très complexe.

Dans sa note sur la fragilité, Nicole Bohic, médecin de santé publique, écrivait que « le choix initial du terme procède ainsi d’une reprise du sens propre et imagé et renvoie d’une part à la fragilité des objets, des os, et ... de la vie humaine... et résulte d’autre part d’une transposition du sens physiologique de « constitution » ou de santé fragile, de l’enfant chétif au vieillard usé. ⁽¹⁸⁾»

La notion de fragilité a beaucoup évolué mais ne fait toujours pas l’unanimité chez les experts en fragilité. La définition la plus utilisée et la plus acceptée est la suivante : « un déclin progressif et lié à l’âge des systèmes physiologiques, ayant pour résultat de moindres réserves de capacité intrinsèque, conférant une vulnérabilité extrême au stress, augmentant le risque

de survenue d'un ensemble de résultats de santé négatifs⁽¹⁹⁾ ». La fragilité est un « processus dynamique et évolutif ». Pourtant, cet « état intermédiaire entre le pathologique et la normalité » a dépassé le champ du biomédical.

On retrouve plusieurs approches :

- Une approche physiologique basée sur la perte de réserves physiologiques. Cette approche fait de la fragilité un précurseur de l'incapacité
- Une approche médicale basée sur les manifestations cliniques rassemblées en syndrome clinique comme la chute, l'incontinence ou la confusion.
- Une approche biologique qui traduirait la fragilité comme un épuisement des réserves avec une usure du système cardio-vasculaire, des reins...
- Une approche fonctionnelle où la fragilité est assimilée à l'incapacité
- Une approche socio-environnementale où la fragilité serait le résultat d'une inadéquation entre le lieu de vie et l'absence d'aide qui entraîneront un isolement et une exclusion sociale.

Par ailleurs, cette approche biomédicale devient une approche multidimensionnelle après qu'un autre gérontologue, Keneth Rockwood, associe la fragilité à la vulnérabilité sociale.

Des lors que cette dimension sociale et malgré l'absence de consensus sur la définition de fragilité, les médecins, les chercheurs et les responsables politiques s'entendent sur la nécessité de mettre en place des outils pour dépister la fragilité. Ainsi, cette notion de fragilité devient un problème de santé publique car on appréhende la fragilité en matière de coûts, de dépenses publiques et d'organisation de système de santé.

La notion de fragilité corrélée à la personne âgée apparaît dans les textes législatifs dès 1996 avec la loi n° 96-63 du 29 janvier 1996 sur le développement des services aux personnes⁽²⁰⁾.

Dans un contexte sociétal de maîtrises des dépenses de santé publique, la fragilité devient aussi l'apanage des politiques publiques. On met en place des actions de prévention, d'intégration ayant pour cibles ces personnes âgées fragiles. La prévention a pour but de favoriser le maintien à domicile sous couvert de respect de l'autonomie et de la qualité de vie. Il s'agit d'investir dans la prévention afin d'éviter des coûts supplémentaires que peuvent engendrer la perte d'autonomie. La médecine gériatrique va donc prendre en charge les pathologies mais aussi le risque de vieillir à travers le concept de fragilité : on prend en charge

des patients qui ne sont pas encore dépendants. Pour l'âge social le début du vieillissement est fixé par le moment où l'individu présente des incapacités physiques, ou psychologiques.

La vieillesse est donc difficile à définir, à appréhender car elle n'est pas juste une donnée biologique. C'est une construction sociale, historique, culturelle. Tout comme l'âge n'est pas une donnée physiologique même si on l'utilise pour mesurer l'évolution des êtres vivants.

Sur le plan pratique, toutes ces théories sociologiques et politiques ne répondent pas à la question « qu'est-ce qu'être vieux ». Je ne prétends pas avoir une réponse à ce dilemme mais il faut repartir de l'individu et de son rapport à son corps. On assiste à une catégorisation réalisée par la société, mais si on interroge individuellement les personnes dites « âgées » elles se définiraient autrement car elles ont probablement une perception différente de leur propre vieillesse.

Très peu d'études s'intéressent à l'intimité du vécu des personnes âgées sur le plan émotionnel, psychologique et expérientiel. La technicité des maladies du grand âge, la complexité des situations ne doivent pas nous faire perdre de vue que nous parlons d'êtres humains à part entière qui font pleinement partie de notre communauté.

L'évolution de nos modes de vie et de la médecine ont un impact sur notre démographie et sur notre rapport aux maladies chroniques. Toutes ces notions doivent changer le regard de la société et de la médecine sur la prise en charge des patients âgés.

En ce qui concerne le cancer et le vieillissement, les enjeux sont capitaux pour notre société. Ils engagent le pronostic vital d'individu et questionnent notre propension à soigner : on attend le plus souvent des réponses optimistes à notre médecine.

« Le cancer de la personne âgée se rapproche d'un ensemble de phénomènes contemporains caractérisés par la nécessité de faire des choix dans une situation où les faits et les données scientifiques sont incertains, les valeurs controversées, où les enjeux - économiques, sociaux, humains - sont considérables, et les décisions urgentes.⁽²¹⁾ »

Avec le vieillissement et le cancer, nos nouveaux modes de vie et le progrès de la médecine ont révélé des situations peu habituelles nécessitant la proposition de solutions.

III – L'oncogériatrie : nouvelle discipline née d'un constat démographique et d'un besoin

La cancéro-gériatrie est la convergence de l'oncologie et de la gériatrie. Elle a pour mission d'améliorer la qualité de la prise en charge des patients âgés cancéreux. Ce n'est pas une nouvelle spécialité médicale. Elle a été créée pour répondre à un besoin urgent face à une situation démographique compliquée. En effet, la majoration des cas de cancer chez les personnes âgées est inévitable dans le contexte de vieillissement de la population.

Dans les années 2000, Etienne Brain, oncologue à l'Institut Curie disait ceci : « le nombre de personnes âgées souffrant de cancer devrait progresser considérablement. Loin de n'être qu'un sous-groupe minoritaire, les plus de 75 ans pourraient représenter près de la moitié des malades en 2050 ». ⁽²²⁾

Or, alors que 60% des nouveaux cas de cancer sont diagnostiqués chez les patients de plus de 65 ans, l'arsenal des thérapeutiques et les traitements de références sont évalués sur des patients plus jeunes. Il n'y a pas de recommandations claires de prise en charge du patient âgé cancéreux car ils sont exclus des essais thérapeutiques. Cette situation entraîne une perte de chance sur le plan oncologique avec une insuffisance de traitement (à cause de l'âge, de la réduction des posologies ou suite à l'absence d'accès aux traitements récents proposés dans les protocoles de recherche) ou au contraire à un surtraitement qui entraînent l'apparition d'effets indésirables qui altère la qualité de vie.

La France, avec les Etats-Unis, est un des pionniers de la prise en charge du cancer chez le sujet âgé.

Dès les années 90, plusieurs chercheurs français et américains ont travaillé sur le cancer du patient âgés. En 1986, Samet et al montrait que le choix de la thérapeutique des patients atteints de cancer dépendaient de leur âge et de leur comorbidités associées(23). Puis en 1995, un travail de recherche met en évidence que le statut fonctionnel des patients âgés cancéreux avait un impact sur le pronostic du cancer(24). C'est à la suite de ces différents travaux que l'équipe du Pr Balducci met en place un outil, l'évaluation gériatrique standardisée (EGS), pour aider à la décision thérapeutique des patients âgés atteints de

cancer(25). Cette évaluation gériatrique standardisée a pour but d'uniformiser les pratiques et de pouvoir avoir des résultats plus objectifs dans les études cliniques.

Dans les années 2000, les équipes du Pr DROZ, considéré comme un des pères de l'oncogériatrie française, publie un travail de recherche sur l'EGS et le cancer du patient âgé. Dans cette étude, l'évaluation gériatrique standardisée a permis de mettre en évidence de nombreux problèmes médicaux qui n'étaient pas connus chez ces patients âgés cancéreux.

Conforté par tous ces travaux de recherche, le développement de l'oncogériatrie a été inscrit dans la politique de lutte contre le cancer. Elle fait son apparition dès le premier plan cancer (2003-2007). L'institut national du cancer (InCa) lance, donc, en 2005 la mise en place d'un appel à projet pour faire émerger des unités pilotes de coordination d'oncogériatrie (UPCOG). C'est ainsi que quinze UPCOG ont été créées en 2006 pour développer des prises en charge adaptées aux patients âgés cancéreux. Elles ont d'abord commencé par réaliser un inventaire des problèmes soulevés par la prise en charge du cancer du patient âgé afin d'orienter les décisions publiques. Ce rapport a permis de réaliser un état des lieux de l'oncogériatrie en France et de consolider ces UPCOG qui sont devenues des UCOG.

Depuis 2011, l'institut national du cancer (l'INCa) et la direction générale de l'offre de soin (DGOS) ont poursuivi les appels à projet afin de continuer le déploiement des unités de coordination d'oncogériatrie. Ils ont pu choisir 24 équipes réparties dans 19 régions de France (voir annexe 1).

Quatre régions en France n'ont pas d'UCOG. La direction générale de l'offre de soin a mis en place des antennes d'oncogériatrie dans les régions non dotées d'UCOG afin de réduire les inégalités de soins et pour que chaque personne âgée puisse bénéficier d'une prise en charge oncogériatrique. Ces antennes sont responsables de la partie « soins » des UCOG.

Une société savante fédère l'oncogériatrie : la société francophone d'oncogériatrie (SoFOG). Elle travaille en étroite collaboration avec la société française de gériatrie et la société internationale d'oncogériatrie.

Le plan cancer 2014-2019 a chargé la SoFOG d'animer les UCOG.

La mission des UCOG est régionale et son rôle est de :

- Mieux adapter les traitements des patients âgés cancéreux avec des décisions conjointes oncologues-gérialtres,

- Promouvoir un accès généralisé de ces unités à tous les patients âgés atteints de cancer,
- Participer au développement de la recherche en oncogériatrie afin de mieux décrire l'épidémiologie des patients âgés atteints de cancer et de pouvoir mettre en évidence des facteurs pronostiques de survie.
- Proposer et soutenir la formation en oncogériatrie.

En oncologie, une question revient souvent chez les oncologues « que vais-je proposer en termes de prise en charge à ce patient âgé ? ». Il est certes capital d'avoir une bonne connaissance du cancer et de son arsenal thérapeutique, mais aussi une bonne connaissance du patient âgé dans sa dimension sociale, psychologique et médicale.

L'oncogériatrie peut être définie, selon J.-P.Droz et Ph.Courpron comme une « approche multidimensionnelle et pluridisciplinaire des moyens éthiquement les plus appropriés de prise en charge du sujet âgé atteint de cancer aux différentes étapes de sa maladie ⁽²⁶⁾ ».

En pratique, l'oncogériatrie permet de créer et adapter le programme personnalisé du malade âgé atteint de cancer. La collaboration entre gériatres et oncologues est donc capitale mais aussi celles de tous les autres spécialistes et acteurs du soin. L'oncologue décide du traitement en fonction du type du cancer et de son stade évolutif. Le gériatre prend en charge les comorbidités telles que la dénutrition, les troubles neurocognitifs ou l'incontinence, la dimension psychologique, et sociale. Le gériatre évalue régulièrement la balance bénéfice/risques des examens paracliniques, des traitements proposés et s'assure que l'âge ne soit pas un prétexte pour qu'un patient n'ait pas accès à un examen ou un traitement qui pourrait lui apporter un bénéfice. « Un véritable projet oncogériatrique se doit donc d'aborder la problématique de la prise en charge du sujet âgé dans toutes ses dimensions, à la fois médicale et scientifique mais aussi sociale, culturelle, la personne âgée ne devant pas être considérée comme un ultime objet d'investigation mais plutôt comme un sujet, qui même s'il est parfois diminué, a des attentes et des besoins particuliers qu'il nous appartient de connaître pour les prendre en compte au mieux. »⁽²⁷⁾

Face à un patient âgé cancéreux, il est primordial de connaître les caractéristiques de sa tumeur mais aussi les caractéristiques du patient lui-même. L'évaluation gériatrique approfondie (E.G.A) est la méthode la plus validée pour évaluer l'état de santé d'une

personne âgée. Le vieillissement est individuel. L'évaluation gériatrique approfondie permet de passer en revue toutes les dimensions du patient c'est-à-dire les comorbidités, la situation sociale, le statut nutritionnel, la iatrogénie, les grands syndromes gériatriques. De plus, le vieillissement entraîne des modifications au niveau de la pharmacodynamie et pharmacocinétique des médicaments. L'évaluation gériatrique approfondie permet de prévenir les risques de toxicité des chimiothérapies.

L'EGA a pour finalité d'anticiper les mesures à prendre s'il existe des conditions socio-environnementales défavorables, de prévenir la décompensation de certaines pathologies chroniques au cours du traitement anticancéreux, d'assurer un suivi régulier de la qualité de vie.

Cependant, l'EGA a ses limites car elle prend du temps, elle représente un coût humain avec la mobilisation d'un gériatre pour la réaliser et elle n'est pas reproductible car la procédure n'est pas toujours consensuelle.

Dans leur mission de participation à la recherche en oncogériatrie sur le territoire, les unités de coordination d'oncogériatrie (UCOG) ont ainsi pu mettre en place plusieurs scores qui ont permis de faire évoluer l'évaluation gériatrique standardisée. L'un des scores les plus connue est le score G8 créée par une équipe Toulousaine (annexe 1). « Le score G8, comportant une évaluation de l'âge, du statut nutritionnel, du statut neurocognitif, de la motricité, de la polymédication et de l'évaluation de la santé globale est un bon score de screening de la vulnérabilité. Un score ≤ 14 nécessite une évaluation gériatrique approfondie. Ce score est reproductible, facilement réalisable par des soignants, peu coûteux et rapide à réaliser »⁽²⁸⁾

On part donc sur une stratégie à deux étapes : une étape de détection des patients dits « fragile » par le score G8 puis ces patients fragiles bénéficieront d'une évaluation gériatrique approfondie.

III – Pluridisciplinarité, interdisciplinarité et passage de frontières entre disciplines

Selon le dictionnaire Les Trésors de la Langue Française, une discipline est une « science, matière, pouvant faire l'objet d'un enseignement spécifique ». Chaque discipline a ses normes, son langage et sa méthode de travail. Dans notre système médical, on peut considérer que chaque spécialité médicale est une discipline avec ses outils diagnostics, sa vision, ses limites et frontières. Chaque membre de ces disciplines a des valeurs, des habitudes et une culture qui les unis. On pourrait dire qu'avec leur propre langage, leur propre frontière et leur propre idéologie, elles tendent vers une certaine autonomie.

La complexité des prises en charge, les progrès de la médecine et l'hyperspécialisation de la médecine moderne a suscité le besoin d'établir des ponts entre ses disciplines. La prise en charge multidisciplinaire peut être assurée par un groupe de médecins d'horizon différents ou par d'autres professionnels de santé. Par exemple, dans un service hospitalier, un médecin, un psychologue, une diététicienne travaillent de concert pour le bien du patient tout en restant indépendants l'un de l'autre. Grâce à la démocratie sanitaire, les patients sont de plus en plus représentés dans les équipes pluridisciplinaires afin de partager leur expertise. On est donc dans de la pluridisciplinarité ou de la multidisciplinarité. C'est une « association de discipline qui concourent à une réalisation commune mais sans que chaque discipline ait à modifier sensiblement sa propre vision des choses et ses propres méthodes »⁽²⁹⁾. Cela ne doit pas être une simple addition de compétences mais on doit pouvoir retrouver une certaine complémentarité et une coordination.

L'interdisciplinarité se réfère à « la pratique de professionnels poursuivant ensemble un objectif commun, et qui dialoguent régulièrement pour enrichir leurs points de vue, leurs stratégies d'intervention ⁽²⁹⁾». L'interdisciplinarité se distingue de la pluridisciplinarité par sa dynamique de groupe et par son investissement plus collaboratif. Ce processus peut s'appliquer dans la prise en charge des pathologies sollicitant des compétences et des métiers différents tel que le cancer.

Dans notre système de santé, la collaboration, la pluridisciplinarité paraissent essentielles pour répondre aux exigences de soins de plus en plus complexe et pour offrir des soins de santé fiable, efficaces aux usagers de la santé. Avec l'augmentation des maladies chroniques et des pathologies du grand âge, l'évolution des techniques chirurgicales et

l'hyperspécialisation des professionnels de santé, on assiste à une interdépendance entre les professionnels de santé dans leur pratique professionnelle avec la nécessité de mettre en commun des savoirs scientifiques. Cela permet une réduction du principe d'incertitude dans les décisions médicales, un vrai partage d'expérience, et in fine, une amélioration de la qualité des soins. L'interdisciplinarité apporte une hybridation des savoirs, l'émergence de nouvelles méthodes de travail et un partage de culture professionnelle.

En théorie, cela paraît comme une évidence mais sur le terrain, la rencontre de plusieurs disciplines ne se fait pas toujours aussi simplement. L'hôpital regorge de disciplines diverses et variées mais il ne suffit pas de les mettre juste dans un même bâtiment pour aboutir à une collaboration interprofessionnelle. Le cloisonnement des services, l'existence d'identité professionnelles fortes et le manque de ressources humaines et matériels peuvent constituer des freins à la mise en place de cette interdisciplinarité. L'identité professionnelle des acteurs de cette collaboration peut se sentir menacé et représenter une source de conflits potentiels. Pour que l'interdisciplinarité fonctionne, l'expertise de chacune des professions doit donc être respectée tout en clarifiant les rôles de chacun. En effet, la formation professionnelle des médecins se fait souvent en « vase clos ». Par conséquent, on peut rappeler que l'interdisciplinarité ne constitue pas une pratique innée et s'apprend au fil de l'eau.

De plus, l'organisation de l'institution hospitalière française ne facilite pas la mise en pratique du concept d'interdisciplinarité, car chaque discipline est parfois retranchée dans son service. L'interdisciplinarité permet une approche holistique du patient. Elle exige souvent de sortir des chemins battus et de créer des nouveaux ponts, de nouveaux modes de réflexion.

En oncologie, a fortiori lorsque le patient est âgé, la complexité des prises en charge est propice à l'interdisciplinarité et au développement d'espaces de coopération interprofessionnelle.

Après et pendant le diagnostic de cancer, le patient cancéreux rencontrera des soignants provenant de divers champs disciplinaires. En effet, les progrès de la science ont multiplié les apports disciplinaires, mais le plus grand défi consiste à relier les expertises sans que cela n'ait d'impact sur la prise en charge médicale du patient. Cela demande une certaine rigueur scientifique, mais aussi une humilité pour reconnaître la complexité d'une situation que l'on ne peut pas toujours résoudre seul en tant que professionnel. La réussite de l'interdisciplinarité ne repose donc pas uniquement sur des conditions structurelles et administratives, mais également sur une volonté de travailler ensemble.

Par exemple, « la réunion de concertation pluridisciplinaire est un lieu d'échanges entre spécialistes de plusieurs disciplines sur les stratégies diagnostiques et thérapeutiques en cancérologie ». ⁽³⁰⁾

Selon Routeloux et al, ⁽³¹⁾ la décision partagée entre les disciplines est très souvent initiée par un « acteur-frontière », un maillon permettant l'instauration de coopération entre les deux disciplines.

« Dans la grammaire de la coopération au sein d'univers d'actions et de connaissances distribuées, les acteurs frontières apparaissent dans leurs propriétés relationnelles, opérant à la fois comme médiateurs dans la production de connaissances et comme vecteurs de traduction dans l'agencement des mondes hétérogènes. » ⁽³¹⁾

Selon Levina et Vaast ⁽³²⁾, ce sont des constructeurs de coopération quand des projets mêlent deux disciplines. Pour Cross et Parker ⁽³³⁾, ces individus facilitent le partage de l'expertise en liant deux groupes, ou plus, de personnes séparées hiérarchiquement, ou fonctionnellement.

Pour Latour et al le passeur de frontières peut se définir :

- Comme un intermédiaire qui passe juste des objets, des idées, des pratiques entre les frontières de deux disciplines. Il assure la circulation des ressources entre des univers différents de par leurs valeurs, leurs normes
- Soit comme un traducteur dont l'action conduit à une transformation conjointe (plus ou moins radicale et non homogène) non seulement des entités en circulation, mais également des frontières et des territoires au sein desquels ces entités circulent.

Les traducteurs ne sont pas toujours perçus comme neutres dans la transmission des informations. Les échanges peuvent entraîner une traduction faite par le médecin.

IV – Justification du projet de recherche et choix du sujet

A la fin de mon externat, j'avais une certitude : choisir une spécialité médicale où je devais constamment prendre en charge des personnes dans leur entièreté et dans leur globalité.

J'hésitais entre la cancérologie et la gériatrie puis j'ai découvert que je pouvais allier un peu des deux dans ma pratique.

J'ai toujours été interpellée par le traitement qui était réservé aux personnes âgées à l'hôpital lorsqu'on pose un diagnostic de maladie grave comme le cancer.

J'ai vu que les médecins avaient tendance à proposer des soins de supports, ou une prise en charge palliative car ils étaient persuadés que les patients n'avaient, de toute façon, pas envie de recevoir un traitement. Autre proposition observée : on propose un traitement standard comme les patients jeunes sans prendre en compte certaines particularités du patient. Par exemple, un patient isolé aura du mal à venir à tous ses rendez-vous une fois la chimiothérapie débutée, ou alors un patient avec des troubles de la mémoire légers ne pourra pas tenir 3h de chimiothérapie.

Ces décisions reposent souvent sur des représentations que l'on se fait de la vieillesse plutôt que sur de l'evidence based medicine. Durant mon internat de gériatrie, j'ai souvent dû présenter en réunion concertation pluridisciplinaire mon patient de la façon la plus attractive possible en prenant soin d'éviter les mots « démence », « perte d'autonomie », « isolement social » afin d'éviter des pertes de chance. Selon l'interlocuteur que j'avais en face de moi, la conversation pouvait se passer très bien, et parfois, j'ai eu l'impression que nous ne parlions pas toujours le même langage et que nous n'avions pas la même vision de la prise en charge d'un patient âgé.

Les politiques publiques encouragent la fin de la segmentation des parcours de soins où les différents services fonctionnent de façon autonome avec un minimum de ponts⁽³¹⁾. Ils souhaitent une approche décloisonnée entre les disciplines. Cependant, dans la littérature, on retrouve peu de travaux sur la manière dont les professions médicales mettent en place des actions de coopérations entre discipline.

En oncologie, les décisions médicales reposent sur deux principes :

- Les cas des patients sont examinés collectivement par des représentants de plusieurs spécialités
- A l'aide de données scientifiques, la décision est basée sur des protocoles

Or pour le public âgé, il existe très peu de protocoles donc les décisions ne reposent pas toujours sur des schémas scientifiques validés. La collaboration entre gériatre et oncologue ne peut reposer que sur des données scientifiques établies : il y a probablement un impact des représentations des médecins concernant la vieillesse. Cette collaboration, pour Denis et

Contandriopoulos (2008), ne fonctionne qu'avec l'évolution vers une approche collective de la pratique médicale et une modification profonde des mentalités⁽³⁴⁾.

La collaboration interprofessionnelle de professions avec des cultures différentes peut donc constituer un challenge et entraîner des difficultés de communications. Cette mauvaise communication peut avoir un impact sur la prise en charge. Il m'a donc semblé intéressant d'échanger avec les professionnels de santé soignant le cancer du patient âgé et ainsi, de récolter leurs ressentis et expériences sur la question.

DEUXIEME PARTIE : OBJECTIFS ET HYPOTHESES

I - Objectif

L'objectif de ce travail est d'analyser les dynamiques entre l'oncogériatre, l'oncologue et les spécialistes d'organes à travers l'interdisciplinarité et d'analyser quel impact cela peut avoir sur la personne âgée atteint de cancer.

II - Hypothèses

- La collaboration entre gériatres et oncologues ne peut reposer que sur des données scientifiques établies compte tenu du manque de données scientifiques concernant les patients âgés et très âgés : il y a probablement un impact des représentations des médecins concernant la vieillesse dans certains processus de décision.
- La collaboration entre les disciplines appartenant à des cultures et des organisations différentes comme la gériatrie et l'oncologie peut être laborieuse et influencer la prise en charge des patients âgés atteints de cancer.
- L'oncogériatre est un facilitateur et un traducteur dans ses échanges et améliore la prise en charge du patient âgé atteint de cancer.

TROISIEME PARTIE : METHODOLOGIE DE L'ETUDE

I - Schéma de l'étude

C'est une étude qualitative, prospective, exploratoire multicentrique dans le domaine des sciences humaines et sociales.

Nous avons choisi de nous inscrire dans une méthodologie d'analyse de contenu et thématique qui peut s'apparenter à la Grounded Theory ou théorisation ancrée⁽³⁵⁾.

Cependant la bibliographie a été réalisée avant le début de l'étude afin de produire des hypothèses, une problématique et un plan.

II - Population de l'étude

Nous avons choisi d'interroger des médecins. Nous avons recruté un échantillon raisonné. Les personnes que nous souhaitons interroger étaient des médecins oncologues, des gériatres, et des spécialistes d'organes prenant en charge des patients âgés atteints de cancer. Nous n'avons pas fixé de limite d'âge et nous n'avons pas défini le terme de patients âgés.

Les médecins étaient contactés par mail (annexe 3) via le logiciel « idéoRCP », qui est le logiciel utilisé par les médecins exerçant aux Antilles-Guyane pour inscrire leurs patients en réunion de concertation pluridisciplinaire.

L'investigateur connaissait certains médecins car certains d'entre eux évoluaient dans le même établissement que lui. Il s'est présenté comme un étudiant en master d'Éthique qui s'intéressait à la prise en charge du cancer du patient âgé.

III – Méthodologie

Des entretiens semi-dirigés individuels ont été réalisés à l'aide d'un guide d'entretien réalisé par l'étudiant-chercheur et son directeur de mémoire.

La grille d'entretien (annexe 2) a évolué au fil de l'analyse des données et afin de se rapprocher le plus possible de l'objectif de l'étude.

Les entretiens ont été menés par la même personne tout au long de l'étude.

Les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone et d'un téléphone portable avec l'accord des participants.

Les lieux et dates d'entretiens étaient laissés à la convenance du médecin qui participait à l'entretien (restaurant, bureau au CHU...). Il n'y avait pas de limites à la durée des entretiens.

L'analyse des entretiens s'est inspirée de la méthode de la théorisation ancrée. Il y a d'abord eu une transcription du verbatim des entretiens. Les entretiens ont été retranscrits par la même personne.

Dans un premier temps, le chercheur à l'aide de son directeur de mémoire a réalisé une série de lecture et de relecture des entretiens afin de comprendre le vécu et les expériences de chaque personne interrogée en ayant une attitude la plus empathique possible.

Le chercheur s'est assuré d'avoir un carnet de bord tout au long de l'analyse afin de noter ses propres questionnements ainsi que les différents thèmes qui ont pu émerger tout au long de cette lecture. Cette étape réflexive accompagnée d'échange régulier avec le directeur de mémoire a permis à l'étudiant chercheur d'avoir une compréhension évolutive des entretiens.

L'analyse de tous les entretiens a été réalisée par la même personne qui a aussi réalisé les entretiens semi-dirigés. Cette analyse a été faite manuellement en repérant et codant les différents thèmes qui ont émergé.

Il y a eu une recherche bibliographique tout au long de la réalisation de cette étude

IV – Aspects réglementaires et éthiques

Les participants étaient informés de la nature de l'entretien et savaient dès le départ qu'ils échangeaient avec un étudiant du master d'éthique médicale. Un mail d'information leur avait été envoyé au préalable (voir annexe).

Le consentement oral était recueilli auprès des participants avant le début de chaque entretien.

Après retranscription des verbatim sur un fichier Word, les entretiens étaient pseudonymisés. Chaque entretien a été renommé avec un nom d'épice avant le début de l'analyse. Afin de garder une certaine forme d'anonymat, au cours de la retranscription des résultats et de l'analyse, tous les médecins seront appelés « Dr (nom de l'aromate attribué) » et nous emploieront le genre masculin pour tous les médecins.

Les enregistrements étaient stockés dans un dossier sécurisé avec un mot de passe sur une clé USB conservée dans une armoire fermée à clé.

Les données seront conservées pour une durée d'un an maximum après le recueil.

Une fiche a été déposée auprès du délégué à la protection des données (DPO) de l'université de Paris Cité afin d'être en conformité avec le règlement européen général sur la protection des données (RGPD).

Ce travail a été soumis au comité d'éthique de l'APHP (CERAPHP).

Une lecture du manuscrit de ce travail de recherche a été proposé aux médecins ayant participé à l'étude afin de s'assurer de leur souhait de maintenir leur participation.

QUATRIEME PARTIE : RESULTATS

I - Description de l'échantillon

Sept médecins ont été interrogés. Tous ces médecins ont pris en charge des patients âgés atteints de cancer et avaient dû les présenter en réunion de concertation pluridisciplinaires au cours de leurs pratiques professionnelles.

Trois des participants ont été recrutés via les contacts du chercheurs et quatre autres ont répondu au mail diffusé via la mailing-list du logiciel « IdeoRCP ».

Nous avons choisi de conserver l'entretien test dans l'analyse compte tenu de la difficulté du recrutement. La réalisation de cet entretien test a montré que les questions de la grille d'entretien étaient claires pour les participants.

Au cours des différents entretiens, une question supplémentaire a été rajouté : « Comment trouvez-vous le parcours de soin des patients âgés atteints de cancer ? »

Les entretiens ont été réalisés entre le 4 avril 2022 et le 15 mai 2022.

Sept médecins ont été interrogés : 3 femmes et 4 hommes. La durée moyenne des entretiens était de 19 minutes et 34 secondes. La moyenne d'âge des participants était de 41 ans. Trois des médecins interrogés exerçaient dans la même structure hospitalière.

Deux gériatres ont été interrogés avec des profils différents : l'un travaillait dans un court séjour gériatrique avec une activité d'oncogériatrie et le deuxième évoluait en ambulatoire dans un centre de consultation mémoire.

Deux oncologues ont répondu à nos questions. Ils travaillaient tous les deux dans le même centre. Le premier oncologue avait une activité variée entre l'hôpital de jour et l'hospitalisation complète et un oncohématologue en fin de formation qui avaient une activité plutôt ambulatoire.

Nous avons pu nous entretenir ensuite avec un hépato-gastroentérologue, un ORL et un médecin généraliste qui travaillent dans une équipe mobile de gériatrie.

II – Perceptions et représentations du patient âgé

A – Les patients âgés sont difficiles à prendre en charge

Les médecins interrogés étaient unanimes sur la complexité de la prise en charge des patients âgés. Ils les percevaient comme des patients plus compliqués et plus lourds à prendre en charge à cause de leurs nombreuses pathologies.

Dr safran trouvait que « *prendre en charge des patients âgés c'est très souvent difficile* »

Ainsi Dr Curry expliquait que « *les patients âgés atteints de cancer sont plutôt lourds mais que c'est souvent le cas des patients âgés* ».

Dr Poivre les voyait comme « *des patients limites avec souvent de grosses comorbidités* ».

Par ailleurs, les prises en charges sociales et leur devenir peuvent être difficile à gérer.

Dr Cannelle rajoutait que s'occuper des personnes âgées c'est aussi « *prendre en charge l'aspect social qui nous rebute très souvent dans notre profession de médecin* ».

Certains d'entre eux n'étaient pas à l'aise avec les troubles neurocognitifs que pouvaient avoir les personnes âgées surtout quand ils se manifestaient par des troubles du comportements ou des épisodes d'agitation.

Le grand âge et le fait d'être souvent confronté à la mort sont des visions « effrayantes » pour Dr Cannelle : « *La gériatrie c'est une spécialité qui m'effrayait un peu car on est régulièrement confronté à la mort et je n'étais pas à l'aise avec les troubles neurocognitifs que j'assimilais aux troubles psychiatriques.* »

Les gériatres expliquent que ce sont des prises en charge avec lesquelles ils sont habitués mais que même pour eux parfois cela peut s'avérer complexe.

« *Dr Persil : Un peu des deux. Facile à gérer car on connaît la cause de l'hospitalisation. **On sait comment gérer du côté médical.** Après complexe dans le sens où (pause avec air pensif) c'est toute une prise en charge qui doit se faire avec l'entourage, le patient. (Silence) Avec des examens qui sont peut-être...euh, euh... parfois inutiles ou nécessaire pour pouvoir avancer. Et puis après tout le côté gériatrique avec la prise en charge sociale...voilà.*

C'est une situation simple sur le papier mais qui peut devenir complexe à mettre en place. »

Ces représentations du patient âgé peuvent être un frein à leur hospitalisation. Dr Vanille explique qu'elle a beaucoup de mal à faire hospitaliser ses patients âgés atteints de cancer

dans des services autres que la gériatrie car ces collègues ont tendance à être plus réticent à les prendre.

Dr Vanille : « Quand c'est plus une hospitalisation pour aller plus loin il y a toujours une réticence surtout depuis qu'il y a un service d'hospitalisation de gériatrie où ils ont plutôt l'impression que...d'ailleurs ils me le disent : « hospitalise-le en gériatrie et quand le patient sera hospitalisé ben on va venir ».

Dr Cumin semble aller dans le sens des collègues de *Dr Vanille*. Il voit les patients âgés comme des patients qui « *ont tendance à rester longtemps hospitalisés* » et que souvent certains services réfléchissent à deux fois avant de les hospitaliser à cause de leurs longues durées d'hospitalisation.

Cependant, plusieurs des médecins interrogés s'accordent sur l'importance d'une prise en charge globale pour les patients âgés. Pour *Dr Poivre*, prendre en charge les patients âgés dans leur globalité évite les pertes de chance.

Dr Cannelle a ainsi évolué dans sa vision du sujet âgé depuis qu'elle exerce en équipe mobile de gériatrie et partage avec *Dr Poivre* l'importance d'une prise en charge globale.

« J'ai travaillé en cabinet où j'ai eu une activité libérale. Et quand je me suis installé j'ai réalisé que j'aimais bien les patients gériatriques. J'aime l'aspect comment dire...on prend la personne dans son ensemble. On ne traite pas une pathologie, on traite la personne en tant qu'être humain à part entière avec son histoire, avec son vécu. »

B – Les patients âgés ont des diagnostics de cancers tardifs

Pour les médecins interrogés, les patients âgés atteints de cancer arrivent souvent voire toujours trop tard. Ils avaient l'impression que lorsqu'ils posaient des diagnostics de cancer, les cancers sont déjà à des stades bien avancés. On ne peut déjà plus rien leur proposer. Ils ont tendance à rentrer dans les parcours de soins trop tard.

Dr Poivre explique à plusieurs reprises dans son entretien que les patients « *arrivent déjà altérer au moment où il y eu les premiers signes et dès qu'ils arrivent on commence à faire les bilans et on se rend compte qu'il y a déjà des lésions ailleurs... (silence..)...*Cela arrive très souvent. »

Deux des médecins interrogés émettaient l'hypothèse suivante : du fait que les patients arrivent trop tard on a tendance à ne pas les présenter en réunion de concertation pluridisciplinaire et on prend la décision de prise en charge palliative juste avec les membres du service car de toute façon on ne leur proposera rien de plus.

Aucun d'entre eux n'a pu expliquer la raison de ce diagnostic tardif et la raison de leur arrivée tardive à l'hôpital.

Dr Vanille pensait tout de même que les personnes âgées ne sont pas réceptives aux différentes campagnes de dépistage et qu'on a du mal à les faire rentrer dans des stratégies diagnostiques. Ils sont pris en charge une fois que les symptômes deviennent vraiment bruyants.

Dr Vanille : « *Déjà dès le départ, beaucoup de personnes âgées ne se sentent pas concernés par le dépistage ou par aller chercher ou comprendre un cancer. Quand les personnes âgées sont très jeunes, elles sont encore dans des stratégies de dépistage du cancer du sein, de la prostate, du cancer du col.*

Plus les personnes sont âgées et plus on a du mal à les faire rentrer dans une stratégie même de diagnostic. Et quand on leur dit que l'on pense qu'il y a un cancer alors soit on a ceux qui disent « eh bien il faut bien mourir de quelque chose je ne vais pas aller plus loin ou je préfère ne pas savoir vu le temps qu'il me reste » et même quand on arrive à les faire adhérer à une prise en charge parfois on a la réticence des confrères que cela soit radiologues, examens complémentaires... »

C – Les patients âgés ont un faible niveau d'implication dans leurs soins : la décision revient à la famille

La notion de famille revient dans tous les entretiens. Tous les médecins interrogés trouvent qu'en gériatrie, il faut prendre en charge le patient et la famille. Ils se sentaient tous obligés d'échanger surtout avec la famille et après avec le patient. La plupart des médecins trouvaient que les patients âgés ont beaucoup de mal à prendre leur propre décision car la famille serait trop présente. Les patients âgés étaient décrits comme des patients passifs qui ne pose pas de question et qui ne sont pas intéressés par leur prise en charge. Ils étaient perçus comme des patients qui ne veulent pas être au courant de leur pathologie et avec un faible niveau d'implication dans les soins.

Pour Dr Safran, c'était sa principale difficulté quand il s'agissait de prendre en charge des patients âgés.

Dr Safran : « Ce sont très souvent des patients qui arrivent et qui ne prennent pas de décisions et cela dépend beaucoup du fils, de la fille de la famille, de celui qui parle le plus fort et quelque fois même du médecin traitant quand il n'y a pas de famille. »

Il expliquait qu'il ne voyait pas l'intérêt d'insister pour avoir leur point de vue car de toute façon les patients âgés vont se ranger du côté de leurs proches. Les enfants et leurs parents ont une dynamique dans laquelle il choisit de ne pas s'immiscer.

Chercheur : Comment cela se passe justement avec les patients âgés où les familles sont très voire trop présentes et que vous n'arrivez pas à recueillir la volonté du patient âgé ? Que faites-vous ? Vous les prenez à part ?

Dr Safran : « Honnêtement non. Je ne les prend pas en aparté je laisse faire. Pour la plus grande majorité des cas, quand les enfants sont prépondérants comme ça, ben ce sont les enfants qui décident. C'est une dynamique qui est comme cela je ne la change pas. Et j'ai rarement eu des cas où le patient âgé n'est pas d'accord avec ses enfants qui prennent la décision donc bon je laisse faire. »

Dr Cumin avait l'impression que les patients âgés n'étaient pas maîtres de leurs choix et de leur destin.

*Dr Cumin : « Je trouve aussi que les patients âgés ont tendance à pas vouloir décider pour eux. Ils nous disent toujours est ce que vous avez parlé à ma fille ? à mon fils ? C'est assez compliqué dans ces cas-là car c'est dur d'avoir leur avis. **Ils ont l'air de pas avoir envie d'avoir le pouvoir sur leur destin du coup parfois on fait en fonction de la famille et pas toujours en fonction d'eux** ».*

Dr Poivre partageait le même avis quant à la présence de la famille chez les patients âgés. Mais il trouvait que les médecins avaient tendance à occulter le patient âgé pour ne s'intéresser qu'à la famille par souci de facilité.

Dr Poivre : « Quand c'est une personne âgée fragile, on est plutôt avec la famille et le patient est un peu de côté. Quand je dis « on » je parle de mon service.

On ne prend pas le temps d'aller voir le patient âgé et de lui expliquer sa maladie...avec les termes que l'on veut...si les bébés peuvent comprendre pourquoi un adulte âgé ne le peut pas. Cet aspect-là est négligé. On explique tout à la famille et on occulte le patient. Il vient en chimiothérapie mais il n'a pas compris mais quand même c'est son corps au patient... Ce côté-là est à améliorer et c'est parfois cette vision qu'apporte l'oncogériatre. »

Selon Dr Persil, il était préférable d'échanger directement avec la famille car l'entourage en gériatrie est très important et qu'ils doivent être présents pour accompagner le patient.

*Dr Persil : « Parce que le plus souvent en gériatrie, euh on a besoin de...enfin on a besoin du patient pour qu'ils comprennent les choses mais aussi de l'entourage qui va être là pour le soutenir, pour l'accompagner quel que soit la décision qui est prise et euh l'on arrive à avancer beaucoup plus facilement quand on a un proche (silence) en qui le patient a confiance. **Les choses se passent mieux quand il y a de l'entourage. On essaie toujours de fonctionner pas qu'avec le patient mais avec sa famille aussi.** »*

Selon les médecins interrogés, la présence et le rôle des familles est capitale car cela facilite les prises en charge. Certains d'entre eux ont expliqué qu'ils hésitent souvent à traiter des patients âgés isolés sur le plan social même quand il pourrait bénéficier d'un traitement.

« Ceux qui sont un peu abandonnés personne n'a envie de se lancer parce que bon on sait que c'est difficile à gérer »

« Après j'avoue que pour les patients âgés isolés, on n'a souvent aussi pas envie de se lancer dans des projets thérapeutiques relativement on va dire plus ou moins lourd même si leur état le permettrait car on sait que derrière la gestion sera très difficile »

La famille pouvait aussi être perçue en gériatrie comme un frein à l'information des patients âgés. Trois des médecins expliquaient que les familles avaient tendance à ne pas vouloir informer les patients de leurs diagnostics, ce qui pouvait compliquer la prise en charge. Il se retrouvait parfois à négocier avec les familles pour pouvoir annoncer les diagnostics aux patients et cela complique parfois leur travail.

*« Cela peut aussi arriver que la famille soit au courant, que le patient ne soit pas au courant mais qu'il soit évalué en vue d'un traitement, cela peut être une chimiothérapie. **Dès que la famille arrive, elle demande à être reçue en début de consultation sans le patient et ils expliquent que le patient n'est pas au courant et qu'il ne faut pas lui dire.** Donc on se retrouve un peu embêté puisqu'on est là pour l'évaluer pour un traitement spécifique du cancer et qu'il faut qu'il sache un peu ce qu'on va lui administrer et pourquoi on lui donne. Ce sont des situations qui peuvent mettre mal à l'aise. »*

On se retrouve avec une inversion des rôles parents enfants où les enfants prennent les décisions et pas le patient âgé.

D – Les représentations de « l'association cancer et grand âge »

Dr Cummin : « Je pense que c'est plus compliqué dès que l'on parle de patient âgé de cancer. On nous demande directement son pronostic et limite « combien de temps qu'il lui reste à vivre ». On veut savoir son devenir avant d'écouter son histoire et de prendre en compte le patient donc de suite la communication commence d'une façon particulière »

L'association cancer et grand âge peut être un frein à la prise en charge. Les patients âgés étant déjà perçus comme des patients fragiles, le rajout du mot cancer est vu comme une double peine et vient renforcer le principe d'incertitude que l'on peut avoir en cancérologie. La moitié des médecins interrogés trouvaient que dès qu'ils devaient discuter de patients âgés et qu'ils rajoutaient le mot cancer cela entraînait une certaine démotivation de leurs collègues.

« C'est une leucémie aiguë, est ce que cela vaut vraiment le coup de lui faire un myélogramme vu son âge et elle en a pour combien de temps à vivre ».

Dr Vanille fait un parallèle du mot « cancer » avec le mot « troubles neurocognitifs ». Pour lui, certains médecins estiment qu'une fois qu'un patient âgé est atteint de cancer c'est un peu « une fin en soi ».

« Je vois beaucoup le cancer du sujet âgé comme les troubles cognitifs c'est-à-dire que pour le spécialiste c'est une fin en soi. Quand on voit écrit cancer, quand on voit écrit Alzheimer cela veut dire que tout le reste on ne va pas lui proposer, on ne fera pas donc c'est vraiment une perte de chance parce que l'on ne se pose même pas la question de savoir si c'est un cancer débutant, si c'est un cancer in situ, s'il peut avoir une petite chirurgie, s'il peut être en rémission...il est vieux eh bien écoutez voilà...dommage pour lui. »

Certaines pathologies notifiées dans les dossiers médicaux peuvent changer la vision des médecins et avoir un impact sur la prise en charge du patient.

Dr Safran : « Après c'est sûr qu'avec certaines disciplines il faut un peu plus négocier quand il s'agit de parler d'oncologie chez un patient âgé. En réanimation, par exemple, on va

directement poser la question du devenir et un patient âgé avec un cancer même curable peut être vite récusé...il faut négocier »

De plus, les médecins avaient l'impression que les prises en charges pouvaient être plus lente quand le patient était âgé avec un stade avancé. Ils avaient l'impression qu'on ne s'obligeait pas à prendre en charge dans des délais raisonnables contrairement à des patients âgés plus jeune ou plus en forme.

*Dr Persil : « au fur à mesure que les patients arrivent à un stade avancé et où on a l'impression quelque fois que ben c'est avancé, qu'on sait que c'est palliatif et donc il n'y a pas d'urgence. Du coup cela traîne ça traîne et parfois on a l'impression que **l'on oublie que le fait que ce soit avancé qu'ils ne sont pas à l'abri de complications et qu'il faut qu'ils soient quand même vu dans un délai raisonnable [...] on a l'impression qu'ils sont moins...pas moins efficace (pause) mais moins rapide.** »*

E – Focus sur les patients avec des troubles neurocognitifs

Pour les médecins de l'étude, la gestion des patients avec des troubles neurocognitifs étaient compliqués.

Pour eux c'étaient des patients qui avaient une perte de chance et ils étaient perçus comme difficile à gérer.

De plus, quand ils ont des troubles neurocognitifs même légers, ils avaient l'impression que l'on ne leur proposait ni traitement, ni prise en charge.

III – Une prise en charge multidisciplinaire

A – La prise en charge du patient âgé cancéreux doit être multidisciplinaire

Tous les médecins pensaient que la pluridisciplinarité était un atout dans la prise en charge des patients âgés de cancer. La multidisciplinarité était pour eux capital.

Travailler à plusieurs leur permettait de prendre de la hauteur sur les dossiers et de « *voir les patients âgés pour ce qu'ils sont vraiment* ».

Pour Dr Cannelle, chaque médecin, du fait de sa spécialité, apporte une part de son expertise.

Dr Cannelle : « Je peux bien donner un avis sur la fragilité du patient, sur les comorbidités qu'il a, sur son état général et pour autant je ne suis pas chirurgien, anesthésiste ou oncologue. Je ne connais pas toutes les chimiothérapies, toutes les chirurgies. »

Pour trois d'entre eux, la complexité des dossiers de prise en charge de patient âgé nécessiterait des prises en charge coordonnées afin d'éviter de perdre du temps.

Dr Cummin : « On serait plus efficace si on s'y mettait plusieurs disciplines pour échanger sur les dossiers et on perdrait moins de temps. En tout cas en ce qui concerne les dossiers d'onco-hémato il faudrait systématiquement, un onco, un hémato et un gériatre pour staffer les dossiers. Il y aurait moins de perte de temps et de perte de chance. »

Cependant, il soulignait la difficulté à mobiliser leur confrère dès qu'ils présentaient un patient âgé atteint de cancer. Mais difficulté à recueillir des avis car médecins moins mobilisés lorsqu'on parle de patient âgé.

Avant de s'investir du dossier on va vérifier le devenir et s'assurer que cela en vaille vraiment la peine

L'association cancer et patient fait souvent peur et donc c'est une perte de chance pour le patient et cela entraîne une lenteur dans la prise en charge.

B – La communication entre médecins

Tous les médecins trouvaient que la réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) leur permettait de communiquer et d'échanger. Cette réunion de concertation pluridisciplinaire est vu comme un espace d'échange et de partage avec les différentes spécialités médicales pour adapter au mieux la prise en charge.

Dr Safran : « On travaille avec toutes les spécialités que l'on voit en RCP et avec qui on échange mais majoritairement pendant les RCP. »

Dr Curry : « En règle générale, les échanges se font là-bas sauf cas exceptionnels de patients qui loupent des rendez-vous ...et là on les appelle de façon plus spécifiques »

Cependant, ils déploraient le manque de communication hors réunion de concertation pluridisciplinaire. On passe en réunion de concertation pluridisciplinaire qu'au moment où l'on a un diagnostic. Mais pour avancer dans le diagnostic de cancer et pour préparer les différentes prises en charge ils avaient l'impression d'avoir beaucoup de mal à se parler et se comprendre.

Dr Persil : « Il y a la RCP qui coordonnent un peu tout ça mais c'est vrai que s'il y a un geste à faire et que le patient n'est pas dans le service où le geste doit se faire on a toujours l'impression qu'il y a soit un oubli, soit un retard qui doit se faire, qu'il faut relancer...voilà. Quelque fois...c'est...(silence)...même si tous les spécialistes qui sont sur le dossier sur le cas du patient sont au courant et savent ce qu'ils ont à faire dès fois cela peut être difficile de tout coordonner pour que les choses se passent bien. »

Cinq médecins expliquaient que selon les disciplines ils avaient l'impression de ne pas avoir les mêmes priorités ou objectifs.

Dans l'aide au diagnostic, quatre d'entre eux relataient qu'ils avaient du mal à obtenir des avis clairs et rapides parfois quand il s'agissait de personnes âgées et qu'ils devaient insister mais que dans l'ensemble ils avaient quand même des retours

« On est face à une prise en charge un peu urgente à mettre en place et on n'a pas forcément les spécialistes disponibles au moment où on a besoin et on est obligé de débrouiller un peu la

*situation et après on adapte un peu avec l'avis des spécialistes. **Quelque fois euuh...euuh... (silence)...cela peut être difficile de faire venir les spécialistes en service de gériatrie.** »*

Le grand âge pouvait parfois effrayer leurs collègues et ils doivent beaucoup plus insister pour motiver leurs interventions

Dr Poivre : « Ce qui refroidit clairement les chirurgiens c'est le grand âge...au-delà de 85 ans et surtout à partir de 90 ans tout le monde avance à reculons y compris les anesthésistes. »

Les mêmes remarques se font concernant le suivi des patients âgés atteints de cancer. Malgré la mise en place du dossier médical informatisé auquel tous les médecins auraient accès beaucoup d'informations étaient perdues.

Dr Safran se plaignait de ne pas être informé de l'hospitalisation de certains de ses patients alors qu'ils travaillent dans le même hôpital. Il expliquait que c'étaient les patients quand ils avaient la capacité de le faire qui l'informait d'une hospitalisation. Il reprochait à ces autres collègues de n'être centré que sur leur propre discipline lors de certaines prises en charge.

*Dr Safran : « Je supposais qu'avec l'arrivée de l'informatisation des dossiers cela allait aider à mieux communiquer. Tous les services utilisent le même logiciel donc on devrait avoir toutes les infos pour nos patients et pourtant **on a beaucoup de mal à échanger à croire que l'on regarde que notre discipline et pas le reste.** Entre les hospitalisations à domicile, les cliniques, et les services même du CHU ce n'est vraiment pas ça...**On a des patients qui sont hospitalisés au CHU et l'oncologue n'est même pas au courant qu'il est hospitalisé.** »*

D'autres déploraient le manque de transparence dans certaines prises en charge et deux spécialités d'organes expliquaient qu'ils avaient dû mettre en place des doubles suivis pour les patients âgés atteints de cancer car ils n'avaient pas toujours d'information concernant leur prise en charge oncologique : l'oncologue faisait le suivi et eux faisaient le leur afin d'éviter des couacs.

Par ailleurs, cinq d'entre eux ont souligné la perte de chance que le manque de communication entraînait pour les patients en règle générale même lorsqu'ils ne sont pas âgés, mais cela augmentait aussi la charge de travail pour les médecins eux même

Certaines décisions étaient discutées plusieurs fois et on se rendait compte de cela au bout de 4 ou 5 jours.

Dr Safran : « Souvent on a des pertes de chances. On a des informations qui sont perdues entre deux services et parfois ces informations sont relativement importantes.

Il y a quand même des redondances aussi : les mêmes choses qui ont été discutées et rediscutées avec une équipe sont rediscutées avec une autre équipe et du coup on refait le travail deux fois. Le patient a une prise en charge pluridisciplinaire mais pourtant quand il est dans un service on n'échange pas entre discipline et parfois oui cela a un effet sur la prise en charge du patient. Surtout les patients âgés qui ne sont pas toujours au fait de toutes leur prise en charge et qui ne peuvent pas donc pas toujours partager l'information avec les médecins qui les prennent en charge. »

Ils ont tous expliqué que cela fonctionnait mieux une fois qu'ils choisissaient un collègue référent avec qui il créait du lien, des relations cordiales et amicales et à ce moment ils avaient des retours beaucoup plus vite. Ils préconisaient tous de créer des bonnes relations et avoir un bon contact avec un spécialiste référent dédié mais après cela entraîne une différence de prise en charge. Ils parlaient aussi de volonté personnelle. Le mot « personne dépendante » était présent dans chaque entretien quand il s'agissait de parler de la communication entre les médecins.

*Dr Vanille : « Je pense que si on arrive à avoir un bon contact avec un oncologue ou un gastro-entérologue eh bien c'est un patient qui ne va pas attendre qui va avoir ses examens ou pas parce qu'on est pertinent. **Tu peux avoir un confrère qui te fait une échographie ou un scan alors que si c'est quelqu'un d'autre il ne l'aurait pas fait.** Je trouve que l'on doit vraiment améliorer cette communication mais d'un autre côté **c'est un sacré biais et c'est dommage car cela veut dire que c'est personne dépendante et comme c'est personne dépendante si on a un gériatre qui a l'habitude de travailler tout le temps avec un gynécologue par exemple ben ses patients seront toujours vu mais cela ne se fera pas avec tout le monde.** »*

Plusieurs d'entre eux appliquent cette technique pour faciliter leur prise en charge et reconnaissent que cela leur permet d'avoir des retours plus rapides.

Dr Persil : « Il y a une bonne entente avec le médecin oncologue avec moi. Je pense que j'ai plus de facilité à les avoir pour un avis et qu'ils sont plus réactifs quand je fais appel à eux que si c'est un autre médecin de mon service par exemple. »

C – Améliorer la communication afin de tenir un discours commun

Pour les médecins interrogés, la communication doit être améliorée afin de délivrer le même discours aux patients âgés mais surtout aux familles. L'expression « être sur la même longueur d'onde » revient dans les trois quarts des entretiens.

Ils relaient des épisodes où la communication médecin patient a été délétère car les médecins n'étaient pas sur la même longueur d'onde. Le discours et le parcours doit être cohérent quel que soit le professionnel impliqué dans la prise en charge surtout dans les situations complexes où on parle de prises en charge palliative. Dans les différents discours, les médecins parlent surtout d'une cohérence et d'un discours commun à tenir à la famille mais pas forcément aux patients.

Dr Curry : « En gros il faut que l'on arrive à être tous d'accord sur les conduites à tenir, la prise en charge et surtout que **l'on ait tout le même discours face aux parents du patient âgés...euh...euh la famille**. Si on décide que l'on ne fait pas d'acharnement thérapeutique et qu'il faut limiter les soins, on doit être tous d'accord mais pour cela on doit se parler entre nous. S'il y en a un qui dit bon ben je pense qu'il faudrait poursuivre ce n'est pas possible. »

Dr Persil : « Si euuuh si les versions sont différentes. **Si on n'est pas tous sur la même longueur d'onde et qu'un côté le patient ou sa famille entend qu'il y a quelque chose à faire que c'est possible et que de l'autre côté quelqu'un leur dise que non ce n'est pas possible que cela va être compliqué euh qu'il y a trop de risques**. Les patients sont perdus, les familles aussi et ils se rattachent aussi quelques fois à une petite lueur d'espoir et c'est vrai que le plus souvent ils voient les spécialistes de façon assez espacée et la façon de communiquer les choses sur leurs maladies ou les prises en charge peuvent être interprétées différemment par la famille et le patient. »

Dr Cannelle partageait dans son entretien son vécu concernant parfois ces difficultés de communication. Elle expliquait comment elle a dû faire une annonce de prise en charge palliative à un patient suivi pour un cancer de la prostate et où les professionnels qui gravitaient autour de ce patient n'ont pas échangé entre eux et surtout avec le patient et sa famille.

La famille pensait qu'on était encore dans un projet de soins curatif après avoir rencontré l'oncologue mais l'urologue référent n'avait pas encore communiqué le dernier résultat du bilan d'extension qui retrouvait plusieurs métastases. Une fois hospitalisé elle a eu beaucoup de mal avec la famille.

Dr Cannelle : « Il avait un cancer de prostate suivi par un urologue puis perdu de vu. Il est revenu dans le circuit suite à une rétention aigue d'urine sur son cancer de prostate en évolution. Puis à sa sortie d'urologie il a été adressé directement à l'oncogériatre qui l'a directement fait hospitaliser. Il n'y avait pas l'air d'avoir un oncologue référent...(silence)...enfin le dossier n'était pas très clair.

(Silence)

La famille n'était pas prête à entendre les choses euuuh...après il est vrai que j'étais un peu embêté face à ce dossier. J'étais mal à l'aise car il manquait beaucoup d'éléments.

La famille était au courant du diagnostic de cancer mais il n'était pas au courant des métastases. Ce monsieur a eu une scintigraphie qui montrait des métastases osseuses avant d'être chez nous et la famille et encore moins le monsieur n'avait pas non plus l'air d'être au courant. Et chez nous on a en plus découvert des métastases au foie donc on a dû expliquer à la famille. »

Les problèmes de communication pouvaient entraîner d'autres soucis. Ainsi Dr Poivre expliquait qu'une de ses patientes a été contacté pour poser une chambre implantable avant qu'elle ait eu le temps de lui faire une annonce diagnostique. Les deux spécialistes n'ont pas eu le temps d'échanger entre eux et la phase d'annonce a été zappé.

« J'ai eu le cas encore hier où un patient que l'on a diagnostiqué qui a été staffé mardi dernier, que je devais voir en consultation pour l'annonce. Cette patiente est sortie avant que l'on ait

les résultats de sa biopsie et on ne peut pas faire d'annonce sans la biopsie sauf qu'entre temps on a eu les résultats des biopsies, le dossier a été staffé, décision de chimiothérapie et moi je n'avais pas encore vu le patient pour faire l'annonce...mais la chirurgie a déjà pris le relai et a contacté la patiente pour donner une date à la patiente pour poser une chambre implantable sans qu'il y ait déjà une annonce diagnostique. La patiente n'est donc pas allée au rendez-vous de pose de chambre...ce qui est compréhensible...j'ai eu la fille affolée qui est venu me voir car elle ne comprend pas pourquoi sa mère est opérée et que l'on ne l'a pas prévenue et que c'est un coup de fil anonyme qui l'appelle pour lui dire ce genre de chose »

D – La disponibilité de l'oncologue

Les médecins spécialistes d'organes et les gériatres étaient tous d'accord sur le fait que les oncologues avaient l'air débordés et qu'ils étaient parfois difficilement joignables. Ils les trouvaient disponibles au moment de la réunion de concertation pluridisciplinaire mais par la suite ou avant ce moment ils devaient fournir beaucoup d'efforts pour les joindre et discuter de leur prise en charge.

Toutefois il précisait qu'une fois qu'ils arrivaient à les joindre ils jugeaient que les oncologues étaient disponibles et à l'écoute.

Ainsi, ils ont tendance à appeler plus facilement l'oncogériatre que l'oncologue pour discuter des prises en charge de leur patient âgé car ils ont l'impression qu'ils sont plus facilement joignables et plus disponibles.

Dr Curry : « L'oncogériatre...En règle générale on n'appelle quasiment qu'eux et puis les diététiciens et la nutritionniste et l'équipe douleur. Les oncologues on discute avec eux en RCP. Je ne les appelle pas directement pour parler des patients. On en discute en RCP avec les oncologues et les radiothérapeutes »

Dr Cannelle : « Moi euuh en hospitalisation je fais beaucoup appel à l'oncogériatre et aux spécialistes d'organe. Je fais souvent appel aux urologues qui connaissent assez bien leur patient pour les cancers de prostates ou de vessie. Les gastroentérologues également.

J'avoue que j'appelle assez peu les oncologues. Ce n'est pas que je remette en doute leur compétence où quoi que ce soit mais c'est un réflexe que je n'ai pas car ils sont peu nombreux. Du coup...je... (silence) ...les spécialistes m'ont l'air plus disponibles... »

Dr Curry et Dr Poivre trouvait que les oncologues ne partageaient pas assez d'informations avec eux sur la prise en charge oncologique du patient quand il s'agissait de chimiothérapie ou de radiothérapie. Il n'avait pas toujours d'information sur comment se déroulaient les séances et si les patients étaient observants. Il ne recevait des informations qu'en fin de cure ce qui pour lui était dommage.

Dr Curry : « Après ce qui est le plus difficile c'est le manque de transparence avec certains services. Après c'est déjà connu de partout, travailler avec l'oncologie c'est compliqué. En fait pour avoir des informations spécifiques, si on veut savoir si le patient a pris son traitement ou juste savoir où il en est dans ses chimiothérapie c'est difficile. On doit les appeler tout le temps, on n'a pas toujours de retour par compte rendu et cela rend le suivi de nos patients compliqué surtout que les patients âgés ne peuvent pas toujours nous expliquer comment se déroule la chimiothérapie.

On fait un double suivi mais on n'a pas toujours accès aux informations. On fait un double suivi pourtant je n'ai parfois aucune idée de ce qui se passe en cours de traitement. Parfois j'ai l'impression que mon patient n'est pas assez observant et je dois galérer pour avoir cette information. C'est un peu difficile. C'est dommage »

Dr Curry et Dr Poivre expliquaient qu'ils avaient dû renforcer leur suivi et rajouter des consultations pour leur patients âgés atteints de cancer car ils trouvaient que l'oncologue n'avait pas forcément une prise en charge globale.

*Dr Poivre : « Avant une fois que l'on avait fait le diagnostic ce n'était que l'oncologue qui s'occupait du reste et le plus souvent on ne revoyait pas le patient ou on le revoyait quand la maladie récidivait. **Mais l'expérience m'a fait comprendre qu'il vaut mieux un suivi conjoint car l'oncologue n'a pas les yeux sur l'organe et sur le plan nutritionnel...bon je ne jette pas la pierre...mais ils sont assez débordés je pense** »*

Dr Vanille a tendance à ne pas appeler les oncologues car il a un recrutement de patients âgés spécifiques avec des troubles neurocognitifs et il a l'impression que les oncologues lui faisaient peu de retour mais qu'en passant par l'oncogériatre et les spécialistes d'organes elle arrivait à avoir des propositions de prise en charge. Il sait que ces patients ont peu de chance d'avoir une proposition de traitement mais il apprécie d'en discuter avec quelqu'un et de proposer une prise en charge afin de faire un retour aux familles et surtout aux patients.

Dr Vanille : « Non...Parce que j'avoue que j'ai...(silence)...comment dire...(silence) je n'ai peut-être pas suffisamment fouillé l'avis des oncologues mais je n'ai pas suffisamment vu...pas suffisamment de bons retours des patients que j'ai adressé aux oncologues et je pense que c'est lié euuuh....c'est un biais de recrutement.

Les patients que je suis ont des troubles neurocognitifs donc quand je les adresse en consultation je n'ai pas l'impression d'avoir des retours.

Par contre j'ai des retours des autres spécialités qui font des bilans et passe mes patients en RCP avec les oncologues...

L'oncologue oui lors de la RCP mais en dehors de la RCP j'avoue que j'ai assez...(silence) je ne fais pas trop appels à eux. »

Les oncologues, eux, sont moins tranchés. Ils expliquaient que selon la discipline :

- Ils trouvaient qu'on ne les appelait pas assez pour discuter des prises en charge des patients âgés. Ils avaient l'impression de découvrir des informations et reprochaient un certain manque de transparence dans les échanges avec les spécialistes d'organes
- Ou à l'inverse ils avaient l'impression que les appels étaient excessifs et qu'on attendait d'eux que l'on prenne tout type de décision juste parce que le patient avait un cancer.

« Avec certaines disciplines, dès que le patient est aux urgences, l'interne est tous les jours dans mon bureau et c'est excessif. On a l'impression que toutes les décisions doivent passer par toi et tu dois tout gérer juste parce que le patient a un cancer et d'autres fois « zéro info, même pas un courrier », il rentre, il sort d'hospitalisation et on n'est même pas au courant. »

E – Une filière et un parcours fléché et identifié pour le patient âgé atteint de cancer

Les médecins de ce travail qualifiaient le parcours du patient âgé de parcours « chaotique », « compliqué », « difficile » mais qui pouvait être « perfectible ». Ils s'accordaient sur le fait que le parcours de soins du patient âgé était loin d'être optimal.

Un parcours dédié permettrait d'uniformiser les pratiques et d'avoir des protocoles bien identifiés.

Pour les médecins interrogés, la plupart des problèmes soulevés par la prise en charge des patients âgés atteints de cancer pourrait s'améliorer avec la mise en place d'un parcours dédié à la personne âgée atteinte de cancer. Il existe déjà une filière pour les patients atteints de cancer mais il faudrait en avoir un spécifiquement pour le patient âgé avec des personnes habituées et formées à prendre en charge ce groupe de la population.

Cela éviterait les lenteurs de prise en charge au moment de réaliser le diagnostic et cela améliorerait le suivi des patients.

Dr Safran : « Cela peut être un parcours compliqué car il n'y a pas toujours des filières claires identifiées oncogériatrie. Donc on doit vraiment s'améliorer à dédier ou flécher un parcours pour ces patients afin d'aller un peu plus vite dans les prises en charge car ce sont patients qui vont vite décompenser leurs comorbidités et on arrive à ce moment-là trop tard. Du coup c'est clairement un parcours que nous devons encore améliorer. »

Pour trois d'entre eux, tout commence dès le dépistage du cancer. Ils avaient le sentiment que les patients âgés ne se sentaient pas concernés par le dépistage du cancer.

Ensuite, ils s'accordaient sur la difficulté à les faire hospitaliser pour réaliser les examens complémentaires nécessaires au diagnostic ou à les réaliser en ambulatoire. Certains émettaient l'hypothèse de mettre en place des lits dédiés d'oncogériatrie afin d'améliorer le parcours de ces patients âgés.

Dr Vanille : « il faut souvent multiplier les demandes et les examens et beaucoup de personnes finissent par laisser tomber et ne vont pas jusqu'au bout, puis ils sont perdus de vue et finissent

par arriver aux urgences pour ce fameux motif d'A.E.G (note du chercheur AEG = altération de l'état général) alors qu'il y avait un cancer que l'on aurait pu diagnostiquer dès le départ. Et ils sont là avec leur scanner dans tant de mois, tel examen à tel date...je pense vraiment qu'identifier des lits d'oncogériatrie ou un hôpital de jour dédié à ces patients permettrait de rattraper tout le monde. »

Selon Dr Cannelle, quand ils sont hospitalisés dans certains services cela peut être une perte de chance car elles avaient l'impression que les recherches de diagnostics ne se font pas toujours.

Dr Cannelle : « Cela dépend des services. C'est-à-dire quand ils vont dans...cela dépend du maillon. Quand ils sont hospitalisés...(silence) euuuh.... J'ai peut-être mal compris la question. J'allais dire...(silence)...il y a une perte de chance en fonction de la capacité à aller diagnostiquer le cancer selon l'endroit où le patient est hospitalisé... »

Concernant le manque de protocole et d'uniformisation des pratiques, plusieurs d'entre eux en voudrait plus afin qu'il n'y ait pas de différence de prise en charge quel que soit le patient, ses antécédents ou ses comorbidités.

Mais deux d'entre eux mettent en garde l'excès de protocole car les patients âgés restent des personnes à part entière et qu'ils sont tous différents.

« Ce n'est pas juste Mr untel tel âge...non il faut « c'est Mr untel, tel âge, tel autonomie, tel particularités au niveau de son cancer ».

Tout doit être pris en compte. On ne peut pas protocoliser une prise en charge, chaque prise en charge doit être personnalisée en fonction de chaque patient. La meilleure stratégie thérapeutique on ne peut la trouver qu'en discutant à plusieurs. »

IV – Rôle et place de l'oncogériatre

Ils avaient tous déjà entendu parler de l'oncogériatrie et étaient plutôt favorables à cette nouvelle discipline. Tous les médecins avaient une définition à peu près similaire de

l'oncogériatrie. Ils avaient tous l'habitude de travailler avec les oncogéiatres. Cela faisait partie de leurs pratiques professionnelles.

Ils parlaient tous d'une discipline qui était « jeune » et « nouvelle » mais qui leur paraissait être indispensable dans la prise en charge des patients âgés cancéreux. Ils se sont habitués à l'intégrer dans leurs pratiques.

Dr Safran : « C'est vrai que l'on a pris l'habitude de faire appel aux géiatres pour des évaluations chez les malades que l'on estime un peu limite. On a pris l'habitude de faire le score G8 avant de les orienter aux géiatres et à ce niveau-là cela se passe bien. »

Chacun d'entre eux ont défini le rôle et la place de l'oncogéiatre selon leur vécu dans leurs pratiques professionnelles.

A – Rôle d'expertise dans le dépistage de fragilité et dans l'adaptation du traitements anticancéreux

Ils définissaient tous l'oncogéiatre comme un expert dans le domaine du dépistage de la fragilité. Pour les médecins, le rôle de l'oncogéiatre était d'identifier les complications qui pouvaient apparaître au cours du traitement anticancéreux et d'aider à adapter les différents plans de soin proposés au cours de la réunion de concertation pluridisciplinaire.

Dr Cumin : « Il a un rôle global. Il participe et peut avoir une certaine autonomie dans le traitement du patient. Il participe également au RCP et donner son avis sur tel ou tel traitement. Il peut donner son avis sur le choix de la chimiothérapie en fonction des comorbidités, des antécédents, s'il est autonome s'il est seul à la maison et à la fois sur les antécédents. »

La majorité d'entre eux estimaient que l'oncogéiatre apportait une plus-value à la qualité de la prise en charge des patients âgés atteints de cancer.

Dr Safran : « C'est vrai que j'ai eu la chance de participer à plusieurs congrès où on ne parle que d'oncogériatrie. Je ne maîtrise pas trop les scores mais je sais que cela améliore la qualité de la prise en charge du sujet âgé. Cette évaluation est donc vraiment importante et a totalement sa place dans la prise en charge du cancer du sujet âgé. »

Dr Cannelle : « toutes les personnes âgées ne se ressemblent pas, chaque personne est différente...et aller évaluer la fragilité de chacun pour voir ses capacités et ses ressources par rapport à un traitement cela me semble capitale »

Pour les médecins, les gériatres mettaient en évidence des problématiques qu'ils ne visualisaient. Il le voit comme un expert dans la détection de fragilité.

« Nous on voit un patient de 80 ans et on se dit au ressenti : « bon lui il peut avoir une chimiothérapie » alors que quand le gériatre le voit il détecte des choses qu'on n'avait pas réalisé. On a besoin de se faire aider, d'avoir un avis d'expert »

B – L'oncogériatre a une vision globale de la personne âgée que les autres spécialités n'ont pas toujours

La moitié des médecins trouvaient que l'oncogériatre a une vision différente de celle des spécialistes d'organes.

Pour Dr Vanille, les gériatres ont « *des objectifs* » différents que les autres spécialistes d'organes. Ils ont l'impression que le gériatre a une vision plus globale et qu'ils pensent plus aux choses pratiques auxquels ils ne pensent pas tout de suite. De plus, ils ne se sentaient pas toujours formés à la prise en charge gériatrique.

Pour un des médecins, l'hyperspécialisation de la médecine peut faire oublier que derrière l'organe il y a un patient.

« Il travaille dans la globalité là où on peut avoir une vision très hyperspécialisée et on reste focus juste sur un organe même si je sais bien que l'on traite des personnes. »

Deux des médecins interrogés trouvaient que la vision de l'oncogériatre lui permettait de prendre de la hauteur sur les prises en charge et d'avoir donc un peu plus de recul concernant la prise en charge des patients âgés atteints de cancer.

Dr Safran : « Ils regardent l'autonomie du patient...euuh...tout ce qui participe à la prise en charge des patients gériatriques avec les échelles, que les autres spécialités ne savent pas vraiment regarder. En hématologie, on n'est pas toujours très à l'aise pour la prise en charge gériatrique. »

« Ils ont un peu plus de temps que nous pour faire le point sur l'histoire de vie des patients, ils arrivent à avoir des informations que nous on a du mal à avoir. Le gériatre a des questions sur la vie de tous les jours qui est la réalité du patient que nous on n'a pas toujours. Et ils vont vite être assez terre à terre et discuter du devenir, du traitement et surtout ils évaluent assez vite la capacité du patient à recevoir un traitement plus ou moins intensif. »

Dr Curry expliquait que les gériatres ont une vision différente du patient car ils ont une pratique clinique qui est différente. Travailler avec les gériatres lui permettait de mieux appréhender ses patients âgés et de mieux les comprendre.

Dr Curry : « C'est super important pour nous car c'est une vision que nous ORL on n'a pas forcément en pratique clinique. Les gériatres ont une vision du patient bien différente de la nôtre et ils prennent le temps d'évaluer leur besoin ce que nous on n'a pas toujours le temps de faire. On comprend un peu le fonctionnement des patients âgés. »

C – L'oncogériatre : aide à la prise en charge des soins de supports

En oncologie, les soins de supports sont définis comme « l'ensemble des soins et soutiens nécessaires aux personnes malades pendant et après la maladie. Ils se font en association avec les traitements spécifiques contre le cancer lorsqu'ils sont mis en place. »⁽³⁶⁾

Parmi ces soins de supports, l'on retrouve : la prise en charge de la douleur, la prise en charge nutritionnelle, la prise en charge psychologique du patient et de ses proches,

l'accompagnement social, la prise en charge des troubles de la sexualité, la gestion des effets indésirables de la chimiothérapie comme la fatigue ou les problèmes de peau.⁽³⁶⁾

Cinq médecins de l'étude estimaient que l'oncogériatre est nécessaire pour les aider à gérer les soins de supports des patients âgés car ils ne se sentaient pas toujours à l'aise de gérer la douleur ou la prise en charge de la nutrition.

Ce point de vue était aussi partagé par les gériatres participant à ce travail. Ils avaient l'impression que leurs collègues n'étaient pas à l'aise avec la gestion des soins de support.

« Les nutriments parentéraux, les sondes nasogastriques posé chez des patients âgés avec des troubles neurocognitifs c'est vraiment un gros souci, la gestion de la douleur du patient âgé. On ne partage pas le même point de vue que nos collègues. Régulièrement on se retrouve à refaire le point sur cela ou plutôt je pense qu'ils ne sont pas à l'aise sur ce genre de sujet. Ils s'en doutent qu'il n'y a pas toujours d'indication, ils sont mal à l'aise. »

Les oncologues de ce travail eux estiment que ce n'est pas la place de l'oncogériatre d'aider forcément à la gestion des soins de supports. Pour eux, la gestion des soins de support devrait être à la portée de tous les médecins : ce sont des habitudes à prendre. Il faudrait améliorer la formation des médecins à ce sujet. Selon eux, tous les médecins devraient pouvoir gérer les soins de supports. Le rôle de l'oncogériatre est vraiment dans l'identification des fragilités et l'adaptation des traitements anticancéreux.

Le gériatre est perçu comme étant plus dans le côté pratique, prend plus de temps pour gérer le vécu du patient. Selon certain médecin c'est à la portée de tous les médecins. Le rôle de l'oncogériatre est vraiment dans l'identification des fragilités.

*« Après je trouve qu'ils ont aussi vraiment leur place sur tout ce qui est soins de support : au niveau de la nutrition, douleurs, gestion de la iatrogénie. Mais en même temps c'est une question d'habitude. **Il faut mieux former les médecins, en général, pour qu'ils aient le réflexe de penser à la nutrition, à la douleur et penser à toutes les complications de l'alitement et penser au fait qu'un patient doit pouvoir rentrer chez lui. Cela ne devrait pas être réservé qu'aux oncogéiatres. C'est un peu du bon sens et pourtant on n'y pense pas assez et on appelle les gériatres sur ce genre de gestion.***

Une fois que les médecins prendront cette habitude cela ne sera plus la peine d'appeler les gériatres sur les soins de supports et ils feront leur travail d'expert sur tout ce qui est discussion d'oncogériatrie, de choix de chimiothérapie. Mais il faut juste mettre en place des protocoles, structurer les choses et il faut aussi qu'il y ait des bonnes volontés pour s'y mettre. »

D – La disponibilité des oncogériatres

Les médecins avaient le sentiment que les oncogériatres étaient plus réactifs et plus disponibles concernant la prise en charge de leur patients âgés atteints de cancer. Ils avaient tendance à appeler beaucoup plus facilement l'oncogériatre. Ils ne sollicitaient les oncologues que pour les réunions de concertations pluridisciplinaires. Ils avaient aussi tendance à adresser le patient plus facilement en consultation d'oncogériatrie pour la gestion du suivi.

Dr Vanille : « J'avoue que de plus en plus je confie les diagnostics de cancer aux oncogériatres »

Dr Curry : « L'oncogériatre...En règle générale on n'appelle quasiment qu'eux »

De plus, ils trouvaient qu'ils prenaient plus de temps avec les patients et arrivaient à avoir des informations qu'ils n'avaient pas.

Pour eux les consultations des oncogériatres étaient plus longues et plus complète.

Ils avaient le temps de réaliser les annonces et de réexpliquer les informations aux patients ainsi qu'au proches.

Les gériatres participant à ce travail avaient le même sentiment et partageait qu'ils avaient le même retour des patients et des familles après leur consultations de cancéro-gériatrie.

*« Médecin : Je pense **qu'en consultation d'oncogériatrie on répond beaucoup plus à leur question qu'en consultation d'annonce avec l'oncologue ou le spécialiste d'organe.***

Chercheur : Pourquoi pensez-vous cela ?

Médecin : Ben...(rire)...c'est simplement le retour qu'ils me font.

*Parfois ils ont vu le spécialiste d'organe donc je leur demande : « voilà vous avez vu le spécialiste. Que vous a-t-il dit ? ». Et en fait soit ils n'ont pas bien compris soit on leur a expliqué les choses et ils n'ont pas compris les termes ou ils ont compris les choses à moitié. C'est vrai que quand on lit le compte rendu de l'oncologue ou du spécialiste c'est écrit qu'ils ont reçu des explications claires. On reprend les explications avec eux et il y a des subtilités que l'on reprend avec eux sur toutes leur comorbidité et on leur explique pourquoi il y a eu des complications. **Ils arrivent mieux à comprendre les choses en consultations avec nous. Et c'est pour cela que nos consultations durent aussi longtemps »***

Deux des médecins trouvaient que le temps de la consultation oncogériatrique arrivaient au bon moment. La famille du patient et le patient avaient pris le temps de digérer les informations et les annonces et que le gériatre était perçu comme plus disponible pour réexpliquer à la famille et au patient son plan de soin, ses complications.

*Dr Cumin : « En plus, nous on les prend en charge dans un moment assez lourd. On les voit et dans un laps de temps très court ils enchainent diagnostic, annonce. Et l'oncogériatre arrive un peu au moment où ils sont en train de digérer toutes ses infos et **il prend le temps de parler de sujet du quotidien, de reformuler des choses et du coup ils sont là au bon moment et...ils ont la disponibilité ou la manière...je sais pas...de le faire. »***

Un des docteurs estimaient qu'à force de travailler avec les gériatres ils sentaient dans leur service qu'ils avaient besoin d'améliorer leurs échanges avec la famille mais surtout les patients. Les annonces de cancer sont des procédés qui sont codifiés et ils trouvaient qu'ils devaient mieux formaliser leurs annonces.

« Pour la personne âgée on peut vraiment mieux faire, notamment la personne âgée a ses spécificités...les troubles du comportement, il faut être plus présent pour les familles, prendre plus le temps. Dans notre service, avec les personnes âgées les choses ne sont pas très codifiées et en tout cas on y travaille mais il y a encore du travail dans l'accompagnement des familles surtout tout en mettant la personne âgée au cœur de nos soins car il s'agit surtout d'elle et de sa santé. Et c'est vrai que l'on doit encore s'améliorer un peu. »

D – L'oncogériatre est vu par les autres médecins comme une aide précieuse à la prise de décisions éthiques

Depuis l'arrivée de l'oncogériatrie, les médecins interrogés se sentaient plus légitimes et plus soutenue dans le choix de certaines décisions éthiques qu'ils avaient du mal à prendre. Ils n'ont plus l'impression que certaines décisions sont prises selon le ressenti des médecins, voire au hasard.

Dr Poivre explique que « *avec leur expertise c'est plus simple d'accepter de traiter ou de ne pas traiter* ». Les médecins se sentaient conforter dans leurs décisions surtout quand il s'agissait d'envisager une prise en charge palliative.

Dr Curry : « on arrive à s'entendre mais la donne a clairement changé depuis l'arrivée des oncogéiatries. C'est plus simple avec leur expertise d'accepter de traiter ou de ne pas traiter ou d'avancer dans les diagnostics.

*Cela serait encore plus intéressant, si l'on pouvait avoir quasi-systématiquement les géiatries dans les RCP. Leur présence permet de pousser les choses car sinon spontanément les collègues euuuh ont tendance à limiter les personnes âgées sans prendre le temps de considérer les personnes âgées entièrement. **Avant les décisions en RCP se faisait un peu au doigt mouillé selon l'âge du patient...et c'était un peu inconfortable** »*

De plus, certains voient la présence des oncogéiatries en réunion de concertation pluridisciplinaire comme un atout supplémentaire pour convaincre leurs collègues de ne pas s'arrêter à l'âge chronologique des patients

Un autre médecin expliquait que l'oncogériatrie à apporter « *un nouveau regard* » sur la prise en charge des patients âgés atteints de cancer. Il a permis de proposer des thérapeutiques à des patients âgés à qui on ne proposait rien auparavant. Pour Dr Safran, quand les médecins sont surpris par l'avis des oncogéiatries sur le fait de soigner un patient âgé c'est parce que cela interroge leur propre représentation.

Dr Safran : « L'oncogériatrie a permis d'apporter un nouveau regard sur le traitement des patients âgés. Cela a permis que certains patients âgés puissent bénéficier de thérapeutiques nouvelles car on a l'impression qu'avant dès que l'on a un sujet âgé c'était « ah ben comme il

est âgé on ne peut pas opérer, on ne peut rien faire ». Les collègues ont tendance à vouloir faire des doses trop basses et qui n'ont rien à voir avec la dose d'efficacité. Parfois on est vraiment surpris quand on réalise que le gériatre a décidé de traiter tel ou tel patient mais en fait cela nous bouscule surtout dans nos représentations et cela permet vraiment de changer les choses sur la prise en charge du patient âgé. »

Concernant, les prises en charge palliative :

Les médecins ne se sentaient pas toujours à l'aise quand il s'agissait de limiter les patients ou de passer à une prise en charge palliative. Ils préféraient faire appel à l'oncogériatre pour l'aide à la prise de décision. Ce ne sont pas des décisions simples à prendre et ils avaient l'impression que les gériatres étaient plus souvent confrontés à ce type de choix. Ils préféraient être accompagné, cela leur permettait d'échanger afin de prendre la meilleure décision pour leur patient.

Dr Poivre parlait de la nécessité de trouver avec les oncogériatre le bon équilibre pour qu'il n'y ait pas de perte de chance d'un côté et d'acharnement de l'autre.

« Pour moi il est vraiment important que la personne âgée soit mieux comprise, mieux appréhender dans toute sa globalité pour qu'il n'y ait pas de perte de chance d'un côté mais qu'il n'y ait pas d'acharnement de l'autre...et ça c'est un équilibre difficile à avoir »

Certains gériatres ont l'impression que dès que le patient arrive vers une fin de vie il y a un changement dans l'attitude des médecins - comme une perte d'intérêt – surtout pour les patients âgés et très âgés.

« Je suis parfois déçu de l'attitude de l'oncologue car j'ai l'impression que quand on arrive dans cette partie fin de vie, soins palliatifs ben ils ne sont plus très intéressé par ces patients...je parle vraiment des patients âgés voir très âgés »

CINQUIEME PARTIE : DISCUSSION

I – Discussion autour de la méthodologie

Ce travail reste un travail exploratoire et l'on ne peut pas ne pas pointer du doigt les biais et les limites présents dans ce travail.

L'échantillon reste un échantillon faible même si ce n'est pas toujours ce qui compte en qualitatif mais on ne peut pas faire des conclusions généralisables à toute la France avec cette étude.

Sur le plan méthodologique, ce travail présente certaines limites. Certains des médecins interrogés connaissaient l'investigateur et étaient peut-être plus à l'aise à partager leur expérience et leur vécu mais ils ont aussi pu se censurer sur certains sujets. Par ailleurs, le guide d'entretien semi-dirigé a pu induire certaines réponses. Au cours de la réalisation de l'entretien, lorsque nous posions la question concernant les relations entre les disciplines, nous avons perçus une certaine gêne avec des silences, des hésitations.

Nous ne pouvons donc malheureusement pas exclure des biais de mémoire c'est-à-dire des éléments de raisonnement qui leur échappent et des biais de désirabilité : le souci de plaire à l'interviewer.

Par ailleurs, la participation était volontaire. Les professionnels de santé les plus intéressés par le sujet du cancer du sujet âgé ont certainement répondu plus facilement aux questions. Nous ne pouvons pas, non plus, exclure un biais de recrutement concernant les médecins interrogés quand nous regardons leur moyenne d'âge et leurs spécialités.

L'enquête et l'analyse des entretiens ont été réalisées par la même personne faisant partie du domaine médical. Afin d'amener une autre vision et un autre regard à ces entretiens, nous aurions pu travailler avec un patient chercheur. Par ailleurs, avoir le point de vue des patients âgés et leur famille aurait pu être intéressant dans ce travail. Nous aurions pu proposer des entretiens aux patients âgés atteints de cancer ou réaliser des focus groupes afin qu'ils puissent donner leur ressenti concernant la pluridisciplinarité dans leur parcours et leur perception de l'oncogériatre.

II – Discussion des résultats

A – Perception et représentation des personnes âgées par les médecins

La vieillesse n'est pas une maladie mais c'est un terrain favorable au développement de maladies chroniques. Elle est donc très souvent assimilée à la maladie alors qu'en France seuls 18% des personnes âgées de plus de 75 ans déclarent un état de santé mauvais⁽³⁷⁾.

Bien qu'une bonne partie des personnes âgées de notre époque soit en plutôt bonne santé, les médecins interrogés dans notre travail percevaient les patients âgés comme des patients complexes et difficiles, avec des problématiques sociales lourdes. De nombreuses études tendent vers l'hypothèse que l'attitude des médecins change selon l'âge du patient^(23,38).

Les préjugés sur les patients âgés peuvent être un obstacle à une prise en charge adéquate. Ces résultats sont cohérents avec les données que l'on peut retrouver dans la littérature.

Une étude de Madan et al illustre cette situation⁽³⁹⁾: des étudiants en médecine ont remplis un questionnaire concernant la prise en charge qu'ils choisiraient pour un cancer du sein. Les étudiants choisissaient un traitement pour des patients dont seul le sexe, l'âge et l'origine ethnique variait. Une reconstruction mammaire était recommandée dans 95% des cas pour les patientes de moins de 31 ans versus 65% des cas chez les plus de 59 ans. Ainsi, à toutes les étapes de leur formation, les médecins peuvent avoir des perceptions négatives de la personne âgée.

Ces données ne sont pas propres aux médecins. Une étude qualitative réalisée au CHU de Liège sur des infirmiers exerçant en oncologie retrouvait les mêmes perceptions négatives du vieillissement⁽⁴⁰⁾. Les infirmiers devaient prononcer 5 mots leur venant à l'esprit lorsqu'on leur parlait de patient âgé. Puis, des juges ont noté ces mots afin d'évaluer leur négativité ou leur positivité. Ils ont ensuite pu réaliser un nuage de mots (Figure 1). Plus le mot est grand et plus il est cité.



Figure 1: Nuage de mots – Les mots cités par les infirmiers du service d'oncologie faisant référence à la personne âgée.

Des mots très forts et négatifs sont évoqués par les infirmiers de ce travail. La personne âgée nous renvoie à notre propre déclin et notre propre mort.

Dr Cannelle : « Alors encore une fois C'est peut-être le carré de white²...mais moi j'ai toujours l'impression qu'ils arrivent à l'hôpital trop tard. A chaque fois on découvre des cancers multi métastasés sur des anémies sévères...On voit surtout ceux-là. Ceux qui arrivent trop tard. »

Un des médecins interrogés parlait du carré de White (voir annexe et note de bas de page) et expliquait qu'elle avait tendance à voir des patients âgés grave. L'attitude des professionnels de santé est influencée par le comportement de la société mais aussi par ce qu'ils voient sur le lieu de travail. Du fait de leur pratique professionnelle, ils sont constamment en contact à des personnes âgées malade. Ce phénomène peut renforcer leurs représentations négatives de la vieillesse.

Nos prises en charges et nos décisions médicales sont souvent guidées par la perception, souvent inconsciente, que nous avons des personnes que nous traitons. Sous couvert de bienveillance, certaines attitudes changent face à des patients âgés comme parler plus lentement, utiliser des tournures de phrases plus simples ou donner moins d'information pour ne pas stresser le patient âgé. Prendre en charge un patient âgé revient à se questionner sur nos propres représentations du vieillissement et l'influence qu'elles peuvent avoir sur nos pratiques de soins. Selon moi, cela paraît d'autant plus indispensable car nous évoluons dans une société avec une vision du vieillissement qui est souvent biaisée.

² Carré de white : travail de recherche de Kerr white, issu de l'écologie médicale. Les patients qui consultent dans les CHU ne sont pas représentatifs de la population générale. Ils sont souvent plus grave. La prise en charge en contexte de soins primaire est donc différente car la probabilité en soins primaire de l'apparition d'une complication grave est plus faible

Nos perceptions négatives peuvent avoir des répercussions sur les prises en charges des patients et entraîner dans les suites une perte de chance.

La majorité des médecins de ce travail estimait que les patients âgés avaient un faible niveau d'implication dans leur soin et que leur famille était omniprésente. Selon les médecins interrogés, les patients âgés ne savaient pas prendre de décisions pour eux même et laissaient le médecin ou la famille décider à leur place. Ils sont aussi perçus comme peu intéressés par les stratégies de dépistage de cancer.

Plusieurs travaux de recherches montrent le contraire : les patients âgés souhaitent être informés du diagnostic, et des options thérapeutiques^(41,42). Trois cent quinze patients âgés ont été interrogés (moyenne d'âge de 79 ans) dans une étude anglaise et 88% d'entre eux étaient favorables à recevoir une information claire au sujet de leur maladie.

Un travail de mémoire réalisé par Cynthia Denis, une étudiante du master d'éthique, sur « l'empowerment » du patient en oncogériatrie sur une cohorte de patients âgés suivie en France retrouvait les mêmes résultats⁽⁴³⁾.

Ainsi, tous les patients de cette cohorte « ont exprimé le besoin d'information, l'envie de connaître l'origine de la maladie, et surtout son pronostic. Cela signifie que les personnes âgées souhaitent pouvoir se projeter dans l'avenir en imaginant ce que pourrait être l'évolution de la maladie. De façon intéressante, même lorsque les patients paraissaient détachés du cancer ou du suivi des soins, ils expriment toujours un besoin d'information. Les principaux adjectifs et notions associées avec l'information sont : vérité, franchise, complexité, incertitude, recherche sur internet, et rétention d'information par le médecin (43)»

Les médecins interrogés ont donc une vision faussée de la volonté des patients. Une étude réalisée par Elena Elkin montrait que dans la moitié des cas les médecins avaient une perception faussée du patient en termes d'informations pronostiques et de participation à la décision thérapeutique.

Du fait de leurs représentations erronées du patient âgé, on assiste à un décalage entre le désir d'information du patient et la reconnaissance de ce souhait par les médecins. L'information transmise au patient âgé par les médecins se retrouve adaptée aux représentations des soignants selon les circonstances.

Au cours de ce travail, chaque médecin nous a parlé de la présence des familles. La relation médecin-patient en gériatrie n'est pas toujours qu'en dualité avec le patient seul. On peut avoir une triangulation de la relation médecin patient.

La place de la famille dans cette relation tripartite reste une place d'accompagnement et de soutien. Les informations médicales sont avant tout à l'intention du patient. C'est au patient que revient le choix d'informer sa famille. L'implication des proches et le partage d'informations avec les proches doit se faire selon le choix et la volonté du patient. Même chez les patients atteints de troubles neurocognitifs, il n'y pas de raisons valables pouvant expliquer le manque de recueil de la volonté du patient concernant le partage d'information avec la famille. Le rapport du comité consultatif national d'éthique sur le consentement explique qu'« un état de dépendance n'est aucunement contradictoire avec la notion d'autonomie de la personne et l'altération de l'autonomie psychique n'interdit surtout pas la recherche systématique du consentement, bien au contraire, elle l'oblige d'autant plus⁽⁴⁴⁾. » Très souvent, l'annonce du cancer et le partage d'information sont faits à la famille dans un premier temps sans le consentement du patient, puis aux patients dans les suites⁽⁴⁵⁾. Certains médecins peuvent aller jusqu'à dissimuler la vérité ou l'atténuer compte tenu de ladite fragilité de leurs patients.

En France, les professionnels de santé sont liés au secret médical. Nous ne sommes pas censés dispenser des informations aux proches sans l'accord du patient.

« Toute personne prise en charge par un professionnel, un établissement, un réseau de santé ou tout autre organisme participant à la prévention et aux soins a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant ⁽⁴⁶⁾ ».

Cependant, dans le cas de diagnostic grave comme le cancer, la loi prévoit une dérogation pour les proches. Selon l'article R4127-35 du code de déontologie médicale, « [...] Un pronostic fatal ne doit être révélé qu'avec circonspection, mais les proches doivent en être prévenus, sauf exception ou si le malade a préalablement interdit cette révélation ou désigné les tiers auxquels elle doit être faite »

La présence des proches ne doit pas gommer les souhaits des patients âgés dans leur prise en soins.

De même que l'absence des proches ne doit pas être un frein à un accès aux soins. L'isolement social d'un patient ne peut être une raison valable pour ne pas soigner un patient âgé de cancer.

L'âgisme déforme la relation médecin personne âgée.

Dans notre société où le vieillissement de la population actuelle n'est plus un mythe, il faut repenser les représentations, les croyances partagées par les soignants concernant les personnes âgées.

Dans un contexte de vieillissement de la population actuelle comme future, il est important de repenser les représentations, les croyances et les attitudes partagées par les futurs médecins face aux personnes âgées. La sensibilisation des soignants aux préjugés liés à l'âge devrait être un préalable à toute prise en soin. La formation des soignants devrait tenir compte de ces aspects afin de les aider à faire face à l'âgisme.

En 1982, lors de la première assemblée mondiale sur le vieillissement, à Vienne ⁽⁴⁷⁾, une des recommandation était la suivante :

« Les gouvernements et les organisations internationales qui s'occupent du problème du vieillissement devraient mettre en œuvre des programmes visant à informer la population en général du sujet du processus de vieillissement et des personnes âgées. Cette sensibilisation devrait débiter dès l'enfance et être dispensée dans les établissements d'enseignement de tous les niveaux..., ce qui conduirait à une connaissance plus profonde du sujet et aiderait à corriger les attitudes stéréotypées que l'on observe trop souvent à cet égard dans les générations actuelles. »

Suivre cette recommandation pourrait être un bon début.

B – Pluridisciplinarité et communication dans la prise en charge du patient âgé

Les médecins interrogés de ce travail se plaignaient de la difficulté à communiquer entre discipline malgré l'existence d'outils informatiques comme les échanges de mail ou le dossier médical partagé.

L'hôpital est un endroit où on soigne les patients mais c'est surtout une institution avec plusieurs services et secteurs dont le bon fonctionnement repose sur la communication en milieu hospitalier. Cependant, elle a un fonctionnement en silo qui n'est pas toujours propice aux échanges entre soignants.

Sylvie Danquin disait dans son livre sur la coopération des réseaux de soins en cancérologie :

« Il n'y a que peu de vérités absolues en cancérologie, et donc place pour beaucoup d'opinions

diverses. Chaque discipline apporte ses possibilités. L'analogie la plus appropriée paraît être celle d'un orchestre symphonique : chaque instrument joue sa partition en harmonie plutôt que de tenir la même note que les autres instruments ou pire encore en cacophonie sans concertation ou direction. On peut pousser l'analogie en comparant le médecin responsable au chef d'orchestre qui dirige l'orchestre mais ne produit, en lui-même, aucun son. C'est toute l'équipe orchestrale qui enchante l'auditeur. »⁽⁴⁸⁾

Cette métaphore donne une vision de médecine collaborative différente d'une prise en charge fragmentée. Selon Sylvie Danquin, la pluridisciplinarité en oncologie fonctionne sur un principe d'interdépendance plus ou moins contraint entre plusieurs disciplines dont l'expertise et la légitimité ne sont pas discutables. On arrive à rassembler plusieurs disciplines sous le principe de la collégialité mais les échanges mobilisent « une négociation implicite ou explicite où chacun des acteurs accorde à l'autre le droit de connaître sa pratique pourvu qu'il prenne l'engagement que ceci ne deviendra pas un levier de pouvoir contre lui. »

La conciliation des langages hétérogènes et des cultures professionnelles différentes peut être difficile.

Certains médecins voyaient les oncogériatres comme des médecins pouvant les aider à la gestion des soins de supports comme la nutrition, la douleur, la prise en charge sociale. Cependant, la vision des gériatres est une prise en charge globale car le patient âgé a des spécificités, une histoire, un vécu mais c'est aussi le cas de n'importe quel patient. Tout médecin devrait être formé à prendre en charge leur patient dans la globalité et les accompagner sur tous les plans.

Cela revient à discuter des risques que peut engendrer l'hyperspécialisation. La modernisation de la médecine entraîne une hyperspécialisation des pratiques et permet de réaliser des prises en charge techniques, rigoureuses et minutieuses. En oncologie, par exemple, beaucoup de praticiens sont référents d'un seul organe pas plus. Ou parmi les cardiologues, on retrouve les rythmologues, les angioplasticiens, les coronarographistes. Tout ceci entraîne un morcellement de la prise en charge des patients. Si on revient à la conception hippocratique, on est sensé avoir une prise en charge holistique en médecine⁽⁴⁹⁾. Les organes ne peuvent pas être pris en charge séparément. La médecine hippocratique lie l'être humain à son environnement, un surmenage, une contrariété.

Bien sûr avec l'avènement des connaissances, dès le XIX^{ème} siècle la médecine a pris une autre direction depuis Bichat. Le concept de prise en charge globale n'était plus au goût du jour.

L'idée d'une prise en charge globale est de prendre en compte le patient dans son indivisibilité, dans son entièreté. Paul Ricoeur disait que le patient est un « malade, si l'on peut dire intégral; ce précepte s'oppose à la fragmentation qu'imposent aussi bien la diversité des maladies et de leur localisation dans le corps, que la spécialisation correspondante des savoirs et des compétences ; il s'oppose aussi à un autre ordre de clivage entre le biologique, le psychologique et le social etc... »⁽⁵⁰⁾

Plusieurs chercheurs critiquent l'utilisation du mot globale car cette notion ne prend pas en compte l'entièreté du patient. La vraie prise en charge globale selon Donation Mallet et Valérie Duchène, est l'interdisciplinarité⁽⁵¹⁾. Comme expliqué au début de ce travail, l'interdisciplinarité est « la pratique de professionnels poursuivant ensemble un objectif commun, et qui dialoguent régulièrement pour enrichir leurs points de vue, leurs stratégies d'intervention ». Ce n'est pas une juxtaposition de disciplines différentes.

Dans notre étude, la réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP), lieu d'échange sanctuarisé et codifié, permettait aux médecins d'échanger concernant la prise en charge de leurs patients mais hors RCP ils trouvaient que les échanges étaient compliqués et cela avait un impact sur la prise en charge des patients.

Les Réunions de concertation pluridisciplinaires sont des lieux de rencontre nécessaires entre spécialistes médicaux afin d'homogénéiser les propositions thérapeutiques en se référant aux données actualisées des connaissances médicales. Ce sont souvent des lieux d'expertise technique mono-disciplinaire avec peu de place pour les délibérations éthiques. Dominique Folscheid soulignait que « sitôt que les choix techniques remplacent les choix éthiques, la technique, bien loin d'être éthiquement neutre, devient éthiquement neutralisante »⁽⁵²⁾

L'interdisciplinarité n'est pas innée : c'est une construction, une démarche commune. L'interdisciplinarité permet d'éviter une hiérarchie entre les disciplines. Le soignant dans ses échanges doit s'échapper d'une interprétation mono ou pluridisciplinaire et accepter d'accueillir d'autres avis ou connaissances.

Cela nous renvoie au concept de l'éthique de la discussion qui est une réflexion sur les conditions requises pour une compréhension mutuelle des hommes⁽⁵³⁾. Elle a été théorisée par Jurgen Habermas⁽⁵⁴⁾ et Karl Otto Apel. En partant du principe de l'éthique de la discussion, cela me mène à la réflexion suivante.

Communiquer, selon le dictionnaire du Trésor de la Langue Française c'est « donner connaissance de quelque chose à quelqu'un, par relation plus ou moins directe avec le destinataire. »

Cette connaissance humaine, surtout en médecine, est incomplète et remplie d'incertitude. De plus, des biais cognitifs peuvent influencer cette connaissance. Ce postulat pose comme base l'humilité comme principe fondamental d'une éthique de la discussion. Le discours et l'échange doivent donc être nuancé car il peut y avoir pléthore de points de vue différents qui converge. L'autre pilier de l'éthique de la discussion est donc l'honnêteté.

Ce sont les bases d'une discussion constructive car nos perceptions déjà construite vont évoluer tout au long de la discussion. Il n'y a pas d'impératifs catégorique pour respecter ses règles mais si l'on ne fait pas la discussion ne peut être constructive.

De plus, le croisement des interprétations, des opinions permet de se défaire de ses représentations que l'on peut avoir envers les patients.

Selon les médecins interrogés, les difficultés des médecins étaient dû à des questions organisationnelles : pas assez d'oncologues, médecins débordés mais aussi étaient dû à la perception des médecins des patients âgé.

C – Rôle de l'oncogériatre

L'oncogériatre était perçus par certains médecin comme une solution à certains de leurs problèmes de communication avec les oncologues.

La solution qu'avait les médecins était d'orienter les patients vers les oncogéiatres afin d'avoir des réponses en termes d'aide diagnostic, de décision de traitement ou d'évaluation des fragilités car ils jugeaient l'oncogériatre plus disponibles. Par ailleurs, ils avaient l'impression qu'ils n'avaient pas besoin de justifier de la prise en charge du patient s'il était très âgé.

Ils avaient tous leur propre vision du rôle de l'oncogériatrie mais dans la majorité des cas ils le sollicitaient pour des problématiques en lien avec la prise de décision vis-à-vis des traitements ou avec les effets indésirables. Ils se sentent plus soutenu dans l'analyse bénéfice risque de l'instauration d'un traitement.

A l'unanimité, les médecins interrogés estimaient que l'oncogériatre avaient plus de temps et les ressources et compétences nécessaires pour discuter avec le patient et recueillir des

informations qu'ils avaient du mal à avoir comme l'environnement social, les antécédents. Ils estimaient que le temps passé avec les oncogériatres permettait aussi aux oncogériatres de réexpliquer la prise en charge, le diagnostic, les signes de gravité

L'oncogériatrie est la fusion de deux disciplines pourtant la collaboration professionnelle n'est pas clairement définie et il n'existe pas de parcours spécifiquement identifiés pour le patient âgé. Cela est en accord avec l'article de Routelous et al où les règles de la collaboration entre oncologues et gériatres sont tacites. La collaboration repose sur du volontariat et la conviction des médecins de l'efficacité de l'oncogériatrie. En effet, « le flou domine quant au partage des zones d'intervention. L'expertise gériatrique est mobilisée selon les besoins définis par les oncologues ou les chirurgiens. »⁽³¹⁾. La collaboration s'est donc établie d'abord plutôt par cooptation et réseaux interpersonnels.

La prise en charge oncogériatrique sur le territoire n'est donc pas standardisée d'autant plus qu'il n'existe pas d'unité d'oncogériatrie sur tout le territoire français. La mise en place de filière bien définie et identifiée à l'échelle nationale est primordiale afin de garantir une égalité d'accès aux soins à tous les patients âgés atteints de cancer sur le territoire. Toute personne âgée atteinte d'un cancer doit pouvoir recevoir le même type de soin adapté à sa condition. Par ailleurs, ils s'entendent tous sur le fait que l'émergence de l'oncogériatre est nécessaire pour eux. Plusieurs médecins ont expliqué qu'ils ont appris au contact du gériatre.

C'est à son balbutiement et il y a encore du travail mais on peut dire que l'oncogériatre arrive à :

- Échanger des connaissances et partager sa culture avec les autres médecins
- Collaborer sans imposer un rapport de pouvoir

Si on reprend la définition de Latour et al⁽⁵⁵⁾, le gériatre joue un rôle d'intermédiaire dans sa façon de faire circuler sa culture professionnelle. Cependant ce travail reste exploratoire sur un petit échantillon. La collaboration entre oncologues, spécialistes d'organes et gériatres augmente la quantité de connaissance partagée. Il y a un début d'organisation structurelle mais on retrouve surtout une « hybridation des cadres cognitifs » de l'oncologie et de la gériatrie.

CONCLUSION

L'oncogériatrie est une discipline récente qui paraît nécessaire et utile à la prise en charge des patients âgés atteints de cancer. Elle permet d'améliorer la prise en charge des patients cancéreux. Homogénéiser les pratiques sur tout le territoire et mieux répartir l'offre de soins sur le territoire permettrait de diminuer certaines pratiques âgistes.

Certains stéréotypes négatifs liés à l'âge peuvent avoir un impact sur la prise en charge des patients âgés. Il est nécessaire de mieux former les soignants mais aussi sensibiliser la société à ce phénomène.

Sous réserve d'un échantillon limité, l'oncogériatre peut être considéré comme un passeur de frontière dans le cadre de la convergence de discipline entre l'oncologie et la gériatrie.

Ce travail a voulu lancer une réflexion autour de la collaboration interprofessionnelle. Afin de prendre en charge un patient dans son indivisibilité, le travail en silo, en fragmenté ne doit plus être majoritaire. Il est nécessaire de faire exister de la porosité entre les frontières de nos disciplines, de nos professions et dans nos cultures professionnelles afin d'améliorer la prise en charge des patients âgés.

Avec la multiplication des travaux de recherche sur l'oncogériatrie, la distillation de la culture gériatrique et le soutien des institutions publiques, un des enjeux de l'oncogériatrie et de la prise en charge du sujet âgé atteint de cancer, en général, est de construire une interdisciplinarité réelle et forte. Continuer à construire une collaboration autour du patient âgé est capitale.

Afin de poursuivre ce travail, il faudrait :

- Protocoliser la prise en charge oncogériatrique avec un périmètre d'action plus claire
- Recueillir les besoins et les volontés des patients âgés de cancer
- Inclure un patient expert dans l'interdisciplinarité afin d'être conscient de nos biais cognitifs et adapter la filière à lui

BIBLIOGRAPHIE

1. Rapport du secrétaire général des Nations unies (introduction) [Internet]. [cité 12 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.un.org/annualreport/2018/pdf/fr/introduction.pdf>
2. Home [Internet]. [cité 12 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.who.int>
3. Bilan démographique 2021 - Insee Première - 1889 [Internet]. [cité 12 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/6024136>
4. Chen RC, Royce TJ, Extermann M, Reeve BB. Impact of Age and Comorbidity on Treatment and Outcomes in Elderly Cancer Patients. *Semin Radiat Oncol.* oct 2012;22(4):265-71.
5. Schiphorst AHW, Pronk A, Borel Rinkes IHM, Hamaker ME. Representation of the elderly in trials of laparoscopic surgery for colorectal cancer. *Colorectal Dis.* déc 2014;16(12):976-83.
6. Kirkhus L, Šaltytė Benth J, Rostoft S, Grønberg BH, Hjermsstad MJ, Selbæk G, et al. Geriatric assessment is superior to oncologists' clinical judgement in identifying frailty. *Br J Cancer.* 8 août 2017;117(4):470-7.
7. Rapport Vernant - Recommandations pour le 3ème Plan Cancer [Internet]. [cité 12 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/134000560.pdf>
8. Bourdieu P. Entretien avec Anne-Marie Métaillé, paru dans *Les jeunes et le premier emploi*, Paris, Association des âges [Internet]. 1978 [cité 12 mai 2022]. Disponible sur: <http://www.homme-moderne.org/societe/socio/bourdieu/questions/jeuness.html>
9. De Beauvoir S. *La vieillesse*. Gallimard. Gallimard; 1970. 816 p. (Folio Essai).
10. Caradec V. *Sociologie de la vieillesse et du vieillissement*. Armand Collin. 128 p. (La collection universitaire de poche).
11. Qu'est-ce que la silver économie ou économie des seniors ? [Internet]. [cité 27 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.economie.gouv.fr/entreprises/silver-economie-definition>
12. Lagacé. *L'agisme Comprendre et changer le regard* [Internet]. Presses de l'université de Laval. 2010 [cité 5 juin 2022]. (Ethiques - Philo communication). Disponible sur: <https://livre.fnac.com/a2809998/Martine-Lagace-L-agisme>
13. Benson B. Cognitive bias cheat sheet [Internet]. Medium. 2021 [cité 27 mai 2022]. Disponible sur: <https://betterhumans.pub/cognitive-bias-cheat-sheet-55a472476b18>
14. Didier Martz, Billé M. *La tyrannie du bien vieillir. Le bord de l'eau*. (Clair et net).
15. Institut National du Cancer. *État des lieux et perspectives en oncogériatrie*. 2009.
16. Dramé M, Jovenin N, Ankri J, Somme D, Novella JL, Gauvain JB, et al. THE FRAILTY IN THE ELDERLY: ACTUALITY - PROSPECTS. *Gerontol Soc.* 2004;27109(2):31-45.
17. Faya-Robles A. La personne âgée « fragile ». *Anthropol Santé Rev Int Francoph Anthropol Santé* [Internet]. 7 nov 2018 [cité 13 mai 2022];(17). Disponible sur: <https://journals.openedition.org/anthropologiesante/4341?lang=en>
18. Bohic N. Note de problématique : notion de fragilité en gériatrie. 2013.
19. Clegg A, Young J, Liffé S, Olde Rikkert M, Rockwood K. Frailty in Older People. *Lancet.* 2 mars 2013;381(9868):752-62.
20. Loi n° 96-63 du 29 janvier 1996 en faveur du développement des emplois de services aux particuliers (1).

21. Kirsch M. Vieillesse et maladie : un regard philosophique. *médecine/sciences*. 1 oct 2007;23:38-42.
22. Quand gériatres et cancérologues s'allient [Internet]. *Les Echos*. 2011 [cité 5 juin 2022]. Disponible sur: <https://www.lesechos.fr/2011/11/quand-geriatres-et-cancerologues-sallient-403749>
23. Samet J, Hunt WC, Key C, Humble CG, Goodwin JS. Choice of Cancer Therapy Varies With Age of Patient. *JAMA*. 27 juin 1986;255(24):3385-90.
24. Cohen HJ. Geriatric principles of treatment applied to medical oncology: an overview. *Semin Oncol*. févr 1995;22(1 Suppl 1):1-2.
25. Balducci L, Extermann M. Management of cancer in the older person: a practical approach. *The Oncologist*. 2000;5(3):224-37.
26. Courpron P, Droz J. How to teach geriatric oncology. *The 6th International Conference on Geriatric Oncology. Second meeting of SIOG (International Society for Geriatric Oncology)*; 2001 sept 15; Lyon.
27. Dunet MHR, Vitoux A. Développement de l'oncogériatrie dans le cadre du Plan Cancer. *médecine/sciences*. 1 oct 2007;23:47-51.
28. Azan S. La RCP d'onco-gériatrie modifie-t-elle le plan de traitement oncologique initialement prévu par le cancérologue référent? [Internet] [Médecine humaine et pathologie]. Montpellier-Nîmes; 2018. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02952165>
29. Fauquert B, Drielsma P, Prévost M. Pluri-, multi-, inter-, trans- ou in-disciplinarité? *Fédération Maisons Médicales*. mars 2016;(74):35-40.
30. Divenah AL, David S, Bertrand D, Châtel T, Viillard ML. Multidisciplinary consultation meetings: decision-making in palliative chemotherapy. *Sante Publique (Bucur)*. 29 mai 2013;25(2):129-35.
31. Routelous C, Lapointe L, Vedel I. Le rôle des passeurs de frontières dans la mise en place de la collaboraton pluridisciplinaire en médecine. *J Gest Déconomie Médicales*. 32:481-99.
32. Levina N, Vaast E. The Emergence of Boundary Spanning Competence in Practice: Implications for Implementation and Use of Information Systems. *MIS Q*. 2005;29(2):335-63.
33. Cross RL, Parker A. *The Hidden Power of Social Networks: Understanding How Work Really Gets Done in Organizations*. Harvard Business Review Press; 2004. 228 p.
34. Denis J, Contandriopoulos J. *Gouvernance clinique : discussion et perspectives, Praiques et organisations des soins*, vol. 39-3, juillet- septembre 2008,. *Pratique et organisation des soins*. sept 2008;249-54.
35. Lejeune C. *Manuel d'analyse qualitative : analyser sans compter ni classer*. De Boeck Supérieur. 2019. 162 p.
36. Les soins oncologiques de support – ONCORIF [Internet]. [cité 29 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.oncorif.fr/prises-en-charge-specifiques/les-soins-oncologiques-de-support/>
37. État de santé de la population – France, portrait social | Insee [Internet]. [cité 2 juin 2022]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4238405?sommaire=4238781#tableau-figure2>
38. Fentiman IS. Are the elderly receiving appropriate treatment for cancer? *Ann Oncol*. sept 1996;7(7):657-8.
39. Madan AK, Aliabadi-Wahle S, Beech DJ. Ageism in medical students' treatment recommendations: the example of breast-conserving procedures. *Acad Med J Assoc Am Med*

Coll. mars 2001;76(3):282-4.

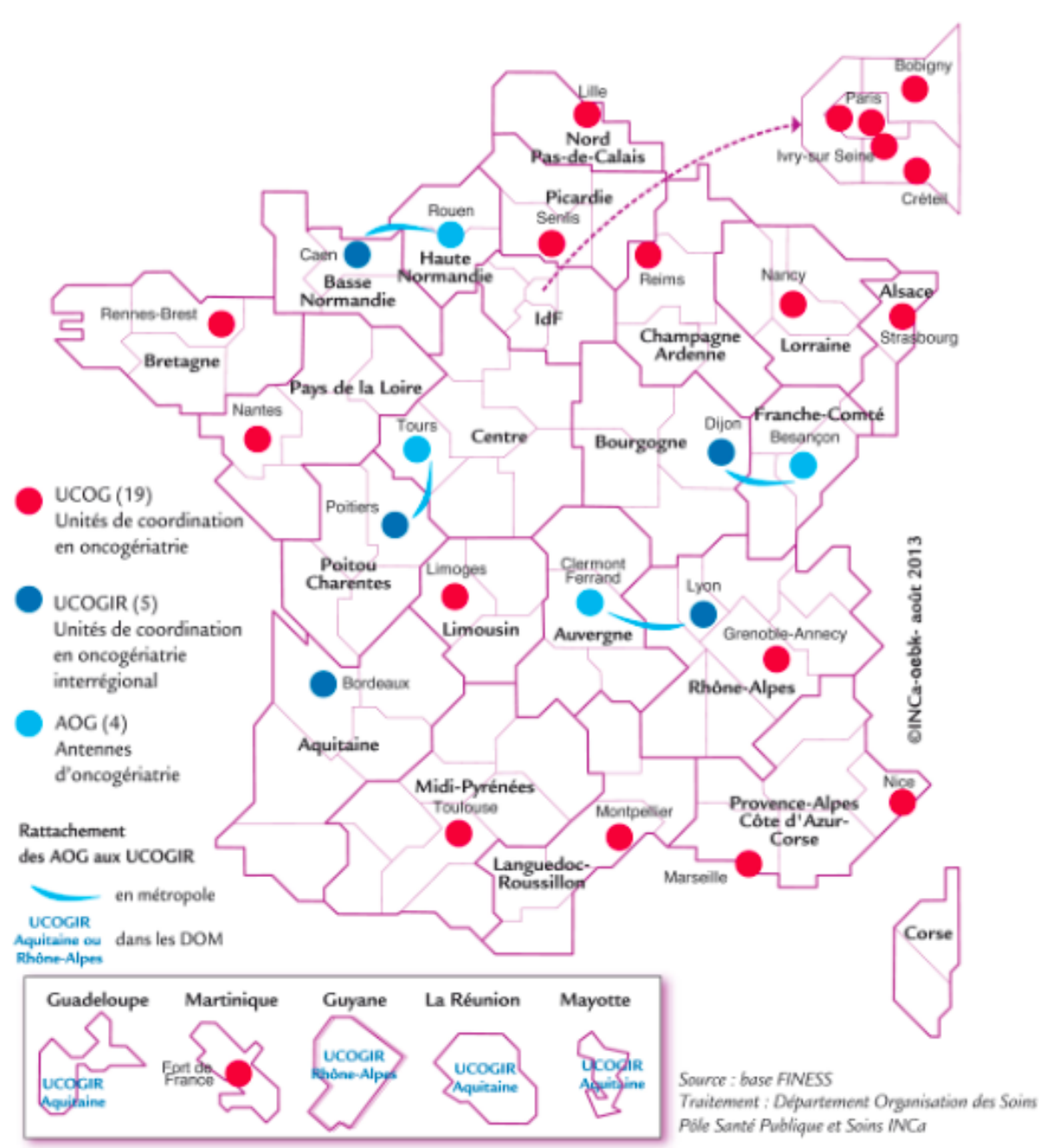
40. Schroyen S, Missoten P, Jerusalem G, Gilles C, Adam S. Ageism and caring attitudes among nurses in oncology. *International Psychogeriatrics*. 2015;
41. Ajaj A, Singh MP, Abdulla AJJ. Should elderly patients be told they have cancer? Questionnaire survey of older people. *BMJ*. 17 nov 2001;323(7322):1160.
42. Giacalone A, Blandino M, Talamini R, Bortolus R, Spazzapan S, Valentini M, et al. What elderly cancer patients want to know? Differences among elderly and young patients. *Psychooncology*. avr 2007;16(4):365-70.
43. Denis C. Étude de l'empowerment du patient en oncogériatrie: quels sont les besoins des personnes âgées atteintes d'un cancer? 2020.
44. Comité consultatif national d'éthique pour la vie et la santé. L'évolution des enjeux éthiques relatifs au consentement dans le soin. 2021 avr p. 50. Report No.: 136.
45. Barruel F, Brunel P, Kraeuter K, Maillet D. Oncogériatrie et psychologie : un autre regard sur le sujet âgé. *Bull Cancer (Paris)*. 1 avr 2008;95(8):121-7.
46. Article L1110-4 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 4 juin 2022]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000043895798/
47. Nations U. Première Assemblée mondiale sur le vieillissement, Vienne 1982 | Nations Unies [Internet]. United Nations. United Nations; [cité 4 juin 2022]. Disponible sur: <https://www.un.org/fr/conferences/ageing/vienna1982>
48. Denquin S, Ferrand A. 12. La coopération et la pluridisciplinarité comme principes normatifs : les réseaux de soins en cancérologie [Internet]. Presses de l'EHESS; 2004 [cité 5 juin 2022]. Disponible sur: <http://www.cairn.info/normes-et-valeurs-dans-le-champ-de-la-sante--9782859528829-page-177.htm>
49. Collectif. Médecine: Histoire illustrée de l'antiquité à nos jours. Illustrated édition. Paris: Larousse; 2017. 288 p.
50. Ricoeur P. Les trois niveaux du jugement médical | Revue Esprit. Esprit Presse [Internet]. déc 1996 [cité 5 juin 2022]; Disponible sur: <https://esprit.presse.fr/article/paul-ricoeur/les-trois-niveaux-du-jugement-medical-10677>
51. Mallet D, Duchêne V. Globalité et médecine moderne. *Laennec*. 2008;56(2):35-49.
52. Bernard-Douchez MH, Feuillet-Le Mintier B, Folsheid D. Philosophie, éthique et droit de la médecine. *Droit Société*. 1999;42(1):552-5.
53. Jaffro L. Habermas et le sujet de la discussion. *Cites*. 2001;5(1):71-85.
54. Habermas J. De l'éthique de la discussion [Internet]. Flammarion. 2013 [cité 5 juin 2022]. 208 p. Disponible sur: <https://editions.flammarion.com/de-l-ethique-de-la-discussion/9782081305786>
55. Latour B. Changer de société, refaire de la sociologie [Internet]. 2006 [cité 5 juin 2022]. 400 p. (Armillaire; vol. 79). Disponible sur: <http://www.cairn.info/revue-politix-2007-3-page-231.htm>
56. Budowski M, Gay B. Comment former les futurs généralistes ? De la difficulté pour les généralistes de nombreux pays à enseigner dans les écoles ou les facultés de médecine. *déc 2005;143(75):3*.

TABLE DES FIGURES

Figure 1: Nuage de mots – Les mots cités par les infirmiers du service d'oncologie faisant référence à la personne âgée.	64
---	----

ANNEXES

Annexe 1 : Les 28 UCOG dont 4 AOG



Annexe 2 : Grille G8



Grille G8

Outils de dépistage de la fragilité des personnes âgées prises en charge pour un cancer

Identité du patient (étiquette)	Pathologie :	Service :
		Nom du professionnel ayant rempli cette grille :
		Profession :
		Date : / /

ONCODAGE est le nouvel outil d'évaluation de l'état général de patients âgés ayant un cancer. Cet outil permet de détecter de manière rapide et sûre lors d'une consultation si une évaluation gériatrique plus approfondie du patient est nécessaire avant la mise en place d'un traitement.

Questions	Réponses	Score
Le patient présente-t-il une perte d'appétit ? A-t-il mangé moins ces 3 derniers mois par manque d'appétit, problèmes digestifs, difficultés de mastication ou de déglutition ?	Anorexie sévère	0
	Anorexie modérée	1
	Pas d'anorexie	2
Perte récente de poids (<3mois)	Perte de poids > 3 kg	0
	Ne sait pas	1
	Perte de poids entre 1 et 3 kg	2
	Pas de perte de poids	3
Indice de masse corporel (IMC= [poids]/ [taille]² en kg par m²)	IMC< 19	0
	19 ≤ IMC ≤ 21	1
	21 ≤ IMC ≤ 23	2
	IMC ≥ 23	3
Motricité	Du lit au fauteuil	0
	Autonome à l'intérieur	1
	Sort du domicile	2
Problèmes neuropsychologiques	Démence ou dépression sévère	0
	Démence ou dépression modérée	1
	Pas de problème psychologique	2
Prend plus de 3 médicaments	Oui	0
	Non	1
Le patient se sent- il en meilleure ou moins bonne santé que la plupart des personnes de son âge ?	Moins bonne	0
	Ne sait pas	0.5
	Aussi bonne	1
	Meilleure	2
Age	> 85	0
	80-85 ans	1
	< 80 ans	2

Le score est égal à la somme des scores obtenus pour chaque question.
Si le score est ≤ 14, une évaluation gériatrique est recommandée.

Score = [] / 17

N° d'appel pour prendre RDV : _____

Référence : Validation of the G8 screening tool in geriatric oncology : The ONCODAGE project P. Soubeyran, ASCO ANNUAL Meeting 2011

Annexe 3 : Grille d'entretien semi dirigé

- 1) Décrivez-moi votre activité actuelle
- 2) Décrivez-moi une situation où vous avez dû prendre en charge un patient âgé atteint de cancer
- 3) Faites-vous appel à d'autres spécialités pour prendre en charge vos patients âgés de cancer ?
- 4) Si non : pourquoi ?
- 5) Comment qualifiez-vous la communication entre les disciplines ?
- 6) Pensez-vous que la communication entre les disciplines est compliquée ?
- 7) Quel impact la communication a sur la prise en charge des patients ?
- 8) Comment trouvez-vous le parcours de soin des patients âgés atteints de cancer ?
- 9) Avez-vous déjà entendu parler de l'oncogériatrie ?

Annexe 4 : Mail d'information et prise de contact

Je suis VAINQUEUR Larissa et je suis CCA en gériatrie au CHU de Guadeloupe.

Dans le cadre de mon Master 2 en Éthique médicale de l'Université de Paris (laboratoire de recherche ETRES), j'effectue sous la tutelle du Dr Bernard Ennuyer un travail de recherche. Mon sujet porte sur la prise en charge du sujet âgé atteint de cancer.

Je souhaiterais dans ce contexte interroger des médecins oncologues, gériatres ou des spécialistes d'organe prenant en charge des patients âgés atteints de cancer.

Afin de mener à bien ce travail, je réalise des entretiens semi-dirigés. La durée des entretiens est estimée à une trentaine de minutes.

Si vous acceptez de participer, notre entretien sera enregistré puis anonymisé afin de réaliser une analyse par thème. Les enregistrements ne seront accessibles qu'aux personnes travaillant sur cette étude c'est-à-dire mon directeur de mémoire et moi-même.

Les données seront intégralement détruites à l'issue du délai accordé pour leur exploitation.

Vous aurez bien sûr accès à toutes les données concernant votre entretien et aurez le droit de les rectifier pour inexactitude ou de les détruire si vous le souhaitez.

Les résultats de l'étude peuvent vous être communiqués si vous le souhaitez et vous serez informé de tout projet de publication.

Je vous remercie d'avoir pris le temps de lire ce mail d'information.

Si vous êtes intéressé par ce projet vous pouvez me contacter par mail ou par téléphone pour que nous puissions convenir d'une date d'entretien.

Dans l'attente d'une réponse que j'espère favorable, recevez mes salutations distinguées.

Dr VAINQUEUR Larissa
CCA Gériatrie – CHU Guadeloupe

Annexe 5 : Carré de White⁽⁵⁶⁾

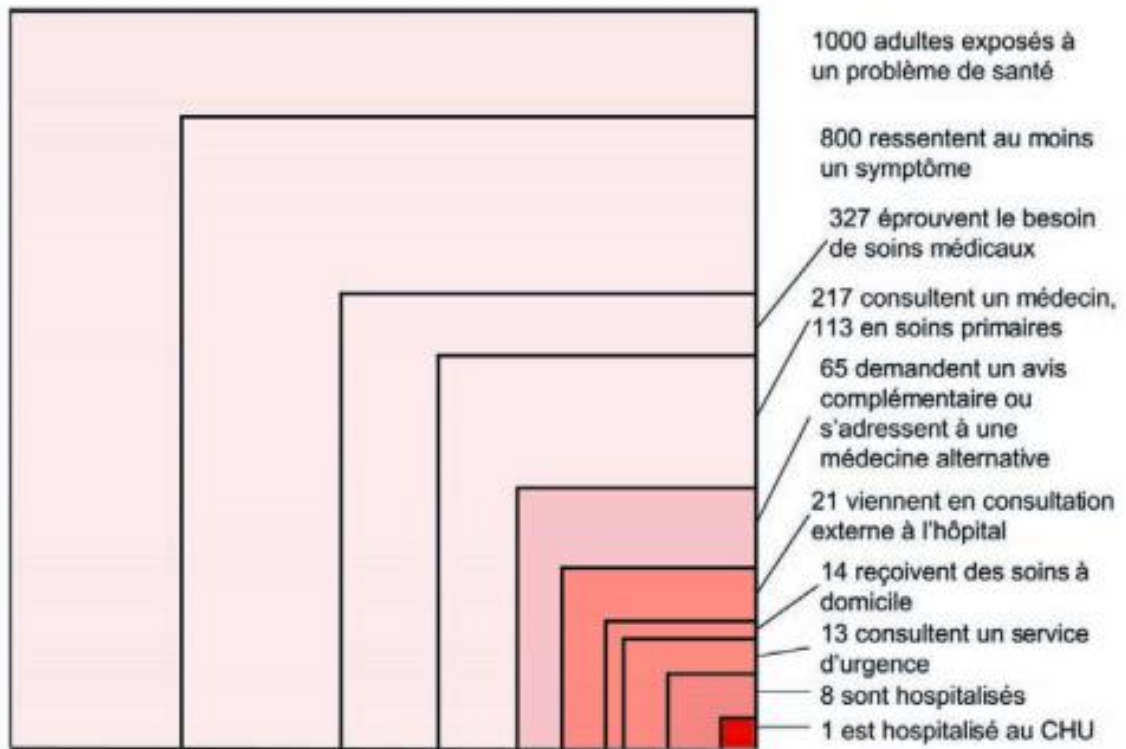


Figure 2 : Répartition des soins de santé pendant 1 mois