

Année 2014

n° _____

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

NOM : SEFSSAFI Prénoms : Abel Pierre Jean

Date et Lieu de naissance : 13/03/1987 à Montauban (82)

Présentée et soutenue publiquement le : 11 Septembre 2014

**PLACE DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE DANS LA
DÉCISION DE SOINS CHEZ LE PATIENT ÂGÉ ATTEINT
DE CANCER**

Président de thèse : **Professeur** Agathe RAYNAUD-SIMON

Directeur de thèse : **Docteur** Sophie MOULIAS

Membres du jury : **Professeur** Laurent TEILLET

Professeur Olivier SAINT-JEAN

Docteur Tristan CUDENNEC

DES de Médecine Générale

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier en premier lieu le Docteur Sophie MOULIAS, pour m'avoir dirigé dans ce travail, pour son soutien, sa patience et sa disponibilité, et pour avoir su m'inciter à aller jusqu'au bout de ma recherche.

Merci également au Docteur Tristan CUDENNEC de m'avoir soutenu, de m'avoir fait partager son intérêt sur la question, et d'être une source d'inspiration de tous les jours.

Merci aux médecins qui ont accepté de me recevoir en entretiens, et à ceux qui ont pris le temps de répondre au questionnaire.

Merci au Professeur Agathe RAYNAUD-SIMON, au Professeur Laurent TEILLET et au Professeur Olivier SAINT-JEAN qui ont accepté de juger ce travail.

Merci au Docteur Christiane VERNY, qui m'a appris la médecine.

Je tiens également à remercier les médecins avec qui j'ai eu l'occasion de travailler pendant mon internat, notamment les Docteurs Nicoletta BRUNETTI, Béatrice GONZALEZ, Julie ATTAL, et l'équipe de gériatrie de l'hôpital Ambroise Paré, à savoir les Docteurs Rodolphe DAIRE, Charlotte NALINE, Adèle De MALHERBE, Amélie AREGUI.

Un merci particulier au Docteur Philippe SPECIEL, qui m'a fait découvrir la médecine générale dans des conditions rêvées.

A mon père qui est une source de bons conseils, à ma mère, mes sœurs, ma nièce, mon filleul qui sont par leur seule présence un soutien indicible, et à toute ma famille.

Enfin un merci infini à ma famille parisienne : Myriam, Megane, Claire, Camille et Marina, sans qui la vie serait bien morose...

Ce travail est dédié à ma grand-mère qui est à mes côtés depuis 3 ans, pour me protéger, me soutenir et pour m'avoir montré le chemin et me permettre de garder foi en ce que je fais...

TABLE DES MATIERES

1/ Introduction

2/ Généralités

- 2.1/ Épidémiologie des cancers en France (3)
 - 2.1.1/ Données générales
 - 2.1.2/ Épidémiologie des cancers chez les plus de 85 ans
- 2.2/ Activité hospitalière en cancérologie en 2012 (3)
 - 2.2.1/ En milieu hospitalier
 - 2.2.2/ En secteur HAD et SSR
- 2.3/ L'oncogériatrie
 - 2.3.1/ Problématiques de l'oncogériatrie (4)
 - 2.3.2/ L'évaluation oncogériatrique
- 2.4/ Parcours de soins (3)
 - 2.4.1/ Le dispositif d'annonce
 - 2.4.2/ La réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP)
 - 2.4.3/ Le programme personnalisé de soins (PPS)
 - 2.4.4/ Le programme personnalisé de l'après-cancer
 - 2.4.5/ Organisation de la prise en charge en oncogériatrie (10)
- 2.5/ Oncogériatrie et médecine générale
- 2.6/ Le médecin généraliste dans le plan cancer
 - 2.6.1/ Plan cancer 2009-2013
 - 2.6.2/ Plan cancer 2014-2019
- 2.7/ Objectifs de l'étude

3/ Méthode

- 3.1/ Choix de la méthode
 - 3.1.1/ Intérêt de la recherche qualitative
 - 3.1.2/ Intérêt de la recherche quantitative
 - 3.1.3/ Démarche éclectique
- 3.2/ Identification des thèmes et élaboration du guide d'entretien
- 3.3/ Réalisation des entretiens
- 3.4/ Méthode d'analyse des résultats
- 3.5/ Élaboration du questionnaire
- 3.6/ Diffusion du questionnaire
- 3.7/ Recueil et analyse des données

4/ Résultats

- 4.1/ Entretiens
 - 4.1.1/ Caractéristiques des médecins interrogés
 - 4.1.2/ Analyse des entretiens

- 4.1.2.1/ Définition et intérêt de l'oncogériatrie
- 4.1.2.2/ Positionnement par rapport aux conduites de recherche de lésions malignes chez les personnes âgées
- 4.1.2.3/ Avis sur l'intérêt d'orienter en consultation spécialisée un patient âgé porteur d'une lésion suspecte
- 4.1.2.4/ Place au niveau de la réunion de concertation pluridisciplinaire et avis critique : existante, souhaitée...
- 4.1.2.5/ Place du médecin traitant dans l'information et la décision du patient
- 4.1.2.6/ Place dans le recueil des directives anticipées
- 4.1.2.7/ Place dans la gestion des soins palliatifs
- 4.1.3/ Synthèse
- 4.2/ Questionnaires
 - 4.2.1/ Caractéristiques des médecins interrogés
 - 4.2.1.1/ Exercice rural
 - 4.2.1.2/ Exercice semi-rural
 - 4.2.1.3/ Exercice citadin
 - 4.2.2/ Résultats

5/Discussion

- 5.1/ Avantages et limites de l'étude
 - 5.1.1/ Population étudiée
 - 5.1.1.1/ Éléments de démographie médicale en 2013
 - 5.1.1.2/ Comparaison avec la population étudiée
 - 5.1.2/ Avantages et limites liés à la méthode
- 5.2/ Analyse des résultats
 - 5.2.1/ Place du médecin généraliste dans la recherche de lésions malignes et conduite en matière d'orientation
 - 5.2.2/ Place du médecin généraliste autour de la RCP
 - 5.2.3/ Information du médecin traitant
 - 5.2.4/ Place du médecin généraliste dans le recueil des directives anticipées
 - 5.2.5/ Place du médecin traitant dans la mise en place des soins palliatifs
 - 5.2.6/ Ressenti exprimé des médecins généralistes interrogés

6/Conclusion

7/Bibliographie

8/ Annexes

1/ INTRODUCTION

Le cancer est en France la première cause de mortalité chez les patients de 75 à 84 ans. Passé cet âge, la tendance se renverse en faveur des maladies cardiovasculaires (1).

L'oncogériatrie est une discipline médicale dont le développement a été généré par l'évolution démographique de notre société.

Près de 355 000 personnes ont un diagnostic de cancer chaque année dont 200 000 hommes et 155 000 femmes. Ces chiffres ont doublé ces 30 dernières années du fait de l'augmentation de la population française et de son âge, de l'amélioration de la détection, mais aussi sur celui de nos comportements à risque (tabac, alcool, rayons UV), notre mode de vie (nutrition, sédentarité, obésité), et notre environnement (pollutions diverses, expositions professionnelles).

Le risque de décéder d'un cancer a toutefois diminué notablement grâce aux diagnostics plus précoces et aux progrès thérapeutiques. On peut affirmer qu'aujourd'hui plus d'une personne sur deux guérit après un diagnostic de cancer. Cette donnée générale masque de grandes disparités entre les patients, en fonction de la localisation du cancer et du stade de la maladie au moment du diagnostic. Malgré ces progrès, 148 000 personnes décèdent chaque année de leur cancer en France, dont 85 000 hommes et 63 000 femmes. (2)

La prise en charge de la personne âgée cancéreuse présente plusieurs particularités. Premièrement le patient âgé est rarement monopathologique et son cancer s'inscrit dans un cortège pathologique pouvant inclure une ou plusieurs insuffisance(s) d'organe(s) ou autre pathologie de fond, posant le problème d'une tolérance amoindrie aux traitements pouvant être proposés. En corollaire de ce premier point, le patient est souvent polymédiqué, ce qui pose la problématique des interactions médicamenteuses. Troisièmement, l'environnement social de la personne âgée n'est pas toujours propice à une prise en charge optimale. Enfin se pose le problème particulier des patients porteurs de maladies neuro-dégénératives qui, selon leur importance, altèrent non seulement les possibilités de traitement, mais posent aussi le problème éthique de l'acceptabilité d'un traitement agressif.

L'oncogériatrie s'est donc développée dans l'objectif de proposer aux patients âgés diagnostiqués d'un cancer une prise en charge adaptée, raisonnable et raisonnée en réunion de concertation pluridisciplinaire. Dans ce contexte, il est important d'évaluer, chez le patient diagnostiqué d'un cancer, la quantité et l'importance de ses comorbidités afin de ne pas traiter par excès un cancer d'évolution lente ne mettant pas lui-même en jeu le pronostic vital du patient plus rapidement que les dites comorbidités, ou *a contrario*, traiter un cancer dont la présence grève à plus court terme le pronostic vital ou fonctionnel du patient.

Le médecin généraliste est en première ligne dans la prise en charge de ces patients âgés en tant que soignant de proximité, « médecin de famille ».

Le plan cancer 2009-2013 mettait l'accent sur la volonté d'améliorer la prise en charge des patients âgés atteints de cancer et d'élaborer des stratégies de prise en charge spécifiques. Il souligne l'importance d'une amélioration du parcours de soins, notamment devant le manque de continuité entre la prise en charge hospitalière et la prise en charge des patients en ville.

Une récente étude de la Ligue Nationale Contre le Cancer a montré que la place du médecin généraliste était rarement reconnue à sa juste valeur.

S'il paraît évident de dire que le médecin traitant est au centre de la prise en charge des patients âgés atteints de cancers, en tant qu'interlocuteur direct, que coordinateur de

soins, le fait qu'il ait une place dans la décision prise quant aux soins à prodiguer à ces patients l'est beaucoup moins, alors qu'il va être en première ligne dans la prise en charge des retombées des traitements proposés (ou non).

Devant ces données, il nous est apparu légitime de poser la question de la place du médecin généraliste dans la prise en charge du patient âgé cancéreux et plus précisément dans la décision de soins, dont le médecin traitant semble évincé alors qu'il est considéré comme le pivot de la prise en charge de ces patients, pour lesquels il va devoir suivre et prendre en charge les effets secondaires du traitement ou du cancer. Étant le médecin le plus proche du patient, son avis pourrait permettre une proposition de prise en charge plus adaptée, dans l'objectif d'une médecine « au plus près du patient », conformément à ce dont l'oncogériatrie se veut garante.

L'objectif de cette étude était d'établir un état des lieux sur la place des médecins généralistes à l'heure actuelle dans la décision de soins chez cette population de patients âgés atteints de cancer, en matière d'orientation en premier lieu, autour de la réunion de concertation pluridisciplinaire, puis dans la prise en charge palliative, et de recueillir l'avis de ces mêmes médecins généralistes sur le sujet.

2/ GENERALITES

2.1/ Épidémiologie des cancers en France (3)

2.1.1/ Données générales

En 2012, le nombre de nouveaux cas de cancer en France métropolitaine est estimé à 355 000 dont 200 000 chez l'homme et 155 000 chez la femme. Chez l'homme, les trois cancers les plus fréquents sont ceux de la prostate (56 841 cas), du poumon (28 211 cas) et du côlon-rectum (23 266) pour les tumeurs solides. De même, chez la femme, il s'agit des cancers du sein (48 763 cas), du côlon-rectum (18 926 cas) et du poumon (11 284 cas). Concernant les hémopathies malignes, l'incidence est estimée à 35 000 nouveaux cas (19 400 chez l'homme et 15 600 chez la femme) et plus de 2/3 des cas sont des hémopathies lymphoïdes (lymphomes de Hodgkin et lymphomes non hodgkiniens).

Le nombre de décès par cancer en 2012 est estimé à 148 000 décès dont 85 000 chez l'homme et 63 000 chez la femme. Le cancer du poumon est la première cause de décès par cancer chez l'homme (21 326 décès) devant le cancer colorectal (9 275 décès) et le cancer de la prostate (8 876 décès). Chez la femme, le cancer du sein (11 886 décès) se situe au 1er rang devant le cancer du poumon (8 623 décès) qui arrive désormais en deuxième position et le cancer colorectal (8 447 décès).

2.1.2/ Épidémiologie des cancers chez les plus de 85 ans

Bien qu'en France les registres ne couvrent pas l'ensemble de la population française, ils permettent d'estimer l'incidence pour l'ensemble de la France. Cette estimation est fondée sur l'hypothèse que la survie ne diffère pas de façon majeure entre les 15 % de la population couverte par les registres et l'ensemble de la France.

Les cancers sont des pathologies du sujet âgé. Pour l'année 2008, les estimations montrent que 30,6 % des cas de cancers surviennent chez des hommes de plus de 75 ans, soit environ 63 000 cas et 6,1 % des cas au-delà de 85 ans. Cette proportion est de 31,4 % chez les femmes de plus de 75 ans, soit environ 46 000 cas et 9,9 % des cas au-delà de 85 ans. Mais l'âge de survenue varie beaucoup selon les localisations cancéreuses. Les sujets de 75 ans et plus représentent 62 % des cas de tumeurs invasives de la vessie chez les femmes et 46 % chez les hommes. Certaines pathologies hématologiques sont aussi plus fréquentes chez les sujets âgés, c'est notamment le cas des myélomes multiples et des leucémies lymphoïdes chroniques (LLC) (chez les femmes, 50 % des cas sont diagnostiqués à partir de 75 ans). Enfin, beaucoup de patients atteints de tumeurs digestives sont très âgés (40 % des cas de tumeurs colorectales chez les hommes et 52 % chez les femmes ont 75 ans ou plus, pour le cancer de l'estomac ces proportions sont respectivement de 44 et 59 % et pour le pancréas de 34 % et 51 %. En revanche, pour les cancers associés à la consommation de tabac et d'alcool (poumon, ORL, larynx, œsophage), la proportion de sujets âgés est plus faible surtout chez les hommes. Chez les femmes, on peut remarquer que seuls 20 % des cas de cancer du sein sont diagnostiqués après 74 ans.

Du seul fait de variabilité de l'âge de survenue des différents cancers, les problèmes et les priorités en termes de traitement ne sont pas les mêmes selon les catégories de patients auxquelles on s'intéresse.

On observe que dans la population féminine, plus on avance en âge, plus les cancers digestifs prennent une place importante alors que la fréquence des cancers du sein diminue. En effet, les cancers mammaires et gynécologiques représentent plus de la

moitié des cas avant 75 ans, mais seulement 1/3 après 75ans et 1/4 après 85 ans, alors que pour les mêmes tranches d'âge, la proportion de cancers digestifs est respectivement de 1/8, 1/4 et 1/3. Chez les hommes, en revanche même si la part des cancers digestifs augmente de façon importante et que les cancers pulmonaires et ORL diminuent, le cancer de la prostate reste le plus fréquent.

Le risque de décès liés au cancer est toujours plus élevé chez les sujets de plus de 75 ans. L'effet délétère de l'âge sur le pronostic est variable selon les cancers. L'augmentation du risque avec l'âge est parfois linéaire, c'est notamment ce que l'on observe pour les cancers du larynx ou de l'ovaire, mais le cas de figure le plus fréquent est une accélération de la dégradation du pronostic entre 60 et 70 ans. Par exemple, dans le cas du cancer du côlon-rectum, de l'œsophage, de l'estomac, du poumon, le mauvais pronostic lié à l'âge apparaît vers 65-70 ans et au-delà de 70 ans, le risque de décès augmente nettement.

Selon les chiffres de 2011 de l'Insee, le cancer est la première cause de mortalité en France devant les maladies cardiovasculaires en population générale. Ils demeurent la première cause de décès de 75 à 85 ans, puis la tendance s'inverse en faveur des maladies cardiovasculaires pour lesquelles l'imputabilité des décès augmente progressivement au niveau statistique avec l'âge.

2.2/ Activité hospitalière en cancérologie en 2012 (3)

2.2.1/ En milieu hospitalier

Selon l'InCa, près de 749 000 personnes (dont 52,1 % d'hommes) étaient traitées spécifiquement pour un cancer en hospitalisation de court séjour en 2012 (hors activité de radiothérapie dans le secteur privé libéral). Ce nombre est en constante augmentation depuis 2009 (+ 2,3 % entre 2009 et 2012).

Trois localisations (appareil digestif, sein, pathologies cutanées) concernent plus de 50 % des personnes hospitalisées pour le traitement d'un cancer.

Près de 376 300 personnes sont traitées pour chirurgie de cancer pour un nombre de séjours total de près de 424 300, soit une durée moyenne de séjour de 6,7 jours (variant de 0,7 à 31 jours selon les localisations cancéreuses). L'activité de chirurgie carcinologique représente environ 6 % de l'activité de cancérologie des établissements de courts séjours.

Près de 274 000 personnes sont traitées par chimiothérapie pour cancer, correspondant à 2 154 000 séances et 189 000 séjours. L'activité de chimiothérapie pour cancer représente 1/3 des prises en charges pour cancer dans les établissements de courts séjours.

Plus de 175 000 personnes sont traitées par radiothérapie pour cancer correspondant environ à 4 millions de séances, soit plus de la moitié de l'activité de cancérologie dans les établissements MCO. La moitié de l'activité de radiothérapie est assurée par les cabinets libéraux.

Près de 3 personnes traitées en hospitalisation sur 10 relèvent de l'oncogériatrie (âgées de 75 ans et plus) et sont supposés bénéficier d'une prise en charge *ad hoc*.

L'activité de cancérologie (un peu plus de 5 millions en termes de séances et de séjours) représente près de 20 % de l'activité hospitalière globale de court séjour. Les séances (radiothérapie hors cabinets libéraux) représentent près de 80 % des prises en charge pour cancer.

2.2.2/ En secteur HAD et SSR

Près de 34 000 personnes atteintes de cancer sont prises en charge en hospitalisation à domicile (HAD), totalisant près de 1 600 000 journées (soit près de 40 % de l'ensemble des journées réalisées en HAD).

Près de 3 500 atteintes de cancer sont prises en charge pour chimiothérapie en HAD, totalisant près de 430 000 journées (soit 10 % de l'ensemble des journées en HAD).

Près de 112 000 personnes ont une prise en charge liée au cancer en soins de suite et réadaptation, cumulant environ 4,3 millions de journées (soit 12 % des journées réalisées en SSR).

2.3/ L'oncogériatrie

2.3.1/ Problématiques de l'oncogériatrie (4)

Le dépistage à un âge avancé est différemment envisagé selon les sociétés scientifiques internationales. Le moment préconisé pour interrompre le dépistage des cancers colorectaux, du sein, du col utérin est variable. Les sociétés savantes urologiques recommandent en général un diagnostic individuel précoce du cancer de la prostate jusqu'à l'âge de 75 ans. Selon les recommandations européennes, les limites d'âge des dépistages sont précises : 60 ans pour le col utérin, 69 ans pour le sein, 74 ans pour le colorectal. Les recommandations américaines ne posent pas d'âge limite et proposent plutôt une conduite de dépistage selon les comorbidités et l'espérance de vie « prévisible ». Cependant, l'évaluation de ce dernier critère reste difficile à codifier à l'échelon individuel. Le bénéfice en termes de survie, face aux risques des techniques de dépistage, est abondamment discuté dans les publications : il paraît clair qu'il y a un bénéfice à rechercher et à traiter précocement un cancer chez les patients de plus de 70 ans dont l'état général est peu altéré ; le bénéfice, en termes de confort de vie, à traiter, selon des schémas adaptés, les patients âgés dont l'état général est altéré n'est pas ou peu étudié. L'hétérogénéité de l'état de santé du patient (c'est-à-dire une estimation de la probabilité de survie à un temps donné) est mise en parallèle avec l'hétérogénéité du pronostic des cancers (c'est-à-dire une estimation de la probabilité de survie ou d'expression clinique symptomatique à un temps donné) afin de proposer au patient, de la manière la plus conforme aux données de la science, une prise en charge la plus adaptée possible de son cancer selon si ce dernier grève le pronostic vital ou fonctionnel plus sérieusement que sa (ses) comorbidité(s).

Il est important de réfléchir à la nécessité de réaliser un diagnostic anatomo-pathologique de cancer en fonction du principe du rapport bénéfice- risque. En effet, il n'est pas rare de devoir avoir recours à des mesures invasives dont le profil de tolérance est d'autant plus hasardeux que l'âge avance. On peut citer l'exemple de biopsies de nodules pleuraux, exposant aux risques d'hémothorax, de pneumothorax, mais aussi à des douleurs secondaires. Un autre exemple plus commun est celui de la coloscopie, exposant au risque notamment d'accident anesthésique, de confusion post-anesthésique bien que ce risque soit minimisé du fait de la durée de l'anesthésie. Ce geste qui peut sembler banal pose également chez la personne âgée le problème de l'acceptabilité (et de l'efficacité pas toujours notée) de la préparation colique.

En pratiquant le diagnostic anatomo-pathologique, le risque est celui de la technique utilisée tandis que le bénéfice est de donner une information exacte au patient et donc de permettre une décision éclairée qui peut aller jusqu'à l'abstention de thérapeutique spécifique dans certains cas. De plus, il existe un bénéfice supplémentaire, celui d'avoir un diagnostic accessible au traitement, par exemple un lymphome ou une tumeur colique. Si on ne diagnostique pas cette affection, on écarte le risque inhérent aux techniques plus

ou moins invasives, mais il persiste l'inconvénient de ne pas informer le patient, qui est donc incapable de disposer de son libre arbitre. Les arguments en faveur du diagnostic anatomo-pathologique sont donc malgré tout forts, y compris dans les situations où une prise en charge palliative et/ou une abstention de thérapeutique spécifique est prévisible.

Les patients âgés sont des personnes autonomes, c'est-à-dire détentrices du libre choix dans la maîtrise de leur vie. (5) L'âge ne constitue pas une exception aux règles édictant l'information et la nécessité du consentement au soin. La poursuite de la démarche diagnostique et thérapeutique impose d'éclairer le patient et de discuter avec lui des décisions. Les écueils le plus fréquemment rencontrés face à ce concept éthique sont nombreux : – un entourage surprotecteur et/ou très angoissé qui refuse que la réalité médicale soit expliquée à la personne concernée ; juridiquement, l'annonce du diagnostic doit être faite au patient lui-même, l'entourage, même familial, n'est concerné qu'avec son accord ; – des troubles cognitifs entraînant une altération de la compréhension doivent être soigneusement évalués, des troubles mnésiques modérés n'altèrent pas le jugement, ils ne dispensent pas d'informer le patient sur sa maladie, comme le précise la loi du 4 mars 2002 ; en cas de déficit cognitif très évolué, la démarche sera probablement minimaliste et dépendra du statut juridique du patient. En cas de tutelle, le consentement du patient et du tuteur sont requis. (6) Ces difficultés entraînent des précautions supplémentaires dans l'annonce du diagnostic et nécessitent un climat de confiance, de la disponibilité et des termes adaptés.

Les réflexions dans la prise en charge diffèrent également selon le mode de découverte. La découverte fortuite d'une tumeur asymptomatique, à l'occasion d'un autre bilan, oriente la réflexion vers plus de précautions sur le maintien de la qualité de vie, elle impose une réflexion bénéfice-risque. Cette situation est la plus difficile, car elle nécessite une appréciation fine du risque lié au cancer par rapport au risque lié aux comorbidités. Idéalement, la décision devrait s'appuyer sur une évaluation de l'espérance de vie du patient ; celle-ci est hautement corrélée à l'état de santé et aux comorbidités associées. Or ce critère d'espérance de vie est standardisé pour une population donnée, il ne s'applique pas à un individu. Il serait utile de calculer individuellement une probabilité de survie à un temps donné mais cette notion reste imprécise et aléatoire. La découverte d'un cancer symptomatique permet une prise de décision plus facile, car elle a comme objectif d'améliorer la situation du patient. Mais les signes cliniques sont souvent banals, largement tolérés du fait de l'âge, par exemple : altération de l'état général, chutes, anémie... Cela explique des diagnostics plus tardifs, des prises en charge dans des situations d'urgence plus lourdes en morbi-mortalité. La réflexion oncogériatrique est alors trop tardive pour élaborer une prise en charge adaptée, elle ne peut se réduire à l'hébergement de patients supportant des complications thérapeutiques multiples. Lorsque le cancer est diagnostiqué à un stade avancé associé à un état polypathologique évolué, la décision doit se discuter avec un objectif de confort de vie accompagné d'une organisation de prise en charge palliative.

La grande question est de savoir si le traitement du cancer se fait de manière différente selon l'âge ou l'état de santé. Bien entendu, n'est pas envisagé ici le problème du déficit de prise en charge réel ; n'est envisagé que ce qu'on peut et doit faire. En chirurgie, la règle est qu'il n'y a aucune différence de technique ou d'indication vis-à-vis du cancer. Entre autres, cela permet de réaliser une chirurgie électorale et d'éviter la chirurgie d'urgence. Sont évalués les risques per- et postopératoires et les contre-indications anesthésiques proprement dites. Parfois, les contre-indications chirurgicales sont liées aux conséquences à moyen terme de l'intervention (par exemple la prostatectomie n'est pratiquement pas réalisée après 75 ans en raison du risque d'incontinence, mais la

cystoprostectomie pour cancer infiltrant de la vessie est faite à un âge même avancé avec une dérivation de type Bricker). En radiothérapie, la limite est fixée par la tolérance moindre de certains organes. Pour les traitements médicaux, la situation est différente. Un certain nombre de contre-indications sont, par exemple, liées à une fonction rénale très souvent diminuée, à une altération de la fonction cardiaque, à la fréquence des neuropathies périphériques et de leur impact fonctionnel. Se pose la question de l'utilisation de chimiothérapies adaptées (dose, mode et rythme d'administration), souvent prescrites de manière plus ou moins empiriques du fait du manque de données publiées. Par ailleurs, une prévention des complications hématologiques doit être réalisée.

2.3.2 L'évaluation oncogériatrique

Le questionnaire G8 (7) est un outil de dépistage gériatrique qui permet aux oncologues d'identifier, parmi les patients âgés atteints de cancer, ceux qui devraient bénéficier d'une évaluation gériatrique approfondie.

Cet outil a été validé dans le cadre de l'essai ONCODAGE promu par l'Institut National du Cancer. La généralisation de son utilisation est inscrite dans l'action 23.4 du Plan Cancer 2009-2013.

L'évaluation oncogériatrique permet d'apprécier l'état fonctionnel d'un patient, son degré d'indépendance dans les gestes et activités de la vie quotidienne, son état psychique (humeur, anxiété), cognitif et son état de nutrition. Elle apprécie également l'équilibre du patient, par des tests simples et recherche la notion de chutes. Les antécédents du patient et ses pathologies en cours sont également colligés, de même que les traitements pris par le patient, afin de rechercher d'éventuelles interactions, précautions d'emploi, ou contre-indications au traitement du cancer. L'environnement social du patient est également apprécié par les personnes de son entourage (conjoint, enfants, amis) susceptibles de l'aider dans la vie quotidienne et pendant la période de traitement de la pathologie tumorale. Cette appréciation permet de mettre en place un plan de soins qui va comprendre des aides extérieures éventuelles à mettre en place : présence d'une aide-ménagère ou d'une auxiliaire de vie au domicile pour la réalisation des tâches ménagères et l'aide du patient dans les courses, présence d'une infirmière pour aider à la prise de traitements, pour la mise en place de soins à domicile, prescription de kinésithérapie pour lutter contre la perte d'indépendance, pour favoriser la marche, la respiration ou l'équilibre.

L'évaluation gériatrique est au mieux réalisée par un oncogériatre, qui est un gériatre ayant une formation spécifique en oncologie.

Cette évaluation permet d'apprécier l'âge fonctionnel du patient et son espérance de vie, et, en fonction de l'évolution de la pathologie cancéreuse, de décider d'un traitement. Ainsi le médecin gériatre apporte des éléments aidant à la prise de décision en RCP.

Dans tous les cas, l'oncologue et le gériatre collaborent ensemble pour le patient afin de décider et entreprendre un traitement du cancer le plus adapté à sa pathologie, et à sa fragilité éventuelle, en tenant compte de sa volonté et de son avis.

2.4/ Parcours de soins (3)

2.4.1/ Le dispositif d'annonce

Le dispositif d'annonce du diagnostic de cancer actuel comporte plusieurs temps : un temps médical et un temps d'accompagnement soignant (suivi du temps d'accès aux soins de support et du temps d'information du médecin traitant). Ce dispositif progresse

dans la majorité des régions, principalement sur le volet des consultations médicales dédiées : 197 265 patients en ont bénéficié en 2010 et 242 342 en 2011, soit 68% des cancers incidents estimés. Même si ce taux s'améliore, il existe encore une marge de progression afin que toutes les personnes nouvellement diagnostiquées bénéficient de ce dispositif. Il en est de même pour les personnes qui ont bénéficié d'un entretien soignant spécifique en relais de l'annonce médicale, 153 614 en 2011, soit 43 % des cancers incidents (2009 : 35 % et 2010 : 37 %). Ces données sont à mettre en perspective avec les résultats de deux études portant sur le ressenti de l'annonce d'un cancer pour les malades, publiées en 2012 respectivement par la Ligue nationale contre le cancer et par l'INCa. Ces travaux montrent, en plus de l'intérêt pour les malades de pouvoir bénéficier lors de l'annonce d'une information adaptée ainsi que d'une écoute et d'un soutien suffisants, l'impact positif d'un dispositif structuré.

2.4.2/ La réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP)

Les RCP regroupent des professionnels de santé de différentes disciplines et dont les compétences sont indispensables pour prendre une décision accordant aux patients la meilleure prise en charge en fonction de l'état de la science du moment. Les décisions peuvent concerner la stratégie diagnostique et thérapeutique initiale ou lors d'une reprise évolutive ; ou la décision d'une stratégie palliative. Les RCP sont la règle pour la prise de décision en oncologie (cancérologie, hématologie), depuis le plan Cancer 2003-2007, consolidé par le plan Cancer 2009-2013 (8).

A l'heure actuelle, une RCP est composée de spécialistes uniquement, radiothérapeutes, oncologues, spécialistes d'organes (pneumologue et chirurgien thoracique, gastro-entérologue et chirurgien digestif, hématologue), gériatres/oncogériatres... La place du médecin généraliste n'est actuellement ni proposée ni effective.

En 2011, le nombre de dossiers déclarés enregistrés en RCP par les réseaux régionaux de cancérologie (RRC) dans leurs tableaux de bord a été multiplié par 3 par rapport à 2005 passant de 240 937 à 739 194. Le nombre de dossiers enregistrés en RCP correspond en moyenne à un peu plus de deux fois le nombre des cancers incidents estimés en 2012 ; les nouveaux cas de cancer sont présentés avant la mise en route du premier traitement. Un dossier peut être rediscuté dans les cas nécessitant une modification substantielle du traitement (par exemple, reprise évolutive, toxicité du traitement initial).

Selon une étude de 2007 (9), « l'approche multidisciplinaire est proposée dans de nombreuses situations cliniques répondant ou non au référentiel et l'avis de la RCP légitime la stratégie thérapeutique proposée. L'institution de ce processus décisionnel collégial porté par les médecins modifie progressivement et profondément la relation entre les médecins mais aussi les relations des médecins avec leurs patients en introduisant un tiers expert dans cette relation. L'évolution vers une expertise technique de plus en plus performante et la nécessité d'une décision collégiale caractérisent l'exercice médical. »

2.4.3/ Le programme personnalisé de soins (PPS)

Destiné au patient et transmis au médecin traitant, le PPS doit permettre de rendre le parcours de soins et le calendrier prévisionnel du programme thérapeutique lisibles pour les patients et d'informer le médecin traitant de la prise en charge proposée. Le contenu minimum, incluant un volet social, a été validé par le Comité des malades et des usagers de l'INCa. Le nombre de personnes ayant bénéficié de la remise d'un PPS a progressé, passant de 54 560 en 2009 à 101 959 personnes en 2011. Cette augmentation doit cependant se poursuivre, car le nombre de PPS remis et tracés par les RRC reste globalement très inférieur au nombre de cancers incidents. La fiche de détection des fragilités sociales élaborée par des représentants du travail social, et mise à disposition de

l'ensemble des professionnels de santé, permet une détection précoce des difficultés sociales dès le début de la prise en charge, et en cas de besoins, une orientation précoce des patients vers le service social.

2.4.4/ Le programme personnalisé de l'après-cancer

Le programme personnalisé de l'après-cancer (PPAC) a été mis en place dans le cadre de l'action 25.3 du Plan cancer 2009-2013, et testé par les 35 équipes pilotes expérimentant le parcours personnalisé des patients pendant et après le cancer, puis mis à disposition des professionnels de santé début 2012. Établi en concertation avec le médecin traitant, ce programme est destiné à être remis au patient à la fin des traitements actifs, pour lui permettre d'intégrer son suivi dans sa vie quotidienne. Adapté à ses besoins et révisable au fil du temps, le PPAC prend le relais du PPS en fin de traitement pour acter l'entrée dans une nouvelle période de la prise en charge, celle de l'après-cancer (ou de l'après-traitement). Il contient les éléments du suivi global du patient, incluant l'accompagnement social et l'accès aux soins de support, avec l'identification des relais de proximité nécessaires à la poursuite du suivi et à la prise en charge en soins de support. Il précise également les modalités de la mise en place de la surveillance médicale conjointe entre oncologue (ou spécialiste hospitalier) et médecin traitant pour le suivi des patients.

2.4.5/ Organisation de la prise en charge en oncogériatrie (10)

En 2012, on dénombre 225 517 patients de 75 ans et plus, soit près de 30,1 % de l'ensemble des malades traités pour cancer dans les établissements MCO. (3)

Le déploiement national d'unités de coordination en oncogériatrie a été finalisé. Conformément au Plan cancer 2009-2013, un appel à projets en 2011-2012 a permis d'identifier et de financer 24 unités de coordination en oncogériatrie (UCOG) déployées sur 18 des régions de la métropole et 1 département d'outremer. Ces unités ont pour missions au sein de leur région (ou territoire) de permettre à toute personne âgée de plus de 75 ans d'avoir un traitement oncologique adapté et une prise en charge gériatrique si nécessaire, de favoriser la mise en place d'essais cliniques dédiés à cette population, de soutenir la formation des acteurs impliqués et d'assurer une information aux patients, à leurs proches et au grand public. Pour les 4 régions de la métropole dépourvues d'UCOG, 4 antennes d'oncogériatrie ont été mises en place, chargées d'assurer dans leur région une prise en charge adaptée ; elles bénéficient pour les missions de recherche, formation et information en oncogériatrie d'une UCOG voisine. Ainsi, tout patient âgé atteint de cancer pris en charge dans un établissement autorisé pour le traitement du cancer de sa région bénéficiera d'un test de dépistage type G8 systématique, complété si nécessaire d'une évaluation gériatrique standardisée, d'un traitement anticancéreux adapté à son état de santé et d'une prise en charge globale prenant en compte son état fonctionnel, émotionnel, cognitif, les comorbidités, les autres médicaments et le niveau socio-économique.

Si le patient est identifié comme ne relevant pas d'une prise en charge gériatrique, il suivra le processus habituel de la RCP de cancérologie. Il sera simplement enregistré au niveau de l'Unité Pilote de Coordination en OncoGériatrie (UPCOG).

Si le patient requiert une prise en charge gériatrique, plusieurs options sont possibles :

Il est examiné par un gériatre dans le cadre d'une consultation de gériatrie. L'aide d'une équipe mobile de gériatrie (EMG) est souhaitable à ce stade. Le gériatre (ou l'EMG) fait l'inventaire des problèmes, peut décider d'une évaluation gériatrique approfondie (EGA) en milieu gériatrique. La décision se prend en RCP générale ou d'organe avec la présence du gériatre qui a examiné le patient et une décision modulée est prise. Dans ce cas le gériatre intervient comme le représentant d'une discipline parmi d'autres. On ne peut pas dire qu'il s'agit d'une véritable prise en compte multidimensionnelle du patient.

Cette approche nous paraît devoir être utilisée comme une première étape avant l'établissement d'une véritable réunion de concertation pluridisciplinaire d'oncogériatrie (RCOG).

En théorie, La RCOG intervient dans le cadre de l'UPCOG. Le cancérologue est le demandeur : il utilise une procédure de détection pour savoir si un patient donné doit être pris en charge dans la filière gériatrique. Dans ce cas, la RCOG peut intervenir très tôt en demandant une EGM ou des compléments d'investigations. Une fois les résultats obtenus et une fois connue la décision théorique de la RCP, la RCOG vient moduler (ou non) la décision oncologique et proposer un plan d'interventions gériatriques. Ici ce sont plusieurs cancérologues et plusieurs (ou l'équipe) gériatres qui vont considérer le cas du patient.

En pratique, la conduite est actuellement beaucoup plus minimaliste et plus empirique. Le spécialiste d'organe ou le cancérologue fait appel à une équipe mobile/à un gériatre pour les patients qui lui semblent relever de cette problématique. De cette demande découle une évaluation générale gériatrique dont découlent des recommandations de prise en charge et une estimation du score de Balducci dont va découler la conduite proposée en RCP.

2.5/ Oncogériatrie et médecine générale

Les médecins traitants restent en première ligne en matière de dépistage de lésions malignes. Le plan cancer 2014-2019 insiste sur cet aspect de leur exercice et met l'accent sur les moyens à mettre à leur disposition pour favoriser les diagnostics. C'est donc à eux que revient, après diagnostic la mission d'orienter les patients.

Une étude Française de 2011 (11) s'intéressait aux facteurs influençant les médecins généralistes à orienter leurs patients âgés de plus de 75 ans porteurs de lésions malignes. A un stade précoce, les médecins déclaraient pouvoir être réticent à orienter leurs patients selon la localisation anatomique de la lésion et en cas de difficultés organisationnelles. A un stade avancé, les éléments déterminants ressortant de l'étude étaient l'âge du patient, le stade de la maladie et d'éventuelles difficultés organisationnelles, ainsi que l'habitude du médecin à faire face à la pathologie en question. Dans cette même étude, seule la moitié des médecins généralistes interrogés déclaraient adresser systématiquement leurs patients âgés en cas de diagnostic de lésion maligne, privant ainsi les autres d'une présentation en RCP et d'une décision collégiale.

Une autre étude de 2005 (12) s'intéressait aux stratégies de traitement des cancers du sein en fonction des centres de prise en charge et la participation de chaque spécialiste à la décision thérapeutique chez les patients inclus. Chez les patients de plus de 75 ans, on retrouvait une part de prise en charge de 46% par les oncologues, 32% par les radiothérapeutes, 14% par les chirurgiens, 14% par les gynécologues, 4% par les médecins généralistes et 2% seulement par les gériatres.

2.6/ Le médecin généraliste dans le plan cancer

2.6.1/ Plan cancer 2009-2013

Trois grands thèmes transversaux structurent et irriguent la stratégie du plan cancer 2009-2013, le troisième étant de renforcer le rôle du médecin traitant à tous les moments de la prise en charge pour permettre notamment une meilleure vie pendant et après la maladie.

A propos de prévention : « La mise en œuvre de la prévention des cancers, qu'elle vise des déterminants ou facteurs de risque individuels ou environnementaux, requiert le développement de stratégies diversifiées individualisées ou collectives, s'appuyant sur la mobilisation de professionnels de multiples disciplines et de la société civile. Les

professionnels de santé de première ligne, en particulier les médecins traitants, sont les plus à même de réaliser plus efficacement le repérage des expositions aux risques de cancers, de recommander les moyens de réduction des risques et de proposer les dépistages nécessaires (individuels ou dans le cadre du dépistage organisé). Ce sont eux qui ont la meilleure connaissance de l'individu, de son environnement et de son entourage et qui peuvent inscrire ces démarches aux moments opportuns de son parcours de vie ou de soins. La loi «Hôpital, patients, santé, territoires» a confirmé et renforcé le rôle primordial du médecin généraliste à tous les niveaux de la prévention. »

« Le médecin traitant est au cœur du dispositif de dépistage du cancer colorectal puisqu'il recueille le consentement du patient, évalue les situations d'exclusion et remet le test, en expliquant les modalités de réalisation et conséquences en cas de positivité. Il est également en première ligne dans la gestion des faux positifs et faux négatifs du dépistage. Pour le dépistage du cancer du sein, il s'est investi grâce aux engagements conventionnels conclus depuis 2006 et son rôle est important concernant l'identification des niveaux de risque. Un programme intégré de dépistage du cancer du col utérin est en cours d'expérimentation. La formation des médecins doit aussi leur permettre de proposer un dépistage en délivrant une information appropriée sur les bénéfices et limites connus permettant un choix éclairé de la personne. »

En matière de soins : « Le médecin traitant est le référent médical légitime pour coordonner les soins à domicile, aux côtés des autres professionnels de santé de proximité, que sont les infirmiers libéraux, les pharmaciens et les acteurs des réseaux de santé. Cette coordination sera renforcée par des compétences spécifiques sous forme de postes infirmiers, chargés prioritairement de l'articulation entre la ville et l'hôpital. En ce sens, la loi « Hôpital, patients, santé, territoires » a mis en place des mesures de nature à favoriser la coordination des soins et à améliorer la qualité de la prise en charge. »

« La complexité des parcours de soins en oncologie et la multiplicité des acteurs nécessitent une meilleure coordination pour que les malades soient mieux accompagnés pendant et après la phase aiguë de leur traitement. Les patients demandent un parcours de soins plus fluide pour éviter tout sentiment de rupture, en particulier entre l'hôpital et la ville. Le médecin traitant dont le rôle de pivot a été confirmé dans la loi « Hôpital, patients, santé, territoires » est un acteur essentiel de la prise en charge en ville et doit être mieux informé et associé à ce parcours afin qu'il dispose de tous les éléments pour assurer pleinement la prise en charge globale de proximité du patient. Un relais concret entre les équipes hospitalières et les professionnels de proximité, que représentent, en particulier aux côtés des médecins généralistes, les infirmiers libéraux, les pharmaciens et les réseaux territoriaux de santé poly-thématiques, est un facteur clé de la réussite de cette coordination. Des formations seront développées pour ces professionnels de santé de proximité, afin qu'ils disposent de l'accès à une actualisation de leurs connaissances ainsi que d'outils pour faciliter la continuité des prises en charge sur le terrain *via*, en particulier, le dossier communicant de cancérologie »

Aussi, le plan cancer propose de conforter la fonction de proximité du médecin traitant pendant la phase thérapeutique aiguë et lors de la période de surveillance. Pour ce faire, il propose d'élaborer des recommandations sur la surveillance partagée entre médecins hospitaliers et médecins traitants, avec une première priorité concernant les cancers du sein et les cancers colorectaux et de développer la formation médicale continue en oncologie pour les médecins généralistes.

2.6.2/ Plan cancer 2014-2019

Concernant la place du médecin traitant, le plan cancer 2014 n'apporte que peu d'éléments supplémentaires. Ses auteurs insistent sur l'idée de renforcer l'implication des médecins traitants en matière de prévention et de dépistage, notamment du cancer du col de l'utérus.

Ce nouveau plan propose également des mesures de facilitation des échanges d'informations entre les professionnels, notamment entre les hospitaliers et les professionnels de proximité.

Enfin, il propose également de mettre en place des moyens de permettre un accès rapide aux consultations spécialisées lors des diagnostics, en vue d'une meilleure égalité en matière de soins.

2.7/ Objectifs de l'étude

Notre étude propose dans le contexte actuel :

- D'une part d'établir un état des lieux sur la place du médecin généraliste dans la décision de soins chez le patient âgé atteint de cancer, non seulement autour de la RCP, qui se veut garante de l'équité et de la qualité de la prise en charge, mais également avant la RCP, à savoir en matière de diagnostic et d'orientation primaire, et après la RCP, c'est-à-dire dans le recueil de l'avis du patient sur sa prise en charge, sur le recueil des directives anticipées, et enfin sur la mise en place des soins palliatifs.
- De recueillir l'avis et le ressenti des médecins généralistes sur cet état des lieux et de poser la question du bienfondé éventuel de leur place dans cette discussion.
- D'identifier d'éventuels écueils dans l'organisation actuelle du parcours de soins et de proposer des solutions à ces écueils.

Ce travail de thèse a été effectué en parallèle d'un autre travail de thèse mené auprès des médecins spécialistes participant aux RCP, réalisé par Keren GOTTHEFF sous la direction du Dr MOULIAS. Ces deux travaux s'entendent comme complémentaires.

3/ MATERIELS ET METHODES

Cette étude s'est déroulée en deux étapes. Le premier temps, purement qualitatif a consisté à mener des entretiens semi-dirigés sur l'Ouest parisien auprès de médecins généralistes jusqu'à saturation théorique. La deuxième partie de l'étude, semi-quantitative avait pour objectif de généraliser les résultats en diffusant un questionnaire en province.

3.1/ Choix de la méthode

3.1.1/ Intérêt de la recherche qualitative

La recherche qualitative étudie les phénomènes sociaux dans leur milieu naturel, s'efforçant de leur donner un sens et une interprétation à travers le discours des sujets interrogés. Elle donne une approche concrète de la pratique réelle des médecins et permet de mieux comprendre leur mode de raisonnement. Ce type de démarche offre la possibilité, par le biais de la liberté d'expression qu'elle accorde, de décrire le plus richement possible l'expérience des médecins, le sens caché des sentiments et d'expliquer leur attitude pratique.

Le terrain est le point de départ de l'étude sur lequel s'élaborent les hypothèses. Il s'agit d'une démarche inductive, contrairement aux études quantitatives et leur démarche hypothético-déductive. Elle privilégie la description et l'interprétation, plutôt que l'explication. D'après Blanchet, «l'entretien s'impose chaque fois que l'on ignore le monde de référence, ou que l'on ne veut pas décider *a priori* du système de cohérence interne des informations recherchées».

L'entretien semi-dirigé ou semi-directif permet un recueil des opinions sur l'objet proposé sans imposer à leur expression la rigidité d'un questionnaire aux questions fermées. L'intérêt réside dans sa souplesse de mise en œuvre.

Ainsi, l'entretien semble idéal pour offrir un matériau riche à analyser, mais sa réalisation par un novice demeure longue et hasardeuse.

3.1.2/ Intérêt de la recherche quantitative

Les méthodes quantitatives sont des méthodes de recherche se fondant sur une épistémologie positiviste ou post-positiviste, utilisant des outils d'analyse mathématiques et statistiques, en vue de décrire, d'expliquer et prédire des phénomènes par le biais de concepts opérationnalisés sous forme de variables mesurables.

Le comptage et la mesure sont des méthodes quantitatives banales. Le résultat de la recherche est un nombre ou un ensemble de nombres.

En sciences sociales et en particulier en sociologie, en anthropologie et en psychologie, cette utilisation est une source de controverses voire de controverses idéologiques. On trouve dans chaque discipline des écoles de pensée qui ont argumenté en faveur ou en défaveur de l'utilisation de ces méthodes. Les tenants de l'usage des méthodes quantitatives ont soutenu que c'est l'unique moyen pour les sciences sociales d'accéder à un statut scientifique ; les tenants des méthodes qualitatives soutiennent au contraire que les méthodes quantitatives tendent à voiler la réalité du phénomène social étudié. Selon Claude Javeau, les méthodes quantitatives sont loin d'être une observation empirique de la réalité. La détermination des hypothèses induit en bonne partie le résultat. "*La théorie, qu'elle soit explicite ou implicite, préexiste toujours.*"

3.1.3/ Démarche éclectique

La tendance moderne, en fait la tendance majoritaire dans l'histoire des sciences sociales, est à une démarche éclectique. Les méthodes quantitatives et qualitatives sont utilisées conjointement. L'usage de méthodes qualitatives est souvent possible pour interpréter les nombres fournis par les méthodes quantitatives ; l'utilisation de méthodes quantitatives permet d'exprimer avec précision et de rendre vérifiables les idées qualitatives.

3.2/ Identification des thèmes et élaboration du guide d'entretien

La première étape consiste à identifier et préciser les thèmes abordés au cours des entretiens. Nous avons donc réalisé une recherche bibliographique, qui a porté sur la prise en charge de la pathologie cancéreuse en médecine générale ainsi que sur la prise en charge gériatrique globale en médecine de ville.

Le guide d'entretien a été élaboré de manière souple afin d'ouvrir des champs de réflexion. Nous avons choisi la forme semi-dirigée, qui se veut l'intermédiaire entre la logique hypothético-déductive de la recherche quantitative et celle inductive de la recherche qualitative par entretiens non directifs. Le but est de conserver la fluidité et la spontanéité de la discussion et d'obtenir un ensemble cohérent. Dans l'entretien semi-dirigé, le guide d'entretien est la trame qui sert de fil conducteur au chercheur. Il correspond à une grille de questions, le plus souvent ouvertes, qui peuvent être posées si nécessaire à l'informateur. L'objectif des entretiens est d'obtenir un contenu factuel suffisant pour accéder à la réalité des pratiques même si on ne les observe pas. Il faut donc concevoir le guide en faisant en sorte que les personnes interrogées s'engagent dans un discours qui correspond le plus possible à ce qu'ils font en pratique.

Afin de le mettre à l'épreuve, le guide d'entretien a été soumis à la critique de ma directrice de thèse, notamment la formulation des questions et l'éventuel ajout de thèmes non abordés.

La richesse des trois premiers entretiens menés a également permis de le parfaire en vue d'entretiens plus ciblés par la suite.

Le guide d'entretien final ainsi constitué comportait les thèmes suivants:

- Présentation rapide du professionnel de santé
- Sa définition de l'oncogériatrie, l'intérêt qu'elle présente
- Son positionnement par rapport aux conduites de recherche de lésions malignes chez les personnes âgées
- Son avis sur l'intérêt d'orienter en consultation spécialisée un patient âgé porteur d'une lésion suspecte
- Place au niveau de la réunion de concertation pluridisciplinaire et avis critique : existante, souhaitée ?
- Place du médecin traitant dans l'information et la décision du patient
- Place dans le recueil des directives anticipées
- Place dans la gestion des soins palliatifs
- Positionnement par rapport au travail en réseaux d'oncogériatrie
- Avis par rapport à leur position actuelle, éventuels *desiderata*

3.3/ Réalisation des entretiens

Les entretiens ont été réalisés au cabinet médical de chaque médecin, après un premier contact téléphonique permettant de prendre date et d'expliquer le thème de l'entretien et qu'il serait enregistré.

Les médecins interrogés se trouvent sur le territoire Ouest parisien (Paris 17ème, Boulogne-Billancourt, Levallois-Perret).

Durant l'entretien, chaque intervenant a un rôle propre. Le répondant livre au chercheur les paramètres subjectifs de sa réflexion, de son raisonnement et de son expérience. Le chercheur recueille sa parole avec neutralité, en essayant au maximum de le mettre à l'aise. Pour cela, il est bien précisé au médecin, au début de l'entretien, que l'étude n'est ni un audit, ni une évaluation des pratiques. L'exploitation du discours produit lors de chaque entretien a été permise par l'enregistrement sonore avec retranscription.

3.4/ Méthode d'analyse des résultats

Une fois que les données ont été recueillies puis transcrites, le chercheur procède à une analyse catégorielle thématique des données, qui consiste à :

- Tirer le sens général de l'ensemble de la description

C'est-à-dire effectuer une ou plusieurs lectures flottantes, de manière à se rapprocher à nouveau du phénomène et à s'en saisir de l'intérieur.

- Reconnaître les unités de signification qui émergent de la description

Le chercheur doit alors découper le contenu de l'entretien en autant d'unités que l'on peut déceler à chaque transition thématique observée lors de la lecture, et cela dans la perspective de chaque participant. Les unités de signification dégagées permettent de remonter du vécu (expérience) vers le concept (structure typique du phénomène étudié). Les unités de signification principales représentent la structure du phénomène.

- Développer les unités de signification de manière à approfondir le sens qui est contenu dans le matériel

Afin d'augmenter la pertinence de ce travail, une deuxième lecture a été réalisée par ma directrice de mémoire avant de valider l'analyse.

3.5/ Elaboration du questionnaire

La lecture des entretiens et le fait d'en dégager les informations les plus pertinentes ont permis par la suite d'élaborer un questionnaire, afin de généraliser les résultats de manière plus pratique du point de vue matériel que les entretiens.

Les questionnaires permettent une analyse quantitative des données qualitatives dégagées jusqu'alors.

Les thématiques proposées dans le questionnaire sont similaires à celles des entretiens avec pour différence que nous partions sur des hypothèses pré-établies lors de l'analyse des entretiens, que nous avons pour but de confirmer ou d'infirmier.

Chaque question appelait à une réponse fermée, tout en laissant un espace de libre expression au médecin interrogé.

La dernière partie du questionnaire consistait en un pêle-mêle d'affirmations d'ordre plus général dans lesquelles les médecins devaient nous dire s'ils se reconnaissaient ou pas, en vue d'alimenter la discussion autour du sujet.

3.6/ Diffusion du questionnaire

Le questionnaire a été diffusé sur sept départements français, à partir de la banque de données d'un centre hospitalier de province et à partir de la banque de données de l'université Paris Diderot : le Gard, l'Hérault, la Lozère, le Tarn-et-Garonne, le Vaucluse, Paris et les Hauts-de-Seine. Les voies utilisées ont été la voie postale et la voie électronique.

3.7/ Recueil et analyse des données

Après réception des questionnaires remplis, un recueil minutieux a été effectué sur Excel en vue des analyses statistiques simples et élaboration des tableaux descriptifs des résultats.

4/ RESULTATS

4.1/ ENTRETIENS

Sept médecins généralistes ont accepté de participer à l'étude : Trois sur la commune de Levallois-Perret, un sur le 17ème arrondissement de Paris, et trois sur la commune de Boulogne-Billancourt.

4.1.1/ Caractéristiques des médecins interrogés :

Sexe : Cinq hommes, Deux femmes

Cinq sont installés depuis plus de 25 ans.

Un est installé depuis 20 ans.

Un est en exercice depuis 17 ans, mais installée dans la région depuis 3 ans.

Deux des médecins avaient un exercice principalement orienté sur les personnes âgées.

Trois se disent très confrontés à la problématique.

Deux se disent peu confrontés, Un très peu.

Trois travaillent avec des réseaux d'oncologie

Un a travaillé avec des réseaux d'oncologie par le passé mais ont arrêté à la suite d'un changement de lieu d'exercice.

Trois ne travaillent pas en réseau et ne le souhaitent pas.

4.1.2/ Analyse des entretiens

4.1.2.1/ Définition et intérêt de l'oncogériatrie

Les médecins interrogés définissent l'oncogériatrie comme une discipline ayant pour objectif de proposer une prise en charge en lien avec les comorbidités des patients âgés, dans le but d'une prise en charge raisonnable et raisonnée.

« ...on doit avoir une évaluation oncogériatrique et qu'elle soit traduite de manière négative c'est-à-dire expliquer que certains éléments proposés sont inacceptables... » (Entretien n°1)

« ...La cancérologie chez la personne âgée, avec cette particularité liée à l'âge et les comorbidités, leur fragilité. Une prise en charge raisonnable, adaptée à leur état de santé, où l'on va privilégier le terrain et l'espérance de vie... » (Entretien n°2)

« ...C'est la cancérologie chez la personne âgée donc tout dépend de l'âge auquel on définit que la personne est âgée, si l'on se base sur des critères cliniques ou sur l'âge réel. On va se battre pour quelqu'un qui est en forme et moins pour quelqu'un qui est en plus mauvais état, même si parfois j'ai l'impression que les cancérologues se battent excessivement. Mais c'est là qu'est tout le débat.

C'est donc dans l'objectif d'une prise en charge raisonnable de la personne âgée... » (Entretien n°3)

« ...Je pense que c'est bien de la séparer de l'oncologie de la personne jeune, c'est spécifique, il y a des spécificités liées à la validité du patient à son état thymique donc c'est un domaine particulier. L'objectif est une prise en charge plus humaine, plus empathique... » (Entretien n°4)

« ...C'est de la cancérologie chez le sujet âgé. De la cancérologie adaptée. Ne pas traiter à tout va, mais avec bon sens... » (Entretien n°6)

4.1.2.2/ Positionnement par rapport aux conduites de recherche de lésions malignes chez les personnes âgées

Trois des médecins interrogés se disent interventionnistes en terme de recherche clinique de lésion maligne. Deux des médecins se prononcent en faveur d'une recherche de lésion cancéreuse selon le type de cancer. Deux des médecins interrogés se définissent plus comme attentiste, dans le sens où ils attendent une plainte du patient en vue d'effectuer quelque exploration.

A cette étape, un des médecins soulevait la problématique de la poursuite des explorations en fonction de l'état du patient.

« ...Il y a le problème de l'âge physiologique. L'examen de la prostate chez celui qui est mobile et qui vient au cabinet sans canne je fais. L'examen des seins, je devrais le faire. Celui que je vois en institution, je ne fais pas car je pense qu'avec sa démence, on a autre chose à faire et à traiter que de chercher d'hypothétiques tumeurs et c'est peut-être un tort... » (Entretien n°1)

« ...dois-je poursuivre ou pas les explorations ? J'avais par exemple un patient atteint d'une maladie d'Alzheimer qui restait relativement autonome à domicile chez qui l'on a découvert une tumeur colique. Je l'ai adressée en gériatrie qui l'a adressé en chirurgie. Les chirurgiens ont proposé une chirurgie simple avec pose d'une colostomie. Mais la patiente n'a pas supporté le geste ou l'anesthésie et tout s'est mal terminé. On ne sait pas quelle aurait été l'évolution naturelle mais voilà la finalité... » (Entretien n°3)

« ...Cliniquement, je poursuis toujours les dépistages. Je me souviens d'une patiente âgée très dynamique que j'avais vue pour une tumeur sénologique. Le chirurgien n'était pas enclin à faire quoi que ce soit. Et finalement, devant mon insistance et celle de la gynécologue médicale de la patiente, il l'a opérée, mais a quand même pris la décision de ne pas effectuer de suivi. C'est un peu frustrant. L'âge pour beaucoup de services ou de médecins reste un motif d'attentisme.... » (Entretien n°4)

« ...Je suis impliqué dans le dépistage organisé. Sinon cela part plus d'un symptôme... » (Entretien n°5)

« ...en général je suis plutôt attentiste... » (Entretien n°6)

« ...je ne suis pas attentiste, je prends en charge le patient âgé comme les autres, et je les adresse aux spécialistes. J'ai récemment vu une patiente de 83 ans que j'ai examinée sans trop pousser, mais à qui j'ai proposé de voir son gynécologue qu'elle n'avait pas vu depuis longtemps. Elle y est allée, et on lui a découvert un cancer du sein, sa prise en charge a été discutée elle est prise en charge. Bien sur selon le cancer, on réagit différemment, par exemple on sait que si l'on découvre un cancer de prostate chez un homme de plus de 80 ans, il mourra probablement d'autre chose, donc on est moins interventionniste mais cela n'empêche rien. On a des choses à proposer en cas de diagnostic... » (Entretien n°7)

4.1.2.3/ Avis sur l'intérêt d'orienter en consultation spécialisée un patient âgé porteur d'une lésion suspecte

Tous les médecins interrogés adressent quasi-systématiquement leurs patients en consultation spécialisée devant un diagnostic positif ou devant une lésion suspecte. L'un d'entre eux notamment soulève l'importance d'une décision pluri-professionnelle, tout particulièrement en cas de décision d'abstention thérapeutique.

« ...dès que le diagnostic est fait, j'oriente, et il le faut, surtout si l'on envisage une abstention il vaut mieux être deux à la dire. Mais en termes de dépistage, je ne vais pas dépister tout tout le temps... » (Entretien n°1)

« ...J'adresse toujours mes patients car maintenant, une pathologie diagnostiquée doit toujours être documentée. Mes patients ont un diagnostic anatomopathologique, une réunion de concertation pluridisciplinaire, comme défini dans le plan cancer, TOUT le monde doit en bénéficier... » (Entretien n°2)

« ...J'en ai actuellement une qui présente une anémie à 99 ans associée à un gros syndrome inflammatoire, qui a probablement un saignement distillant. A son âge je la laisse tranquillement dans sa maison de retraite... » (Entretien n°3)

« ...Toujours car du point de vue relationnel avec la famille et les patients, on ne peut pas prendre ce genre de décision seul, celle de ne rien faire... » (Entretien n°4)

« ...Toujours, quelle que soit ma suspicion et le terrain, cela permet une prise en charge pluridisciplinaire, je ne vais pas gérer un cancer toute seule... » (Entretien n°5)

« ...J'ai tendance à demander un avis spécialisé souvent. Peut-être pas toujours, mais quasi-systématiquement... » (Entretien n°6)

4.1.2.4/ Place au niveau de la réunion de concertation pluridisciplinaire et avis critique : existante, souhaitée...

Les médecins disent être contactés de manière générale en vue de recueillir les informations sur la situation sociale du patient, ses comorbidités, ses antécédents et ses traitements, mais aucun ne dit avoir été sollicité jusqu'à présent en vue d'un recueil de son avis sur l'orientation de la prise en charge.

Ces mêmes médecins disent ne pas souhaiter donner leur avis sur la prise en charge à proposer au patient. Un des médecins dit ne pas avoir les compétences nécessaires pour donner un avis éclairé. Un des médecins cependant dit donner son aval à la suite de la réunion de concertation pluridisciplinaire par l'intermédiaire du patient, et rapporte avoir déjà appelé des spécialistes afin de contester une prise en charge soit trop légère, soit trop lourde selon lui.

A noter que l'un d'entre eux propose l'idée que le médecin généraliste pourrait avoir sa place en réunion de concertation mais que cela demande une organisation beaucoup trop importante et que cela nécessiterait une tarification spéciale.

Les médecins disent recevoir les comptes-rendus de réunion de concertation, mais de manière générale tardivement et ont déjà vu le patient. Ils signalent de manière générale un recueil des informations chronophage. Ils restent cependant satisfaits de la communication avec la structure hospitalière.

« ... est-ce que cet avis est éclairé... » « ...il doit prendre sa place, aller aux réunions, s'inscrire dans les réseaux et se déplacer dans les staffs, c'est le vrai souci. Et si on le veut, il faut lui donner une place qui ne soit pas à la fin de l'exposé et deuxièmement qu'il soit rémunéré... » (Entretien n°1)

« ...je suis plutôt au second plan, et en tout cas rarement consultée... » « ...Je me souviens d'une patiente âgée très dynamique que j'avais vue pour une tumeur sénologique. Le chirurgien n'était pas enclin à faire quoi que ce soit. Et finalement, devant mon insistance et celle de la gynécologue médicale de la patiente, il l'a opérée, mais a quand même pris la décision de ne pas effectuer de suivi. C'est un peu frustrant. L'âge pour beaucoup de services ou de médecins reste un motif d'attentisme. ... » « ... De toutes les thérapeutiques, en générale on peut discuter, je me souviens d'un patient âgé porteur d'un mélanome, les cancérologues m'avaient consultée pour savoir si le patient pourrait tolérer le traitement, sachant qu'il était âgé... » (Entretien n°4)

« ...Quasiment jamais... » « ...Je ne suis pas sur d'avoir les compétences et les infos sur les traitements pour donner un avis éclairé... » (Entretien n°6)

« ...Cela peut arriver d'être contacté, mais ces gens sont spécialisés c'est eux qui prennent les décisions, moi ils me demandent des compléments d'informations, je n'ai pas à donner

mon avis.... » (Entretien n°7)

4.1.2.5/ Place du médecin traitant dans l'information et la décision du patient

Les patients ne sont pas toujours informés de leur diagnostic, notamment en EHPAD. Un des médecins dit clairement être d'une école où l'on pense que tout ne doit pas être dit. Lorsque le patient n'est pas informé, la famille l'est systématiquement.

Un des médecins pense que l'avis du patient ne doit pas être pris. Selon lui, on doit lui proposer une prise en charge claire qu'il acceptera ou non.

Plusieurs médecins soulignent la problématique du retard de transmission des informations pour pouvoir informer le patient de façon éclairée.

« ...Il y a un renforcement de la relation médecin-malade si tout le monde a joué le jeu, c'est-à-dire si tout le monde a pris la peine de s'écrire ou de faire un CR de RCP qui a été transmis à chaque intervenant. Mais le plus souvent on n'a pas ça, donc dans le premier entretien on doit interroger le patient sur ce que l'on a déjà fait, sur les décisions, les retours qui lui ont été faits et on reste souvent dans un grand flou... » (Entretien n°1)

« ...je pense avoir le panel suffisant pour les informer... » (Entretien n°3)

« ...Si le patient me pose directement la question il est évident que je vais lui dire, après je vais y mettre beaucoup de « circonvolutions », je fais partie de cette génération, où, non pas on ne disait pas le diagnostic mais quand même, en tout cas je ne l'annonce jamais de façon abrupte.... » (Entretien n°4)

« ...je suis plutôt chargé d'expliquer ce qui a été expliqué trop vite à l'hôpital ou à un moment où le patient était trop ému pour enregistrer. On reprend les choses plus posément. D'autant que les gens maintenant s'informent par divers moyens, donc on rediscute. J'oriente les patients dans le sens de la RCP. Les gens se plaignent souvent que les oncologues ne parlent pas beaucoup... » (Entretien n°7)

4.1.2.6/ Place dans le recueil des directives anticipées

Les médecins interrogés ne recueillent pas les directives anticipées, soit du fait d'un manque d'information sur le sujet, soit du fait d'une grande difficulté à aborder ce sujet en consultation, à l'exception d'un d'entre eux qui dit les avoir recueillies alors que certaines consultations s'y prêtaient.

« ...c'est très délicat d'aborder le sujet d'une prise en charge réanimatoire ou pas, c'est très délicat de parler avec le patient de fin de vie parfois, on en voit qui à des stades très avancés veulent et croient être en train d'être soignés donc ce n'est pas toujours évident. Cela reste encore un peu tabou... » (Entretien n°4)

« ...Tout ce qui est soin maximal et réanimation, non je n'en ai pas l'occasion, cela ne me traverse pas l'esprit... » (Entretien n°6)

« ...On y est peu confronté, mais il arrive que certains patients nous préviennent qu'ils ne veulent pas d'acharnement. En général c'est le patient qui aborde... » (Entretien n°7)

4.1.2.7/ Place dans la gestion des soins palliatifs

La question des soins palliatifs semble être facilement abordée en consultation de médecine générale, précocement ou moins précocement. Cinq des médecins interrogés gèrent des entrées en soins palliatifs sans difficulté, dont trois épaulés par les réseaux avec lesquels ils travaillent. Les deux autres médecins décrivent une prise en charge plutôt gérée par les spécialistes.

« ...Il ne faut jamais se débrouiller seul, il faut ramener un maximum de professionnels autour du patient. L'oncologue, ramener les palliatologues, ramener la psychologue, tous ceux qui s'occupent des matériels spécifiques, stomies..., l'ergothérapeute, le gériatre...

Une fois que tout le monde rame dans le même sens, et c'est peut être le rôle du médecin de coordonner le tout... » (Entretien n°1)

« ...Cela dépend de la volonté du patient et de la possibilité de maintien à domicile, je m'oriente vers les réseaux en cas de maintien souhaité et possible, autrement je n'hésite pas à me tourner vers la structure hospitalière... » (Entretien n°4)

« ...Non je laisse l'hôpital gérer tout cela... » (Entretien n°5)

« ...Cela passe aussi beaucoup par les spécialistes... C'est selon les cas, je fais assez facilement appel aux équipes. Cela m'arrive de l'initier de moi-même, parfois cela passe par une hospitalisation.... » (Entretien n°7)

4.1.3/ Synthèse

Les médecins généralistes interrogés sont unanimes sur la définition et l'intérêt de la prise en charge oncogériatrique. La conduite en matière diagnostique reste assez hétérogène et très dépendante des comorbidités des patients. Ils adressent cependant tous leurs patients en consultation spécialisée en cas de diagnostic ou de suspicion de lésion maligne.

Ils ne sont pas consultés avant réunion de concertation afin de recueillir leur avis sur la prise en charge à proposer et ils ne le souhaitent pas, du fait soit d'un manque de temps pour s'afficher dans ce domaine, soit d'un manque de compétence.

La communication avec la structure hospitalière est compliquée du fait de délais de transferts d'informations trop importants.

Tous les patients n'ont pas accès à leur diagnostic. Faute de, c'est soit la famille soit la personne de confiance qui est informée.

La question des directives anticipées n'est en général pas abordée en consultation. Celle des soins palliatifs l'est beaucoup plus facilement.

Les médecins se retrouvent dans l'ensemble beaucoup plus dans le diagnostic et la coordination et la gestion des soins, le travail de fond et la surveillance que dans la décision de soin (point abordé spontanément par tous les médecins interrogés).

« ... la personne âgée a besoin d'un médecin traitant disponible, qui pratique encore les soins à domicile. Et notre rôle est la coordination, la gestion des soins, la surveillance des effets secondaires... » (Entretien n°2)

« ... Initiateur de la découverte de la maladie. Soutien, en première ligne du patient, avec les paramédicaux de ville. Surveillance des traitements initiés par les hospitaliers. Avec la même importance pour chaque intervenant... » (Entretien n°3)

« ... J'interviens peu voire pas du tout... » (Entretien n°4)

« ...Le décideur sur le traitement reste l'oncologue, moi j'adhère parce que je pense qu'on doit tout faire pour essayer d'arrondir la prise en charge. Après on a surtout un rôle de soutien, au retour a domicile, d'adaptation des thérapeutiques, et de coordination. » (Entretien n°5)

« ...Mon rôle est dans l'orientation primaire, je n'ai pas d'influence dans les soins spécifiques... » (Entretien n°6)

4.2/ QUESTIONNAIRES

69 médecins ont répondu au questionnaire que nous avons diffusé.

* Département du Gard (30) : 30100 – Alès (26 réponses), 30340 – Saint Julien les Rosiers (7 réponses), 30410 – Molières-Sur-Cèze (2 réponse), 30160 – Bessèges (1 réponse), 30380 – Saint-Christol-Lez-Alès (6 réponses), 30110 – La Grand-Combe (7 réponses), 30560 – Saint-Hilaire de Brethmas (2 réponses), 30500 – Saint Ambroix (5 réponses), 30960 - Les Mages (1 réponse), 30430 – Barjac (2 réponses)

* Département de l'Hérault (34) : 34380 – Argelliers (4 réponses)

* Département de la Lozère (48) : 48330 – Saint-Etienne-Vallée-Française (1 réponse)

* Département du Tarn-et-Garonne (82) : 82000 – Montauban (2 réponses)

* Département du Vaucluse (84) : 84150 - Jonquières (1 réponse), 84190 – Violès (1 réponse)

* Département des Hauts-de-Seine (92) : 92100 – Boulogne-Billancourt (1 réponse)

Sur une soixantaine de questionnaires envoyés sur la commune de Paris et sa petite couronne, une seule réponse a été obtenue.

4.2.1/ Caractéristiques des médecins interrogés

4.2.1.1/ Exercice rural :

Age moyen : 52,9 ans, de 37 à 67 ans, 12 femmes 14 hommes

Temps d'installation moyen : 23 ans, de 1 à 40 ans

4.2.1.2/ Exercice semi-rural :

Age moyen : 51 ans, de 35 à 64 ans, 5 femmes, 9 hommes

Temps d'installation moyen : 21,1 ans, de 4 à 39 ans

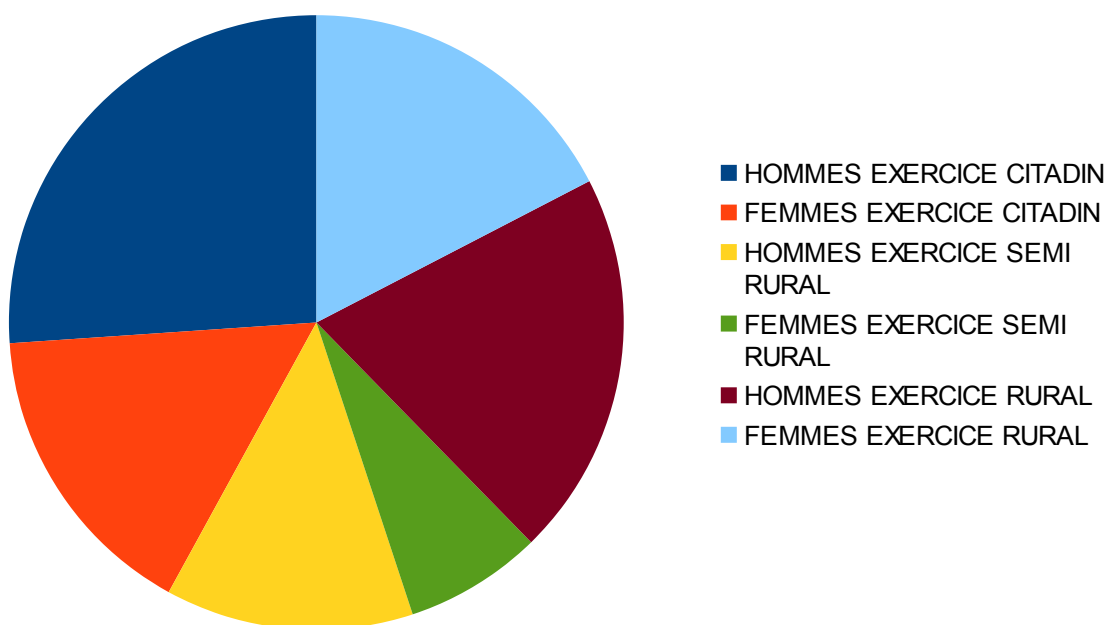
2 des médecins ne suivaient pas de patient en EHPAD

4.2.1.3/ Exercice citadin :

Age moyen : 56 ans, de 30 à 72 ans, 11 femmes, 18 hommes

Temps d'installation moyen : 26,8 ans, de 1 à 43 ans

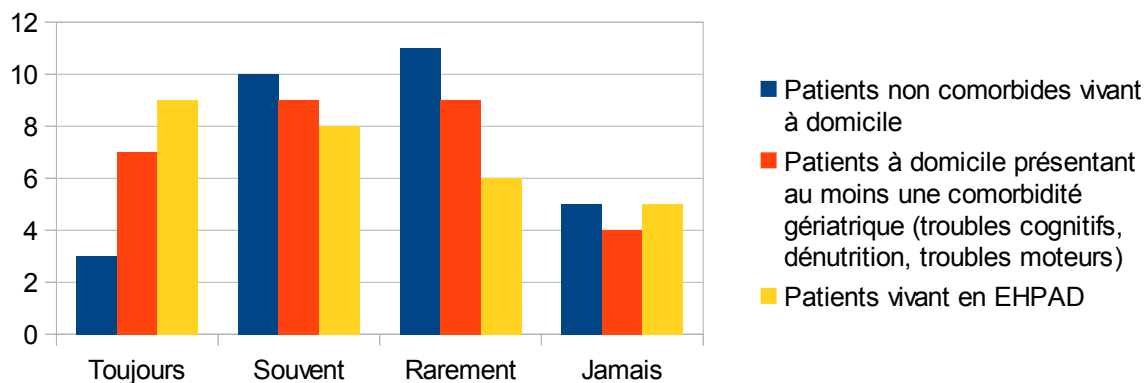
1 médecin ne suivait pas de patient en EHPAD



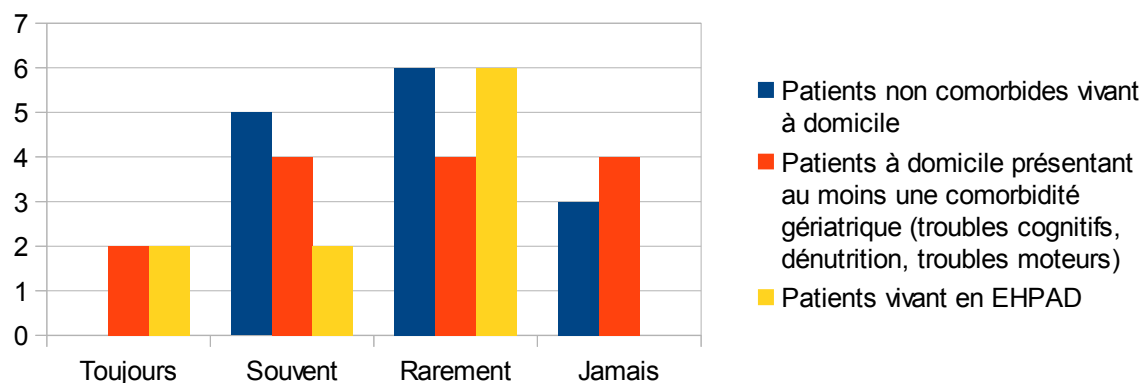
4.2.2/ Résultats

Vos patients âgés désignent-ils une personne de confiance dont vous êtes informés de l'identité ?

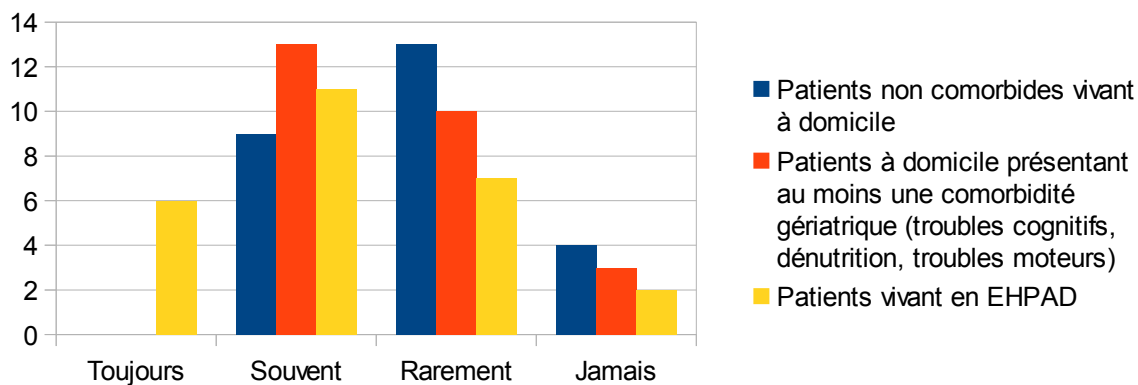
EXERCICE CITADIN :



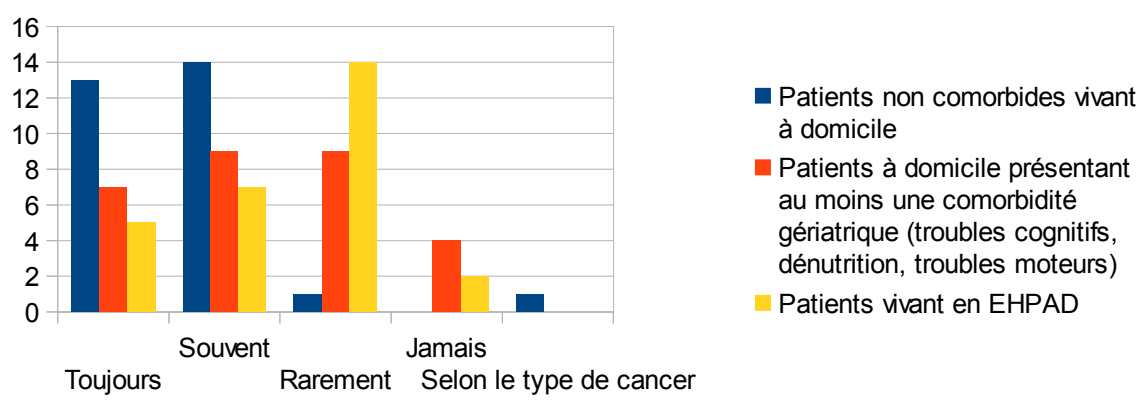
EXERCICE SEMI RURAL



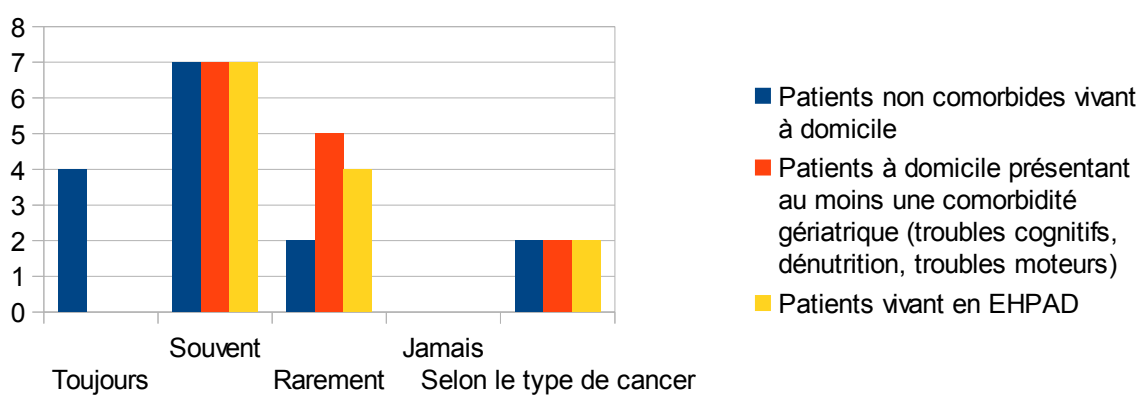
EXERCICE RURAL



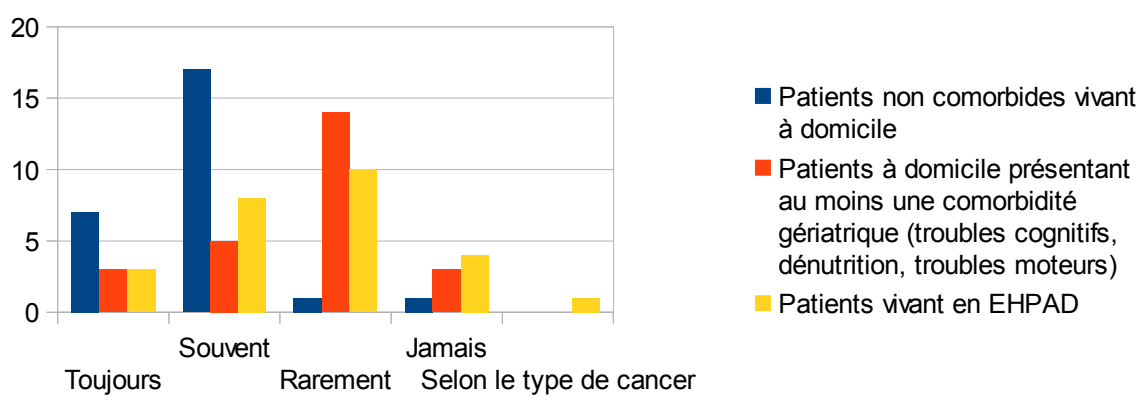
Les patients âgés sortant du cadre du dépistage de masse, continuez-vous de rechercher à diagnostiquer des lésions suspectes de cancer :
EXERCICE CITADIN



EXERCICE SEMI RURAL



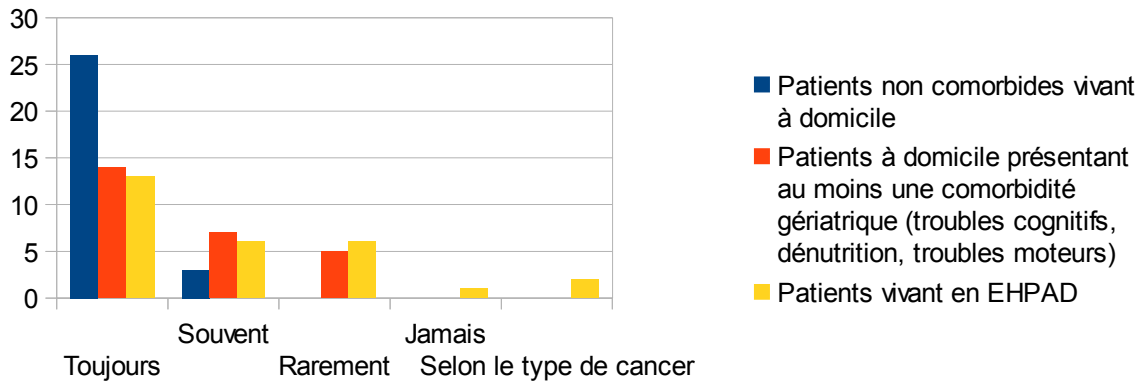
EXERCICE RURAL



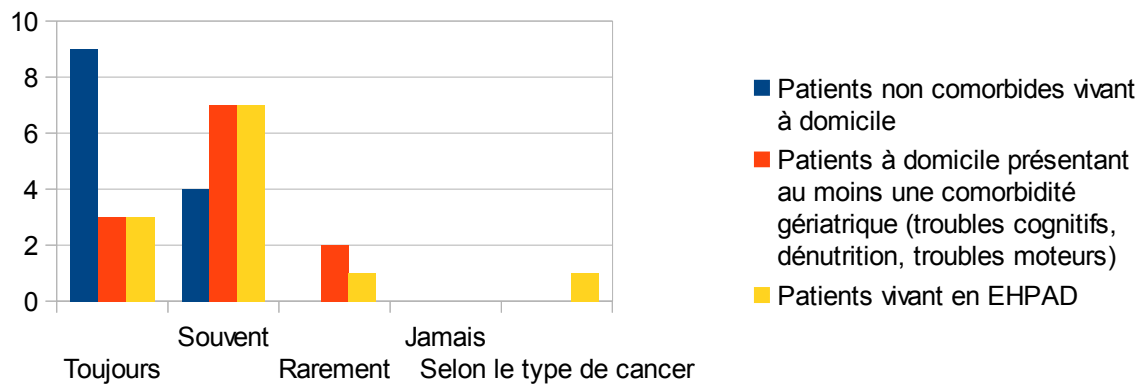
Commentaires : 3 médecins recherchent le cancer du sein, 2 recherchent assez systématiquement un cancer du colon, 2 recherchent le cancer de prostate, 1 recherche les tumeurs cutanées ; 2 ne cherchent pas le cancer de prostate.

Devant une lésion suspecte de cancer à l'examen clinique ou sur un examen paraclinique, adressez-vous systématiquement les patients âgés en consultation spécialisée ?

EXERCICE CITADIN

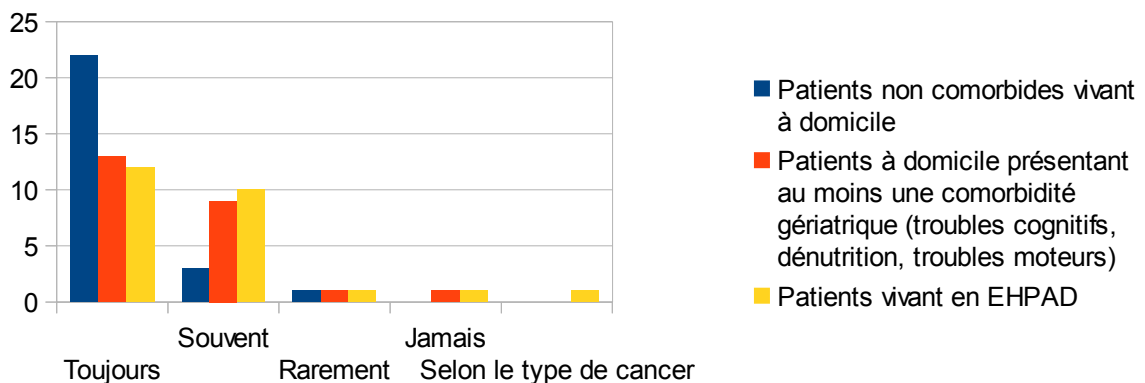


EXERCICE SEMI RURAL

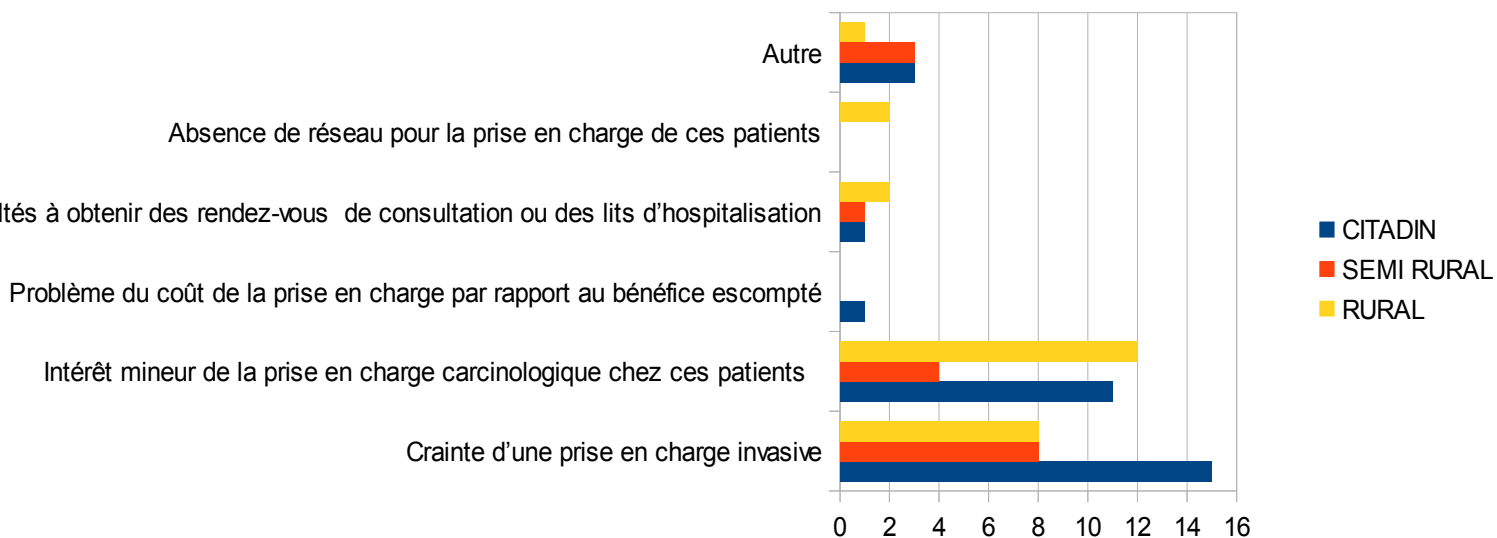


EXERCICE RURAL

Commentaires : selon l'avis du patient et de l'entourage, selon les possibilités de déplacement, selon le bénéfice à attendre, selon l'âge, selon le degré de dépendance.

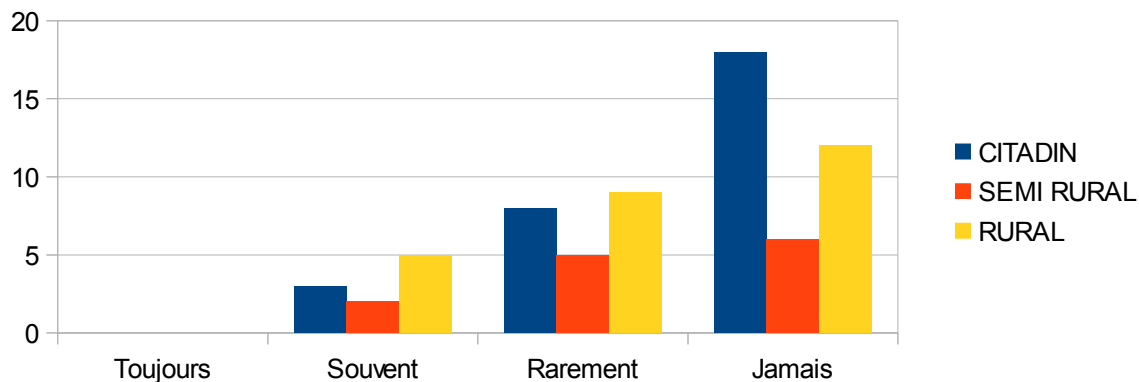


Lorsque vous n'adrezsez pas ces patients en consultation spécialisée, quels en sont les motifs ?

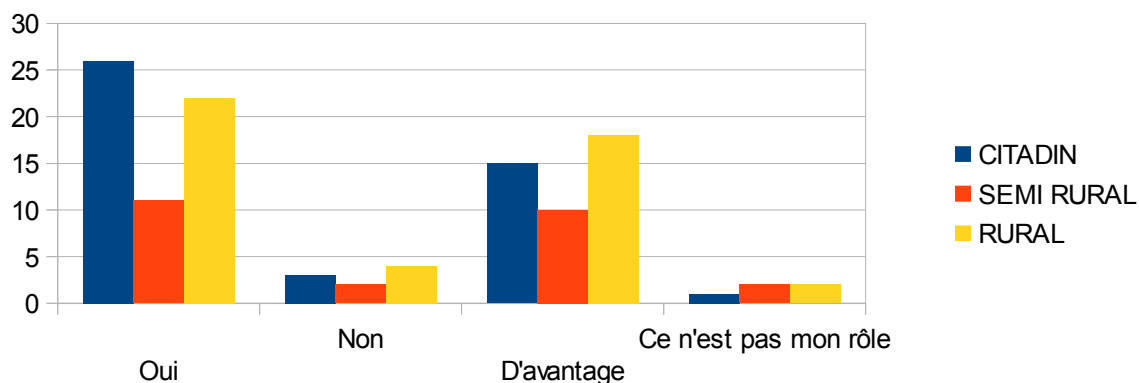


Commentaires : Rapport bénéfice/risque ; opposition de la famille/personne de confiance ; incompatibilité comportement/soin ; Difficultés à trouver un transport ; refus du patient.

Une fois le diagnostic posé, vous arrive-t'il d'être contacté avant la réunion de concertation pluridisciplinaire afin de recueillir votre avis sur la prise en charge à proposer au patient ?

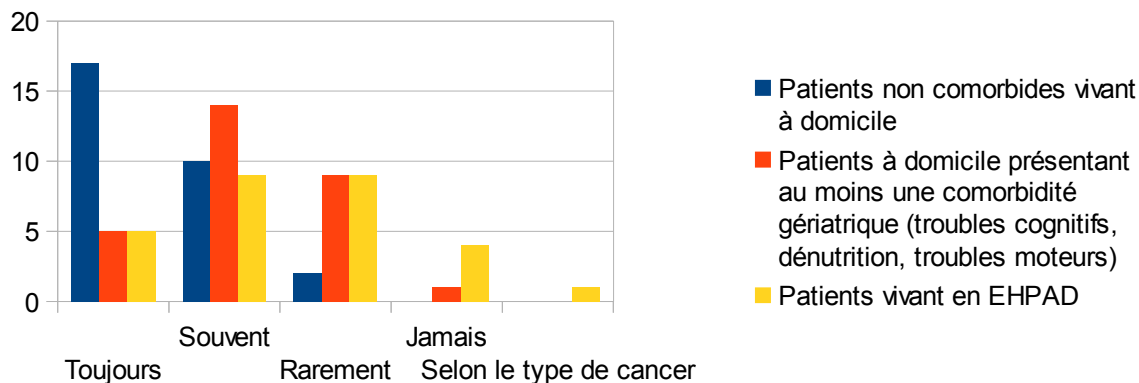


Souhaitez-vous être sollicité à ce niveau ?

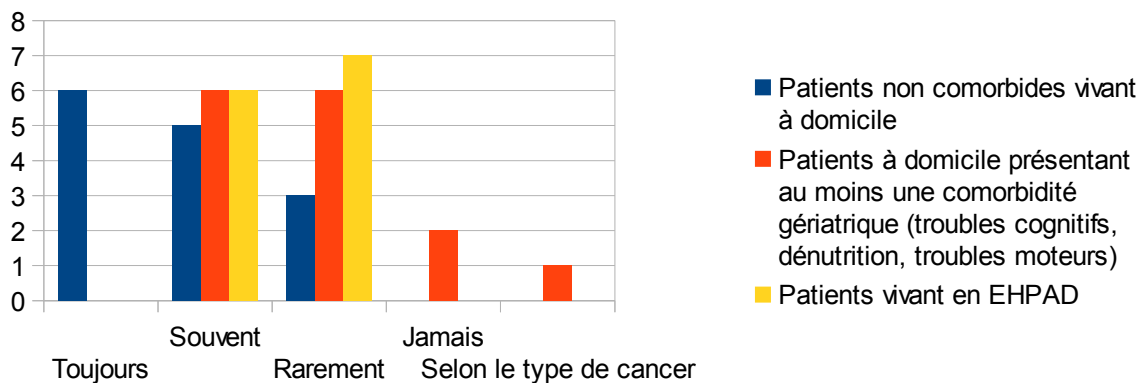


Annoncez-vous toujours les diagnostics de cancer aux patients et leur expliquez-vous tous les tenants et aboutissants de la prise en charge proposée ?

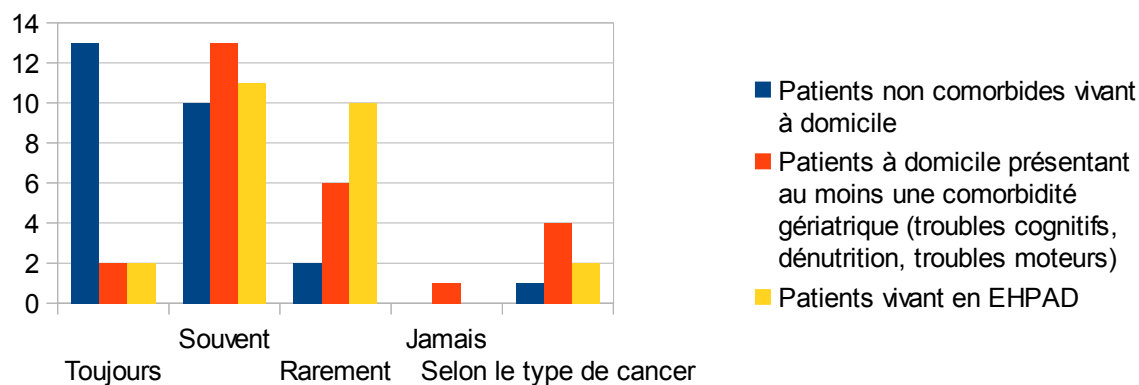
EXERCICE CITADIN



EXERCICE SEMI RURAL

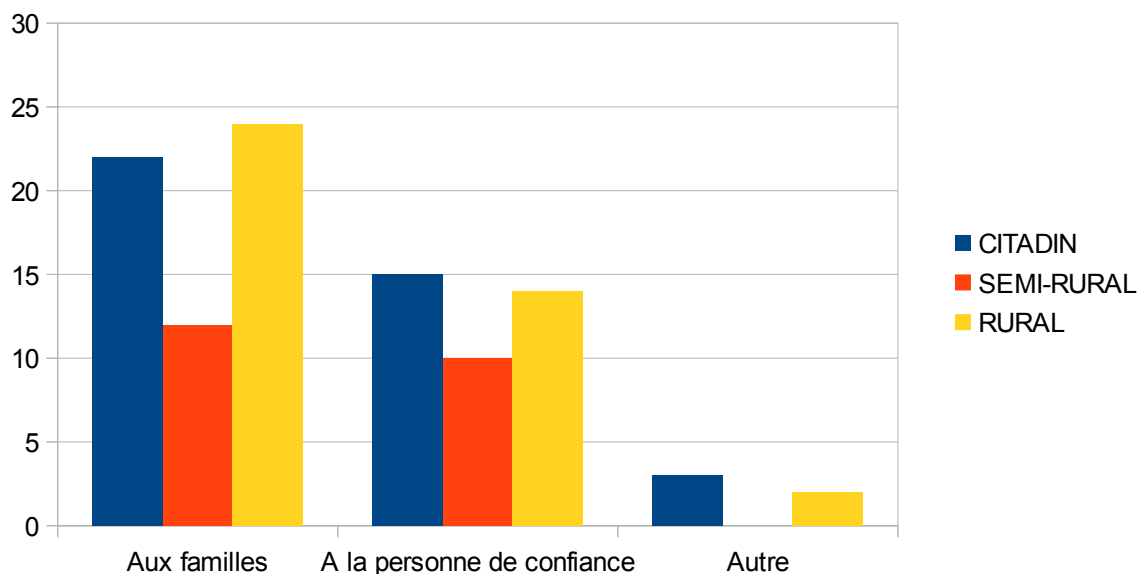


EXERCICE RURAL



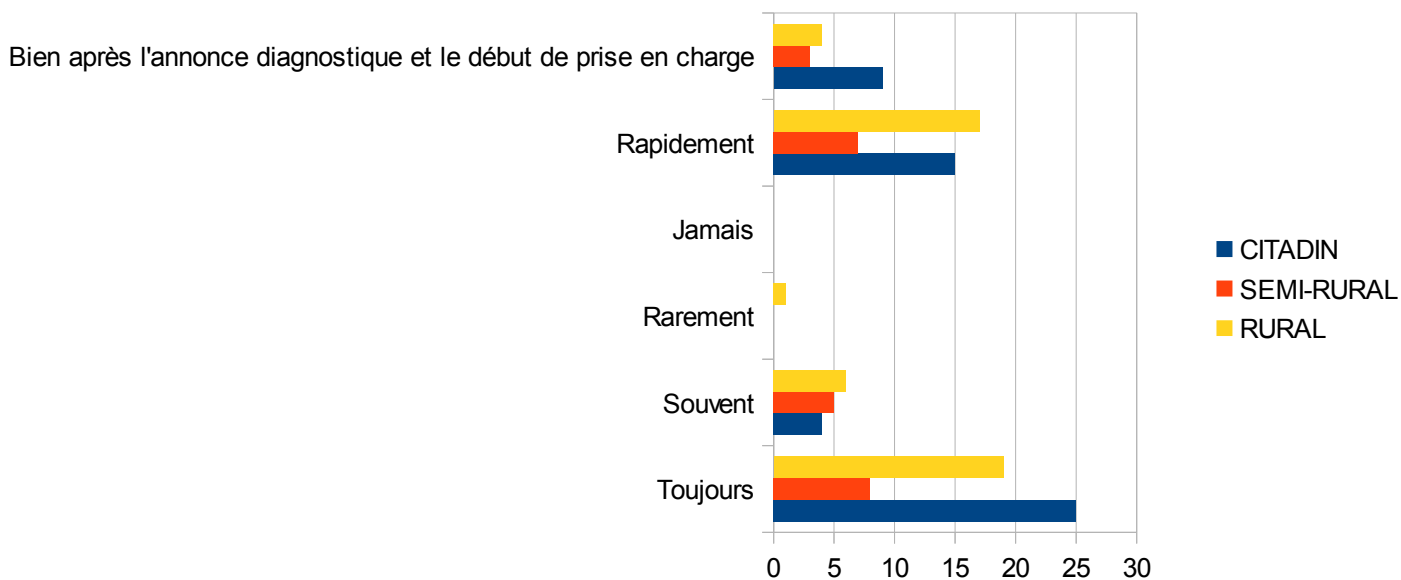
Commentaires : « Problème des patients déments » ; « souvent fait par les spécialistes »

Lorsque vous ne l'annoncez pas, annoncez-vous le diagnostic :

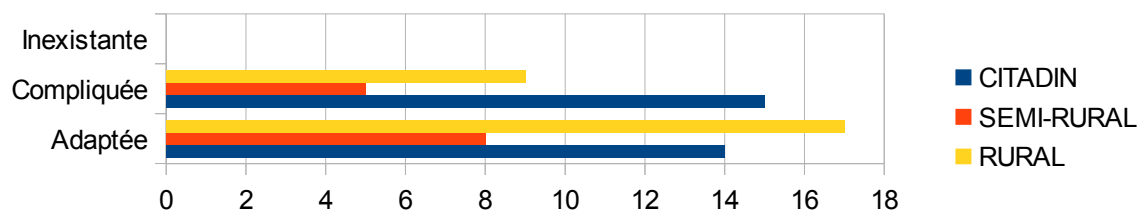


Autres : Tuteur ; personnel soignant/auxiliaires ; aucun

Recevez-vous les comptes-rendus de réunion de concertation pluridisciplinaire ?

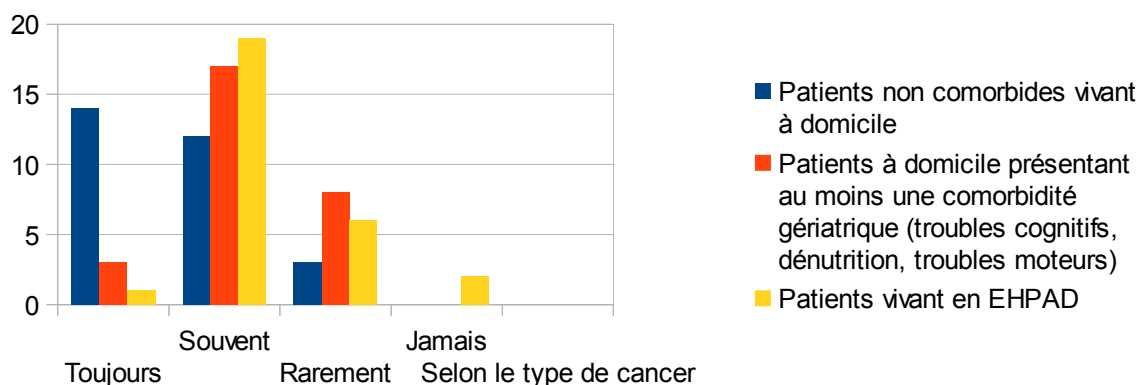


La communication avec la structure hospitalière vous paraît-elle :

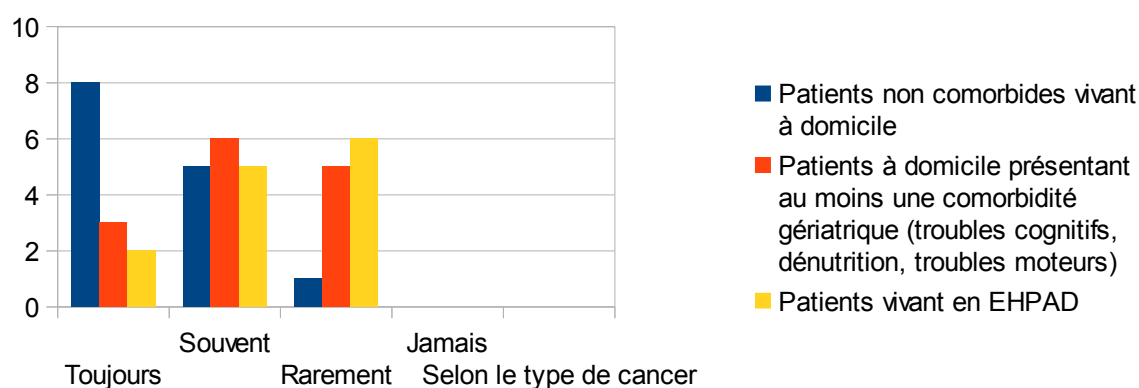


Recueillez-vous l'avis du patient sur la prise en charge proposée ?

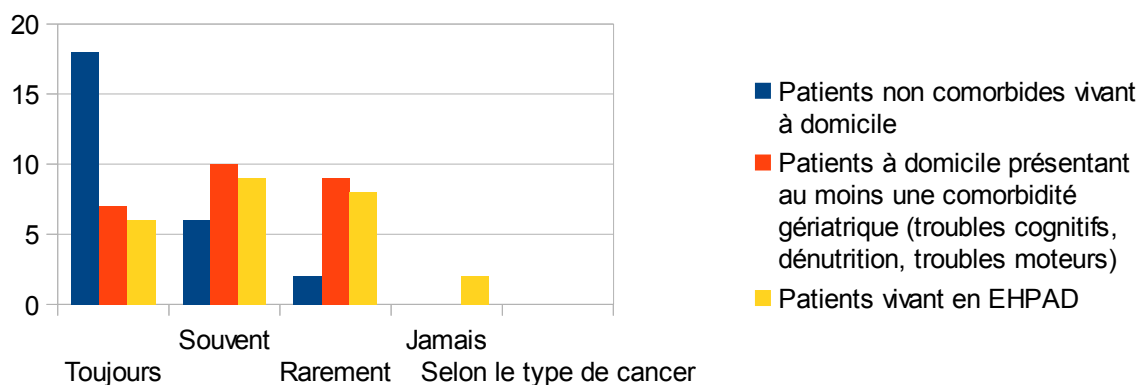
EXERCICE CITADIN



EXERCICE SEMI RURAL

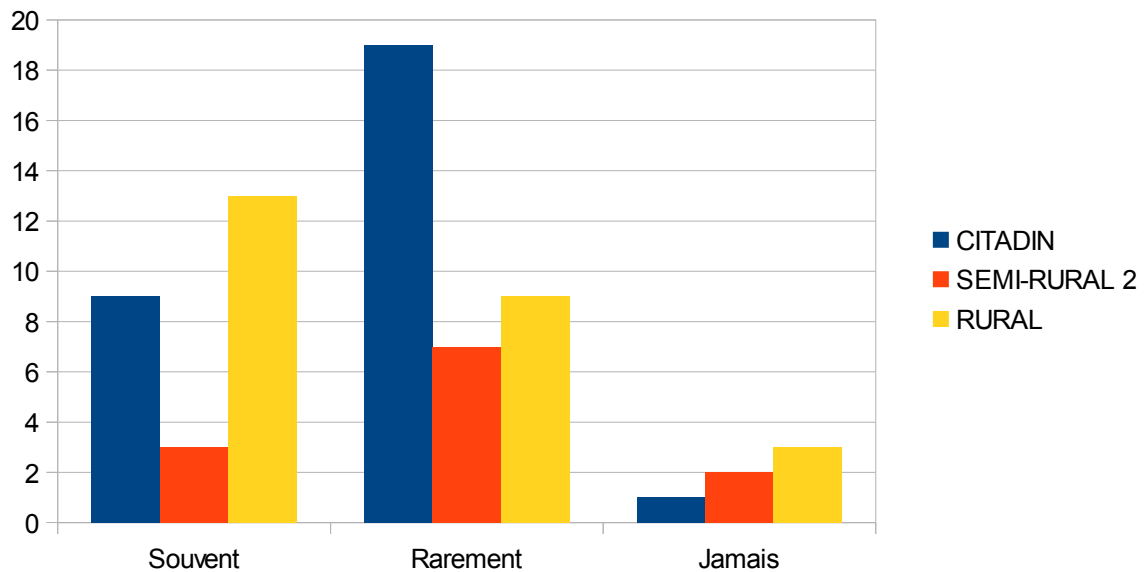


EXERCICE RURAL



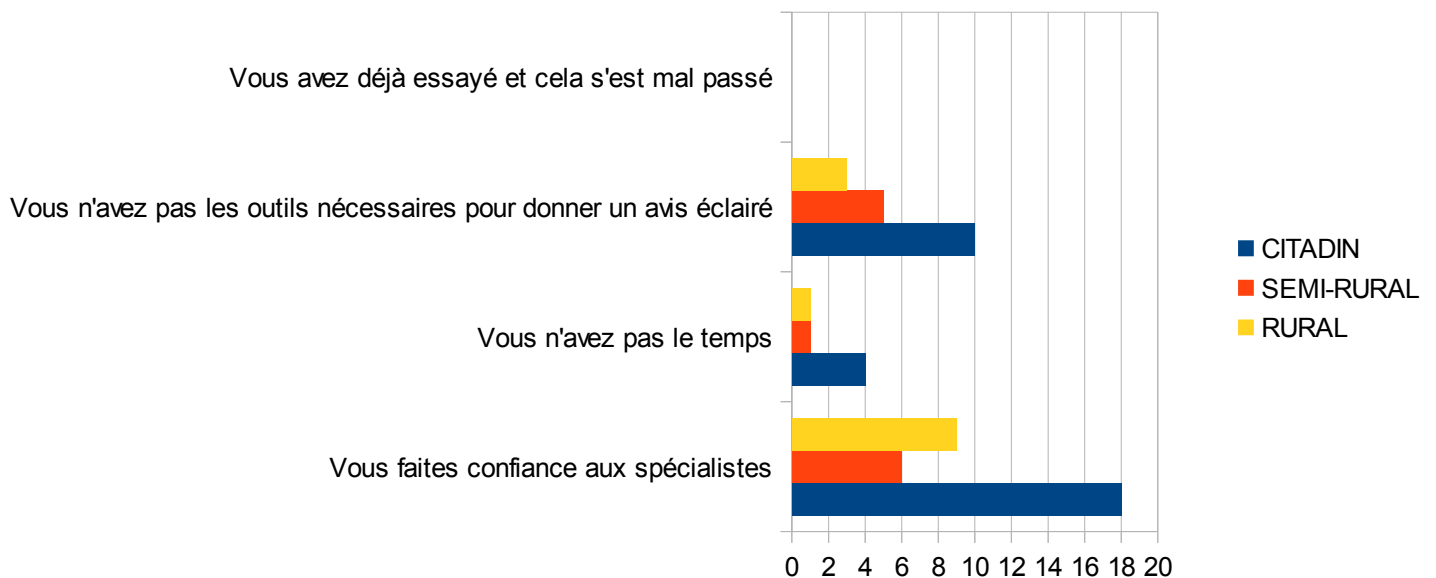
Commentaires : « c'est souvent le patient qui demande l'avis du généraliste. »
 « Information insuffisante du généraliste qui ne connaît pas forcément le bénéfice attendu. »

Vous arrive-t'il de contacter les spécialistes afin de donner votre avis sur la prise en charge en cours ?



Commentaires : si la décision me paraît aberrante, si effets secondaires du traitement, si le traitement me paraît trop lourd, si demande du patient, si la prise en charge me paraît trop invasive.

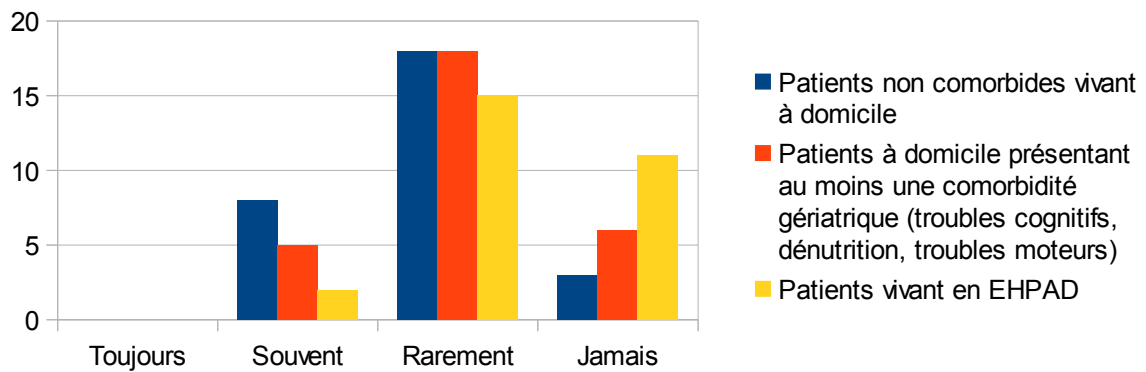
Si non, pourquoi ?



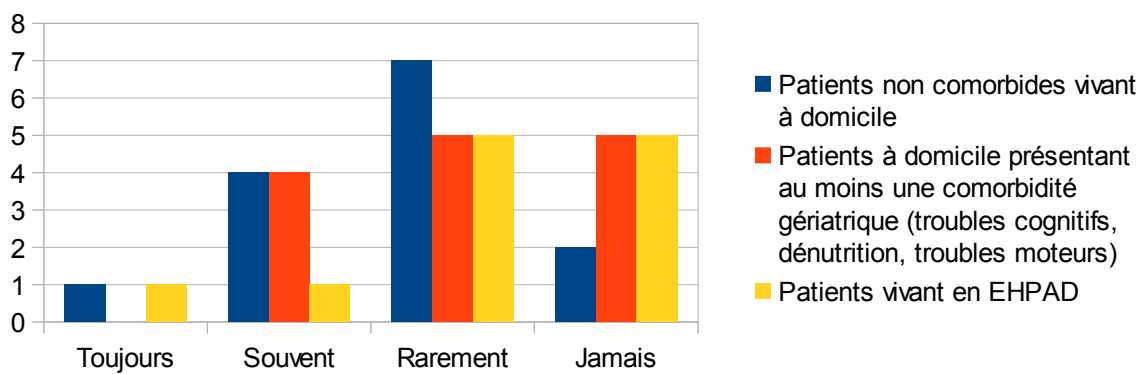
Commentaires : spécialistes difficiles à joindre, mais cela se passe bien de manière générale.

Avez-vous l'occasion de recueillir les directives anticipées du patient ?

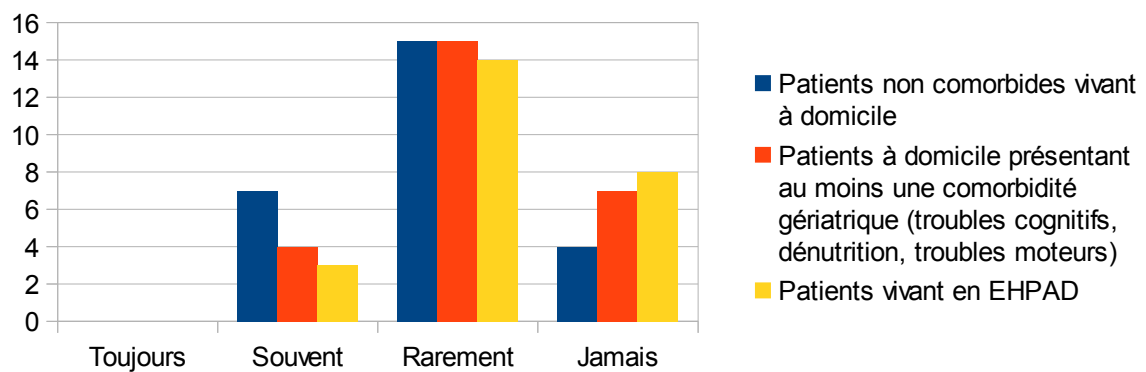
EXERCICE CITADIN



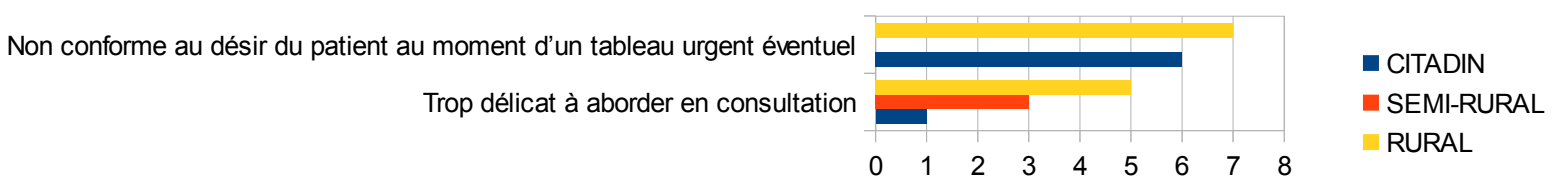
EXERCICE SEMI RURAL



EXERCICE RURAL

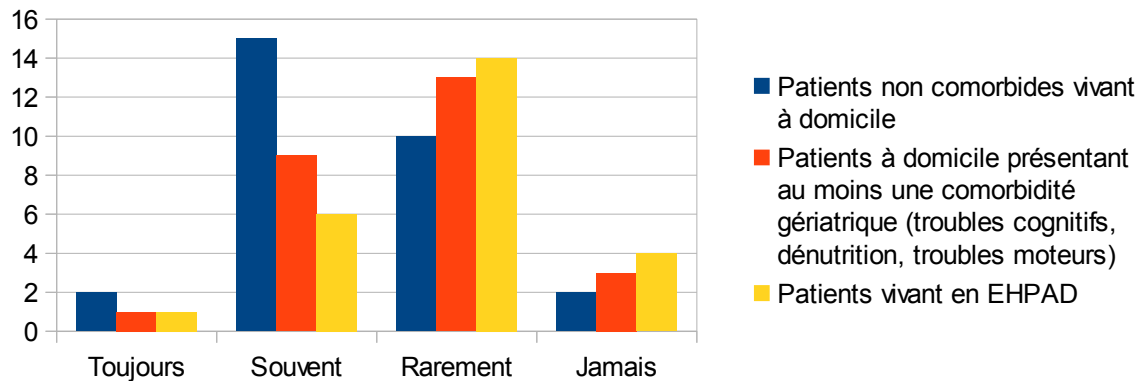


Si non, pourquoi ?

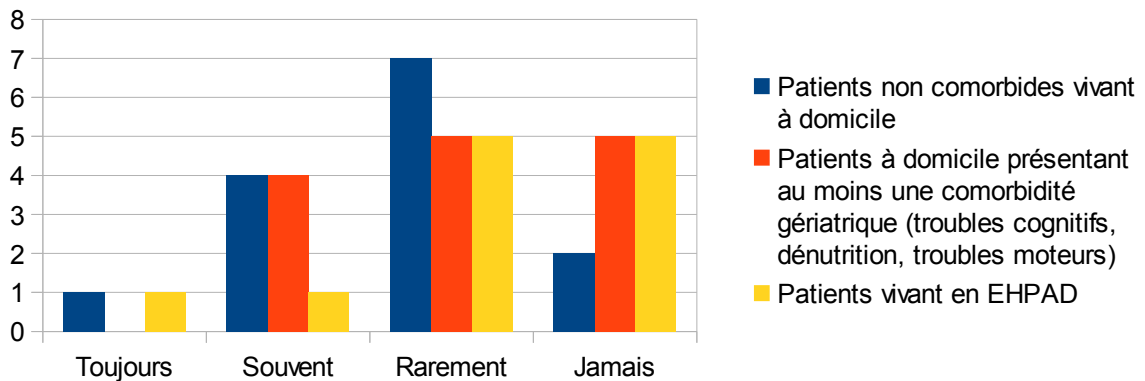


Abordez-vous la question des soins palliatifs avec le patient ?

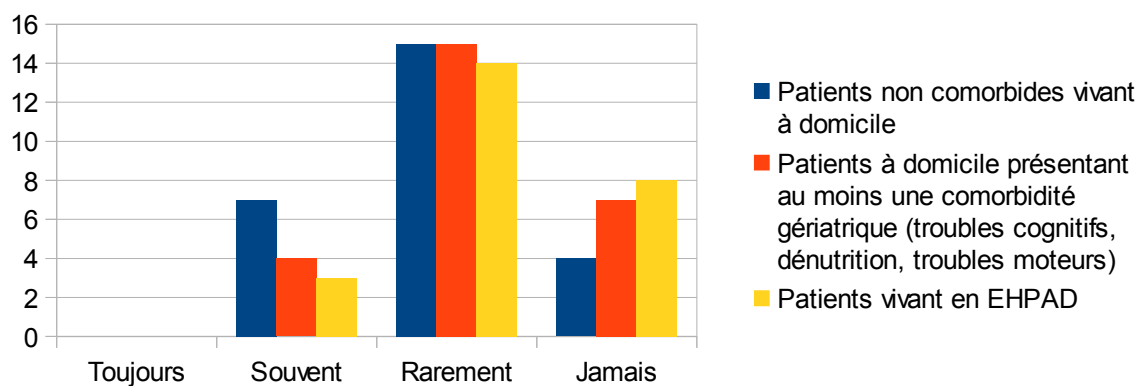
EXERCICE CITADIN



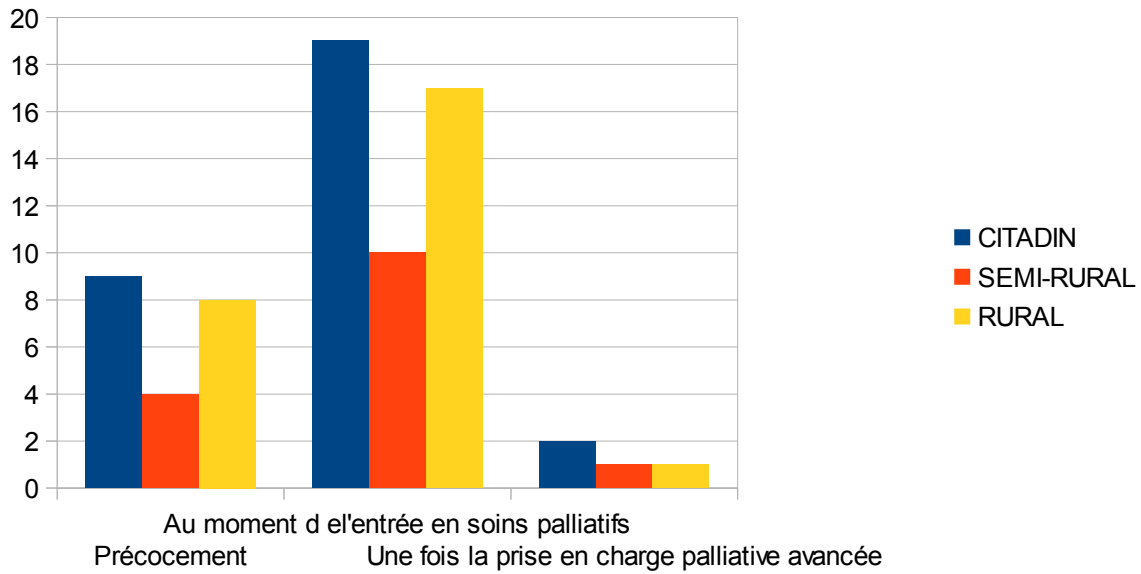
EXERCICE SEMI RURAL



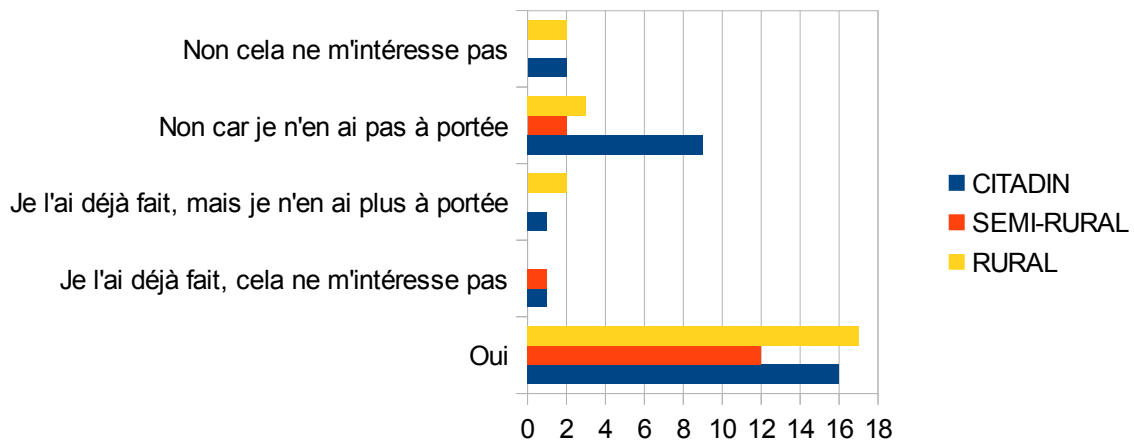
EXERCICE RURAL



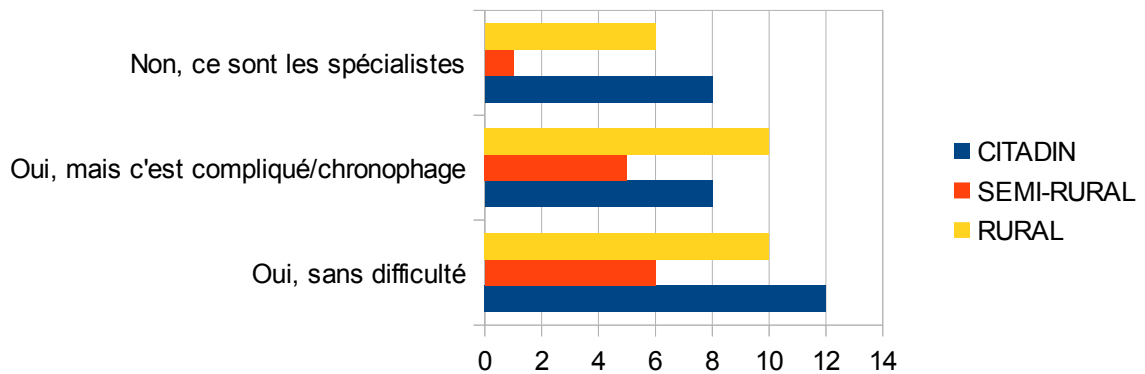
Si oui, l'abordez-vous :



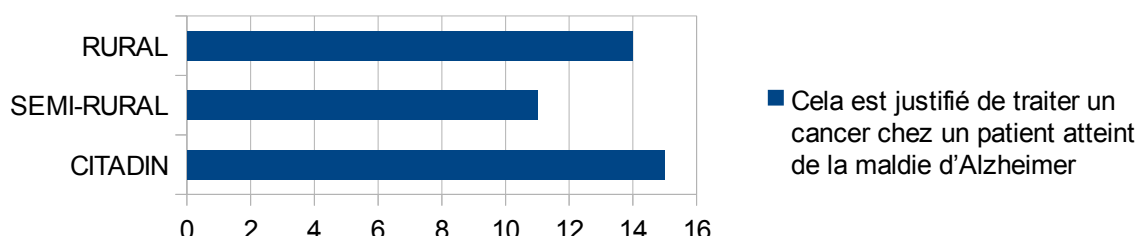
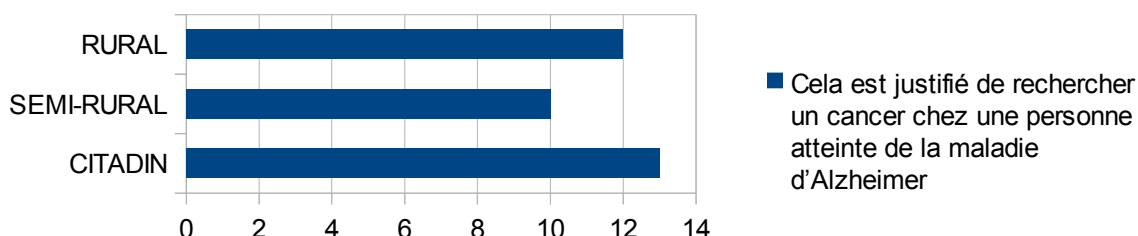
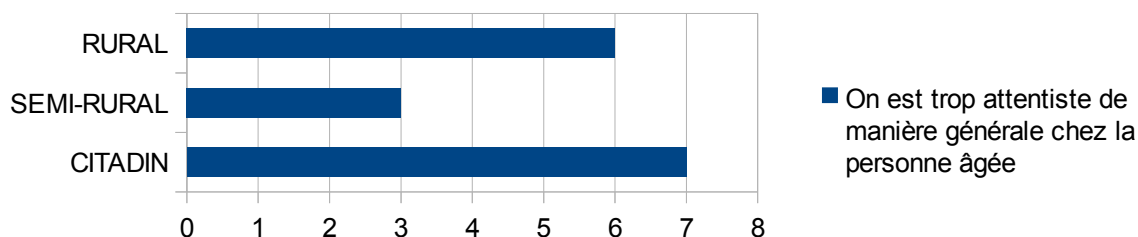
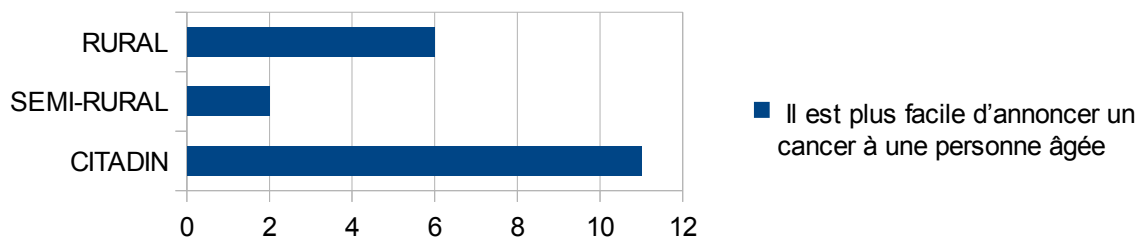
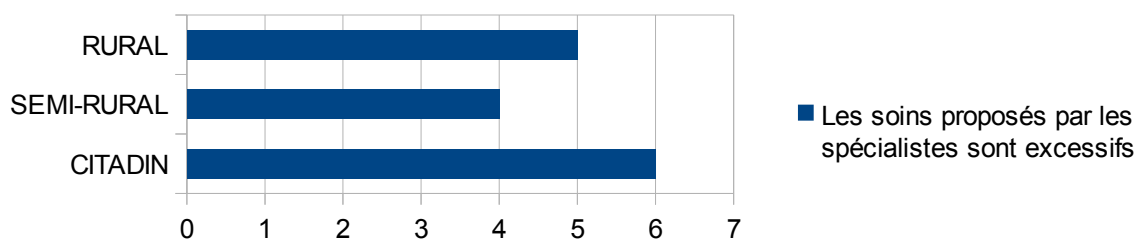
Travaillez-vous avec des réseaux de cancérologie ?



Initiez-vous des entrées en soins palliatifs ?



Merci de cocher les propositions qui vous paraissent justes :



5/ DISCUSSION

5.1/ Avantages et limites de l'étude

5.1.1/ Population étudiée

5.1.1.1/ Éléments de démographie médicale en 2013

Selon les données démographiques médicales en 2013 de la DREES, la France est dotée de 108 192 médecins généralistes actifs. (13)

Parmi eux, le pourcentage de femmes exerçant est de 42%.

13% des généralistes actifs ont moins de 40 ans, 25% ont 60 ans ou plus. La moyenne d'âge est de 52 ans.

10145 médecins généralistes exercent en milieu rural (9.4% des généralistes français, 11.3% des non Parisiens).

6350 médecins généralistes exercent en unité urbaine de moins de 5000 habitants (5.9% ; 7.1%).

72940 exercent en unité urbaine de plus de 5000 habitants, hors agglomération Parisienne (67.4% ; 81.55%).

18757 exercent sur l'agglomération parisienne (17.3%).

5.1.1.2/ Comparaison avec la population étudiée

La population de médecins que nous avons étudiée est composée de 40.5 % de femmes.

La moyenne d'âge des médecins ayant répondu au questionnaire est de 54 ans.

37 % des médecins ayant répondu déclarent un exercice de type rural, 20 % un exercice mixte et 43 % un exercice urbain.

La plus grande unité urbaine dans laquelle exercent les médecins inclus compte un nombre de 56 000 habitants.

Il n'a malheureusement pas été possible d'obtenir de réponse au questionnaire de la part de médecin exerçant en unité urbaine de plus de 100000 habitants.

La population rurale peut donc être considérée comme surreprésentée dans notre étude par rapport à la population générale.

5.1.2/ Avantages et limites liés à la méthode

Les entretiens permettent un recueil d'information complet et précis, dirigé par l'enquêteur. La principale limite à ce niveau-là réside dans leur aspect très chronophage et la difficulté de mener les entretiens sur un périmètre géographique étendu.

Les questionnaires pallient à cette limite en permettant d'étendre la recherche à un territoire plus vaste, avec le risque d'obtenir une réponse inexacte à une question mal comprise. Nous avons fait en sorte, afin d'éviter ce biais, de formuler les questions le plus simplement et le plus clairement possible en laissant toujours aux médecins interrogés un espace d'expression libre en vue de compléter éventuellement les propositions fermées.

Il existe également un biais potentiel dans le recueil et l'analyse des données, du fait du recueil manuel. Ce biais a été restreint par une double lecture.

5.2/ Analyse des résultats

5.2.1/ Place du médecin généraliste dans la recherche de lésions malignes et conduite en matière d'orientation

Les résultats sont relativement homogènes entre les différentes catégories de médecins, on note tout de même que les médecins ruraux recherchent sensiblement moins systématiquement les cancers dans la population âgée que les médecins semi-ruraux et citadins. Le patient vivant en EHPAD a dans l'ensemble moins accès à une recherche active de pathologie tumorale.

Plusieurs médecins indiquent qu'un patient d'EHPAD en bon état général et ne présentant pas ou peu de trouble cognitifs y aura plus facilement accès.

Peu de médecins font mention d'une recherche selon le type de cancer. Sur ce plan-là on note principalement que plusieurs soulignent l'absence d'intérêt de rechercher un cancer de prostate.

Les médecins adressent assez systématiquement leurs patients suspect d'être atteints de cancer ou diagnostiqués comme tel. Quelques rares médecins attestent ne jamais adresser les patients vivant en EHPAD ou bien rarement.

Ces résultats témoignent d'une certaine discrimination sur l'âge et la dépendance.

Dans l'ensemble les raisons invoquées sont celles de l'intérêt mineur d'une prise en charge carcinologique chez ces patients et la crainte d'une prise en charge trop agressive. Quelques médecins soulignent des difficultés à obtenir des places de consultation ou d'hospitalisation pour explorer et planifier la prise en charge de leurs patients, principalement en milieu rural.

Enfin plusieurs médecins disent ne pas adresser leurs patients devant un refus de la famille, ou encore un refus du patient.

La principale problématique posée par cette discrimination liée à l'âge et à la vie en EHPAD est celui du diagnostic tardif, grévant la possibilité d'une prise en charge optimale et impliquant souvent une entrée directe en soins palliatifs chez un patient qui aurait pu bénéficier d'une prise en charge plus optimale.

Selon le plan cancer, tout patient diagnostiqué d'un cancer est censé bénéficier d'une réunion de concertation pluridisciplinaire, qui est censée être la garante d'une prise en charge adaptée à l'état du patient en terme d'autonomie, de comorbidité et d'acceptabilité du traitement, le principe étant celui d'une décision prise par des médecins de chaque spécialité nécessaire au diagnostic, en accord avec les données actuelles de la science et l'expérience de chaque spécialiste, qui afin de pouvoir participer aux réunions doit justifier annuellement d'un certain nombre de réunions similaires.

Or, nous voyons ici qu'un certain nombre de patients n'a pas accès à une RCP par la seule décision du médecin traitant. On peut se demander s'il est éthique de prendre seul une décision concernant la santé et la vie du patient, qui n'est pas toujours consulté en vue de recueillir son avis.

En effet à la question « vos patients diagnostiqués malades d'un cancer sont-ils informés de leur diagnostic ? », quelques rares médecins disent explicitement ne jamais informer leurs patients comorbides ou vivant en EHPAD, ou encore selon le type de cancer.

Selon le code de déontologie médicale (14), « Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus. Lorsque, postérieurement à l'exécution des investigations, traitements ou actions de prévention, des risques nouveaux sont identifiés, la personne concernée doit en être informée, sauf en cas d'impossibilité de la retrouver.

Cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables. Seules l'urgence ou l'impossibilité d'informer peuvent l'en dispenser.

Cette information est délivrée au cours d'un entretien individuel.

La volonté d'une personne d'être tenue dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic doit être respectée, sauf lorsque des tiers sont exposés à un risque de transmission. »

Les médecins interrogés déclarent tous informer la famille, la personne de confiance ou le personnel proche de la patiente, à l'exception d'un qui déclare qu'il lui arrive de n'informer

personne, lorsqu'ils ne l'annoncent pas au patient.

Toujours selon le code de déontologie, «Les droits des mineurs ou des majeurs sous tutelle mentionnés au présent article sont exercés, selon les cas, par les titulaires de l'autorité parentale ou par le tuteur. Ceux-ci reçoivent l'information prévue par le présent article. Les intéressés ont le droit de recevoir eux-mêmes une information et de participer à la prise de décision les concernant, d'une manière adaptée soit à leur degré de maturité s'agissant des mineurs, soit à leurs facultés de discernement s'agissant des majeurs sous tutelle.»

Le motif de cette absence d'information n'est pas forcément évidente. Certains soulignent le problème des patients déments. Mais il n'est pas rare qu'un patient présentant un trouble cognitif modéré ou léger ne soit pas informé de son diagnostic. Encore une fois le cancer de prostate est cité à cette enseigne par les médecins.

Le problème éthique encore une fois concernant ce genre de pratique réside dans le fait que la place du médecin reste très délicate quant à sa capacité à évaluer la recevabilité de l'information par le patient.

5.2.2/ Place du médecin généraliste autour de la RCP

Dans l'ensemble, les médecins disent être rarement, voire jamais contactés afin de recueillir leur avis avant RCP. La plupart des médecins de Province interrogés souhaiteraient être d'avantage sollicités à ce niveau, alors que les médecins parisiens ne semblent pas s'intéresser à ce domaine de la prise en charge. Quelques rares médecins de Province pensent que ce n'est pas leur rôle. Cette différence entre région parisienne et Province interpelle. L'explication la plus probable réside dans la différence d'accès aux spécialistes, en consultation et en hospitalisation, qui est sans conteste beaucoup plus aisée à Paris et sa petite couronne que dans milieu semi-rural ou rural, que ce soit en terme de créneaux d'accès qu'en terme d'accessibilité géographique.

Les raisons invoquées par les médecins ne souhaitant pas être sollicités sont principalement le manque de formation permettant de donner un avis éclairé et l'aspect matériel quant à une éventuelle présence en réunion de concertation.

Enfin, quelques médecins déclarent prendre le parti d'appeler les spécialistes après RCP pour discuter la prise en charge proposée, la jugeant soit trop agressive (plus souvent), soit pas assez. Les médecins interrogés disent toutefois dans l'ensemble faire confiance aux spécialistes.

Le manque d'information du médecin traitant en la matière reste un écueil, celui-ci se retrouvant au centre de la prise en charge du patient et dans la gestion des effets parallèles du traitement, et que, bien que les proportions ne soient pas les mêmes d'un médecin généraliste à l'autre, tous sont amenés à prendre en charge des patients âgés atteints de cancer.

L'avis du médecin traitant présente notamment comme intérêt qu'il est souvent porteur des directives anticipées du patient (15, 16).

Il est en revanche difficile pour les médecins généralistes de donner un avis éclairé en ayant peu ou pas de formation en la matière et en n'ayant pas accès aux arguments décisionnels. De ce point de vue, il est intéressant de noter que l'édition du 8ème congrès de médecine générale en 2014 ne proposait aucune conférence portant sur la prise en charge de ces patients. A ce niveau, il est légitime de se demander si une formation continue, via les revues destinées aux médecins généralistes et au travers des communications proposées en séminaires, permettrait aux médecins de se sentir d'avantage concernés et aptes et de ce fait. Cela permettrait également aux médecins qui souhaitent s'impliquer d'avantage d'avoir une formation répondant à leurs attentes en la matière (pour mémoire, ceci faisait partie des objectifs du plan cancer 2009-2013).

Le problème matériel de la présence en RCP n'offre pas de réponse simple. Deux des médecins déclarent spontanément être intéressés par cette idée. Les technologies

actuelles devraient permettre de proposer aux médecins de participer à la RCP par le biais d'une vidéoconférence, en leur proposant un lien crypté sur le web. De cette participation devrait découler également une rémunération adaptée, la présence du médecin en réunion ne lui permettant pas d'être à ce moment-là en consultation. Il persiste le problème d'une part des bugs informatiques et celui de l'exactitude des horaires de passage à proposer.

5.2.3/ Information du médecin traitant

Les médecins interrogés déclarent recevoir quasi-systématiquement les comptes-rendus de RCP, mais environ un tiers d'entre eux rapportent un délai important de transfert des informations, faisant qu'ils voient le patient en consultation avant de connaître la décision prise par l'équipe de spécialistes. Les médecins généralistes ne sont pas unanimes quant à leur avis sur la qualité de la communication avec la structure hospitalière.

Cet écueil fait défaut à la prise en charge à deux niveaux. D'une part, le délai d'information du médecin conditionne l'information qu'il va être en mesure d'apporter à son patient au moment crucial qu'est celui de la consultation d'annonce ou post-annonce, mettant en jeu la confiance du patient et son sentiment de sécurité.

D'autre part, on peut se demander si le fait que le médecin puisse se sentir lésé d'être écarté de la prise en charge ou mal, insuffisamment ou tardivement informé, ne peut pas être responsable d'une perte de confiance envers la structure hospitalière et d'une absence d'orientation des patients par la suite.

Les principales propositions pouvant être effectuées à ce niveau sont soit un appel téléphonique systématique de la structure hospitalière au médecin traitant à la suite de la RCP, soit un transfert du compte-rendu une fois tapé via un réseau crypté, comme c'est déjà le cas avec les résultats de beaucoup de laboratoires d'analyses médicales.

Le plan cancer 2014-2019 met l'accent sur la communication entre l'hôpital et les soignants de proximité. (2)

« La prise en charge en cancérologie évolue (augmentation des prises en charge à domicile et développement des allers et retours ville-hôpital) en sollicitant plus fortement les professionnels de premier recours, en première ligne desquels, le médecin traitant, mais également les professionnels IDE, dans le cadre de la délivrance des traitements à domicile, et les pharmaciens dans le cadre du conseil et de l'information en matière d'interactions médicamenteuses et d'effets indésirables des traitements. Les échanges d'information ville-hôpital, formalisés lors des moments clés du parcours (moments de passage de relais), doivent plus largement inclure les professionnels de premier recours dans toutes leurs composantes, afin de favoriser leur coordination et accroître leur réactivité. Il s'agit d'une condition déterminante à leur implication dans le suivi et la prise en charge des patients. Le système mis en place doit permettre également aux professionnels de ville de transmettre à l'hôpital des informations sur leur connaissance de l'environnement psychosocial du patient et sur les éléments issus de la surveillance au domicile. D'où la nécessité :

- de généraliser l'informatisation des processus de soins en cancérologie en ville comme à l'hôpital ;
- d'améliorer le partage et l'échange sécurisé des informations entre professionnels par la mise en place d'un dossier communicant de cancérologie (DCC) opérationnel d'ici 2015, qui doit répondre aux besoins des professionnels, en termes de contenu et de vecteur d'échanges, en particulier avec les professionnels de ville. »

5.2.4/ Place du médecin généraliste dans le recueil des directives anticipées

Il nous est apparu pertinent de poser la question du recueil des directives anticipées du fait du caractère général du sujet de cette étude.

Il en ressort que les directives anticipées sont très rarement recueillies en consultation. Le principal motif évoqué est qu'elles ne sont pas conformes au désir du patient au moment d'un tableau urgent éventuel. D'autres médecins jugent que le sujet est trop délicat à aborder. Cette tendance est retrouvée tant chez les médecins de Province que chez les médecins parisiens.

Une étude (15, 16) récente mettait en évidence le fait que les généralistes recueillaient assez souvent les confidences des patients sur leur souhait de fin de vie mais ne les mettaient que très rarement, voire quasiment jamais par écrit.

L'article 1111-11 du code de santé publique stipule :

« Toute personne majeure peut rédiger des directives anticipées pour le cas où elle serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté. Ces directives anticipées indiquent les souhaits de la personne relatifs à sa fin de vie concernant les conditions de la limitation ou l'arrêt de traitement. Elles sont révocables à tout moment.

A condition qu'elles aient été établies moins de trois ans avant l'état d'inconscience de la personne, le médecin en tient compte pour toute décision d'investigation, d'intervention ou de traitement la concernant.

Un décret en Conseil d'Etat définit les conditions de validité, de confidentialité et de conservation des directives anticipées »

Le but des directives anticipées est de ne pas pénaliser le patient en lui prodiguant des soins dont il ne souhaiterait pas bénéficier. Le questionnement éthique dans lequel elles sont inscrites rend leur recueil complexe, notamment du fait de l'impossibilité de déterminer l'état d'esprit du patient au moment de la survenue d'un tableau urgent. Ces données n'étant pas recueillies, les médecins hospitaliers s'appuient la plupart du temps sur l'avis des médecins généralistes et, dans une certaine mesure, des familles afin de prendre une décision sur l'orientation des soins.

Pour ce qui est de la difficulté à aborder le sujet en consultation, il pourrait être intéressant de proposer une documentation écrite à disposer en salle d'attente, de manière à ce que le patient aborde le sujet de lui-même, comme le souligne un des médecins interrogés.

5.2.5/ Place du médecin traitant dans la mise en place des soins palliatifs

L'article L1110 du code de santé publique relatif aux soins palliatifs les définit comme suit : « Les soins palliatifs sont des soins actifs et continus pratiqués par une équipe interdisciplinaire en institution ou à domicile. Ils visent à soulager la douleur, à apaiser la souffrance psychique, à sauvegarder la dignité de la personne malade et à soutenir son entourage. »

Selon ce même article, « Toute personne a, compte tenu de son état de santé et de l'urgence des interventions que celui-ci requiert, le droit de recevoir les soins les plus appropriés et de bénéficier des thérapeutiques dont l'efficacité est reconnue et qui garantissent la meilleure sécurité sanitaire au regard des connaissances médicales avérées. Les actes de prévention, d'investigation ou de soins ne doivent pas, en l'état des connaissances médicales, lui faire courir de risques disproportionnés par rapport au bénéfice escompté.

Ces actes ne doivent pas être poursuivis par une obstination déraisonnable. Lorsqu'ils apparaissent inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie, ils peuvent être suspendus ou ne pas être entrepris. Dans ce cas, le médecin sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa vie. »

Par ailleurs, il est intéressant de noter qu'une étude récente démontre l'intérêt d'une prise en charge palliative précoce, mise en place en complément des soins curatifs permet une survie plus longue et dans de meilleures conditions (17).

Selon notre étude, la question des soins palliatifs semble plus facilement abordée par les médecins de ville que ceux de communes rurales. Cette question est plutôt abordée au moment de l'entrée en soins palliatifs, certains médecins soulignent l'intérêt de l'aborder précocément afin de préparer le patient à tous les cas de figure.

Plus d'un tiers des médecins interrogés déclarent déclencher des entrées en soins palliatifs sans difficulté particulière. Un autre tiers souligne que cette gestion est très chronophage. Les autres laissent cette problématique aux spécialistes.

Les médecins qui mettent en place des soins palliatifs sont principalement ceux travaillant en lien avec des réseaux de cancérologie. Parmi les médecins qui ne sont pas en contact avec un réseau de cancérologie, la principale raison invoquée est l'absence de structure à portée.

Il pourrait être intéressant de mettre en place un dispositif afin que les réseaux soient plus accessibles aux médecins généralistes, non seulement pour leur faciliter l'accès aux structures de type soins palliatifs, mais également l'accès aux informations sur la prise en charge de leurs patients. Il n'est probablement pas envisageable que chaque médecin soit en contact avec un réseau de cancérologie, étant donné que l'exercice des médecins n'est pas homogène et que chacun choisit une orientation, mais l'accès se doit d'être le même pour tous les médecins et ainsi pour tous les patients.

5.2.6/ Ressenti exprimé des médecins généralistes interrogés

Nous avons clos notre questionnaire en laissant un espace d'expression aux médecins en leur proposant de cocher quelques affirmations si elles leur paraissaient justes, et en leur proposant de définir leur rôle dans la prise en charge des patients âgés cancéreux en quatre mots.

Sur soixante-neuf médecins ayant répondu, quinze déclarent que les soins proposés par les spécialistes sont excessifs. Cette réponse peut être interprétée de deux manières, l'une proposant qu'effectivement les soins de cancérologie, notamment ceux destinés aux personnes âgées, ne sont pas assez mesurés. Cet écueil est censé être minimisé par la décision pluridisciplinaire. L'autre consiste à se demander, comme discuté plus haut, si le médecin généraliste bénéficie d'une information suffisante de la part des hospitaliers, sur l'objectif des soins proposés.

Environ la moitié des médecins pensent qu'il est justifié de rechercher un cancer chez un patient atteint d'une maladie d'Alzheimer. La même proportion juge qu'il est justifié de traiter un patient atteint de la maladie d'Alzheimer et d'un cancer. Encore une fois tout le travail doit résider dans l'amélioration constantes des pratiques de RCP en fournissant des données scientifiques permettant une proposition de prise en charge optimale, et dans la communication entre les différents professionnels.

Les médecins interrogés se retrouvent principalement dans le diagnostic, la surveillance, l'écoute, l'information complémentaire, la gestion des soins (à-côtés, complications), la coordination des intervenants, le contrôle du suivi, l'empathie, l'anxiolyse, l'antalgie et enfin l'accompagnement.

On retrouve les mêmes idées dans l'ensemble entre les différents milieux de médecins interrogés (parisiens, ruraux, citadins provinciaux).

6/ CONCLUSION

Le médecin traitant est considéré comme le pivot, au centre de la prise en charge du patient atteint de cancer, notamment chez la personne âgée dont la prise en charge est complexifiée par ses comorbidités, son environnement social, d'éventuels troubles cognitifs pouvant entraver la qualité de la prise en charge proposée et enfin par le manque d'études pharmacologiques portant sur cette population.

La décision de soins reste à l'heure actuelle un problème géré par les spécialistes d'organes, quand le code de déontologie stipule que la réunion de concertation pluridisciplinaire doit inclure un médecin de chaque spécialité nécessaire au diagnostic, à une époque où la médecine générale est considérée comme une spécialité à part entière et où le médecin généraliste est au premier plan en matière de diagnostic.

Notre étude a permis de mettre en évidence des disparités entre les médecins généralistes parisiens, qui ne sont pas consultés en vue de prendre leur avis quant à la prise en charge de leurs patients âgés cancéreux et ne le souhaitent pas, et ceux de Province qui semblent beaucoup plus enclins à être consultés. Parmi les médecins ne souhaitant pas être consultés, les principales raisons invoquées sont un manque d'information pour pouvoir donner un avis éclairé et les difficultés matérielles. Notre principale hypothèse concernant les disparités entre attentes des médecins parisiens et provinciaux se situe dans la différence de facilité d'accès aux consultations spécialisées.

Notre étude met également en exergue une insatisfaction d'environ la moitié des médecins interrogés quant à la communication avec la structure hospitalière, à une époque où les dispositifs de télécommunication sont en pleine expansion et où le Ministère de la Santé met l'accent sur la communication entre les professionnels dans sa mise à jour du plan cancer.

La question des directives anticipées reste problématique pour la plupart des médecins du fait d'une part des difficultés qu'elles posent en terme de sujet de consultation, et d'autre part du fait du questionnement éthique qui se pose autour de leur valeur au moment d'un éventuel tableau urgent.

Les soins palliatifs constituent un sujet plus facilement abordé par les médecins citadins. Leur mise en place est instaurée aussi bien par les médecins généralistes, notamment ceux travaillant en réseaux de cancérologie, que par les médecins spécialistes.

Les médecins généralistes se retrouvent actuellement principalement dans le diagnostic, la coordination des soins et la prise en charge des effets secondaires et des à-côtés.

Des moyens simples de pallier aux écueils soulignés dans notre étude peuvent être proposés. Du point de vue de la formation des médecins généralistes, il semblerait justifié de mettre en place d'avantage de communications en formations continues (congrès de médecine générale) pour un sujet qui concerne tous les médecins. En vue d'étendre la place du médecin généraliste au niveau de la décision de soins, pour ceux qui souhaitent s'y investir d'avantage, il pourrait être intéressant de proposer une participation en RCP aux médecins par le biais d'une vidéoconférence cryptée, lui permettant d'avoir droit au chapitre et également de recueillir les informations en temps réel, favorisant ainsi l'articulation entre la ville et l'hôpital. Concernant cette même articulation, à défaut de proposer une présence en RCP aux médecins de ville, un appel téléphonique systématique avant et après RCP, ou encore un envoi immédiat du compte-rendu de RCP via un réseau crypté permettrait également une transmission plus rapide des informations.

Pour ce qui relève de la prise en charge postérieure, il semble intéressant de favoriser l'accès aux réseaux d'oncologie afin de faciliter les démarches aux médecins généralistes, notamment en matière d'instauration de soins palliatifs, permettant également d'éviter certaines hospitalisations.

Concernant les directives anticipées, il pourrait être intéressant de proposer une documentation écrite à disposer en salle d'attente afin de favoriser ce sujet en consultation en le faisant aborder par le patient lui-même.

Ces résultats seront à revoir après l'extension de l'étude au niveau national.

BIBLIOGRAPHIE

- (1) Données de l'Insee, 2011
- (2) Plan Cancer 2014-2019
- (3) Rapport de l'InCa, 2013
- (4) Elisabeth Castel-Kremer, Mécanisme de décision en oncogériatrie, La Revue du Praticien, Volume 59, 20 Mars 2009
- (5) Monfardini S. Prescribing anti-cancer drugs in elderly cancer patients. Eur J Cancer 2002;38:2341-6.
- (6) Art L 111-2 et art L 111-4 du code de santé publique. Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé telle que modifiée par la loi du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie
- (7) Pierre SOUBEYRAN, Etude ONCODAGE
- (8) Circulaire DHOS /SDO/2005/101 du 22 février 2005 relative à l'organisation des soins en cancérologie.
- (9) Marie Brigitte ORGERIE, La réunion de concertation pluridisciplinaire : quelle place dans la décision médicale en cancérologie ?
- (10) Etat des Lieux et Perspectives en Oncogériatrie, InCa, Mai 2009
- (11) Fleur DELVA, Factors influencing general practitioners in the referral of elderly cancer patients, BMC Cancer 2011
- (12) Gilles FREYER, Dealing with metastatic breast cancer in elderly women : results from a french study on a large cohort carried out by the 'Observatory on Elderly Patients', Annals of Oncology 17:211-216, 2006
- (13) Données de la DREES, Les Médecins au 1er Janvier 2013
- (14) Ordre National des Médecins, Code de Déontologie Médicale, Mise à jour Novembre 2012
- (15) Rodolphe DAIRE, La Personne de Confiance en Médecine Générale en France, 2013.
- (16) Brice COLOMBIER, La Place de la Personne de Confiance en Médecine Générale, 2011.
- (17) Jennifer S Temel, Early Palliative Care For Patients With Metastatic Non Small Cell Lung Cancer, NEJM 2010;363:733-42

**ENTRETIEN N°1 – 10 Avril 2013 – Levallois-Perret
Installé depuis plus de 20 ans**

Je fais une étude sur la place du médecin généraliste dans la décision de soins en oncogériatrie. Qu'est-ce que ce sujet évoque pour vous, par rapport à votre pratique, est-ce que vous vous sentez concerné par ce sujet, est-ce que ce sujet vous intéresse ?

Ça ne m'intéresse qu'à moitié, je m'explique. La première des choses : c'est important puisque c'est fréquent. 2^e chose c'est toujours difficile à expliquer aux gens. 3^{ème} chose, Cela nécessite une cohérence des différents intervenants. L'autre moitié, qui est le versant négatif : il est manifeste que je n'ai pas les outils pour faire une proposition et ça c'est le travail de l'oncologue. Par contre j'ai les éléments humains qui permettent de tempérer cette proposition, et on le voit bien car je dirige les familles dès que le diagnostic est évoqué puis je les revois en aval quand il y a quelque-chose à décider. Et mon travail n'est pas d'apporter les alternatives sur lesquelles il y a à décider, mais plutôt d'orienter les décisions. Ça m'intéresse mais je n'ai pas tous les éléments.

En parlant d'orienter et de tempérer les décisions auprès des familles, avez-vous déjà eu à apporter votre avis auprès de l'oncologue à un moment ou à un autre.

La question est « est-ce que cet avis est éclairé ? » Il l'est si on a des éléments scorés, c'est-à-dire si on a la formation correspondante. Il faut ajouter : on doit avoir une évaluation oncogériatrique et qu'elle soit traduite de manière négative c'est-à-dire expliquer que certains éléments proposés sont inacceptables. Il faut qu'on ait tous les éléments pour cette info. Après, entre les différents choix, la plupart du temps c'est un choix humain, construit sur et c'est peut être le tort, peu d'éléments rationnels autres que l'expérience, le vécu et ce que l'on choisirait pour notre propre carcasse.

Donc, pour reformuler, vous ne pensez pas que votre avis a sa place dans une concertation multidisciplinaire ?

Si, si, mais elle doit ETRE multidisciplinaire

D'accord, donc dans une RCP, le médecin généraliste devrait avoir son avis à donner.

Alors je ne sais pas, mais il doit prendre sa place, aller aux réunions, s'inscrire dans les réseaux et se déplacer dans les staffs, c'est le vrai souci. Et si on le veut, il faut lui donner une place qui ne soit pas à la fin de l'exposé et deuxièmement qu'il soit rémunéré.

Dans votre expérience, vous essayez d'orienter les patients dans ce qu'ils vont accepter, est-ce que le fait de ne pas être directement impliqué dans la décision affecte dans un sens ou dans l'autre la relation médecin-malade ?

Il y a un renforcement de cette relation si tout le monde a joué le jeu, c'est-à-dire si tout le monde a pris la peine de s'écrire ou de faire un CR de RCP qui a été transmis à chaque intervenant. Mais le plus souvent on n'a pas ça, donc dans le premier entretien on doit interroger le patient sur ce que l'on a déjà fait, sur les décisions, les retours qui lui ont été faits et on reste souvent dans un grand flou.

Vous êtes donc en train de dire que la plupart du temps, vous ne recevez pas les CR de RCP, ne savez pas ce qui va être fait pour le patient et c'est lui qui vous informe ?

Voilà. Et c'est le cas la plupart du temps sauf dans 3 institutions d'où je les reçois. J'ai

l'exemple d'un patient que j'ai adressé il y a 2 mois pour suspicion d'hémopathie. J'ai reçu un courrier dans lequel on me donne le diagnostic sur myélogramme et à quelle structure le patient a été adressé, mais je n'ai absolument aucune nouvelle sur la prise en charge du patient.

Y a-t'il un problème entre le médecin généraliste et l'hôpital en général ?

Non absolument pas, il y a un problème d'investissement de la structure hospitalière sur ses moyens de communication. Ils ont économisé sur l'administratif et le secrétariat pour en dépenser ailleurs. Donc il n'y a personne pour taper les courriers, ni pour envoyer les mails. J'ai l'exemple d'un médecin qui n'envoie aucune RCP, envoie quand il peut un CR de consultation, mais en revanche, aussitôt que l'on a un problème avec un patient et qu'on lui envoie un mail il répond. Ça veut dire que tout ce qui passe par lui il le fait bien, mais tout ce qui ne passe pas par lui (légitimement) on n'a pas le temps de le faire. Il n'y a donc pas de problème dans la relation médecin hospitalier-médecin généraliste, mais un problème de communication entre l'hôpital et le médecin de ville. Il faut 15 jours pour qu'une lettre sorte de l'hôpital.

Est-ce que le patient semble donner son avis, vous prend-il comme intermédiaire pour le donner ?

Heureusement la plupart du temps on ne le lui demande pas et il ne nous prend pas comme intermédiaire. Malheureusement certains sont soit au bout du rouleau, soit la décision n'est pas simple, et les enfants nous prennent à témoin et demandent notre avis. Exemple d'une de mes patientes en institution : cancer du sein et démence, que faire ? L'oncologue propose soit un traitement curatif soit une hormonothérapie ? J'ai plutôt conseillé hormonothérapie et c'est ce que la famille a choisi. Ce qui me paraît limite c'est qu'on ait laissé le fils dans ses affaires sans l'aide d'une psychologue. Mais l'inverse est aussi vrai. Une patiente avec 2 tumeurs, une atteinte pneumologique, démente, dans un service hospitalier, dit « je veux être soignée ». L'oncologue dit « j'ai bien entendu on va soigner votre cancer. On ne sait pas si cette dame démente demandait à être soignée de son cancer. On a commencé une chimiothérapie et lorsqu'elle a été évaluée, on s'est aperçu que cela ne servait à rien et elle est donc repartie dans sa maison de retraite. C'est l'histoire de la priorisation des soins de la personne âgée, elles préfèrent que l'on traite leur constipation plutôt que leur insuffisance cardiaque. Ça veut dire qu'elles vont continuer le traitement de la constipation et arrêter celui de l'IC. Et nous on va se battre en permanence en leur disant que ce traitement doit être continué. Et peut-être va-t-on arrêter la statine.

Pour ce qui est du dépistage, avez-vous un âge limite ? Palpez-vous les seins de toute patiente âgée, la prostate de tout patient âgé ?

Il y a le problème de l'âge physiologique. L'examen de la prostate chez celui qui est mobile et qui vient au cabinet sans canne je fais. L'examen des seins, je devrais le faire. Celui que je vois en institution, je ne fais pas car je pense qu'avec sa démence, on a autre chose à faire et à traiter que de chercher d'hypothétiques tumeurs et c'est peut-être un tort. Et puis le temps est compté.

Devant un diagnostic supposé, demandez-vous systématiquement un avis.

OUI. La prostate n'est pas un gros problème car avec le grand âge le diagnostic se traduit souvent par une abstention thérapeutique si le patient est non symptomatique. Je m'intéresse plus en revanche à des tumeurs telles que les tumeurs de vessie que l'on trouve sur une hématurie, et qui peut se régler grâce à un geste très anodin. Idem pour les lésions cutanées il faut les diriger systématiquement.

Donc vous priorisez, y a –t'il certains appareils pour lesquels vous n'adrez pas systématiquement ?

Si, dès que le diagnostic est fait, j'oriente, et il le faut, surtout si l'on envisage une abstention il vaut mieux être deux à la dire. Mais en termes de dépistage, je ne vais pas dépister tout le temps.

Sur les réseaux, vous travaillez avec le réseau SCOP, comment êtes-vous entré dedans ?

Je n'y suis pas entré, je fais partie des médecins qui l'ont fondé. Nous avons des problèmes de soins palliatifs, nous avons décidé de le monter. En réponse à un certain nombre de professionnels face à une question de terrain. Et personne n'a pris de relais, donc ce réseau là s'est développé. Pour des raisons géographiques et financières.

Et quel intérêt en tirez-vous en pratique ?

L'intérêt est manifeste : je ne suis plus seul à gérer mes cancéreux. Je suis avec des oncologues, psychologues, logisticiens, ergothérapeutes, palliatologues.

Concernant les soins palliatifs, l'entrée en soin palliatifs, la discutez-vous systématiquement ?

Non, l'entrée en soins palliatif est un fait : c'est la fin des soins curatifs.

Et les soins que vous allez alors dispenser, les discutez-vous ?

Il ne faut jamais se débrouiller seul, il faut ramener un maximum de professionnels autour du patient. L'oncologue, ramener les palliatologues, ramener la psychologue, tous ceux qui s'occupent des matériels spécifiques, stomies..., l'ergothérapeute, le gériatre... Une fois que tout le monde rame dans le même sens, et c'est peut être le rôle du médecin de coordonner le tout, on a des chances que ça aille confortablement jusqu'au bout avec une alternance hospitalisation - RAD - hospitalisation -RAD.

Est-ce que la place que vous venez de me décrire et que vous occupez actuellement vous satisfait ?

Oui.

ENTRETIEN N°2 – 25 septembre 2013 - Levallois-Perret

Installé depuis plus de 20 ans

Je fais un travail de thèse sur la place du médecin traitant dans la décision de soins chez le patient âgé cancéreux. Pour commencer comment définissez-vous la notion d'oncogériatrie ?

La cancérologie chez la personne âgée, avec cette particularité liée à l'âge et les comorbidités, leur fragilité.

Donc dans l'objectif d'une prise en charge raisonnable ?

Une prise en charge raisonnable, adaptée à leur état de santé, où l'on va privilégier le terrain et l'espérance de vie.

Dans votre pratique, êtes-vous souvent confronté à cette problématique ?

Oui car la patientèle de plus de 60 ans représente 50 % de mon exercice, 360 de mes consultations sont en ALD, pour une moyenne régionale de 150 par généraliste.

Comment êtes vous amené à avoir ce profil de patientèle ? Comment gérez-vous le problème du moment que vous évoquez un diagnostic de cet ordre ?

Soit ce sont des patients à moi que je suis depuis longtemps, j'organise la prise en charge avec le réseau de cancérologie SCOP. Soit ce sont des patients qui me sont adressés par le réseau de cancérologie. Ou encore parfois ce sont des patients qui me sont adressés par d'autres médecins généralistes, qui sachant que cet exercice m'intéresse m'adresse les patients qu'ils ne pensent pas être en mesure de gérer. Ma position est peut-être un peu biaisée pour votre enquête.

Dans la prise en charge de ces patients, définissez-vous un âge limite à partir duquel vous allez arrêter de demander des avis afin de poser les diagnostics et organiser la prise en charge ?

Non. J'adresse toujours mes patients car maintenant, une pathologie diagnostiquée doit toujours être documentée. Mes patients ont un diagnostic anatomopathologique, une réunion de concertation pluridisciplinaire, comme défini dans le plan cancer, TOUT le monde doit en bénéficier. Et la RCP servira de base à la décision thérapeutique. Et c'est tout de même plus confortable vis-à-vis du patient et de la famille de pouvoir parler d'une prise en charge documentée et discutée où l'on argumente des prises en charge thérapeutiques.

Est-ce que vous informez toujours les patients des diagnostics et des traitements ?

On arrive toujours à leur annoncer le diagnostic exact, sur plusieurs consultations. C'est en général plus confortable d'annoncer un cancer à une personne âgée. Pour les traitements, on leur explique le pourquoi et le comment, d'autant que beaucoup n'en veulent pas, il faut bien leur expliquer que le traitement sera adapté. De toute façon, de nos jours, il n'est pas concevable de ne pas discuter les traitements avec les patients. Le

médecin généraliste est là pour traduire ce qui a été dit chez le cancérologue. Il faut bien sûr adapter le propos au niveau intellectuel du patient, à ses origines. On fait au mieux.

Vous pensez avoir une information suffisante sur les traitements pour les discuter de façon claire et adaptée avec les patients.

Oui, de toute façon je reçois les comptes-rendus de RCP, si ce n'est pas le cas, mon réseau me tient informé par téléphone.

Recevez-vous toujours les CR ?

Oui, enfin cela dépend d'où ils vont. A Levallois, la collaboration se fait parfaitement avec l'IHFB. De manière générale, la relation avec l'hôpital est très bonne et l'information suit.

C'est plus ou moins facile, mais on y arrive, surtout en oncogériatrie du fait de la polyopathie la prise en charge est toujours délicate donc la communication est renforcée.

Vous me parlez du réseau SCOP, comment avez-vous été amené à vous inscrire dans un réseau d'oncologie ?

Un réseau aussi intéressant à portée de main, si l'on ne s'en rapproche pas, c'est que l'on passe à côté du problème. Le réseau a été essentiel, d'abord parce que c'est un soutien dans tout ce que l'on fait. Étant intéressé par la cancérologie, les soins palliatifs et ayant une patientèle relativement âgée, cela allait de soi.

Qu'en tirez-vous ?

Ne pouvant donner au patient un diagnostic sans avoir un bon soutien documentaire, le réseau a un effet validant auprès du patient. Lorsqu'on propose un traitement un peu lourd et que les gens voient que vous avez un soutien par un réseau ou par l'hôpital, ils se sentent rassurés, il y a une espèce d'effet de labellisation, le réseau se déplace fait un état des lieux puis nous guide dans les décisions. Lorsque l'on a besoin d'une hospitalisation ou d'une place en soins palliatifs ça vaut de l'or.

Cela vous facilite donc la prise en charge et rassure le patient.

Exactement. Puis cela nous apporte plus en connaissance lorsque l'on a des doutes sur certaines thérapeutiques.

Au niveau des conduites de dépistage, avez-vous une conduite consistant plutôt à chercher les cancers fréquents à tout âge ou êtes vous plus tempéré ?

On fait cela au mieux. Je dirais que la prostate chez une personne très âgée je lui fous la paix car on les fait rentrer dans un système médical agressif pour un cancer qui l'est moins, même chez un patient en très bon état. On surveille. Je me suis calmé sur le dépistage des cancers de prostate avec les dernières études qui montrent que le dépistage n'apporte qu'un bénéfice très douteux.

Mais vous orientez la conduite selon le type de cancer.

Exactement. Je suis un peu plus systématique pour le sein car les traitements peuvent

être beaucoup moins agressifs.

Sur la perception du patient, comment les choses se passent en général avec les patients et les familles ?

On ne peut faire de généralité, mais dans l'ensemble, cela se passe mieux avec les personnes âgées.

Avez-vous le temps en consultation d'aborder les représentations des patients sur les cancers et leurs traitements ?

On essaie, on va à tâtons, on va faire une annonce qui va être guidée par ce que le patient peut ou veut entendre, il arrive qu'ils nous coupent la parole pour ne pas qu'on leur donne le diagnostic. On a aussi absolument besoin d'un aidant familial principal avec qui discuter les choses, à tenir informé, car soigner un cancer à domicile chez une personne isolée on se retrouve très vite démuni.

Avez-vous l'impression que vous arrivez vraiment à discuter les choses avec le patient ou les sentez-vous complètement passifs ?

Cela dépend totalement du patient, de ses sensibilités, de son anxiété. En étant médecin traitant, on arrive à connaître plutôt bien certains patients et à savoir comment aborder ces questions. On se fait guider par l'ambiance générale.

L'annonce a un impact particulier sur la relation médecin malade ?

Toujours, mais cela dépend du cancer, dans certains cas on ne peut qu'être excessivement rassurant, par exemple avec les LLC, les cancers de prostate. Il y a toujours des cas isolés où ces cancers sont beaucoup plus agressifs mais c'est rarissime. Mais comme je l'ai déjà dit, c'est souvent plus facile à annoncer à une personne âgée. Quelque part il est important d'aider le patient que l'on suit depuis des années à réfléchir au fur et à mesure, les aider à se préparer à un éventuel malheur, cela facilite l'annonce et la prise en charge le moment venu.

A propos de l'entrée en soins palliatifs, passez-vous systématiquement par le réseau ?

L'élément limitant n'est pas tellement à ce niveau, mais plutôt au niveau de l'annonce de l'entrée en soins palliatifs car cela implique que le temps est compté d'une certaine façon. Ce qui est formidable avec le réseau c'est qu'il y a une permanence 24h/24, que leur interlocuteur a leur dossier médical, et même si l'interlocuteur fait intervenir SOS médecins, l'intervenant sera informé des décisions qui ont été prises concernant le dossier, des directives anticipées... De même, si l'on a besoin d'une hospitalisation en soins palliatifs, on a la possibilité d'hospitaliser le patient rapidement. Le réseau nous aide principalement sur le plan organisationnel et en tant que soutien thérapeutique.

Arrivez-vous à accompagner la plupart des patients à domicile jusqu'au bout ?

Oui, et je dirai que c'est très chronophage et épuisant émotionnellement. Suivre plusieurs patients en fin de vie est usant et pas forcément évident pour tout le monde. On se crée

des relations amicales avec les familles etc mais ce n'est pas évident, il faut un exercice plus varié pour tenir le coup, même si c'est très satisfaisant et gratifiant. On se retrouve face au patient quelque part livré à nous même, on est loin du rôle de médecin qui applique les prescriptions des autres ou tient une place de prestataire de soin. Mais encore a-t-on besoin d'un environnement social et affectif valable.

De même, on arrive à décider quel traitement est encore justifié ou pas. Est-il encore valable de garder un traitement par statine ? Ou par anticholinestérasique ?

La configuration actuelle et dans laquelle vous vous trouvez est donc bonne selon-vous ?

A Levallois en tout cas, « on vit dans du coton ». Tout est mis en place pour que cela se passe au mieux, que ce soit au niveau hospitalier, au niveau des structures mises en place par la mairie...

En 2 phrases, définissez moi votre place dans la prise en charge du patient âgé cancéreux ?

Indispensable. Et la personne âgée a besoin d'un médecin traitant disponible, qui pratique encore les soins à domicile. Et notre rôle est la coordination, la gestion des soins, la surveillance des effets secondaires.

ENTRETIEN N°3 – 26 septembre 2013 - Levallois-Perret

Installé depuis plus de 20 ans

Comment définissez-vous la notion d'oncogériatrie et son objectif ?

C'est la cancérologie chez la personne âgée donc tout dépend de l'âge auquel on définit que la personne est âgée, si l'on se base sur des critères cliniques ou sur l'âge réel.

On va se battre pour quelqu'un qui est en forme et moins pour quelqu'un qui est en plus mauvais état, même si parfois j'ai l'impression que les cancérologues se battent excessivement. Mais c'est là qu'est tout le débat.

C'est donc dans l'objectif d'une prise en charge raisonnable de la personne âgée.

Mais j'en ai de 88 ans à qui l'on a traité des métastases hépatiques, à qui l'on a enlevé un lobe pulmonaire et ça ne les a pas empêchés de continuer de partir en vacances...

Donc c'est dans l'objectif d'une prise en charge raisonnable et adaptée à l'état du patient.

D'autres, avec une maladie d'Alzheimer évoluée à 60 ans, ça devient beaucoup plus compliqué.

Qu'est-ce que le sujet évoque dans votre pratique ?

Je n'y suis que peu confronté car je suis plus orienté vers la médecine sportive. Je fais un peu d'oncogériatrie et je suis souvent amené dans ces cas-là à demander à un confrère dont la pratique est beaucoup plus orientée vers cet exercice que moi ce qu'il pense de mes patients et ce qu'il ferait à ma place.

Vous arrive-t'il dans ces cas d'adresser les patients ?

Ma problématique est plus orientée dans ces cas sur : dois-je poursuivre ou pas les explorations ? J'avais par exemple un patient atteint d'une maladie d'Alzheimer qui restait relativement autonome à domicile chez qui l'on a découvert une tumeur colique. Je l'ai adressée en gériatrie qui l'a adressé en chirurgie. Les chirurgiens ont proposé une chirurgie simple avec pose d'une colostomie. Mais la patiente n'a pas supporté le geste ou l'anesthésie et tout s'est mal terminé. On ne sait pas quelle aurait été l'évolution naturelle mais voilà la finalité. J'en ai actuellement une qui présente une anémie à 99 ans associée à un gros syndrome inflammatoire, qui a probablement un saignement distillant. A son âge je la laisse tranquillement dans sa maison de retraite.

Donc, de par votre expérience, vous n'adrez pas toujours les patients ?

Le plus souvent si, j'ai même eu une patiente de 102 ans qui présentait une tumeur du sein qui était prête d'arriver à la peau pour laquelle un geste simple de propreté, sous anesthésie locale a été effectué, mais il arrive que je préfère, selon l'âge physiologique du patient et selon le cancer et l'agressivité éventuelle de la prise en charge, je m'abstienne. En général, je demande quand même conseil pour confirmer ma pré-décision de gérer le problème seul.

Pour les demandes d'avis, vous adressez-vous aux réseaux avec lesquels vous

travaillez, des confrères généralistes... ?

Cela dépend du patient et d'où je vais éventuellement l'orienter. Ou bien je demande une hospitalisation courte afin de préciser les possibilités et ce qui vaudrait le coup.

Informez-vous systématiquement les patients sur leur diagnostic ? Et les traitements ?

Certaines personnes âgées ne sont pas toujours informées et c'est parfois plus géré avec la famille, lorsqu'ils présentent des troubles des fonctions supérieures. Dans ces cas là c'est la famille qui gère ces gens en grande partie donc la prise en charge doit passer par eux. Donc la discussion passe soit par le patient soit par la famille selon. Pour le traitement, j'essaie d'être insistant quand je pense que ça vaut le coup de l'être. Mais c'est le patient qui décide, certains ne souhaitent pas être traités. On ne peut pas se mettre à la place des gens. Je jauge la situation, je propose, j'insiste ou pas et c'est selon. Il arrive que ce soit le contraire, des patients qui demandent des dizaines d'avis. En gériatrie cela reste tout de même plus rare. Mais quand on a un patient qui vit dans un environnement compliqué qui s'ennuie depuis des années, c'est pas toujours évident de se battre pour qu'il accepte un traitement qui rallongera sa vie d'une durée indéterminée dans un confort qui l'est tout autant.

Est-ce que ce genre d'annonce diagnostic modifie votre relation médecin malade ?

En général, cela crée encore plus de lien avec la personne âgée. Sauf pour celui qui ne veut pas en entendre parler. Mais lorsqu'on les connaît depuis des années, la plupart du temps on voit beaucoup le patient et cela resserre les liens. Et on en garde de bons souvenirs à posteriori, tant qu'on estime que l'on a fait ce qu'il fallait et que l'on a bonne conscience. On essaie de faire ce que l'on peut et d'être présent.

Pensez-vous que votre expérience et votre formation vous permettent d'être suffisamment informé sur les traitements anticancéreux pour discuter correctement la question avec les patients ?

Globalement sur les chimiothérapies et la radiothérapie oui, les soins à priori aussi. Là où je gère moins c'est sur les suites opératoires directes qui sont toujours aléatoires. Mais dans l'ensemble, je ne sais pas tout, mais je pense avoir le panel suffisant pour les informer.

Quelle place donnez-vous à la famille et aux aidants ?

J'ai toujours un numéro d'aidant dans les dossiers. Cela me permet de recueillir des informations sur leur autonomie vraie, leur état général en dehors de l'interrogatoire de consultation. Ce n'est pas toujours la famille et il faut se mettre d'accord avec le patient et suivre sa volonté.

Chez les patients âgés, avez-vous systématiquement l'occasion de discuter les traitements avec les patients ou vous arrive-t'il souvent d'être shunté ?

En général le patient vient me voir et j'ai reçu la lettre du correspondant. J'essaie alors d'aménager le lieu etc, on essaie de s'organiser pour que la prise en charge soit le plus adaptée au patient mais ce n'est pas moi qui prends la décision. Bien sûr j'ai l'occasion

d'en discuter avec le patient la plupart du temps. J'essaie parfois de convaincre mes patients dans une voie, par exemple j'ai eu une patiente qui avait bénéficié d'une mastectomie, et dont la mammographie controlatérale devenait douteuse, sans qu'il y ait pour autant indication chirurgicale. J'en ai discuté avec mon réseau de cancérologie qui m'a dit que ce n'était pas la politique d'opérer sans plus de documentation, j'ai expliqué à la patiente que dans certains pays on pratiquait une mastectomie dans ces cas-là et pose de prothèse. La patiente a réussi à trouver un chirurgien qui a bien voulu pratiquer le geste. Et a été ravie et a la conscience tranquille.

Mais ce n'est pas moi qui ai décidé.

Concernant la relation MG-hôpital, recevez-vous systématiquement les comptes-rendus de RCP ?

Oui, avec l'IHFB ça se passe toujours bien. Dans certains cas cela vient après le traitement, mais cela vient.

Dans l'ensemble la communication avec l'hôpital est bonne. C'est parfois plus compliqué avec l'AP-HP car il arrive que des patients partent pour être pris en charge à l'AP-HP, ils sont transférés, mon nom est perdu entre temps, le traitement est vite démarré et certaines informations ne passent pas par moi. Cela arrive de temps en temps. Lorsque je revois le patient je rappelle le service auquel j'ai adressé et j'arrive en général à récupérer le dossier. Si le patient ne revient pas me voir, je ne cherche pas plus en général.

A propos des réseaux comment êtes vous arrivé à travailler dans le réseau de cancérologie avec lequel vous êtes inscrit ?

Je ne sais plus exactement, mais j'ai toujours trouvé cela bien de pouvoir discuter de ses difficultés. Écouter la façon de travailler des autres est intéressant et demander conseil sur ses difficultés d'autant plus.

J'ai l'impression d'en avoir moins besoin que d'autres car ma patientèle est plutôt jeune, mais j'y ai recours lorsque j'ai besoin de définir une direction dans ma prise en charge, soit pour me conforter soit pour m'inciter, soit lorsqu'ils suivent un de mes patients. Il arrive que je ne vois presque plus les patients, qui sont beaucoup plus suivis par les paramédicaux du réseau. Cela m'aide à finaliser mes stratégies de prise en charge ou de les réorienter.

Il y a aussi un intérêt de formation continue pour la prise en charge de certains cancers, par exemple celui du sein qui nous échappe beaucoup, en dehors du diagnostic, en médecin générale.

Est-ce que vous gérez beaucoup de soin palliatif ?

C'est par phase mais dans l'ensemble j'en ai peu maintenant j'en ai eu d'avantage mais ma patientèle s'est rajeunie.

Comment gérez-vous en règle générale ? Sollicitez-vous beaucoup le réseau ?

Quand ça se complique c'est bien d'avoir le réseau car ne pratiquant pas beaucoup, c'est un confort et un soutien.

Pour conclure, comment définissez-vous votre place dans le sujet dont nous discutons.

Initiateur de la découverte de la maladie.

Soutien, en première ligne du patient, avec les paramédicaux de ville.

Surveillance des traitements initiés par les hospitaliers.

Avec la même importance pour chaque intervenant.

Êtes-vous satisfait de la place que vous occupez comme vous l'avez décrite ?

Pas toujours, mais dans l'ensemble, j'ai tendance à me dire que si la prise en charge a été correcte et que le patient est satisfait, c'est le principal. Parfois les patients prennent une direction où je ne les vois quasiment plus, je me dis que soit je me suis mal expliqué, soit on ne s'est pas compris, on regrette un peu, on se remet en question, mais globalement cela se passe comme je le veux. La communication est bonne avec les différents intervenants... Globalement je suis content de l'organisation.

ENTRETIEN N°4 – 24 octobre 2013 – Paris 17ème

Installé depuis 3 ans

Pour commencer, pour vous présenter depuis combien de temps exercez-vous la médecine de ville ?

J'exerce depuis 17 ans sur l'île de France j'étais auparavant en Normandie. Je suis installée sur le 17ème arrondissement de Paris depuis 3 ans.

Comment définissez-vous la notion d'oncogériatrie ?

Je pense que c'est bien de la séparer de l'oncologie de la personne jeune, c'est spécifique, il y a des spécificités liées à la validité du patient à son état thymique donc c'est un domaine particulier. L'objectif est une prise en charge plus humaine, plus empathique. En se méfiant de l'acharnement. Nous en tant que généraliste on s'attache beaucoup à ces patients donc on essaie de faire au mieux. Et cela passe par la coordination avec les hospitaliers. Quand ils sont sympas ça marche mieux.

Le travail de thèse que je fais actuellement porte sur la place du médecin traitant dans la décision de soins chez le patient âgé cancéreux, qu'est-ce que cela évoque pour vous dans votre pratique.

En général, il y a une équipe qui se forme avec l'hôpital, après, à quel niveau situez-vous la question, sur la fin de vie ?

Non, la question n'est pas ciblée sur un moment particulier de la prise en charge, nous parlons de la décision de soins de manière générale, de l'annonce à la fin de vie.

C'est une coordination entre l'hôpital, les visites à domiciles pour le suivi, puis les soins palliatifs. A mon niveau, c'est un rôle de coordinateur, et puis surtout de soutien, d'adaptation antalgique.

Dans la décision de soins, avez-vous l'impression d'avoir droit au chapitre, vous arrive-t'il de donner votre avis aux spécialistes concernant les patients ?

Oui mais rarement. C'est surtout eux qui sont au premier plan cependant, je suis plutôt au second plan, et en tout cas rarement consultée.

Pensez-vous que vous devriez l'être davantage ?

On pourrait imaginer que oui, en définitive je pourrais moi aussi être plus « quémandeuse ». C'est vrai que ce sont des patients que l'on a de longue date, que l'on suit régulièrement. Ceci dit en général cela se passe bien, on peut être amené à intervenir en cas d'altération de l'état général ou de mauvaise tolérance des traitements. Je me souviens particulièrement être intervenu pour l'obtention de places en soins palliatifs.

Du coup, faute de beaucoup discuter avec les spécialistes, avez-vous davantage l'occasion de discuter avec les patients ?

Oui, beaucoup plus, d'autant que nous avons en définitive avec notre activité peu de temps pour rester longtemps au téléphone avec les spécialistes, on ne les obtient pas toujours, c'est toujours possible mais chronophage.

Et recevez-vous systématiquement les comptes-rendus de RCP ?

Oui, et assez rapidement en général.

Lorsque vous en discutez avec les patients abordez-vous à proprement parler la question des traitements proposés, leurs craintes vis-à-vis de ces traitements, et pensez-vous avoir l'information suffisante pour les informer ?

Oui je pense. De toutes les thérapeutiques, en générale on peut discuter, je me souviens d'un patient âgé porteur d'un mélanome, les oncologues m'avaient consultée pour savoir si le patient pourrait tolérer le traitement, sachant qu'il était âgé mais très valide etc donc on s'était bien coordonné pour le prendre en charge et j'avais donné mon aval pour le traitement.

Le patient donne-t'il son avis ou passe-t'il systématiquement par vous ?

En tant que généraliste ils nous font beaucoup confiance. Ils peuvent aussi donner leur avis, et en général tant que l'on est dans la phase soins actifs, oui ils le donnent et c'est normal.

Sur les conduites de dépistage, êtes vous aussi systématique devant les personnes âgées, ou êtes vous plus attentiste ?

Cliniquement, je poursuis toujours les dépistages. Je me souviens d'une patiente âgée très dynamique que j'avais vue pour une tumeur sénologique. Le chirurgien n'était pas enclin à faire quoi que ce soit. Et finalement, devant mon insistance et celle de la gynécologue médicale de la patiente, il l'a opérée, mais a quand même pris la décision de ne pas effectuer de suivi. C'est un peu frustrant. L'âge pour beaucoup de services ou de médecins reste un motif d'attentisme. Après il y a l'autre difficulté qui est celle très frustrante de la question financière, mais c'est encore autre chose.

Gradez-vous selon le type de cancer ou adressez-vous toujours en consultation spécialisée devant une lésion suspecte ?

Toujours car du point de vue relationnel avec la famille et les patients, on ne peut pas prendre ce genre de décision seul, celle de ne rien faire. C'est ma politique. Mais je connais d'autres médecins qui eux prennent selon le patient la décision de ne pas demander d'avis, j'ai pris la suite d'un en particulier pour un cas de tumeur du sein. Cela m'a permis de ne pas prendre cette décision seule.

Est-ce qu'il vous est arrivé de travailler avec des réseaux de cancérologie ou de gériatrie ?

Oui c'était un médecin qui gérait cela, ils prenaient en charge les patients âgés cancéreux, plutôt orientés fin de vie, avec optimisation et mise en place d'antalgie parce que c'est tout de même compliqué pour un seul médecin parfois. Actuellement j'ai peu de patients de cet ordre, mais j'ai travaillé avec des réseaux et le referai probablement.

Quel en est l'intérêt ?

C'est une grande aide pour le généraliste. Sur les soins palliatifs ils sont très bien formés, on a pas toujours de place à l'hôpital et ils nous offrent une bonne alternative.

Pour les entrées en soins palliatifs, avec qui gérez-vous cela en général ?

Cela dépend de la volonté du patient et de la possibilité de maintien à domicile, je m'oriente vers les réseaux en cas de maintien souhaité et possible, autrement je n'hésite pas à me tourner vers la structure hospitalière.

Avez-vous l'occasion de recueillir les directives anticipées des patients ? Est-ce un automatisme ?

Oui assez systématiquement, après c'est très délicat d'aborder le sujet d'une prise en charge réanimatoire ou pas, c'est très délicat de parler avec le patient de fin de vie parfois,

on en voit qui à des stades très avancés veulent et croient être en train d'être soignés donc ce n'est pas toujours évident. Cela reste encore un peu tabou.

Et d'annoncer l'entrée en soins palliatifs ?

Oui, souvent la première étape passe par la famille et on l'annonce au patient petit à petit.

Avez-vous donc l'occasion de tout dire au patient ou discutez-vous d'avantage avec la famille ?

Si le patient me pose directement la question il est évident que je vais lui dire, après je vais y mettre beaucoup de « circonvolutions », je fais partie de cette génération, où, non pas on ne disait pas le diagnostic mais quand même, en tout cas je ne l'annonce jamais de façon abrupte. Ils savent ce qu'ils ont mais quand on parle de soins palliatifs c'est compliqué... Il m'est arrivé de dire « on va vous remettre en forme puis vous rentrerez » alors qu'en fait, non...

Pour résumer, votre place actuelle en 2 phrases :

Le décideur sur le traitement reste l'oncologue, moi j'adhère parce que je pense qu'on doit tout faire pour essayer d'arrondir la prise en charge. Après on a surtout un rôle de soutien, au retour a domicile, d'adaptation des thérapeutiques, et de coordination.

Et cette place vous convient-elle ou souhaiteriez-vous qu'elle soit plus importante ?

Non, je ne demande pas plus, on a déjà pas mal de choses a faire et l'hôpital est très bien à ce niveau là, il y a des choses pointues que l'on ne connaît pas, même si on s'affine avec l'expérience. Et de temps en temps dans certains cas on insiste d'avantage pour donner notre avis si quelque-chose nous paraît aberrant.

**ENTRETIEN N°5 – 29 novembre 2013 - Boulogne Billancourt
Installé depuis 30 ans**

J'effectue actuellement un travail de thèse sur la place du médecin généraliste dans la décision de soins en oncogériatrie, le but étant d'établir un état des lieux de la situation actuelle, et avoir l'avis du médecin généraliste sur cette situation, de la suspicion de lésion maligne au bout de la prise en charge.

Je suis un mauvais sujet, je délègue énormément !

Depuis combien de temps exercez-vous ?

30 ans et j'ai toujours été sur Boulogne.

Comment définissez-vous la notion d'oncogériatrie ? Quel est son objectif ?

C'est de la cancérologie chez le sujet âgé. De la cancérologie adaptée.

Dans le but de prendre les gens en charge de façon raisonnable ?

Oui c'est cela. Ne pas traiter à tout va, avec bon sens.

Recherchez-vous assez systématiquement des lésions accessibles ou attendez-vous plutôt d'avoir une plainte fonctionnelle ?

Cela dépend, mais en général je suis plutôt attentiste.

Et devant une suspicion ou une lésion suspecte adressez-vous toujours ou selon le cas vous arrive-t'il de prendre la décision de ne pas adresser ?

J'ai tendance à demander un avis spécialisé souvent. Peut-être pas toujours, mais quasi-systématiquement.

Est-ce que cela vous arrive d'être contacté avant la RCP ?

Quasiment jamais.

Et cela présenterait-il un intérêt pour le patient selon vous ?

Je ne suis pas sûr d'avoir les compétences et les infos sur les traitements pour donner un avis éclairé.

Si on vous contactait, pensez-vous que cela permettrait une connaissance plus approfondie du patient pour une proposition plus éclairée ?

Ah oui absolument. D'ailleurs, en réalité je suis en général contacté pour connaître le mode de vie etc et pour avoir des informations sur le dossier médical. Et ce de plus en plus, c'était rare il y a 10-15 ans mais maintenant c'est assez systématique.

La place que vous souhaitez avoir à ce niveau-là ?

En appoint pour donner des infos complémentaires, au niveau décisionnel je ne suis pas très capable.

Recevez-vous toujours les comptes-rendus de RCP ?

Oui, avant ce n'était pas toujours le cas, maintenant à peu près toujours. Cela dépend des hôpitaux, mais en général oui. Je travaille avec René Huguenin, Ambroise Paré, Foch.

Les recevez vous avant de voir les patients ?

Cela dépend car les patients arrivent parfois le lendemain de leur sortie, mais de manière générale oui.

Est-ce que vous discutez des avis des patients sur les traitements et leur donnez vous le votre ?

Ils posent des questions, moi j'essaie de les orienter et de conforter le sens de la RCP. Je pars du principe que c'est eux qui savent le mieux. On discute aussi avec les familles, les familles parfois donnent leur avis, essaient de s'impliquer. En général ce sont les conjoints à qui l'on s'adresse le plus.

Est-ce qu'une fois le diagnostic posé, il vous arrive d'aborder la question des directives anticipées ?

Directives anticipées ? Expliquez-moi !

Leur souhait de prise en charge en cas d'événement grave non prévu, d'incapacité à donner leur avis, leur point de vue sur une éventuelle prise en charge en soins

intensifs... La question des soins maximums et palliatifs ?

J'arrive à leur parler assez facilement des soins palliatifs, à un stade un peu précoce en leur expliquant que si les choses ne se passent pas bien, je les dirigerai vers des structures adaptées à leur prise en charge. Tout ce qui est soin maximal et réanimation, non je n'en ai pas l'occasion, cela ne me traverse pas l'esprit.

Comment se passe l'entrée en soins palliatifs ? Gérez-vous la question ou plutôt l'hôpital ?

Cela dépend, il arrive que ce soit l'hôpital mais j'ai eu rempli des dossiers et effectué des demandes de prise en charge palliative.

Suivez-vous beaucoup de patients à domicile ?

Pas mal.

J'imagine que vous en accompagnez quelques-uns sur la fin.

Oui, en matière de cancérologie et de non cancérologie. Chaque cas est particulier.

Travaillez-vous avec des réseaux ?

Non, cela n'a jamais été le cas, cela me paraît compliqué. Je n'ai pas de difficulté pour organiser mes hospitalisations. Je travaille avec Jeanne Garnier et Notre dame du Lac, parfois les équipes se déplacent. Les équipes mobiles sont très pratiques, ce sont des gens qui savent ce qu'ils font, c'est une approche très rassurante.

Pouvez-vous me résumer votre place dans le sujet en quelques mots ?

Mon rôle est dans l'orientation primaire, je n'ai pas d'influence dans les soins spécifiques.

Cela vous convient-il ?

Oui, moi cela me va, tout ceci est très spécialisé et cela me va de cette façon. Moi je gère plutôt le pourtour (infections, aspect thymique et autres à-côtés).

Avez-vous quelque desiderata à formuler ?

Non je n'ai pas de demande particulière, on arrive à se dépatouiller. Et l'on n'a pas que cela à gérer dans le cabinet.

**ENTRETIEN N°6 – 03 décembre 2013 – Boulogne-Billancourt
Installé depuis 19 ans**

J'effectue actuellement un travail de thèse sur la place du médecin généraliste dans la décision de soins en oncogériatrie, le but étant d'établir un état des lieux de la situation actuelle, et avoir l'avis du médecin généraliste sur cette situation, de la suspicion de lésion maligne au bout de la prise en charge.

Pour commencer depuis combien de temps exercez-vous ?

Depuis 1994 cela fait 19 ans, j'ai toujours été sur Boulogne, avant cela, je faisais des remplacements en région Parisienne.

Concernant le sujet, êtes-vous confrontée à ce genre de situation ?

Très peu.

Au niveau diagnostic, avez-vous tendance à aller facilement chercher des lésions faciles d'accès à l'examen ou bien êtes vous plus attentiste dans le sens d'attendre qu'il y ait une plainte de la part du patient ?

Je suis impliqué dans le dépistage. Sinon cela part plus d'un symptôme.

Et une fois que vous avez un doute, prenez-vous toujours un avis ?

Toujours, quelle que soit ma suspicion et le terrain, cela permet une prise en charge pluridisciplinaire, je ne vais pas gérer un cancer toute seule.

Etes-vous contactée avant les RCP pour recueillir votre avis ?

Qu'appellez-vous la RCP ?

La réunion de concertation pluridisciplinaire où l'on va proposer un schéma thérapeutique pour le patient.

Ils me donnent l'avis après, avant je suis rarement sollicitée. Quasiment jamais.

Et souhaiteriez-vous être contactée ? Pensez-vous que votre avis a sa place que vous disposez de suffisamment d'informations pour que votre avis puisse apporter quelque-chose au patient ?

Oui, éventuellement, être contactée pour être tenue au courant, maintenant je ne m'y connais évidemment pas assez en chimiothérapie pour pouvoir dire ce qui est proposable ou pas. Je pense que c'est aux spécialistes de faire ces propositions, moi je dois être tenue au courant.

Recevez-vous toujours les comptes-rendus de RCP ?

C'est parfois compliqué cela prend parfois jusqu'à 3 mois ; je travaille avec René Huguenin, Ambroise Paré, Sainte Péline, l'HEGP, parfois c'est très long. Et on ne m'appelle pas systématiquement pour me tenir au courant parfois le patient arrive et c'est lui qui m'annonce ce qui s'est passé à l'hôpital. J'essaie dans ces cas là après coup d'appeler le service pour savoir ce qu'il se passe exactement. Mais on finit toujours par avoir l'information.

Pensez-vous que le patient arrive à donner son avis, vous demande-t'il le votre ?

Oui on en discute, moi je l'oriente dans le sens de la RCP, je ne suis pas cancérologue.

Avez-vous parfois l'occasion de recueillir les directives anticipées ?

Non, c'est un sujet que je n'aborde pas.

Travaillez-vous avec des réseaux d'oncologie et de gériatrie ?

Non car je n'en ai pas eu l'occasion et j'ai peu de patientèle de cet ordre.

Gérez-vous l'entrée en soins palliatifs ?

Non je laisse l'hôpital gérer tout cela.

Pouvez-vous me résumer votre rôle en quelques mots ?

J'interviens peu voire pas du tout.

Souhaiteriez-vous intervenir davantage ?

Oui pourquoi pas ?

Souhaiteriez-vous disposer de plus d'informations sur les traitements proposés afin de pouvoir donner un avis plus éclairé ?

Oui.

**ENTRETIEN N°7 – 03 décembre 2013 - Boulogne Billancourt
Installé depuis 34 ans**

J'effectue actuellement un travail de thèse sur la place du médecin généraliste dans la décision de soins en oncogériatrie, le but étant d'établir un état des lieux de la situation actuelle, et avoir l'avis du médecin généraliste sur cette situation, de la suspicion de lésion maligne au bout de la prise en charge.

Il y a la suspicion de cancer, cela peut prendre diverses formes, on adresse au spécialiste qui investit et prend la décision thérapeutique, avec le cancérologue, en décision collégiale. Puis nous sommes informés mais nous n'avons pas un rôle à jouer dans la décision, c'est une affaire de spécialistes et d'hyperspécialistes, nous n'avons pas vraiment de rôle à jouer dans la décision et c'est bien normal. Mais on enregistre la chose, on est informés puis lorsque les gens sortent de l'hôpital, on peut avoir un rôle à jouer mettons en HAD, pendant les périodes de chimiothérapie, de radiothérapie, par rapport aux effets secondaires, mais en général les cancérologues préparent le terrain par rapport à ces mêmes effets secondaires. Et à ce moment-là on prévient le cancérologue de l'effet indésirable et on discute de ce que l'on fait.

Êtes-vous beaucoup confronté au sujet ?

Oui de plus en plus.

Depuis combien de temps êtes-vous installé ?

Cela va faire 34 ans, j'ai toujours été sur Boulogne.

De manière générale, au niveau des conduites de recherche de lésions malignes êtes-vous très systématique ou plutôt attentiste ?

Non je ne suis pas attentiste, je prends en charge le patient âgé comme les autres, et je les adresse aux spécialistes. J'ai récemment vu une patiente de 83 ans que j'ai examinée sans trop pousser, mais à qui j'ai proposé de voir son gynécologue qu'elle n'avait pas vu depuis longtemps. Elle y est allée, et on lui a découvert un cancer du sein, sa prise en charge a été discutée elle est prise en charge. Bien sûr selon le cancer, on réagit différemment, par exemple on sait que si l'on découvre un cancer de prostate chez un homme de plus de 80 ans, il mourra probablement d'autre chose, donc on est moins interventionniste mais cela n'empêche rien. On a des choses à proposer en cas de diagnostic.

Et devant toute suspicion, vous adressez vos patients...

Oui, toujours, je l'adresse au moins pour avis, les spécialistes savent ce qu'ils peuvent ou pas faire en fonction de l'âge et du cancer.

Après le diagnostic au niveau de la réunion de concertation pluridisciplinaire, vous arrive-t-il d'être contacté afin d'avoir votre avis sur ce qui est proposable au patient ?

Cela peut arriver d'être contacté, mais ces gens sont spécialisés c'est eux qui prennent les décisions, moi ils me demandent des compléments d'informations, je n'ai pas à donner mon avis. Puis ils me tiennent au courant. Je suis en général bien informé. Dans certains services, le courrier est un peu lent mais d'une manière générale, cela fonctionne. Et dans le pire des cas il y a toujours quelqu'un de joignable par téléphone, soit le responsable soit quelqu'un du service qui a accès au dossier.

Avez-vous l'occasion de donner votre avis aux patients.

Moi je suis plutôt chargé d'expliquer ce qui a été expliqué trop vite à l'hôpital ou à un moment où le patient était trop ému pour enregistrer. On reprend les choses plus posément. D'autant que les gens maintenant s'informent par divers moyens, donc on rediscute. J'oriente les patients dans le sens de la RCP. Les gens se plaignent souvent que les oncologues ne parlent pas beaucoup.

Est-ce que vous avez l'occasion de recueillir les directives anticipées des patients ? Est-ce que c'est évident à aborder en médecine de ville comme sujet et la question vient-elle du médecin ou du patient ?

On y est peu confronté, mais il arrive que certains patients nous préviennent qu'ils ne veulent pas d'acharnement. En général c'est le patient qui aborde.

Gérez-vous l'aspect entrée en soins palliatifs ou est-ce aussi un problème plutôt géré par les spécialistes ?

Cela passe aussi beaucoup par les spécialistes... C'est selon les cas, je fais assez facilement appel aux équipes. Cela m'arrive de l'initier de moi-même, parfois cela passe par une hospitalisation.

Travaillez-vous avec des réseaux ?

Non, j'ai mes connaissances. Je n'en connais pas, je n'ai pas été sollicité, donc je travaille avec mon agenda, qui grandit selon les opportunités pour les patients. J'ai par exemple des patients pour lesquels j'ai eu demandé des avis dans l'est parisien, par rapport à certaines volontés de patients.

Est-ce que vous vous déplacez à domicile ? Accompagnez-vous beaucoup de patients en fin de vie ?

Oui, je me déplace mais je ne gère pas tellement de fins de vies. Mais j'en ai quelques-uns, notamment récemment un patient qui présentait un cancer de la prostate évolué pour lequel j'étais là dans les derniers moments, lors d'un épisode aigu. Un autre présentait une leucémie, en revanche, tout est allé très vite, il a présenté un CIVD, a été transporté à l'hôpital mais est décédé dans la journée. Cela dépend de ce que l'on appelle accompagnement, cela se fait par plusieurs personnes, médecin, entourage, équipes à domicile. On ne peut pas toujours tout gérer à la maison, cela se gère au cas par cas, on a parfois besoin de passer par des hospitalisations, cela dépend des ressources dont on dispose au point de vue physique, moral, des soins... On gère l'antalgie, on fait se déplacer des services de soins palliatifs, cela permet d'arriver à traiter au maximum et si c'est impossible et bien on organise une hospitalisation. Certains veulent mourir à domicile, d'autres n'ont pas ou pas encore exprimé ce souhait, parfois ce sont les événements qui décident.

Pouvez-vous me résumer votre place en deux phrases ?

Le médecin traitant a sa place à moins que le patient reste à l'hôpital, mais cela dépend vraiment des cas. Il y a différents stades, et l'on n'intervient pas à tous les niveaux.

Avez-vous quelque desiderata par rapport à votre place ?

Non, je pense que c'est bien de savoir que les décisions sont prises par quelqu'un qui sait vraiment ce qu'il gère, palliatif, chimiothérapie ou autre

Vous vous trouvez donc plus dans la coordination et le travail de fond...

Oui. Lorsque je suis embêté on discute avec les hospitaliers. Ce qui est important est de pouvoir discuter et avoir quelqu'un avec qui discuter en cas de problème.

INVESTIGATEUR : Abel SEFSSAFI, Interne en médecine générale, Université Paris Diderot
84, Rue Saint Louis en l'Île – 75004 PARIS
0635390114 – abel.sefssafi@club-internet.fr

PLACE DU MEDECIN GENERALISTE DANS LA DECISION DE SOINS CHEZ LE PATIENT AGE ATTEINT DE CANCER

Cher confrère,

J'effectue actuellement dans le cadre de mon travail de thèse de médecine générale une étude qualitative visant à établir un état des lieux sur la place du médecin généraliste dans la décision de soins chez le patient âgé atteint de cancer. Je cherche à travers le présent questionnaire à confirmer à échelle nationale les résultats de la première partie de l'étude qui a été menée sur l'ouest Parisien.

Je vous suis reconnaissant d'accepter de participer à ce travail au travers de ce questionnaire qui, je l'espère, vous permettra de donner votre avis sur la situation actuelle, dans l'objectif toujours d'effectuer des propositions visant à améliorer la prise en charge de ces patients.

Confraternellement

Abel SEFSSAFI, Interne des Hôpitaux de Paris, Faculté Paris Diderot

Médecin répondant au questionnaire :

Nom :

Age :

Sexe :

En exercice depuis :

Code Postal :

Exercice : rural / citadin

Vos patients âgés désignent-ils une personne de confiance dont vous êtes informés de l'identité ?

Chez les patients âgés non comorbides vivant à domicile :

Toujours Souvent Rarement Jamais Commentaires :

Chez les patients vivant à domicile présentant des comorbidités gériatriques (troubles moteurs, maladie neurodégénérative, dénutrition, polypathologie) :

Toujours Souvent Rarement Jamais Commentaires :

Chez les patients dépendants vivant en EHPAD :

Toujours Souvent Rarement Jamais Commentaires :

Les patients âgés sortant du cadre du dépistage de masse continuez-vous de rechercher à diagnostiquer des lésions suspectes de cancer :

Chez les patients âgés non comorbides :

Toujours Souvent Rarement Jamais Selon le type de cancer

(précisez)

Chez les patients vivant à domicile présentant des comorbidités gériatriques (troubles moteurs, maladie neurodégénérative, dénutrition, polypathologie) :

Toujours Souvent Rarement Jamais Selon le type de cancer

(précisez)

Chez les patients dépendants vivant en EHPAD :

Toujours Souvent Rarement Jamais Selon le type de cancer

(précisez)

Commentaires :

Devant une lésion suspecte de cancer à l'examen clinique ou sur un examen paraclinique, adressez-vous systématiquement les patients âgés en consultation spécialisée ?

Chez les patients âgés non comorbides :

Toujours Souvent Rarement Jamais Selon le type de cancer

(précisez)

Chez les patients vivant à domicile présentant des comorbidités gériatriques (troubles moteurs, maladie neurodégénérative, dénutrition, polyopathie) :

Toujours Souvent Rarement Jamais Selon le type de cancer

(précisez)

Chez les patients dépendants vivant en EHPAD :

Toujours Souvent Rarement Jamais Selon le type de cancer

(précisez)

Commentaires :

Lorsque vous n'adressez pas ces patients en consultation spécialisée, quels en sont les motifs ?

- Crainte d'une prise en charge invasive ?
- Intérêt mineur de la prise en charge carcinologique chez ces patients ?
- Problème du coût de la prise en charge par rapport au bénéfice escompté ?
- Difficultés à obtenir des rendez-vous de consultation ou des lits d'hospitalisation ?
- Absence de réseau pour la prise en charge de ces patients ?
- Commentaire libre/Autre :

Une fois le diagnostic posé, vous arrive-t-il d'être contacté avant la réunion de concertation pluridisciplinaire afin de recueillir votre avis sur la prise en charge à proposer au patient ?

Toujours Souvent Rarement Jamais Commentaires :

Souhaiteriez-vous être sollicité à ce niveau ?

Oui Non
 D'avantage Moins souvent Ce n'est pas mon rôle Commentaires :

Annoncez-vous toujours les diagnostics de cancer aux patients et leur expliquez-vous tous les tenants et aboutissants de la prise en charge proposée ?

Chez les patients âgés non comorbides :

Toujours Souvent Rarement Jamais Selon le type de cancer

(précisez)

Chez les patients vivant à domicile présentant des comorbidités gériatriques (troubles moteurs, maladie neurodégénérative, dénutrition, polyopathie) :

Toujours Souvent Rarement Jamais Selon le type de cancer

(précisez)

Chez les patients dépendants vivant en EHPAD :

Toujours Souvent Rarement Jamais Selon le type de cancer

(précisez)

Commentaires :

Lorsque vous ne l'annoncez pas, annoncez-vous le diagnostic :

- Aux familles ? A la personne de confiance ? Autre :

Recevez-vous les comptes-rendus de réunion de concertation pluridisciplinaire ?

- Toujours Souvent Rarement Jamais
- Rapidement Bien après l'annonce et le début de prise en charge

La communication avec la structure hospitalière vous paraît-elle :

- Adaptée Compliquée Inexistante

Recueillez-vous l'avis du patient sur la prise en charge proposée ?

Chez les patients âgés non comorbides :

- Toujours Souvent Rarement Jamais Selon le type de cancer
(précisez)

Chez les patients vivant à domicile présentant des comorbidités gériatriques (troubles moteurs, maladie neurodégénérative, dénutrition, polyopathie) :

- Toujours Souvent Rarement Jamais Selon le type de cancer
(précisez)

Chez les patients dépendants vivant en EHPAD :

- Toujours Souvent Rarement Jamais Selon le type de cancer
(précisez)

Commentaires :

Vous arrive-t'il de contacter les spécialistes afin de donner votre avis sur la prise en charge en cours ?

- Toujours Souvent Rarement Jamais Commentaires :

Si non, pourquoi ?

- Vous faites confiance aux spécialistes
- Vous n'avez pas le temps
- Vous ne pensez pas avoir les outils nécessaires afin de donner un avis éclairé
- Vous avez déjà essayé et ça s'est mal passé

Commentaire libre/Autre :

Avez-vous l'occasion de recueillir les directives anticipées du patient ?

Chez les patients âgés non comorbides vivant à domicile :

- Toujours Souvent Rarement Jamais Commentaires :

Chez les patients vivant à domicile présentant des comorbidités gériatriques (troubles moteurs, maladie neurodégénérative, dénutrition, polyopathie) :

- Toujours Souvent Rarement Jamais Commentaires :

Chez les patients dépendants vivant en EHPAD :

- Toujours Souvent Rarement Jamais Commentaires :

Si non, pourquoi ?

- Pas d'intérêt.
- Trop délicat à aborder en consultation
- Non conforme au désir du patient au moment d'un tableau urgent éventuel
- Autre/Commentaire :

Abordez-vous la question des soins palliatifs avec le patient ?

Chez les patients âgés non comorbides vivant à domicile :

- Toujours Souvent Rarement Jamais Commentaires :
- Chez les patients vivant à domicile présentant des comorbidités gériatriques (troubles moteurs, maladie neurodégénérative, dénutrition, polyopathie) :
- Toujours Souvent Rarement Jamais Commentaires :
- Chez les patients dépendants vivant en EHPAD :
- Toujours Souvent Rarement Jamais Commentaires :

Si oui, l'abordez-vous :

- Précocément ?
- Au moment de l'entrée en soins palliatifs ?
- Une fois la prise en charge palliative avancée ?

Commentaire libre :

Travaillez-vous avec des réseaux de cancérologie ?

- Oui
- Je l'ai déjà fait, cela ne m'intéresse pas
- Je l'ai déjà fait, c'est intéressant mais je n'en ai plus à portée
- Non car je n'en ai pas à portée
- Non je ne suis pas intéressé

Initiez-vous des entrées en soins palliatifs ?

- Oui, sans difficulté
- Oui, mais c'est compliqué et/ou chronophage
- Non, ce sont les spécialistes qui s'en occupent
- Autre :

Merci de cocher les propositions qui vous paraissent justes :

- Les soins proposés par les spécialistes sont excessifs
- Il est plus facile d'annoncer un cancer à une personne âgée
- On est trop attentiste de manière générale chez la personne âgée
- Cela est justifié de rechercher un cancer chez une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer
- Cela est justifié de traiter un cancer chez un patient atteint de la maladie d'Alzheimer

Commentaires :

Pour conclure, pouvez-vous donner quatre mots définissant le plus clair de votre place dans les soins des patients âgés porteurs de cancer ?

1)

2)

3)

4)

Souhaiteriez-vous une place différente de votre place actuelle ? Si oui, quels seraient vos desiderata ?

Merci de votre participation

Résumé

Introduction

L'oncogériatrie permet de proposer une prise en charge raisonnée aux patients. La décision de soins spécifiques chez le patient cancéreux est guidée par une réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP). Nous avons voulu évaluer auprès de médecins généralistes, considérés comme les piliers de la prise en charge globale du patient par le plan cancer, la place qu'ils pensaient avoir dans cette concertation.

Méthode

Cette étude a été menée en deux étapes. Une enquête qualitative a été menée sur l'Ouest Parisien, par le biais d'entretiens semi-dirigés portant sur l'ensemble de la prise en charge du patient, puis ciblés sur la décision jusqu'à saturation théorique. Une analyse de contenu a ensuite été réalisée. Le deuxième temps, quantitatif, a consisté à diffuser un questionnaire en province afin de valider ces résultats à échelle nationale.

Résultats

Sept médecins ont participé à l'étude qualitative. Ils adressent quasiment systématiquement leurs patients âgés au spécialiste devant une lésion suspecte. Leur avis n'est pas recueilli avant les RCP et ils ne le souhaitent pas. Soixante-neuf médecins de Province ont répondu au questionnaire. Ils sont sensiblement plus sollicités que sur le Bassin parisien, mais déplorent dans l'ensemble la situation générale et souhaiteraient l'être plus systématiquement.

Discussion

Cette étude met en exergue d'importantes disparités entre les attentes des médecins parisiens qui ne semblent pas vouloir être impliqués dans la décision de soins chez ces patients, et celles des médecins de Province qui eux y semblent beaucoup plus enclins. Tous en revanche soulignent que leur rôle premier se situe dans l'écoute la coordination et la gestion parallèle.

Mots-Clés : Droits du patient, Réunion de concertation pluridisciplinaire, Oncogériatrie, Plan Cancer, Modalités de décisions, Personne de confiance, Médecine générale, Éthique clinique.
