

UNIVERSITÉ PARIS DIDEROT - PARIS 7
FACULTE DE MEDECINE

Année 2014

n° _____

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

NOM : GOTTHEFF ép. SOUSSAN Prénom : Keren
Date et Lieu de naissance : née le 29/04/1985 à Clamart (92)

Présentée et soutenue publiquement le : 17 octobre 2014

**PLACE DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE DANS LA PRISE EN
CHARGE ONCOGÉRIATRIQUE : POINT DE VUE DES
SPÉCIALISTES HOSPITALIERS**

Président du jury : Professeur CARLIER Robert-Yves

Président de thèse : Professeur TEILLET Laurent

Directeur de thèse : Docteur MOULIAS Sophie

DES de Médecine Générale

UNIVERSITÉ PARIS DIDEROT - PARIS 7
FACULTE DE MEDECINE

Année 2014

n° _____

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

NOM : GOTTHEFF ép. SOUSSAN Prénom : Keren
Date et Lieu de naissance : née le 29/04/1985 à Clamart (92)

Présentée et soutenue publiquement le : 17 octobre 2014

**PLACE DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE DANS LA PRISE EN
CHARGE ONCOGÉRIATRIQUE : POINT DE VUE DES
SPÉCIALISTES HOSPITALIERS**

Président du jury : Professeur CARLIER Robert-Yves

Président de thèse : Professeur TEILLET Laurent

Directeur de thèse : Docteur MOULIAS Sophie

DES de Médecine Générale

REMERCIEMENTS

Au **Professeur Robert-Yves CARLIER**,

pour avoir accepté de présider ce jury de thèse et de juger mon travail. Veuillez trouver ici mon profond respect,

Au **Professeur Laurent TEILLET**,

pour avoir accepté de me faire l'honneur de présider cette thèse. Merci de m'avoir si chaleureusement accueillie dans votre service lors de mon dernier semestre d'internat et pour m'avoir accompagnée et soutenue jusqu'au bout de ce projet. Veuillez trouver ici toute ma gratitude,

Au **Docteur Sophie MOULIAS**,

pour m'avoir enseignée les principes fondamentaux de la gériatrie et pour m'avoir forgée à devenir le médecin que je suis aujourd'hui. Je te remercie infiniment de m'avoir guidée et accompagnée tout au long de ce travail, pour ton écoute et ta disponibilité. J'ai trouvé auprès de toi une réelle marraine,

Aux membres du jury, **Professeur Philippe HALIMI, Docteur Patrice LE FLOCH-PRIGENT, Docteur Thomas BAUER**,

pour avoir accepté de juger mon travail,

Au Docteur Tristan CUDENNEC,

pour avoir activement participé à ma formation en gériatrie, pour ta disponibilité, ton aide et ta relecture attentive de mon travail de thèse. C'était un réel plaisir de travailler à tes côtés,

Aux Docteurs Wassila MOUSSOUS et Adèle DE MALHERBE,

pour l'enseignement que vous m'avez apporté et pour ces relations amicales que nous avons nouées,

A toute l'équipe paramédicale de l'Unité de Gériatrie Aiguë de l'hôpital Ambroise Paré, pour le travail incroyable que vous réalisez,

A tous les patients et leurs familles qui m'ont tant appris et m'apprennent tous les jours,

A tous les médecins et formidables maîtres de stage qui ont fortement contribué à ma formation,

A tous les spécialistes qui m'ont accueillie à bras ouverts dans leur service et qui ont participé à mon étude,

A mes parents, Liliane et Serge,
pour m'avoir depuis toujours soutenue, supportée et accompagnée physiquement et moralement tout au long de mon parcours. Merci infiniment pour tout l'amour que vous me portez et pour la transmission des valeurs qui font de moi la personne que je suis aujourd'hui. Vous êtes mon modèle et je n'en serai probablement pas là aujourd'hui sans vous,

A mon mari, Michaël,
pour me faire vivre un réel conte de fées depuis que nos chemins se sont croisés. La vie n'est qu'un immense bonheur à tes côtés. Merci infiniment pour ton aide inestimable sur cette thèse, pour ta patience et ton soutien inébranlable,

A mes sœurs, Elisa et Jessica,
pour tout votre amour et votre soutien inconditionnel tout le long de ce chemin. Vous êtes des sœurs en or. Un grand merci d'avoir toujours été là pour moi,

A mes beaux-frères, Eytan et Thierry,
pour vos précieux conseils et nos débats du vendredi soir sur nos cas cliniques de la semaine,

A mes neveu et nièces,
pour tous ces moments de rire et de bonheur partagés avec chacun d'entre vous,

A tous les membres de ma famille,
pour m'avoir toujours soutenue,

A ma belle-famille,
pour votre amour et pour avoir toujours cru en moi,

A mes amis et amies, qui me sont chers et qui m'ont toujours épaulée,

A mes grands-parents maternels et paternels aujourd'hui disparus,
pour m'avoir transmis les valeurs fondamentales de tradition, d'amour et de travail. Vous êtes à jamais dans mon cœur.

SOMMAIRE SIMPLIFIÉ

LISTE DES ABRÉVIATIONS	5
INTRODUCTION	6
GÉNÉRALITÉS	8
I. Définition d'un sujet âgé	8
II. Histoire et définition de l'oncogériatrie	8
III. Epidémiologie des cancers chez les personnes âgées	10
IV. Parcours de soins hospitaliers en cancérologie	11
V. Rôles théoriques du médecin généraliste au cours de la prise en charge d'un patient âgé atteint d'un cancer	13
MATÉRIELS ET MÉTHODES	17
I. Objectifs de l'étude	17
II. Caractéristiques de l'étude	17
III. Recherche bibliographique	17
IV. Méthodologie de l'étude qualitative par entretiens	18
V. Méthodologie de l'étude quantitative par questionnaires	19
RÉSULTATS	23
I. Résultats des entretiens semi-dirigés	23
II. Résultats des questionnaires	31
DISCUSSION	47
I. Forces et faiblesses de l'étude	47
II. Discussion des résultats	49
CONCLUSION	63
BIBLIOGRAPHIE	65
LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX	69
ANNEXES	70
RÉSUMÉ	143

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES ABRÉVIATIONS.....	5
INTRODUCTION	6
GÉNÉRALITÉS	8
I. Définition d'un sujet âgé	8
II. Histoire et définition de l'oncogériatrie	8
III. Epidémiologie des cancers chez les personnes âgées	10
IV. Parcours de soins hospitaliers en cancérologie	11
IV.1. Le dispositif d'annonce	11
IV.2. La Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP)	12
IV.3. Le Programme Personnalisé de Soins (PPS)	12
IV.4. Le Programme Personnalisé de l'Après Cancer (PPAC)	12
IV.5. Le dossier communicant de cancérologie (DCC).....	13
V. Rôles théoriques du médecin généraliste au cours de la prise en charge d'un patient âgé atteint d'un cancer	13
V.1. Dépistage et diagnostic du cancer chez la personne âgée.....	13
V.2. L'annonce diagnostique du cancer	14
V.3. Rôle du médecin généraliste dans le projet thérapeutique.....	15
V.4. Rôle du médecin généraliste dans les soins palliatifs	16
MATÉRIELS ET MÉTHODES.....	17
I. Objectifs de l'étude	17
II. Caractéristiques de l'étude	17
III. Recherche bibliographique	17
IV. Méthodologie de l'étude qualitative par entretiens	18
IV.1. Etude qualitative	18
IV.2. Entretiens semi-dirigés	18
IV.3. Guide d'entretien	18
IV.4. Carte mentale	19
IV.5. Constitution de l'échantillon des spécialistes.....	19
V. Méthodologie de l'étude quantitative par questionnaires	19
V.1. Description de l'étude	20
V.2. Contexte géographique	20
V.3. Population cible	20
a. Critères d'inclusion	20
b. Critères d'exclusion	20
V.4. Réalisation du questionnaire	21
V.5. Recueil de données et analyse des résultats.....	21
a. Première étape : accord pour participer à la RCP	21
b. Deuxième étape : distribution des questionnaires.....	21
V.6. Analyse des données	22
RÉSULTATS	23
I. Résultats des entretiens semi-dirigés.....	23
I.1. Description de la population.....	23
I.2. Etude des entretiens	24
a. La consultation avec le spécialiste	24
b. Le rôle idéal du médecin généraliste selon le spécialiste.....	25
c. La discussion du dossier d'un patient oncogériatrique en RCP	26
d. Les relations entre spécialistes et médecins généralistes	27
e. Des pistes d'amélioration pour une meilleure communication entre spécialistes et médecins généralistes.....	29

f. Des pistes d'amélioration pour une meilleure prise en charge de la personne âgée atteinte d'un cancer	29
I.3. Synthèse des entretiens semi-dirigés	30
II. Résultats des questionnaires.....	31
II.1. Taux de participation	31
II.2. Première partie : caractéristiques de la population étudiée	32
II.3. Deuxième partie : « initialement lorsque vous prenez en charge un patient âgé qui a un cancer, en consultation ou en hospitalisation »	33
II.4. Troisième partie : « lorsqu'un dossier de cancérologie d'un patient est présenté en RCP »	35
II.5. Quatrième partie : « concernant vos rapports avec les médecins généralistes de vos patients »	38
II.6. Cinquième partie : « concernant les pistes d'amélioration »	43
DISCUSSION.....	47
I. Forces et faiblesses de l'étude	47
I.1. Forces	47
I.2. Faiblesses	48
a. Caractéristiques de la population interrogée	48
b. Biais de l'étude.....	48
II. Discussion des résultats.....	49
II.1. Rôles et missions du médecin généraliste du point de vue du spécialiste	49
a. Implication des médecins généralistes dans la prise en charge des cancers	49
b. Rôle faible dans l'annonce diagnostique du cancer	50
c. Adresser au spécialiste	51
d. Aide au recueil des informations nécessaires à la prise en charge par le spécialiste	52
e. Accompagnement et coordination des soins au domicile	52
II.2 Patient âgé cancéreux et RCP	54
a. Absence fréquente du gériatre à la RCP.....	54
b. Présentation généralement systématique de tous les dossiers en RCP	55
c. Peu d'intervention du coût financier dans la décision oncogériatrique	56
II.3. Manque de communication entre spécialistes et généralistes	56
II.4. Améliorations proposées dans le rôle du médecin généraliste	57
a. Formation continue en oncogériatrie.....	57
b. Amélioration du dépistage du cancer après 75 ans	59
c. Revalorisation de la consultation de gériatrie en médecine générale.....	60
II.5. Améliorations proposées à l'hôpital	60
a. La prise en compte de l'absence de contact ou l'absence de médecin généraliste	60
b. Echanges avec le médecin généraliste en amont de la RCP	61
II.6. Améliorations proposées dans la communication entre la ville et l'hôpital	61
CONCLUSION	63
BIBLIOGRAPHIE	65
LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX	69
ANNEXES	70
Annexe 1 : Guide d'entretien	70
Annexe 2 : E-mail préalable adressé aux responsables des RCP.....	72
Annexe 3 : Questionnaire adressé aux spécialistes.....	73
Annexe 4 : Entretien n°1 du 25/09/2013	81
Annexe 5 : Entretien n°2 du 26/09/2013	87
Annexe 6 : Entretien n°3 du 04/10/2013	98
Annexe 7 : Entretien n°4 du 26/09/2013	104
Annexe 8 : Entretien n°5 du 03/10/2013	111

Annexe 9 : Entretien n°6 du 11/10/2013	117
Annexe 10 : Entretien n°7 du 22/10/2013	122
Annexe 11 : Tableaux de répartition des réponses à la première partie du questionnaire	127
Annexe 12 : Tableaux de répartition des réponses à la deuxième partie du questionnaire	130
Annexe 13 : Tableaux de répartition des réponses à la troisième partie du questionnaire	132
Annexe 14 : Tableaux de répartition des réponses à la quatrième partie du questionnaire	135
Annexe 15 : Tableaux de répartition des réponses à la cinquième partie du questionnaire	140
Annexe 16 : Grille d'évaluation du G8.....	142
RÉSUMÉ	143

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AP-HP : Assistance Publique des Hôpitaux de Paris

ASA : American Society of Anesthesiology

ASIP : Agence des Systèmes d'Information Partagés de Santé

CRH : Compte Rendu d'Hospitalisation

DECT : Digital Enhanced Cordless Telecommunication (Téléphone sans fil)

DMP : Dossier Médical Partagé

EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

EPU-FMC : Enseignement Post Universitaire-Formation Médicale Continue

HAD : Hospitalisation À Domicile

HAS : Haute Autorité de Santé

HPST : Hôpital, patients, santé, territoires

INCa : Institut National du Cancer

PAC : Port-à-cath

PPAC : Programme Personnalisé de l'Après-Cancer

PPS : Programme Personnalisé de Soins

RCP : Réunion de Concertation Pluridisciplinaire

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

UPCOG : Unité Pilote de Coordination en Oncogériatrie

INTRODUCTION

C'est au cours de mon dernier semestre d'internat que j'ai réellement découvert la gériatrie. Cette spécialité m'a marquée tant du point de vue humain que du point de vue clinique. Dans l'Unité de Gériatrie Aiguë de l'hôpital Ambroise Paré, l'habitude consistait à appeler les médecins généralistes dès l'entrée de leur patient dans le service. D'abord pour les prévenir que leur patient était hospitalisé et pour obtenir ensuite des informations essentielles concernant le patient lui-même et son environnement psycho-social. Ce contact était réciproque puisque les médecins généralistes appelaient quotidiennement les médecins du service pour hospitaliser leurs patients, leur évitant ainsi un passage par les urgences. Pendant ces six mois, j'ai été surprise de croiser régulièrement dans le service des médecins généralistes rendant visite à leurs patients hospitalisés. Le contact entre les spécialistes hospitaliers et les correspondants généralistes était ainsi facilité, les médecins généralistes s'attablant même occasionnellement avec nous à l'heure du déjeuner. Je ne crois pas avoir vu de pareilles relations avec les médecins de ville dans un autre service hospitalier parisien.

Chez ces personnes âgées, souvent admises à l'hôpital pour des symptômes banals mais « *qui ne passent pas* » ou pour des complications plus graves, la découverte d'un cancer n'était pas chose rare. J'ai donc été confrontée à cette situation dans laquelle il me revenait d'annoncer à ces patients, souvent vulnérables, ainsi qu'à leurs familles, un diagnostic lourd de conséquences.

Après l'annonce et le bilan du cancer, a lieu la discussion multidisciplinaire. Elle conduit à organiser la prise en charge du patient âgé, prise en charge qui doit respecter le principe du *primum non nocere* inculqué tout au long de nos études médicales.

L'oncogériatrie est une spécialité plus que jamais d'actualité. Si les tendances démographiques se maintiennent, du fait de l'augmentation de l'espérance de vie, 16,2% de la population aura plus de 75 ans en 2060 (1). Or, le cancer est la première cause de décès des personnes âgées de 75 à 85 ans, la tendance s'inversant ensuite après 85 ans, en faveur des maladies cardiovasculaires (2). Par conséquent, du fait du vieillissement de la population, la part des personnes âgées dans la patientèle du médecin généraliste ne va cesser d'augmenter et plus particulièrement, celle des personnes âgées souffrant d'un cancer.

Si les spécialistes attendent du médecin généraliste qu'il dépiste précocement ces pathologies tumorales, il s'avère pourtant qu'il est, par la suite, rarement consulté au moment de la décision pluridisciplinaire hospitalière. Ce qui semble paradoxal puisque le médecin généraliste est souvent le médecin qui connaît le mieux le patient âgé, souvent depuis « des

années ». Cette relation ancienne fait que le sujet âgé lui accorde souvent une confiance toute particulière.

La prise en charge d'un patient âgé atteint d'un cancer peut s'avérer complexe du point de vue clinique mais également du point de vue psycho-social. Le rôle du médecin généraliste y est donc indéniable en tant que coordinateur de soins. Pour permettre une prise en charge optimale du malade, les relations entre la médecine de ville et l'hôpital sont déterminantes et le rôle de chacun doit être bien défini.

De nombreuses études (3-6) montrent que les médecins généralistes se sentent parfois mis à l'écart une fois leurs patients hospitalisés. Ils ressentent un manque de collaboration avec leurs confrères hospitaliers et regrettent de ne pas être impliqués dans les choix thérapeutiques décisionnels. Toutes ces études concernent le point de vue des médecins généralistes.

Dans ce contexte, j'ai décidé de m'intéresser à la place qu'accordent les spécialistes hospitaliers aux médecins généralistes dans la prise en charge oncogériatrique. Mon travail a trait également à l'évaluation des relations entre médecins spécialistes hospitaliers et médecins généralistes ainsi qu'à leurs améliorations.

L'analyse des résultats de cette enquête débouche sur des propositions permettant d'améliorer les pratiques et la communication entre la ville et l'hôpital pour une meilleure prise en charge des patients âgés souffrants d'un cancer.

I. Définition d'un sujet âgé

La langue française regorge de termes pour désigner les personnes âgées : les vieux, les seniors, le 3ème âge, le 4ème âge... Mais comment définir une personne âgée ? Il n'y a pas, à ce jour, de définition universelle.

Le vieillissement correspond à l'ensemble des phénomènes qui marquent l'évolution d'un organisme vers la mort. Il peut être conçu comme un déclin progressif et très aléatoire des réserves fonctionnelles. Celles-ci conditionnent les capacités d'adaptation face aux agressions par diminution des réserves fonctionnelles des systèmes d'organes et des ressources personnelles et sociales (7).

Il est intéressant de souligner que les seuils de vieillesse diffèrent selon les experts, les praticiens, les chercheurs ou les institutions. Les statisticiens, par exemple, fixent l'âge seuil de la vieillesse à 60 ans. Ils distinguent le troisième âge dont la définition est sociale par la cessation d'une activité professionnelle salariée correspondant aux plus de 70 ans, et le quatrième âge qui correspond aux plus de 80 ans. Une nouvelle catégorie statistique, le cinquième âge, a fait son apparition récemment. Ce seuil de 60 ans est également celui retenu par l'administration française pour être un des critères permettant de bénéficier d'aides financières comme l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA). Pour l'OMS, ce seuil est légèrement supérieur puisqu'elle retient le critère d'âge de 65 ans et plus pour définir une personne âgée. Enfin, pour le Collège Professionnel de Gériatrie, la gériatrie est une médecine plus particulièrement orientée vers les personnes âgées de plus de 75 ans.

Ces versions plurielles nous montrent que le seul critère de l'âge civil ne suffit pas à définir une personne âgée. Sa définition impose de prendre en compte d'autres critères comme le vieillissement physiologique et psycho-social. Un des aspects du vieillissement est notamment caractérisé par l'augmentation de la prévalence des comorbidités. Il existe donc d'importantes différences entre les sujets d'un même âge dans cette catégorie de population.

II. Histoire et définition de l'oncogériatrie

C'est la très grande hétérogénéité de l'état de santé des personnes âgées qui fait toute l'originalité de l'oncogériatrie. Les personnes âgées, souvent polypathologiques, rendent difficilement transposables les stratégies thérapeutiques validées chez les adultes plus jeunes. Leur prise en charge est donc plus complexe. Elle vise à intégrer le patient dans sa globalité, incluant ses dimensions médicales, cognitives et psycho-sociales. Selon l'Institut National contre le Cancer, l'oncogériatrie est la pratique visant à garantir à tout patient âgé atteint de

cancer un traitement adapté à son état grâce à une approche multidisciplinaire et multi-professionnelle (8). Elle résulte de la collaboration active entre oncologues, gériatres, médecins généralistes, et, d'une façon plus générale, entre tous les acteurs de soins auprès du malade âgé atteint de cancer (9).

Cette discipline est née en 1983 des regards croisés du National Cancer Institute et du National Institute on Ageing dans une publication qui met en évidence une prise en charge spécifique du patient âgé atteint de cancer justifiant des compétences particulières (10).

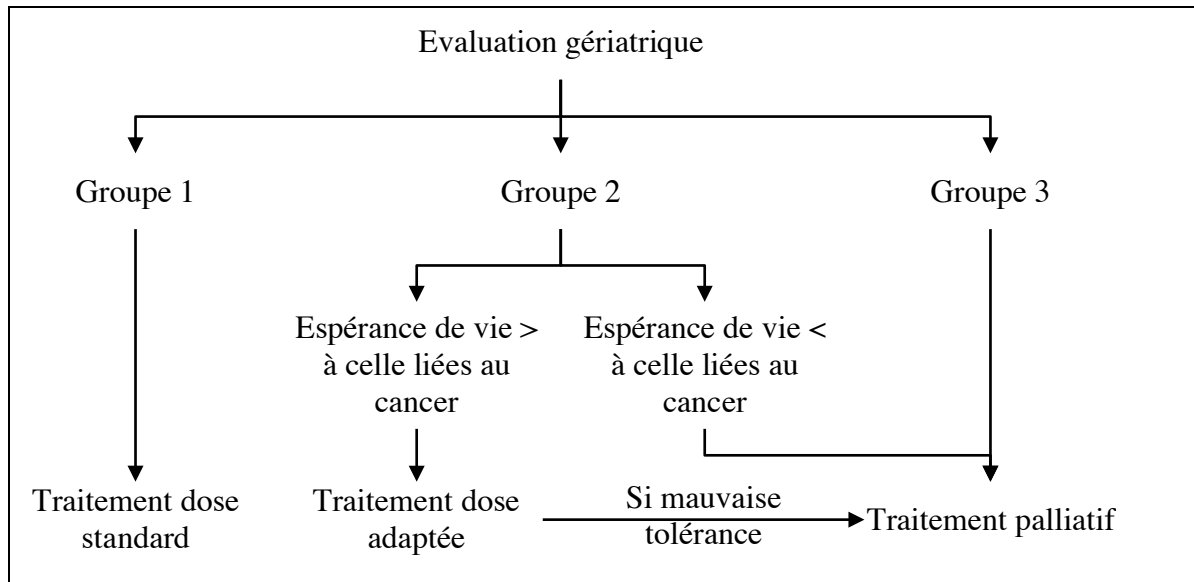
Lodovico Balducci est un des premiers oncologues américains à développer en 1994 un programme clinique d'oncogériatrie à proprement parler, le "Senior Adult Oncology Program" au Moffitt Cancer Center à Tampa, en Floride. Son équipe se consacre spécifiquement aux sujets âgés de plus de 70 ans atteints d'un cancer. L'évaluation gériatrique permet de dépister des comorbidités qui peuvent interférer avec la tolérance du traitement du cancer et permet une estimation de l'espérance de vie (11).

En France, en 2000, la Société Internationale d'Oncogériatrie (SIOG) est créée. Elle organise des conférences annuelles ouvertes aux cancérologues, gériatres et professionnels de santé intéressés par la gériatrie. Différents groupes de travail réfléchissent aux modalités thérapeutiques spécifiques et aux soins de support pertinents pour la population âgée atteinte d'un cancer. Elle publie ainsi des recommandations spécifiques depuis 2005. Ses principaux domaines d'action sont l'éducation, la pratique clinique et la recherche. Dix missions prioritaires ont été fixées parmi lesquelles la sensibilisation du public à l'épidémie des cancers des personnes âgées dans le monde et de leur nécessité d'une approche spécifique, l'intégration de l'oncologie gériatrique dans les programmes de formation médicale et des soins infirmiers, l'intégration de l'évaluation gériatrique en oncologie dans les prises de décisions et les recommandations, le développement d'outils de tests de dépistage simple, la création d'une définition claire de la vulnérabilité et de la fragilité en oncologie, l'augmentation des essais cliniques pour les personnes plus âgées et la promotion de la recherche multidisciplinaire sur l'interface du vieillissement et du cancer (12).

A la même période, le concept d'évaluation gériatrique en amont d'une prise en charge carcinologique est instauré grâce aux travaux de l'équipe américaine de L. Balducci (13). L'âge chronologique ne reflétant pas les capacités fonctionnelles et l'espérance de vie individuelle, son équipe propose une classification des patients en trois groupes en fonction de leur degré de vulnérabilité. Ainsi, un algorithme de stratégies thérapeutiques est défini selon les groupes de patients, du groupe 1, patients « bien portants » (*fit elderly*) sans perte d'autonomie ni de comorbidité significative qui peuvent recevoir la dose complète du traitement, au groupe 3, patients « très fragiles » (*frail elderly*), présentant une perte

d'autonomie et au moins trois comorbidités et/ou un syndrome gériatrique évolutif qui nécessitent, eux, un traitement palliatif.

Figure n° 1 : Algorithmme pour la prise en charge du cancer du sujet âgé en fonction de l'évaluation gériatrique selon L. Balducci et M. Extermann



Plus récemment, en France, en 2006, l'Institut National du Cancer a mis en place des Unités Pilotes de Coordination en OncoGériatrie (UPCOG). Les deux objectifs principaux étaient de développer l'oncogériatrie sur l'ensemble du territoire français et d'optimiser les compétences de cancérologie et de gériatrie via une coordination accrue entre oncologues et gériatres. Quatre principales missions leur ont été confiées : mieux adapter les traitements des patients âgés atteints de cancer par des décisions conjointes oncologues-gériatres, promouvoir la prise en charge de ces patients dans la région afin de la rendre accessible à tous, contribuer au développement de la recherche en oncogériatrie, notamment en impulsant des collaborations interrégionales, soutenir la formation et l'information en oncogériatrie. Dix-neuf UPCOG, réparties dans quatorze régions, ont ainsi été créées.

III. Epidémiologie des cancers chez les personnes âgées

Les cancers touchent les individus de tout âge mais le risque de survenue d'un cancer augmente avec l'âge (14). Un des principaux indicateurs pour évaluer la fréquence des cancers est l'incidence, c'est-à-dire le nombre de nouveaux cas diagnostiqués.

En 2012, les estimations de l'incidence montrent que sur 355 454 cas de cancers survenus en France, 30% sont survenues chez les sujets de plus 75 ans tous sexes confondus. Près d'un

tiers (28,7%) est survenu chez les femmes entre 75 et 84 ans et 40% des cancers sont survenus chez les hommes entre 76 et 84 ans.

En raison de l'allongement de la durée de vie, les projections démographiques prévoient une augmentation considérable du nombre de cancers associée au vieillissement de la population des pays industrialisés. En 2025, le nombre de cas de cancers diagnostiqués en France, chez des hommes de 75 ans et plus, serait en moyenne de 81 838 et chez les femmes, de 52 890. Cette nette augmentation peut en partie s'expliquer par l'effet du baby-boom qui a fait suite à la Seconde Guerre mondiale.

L'âge de survenue varie cependant selon les localisations cancéreuses. Les sujets de plus de 75 ans représentent 62% des cas de tumeurs invasives de la vessie chez les femmes et 46% chez les hommes. Les myélomes multiples et des leucémies lymphoïdes chroniques sont également fréquents chez le sujet âgé, 50% des cas étant diagnostiqués chez les femmes de plus de 75 ans. C'est aussi le cas pour les tumeurs digestives : 40% des cas de tumeurs colorectales chez les hommes et 52% des cas de tumeurs colorectales chez les femmes ont plus de 75 ans, par exemple. En revanche, pour les cancers liés à une intoxication alcoolotabagique (poumon, ORL, larynx, œsophage), la proportion de sujets âgés est plus faible surtout chez les hommes.

La mortalité, qui consiste à évaluer le nombre de décès dus à un cancer, est un autre indicateur qui donne des renseignements utiles sur les besoins de soins en phase terminale. Les décès surviennent souvent plusieurs années après l'apparition de la maladie. Le pourcentage des décès par cancer chez les patients âgés est plus important que celui des cas incidents. Ainsi, plus de 45% des décès par cancer surviennent au-delà de 75 ans chez les hommes et 55% chez les femmes. Le risque de décès liés au cancer est toujours plus élevé chez les sujets de plus de 75 ans. Un des principaux facteurs influant la mortalité est la présence de nombreuses comorbidités parfois associée à un mauvais état général, rendant le patient plus vulnérable à la maladie cancéreuse.

IV. Parcours de soins hospitaliers en oncologie

Dans la continuité des Plans Cancer précédents, le Plan cancer 2014-2019 met en avant la nécessité de prendre en considération l'ensemble des besoins du patient et de ses proches.

IV.1. Le dispositif d'annonce

Après la confirmation du diagnostic, le dispositif d'annonce doit permettre au malade de bénéficier des meilleures conditions possibles. L'annonce du diagnostic peut être réalisée en une ou plusieurs consultations pour permettre un temps d'écoute et d'informations individualisé. Ce temps a été défini par le plan Cancer 2003-2007 (mesure 40). Le diagnostic

du cancer est un réel traumatisme pour le patient, ce temps requiert donc un environnement et un temps adéquat.

Une étude de satisfaction réalisée en 2011 par l'INCa auprès de 908 malades atteints de cancer (15) révèle que les patients sont dans l'ensemble satisfaits du climat de confiance instauré par les soignants. Toutefois, il existe une inégalité dans la mise en œuvre souvent incomplète du dispositif d'annonce dans les établissements ayant participé à l'étude.

IV.2. La Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP)

Rendue obligatoire pour tous les dossiers de cancérologie par le décret de février 2005 (16), la RCP doit être le lieu d'une discussion collégiale sur la décision thérapeutique avant toute instauration de traitement. Sa multidisciplinarité impose de faire intervenir trois spécialités différentes au minimum dont un oncologue, un chirurgien et un radiologue.

L'avis qui y est pris est expliqué au malade et son médecin traitant, absent de la RCP, en est informé. La décision thérapeutique est ensuite remise au malade sous forme d'un Programme Personnalisé de Soins (PPS).

IV.3. Le Programme Personnalisé de Soins (PPS)

Il est remis au malade au début de la prise en charge du cancer et permet de formaliser sa proposition de parcours de soins. Un double est adressé au médecin traitant. Susceptible d'évoluer au cours du temps, il comporte un nombre d'éléments minimum mais doit rester facilement lisible pour le patient. Il comprend le calendrier prévisionnel de soins et de suivi avec la proposition thérapeutique acceptée par le patient et l'hôpital dans le volet soins. Un volet social comporte le bilan social et les éventuelles actions sociales mises en œuvre. Enfin, une partie du programme est réservée aux coordonnées des différents impliqués dans la prise en charge du malade. Le Plan Cancer 2009-2013 prévoyait de faire bénéficier 80% des patients au moins d'un programme personnalisé de soins (données de l'INCa) en 2013.

En 2011, dans l'étude réalisée par l'INCa auprès de 35 sites pilotes, le taux de remise du PPS aux patients atteignait près de 64% en moyenne, l'objectif de 80% de remise préconisé par le Plan cancer n'était atteint que par 18 des 35 établissements évalués. Sur 11 sites, ce taux était inférieur à 50% (17).

IV.4. Le Programme Personnalisé de l'Après Cancer (PPAC)

Instauré par le Plan Cancer 2009-2013, le programme de l'après cancer prend le relais du PPS à la fin des traitements actifs. Théoriquement établi par l'équipe soignante hospitalière en relation avec le médecin traitant, il permet au patient une réintégration dans la vie quotidienne. Le programme personnalisé de l'après cancer contient les éléments du suivi

global du patient, notamment l'accompagnement social, l'accès aux soins de support et la liste des contacts et relais de proximité nécessaires à la poursuite du suivi. Une des propositions initiales du PPAC était de faciliter la collaboration entre spécialistes et médecins généralistes. Les résultats du suivi spécialisé seraient ainsi régulièrement transmis au médecin traitant et en retour, le médecin traitant transmettrait les résultats de sa surveillance à l'oncologue.

Toujours dans l'étude de l'INCa réalisée auprès de 35 sites pilotes en 2012 (17), seulement 31% des patients en phase d'après-cancer avaient reçu un PPAC. Les principales difficultés rencontrées par les sites pilotes étaient la mise en place de la surveillance médicale conjointe et des difficultés d'ordre psychosocial avec une mobilisation plus importante des assistantes sociales et un nombre faible de patients ayant bénéficié d'un soutien psychologique.

IV.5. Le dossier communicant de cancérologie (DCC)

Mis en œuvre par le plan Cancer 2003-2007, le Dossier Communicant de Cancérologie vise à améliorer la qualité et la continuité des soins du patient atteint d'un cancer. Une de ses principales missions est de favoriser l'échange et le partage des données médicales entre spécialistes hospitaliers ou libéraux et médecins généralistes. Ce service a vocation d'informatiser les principaux documents du parcours de soins. Il contient donc la fiche de la RCP, les comptes rendus opératoires et anatomo-pathologiques, le programme personnalisé de soins et de l'après-cancer. Cet outil donne lieu à un partage et à un échange sécurisé des informations clés d'un parcours coordonné entre la ville et l'établissement de santé.

V. Rôles théoriques du médecin généraliste au cours de la prise en charge d'un patient âgé atteint d'un cancer

Le Plan Cancer 2009-2013 renforce le rôle du médecin traitant à tous les moments de la prise en charge pour garantir au patient une meilleure vie pendant et après le cancer. Le médecin généraliste connaît souvent le patient âgé depuis de nombreuses années. Un climat de confiance règne donc souvent entre la personne âgée et son médecin traitant. Celui-ci a incontestablement un rôle dans la prévention mais aussi dans le dépistage et le diagnostic du cancer. Après diagnostic, il participe à l'annonce diagnostique et coordonne les soins avec les différents acteurs de santé. Enfin, son implication est essentielle dans le projet thérapeutique et les soins de suite.

V.1. Dépistage et diagnostic du cancer chez la personne âgée

En France, le dépistage du cancer après 75 ans ne fait plus l'objet d'un dépistage organisé mais d'un dépistage individuel. Par conséquent, le médecin généraliste doit réaliser un dépistage au cas par cas chez la personne âgée. Malheureusement, le diagnostic du cancer

reste encore trop souvent réalisé tardivement chez la personne âgée. Une grande cohorte française portant sur des patientes présentant un cancer du sein révèle que plus de la moitié des patientes de plus de 75 ans ont des métastases au diagnostic contre 39% des patientes entre 65 et 74 ans (18). Une des principales raisons de ce retard au diagnostic peut être expliquée par le fait que les patients âgés tardent souvent à consulter leur médecin. Selon le Rapport de la Commission d'orientation du cancer de 2003, environ 20% des personnes âgées attendent près d'un an avant de consulter pour des symptômes pourtant clairement définis, du fait de nombreux facteurs de comorbidité qui brouillent le paysage sanitaire.

Le diagnostic tardif de cancer chez la personne âgée peut d'ailleurs entraîner des conséquences parfois néfastes. Une méta-analyse du Colorectal Cancer Collaborative Group publiée en 2000 (19) sur le devenir des patients âgés opérés d'un cancer colorectal par tranche d'âge montre qu'il existe une relation linéaire entre le stade de la maladie cancéreuse au moment du diagnostic et les groupes d'âge, avec pour conséquence la nécessité de réaliser plus fréquemment une chirurgie en urgence chez le sujet âgé : 29% des sujets âgés de plus de 85 ans ont eut une chirurgie en urgence contre 11% chez les moins de 65 ans.

Par ailleurs, le critère de l'âge reste encore trop souvent une barrière à la prise en charge du cancer chez le sujet âgé. Une récente revue de la littérature (20) révèle que l'âge civil est le facteur le plus fréquemment cité comme influençant la décision d'adresser une personne âgée atteinte d'un cancer à un spécialiste. Le médecin généraliste étant en première ligne de soins, il doit donc être systématiquement en alerte afin de dépister ou de diagnostiquer la pathologie tumorale le plus précocement possible à un stade infra-clinique ou pré-clinique chez le patient âgé.

V.2. L'annonce diagnostique du cancer

Le médecin traitant est destinataire des résultats des examens complémentaires prescrits suite à un point d'appel clinique. Il est donc souvent le premier professionnel de santé qui va amorcer l'annonce du diagnostic même si une consultation d'annonce dédiée sera réalisée, le plus souvent, secondairement à l'hôpital. Or, l'annonce du diagnostic est un moment clé dans la relation entre le patient, le médecin et la famille. Il s'agit d'une situation psychologiquement difficile pour le patient qui requiert un encadrement adéquat du médecin. Plusieurs travaux ont redéfini dernièrement le rôle du médecin généraliste dans l'annonce diagnostique. La mesure 40 du Plan Cancer 2009-2013 (21) estime que le médecin généraliste est le médecin de premier recours, le seul qui puisse intervenir au jour le jour au domicile du patient, y compris dans l'urgence. Il reste le professionnel de santé en qui le patient âgé a en général le plus confiance. Ce moment doit être mis à profit pour proposer au patient de

bénéficier du dispositif d'annonce dans sa globalité. Son rôle est d'orienter ensuite rapidement le patient vers un établissement où il pourra bénéficier d'un dispositif explicité et de stratégies thérapeutiques.

Récemment, le Plan Cancer 2014-2019 renforce ce dispositif d'annonce en affirmant la nécessité de s'adapter à la diversité croissante des prises en charge qui reposent de plus en plus sur un diagnostic et des traitements réalisés en ville. Le Plan donne aux médecins généralistes les moyens d'orienter le patient dans des délais rapides vers les équipes spécialisées dès le diagnostic ou la suspicion de cancer en leur garantissant une orientation adéquate. Le Plan propose qu'un numéro de téléphone dédié au médecin traitant soit mis en place par les services hospitaliers et les structures de coordination en cancérologie afin d'améliorer l'organisation de la prise en charge.

V.3. Rôle du médecin généraliste dans le projet thérapeutique

Même si le médecin généraliste a une action limitée sur la décision du traitement en lui-même, il a un rôle d'accompagnement du malade après le cancer. Cet accompagnement peut être aussi bien médical, que psychologique et social. Tout au long du suivi, le médecin généraliste doit délivrer des informations claires au patient et à sa famille, parfois mal comprises lors de l'hospitalisation. Il peut également avoir un rôle de réassurance, le patient âgé ayant souvent un degré élevé de confiance en son médecin traitant.

Le Plan Cancer 2009-2013 renforce le rôle du médecin traitant dès la phase active du traitement et surtout dans l'après-cancer, la période qui suit la fin des traitements initiaux d'un cancer. La mesure 25 de ce plan vise à développer une prise en charge sociale personnalisée et précoce de l'après-cancer. Le médecin généraliste est ainsi le référent médical légitime pour coordonner les soins à domicile. Il est le chef d'orchestre des soins dits de support, l'ensemble des soins et soutiens nécessaires aux personnes malades tout au long de la maladie. La surveillance post-thérapeutique est indispensable pour prendre en compte les risques de rechute de la maladie ainsi que les conséquences physiques, psychiques et sociales de la maladie et des traitements. Le médecin généraliste, en partenariat avec les équipes soignantes au domicile, évalue les besoins en soutien psychologique ou soutien social (22). Son implication dans le suivi des soins cancérologiques est donc indispensable. Une communication régulière avec les spécialistes du cancer est nécessaire pour assurer la répartition des rôles et la délégation de certaines tâches.

Le Pr Bey (23) propose, lui, une surveillance partagée entre spécialistes du cancer et médecins traitants, adaptée à chaque cas particulier.

Le médecin généraliste reste cependant le médecin qui est au plus près du malade pour dépister la décompensation des pathologies associées et surveiller l'apparition de symptômes révélateurs de métastases ou de récurrence.

V.4. Rôle du médecin généraliste dans les soins palliatifs

Selon l'OMS, les soins palliatifs cherchent à améliorer la qualité de vie des patients et des familles confrontés à une maladie engageant le pronostic vital, en soulageant les douleurs et les symptômes, en apportant un soutien spirituel et psychologique depuis le moment où le diagnostic est posé jusqu'à la fin de la vie et au cours de la période de deuil.

Les soins palliatifs procurent le soulagement de la douleur et des autres symptômes gênants, soutiennent la vie et considèrent la mort comme un processus normal, n'entendent ni accélérer ni repousser la mort.

Le rôle de coordinateur du médecin généraliste des différentes compétences sanitaires, médico-sociales et sociales, assisté si besoin par un professionnel formé à cette fonction de coordination n'est plus à démontrer (24-26). Le médecin généraliste peut s'aider de réseaux, de différents acteurs de santé et d'équipes mobiles de soins palliatifs. L'équipe de Krakowski (27) propose d'intégrer les soins palliatifs dans la dynamique des soins de support à différents moments de l'évolution des maladies graves. Elle distingue la phase palliative « terminale », quand il n'y a pas ou plus de traitements spécifiques de la maladie causale, de la phase palliative « initiale », lorsque les traitements spécifiques sont encore appliqués avec l'objectif d'une réponse complète temporaire et/ou partielle, d'une stabilisation de la maladie et/ou d'une amélioration de la qualité de vie.

Une équipe canadienne (28) a décrit trois modèles de prise en charge des patients atteints de cancer en phase palliative. Les soins oncologiques sont organisés de manière séquentielle, parallèle ou partagée entre les médecins généralistes et les oncologues. Une organisation séquentielle se produit le plus communément si les relations des patients avec leur médecin de famille s'effritent. Dans le modèle séquentiel, le patient reçoit tous les soins de son spécialiste après le diagnostic, y compris ceux relevant des soins primaires. Dans le modèle parallèle, le généraliste continue à suivre ses patients mais ne gère que les pathologies qui ne sont pas en rapport avec le cancer. Enfin, dans le modèle partagé, le médecin généraliste est impliqué dans les soins relevant de la cancérologie, travaillant en collaboration avec le spécialiste.

I. Objectifs de l'étude

L'objectif principal de cette étude est de mieux comprendre les attentes des spécialistes concernant la place du médecin généraliste dans la prise en charge des personnes âgées atteintes d'un cancer.

Un des objectifs secondaires est de proposer des pistes d'amélioration pour renforcer les missions du médecin généraliste dans la prise en charge oncogériatrique. Il s'agit également d'évaluer les relations entre médecins spécialistes hospitaliers et médecins généralistes et d'identifier les éventuels dysfonctionnements afin de suggérer des perspectives d'amélioration.

Ce travail de thèse a été mené en parallèle de celui d'Abel Sefssafi qui porte sur le point de vue des médecins généralistes.

II. Caractéristiques de l'étude

Cette étude a été réalisée en deux temps. Dans un premier temps, une étude qualitative a été menée afin de définir les variables pertinentes et les hypothèses à tester. Dans un second temps, une étude quantitative a été conduite permettant d'enrichir les résultats de l'analyse qualitative. Une recherche qualitative peut précéder une recherche quantitative en générant des hypothèses pour produire et/ou tester les items d'un questionnaire quantitatif. Les deux types de recherches peuvent être utilisés ensemble pour obtenir une approche plus large et plus riche (29).

III. Recherche bibliographique

La littérature est pauvre concernant le point de vue des spécialistes sur le sujet abordé dans notre étude. La recherche bibliographique a donc été réalisée dans un premier temps par Pubmed en utilisant les termes MeSH suivants : « specialists » or « hospital » AND « elderly » or « geriatric » AND « cancer » or « oncology » AND « physician ».

La thématique de la thèse étant centrée sur des problématiques françaises, j'ai réalisé secondairement une recherche sur les sites suivants : *Sudoc*, *Refdoc*, *Google scholar*, puis auprès des revues suivantes : *Archives of gerontology and geriatrics*, *Annals of oncology*, *Journal of clinical oncology*, *New English Journal of Medicine*, *Les cahiers de l'année gérontologique*, *Bulletin du cancer*, *Le journal d'oncogériatrie*, *La Revue du Praticien*, *Le concours médical*, *Soins et gérontologie*, et enfin auprès des sites web suivants : Institut National du Cancer (INCa) et Ligue Nationale contre le Cancer.

IV. Méthodologie de l'étude qualitative par entretiens

IV.1. Etude qualitative

La recherche qualitative consiste à recueillir des données verbales permettant une démarche interprétative. Cette méthode permet d'explorer les émotions, les sentiments, les comportements et les expériences personnelles. Habituellement, les études qualitatives visent à décrire et à approfondir le comment, le pourquoi des phénomènes alors que les études quantitatives servent à mesurer un phénomène en vue d'une généralisation des résultats ou à tester une hypothèse.

IV.2. Entretiens semi-dirigés

L'étude qualitative comporte plusieurs étapes dont la préparation avec une revue de la littérature, l'observation, l'entretien et l'analyse des données. Une recherche documentaire a été réalisée en amont de cette étude. L'observation n'était pas adaptée à notre type d'étude. Différents types d'entretiens existent : individuels ou collectifs. Les entretiens individuels permettent, contrairement aux entretiens de groupes, ou *focus-groups*, d'aborder des sujets plus délicats et de recueillir des points de vue personnels. La méthode des focus consiste à réunir plusieurs participants. Ce groupe de discussion, modéré par un animateur neutre en présence d'un observateur, a pour but de collecter des informations sur un nombre limité de questions définies à l'avance. Il permet de mettre en évidence des différences de perspective entre des groupes d'individus. Le fait de confronter plusieurs spécialistes lors d'un focus group aurait possiblement influencé et limité les propos de certains médecins.

Le but étant de faire témoigner les spécialistes sur leur expérience personnelle, j'ai donc opté pour la méthode de l'entretien individuel semi-dirigé. Cette technique qualitative de recueil d'informations permet de centrer le discours des personnes interrogées autour de thèmes préalablement définis et consignés dans un guide d'entretien (Annexe 1.a). L'entretien semi-dirigé ou semi-directif (appelé observation indirecte par les sociologues) est plus souple qu'un entretien directif puisque les questions peuvent donner libre cours à de larges développements. L'ordre des questions ouvertes et leur formulation même peuvent varier. L'enquêteur propose une consigne de départ et ne propose les autres thèmes que si le répondant ne les aborde pas spontanément. Les questions ouvertes cherchent à obtenir des réponses sincères sur les habitudes des professionnels et leur ressenti.

IV.3. Guide d'entretien

Dans un premier temps, avant de commencer l'entretien, je me suis présentée à la personne interviewée : prénom, nom, faculté de médecine de rattachement. Je lui ai exposé ensuite le thème de mon étude ("la place du médecin généraliste dans la prise en charge oncogériatrique

du point de vue des spécialistes"), la justification du choix de ce thème dans le cadre de ma thèse de médecine. J'ai expliqué secondairement la méthodologie mise en place, à savoir, des entretiens individuels qui conduiraient ensuite à des questionnaires destinés aux spécialistes participant aux RCP des hôpitaux de l'AP-HP. J'ai demandé à chacun leur accord pour enregistrer l'entretien et leur ai garanti le respect de l'anonymat. Chaque entretien a été enregistré sur dictaphone (Enregistreur vocal numérique SONY ICD-PX240) puis retranscrit textuellement à l'ordinateur sur Word. J'ai conservé l'intégralité des propos des spécialistes interrogés, y compris les expressions familières ("hein", "ben", "euh"...) ajoutées à la manière des didascalies utilisées généralement au théâtre, des notes pour retranscrire les ressentis et les émotions tel que les pauses, les rires ou même les sonneries de téléphone interrompant parfois les entretiens. Les verbatim ont ensuite été regroupés en items.

IV.4. Carte mentale

Après une recherche bibliographique, nous avons choisi de concevoir une carte mentale pour réaliser le guide d'entretien (Annexe 1.b). La carte mentale, ou carte heuristique, permet d'avoir une vision globale, rapide et synthétique des grands thèmes à aborder en évitant de poser les questions les unes après les autres. En effet, la construction de la carte heuristique se fait à partir d'un thème central, rattaché à des branches pour chacun des sous-thèmes, qui deviennent eux-mêmes les sous-centres d'un troisième réseau d'informations, et ainsi de suite. La lecture de la carte mentale se fait dans le sens des aiguilles d'une montre.

IV.5. Constitution de l'échantillon des spécialistes

J'ai choisi d'interroger différents spécialistes exerçant à l'hôpital Ambroise Paré ou dans ses environs (département des Hauts-de-Seine ou arrondissements de l'ouest parisien). Ces spécialistes devaient prendre en charge des patients âgés cancéreux et participer à des Réunions de Concertation Pluridisciplinaire (RCP). J'ai décidé de limiter les spécialistes interrogés à un représentant des spécialités de pneumologie, gynécologie, chirurgie digestive, oncologie médiale, radiothérapie et gériatrie. Les spécialistes ont été contactés par téléphone ou par e-mail.

V. Méthodologie de l'étude quantitative par questionnaires

Les thèmes principaux ont été extraits des entretiens réalisés, par analyse de contenu, afin d'établir un questionnaire. Ce questionnaire nous a permis de tester les différentes hypothèses émises à une plus grande échelle.

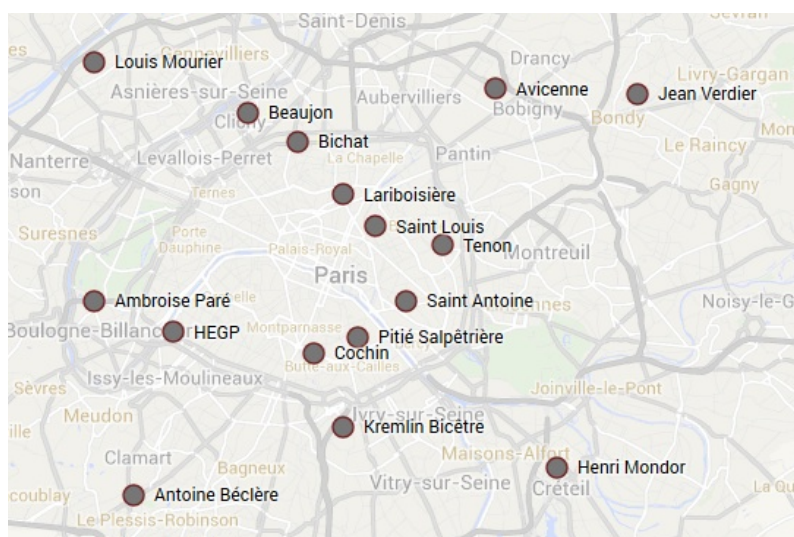
V.1. Description de l'étude

Une enquête d'opinion, descriptive et transversale a été réalisée auprès de l'ensemble des médecins spécialistes participants aux RCP des hôpitaux de l'Assistance Publique- Hôpitaux de Paris (AP-HP). J'ai fait le choix de me limiter à trois types de RCP : les RCP d'oncologie thoracique, gynécologique et digestive. L'outil utilisé était un questionnaire adressé aux participants de chaque RCP. Ce questionnaire était élaboré à partir des six grands thèmes issus des entretiens individuels réalisés lors de l'enquête préalable. Je me suis rendue sur le lieu de chaque RCP afin de distribuer en mains propres un questionnaire à chaque participant.

V.2. Contexte géographique

Les seize hôpitaux de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris qui disposent de RCP d'oncologie digestive, gynécologique et thoracique sont représentés sur la figure n°2.

Figure n° 2 : Carte des hôpitaux de l'AP-HP participants à l'étude



V.3. Population cible

a. Critères d'inclusion

L'étude a été réalisée auprès de l'ensemble des spécialistes qui devaient :

- participer physiquement à une RCP soit d'oncologie thoracique soit d'oncologie gynécologique ou digestive d'un hôpital de l'AP-HP
- être thésés

b. Critères d'exclusion

- les internes
- les anatomo-pathologistes, du fait de leur faible relation avec les médecins généralistes

V.4. Réalisation du questionnaire

Le questionnaire (cf. Annexe 3) comprend trois pages recto-verso et contient quatre parties distinctes organisées autour de vingt-trois questions à choix multiples. Une question ouverte est adjointe en fin de questionnaire. Chaque spécialiste peut ajouter un commentaire après chaque question dans le cadre prévu à cet effet.

- La première partie comprend la présentation du spécialiste interrogé.
- La deuxième partie traite de la prise en charge initiale du patient âgé atteint d'un cancer.
- La troisième partie porte sur la présentation du dossier du patient âgé en RCP.
- La quatrième partie aborde les relations entre les spécialistes et les médecins généralistes.
- La cinquième partie concerne des pistes d'amélioration envisageables concernant la prise en charge oncogériatrique.
- Enfin, une question ouverte additionnelle permet au spécialiste de s'exprimer librement.

V.5. Recueil de données et analyse des résultats

a. Première étape : accord pour participer à la RCP

Les responsables des RCP d'oncologie thoracique, digestive et gynécologique ont été préalablement contactés par e-mail (cf. Annexe 2). Cet e-mail avait pour but de solliciter leur accord pour la distribution du questionnaire à chaque début de RCP. Les e-mails ont été envoyés entre décembre 2013 et mars 2014 en se basant sur l'annuaire des hôpitaux de l'AP-HP. Certains responsables ont préféré un envoi du questionnaire par e-mail ; une adresse e-mail valide leur a donc été demandée. En l'absence de réponse après un premier e-mail, une relance était envoyée quinze jours après au responsable de la RCP et aux autres médecins participants.

b. Deuxième étape : distribution des questionnaires

Les RCP ont eu lieu entre janvier et mai 2014. Un rendez-vous était généralement fixé quelques minutes avant la RCP avec le responsable de la RCP contacté préalablement. Après présentation, le questionnaire était distribué à chaque spécialiste puis récupéré en fin de séance. Certains spécialistes ont préféré renvoyer le questionnaire par courrier, faute de temps pour le remplir. Une enveloppe à mon adresse postale leur était donc distribuée.

V.6. Analyse des données

Les données ont été enregistrées par le logiciel Sphinx® version 5.0. Les différents graphiques ont été réalisés par ce même logiciel. Dans un premier temps, une analyse descriptive de notre population a été réalisée. Les variables qualitatives ont ensuite été décrites par l'effectif et le pourcentage de chaque modalité. Les variables quantitatives répondant à une distribution gaussienne ont été décrites par leur moyenne et leur écart-type. Pour l'analyse statistique, un test du Chi-2 a été utilisé pour comparer les variables qualitatives entre elles lorsque les conditions d'application étaient réunies. Une analyse de variance (ANOVA) a par ailleurs été réalisée pour rechercher une association entre une variable qualitative et une variable quantitative lorsque les effectifs le permettaient. Si les conditions n'étaient pas réunies, un test de Kruskal-Wallis était effectué. Le seuil de significativité retenu était 5%.

RÉSULTATS

I. Résultats des entretiens semi-dirigés

I.1. Description de la population

Les entretiens ont été menés entre septembre et octobre 2013 sur le lieu d'exercice de chaque spécialiste. Sept médecins hospitaliers, de spécialité et de fonction différentes, ont été choisis afin d'obtenir une diversité d'opinions et de recueillir leur point de vue personnel. Tous les spécialistes contactés ont accepté de participer à cette étude. Le tableau n°2 détaille les caractéristiques des spécialistes interviewés.

Tableau n° 1 : Caractéristiques des spécialistes interrogés lors des entretiens semi-directifs

Numéro d'entretien	Age	Sexe	Lieu d'exercice	Spécialité	Fonction	Durée de l'entretien
1	52	M	HEGP, Clinique Saint Cloud, Clinique Saint Jean de Dieu	oncologue	praticien hospitalier	37 min
2	42	M	Hôpital Ambroise Paré	gériatre	praticien hospitalier	56 min
3	53	M	Hôpital Ambroise Paré	pneumologue	professeur des universités - praticien hospitalier	24 min
4	54	M	Hôpital Ambroise Paré	chirurgien général et digestif	praticien hospitalier	27 min
5	44	M	Hôpital René Huguenin	gastro-entérologue	professeur des universités - praticien hospitalier	22 min
6	52	M	Hôpital René Huguenin	séno-oncologue	praticien hospitalier	22 min
7	32	F	HEGP	radiothérapeute	chef de clinique	22 min

Six hommes et une femme ont été interrogés. Les âges varient de 32 à 54 ans avec une moyenne d'âge de 47 ans. Parmi les sept spécialistes interrogés, quatre sont praticiens hospitaliers, deux sont professeurs des universités-praticiens hospitaliers et une spécialiste est chef de clinique. Les entretiens ont duré en moyenne 30 minutes avec des extrêmes variant de 22 à 56 minutes. La durée totale des entretiens est de 200 minutes.

I.2. Etude des entretiens

Les entretiens sont retranscrits intégralement en annexes (cf. Annexes 4 à 10). J'en ai extrait les notions principales que j'ai ensuite regroupées en six grands thèmes. Les verbatim sont représentés en italique et entre guillemets, précédés de la lettre S pour spécialiste associée au numéro d'entretien.

a. La consultation avec le spécialiste

Pour tous les professionnels interrogés, les patients qu'ils prennent en charge leur sont adressés soit par le spécialiste d'organe, soit par le médecin généraliste, soit par les urgences.

S2 : « *les médecins traitants les adressent ici pour la prise en charge [...]. Ces médecins-là, ils nous appellent, soit S. [gériatre du service] soit moi, enfin des médecins du service, en nous expliquant le contexte, en nous demandant soit de le voir en consultation, soit de le prendre en hospitalisation* », S3 : « *très souvent, c'est un généraliste qui nous adresse un patient ou alors le patient arrive par les urgences [...], soit un patient arrive par les urgences avec une manifestation respiratoire* », S4 : « *c'est la partie de la population qui vient le plus facilement par le médecin généraliste* », S5 : « *soit c'est des généralistes soit c'est des autres gastros qui sont moins spécialisés en cancéro* », S6 : « *La plupart du temps, c'est des médecins généralistes qui adressent ou le gynécologue parfois parce qu'il surveille mais la plupart du temps, c'est le généraliste, c'est le plus fréquent.* »

Le recueil des données (antécédents, comorbidités, prise de médicaments, environnement social) est effectué auprès du patient lui-même s'il est capable de les communiquer, auprès de sa famille, ou par le courrier du médecin traitant ou du médecin adresseur.

S1 : « *Y a soit un conjoint soit la famille et c'est ce qui permet souvent d'avoir l'information* », S5 : « *Souvent ils peuvent nous le dire eux-mêmes en général, soit le médecin traitant, enfin le médecin adresseur, qui est en général le médecin traitant a fait un courrier* », S7 : « *Soit le patient est capable de dire [...]. Soit c'est l'entourage, ils viennent quand même très souvent accompagnés [...]. Et après j'ai des patients qui sont vraiment pas capables de répondre et qui viennent parfois tout seuls [...], auquel cas on se base sur les courriers, sur les courriers de la maison de soins de suite ou... Moi ça m'est déjà arrivé d'appeler le médecin traitant parce que j'avais vraiment pas assez d'éléments* »

La consultation d'anesthésie pré-opératoire ou le gériatre permet également de recueillir ces données.

S4 : « *S'il est opérable ou pas : je demande aux anesthésistes de le voir. Voilà. Et aux gériatres, quelques fois.* »

Cinq spécialistes sur sept déclarent qu'ils appellent rarement le médecin généraliste, les informations à leur disposition étant suffisantes. Un spécialiste déclare l'appeler de manière assez variable et avoir plutôt recours à ses collègues spécialistes hospitaliers. Un seul spécialiste affirme, quant à lui, avoir systématiquement un contact téléphonique avec le médecin généraliste.

S1 : « *On a plus fréquemment recours aux spécialistes d'organe, par exemple le cardiologue, pour être clair, que vis-à-vis du médecin traitant* », S2 : « *C'est quand même rare qu'on ne sollicite pas les médecins traitants ou qu'on ne les appelle pas pour avoir des infos [...]. Je crois qu'on a le réflexe de les appeler tout le temps, en tout cas au début, dans les premières heures d'hospitalisation* », S6 : « *Si y a vraiment un souci, on s'appelle* »

L'annonce diagnostique est réalisée généralement, pour cinq spécialistes sur sept, par le médecin généraliste ou par le spécialiste en ville. Elle est réalisée le reste du temps par le spécialiste hospitalier quand le patient lui est adressé pour un doute diagnostic ou lorsque le patient est hospitalisé par le biais des urgences pour une complication du cancer.

S1 : « *le plus souvent, le diagnostic est déjà posé effectivement* », S3 : « *en général c'est nous qui faisons le diagnostic de cancer* », S4 : « *les cancers digestifs viennent essentiellement par les gastros et pour des malades compliquées dont on raffole ici, par les oncologues médicaux* », S7 : « *ils arrivent avec leur diagnostic. Après je ne pourrai pas dire qui a fait quoi [...]. Globalement, je pense que c'est à chaque fois le spécialiste* »

b. Le rôle idéal du médecin généraliste selon le spécialiste

D'après les spécialistes interrogés, les principaux rôles du médecin généraliste dans la prise en charge d'un patient âgé cancéreux se répartissent en trois phases.

Une première phase consiste à dépister et à diagnostiquer le cancer. Deux spécialistes sur sept ont souligné l'importance de faire le diagnostic de la maladie. Les patients âgés ont souvent un retard au diagnostic du fait de symptômes passés inaperçus ou parfois banalisés par les patients et consultent leur médecin tardivement.

S4 : « *si déjà il fait un bon diagnostic et qu'il envoie à la bonne personne, il a déjà fait beaucoup* », S5 : « *après 75 ans, ils sont pas dans le dépistage [...]. Y a un retard au diagnostic, après y a un retard dans la prise en charge [...]. Mais ces patients âgés qui c'est qu'ils voient en premier ? C'est le médecin généraliste* »

Une deuxième phase consiste à obtenir l'avis du médecin généraliste sur l'état du patient avant l'hospitalisation, sur ses comorbidités, son état psychologique, son environnement

social, ses traitements. Cinq spécialistes sur sept déclarent que cet avis consultatif permettrait de guider les spécialistes hospitaliers dans leur décision thérapeutique.

S1 : « *dans la décision thérapeutique, je pense qu'il est très important* », S2 : « *il faut avoir le médecin pour traitant pour valider tout ce qu'il se passe, pour voir lui comment il perçoit la situation [...]. Ce serait sûrement plus rentable d'appeler le médecin avant la RCP* », S3 : « *ça pourrait être très intéressant d'avoir son éclairage* », S6 : « *idéalement, ce serait bien* »

La troisième phase impliquant le médecin généraliste consiste à assurer la coordination des soins lors du retour à domicile du patient. Tous les spécialistes sont unanimes pour dire que le médecin généraliste joue un rôle important dans la prise en charge de l'observance et des effets secondaires des traitements et dans le dépistage des complications au domicile. Il a également une fonction sociale vis-à-vis de la coordination des aides au domicile et des soins palliatifs en relation avec les réseaux. Un spécialiste a par ailleurs souligné l'importance du soutien du médecin généraliste à la famille du patient.

S3 : « *la famille [...], il faut qu'ils aient des aides [...], et là je pense qu'il y a un aspect de prise en charge par le médecin généraliste des angoisses, des difficultés* », S4 : « *assurer après les suites post-op* », S5 : « *ça peut être le rôle du médecin traitant de savoir que pour tel patient, il est en cours de chimio donc que si il m'appelle, il faut que j'y aille* », S6 : « *c'est l'accompagnement et la coordination du maintien à domicile, le montage du réseau, le passage de soutien d'aides. Ce suivi à domicile, ce suivi ambulatoire est quand même capital* », S7 : « *j'ai eu plein d'exemples de personnes âgées qui finalement auraient eu besoin de beaucoup plus de prise en charge [...]. On peut les revoir, ils peuvent avoir perdu quand même pas mal de poids* ».

c. La discussion du dossier d'un patient oncogériatrique en RCP

Tous les spécialistes s'accordent à dire que certains dossiers de patients d'oncogériatrie ne sont pas présentés en RCP. Un spécialiste déclare que c'est en effet le cas pour un patient qui présente un nombre important de comorbidités. Le dossier d'un patient qui se trouve hors d'une structure hospitalière ou d'une clinique, en EHPAD ou en soins de suite, n'est pas non plus présenté en RCP par le médecin qui en a la charge. Deux autres spécialistes avancent que des dossiers simples ou des modifications de chimiothérapie ne nécessitent pas une discussion en RCP.

S1 : « *l'absence de RCP est plus fréquente en cas de modification thérapeutique* », S4 : « *on fait une discussion sur la conduite à tenir ou pour un cancer relativement important. Le cancer du colon jusqu'au rectum : on fait pas de RCP, on fait la RCP après parce que c'est simple, la chirurgie est pas compliquée* ».

Concernant la présence du gériatre à la RCP, pour six spécialistes sur sept, elle n'est pas systématique. Son avis est sollicité avant ou après la RCP, excepté pour un patient âgé présentant un cancer sans comorbidité. Deux spécialistes affirment que le médecin qui connaît le patient n'est d'ailleurs pas forcément présent à la RCP.

S3 : « le gériatre, quand il peut », S5 : « les gériatres ils viennent pas [...], ils peuvent pas être partout », S6 : « la RCP fait intervenir un gériatre pour des décisions sur des traitements lourds dès lors qu'il y a une chimiothérapie ou [...] des métastases et qu'on a un traitement de fond qu'on va lancer pour plusieurs années ou plusieurs mois [...]. Le médecin qui connaît le patient n'est pas toujours là ».

Concernant la présence du médecin généraliste à la RCP, cinq spécialistes sur sept y verraient un impact positif. Le médecin généraliste est souvent le professionnel de santé qui connaît le mieux le malade. Sa présence serait un atout puisque le médecin généraliste pourrait, s'il connaît bien le patient, transmettre des informations utiles à la prise de décision aux spécialistes présents à la RCP. Cependant, le manque de temps des médecins généralistes est souligné comme étant le principal obstacle à leur présence à la RCP.

S3 : « ce serait intéressant parce que souvent ils connaissent bien les patients, mieux que nous, depuis plusieurs années », S4 : « c'est vrai que pour les patients âgés, c'est vrai que c'est important de savoir comment ils étaient avant », S5 : « si les médecins traitants des patients nous disaient "bah est-ce qu'on peut venir à la RCP ? ", bah on les accueillerait bien volontiers mais [...] ils ont pas le temps hein », S6 : « je sais pas comment il pourrait faire, il est tellement saturé ».

Le coût financier n'intervient pas dans la décision pour la quasi-totalité des spécialistes, excepté pour un des oncologues interrogés. Il remarque la nécessité de prendre en compte le délai attendu du bénéfice d'un traitement anti-cancéreux chez la personne âgée.

S1 : « pour moi, non [le coût financier n'intervient pas]. Ce qui compte, c'est le patient », S2 : « la question du coût, elle intervient pas dans nos considérations », S3 : « c'est l'intérêt du malade seul. On en parle de temps en temps mais c'est pas un élément déterminant ».

d. Les relations entre spécialistes et médecins généralistes

Deux spécialistes sur sept connaissent les médecins généralistes qui leur adressent les patients. La relation s'établit facilement parce que les médecins généralistes ont l'habitude de leur adresser souvent des patients.

S1 : « *c'est vrai que c'est plus facile avec des gens qu'on connaît directement et qui vont appeler directement ou que je pourrai appeler directement* », S2 : « *y a un certain nombre de médecins traitants avec lesquels on travaille plus que d'autres parce qu'on a l'habitude de recevoir leurs patients et ils ont plus l'habitude de travailler avec nous* », S5 : « *c'est pas tous les jours [que les spécialistes appellent les médecins généralistes], et puis y en a quelques-uns qu'on commence à connaître un peu* ».

La quasi-totalité des spécialistes n'appelle pas le médecin généraliste s'il n'y pas de problème particulier. Ils notent que la réciproque est également vraie. Certains spécialistes trouvent même que le contact est difficile à établir avec les généralistes. L'hypothèse avancée par un des oncologues est le manque de temps, aussi bien de la part des médecins généralistes que des spécialistes hospitaliers.

S1 : « *si y a pas de problème particulier, je vais pas forcément appeler le médecin* », S4 : « *le médecin traitant, on n'a pas énormément de rapports dans cette courte période où on va décider si l'on opère ou pas [...]. J'appelle très peu les médecins traitants [...]. Sauf si c'est nécessaire ou qu'on me le demande* », S6 : « *si y a vraiment un souci, on s'appelle* », S7 : « *on prend pas notre téléphone. Moi ça m'est arrivé mais parce que c'était dans un contexte où j'avais pas confiance dans ce que le patient me disait* » et « *on a l'impression d'un sens unique. Le seul contact ça va être de dire "bah je comprends pas mon médecin il a pas reçu votre courrier, c'est bizarre"* ».

Tous les spécialistes déclarent envoyer systématiquement un courrier au médecin généraliste lors de leur consultation, de la RCP ou de l'hospitalisation. Le délai peut varier selon les spécialistes. Pour quatre spécialistes, le compte rendu de consultation ou de RCP est envoyé rapidement. Pour un des spécialistes, il est dicté rapidement mais ne sait pas quand il est envoyé. Un spécialiste déclare qu'il y a forcément toujours des oublis ou des pertes de courriers. Un autre spécialiste déclare dicter le compte rendu quand il le peut.

S2 : « *c'est des courriers assez courts. C'est de l'ordre de 24-48 heures, je pense* », S3 : « *nous avons ORBIS et nous pouvons faire les comptes rendus très très rapidement [...]. Après je sais pas si les timbres, le machin, la poste...* », S4 : « *l'interne est censé envoyer un compte rendu d'hospit quand il sort. Le jour même [...]. Je suis pas sûr après que les internes envoient tout de suite le compte rendu* », S5 : « *nous, on a la RCP le jeudi soir. Le temps que ce soit tapé, relu, ça doit partir le lundi ou les jours d'après. Donc ils le reçoivent la semaine d'après* », S7 : « *il y a dû avoir un raté, ça arrive* ».

e. Des pistes d'amélioration pour une meilleure communication entre spécialistes et médecins généralistes

Tous les spécialistes interrogés ont proposé des stratégies innovantes pour pallier au manque de communication avec les généralistes.

Des rencontres amicales entre spécialistes et généralistes pourraient être organisées.

S2 : « *quand tu les [les médecins généralistes] connais physiquement, tu les appelles plus facilement, c'est un échange plus évident* », S7 : « *j'ai déjà assisté à des rencontres pour des médecins généralistes et je trouve que c'était pas mal* ».

Des lignes téléphoniques dédiées pourraient être instaurées permettant un contact rapide entre médecins généralistes et spécialistes. Les personnes âgées éviteraient ainsi de transiter par le service des urgences.

S1 : « *c'est d'être disponible et joignable et de répondre au téléphone* », S3 : « *une sorte de numéro qu'ils appellent 24 heures sur 24 auxquels les malades et les médecins traitants pourraient directement s'adresser* », S4 : « *plus nous contacter que d'envoyer aux urgences* ».

Une amélioration du transfert d'informations par voie informatique a été proposée.

S1 : « *on pourrait très bien, pour un médecin donné, lui donner accès à un code pour accéder au dossier du patient* », S5 : « *il pourrait avoir les comptes rendus plus rapidement [si le généraliste avait accès au dossier informatique de l'hôpital]* », S6 : « *c'est aberrant d'envoyer des courriers. Surtout qu'on ne les lit plus* », S7 : « *que les généralistes d'un secteur aient accès à un dossier médical informatisé* ».

f. Des pistes d'amélioration pour une meilleure prise en charge de la personne âgée atteinte d'un cancer

Trois spécialistes proposent d'appeler systématiquement le médecin généraliste avant la RCP pour connaître le mode de vie du patient avant l'hospitalisation.

S2 : « *contacter le médecin traitant la veille ou le jour de la RCP [...]. Faire que, pour tous les patients âgés, les médecins généralistes soient contactés de manière systématique au moment de la prise de décision* », S3 : « *une évaluation dans laquelle le médecin traitant pourrait nous dire "c'est un patient qui a une fragilité très très forte" ou alors "c'est un patient qui est assez solide". Comment il était avant et comment il voit la situation de ce patient* », S6 : « *avoir l'expertise du médecin de famille [...] avant le début du traitement* ».

Deux autres spécialistes proposent une meilleure prise en charge à la sortie d'hospitalisation, par des visites à domicile ou des appels téléphoniques systématiques.

S3 : « la prise en charge de la famille et des soins palliatifs », S6 : « un rôle de suivi pour l'observance, pour les effets secondaires, que peut apporter le médecin généraliste à domicile », S7 : « vérifier le côté à domicile, par soit des appels ou des visites à domicile, vraiment en personne. On va dire une fois par semaine pendant un mois puis après on écarte ».

Un spécialiste suggère une revalorisation des consultations du médecin généraliste pour les patients âgés cancéreux.

S1 : « la valorisation des actes et des lettres dédiées. Une consultation de soins de support ça dure au moins 45 minutes ».

Un des oncologues conseille une formation spécifique aux médecins généralistes sur la prise en charge d'un patient âgé atteint de cancer.

S6 : « la formation des généralistes sur comment on prend en charge un sujet âgé ».

Enfin, le médecin généraliste a un rôle à jouer pour inciter les personnes âgées à participer à des essais cliniques d'après un des oncologues.

S6 : « soutenir les patients âgés dans la démarche d'innovation à démontrer ».

I.3. Synthèse des entretiens semi-dirigés

Il ressort de ces entretiens que le médecin généraliste semble occuper une place prépondérante dans la prise en charge oncogériatrique en pré-hospitalier mais surtout en post-hospitalier afin d'assurer la coordination des soins et le suivi. Avant l'hospitalisation, le médecin généraliste semble jouer un rôle important dans le dépistage et le diagnostic du cancer. Après l'hospitalisation, il semble jouer un rôle essentiel de coordinateur. A l'hôpital, lors de la discussion d'un dossier relevant de l'oncogériatrie, le gériatre n'est pas systématiquement présent. Le médecin généraliste, s'il était présent à cette RCP, pourrait avoir un impact sur la décision qui y est prise. Par ailleurs, certains dossiers ne sont pas présentés en RCP. Les principales raisons évoquées sont le nombre important ou au contraire l'absence de comorbidités, une simple modification de chimiothérapie ou encore une tumeur « simple ». Quant aux échanges entre spécialistes hospitaliers et médecin généraliste, ceux-ci semblent plus fréquents entre médecins familiaux mais restent plus rares si les médecins ne se connaissent pas. Les spécialistes interrogés au cours de ces entretiens ont émis plusieurs propositions pour remédier à ce manque de communication.

II. Résultats des questionnaires

II.1. Taux de participation

Parmi les responsables des 38 RCP contactés, 7 responsables de RCP n'ont pas répondu à l'e-mail de demande préalable et n'ont pas répondu à la relance. Le nombre de spécialistes inclus dans l'étude se trouve dans la figure n°3. Les spécialistes qui participent aux RCP n'ayant pas répondu ont été évalués au nombre de 74 par le biais de l'annuaire de l'AP-HP.

Parmi les 242 questionnaires remis, 204 spécialistes nous ont retourné le questionnaire. Le nombre de spécialistes ayant répondu en fonction de la spécialité et de l'hôpital se trouve dans le tableau n°2.

Figure n° 3 : Diagramme de flux

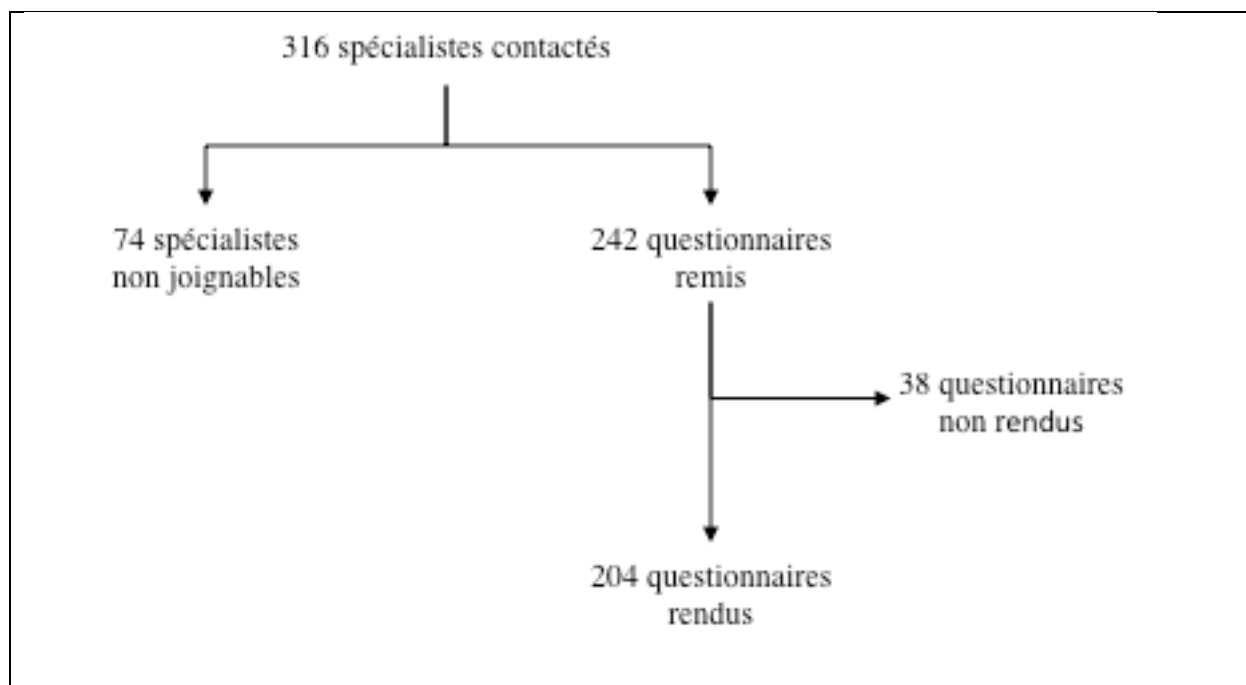

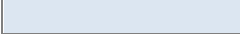


Tableau n° 2 : Réponses aux questionnaires selon la spécialité et l'hôpital du répondant

SPECIALITES HOPITAL	GYNECOLOGIE			PNEUMOLOGIE			DIGESTIF		
	REMIS	RENDUS	NON RENDUS	REMIS	RENDUS	NON RENDUS	REMIS	RENDUS	NON RENDUS
AMBROISE PARE				6	5	1	4	4	
AVICENNE	8	7	1				9	8	1
BEAUJON	RCP commune avec Bichat						16	16	
BECLERE	5	5					4	3	1
BICETRE	4	4		9	9		5	5	
BICHAT	7	7		6	6				
COCHIN	23	5	18	12	9	3	10	3	7
HEGP	4	3	1	5	5		12	12	
HENRI MONDOR									
JEAN VERDIER	7	7							
LARIBOISIERE	3	2	1				8	7	1
LOUIS MOURIER	6	5	1				8	7	1
PITIE				11	10	1	6	6	
SAINT ANTOINE									
SAINT LOUIS				11	11		8	8	
TENON	13	13		12	12				
TOTAL	80	58	22	72	67	5	90	79	11

 Service absent de l'hôpital ou absence d'oncologie

 RCP n'ayant pas répondu à l'étude

II.2. Première partie : caractéristiques de la population étudiée

(Tableaux correspondants en Annexe 11)

➤ Age et sexe

La moyenne d'âge est de $41,7 \pm 9,8$ ans. Les âges varient entre 28 et 66 ans. Les classes d'âges les plus représentées s'étalent entre 32 et 47 ans. Quatre spécialistes n'ont pas souhaité indiquer leur âge.

La répartition entre hommes et femmes est homogène avec 103 femmes (50,5%) et 101 hommes (49,5%).

➤ Spécialité

Les répondants sont majoritairement pneumologues (45/204) mais aussi oncologues (32/204), gynécologues (31/204), chirurgiens digestifs (29/204), gastro-entérologues (26/204), radiothérapeutes (13/204), radiologues (10/204), médecins nucléaires (5/204), chirurgiens généraux (4/204), gériatres (3/204), médecins de soins palliatifs (2/204), chirurgiens thoraciques (2/204), endocrinologue (1/204) et enfin un médecin généraliste exerçant à l'hôpital (1/204).

➤ Fonction

Plus de la moitié des répondants est praticien hospitalier (52,5%). Environ un quart des répondants est chef de clinique (25,5%). Les praticiens attachés sont un peu moins représentés (12,3%). Une minorité est représentée par les professeurs des universités-praticiens hospitaliers (3,9%) et par les chefs de service (3,4%). Peu de praticiens exercent en libéral (4%). Un spécialiste n'a pas répondu à cette question.

➤ Lieu d'exercice

La majorité des répondants exerce dans un hôpital parisien de l'AP-HP (58,8%). Environ un tiers des répondants exerce dans un hôpital de périphérie de l'AP-HP (35,7%). Une minorité exerce en cabinet de ville (3,4%) ou dans un centre hospitalier hors AP-HP (1,5%). Un seul répondant exerce en clinique privée.

➤ RCP

La répartition des participants aux différentes Réunions de Concertation Pluridisciplinaire est homogène. 77 spécialistes participent à une RCP de digestif (37,7%), 65 spécialistes participent à une RCP de pneumologie (31,9%), 56 spécialistes participent à une RCP de gynécologie (27,5%). Enfin, 6 spécialistes participent à une RCP d'oncologie médicale regroupant plusieurs spécialités (2,9%).

II.3. Deuxième partie : « initialement lorsque vous prenez en charge un patient âgé qui a un cancer, en consultation ou en hospitalisation »

(Tableaux correspondants en Annexe 12)

➤ Origine du patient

Le patient est adressé très majoritairement par le spécialiste d'organe (60,3%) ou par le médecin généraliste (59,3%). Pour moins de la moitié des spécialistes, le patient est généralement adressé par les urgences (47,5%). Le patient peut également leur être adressé par d'autres biais pour vingt-six spécialistes (12,7%) : neuf spécialistes (4,4%) ont répondu qu'il pouvait leur être adressé par le biais du gériatre, par le biais d'autres spécialistes de l'hôpital pour cinq spécialistes (2,5%), notamment par le biais des oncologues pour cinq spécialistes (2,5%) ou par le biais des chirurgiens pour trois spécialistes (1,5%), par la consultation pour un spécialiste (0,5%) ou encore par le biais d'autres centres hospitaliers pour un spécialiste (0,5%).

Trois spécialistes n'ont pas souhaité répondre à cette question. Les effectifs cumulés dépassent 100% du fait de possibles réponses multiples.

Pour les pneumologues et les gynécologues, les patients âgés atteints d'un cancer sont plus fréquemment adressés par le médecin généraliste que par le spécialiste d'organe.

Dans le cadre réservé aux commentaires, sept spécialistes notent que le patient est plutôt adressé par un spécialiste, notamment par le gériatre comme le cite un des spécialistes ou par l'oncologue comme le cite un autre spécialiste. Un spécialiste note pourtant que la part des patients adressés par le médecin généraliste augmente. Trois spécialistes notent que le patient est plutôt adressé par le médecin généraliste. Un spécialiste note que la porte d'entrée est variée.

➤ Diagnostic d'annonce

Pour 75% des spécialistes, ils réalisent eux-mêmes l'annonce diagnostique. Le spécialiste d'organe s'en charge pour 93 répondants (45,6%). Pour une minorité des spécialistes, cette annonce est réalisée par le médecin généraliste (8,3%). Treize spécialistes (6,4%) ont évoqué qu'une autre personne était en charge de cette mission : l'oncologue était évoqué par quatre spécialistes (2%), le chirurgien pour trois spécialistes (1,5%), l'infirmière d'annonce pour deux spécialistes (1%), le gériatre (0,5%) ou le médecin spécialisé en charge du patient (0,5%).

Quatre personnes n'ont pas souhaité répondre à cette question. Les effectifs cumulés dépassent 100% du fait de possibles réponses multiples.

Dans l'analyse des commentaires, trois spécialistes notent que l'annonce est souvent faite par le spécialiste. Un spécialiste ramène au contraire que l'annonce est rarement réalisée par le spécialiste. Un autre spécialiste explique que l'annonce est réalisée en proportion équivalente par le spécialiste et le médecin généraliste. Pour un des spécialistes, le médecin généraliste réalise rarement l'annonce du diagnostic. Pour un autre spécialiste, l'annonce est rarement réalisée par l'oncologue. Un spécialiste affirme que le diagnostic est souvent connu du patient avant qu'il lui soit adressé et un autre affirme au contraire que ce diagnostic n'a souvent pas été compris par le patient.

Si le médecin généraliste adresse le patient, le spécialiste réalise plus fréquemment le diagnostic d'annonce que le médecin généraliste.

➤ Recueil des données

Le recueil des données principales concernant le patient âgé (mode de vie, antécédents, comorbidités, thérapeutiques) est réalisé pour la très grande majorité des répondants auprès du patient lui-même (96,1%). Une grande majorité des répondants évoque l'aide de la famille

(74,5%) ou le courrier du médecin qui adresse le patient (60,3%). Le médecin traitant n'est évoqué que pour 38,2% des spécialistes. Le gériatre n'est quant à lui évoqué que par quarante-quatre spécialistes (21,6%). Enfin, quatorze spécialistes répondent se baser sur la consultation d'anesthésie (6,9%).

Neuf spécialistes (4,4%) évoquent d'autres bases de recueil. Parmi eux, trois spécialistes (1,5%) se basent sur le dossier médical, deux spécialistes (1%) sur leur propre interrogatoire, un spécialiste répond quant à lui s'aider du pharmacien (0,5%), un autre spécialiste (0,5%) a répondu qu'il recueillait les données nécessaires par le biais du staff multidisciplinaire. Enfin, un spécialiste (0,5%) se base sur les données recueillies par le spécialiste d'organe. Quatre personnes n'ont pas souhaité répondre à cette question. Les effectifs cumulés dépassent 100% du fait de possibles réponses multiples.

Dans l'analyse des commentaires, cinq spécialistes précisent que l'évaluation du gériatre permet de recueillir ces données, notamment si le patient présente des comorbidités (un spécialiste) ou s'il y a un doute sur la prise en charge thérapeutique (un spécialiste). Un spécialiste précise au contraire que le gériatre intervient rarement pour le recueil des données. Un spécialiste réalise lui-même l'évaluation gériatrique en consultation. Un autre se base également sur le dossier médical. Le recueil est fait par l'ensemble des médecins qui participent à l'évaluation pour un des spécialistes.

Un spécialiste note que la consultation d'anesthésie permet de se renseigner sur les comorbidités du patient. Un spécialiste ajoute qu'il appelle parfois le médecin généraliste, un autre qu'il appelle parfois le pharmacien.

II.4. Troisième partie : « lorsqu'un dossier de cancérologie d'un patient est présenté en RCP »

(Tableaux correspondants en Annexe 13)

➤ Présentation dossier en RCP

Pour la très grande majorité des spécialistes (85,8%), les dossiers d'oncogériatrie sont présentés systématiquement en RCP. Seulement 20 spécialistes (9,8%) ont répondu qu'ils ne présentaient pas systématiquement les dossiers en RCP.

Dans l'analyse des commentaires, 15 spécialistes ajoutent que la présentation de tous les dossiers en RCP est systématique, du moins pour leurs propres dossiers, précisent deux spécialistes. La présentation des dossiers est quasi-systématique pour trois spécialistes sauf si les dossiers ne sont pas enregistrés avant la RCP, précise un des spécialistes.

➤ Raisons pour lesquelles le dossier n'est pas présenté en RCP

Lorsque le dossier d'oncogériatrie n'est pas présenté en RCP, la principale cause évoquée par les répondants est le fait que le patient présente trop de comorbidités et donc que le traitement ne sera probablement pas curatif (13,2%). Quatorze spécialistes (6,9%) répondent que le patient n'a aucune comorbidité et est donc éligible à un traitement « pleine dose ». Une proportion quasi-identique (6,4%) répond que le dossier n'est pas présenté de nouveau en RCP lorsqu'il y a une modification thérapeutique. Six spécialistes (2,9%) évoquent le fait que le patient soit dans une structure EHPAD ou soins de suite et que le médecin responsable ne juge pas nécessaire une RCP pour prendre une décision.

Douze spécialistes (5,9%) évoquent d'autres causes. Parmi eux, deux spécialistes (1%) évoquent l'oubli, un spécialiste (0,5%) répond que c'est parce que le patient n'a pas été présenté au préalable à un gériatre, un spécialiste (0,5%) affirme que c'est parce que le dossier n'a pas été préparé, un spécialiste (0,5%) déclare que le dossier n'est pas présenté en cas d'Alzheimer évolué et d'incapacité de traitement, un spécialiste (0,5%) atteste que le dossier n'est pas présenté quand les soins palliatifs sont indiscutables. Les six autres spécialistes ne détaillent pas leur réponse.

Dans l'analyse des commentaires, cinq spécialistes expliquent l'absence de présentation de ces dossiers en RCP par différents arguments : le patient présente « *une maladie d'Alzheimer évoluée ou le traitement curatif est impossible* », « *le dossier n'est pas prêt à être présenté en RCP* », « *le médecin référent juge inutile de le présenter en RCP* », « *c'est un oubli* », la décision prise est « *l'abstention thérapeutique* ».

Quinze spécialistes précisent à nouveau que la présentation des dossiers est systématique. Deux spécialistes ajoutent que la présentation des dossiers est systématique même en cas de décision palliative ou de refus de traitement par le patient. Un spécialiste affirme que l'âge n'est pas un facteur de décision.

➤ Lors de la discussion d'un dossier d'oncogériatrie en RCP

Pour moins de la moitié des spécialistes (45,1%), le médecin qui connaît le mieux le patient n'est pas forcément présent à la RCP. Vingt-neuf spécialistes (14,2%) répondent qu'il est possible que personne n'ait vu le patient avant que son dossier soit présenté à la RCP. Dans la grande majorité des cas (73,5%), le gériatre n'est pas forcément présent.

Concernant l'avis gériatrique, il est toujours demandé avant la RCP pour seulement trente-et-un spécialistes (15,2%), après la RCP pour soixante-quatorze spécialistes (36,3%) et n'est pas toujours demandé pour une grande majorité d'entre eux (54,9%).

Six spécialistes n'ont pas souhaité répondre à cette question. Les effectifs cumulés dépassent 100% du fait de possibles réponses multiples.

Dans l'analyse des commentaires, concernant la fréquence de l'avis gériatrique, il est toujours, ou souvent, demandé pour cinq spécialistes, parfois ou rarement pour trois spécialistes. Un spécialiste note que l'avis du gériatre n'est jamais demandé.

Concernant le gériatre, trois spécialistes expliquent qu'il est absent à la RCP.

Concernant la présence du médecin référent à la RCP, il est rare que personne n'ait vu le patient avant la RCP pour trois spécialistes. Deux spécialistes affirment au contraire que le médecin qui connaît le patient est toujours présent à la RCP.

➤ Coût financier

Pour plus de la moitié des spécialistes (54,9%), la question du coût financier n'intervient jamais dans la décision d'un patient âgé qui a un cancer. Soixante-dix spécialistes (34,3%) ont répondu qu'elle n'intervient que rarement, quatorze (6,9%) parfois, deux (1%) toujours et un seul spécialiste (0,5%) répond qu'elle intervient souvent.

Cinq personnes n'ont pas souhaité répondre à cette question.

Dans l'analyse des commentaires, cinq spécialistes notent que le coût financier n'intervient pas du tout dans la décision. La balance bénéfico-risque prime pour un des spécialistes.

Pour un autre, c'est le niveau d'altération de l'état général qui est déterminant.

Trois spécialistes ajoutent que la question intervient de la même manière que chez les patients plus jeunes.

Six spécialistes affirment que cette question intervient s'il y a un problème de prise en charge sociale.

➤ Discussion du projet thérapeutique et avis du patient

Les différentes propositions thérapeutiques présentées et l'avis du patient sont recueillis de manière homogène avant la RCP (36,8%), après la RCP (35,8%), avant et après la RCP (26,5%). Douze spécialistes n'ont pas répondu à cette question.

Dans l'analyse des commentaires, deux spécialistes notent que la discussion intervient souvent avant la RCP, parfois avant pour un spécialiste, souvent après pour un spécialiste. Cette discussion est variable pour trois spécialistes.

➤ Après RCP

Après la RCP, les répondants sont en très grande majorité (83,3%) ceux qui revoient le patient pour discuter de la décision qui a été prise. Pour seulement dix spécialistes (4,9%), le patient

est revu par son médecin traitant. Cinquante-trois spécialistes (26%) répondent que c'est un autre spécialiste qui s'en charge. Parmi eux, vingt-et-un spécialistes (10,3%) répondent que c'est l'oncologue, quatre (2%) répondent que c'est le gastro-entérologue, trois (1,5%) répondent que c'est le gériatre, deux (1%) répondent que c'est le médecin référent, un spécialiste (0,5%) répond que c'est le spécialiste d'organe, un autre spécialiste (0,5%) répond que c'est le chirurgien ou le clinicien, un autre spécialiste (0,5%) répond que c'est toute l'équipe médicale (0,5%).

Neuf spécialistes (4,4%) évoquent d'autres réponses. Parmi eux, cinq spécialistes explicitent leur réponse : un spécialiste déclare que tout dépend du traitement après la RCP et du médecin référent, un spécialiste affirme que c'est le pneumologue référent, un spécialiste déclare que le patient est revu par son médecin référent, un spécialiste affirme que le patient est revu par le médecin qui a proposé le dossier et le spécialiste concerné par la proposition thérapeutique, un spécialiste avance que c'est habituellement le médecin référent gériatre ou le spécialiste d'organe.

Dans l'analyse des commentaires, le patient est revu par le gériatre ou le spécialiste pour trois spécialistes, par le médecin référent pour quatre spécialistes.

II.5. Quatrième partie : « concernant vos rapports avec les médecins généralistes de vos patients »

(Tableaux correspondants en Annexe 14)

➤ Présence du médecin généraliste à la RCP

Pour la très grande majorité des répondants (83,3%), le médecin généraliste pourrait fournir des indications utiles à la prise de décision s'il était présent à la RCP.

Un spécialiste (0,5%) est indécis concernant sa réponse. Huit spécialistes (3,9%) n'ont pas répondu à cette question.

Dans l'analyse des commentaires, les spécialistes ayant répondu favorablement notent cependant quelques obstacles : le manque de temps des médecins généralistes (8 spécialistes) et l'infaisabilité de cette proposition en pratique (6 spécialistes).

Sept spécialistes trouvent cette proposition intéressante notamment si le patient ne peut pas communiquer (2 spécialistes) et pour les renseignements concernant les comorbidités du patient (1 spécialiste) et le contexte psycho-social (1 spécialiste).

Cinq spécialistes affirment que la venue des médecins généralistes à la RCP n'est pas nécessaire si l'appel au médecin généraliste est effectué en amont de la RCP (4 spécialistes) et si d'autres intervenants ont ces précisions avant la RCP (1 spécialiste).

➤ Appel des spécialistes au médecin généraliste

La majorité des spécialistes (42,7%) n'appelle que parfois ou rarement le médecin généraliste de leurs patients. Seulement un tiers des spécialistes (30,9%) l'appelle souvent. Ils sont 21,6% à l'appeler uniquement s'il y a un problème ou s'il leur est demandé spécifiquement d'appeler le médecin généraliste. Une minorité appelle toujours (6,4%) le médecin généraliste. Enfin, ils sont peu nombreux (3,9%) à ne jamais l'appeler.

Cinq spécialistes (2,5%) n'ont pas répondu à cette question.

Dans l'analyse des commentaires, trois spécialistes appellent toujours le médecin généraliste si le retour au domicile est précaire ou si le spécialiste connaît bien le médecin généraliste. Six spécialistes affirment qu'ils communiquent par courrier. Trois spécialistes notent qu'ils appellent le médecin généraliste en cas de problème pour deux d'entre eux, au cours de l'hospitalisation et pour le suivi pour l'un d'entre eux.

Le fait de connaître les médecins généralistes a une influence sur la fréquence des appels effectués par les spécialistes aux médecins généralistes.

➤ Appel des médecins généralistes aux spécialistes

Pour la majorité des répondants (80,9%), les médecins généralistes n'appellent que parfois ou rarement les spécialistes. Vingt-six spécialistes (12,7%) ont répondu que les médecins généralistes les appelaient souvent. Dix spécialistes (4,9%) ont répondu que les médecins généralistes ne les appelaient jamais. Aucun spécialiste n'a répondu que les médecins généralistes les appelaient toujours.

Trois spécialistes (1,5%) n'ont pas répondu à cette question.

Dans l'analyse des commentaires, quatre spécialistes affirment que les médecins généralistes ne les appellent qu'en cas de problème ou d'urgence. Trois spécialistes notent qu'ils les appellent directement s'ils les connaissent et un d'entre eux trouve que ce sont toujours les mêmes médecins généralistes qui appellent. Quatre spécialistes pensent que cet appel de la part des médecins généralistes reste rare.

Quand le spécialiste appelle souvent le médecin généraliste, il semble alors s'établir une réciprocité d'échanges téléphoniques.

➤ But de l'appel des médecins généralistes

Les médecins généralistes appellent les spécialistes de manière homogène pour demander un avis (61,8%), demander aux spécialistes de voir un patient en consultation (59,8%) ou leur demander de prendre en hospitalisation un de leurs patients (57,8%).

Seize spécialistes (7,8%) répondent que l'appel des médecins généralistes peut avoir un autre but. Parmi eux, huit spécialistes (4%) déclarent qu'ils appellent pour demander des informations concernant leurs patients hospitalisés. Quatre spécialistes (2%) affirment qu'ils appellent pour demander des précisions sur une prise en charge. Deux spécialistes (1%) indiquent qu'ils appellent lorsqu'ils ont des difficultés à maintenir un patient âgé au domicile. Enfin, un spécialiste répond qu'ils appellent pour demander des comptes rendus d'hospitalisation.

Seize spécialistes (7,8%) n'ont pas répondu à cette question.

Dans l'analyse des commentaires, deux spécialistes ajoutent qu'ils appellent au cours de l'hospitalisation pour avoir des nouvelles. Un spécialiste révèle qu'ils appellent après la consultation pour avoir des nouvelles.

➤ Communication entre spécialistes et médecins généralistes

Pour la majorité des spécialistes (53,9%), il existe un manque de communication entre spécialistes et médecins généralistes. Quarante-sept spécialistes (23%) répondent par ailleurs que les médecins généralistes les appellent trop rarement et quatorze spécialistes (6,9%) trouvent que le contact avec les généralistes est difficile. Moins d'un tiers des spécialistes (28,4%) est globalement satisfait de la communication avec les médecins généralistes.

Dans l'analyse des commentaires, deux spécialistes notent une indisponibilité réciproque entre spécialistes et généralistes. Un spécialiste note au contraire que les médecins généralistes sont disponibles. Un spécialiste appelle le médecin généraliste en cas d'urgence seulement. Un spécialiste précise être satisfait de la communication quand elle a lieu.

En analyse de variance, l'âge du spécialiste n'influait pas la qualité de la communication entre spécialistes et médecins généralistes. Il en était de même pour le type de spécialité, la fonction ou le lieu d'exercice.

➤ Connaissance des médecins généralistes

Pour la majorité des spécialistes (64,7%), ils ne connaissent que parfois ou rarement les médecins généralistes qui leur adressent des patients. Seulement quarante-six spécialistes (22,5%) les connaissent souvent. Vingt spécialistes (9,8%) déclarent ne jamais les connaître. Un seul spécialiste (0,5%) connaît toujours les médecins généralistes qui leur adressent des patients.

Cinq spécialistes (2,5%) n'ont pas répondu à cette question.

Dans l'analyse des commentaires, trois spécialistes précisent qu'ils connaissent les médecins généralistes car ce sont toujours les mêmes qui adressent les patients (1 spécialiste) ou parce qu'il est ancien (1 spécialiste). Deux spécialistes notent qu'ils les connaissent peu dû à leur jeune expérience professionnelle. Deux spécialistes notent qu'ils les connaissent seulement de nom et un spécialiste note que cette connaissance des médecins généralistes est croissante avec le temps.

Aucun lien n'a été établi entre le fait que les spécialistes connaissent le médecin généraliste et la fréquence ou l'utilité du courrier des médecins généralistes.

➤ Courrier du médecin généraliste

Pour la majorité des spécialistes (40,7%), les médecins généralistes leur adressent souvent un courrier concernant leur patient. Ils sont 44 (21,6%) à déclarer qu'ils leur adressent toujours un courrier. Trente-trois spécialistes (16,2%) pensent que les médecins généralistes leur adressent parfois un courrier concernant leur patient. Seulement dix spécialistes (4,9%) affirment que les médecins généralistes ne leur adressent jamais de courrier. Cinq spécialistes (2,5%) n'ont pas souhaité répondre à cette question.

Ce courrier est majoritairement souvent utile (51,5%) pour les spécialistes. Plus d'un quart des spécialistes (26,5%) déclare que ce courrier est parfois utile. Une minorité déclare que ce courrier est rarement (7,8%) ou toujours utile (7,4%).

La relation est très significative ($p=0,2\%$) entre la fréquence du courrier réalisé par le médecin généraliste et le degré de satisfaction des spécialistes concernant ce courrier.

Dans l'analyse des commentaires, deux spécialistes affirment qu'ils reçoivent toujours un courrier initialement mais rarement au cours du suivi.

Seize spécialistes ont qualifié ce courrier de :

- succinct (5 spécialistes)
- parfois complet (3 spécialistes)
- rarement complet (4 spécialistes)
- variable (4 spécialistes)

➤ Moyen d'information du médecin généraliste

Pour la très grande majorité des spécialistes (97,1%), les médecins généralistes sont généralement informés de la prise en charge, de la décision thérapeutique ou du compte rendu de consultation ou d'hospitalisation par courrier. Seulement trente-cinq spécialistes (17,2%)

informent les médecins généralistes par téléphone et dix spécialistes (4,9%) seulement, par e-mail.

Six spécialistes (2,9%) n'ont pas souhaité répondre à cette question.

Une relation statistiquement significative ($p=0,5\%$) existe entre le fait que les spécialistes connaissent souvent les médecins généralistes qui leur adressent des patients et l'envoi d'informations par e-mail.

Dans l'analyse des commentaires, vingt-et-un spécialistes confirment que le courrier est systématique. Parmi eux, un spécialiste précise qu'il n'a jamais de courrier en retour du médecin généraliste. Concernant la rapidité du courrier, un de ces spécialistes note que l'envoi est rapide mais souvent en retard pour quatre de ces spécialistes et très en retard pour trois d'entre eux. Un de ces spécialistes, pour qui le courrier est systématique, ajoute qu'il appelle le médecin généraliste si nécessaire.

Deux autres spécialistes trouvent la transmission d'informations par e-mail idéale mais un d'entre eux évoque le problème de la confidentialité. L'e-mail est parfois utilisé pour trois spécialistes. Neuf spécialistes utilisent parfois le téléphone, en cas d'urgence pour sept d'entre eux et en cas d'investissement particulier du médecin généraliste pour un d'entre eux.

➤ Intérêt des médecins généralistes pour la prise en charge des cancers

Plus de trois-quarts des spécialistes (77,9%) trouvent que les médecins généralistes se sentent concernés par la prise en charge des cancers. Vingt-deux spécialistes (10,8%) n'ont pas répondu à cette question.

Un lien statistiquement significatif ($p=0,3\%$) existe entre la faible implication des médecins généralistes en oncologie et l'envoi plus rare de courrier par le médecin généraliste.

Dans l'analyse des commentaires, huit spécialistes ayant répondu favorablement à cette question qualifient l'implication des médecins généralistes comme :

- fréquente (2 spécialistes)
- importante (1 spécialiste)
- modérée (1 spécialiste)
- rare (2 spécialistes)
- croissante ou qui doit être croissante (2 spécialistes)

Neuf autres spécialistes rapportent que le médecin généraliste adresse trop facilement aux oncologues ou à l'hôpital.

Parmi les spécialistes ayant répondu négativement à cette question, l'un d'entre eux déclare trouver les médecins généralistes désintéressés, un spécialiste les trouve non concernés et un

autre les trouve concernés mais non impliqués. Un spécialiste considère trop lourde la prise en charge pour les médecins généralistes. Un autre trouve que les médecins généralistes ne suivent plus les patients cancéreux dès lors qu'ils sont suivis à l'hôpital. Au total, seize spécialistes estiment variable l'implication des médecins généralistes dans la prise en charge des patients âgés atteints d'un cancer.

II.6. Cinquième partie : « concernant les pistes d'amélioration »

(Tableaux correspondants en Annexe 15)

➤ Amélioration de la communication entre spécialistes et médecins généralistes

Plus de la moitié des spécialistes (52%) pense que des rencontres amicales entre spécialistes et généralistes permettraient d'améliorer la communication entre eux. Une même proportion (51,9%) considère qu'une ligne téléphonique dédiée utilisable par les médecins généralistes en cas de problème est une piste d'amélioration. Le transfert d'informations aux médecins généralistes par voie informatique est également évoqué par plus de la moitié des spécialistes (52,9%).

Douze spécialistes (5,9%) citent d'autres pistes pour améliorer la communication avec les médecins généralistes. Parmi eux, trois spécialistes (1,5%) proposent que les médecins généralistes assistent à la RCP. Un spécialiste (0,5%) propose que les médecins généralistes participent ponctuellement aux staffs du service. Un autre spécialiste (0,5%) suggère d'appeler systématiquement le médecin généraliste à la sortie d'hospitalisation du patient puis de l'appeler pour s'assurer de la bonne réception des comptes rendus. Deux spécialistes (1%) proposent une participation commune aux EPU-FMC. Enfin, un spécialiste (0,5%) rappelle l'importance du rôle des réseaux de soins.

Les réponses sont supérieures à 100% du fait de réponses multiples possibles. Neuf spécialistes (4,4%) n'ont pas souhaité répondre à cette question.

Dans l'analyse des commentaires, six spécialistes remarquent que les médecins généralistes disposent déjà d'un annuaire des spécialistes hospitaliers. Deux spécialistes trouvent les rencontres amicales intéressantes mais limitées par le manque de temps des professionnels en ville comme à l'hôpital. Trois spécialistes proposent d'inviter les médecins généralistes aux RCP. Trois spécialistes notent qu'une ligne téléphonique dédiée aux médecins généralistes est déjà existante dans leur service. Quatre spécialistes trouvent l'e-mail intéressant notamment pour le partage du dossier patient pour un d'entre eux. Un spécialiste cependant rappelle que le problème de confidentialité se pose lors d'envoi d'e-mail.

Six spécialistes avancent qu'il faut faciliter :

- les échanges téléphoniques (2 spécialistes) et prévenir les médecins généralistes par téléphone lorsque son patient sort de l'hôpital (1 spécialiste)
 - les échanges physiques par des rencontres (2 spécialistes)
 - le rôle des réseaux (1 spécialiste)
- Amélioration dans le rôle du médecin généraliste dans la prise en charge en oncogériatrie

Une très grande majorité des spécialistes (74,5%) trouve que le recueil de l'avis du médecin généraliste avant la RCP peut être utile à la décision et à la prise en charge oncogériatrique s'il connaît bien le patient. La moitié des spécialistes environ (50,5%) répond qu'une des pistes d'amélioration dans le rôle du médecin généraliste serait de leur proposer une formation continue spécifique. Quarante-vingt-dix-neuf spécialistes (48,5%) répondent qu'une des pistes d'amélioration serait de noter initialement si un patient âgé n'a pas de contact ou n'a pas de médecin généraliste pour le suivi post-hospitalier. Soixante-et-onze spécialistes (34,8%) affirment la nécessité d'améliorer le rôle du médecin généraliste dans le dépistage du cancer après 75 ans. Moins d'un tiers des spécialistes (27,9%) suggère d'inciter les patients âgés à participer à des protocoles de recherche. Quatre spécialistes (2%) répondent qu'aucune amélioration n'est utile.

Deux spécialistes (1%) proposent d'autres pistes d'amélioration. L'un d'entre eux propose de valoriser financièrement la prise en charge des patients âgés et cancéreux aussi bien lors des visites à domicile qu'en consultation au cabinet. L'autre spécialiste conseille d'améliorer l'accessibilité aux spécialistes pour éviter la perte de temps.

Dix spécialistes (4,9%) n'ont pas souhaité répondre à cette question.

Le total des réponses est supérieur à 100% du fait de réponses multiples possibles.

Dans l'analyse des commentaires, deux spécialistes pensent qu'il faut impliquer davantage les médecins généralistes dans le suivi et le retour à domicile du patient âgé cancéreux. Un spécialiste rapporte qu'un patient âgé n'a parfois pas de médecin généraliste. Un autre affirme qu'il faut exiger qu'il en ait un. Trois spécialistes notent déjà quand le patient n'a pas de médecin généraliste. Un spécialiste pense qu'il est nécessaire d'adresser rapidement un patient âgé cancéreux au spécialiste pour éviter la perte de temps. Deux spécialistes insistent sur la revalorisation de la consultation du médecin généraliste et de la prise en charge du patient âgé cancéreux à tous les stades de la maladie.

➤ Perfectionnements concernant les missions du médecin généraliste à la sortie de l'hôpital

Une très grande majorité des spécialistes (77,5%) considère que l'amélioration de l'accompagnement et de la coordination des soins à domicile par le médecin généraliste serait utile. Plus de deux tiers des spécialistes (69,1%) affirment qu'il faudrait prévenir le médecin généraliste lors de la sortie de l'hôpital de son patient pour qu'il y soit davantage vigilant. Cent vingt-quatre spécialistes (60,8%) trouvent qu'une revalorisation de la consultation du médecin généraliste serait utile lorsqu'il s'agit d'un patient âgé.

Quatre-vingt-six spécialistes (42,2%) jugent utile de prévoir des visites ou des appels systématiques du médecin généraliste à la sortie de l'hôpital quand le patient est en cours de traitement pour un cancer. Environ un tiers des spécialistes (30,9%) trouve utile l'amélioration de la prise en charge des aidants par le médecin généraliste. Aucun spécialiste n'a répondu qu'aucun perfectionnement n'était utile.

Dix spécialistes (4,9%) n'ont pas souhaité répondre à cette question. Le total des réponses est supérieur à 100% du fait de réponses multiples possibles.

Dans l'analyse des commentaires, deux spécialistes notent l'importance des réseaux de soins palliatifs. Un spécialiste ajoute que l'infirmière coordinatrice de son service appelle déjà le médecin généraliste pour le prévenir de la sortie d'hospitalisation de son patient. Deux spécialistes notent que les médecins généralistes réalisent rarement des visites à domicile.

➤ Commentaires ajoutés

Dix-sept spécialistes (8%) ont souhaité ajouter un commentaire à la fin du questionnaire. Les commentaires retrouvés étaient :

- « *trop peu de services de soins de suite adaptés. Devenir des patients à la sortie de l'hôpital souvent difficile. Hospitalisation longue inutile le plus souvent sans prise en charge d'aval. Le médecin généraliste ne peut pallier à lui seul cette prise en charge* ».

- « *rôle du médecin traitant important à la sortie du patient dans le suivi qui pourrait éviter de nombreuses ré-hospitalisations* ».

- « *poursuivre le rôle du médecin traitant dans la prise en charge en cancéro* ».

- « *plus de déplacements du médecin généraliste à domicile pour les patients en cours de traitement mais de plus en plus rare* ».

- « *organisation de réunions sur des thématiques précises par les oncologues/oncogériatres pour les médecins généralistes* ».

- « *never give up !* » [en français : ne jamais abandonner].

- « ne pas impliquer le médecin généraliste sur le traitement spécifique, que sur les soins de support ».
- « le médecin généraliste doit être le lien direct entre le patient et le spécialiste ».
- « la vie humaine n'a pas de prix et donc pas de coût ! ».
- « la décision finale après RCP revient au cancérologue qui revoit le patient à distance de l'intervention »
- « je suis très impliquée en RCP mais suis relativement peu de personnes âgées ».
- « intégrer le radiologue dans les courriers relatifs au suivi et prise en charge du patient ».
- « importance des réseaux de soins en lien avec l'hôpital ».
- « il faut plus de médecins et d'aides ! La revalorisation n'est pas lissée à la fonction de médecin généraliste ou spécialiste ! ».
- « en général, il faut développer la communication via internet entre médecin généraliste et référent spécialiste. C'est facile et la réalisation peut être rapide ».
- « ça serait beaucoup de faire tout ça ! ».
- « c'est une question de personne ».

DISCUSSION

L'objectif principal de cette étude est de mieux comprendre les attentes des spécialistes concernant la place du médecin généraliste dans la prise en charge des personnes âgées atteintes d'un cancer.

Les objectifs secondaires sont d'évaluer les relations entre médecins spécialistes hospitaliers et médecins généralistes et de proposer des pistes d'amélioration concernant la communication entre la ville et l'hôpital et la prise en charge oncologique des personnes âgées.

Les spécialistes ont globalement été intéressés par l'étude et m'ont très bien accueillie. Certains ont même demandé une copie de la thèse, voire même une présentation orale des résultats de la thèse dans leur service. Certains spécialistes m'ont dit oralement qu'ils étaient désolés de ne pas pouvoir m'aider davantage du fait de leur faible relation avec les médecins généralistes par leur profession (les radiologues notamment) et qu'ils n'avaient donc pas pu répondre à toutes les questions.

I. Forces et faiblesses de l'étude

I.1. Forces

À notre connaissance, notre étude est la première portant sur la prise en charge oncogériatrique à recueillir l'avis des spécialistes hospitaliers de l'AP-HP. Nous nous sommes attachés, par ailleurs, à inclure tous les hôpitaux de l'AP-HP qui réalisent des RCP d'oncologie thoracique, digestive et gynécologique. La majorité des études publiées s'intéresse au point de vue des médecins généralistes ou à celui des spécialistes de ville. Ces études concernent d'autre part la prise en charge du cancer en général ; peu sont focalisées sur les patients âgés.

J'avais estimé à 316 le nombre de spécialistes qui participent aux RCP d'oncologie thoracique, digestive et gynécologique des hôpitaux de l'AP-HP. Je me suis efforcée de distribuer en mains propres le questionnaire pour avoir le plus de réponses possibles. Au total, 204 réponses aux questionnaires ont été obtenues soit une participation de 64,9%. Or, pour une marge d'erreur à 5%, la taille de l'échantillon minimale devait être de 174 ce qui permet de conclure à une significativité de nos résultats.

Le choix de réaliser une étude par entretiens semi-dirigés afin d'en extraire les grands thèmes pour réaliser secondairement un questionnaire nous a paru judicieux. Les entretiens ont permis d'élaborer des hypothèses sur la place du généraliste dans la prise en charge oncogériatrique du fait de la subjectivité et de la liberté des réponses effectuées par les

spécialistes interrogés. Les questionnaires ont ensuite permis de confirmer ces hypothèses à une plus grande échelle.

Le questionnaire de notre étude est simple et plutôt rapide à remplir. Nous pourrions envisager des études ultérieures, à l'échelle nationale par exemple, où il pourrait être utilisé.

Enfin, les propositions d'améliorations dans le rôle du médecin généraliste dans la prise en charge oncogériatrique et dans la communication entre la ville et l'hôpital sont concrètes et pourraient être mises en œuvre facilement pour optimiser la prise en charge d'un patient âgé souffrant d'un cancer.

Notre étude a par ailleurs fait l'objet d'un article à paraître dans *Les Cahiers de l'année gériatrique* et d'un poster qui sera exposé aux prochaines Journées Annuelles de la Société Française de Gériatrie et Gériatrie.

I.2. Faiblesses

a. Caractéristiques de la population interrogée

Les médecins spécialistes exerçant en Île-de-France ont en moyenne 52,3 ans (30). La parité est respectée entre hommes (51%) et femmes (49%) (31), proportion que nous avons également retrouvée dans notre étude (50,5% de femmes et 49,5% d'hommes). L'âge moyen est cependant plus jeune dans notre étude : 41,7 ans. Ces chiffres peuvent en partie s'expliquer par le fait que les médecins spécialistes exercent davantage en libéral qu'à l'hôpital à partir de 50 ans. Les études statistiques réalisées en 2013 (30) montrent qu'avant 50 ans, les spécialistes exercent en effet majoritairement à l'hôpital public. Après ce seuil, la situation s'inverse avec une proportion plus importante exerçant en cabinet individuel ou en cabinet de groupe par rapport à l'hôpital public. En 2013, parmi les spécialistes d'Île de France partant à la retraite, 83,8% exerçaient en libéral.

b. Biais de l'étude

Notre étude est limitée par un biais de sélection. Nous avons en effet volontairement sélectionné les spécialistes participants aux RCP de trois grandes disciplines, faute de temps et de moyens. Des études ultérieures incluant les spécialistes participant à toutes les RCP d'oncologie pourraient être envisagées.

Une autre limite de cette étude est le biais de subjectivité. Le questionnaire touche vraisemblablement au ressenti des répondants et à leur propre expérience. Les réponses aux questions ne peuvent donc pas être vérifiées.

Les entretiens semi-directifs préalables au questionnaire ont été réalisés en l'absence de saturation des données ; notre choix méthodologique étant de sélectionner volontairement un des représentants des spécialités de pneumologie, gynécologie, chirurgie digestive, oncologie

médicale, radiothérapie et gériatrie. Par ailleurs, pour les réponses aux questionnaires, comme nous voulions recueillir le maximum de points de vue possibles, certains spécialistes, comme les radiologues ou les médecins nucléaires, n'ont pas pu répondre à toutes les questions, notamment celles en lien direct avec les médecins généralistes, entraînant de ce fait un biais de mesure.

II. Discussion des résultats

II.1. Rôles et missions du médecin généraliste du point de vue du spécialiste

a. Implication des médecins généralistes dans la prise en charge des cancers

Le rôle central du médecin généraliste dans la prise en charge du patient atteint d'un cancer est bien décrit dans des textes législatifs. La loi « Hôpital, patients, santé et territoires » (HPST) (32) insiste sur sa participation active aux différentes étapes de la maladie : la prévention, le dépistage mais également le diagnostic, le traitement et le suivi. Le plan Cancer 2009-2013 renforce à son tour le rôle du médecin généraliste à tous les moments de la prise en charge du patient cancéreux lui permettant une meilleure vie avant, pendant et après la maladie.

D'après notre étude, il semble que la grande majorité des spécialistes a conscience de l'implication globale des médecins généralistes dans le domaine de la cancérologie. Plus des trois-quarts des spécialistes considèrent en effet que les médecins généralistes se sentent concernés par la prise en charge des cancers. Mais certains spécialistes nuancent leurs propos dans leurs commentaires avec des implications variables pour 16 spécialistes sur 204, fréquentes pour 2 spécialistes, modérées ou rares pour 3 spécialistes. Peu d'études sont publiées dans la littérature concernant le ressenti des spécialistes sur l'implication des médecins généralistes dans cette prise en charge, il est donc difficile de confronter nos données avec celles de la littérature. Cependant, plusieurs études menées du point de vue des médecins généralistes concluent à leur importante implication. Une étude réalisée pour la Ligue contre le Cancer en 2008 auprès de 200 médecins généralistes, 404 maires et 402 chefs d'entreprise (33) retrouve que 88% des généralistes se déclarent « très impliqués ou assez impliqués » dans les différentes étapes du processus de prise en charge du cancer.

Les médecins généralistes souhaitent d'ailleurs être davantage impliqués dans la prise en charge des patients cancéreux. Une enquête par questionnaire réalisée en 2000 auprès de 422 généralistes d'Aquitaine (34) retrouve que 82% des généralistes interrogés accepteraient d'assurer la surveillance de patients en rémission.

Dans une autre enquête réalisée dans l'Aisne en 2010 (35), les médecins généralistes affirment de manière claire les différentes étapes de la prise en charge du cancer dans

lesquelles ils veulent s'impliquer : dépistage et prévention, diagnostic précoce et orientation du patient, suivi per- et post- thérapeutique et accompagnement en phase terminale.

b. Rôle faible dans l'annonce diagnostique du cancer

Le premier Plan Cancer 2003-2007 a défini dans une de ses mesures le dispositif du diagnostic d'annonce (mesure 40), secondairement repris par le Plan Cancer 2009-2014 (mesure 19). Ce dispositif d'annonce, non spécifique à l'oncogériatrie, s'appuie sur deux grands principes. Tout patient atteint de cancer doit pouvoir bénéficier d'un dispositif d'annonce organisé au début de sa maladie et/ou en cas de récurrence et tout patient doit bénéficier d'une coordination interprofessionnelle impliquant médecins et personnel paramédical. La mise en place d'un tel dispositif permet ainsi de faire bénéficier au malade d'un temps médical d'annonce et de proposition de traitement ; d'un temps soignant de soutien et de repérage de ses besoins et d'un accès à des compétences en soins de support (21).

Concernant le rôle du médecin généraliste dans l'annonce du diagnostic, l'INCa affirme dès 2005 l'importance qu'il soit associé très tôt au parcours de soins. Il est le destinataire des résultats significatifs de tous les examens complémentaires à chaque étape de la prise en charge. Toutefois, si les médecins généralistes occupent une place prépondérante dans le dépistage, le diagnostic du cancer et l'après-cancer, ils réalisent rarement en pratique l'annonce du diagnostic de cancer. Ce moment est pourtant un moment difficile pour le patient et marque un réel bouleversement. Le médecin généraliste connaît pourtant souvent mieux et depuis plus longtemps le patient âgé que le spécialiste, son vécu et son environnement psycho-social. Le patient âgé est d'ailleurs souvent attaché affectivement à son médecin généraliste. On pourrait donc imaginer qu'il soit le professionnel de santé privilégié pour effectuer cette lourde tâche. Or, dans notre étude, les trois-quarts des spécialistes interrogés réalisent eux-mêmes l'annonce diagnostique. Même si le patient est adressé par le médecin généraliste, le spécialiste se charge le plus souvent d'annoncer le diagnostic au patient. La participation des médecins généralistes à cette étape diagnostique est donc très faible. Or, les chiffres retrouvés dans la littérature montrent pourtant qu'ils sont souvent à l'origine de la découverte du cancer chez leurs patients. Les études réalisées dans diverses régions de France mettent en évidence que les médecins généralistes interrogés déclarent être à l'origine de la découverte du diagnostic de leurs patients pour plus de 85% d'entre eux (36-38).

Mais s'ils sont souvent à l'origine du diagnostic, les médecins généralistes évoquent rarement oralement ce diagnostic au patient. Dans l'étude TNS Sofres réalisée en 2003 auprès de 1002 personnes hospitalisées dans un centre de lutte contre le cancer (39), le diagnostic de cancer n'est posé que dans 18% des cas par le médecin généraliste. Il semble que les médecins

généralistes soient peu à l'aise face à cette responsabilité. Dans une enquête réalisée à Saint Etienne par le biais d'entretiens semi-dirigés (40), trois généralistes sur quinze affirment qu'ils ne réalisent pas d'annonce diagnostique. Un des médecins généralistes avance que ce n'est pas le rôle du médecin généraliste. Les généralistes interrogés font part au patient d'une suspicion diagnostique mais la confirmation et donc l'annonce diagnostique sont réalisées secondairement par le spécialiste.

Une autre étude réalisée pour la Ligue contre le Cancer en 2008 (33) révèle que moins de la moitié des généralistes interrogés sont impliqués ou très impliqués dans le diagnostic des cancers.

c. Adresser au spécialiste

Le plan cancer 2014-2019 donne aux médecins généralistes les moyens d'orienter le patient dans des délais rapides vers les équipes spécialisées dès le diagnostic de cancer. Cette ambition implique une coordination et des échanges d'information entre professionnels de la ville et de l'hôpital. De nombreuses études montrent que l'âge peut être une barrière pour adresser le patient âgé atteint d'un cancer au spécialiste (19, 21). Pourtant, il a été montré que les personnes âgées supportent parfois mieux le diagnostic que les plus jeunes d'un point de vue psychologique (41).

Le patient est ainsi adressé très majoritairement par le spécialiste d'organe dans notre étude ou par le médecin généraliste. Le patient est finalement adressé par les urgences pour moins de la moitié des spécialistes. On voit donc que le médecin généraliste est un pilier important du recrutement des patients pour les spécialistes hospitaliers. Leur participation semble plus importante dans notre étude que celle retrouvée dans la littérature. En 2003, une enquête de la TNS Sofres (33) retrouve que le médecin généraliste n'adresse le patient que dans 30% des cas à l'oncologue. Cette proportion est quasiment deux fois plus faible que celle retrouvée dans notre étude. On peut émettre l'hypothèse que la part des cancers diagnostiqués par les médecins généralistes a augmenté au cours de la dernière décennie conduisant à adresser de plus en plus de personnes âgées atteintes d'un cancer au spécialiste. Un des spécialistes interrogés dans notre étude a d'ailleurs fait part que « *la part des médecins généralistes adressant les malades augmente* ».

Adresser le malade au spécialiste est donc primordial pour éviter la perte de temps comme l'ont fait remarquer les spécialistes interrogés dans notre étude : « *il faut améliorer l'accessibilité aux spécialistes. Eviter la perte de temps* », « *adresser plus rapidement le patient au spécialiste* ».

d. Aide au recueil des informations nécessaires à la prise en charge par le spécialiste

L'âge chronologique n'est pas adapté pour décider du traitement du cancer d'un patient âgé souvent caractérisé par sa polyopathie (42, 43). Dans ce contexte, l'évaluation des comorbidités et des éventuels syndromes gériatriques est primordiale pour permettre de distinguer si un patient âgé est potentiellement à risque de mauvaise tolérance d'un traitement anti-cancéreux. Il est donc fondamental d'étudier attentivement son mode de vie, ses antécédents, ses comorbidités et ses médicaments.

Dans notre étude, il ressort clairement que les spécialistes réalisent, dans la grande majorité des cas, ce recueil auprès du patient lui-même s'il est capable de répondre ou avec l'aide de la famille. Le médecin traitant est évoqué par moins de la moitié des spécialistes. Dans l'analyse des commentaires, cinq spécialistes précisent que l'évaluation du gériatre permet de recueillir ses données, notamment si le patient présente des comorbidités ou s'il y a un doute sur la prise en charge thérapeutique. Plusieurs spécialistes ont précisé s'aider d'autres moyens comme le dossier médical, la consultation d'anesthésie ou l'échelle d'évaluation gériatrique standard. Ce résultat semble paradoxal puisque le médecin généraliste a souvent acquis une certaine proximité avec le patient âgé, le suivant généralement depuis de nombreuses années. Cette relation de proximité permet souvent au patient âgé de se confier librement à son médecin traitant. Celui-ci a donc généralement bien conscience de l'environnement médico-psycho-social et les valeurs de son patient. On peut donc se demander s'il n'y a pas là une place à prendre pour le médecin généraliste afin d'informer de manière systématique les spécialistes de l'environnement médico-psycho-social et des valeurs qui seraient chères au patient âgé.

e. Accompagnement et coordination des soins au domicile

➤ La coordination des soins

Le rôle du médecin généraliste dans le suivi des patients âgés atteints de cancer n'est plus à démontrer. Le nouveau Plan Cancer 2014-2019 vise à impliquer davantage les professionnels de premiers recours dans le suivi de ces traitements. Le médecin généraliste a pour mission de gérer les toxicités induites par les traitements et les complications de la maladie et préserver ainsi la qualité de vie des patients âgés (44).

Dans notre étude, plus des trois quarts des spécialistes considèrent utile l'amélioration de l'accompagnement et de la coordination des soins à domicile par le médecin généraliste. Les spécialistes insistent dans leur commentaire sur cette place importante. L'un d'entre eux note qu'il faut « *mieux encadrer le retour à domicile par le médecin traitant* » et insister sur « *la surveillance du patient* ». Un autre spécialiste affirme que le « *rôle du médecin traitant est*

important à la sortie du patient dans le suivi et pourrait éviter de nombreuses ré-hospitalisations ».

Ce concept est fréquemment retrouvé dans la littérature. La thèse en médecine d'E.Trang (45) révèle que pour les onze spécialistes interrogés, le rôle du médecin généraliste est principalement de coordonner les soins et d'être responsable de la prise en charge globale des patients. Cette notion se retrouve également à l'échelle internationale. Une récente étude canadienne (28) met en évidence que les spécialistes reconnaissent principalement le rôle des médecins généralistes à la phase avancée. Il semble pourtant exister un fossé entre le souhait des spécialistes de voir s'impliquer les médecins généralistes dans le suivi des patients cancéreux et notamment lors de la phase palliative et l'investissement en pratique des médecins généralistes. Les médecins généralistes sont en effet peu à s'investir dans le suivi des traitements anti-cancéreux et dans la phase palliative. En 2002, l'URML de Rhône-Alpes (46) a évalué les besoins et attentes dans la prise en charge des patientes atteintes d'un cancer du sein. Parmi les 250 médecins généralistes interrogés, ils étaient 89% à intervenir dans la phase de rémission mais seulement 52% à intervenir dans la phase des soins palliatifs à domicile et n'étaient plus que 12% à suivre la chimiothérapie à domicile.

Plus récemment, en 2012, une enquête réalisée au Québec, révèle que certains médecins généralistes ne souhaitent pas tous être impliqués dans l'étape de la coordination des soins. Aubin et al. (47) a comparé les attentes des patients atteints d'un cancer du poumon aux attentes des opinions des spécialistes et des généralistes. Un écart important existe entre leurs attentes. Alors que les oncologues reconnaissent le rôle du médecin généraliste principalement à la phase avancée, les généralistes, eux, souhaitent être impliqués dans tous les aspects de la prise en charge du cancer mais une proportion plus faible souhaitait être impliquée dans la coordination des soins. La plupart des patients souhaitaient une implication continue de leur médecin généraliste à toutes les phases du cancer.

Néanmoins, les médecins généralistes ont la volonté de s'impliquer davantage dans ce suivi. Les études réalisées auprès de médecins généralistes bretons, charentais et parisiens retrouvent qu'ils sont entre 70 et 92% à vouloir assurer le suivi post-thérapeutique des patients cancéreux (37, 48). Mais les principales difficultés rencontrées par les médecins généralistes sont la coordination des différents intervenants et le retard dans l'information reçue par leurs confrères hospitaliers. Les spécialistes interrogés dans notre étude appuient d'ailleurs le rôle des réseaux qui permettraient d'aider les médecins généralistes à la coordination des soins à domicile.

Ainsi, même si les spécialistes trouvent que le suivi et la coordination des soins est l'affaire du médecin généraliste, les médecins généralistes, eux, ne semblent pas tous vouloir

s'impliquer dans cette phase lourde à prendre en charge. La mise en place systématique des réseaux de soins à domicile en coordination avec le médecin généraliste dès la sortie d'hospitalisation du patient âgé cancéreux pourrait être de bon recours.

➤ L'accompagnement de la famille

L'« aidant naturel » du patient en oncogériatrie doit être identifié précocement. Il s'agit de la personne qui prend soin du sujet âgé : son conjoint, un enfant ou un membre de l'entourage (48). Les résultats d'une étude européenne menée dans 23 pays auprès des aidants familiaux et informels de personnes âgées confirment l'importance de son rôle (49). Pourtant, l'aidant n'est souvent pas préparé à assumer ce rôle de soutien et manque fréquemment d'encadrement et de conseils de la part du système de soins (50). Devant cette situation qui s'impose à lui et qui lui échappe le plus souvent, l'aidant est plus à risque de développer une dépression ou des pathologies somatiques. Le médecin généraliste a donc un rôle majeur à jouer dans le dépistage de la souffrance des aidants.

Dans notre étude, environ un tiers des spécialistes trouve que cette prise en charge par le médecin généraliste doit être améliorée.

Les médecins généralistes, de leur côté, se sentent faiblement impliqués. Dans l'étude LH2 pour la Ligue contre le Cancer, améliorer l'accompagnement de l'entourage est indispensable pour un tiers seulement des généralistes interrogés tandis que la prise en charge psychologique des patients est indispensable pour 51% des patients (33).

D'ailleurs, une étude canadienne révèle même que les médecins généralistes considèrent que la prise en charge des aides à domicile est de l'ordre du social et non de leur compétence (51).

II.2 Patient âgé cancéreux et RCP

a. Absence fréquente du gériatre à la RCP

La majorité des spécialistes interrogés dans notre étude ne demande pas toujours l'avis du gériatre et le gériatre n'est pas forcément présent à la RCP dans la grande majorité des cas. Pourtant, le rôle du gériatre est bien défini en termes d'évaluation initiale dans la prise en charge oncogériatrique (13) et dans sa participation au processus décisionnel. L'évaluation gériatrique a clairement démontré son bénéfice en termes d'amélioration de la survie, de réduction thérapeutique et des coûts médicaux. De nombreuses études (52-55) montrent que l'expertise du gériatre est une aide et influence la décision stratégique thérapeutique prise en RCP. Le rôle du gériatre est donc essentiel dans le processus de prise en charge d'un patient âgé atteint d'un cancer.

Une enquête parisienne réalisée au sein d'une unité pilote d'oncogériatrie (UPCOG) en 2005 (56) retrouve des conclusions similaires à notre étude. Les spécialistes d'organe interrogés considèrent que les gériatres ne sont pas systématiquement nécessaires pour améliorer les soins des personnes âgées ayant un cancer.

Est-ce parce qu'ils trouvent inutile l'avis du gériatre que les spécialistes hospitaliers ne le sollicitent pas ou par manque d'effectifs de gériatres dans les hôpitaux ?

Les spécialistes interrogés dans notre étude notent en effet qu'un gériatre n'est pas toujours présent sur l'hôpital. Par ailleurs, quelques spécialistes affirment seulement les solliciter face à des comorbidités importantes ou en cas d'éventuel traitement anti-cancéreux toxique pour le patient. Ils ne les sollicitent donc pas pour des « cas simples ».

Plusieurs spécialistes interrogés dans notre étude confirment l'absence fréquente du gériatre à la RCP.

La gériatrie est en effet une des spécialités médicales françaises ayant la plus faible densité médicale en Ile-de-France (31). Un récent état des lieux en oncogériatrie (8) révèle des conclusions similaires. En raison de l'effectif réduit des gériatres et du nombre important de RCP, la participation d'un gériatre à toutes les RCP n'est pas concevable. Malgré tout, le rôle du gériatre reste important lors des RCP pour orienter le patient âgé vers une évaluation gériatrique.

Une stratégie serait peut-être de faire remplir systématiquement, avant la RCP, une fiche d'évaluation gériatrique comme la grille G8 (cf. Annexe 16) par le médecin référent afin de dépister les patients oncogériatriques nécessitant une évaluation plus approfondie par le gériatre.

b. Présentation généralement systématique de tous les dossiers en RCP

Pour la très grande majorité des spécialistes de notre étude, les dossiers d'oncogériatrie sont présentés systématiquement en RCP. Les principales causes évoquées de non présentation du dossier en RCP sont le nombre élevé de comorbidités du patient avec probablement un traitement non curatif ou, à l'inverse, l'absence totale de comorbidités avec un patient éligible à un traitement « pleine dose » ou la simple modification thérapeutique. Or, les textes législatifs sont très clairs. La circulaire du 22 février 2005 (16) relative à l'organisation des soins en cancérologie reprise secondairement par la HAS stipule que tous les dossiers des patients atteints de cancer doivent être présentés en RCP et qu'ils doivent être obligatoirement discutés en RCP avant mise en route du traitement, quel que soit le traitement initial envisagé. Le réexamen en RCP s'impose par ailleurs chaque fois qu'il y a changement significatif d'orientation thérapeutique.

Plus récemment, l'INCa recommande de soumettre en RCP tous les dossiers des patients présentant une pathologie cancéreuse, de recueillir un avis gériatrique chez la personne âgée en raison d'un risque accru de toxicité au décours des traitements anticancéreux et de mentionner les résultats de l'évaluation gériatrique lors de la présentation en RCP de cas de sujets âgés (57). En pratique, le facteur limitant à présenter tous les dossiers d'oncogériatrie, même pour les cas simples, semble être le manque de temps devant un nombre souvent impressionnant de dossiers à présenter au cours de ces réunions qui durent souvent plusieurs heures.

c. Peu d'intervention du coût financier dans la décision oncogériatrique

La consommation médicale augmente avec l'âge du fait de l'apparition de pathologies multiples et chroniques. Entre 2008 et 2010, environ 16% des consultations des médecins généralistes en Lorraine intéressent des patients âgés de plus de 75 ans alors qu'ils ne représentent que 8% de la population régionale (58). Mais pour la majorité des spécialistes interrogés dans notre étude, la question du coût financier n'intervient jamais dans la décision de traiter un patient âgé atteint d'un cancer. Certaines nuances ont cependant été rapportées. Quelques spécialistes remarquent en effet que le problème se pose si le patient âgé n'a pas de prise en charge sociale. Nous l'avons vu plus haut, certains spécialistes pensent encore que l'âge est une barrière à la prise en charge oncogériatrique. Or, le refus de soin a aussi un prix. Il peut ainsi accélérer la progression d'un "patient fragile" vers un "patient très fragile" en prolongeant la durée d'hospitalisation, par exemple, ou en altérant son autonomie, ce qui empêche son retour à domicile et accélère son passage en institution.

Aucune étude dans la littérature, à notre connaissance, ne porte sur le questionnement du coût financier dans la prise en charge hospitalière des patients âgés cancéreux contrairement aux multiples études portant sur le coût du maintien d'une personne âgée au domicile ou d'une personne âgée dépendante. Alors, serait-ce un sujet tabou ?

II.3. Manque de communication entre spécialistes et généralistes

Les résultats de notre étude pointent clairement des difficultés dans la communication interprofessionnelle entre spécialistes et généralistes. Plus de la moitié des spécialistes interrogés affirme qu'il existe un manque de communication entre spécialistes et médecins généralistes. La littérature est pauvre concernant le point de vue des spécialistes dans la relation qu'ils entretiennent avec les médecins généralistes. Les spécialistes perçoivent qu'ils ont de bons contacts avec les médecins généralistes mais ce sont pour la plupart des contacts cordiaux et non intimes (54). Pour ceux qu'ils ne connaissent pas, il y a seulement un transfert d'informations par courrier.

Une enquête réalisée auprès des spécialistes et généralistes (5) montre que les médecins hospitaliers ont peu d'échanges avec les médecins de ville qui sont, eux, souvent demandeurs pour être davantage contactés par téléphone par les spécialistes.

Dans l'analyse des commentaires de notre étude, quelques spécialistes remarquent qu'ils appellent plus fréquemment le médecin généraliste s'ils le connaissent ou en cas de retour précaire au domicile. Mais ils sont peu à les connaître puisque la majorité des spécialistes de notre étude ne connaît que parfois ou rarement les médecins généralistes qui leur adressent des patients. On comprend pourtant facilement que le contact téléphonique est favorisé lorsque les médecins se connaissent. Dans notre étude, le fait de connaître les médecins généralistes a une influence sur la fréquence des appels effectués par les spécialistes aux médecins généralistes.

Toutefois, les spécialistes ont l'impression que cette relation est à sens unique et expriment souvent un manque de retour de la part des médecins généralistes. Pour la quasi-totalité des spécialistes de notre étude, les médecins généralistes n'appellent que parfois ou rarement les spécialistes.

Ces résultats sont similaires à l'enquête réalisée par T.Augy auprès de 95 médecins généralistes de l'Ouest parisien et des Hauts de Seine (59) qui retrouvait que plus de la moitié des généralistes déclarait avoir « rarement » un contact avec leurs homologues hospitaliers. Pourtant, une bonne coordination entre spécialistes et généralistes améliore le respect mutuel et la qualité des soins prodigués au patient et les rend plus efficaces. Une revue de la littérature (60) conclut à des améliorations cliniques et biologiques (abaissement des taux d'hémoglobine glyquée, amélioration des indicateurs sur les échelles de mesure de la dépression) lorsqu'il y a une interaction entre généralistes et spécialistes. Cette collaboration est facilitée par le fait que spécialistes et médecins généralistes se connaissent personnellement (23). Il en résulte une facilité de contact réciproque.

Comment alors favoriser les liens et les connaissances entre spécialistes hospitaliers et médecins généralistes ?

II.4. Améliorations proposées dans le rôle du médecin généraliste

Notre étude suggère plusieurs propositions pour améliorer le rôle du médecin généraliste dans la prise en charge oncogériatrique et la communication ville-hôpital.

a. Formation continue en oncogériatrie

La formation continue des médecins généralistes en oncogériatrie influencerait favorablement le parcours de soin du patient en oncogériatrie. Les médecins généralistes adresseraient plus fréquemment et plus rapidement leurs patients aux équipes spécialisées après avoir reçu une

formation spécialisée (21). Nos résultats vont dans ce sens puisque la majorité des spécialistes interrogés pense qu'une des pistes d'amélioration dans le rôle du médecin généraliste serait de leur proposer une formation continue en oncogériatrie. Un spécialiste note que « *les médecins généralistes se sentent facilement démunis et dépassés face à leurs patients atteints de cancer* ».

Les médecins généralistes reconnaissent volontiers leurs lacunes et le souhait de se former davantage dans ce domaine. Une enquête réalisée auprès de 112 médecins généralistes de l'Aube en 2002 (6) estime que la formation nécessaire est manquante pour 46% d'entre eux. Plus récemment, en 2010, dans l'enquête réalisée auprès de 69 médecins généralistes des Hauts-de-Seine, ils sont 96% à estimer avoir besoin d'une formation spécifique (38).

Au cours des études du Deuxième Cycle des Etudes Médicales (D.C.E.M) étalées sur quatre ans, onze modules sont au programme pour l'Examen National Classant. Le module n°10 intitulé "Module 10-Cancérologie-Hématologie" a pour objectif de faire connaître à l'étudiant les stratégies de prévention, de dépistage, de diagnostic et de traitement des principales tumeurs bénignes et malignes (61). Or, si cet enseignement étudie chaque type de cancer, il ne comporte aucun item concernant la prise en charge spécifique du patient âgé atteint de cancer. Un autre module intitulé "Vieillesse" (module n°5) traite de la personne âgée et aide l'étudiant à prendre en compte ce type de patients dans sa globalité mais, là encore, aucun item ne concerne à proprement parler la cancérologie spécifique aux personnes âgées. Une des missions de la Société Francophone d'Oncogériatrie (SoFOG) est d'ailleurs d'œuvrer pour un enseignement universitaire de l'oncogériatrie dès le D.C.E.M 2. Aucun enseignement n'est dédié à l'oncogériatrie au cours du D.E.S de médecine générale même si un séminaire entier concerne le vieillissement.

Les médecins généralistes doivent donc faire la démarche eux-mêmes s'ils veulent se former à l'oncogériatrie dans le cadre de Diplômes Universitaire (DU) ou Inter-Universitaire (DIU) et d'actions de FMC. Le Diplôme Inter-Universitaire d'oncogériatrie dispensé par l'Université René Descartes (Paris V) organisé conjointement avec l'université Pierre et Marie Curie (Paris VI) s'adresse aux médecins généralistes et à d'autres professionnels concernés par l'oncogériatrie comme les gériatres, les cancérologues et les médecins internistes. Un autre DIU d'oncogériatrie est organisé par la faculté Lyon 1 en collaboration avec de nombreuses autres facultés (Dijon, Saint-Etienne, Clermont-Ferrand, Montpellier, Limoges, Bordeaux, Grenoble, Toulouse, Genève). Quatre DU sont également destinés aux médecins généralistes, organisés à l'université Paris V, Nantes (DU d'oncogériatrie), Marseille (DU d'oncogériatrie) et Paris XIII (DU de la personne âgée et du cancer). Enfin,

l'Ecole de Formation Européenne en Cancérologie (EFEC), en partenariat avec la SFOG, propose une formation sur trois jours concernant l'oncogériatrie destinée aux médecins et autres professionnels médicaux et para-médicaux impliqués dans la prise en charge des malades âgés atteints de cancer.

b. Amélioration du dépistage du cancer après 75 ans

Le médecin généraliste a un rôle clé dans le dépistage des cancers après 75 ans. Son discours sur le dépistage est également un élément clé de la participation au dépistage (62). Le dépistage permet la détection de lésions potentiellement malignes et le diagnostic de cancers à un stade précoce ou même pré-invasif. Le bénéfice principal recherché est la réduction de la mortalité spécifique liée à la maladie ciblée dans la population. En France, deux cancers font l'objet d'un dépistage de masse de 50 à 74 ans : le cancer du sein et le cancer colorectal. Or, à 75 ans, le risque de cancer est bien supérieur au risque de cancer des 50-74 ans et l'espérance de vie à cet âge est encore élevée. Par ailleurs, ces deux types de cancers sont diagnostiqués à des stades plus avancés que chez l'adulte plus jeune. La méta-analyse du Colorectal Cancer Collaborative Group (19) sur le devenir des patients âgés opérés d'un cancer colorectal par tranche d'âge montre qu'il existe une relation linéaire entre le stade de la maladie cancéreuse au moment du diagnostic et les groupes d'âge. Les personnes âgées sont donc plus souvent opérées en urgence pour une complication de leur cancer conduisant à une augmentation de la morbi-mortalité. Une autre étude réalisée auprès de patientes atteintes d'un cancer du sein (5) montre que 52% des patientes de plus de 75 ans ont un cancer métastasé contre 39% des patientes du groupe des 64-74 ans.

Dans notre étude, plus d'un tiers des spécialistes affirme la nécessité d'améliorer le rôle du médecin généraliste dans le dépistage du cancer après 75 ans. Or, les obstacles rencontrés au dépistage des cancers chez la personne âgée semblent encore présents dans les mentalités des soignants. Différentes études ont mis en évidence l'inégalité de l'accès au soin des personnes âgées ayant un cancer (63, 64). Certains médecins ont encore des incertitudes concernant l'efficacité des traitements dans cette classe d'âge, craignant une toxicité accrue du traitement anticancéreux et ont parfois peur d'annoncer une maladie grave à un sujet âgé qui pourrait encore altérer leur qualité de vie. Les signes évocateurs de cancer sont souvent banalisés conduisant à un retard diagnostic chez ces patients âgés. Pourtant, une récente enquête réalisée pour l'INCa révèle que près de 60% des médecins généralistes considèrent qu'ils ont un rôle indispensable dans le dépistage des cancers du sein, colorectal et de la prostate (65). 20% des médecins généralistes préconisent un dépistage du cancer colo-rectal après 75 ans. Certains auteurs recommandent déjà d'élargir le dépistage des cancers au-delà de 75 ans chez

les sujets autonomes et en bon état général (66) mais des recommandations sur ces classes d'âge spécifiques devraient être formulées.

Les médecins généralistes pourraient être sensibilisés, quant à eux, à ce problème spécifique notamment lors de formations post universitaires, comme le propose l'INCa.

c. Revalorisation de la consultation de gériatrie en médecine générale

La grande majorité des spécialistes interrogés dans notre étude est en faveur d'une revalorisation de la consultation de gériatrie en médecine générale. Du fait de leur polypathologie et des déficits sensoriels croissants, la consultation en médecine générale d'un patient âgé est souvent plus longue qu'un patient plus jeune. De nombreux syndicats de médecins généralistes ont déjà plaidé pour une revalorisation de ce type de consultation. Depuis le 1^{er} juillet 2013, la Majoration Personnes Agées (MPA) rémunère modestement les médecins généralistes lors de consultations réalisées auprès de patients de plus de 85 ans et depuis le 1^{er} juillet 2014 auprès des plus de 80 ans. Le versement de cette rémunération, directement au médecin généraliste, à hauteur de 5 euros par consultation ou visite, intervient tous les trimestres au titre des consultations et visites réalisées au cours du trimestre précédent auprès des patients concernés. La revalorisation de la visite à domicile semble elle-aussi à envisager. Une étude réalisée auprès d'un millier de médecins généralistes d'Ile-de-France retrouve que la visite est perçue comme une contrainte et qu'elle fait perdre du temps pour près des deux-tiers des médecins interrogés (67).

II.5. Améliorations proposées à l'hôpital

a. La prise en compte de l'absence de contact ou l'absence de médecin généraliste

Dans notre étude, près de la moitié des spécialistes se dit favorable à prendre en compte le fait qu'un patient oncogériatrique n'ait pas de contact ou n'ait pas de médecin généraliste susceptible de le prendre en charge en post-hospitalier. Le médecin généraliste est en effet l'acteur principal de la coordination médicale entre les soins prodigués en ville et ceux prodigués à l'hôpital et de la coordination sur le plan socio-familial. Depuis l'entrée en vigueur de la loi concernant la déclaration obligatoire d'un médecin traitant en 2004, la part des assurés ayant un médecin traitant augmente. En 2011, 89% des assurés avaient déclaré un médecin traitant. Mais le fait de déclarer un médecin traitant ne veut pas forcément dire que le patient a un contact rapproché avec le médecin généraliste. Une récente étude réalisée auprès d'un service des urgences de la banlieue parisienne (68) a révélé que près d'un tiers des patients n'avait pas de médecin traitant.

Un des spécialistes interrogés dans notre étude a d'ailleurs proposé d'exiger qu'un patient âgé ait un médecin généraliste. A ce jour, aucun chiffre n'est publié concernant la part des patients âgés sans médecin traitant. Mais on imagine facilement que sans médecin généraliste, la coordination de la prise en charge d'un patient âgé reste extrêmement précaire et mette facilement en danger la vie du patient. Dans notre étude, quelques rares spécialistes affirment que cette mesure proposée est déjà effective dans leur service. Une généralisation de cette proposition à l'ensemble des services hospitaliers semble donc nécessaire.

b. Echanges avec le médecin généraliste en amont de la RCP

Le médecin généraliste est le professionnel de santé qui est le mieux à même de connaître l'histoire et le passé médical de son patient. Pourtant, lors de la décision de prise en charge d'un patient âgé atteint d'un cancer à l'hôpital, le médecin généraliste est par définition absent. Son éclairage sur l'état général de la personne âgée avant son hospitalisation, sur son environnement psycho-social, ses comorbidités pourrait pourtant considérablement influencer la décision prise en RCP. Pour la quasi-totalité des spécialistes de notre étude, le médecin généraliste pourrait fournir des indications utiles à la prise de décision s'il était présent à la RCP. Quelques spécialistes notent cependant en commentaire que l'obstacle principal à cette mesure est le manque de temps des médecins généralistes. L'appel téléphonique systématique au médecin généraliste en amont de la RCP pourrait donc être bénéfique. Trois-quarts des spécialistes dans notre étude y sont favorables. Pourtant, plusieurs études réalisées auprès de généralistes (34, 37, 69) révèlent que plus de la moitié des généralistes souhaiterait être invitée à participer à ces RCP. On peut donc imaginer que lors de l'appel systématique au médecin généraliste en amont de la RCP, le spécialiste hospitalier référent pourrait lui proposer de participer physiquement à la RCP lorsque le dossier de son patient serait présenté. La mise en place de la vidéoconférence, déjà effective lors de RCP entre différents hôpitaux, pourrait également être une solution au manque de temps des médecins généralistes pour participer à la discussion du dossier de leur patient en RCP depuis leur propre cabinet.

II.6. Améliorations proposées dans la communication entre la ville et l'hôpital

La communication entre la ville et l'hôpital reste un réel problème maintes fois étudié. La majorité des spécialistes interrogés dans notre étude est en faveur de l'instauration de rencontres amicales entre spécialistes et généralistes et d'une ligne téléphonique réservée aux médecins généralistes. Quelques rares spécialistes ont d'ailleurs déjà mis en œuvre certaines de ces propositions. A l'instar du Fil Santé Pro instauré par le CHU de Brest permettant aux médecins généralistes d'obtenir en urgence un conseil sur la prise en charge d'un patient, ce

service pourrait être généralisé à tous les hôpitaux. De leur côté, les médecins généralistes semblent accueillir favorablement cette proposition (69).

La majorité des spécialistes interrogés trouve que le transfert d'informations aux médecins généralistes pourrait être amélioré par voie informatique. Ces résultats sont concordants avec plusieurs études qui concluent à une amélioration de la qualité et de la rapidité des échanges interprofessionnels. Une étude effectuée auprès de 163 médecins généralistes (70) retrouve que 42% d'entre eux apprécieraient la transmission des courriers ou comptes rendus par messagerie électronique. En 2012, une thèse de médecine réalisée auprès de 207 médecins généralistes et spécialistes retrouve que 59% des médecins pensent qu'Internet pourrait améliorer la transmission d'informations, avec l'utilisation d'une messagerie sécurisée (71). A l'Institut Curie, les médecins de ville peuvent déjà accéder au dossier informatique de leurs patients atteints d'une pathologie cancéreuse depuis leur cabinet via Internet. Les données sont cryptées et les médecins peuvent y accéder seulement si le patient a donné son autorisation au préalable.

CONCLUSION

La prise en charge du cancer chez le sujet âgé est un réel défi clinique et thérapeutique en raison de la prépondérance de cette maladie dans une population en constante augmentation. Le médecin généraliste, de par l'ancienneté de sa relation et sa proximité, est le professionnel de santé le mieux à même de connaître les valeurs humaines du patient âgé et de son environnement médico-psycho-social. Paradoxalement, il ne participe pas à la décision de prise en charge examinée en Réunion de Concertation Pluridisciplinaire qui reste un débat exclusif entre spécialistes hospitaliers.

Notre étude est la première à analyser les attentes des spécialistes et à proposer des améliorations pratiques concernant la place du médecin généraliste dans la décision et la prise en charge oncogériatrique. La grande majorité des spécialistes interrogés s'accorde sur une implication globale du médecin généraliste en oncologie. Il est d'ailleurs l'acteur principal qui adresse le patient cancéreux à l'hôpital. Toutefois, le spécialiste se charge, lui, le plus souvent de l'annonce diagnostique.

La quasi-totalité des spécialistes s'accorde à penser que la présence du médecin généraliste à la Réunion de Concertation Pluridisciplinaire pourrait en influencer la décision thérapeutique notamment par le recueil d'un avis éclairé sur l'environnement médico-psycho-social du sujet âgé avant l'hospitalisation. Le temps reste le principal facteur limitant à cette proposition. Notre étude envisage donc plusieurs propositions de mise en œuvre simple pour faciliter la collaboration entre médecins spécialistes et généralistes. L'appel systématique au médecin généraliste en amont de la Réunion de Concertation Pluridisciplinaire pourrait être bénéfique pour recueillir ces informations précieuses. Elles permettraient de pré-remplir une grille d'évaluation de type G8 avant la réunion afin d'orienter le type de prise en charge. L'heure approximative de présentation du dossier du patient pourrait être communiquée par avance au généraliste, lui permettant d'assister à la discussion s'il le souhaite.

En post-hospitalier, la très grande majorité des spécialistes considère que le rôle du médecin généraliste doit être renforcé. Un investissement en temps du médecin généraliste dans la phase d'accompagnement et de coordination des soins, capitale pour le patient, pose la question d'une éventuelle revalorisation. Sa vigilance vis-à-vis des effets indésirables et des éventuelles complications des traitements anti-cancéreux serait accrue s'il était prévenu systématiquement lorsque son patient quitte l'hôpital. Plus encore que le rôle dans le suivi des

traitements, le médecin généraliste pourrait être davantage sensibilisé au dépistage du cancer chez le patient âgé et à la nécessité de l'adresser rapidement au spécialiste, l'âge chronologique étant trop souvent considéré comme un frein à la prise en charge. Des formations continues sur le sujet spécifique de l'oncogériatrie, peu abordé au cours des études médicales, pourraient ainsi être utiles aux médecins généralistes.

Malgré les propositions théoriques du Plan Cancer de rapprocher médecins généralistes et spécialistes hospitaliers autour de la prise en charge du cancer, de nombreux efforts semblent encore à réaliser. Un manque de communication incontestable entre spécialistes hospitaliers et médecins généralistes a été mis en évidence dans notre étude. Des moyens simples pourraient fluidifier ces relations. Plus de la moitié des spécialistes interrogés serait favorable à des rencontres amicales avec les médecins généralistes et à l'instauration de lignes téléphoniques dédiées leur permettant de contacter rapidement l'hôpital. Le partage d'un dossier médical informatisé et sécurisé entre les spécialistes hospitaliers et les généralistes est une perspective envisageable pour plus de la moitié des spécialistes. A l'heure du plein essor des réseaux sociaux et des messageries instantanées, on pourrait jusqu'à envisager un outil sécurisé par lequel spécialistes et généralistes échangeraient en temps réel, à l'instar de celui déjà développé dans les entreprises.

Les résultats de la présente étude devront être confrontés aux conclusions de mon collègue Abel Sefssafi qui aura analysé le point de vue des généralistes. Cette étude pourra ensuite être étendue au niveau national pour confirmer les hypothèses formulées.

BIBLIOGRAPHIE

1. Insee. Bilan démographique 2010 [En ligne]. Janvier 2011. [cité le 02/09/2013]. Disponible sur : www.insee.fr/fr/ffc/ipweb/ip1332/ip1332.pdf
2. Insee. Projections de population en 2060 pour la France métropolitaine [En ligne]. Octobre 2010. [cité le 02/09/2013]. Disponible sur : www.insee.fr/fr/ffc/ipweb/ip1320/ip1320.pdf
3. Hubert G, Galinski M, Ruscev M, Lapostolle F, Adnet F. Information médicale : de l'hôpital à la ville. Que perçoit le médecin traitant ? *Presse Med.* 2009 Mai;38(10):1404-9.
4. Kraplani S, LeFevre F, Phillips CO, Williams MV, Basaviah P, Baker DW. Deficits in communication and information transfer between hospital-based and primary care physician. *JAMA.* 2007 Feb;297(8):831-41.
5. Milliat-Guitard L, Letrilliart L, Galand-Desmé S, Berthoux N, Charlois AN, Romestaing P, et al. Echanges d'informations médicales dans la prise en charge des patientes atteintes d'un cancer du sein. *Bull Cancer.* 2006 Fév;93(2):223-31.
6. Laury-Auzeric M, Dat Nguyen T, Pavlovitch JM. Réseau de soins en cancérologie mammaire : enquête d'opinion prospective auprès des médecins généralistes. *Bull Cancer.* 2001 Déc;88(12):1228-34.
7. Balducci L. Geriatric oncology. *Crit Rev Oncol Hematol.* 2003 Jun;46(3):211-20. Institut National du Cancer. Etat des lieux et perspectives en oncogériatrie [En ligne]. Mai 2009. [cité le 03/09/2013]. Disponible sur : www.e-cancer.fr/publications/71-soins/557-etat-des-lieux-et-perspectives-en-oncogeriatrie
8. Maraninchi D. Le cancer du sujet âgé : le dilemme du vieillissement. *Med Sci (Paris),* 2007;23(3):7.
9. Reichel W. Perspectives on prevention and treatment of cancer in the elderly. *Ann Intern Med.* 1984;100(2):323-31.
10. Balducci L. Senior Adult Oncology Program. *Oncologie.* 2007;9:234-7.
11. Extermann M, Aapro M, Audisio R, Balducci L, Droz JP, Steer C, et al. Main priorities for the development of geriatric oncology: a worldwide expert perspective. *J Geriatr Oncol.* 2011;2(4):270-3.
12. Balducci L, Extermann M. Management of cancer in the older person: a practical approach. *Oncologist.* 2000;5(3):224-37.
13. Rigal O, Blot E, Druesne L, Chassagne P. Epidémiologie : cancer et sujet âgé. *Revue Francophone de psycho-oncologie.* 2006:141-6
14. INCa. Etude sur l'annonce du diagnostic de cancer et le ressenti des malades en 2011 [En ligne]. Mai 2012. [cité le 03/09/2013]. Disponible sur : www.e-cancer.fr/toutes-les-actualites/6988-linca-publie-une-etude-sur-lannonce-du-diagnostic-de-cancer-et-le-ressenti-des-malades-en2011.
15. Circulaire N°DHOS/SDO/2005/101 du 22 février 2005 relative à l'organisation des soins en cancérologie
16. Inca. Résultats des expérimentations du parcours personnalisé des patients pendant et après le cancer. Synthèse nationale des bilans à un an des 35 sites pilotes [En ligne]. Septembre 2012. [cité le 03/09/2013]. Disponible sur : www.e-cancer.fr/toutes-les-actualites/7177--resultats-de-la-premiere-phase-dexperimentations-du-parcours-personnalise-des-patients-pendant-et-apres-le-cancer.
17. Freyer G, Braud AC, Chaibi P, Spielmann M, Martin JP, Vilela G, et al. Dealing with metastatic breast cancer in elderly women : results from French study on a large cohort carried out by the « Observatory on Elderly Patients ». *Ann Oncol.* 2006;7(2):211-6.
18. Colorectal Cancer Collaborative Group. Surgery for colorectal cancer in elderly patients: a systematic review. *Lancet.* 2000; 356(9234):968-74

19. Delva F, Soubeyran P, Rainfray M, Mathoulin-Pelissier S. Referral of elderly cancer patients to specialists: action proposals for general practitioners. *Cancer Treat Rev.* 2012 Nov;38(7):935-44.
20. INCa. Recommandations nationales pour la mise en œuvre du dispositif d'annonce du dans les établissements de santé novembre 2005 [En ligne]. Août 2009. [cité le 06/09/2013]. Disponible sur : www.e-cancer.fr/soins/parcours-de-soins/dispositif-dannonce/outils-et-supports-dinformation-pour-les-professionnels.
21. Clavéro J. Interventions du médecin généraliste au sein de l'équipe pluridisciplinaire. *Le concours médical.* 2011;133(10):784-5.
22. Bey P. Vers une surveillance médicale partagée. *Le concours médical.* 2011;131(1):29-30.
23. Colombat P, Antoun S, Aubry R, Banterla-Dadon I, Barruel F, Bonel JM, et al. A propos de la mise en place des soins de support en oncologie : pistes de réflexions et propositions. *Hématologie.* 2009;1(1):72-90.
24. Burucoa B. Personnalisation, anticipation, coordination. *Le concours médical.* 2014;136(2):114-9.
25. Hubault P, Chataigner B, Diquero V, Cesbron JY, Pommate R, Cotinat JP, et al. Réseaux de soins, équipe mobile d'accompagnement et de soins palliatifs. Quels apports pour le patient, les aidants et le médecin généraliste au domicile ? *Rev Prat.* 2009;59(6):813-9.
26. Krakowski I, Boureau F, Bugat R, Chassignol L, Colombat P, Copel L, et al. Pour une coordination des soins de support pour les personnes atteintes de maladies graves. *Médecine Palliative.* 2004;3:134-43.
27. Norman A, Sisler J, Hack T, Harlos M. Family physicians and cancer care. Palliative care patients' perspectives. *Can Fam Physician.* 2001;47:2009-16.
28. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz AM, Imbert P, Letrilliart L, et al. Introduction à la recherche qualitative. *Exercer.* 2008;19(84):142-5.
29. Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques. Les médecins au 1^{er} janvier 2013 [En ligne]. Mai 2013. [cité le 06/09/2013]. Disponible sur : www.drees.sante.gouv.fr/les-medecins-au-1er-janvier-2013,11126.html.
30. Conseil national de l'Ordre des médecins. Atlas de la démographie médicale en France, situation au 1^{er} janvier 2014 [En ligne]. Juin 2014. [cité le 01/07/2014]. Disponible sur : www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_2014.pdf.
31. Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (J.O. 27 juillet 2009).
32. Ligue contre le cancer. La perception du cancer et de la lutte contre le cancer par les médecins généralistes, les maires et les chefs d'entreprise. Etude LH2 [En ligne]. Novembre 2008. [cité le 07/09/2013]. Disponible sur : www3.liguecancer.net/files/-national/article/documents/Observatoire-societal-cancers-Rapport-2011.pdf.
33. Dagada C, Mathoulin-Pélissier S, Monnereau A, Hoerni B. Prise en charge des patients cancéreux par les médecins généralistes. Résultats d'une enquête auprès de 422 médecins en Aquitaine. *Presse Med.* 2003;32(23):1060-5.
34. Nguyen TD, Vincent P, Lamberth F, Robles V, Curé H. Perspectives en cancérologie pour les médecins généralistes : enquête interrégionale 2010. *Bull Cancer.* 2011;98(10):1143-52.
35. Union Régionale des Médecins Libéraux de Bretagne. Baromètre des pratiques en médecine libérale. Synthèse des résultats « Prise en charge du patient cancéreux » [En ligne]. Janvier 2004. [cité le 08/09/2013]. Disponible sur : http://urpsmla.org/IMG/pdf/Prise_en_charge_du_patient_cancereux_Janvier_2004.pdf.
36. Boiche T. Suivi d'un patient cancéreux en médecine générale : enquête auprès des médecins généralistes du Poitou-Charentes. [Thèse d'exercice de médecine générale]. Poitiers: Université de Poitiers; 2004.

37. Couraud-Laouisset C. Le médecin généraliste face à la prise en charge des patients atteints de cancer. [Thèse d'exercice de médecine générale]. Paris: Université Paris 7-Diderot; 2010.
38. TNS Sofres. Lutte contre le cancer : les patients, leur maladie et les centres de soins. Etude réalisée par téléphone du 23 juin au 7 juillet 2003 [En ligne]. Juillet 2003. [cité le 08/09/2013]. Disponible sur : www.tns-sofres.com/etudes-et-points-de-vue/lutte-contre-le-cancer-les-patients-leur-maladie-et-les-centres-de-soins-2003.
39. Ferraton-Rollin M, Magné N, Gonthier R, Merrouche Y, Bois C. L'annonce du diagnostic de cancer : point de vue du médecin généraliste. *Bull Cancer*. 2013 Oct;100: 955-62.
40. Pignon, F. Rafaramino, P. Scalliet. Cancer et sujets âgés. Prise en charge. Aspects Décisionnels. *Rev Med Interne*. 2003;21:765-76.
41. Moulias R, Moulias S. *Abord clinique du malade âgé*. Paris: Springer-Verlag; 2007.
42. Audisio RA, Veronesi P, Ferrario L, Cipola C, Andreoni B, Aapro M. Elective surgery for gastrointestinal tumours in the elderly. *Ann Oncol*. 1997;8:317-26.
43. Rougé Bugat ME, Chicoulaa B, Balardy L, Subra J, Oustric S. Le médecin généraliste face aux patients âgés atteints de cancer. *Les Cahiers de l'Année Gérontologique*. 2012; 4:296-300.
44. Trang E. Interactions entre les médecins de ville : la vision des médecins spécialistes d'organe, une étude qualitative par entretiens semi-dirigés. [Thèse d'exercice de médecine générale]. Paris: Université Paris 7-Diderot; 2012.
45. Union Régionale des Médecins Libéraux de Rhône Alpes. Le dépistage du cancer du sein en médecine libérale [En ligne]. Juin 2003. [cité le 08/09/2013]. Disponible sur : www.urps-med-ra.fr/upload/urmlra/urm_etude/pj/cancerdusein.pdf.
46. Aubin M, Vézina L, Verreault R, Fillion L, Hudon E, Lehman F, et al. Patient, primary care physician and specialist expectations of primary care physician involvement in cancer care. *J Gen Intern Med*. 2012 Jan;27(1):8-15.
47. Terret C. Evaluation des structures de prise en charge du patient âgé atteint de cancer : la consultation d'oncogériatrie. *Revue Francophone de Psycho-Oncologie*. 2006;3:147-51.
48. Service communautaire d'information sur la recherche et le développement. Études consacrées aux personnes en charge de personnes âgées [En ligne]. Décembre 2007. [cité le 08/09/2013]. Disponible sur : http://cordis.europa.eu/result/rcn/83657_fr.html.
49. Nore F, Gironde M, Bézy O, Fédor MC, Leyssène-Ouvrard C, Amblard-Manhes E, et al. L'intégration des familles aux soins en cancérologie : perspectives et limites. *Psycho-Oncologie*. 2007;1:186-94.
50. Yaffe MJ, Orzeck P, Barylak L. Family physicians' perspectives on care of dementia patients and family caregivers. *Can Fam Physician*. 2008;54:1008-15.
51. Rubenstein L, Josephson L, Wiekland G. Effectiveness of a geriatric evaluation unit. A randomized clinical trial. *N Engl J Med*. 1984;311:1664-70.
52. Boulahssass R, Chamorey E, Bereder I, Mari V, Jaoua H, Couderc AL, et al. Impact de l'évaluation gériatrique standardisée en oncologie : analyse rétrospective monocentrique chez 59 patients âgés atteints de cancer. *Le Journal d'OncoGériatrie*. 2010;1:41-8.
53. Caillet P, Canoui-Poitrine F, Vouriot J, Berle M, Reinald N, Krypciak S, et al. Comprehensive geriatric assessment in the decision-making process in elderly patients with cancer: ELCAPA study. *J Clin Oncol*. 2011 Sep;29(27):3636-42.
54. Merad-Boudia Z, Kara-Slimane K, Mataix Y. Evaluation du respect de l'application de l'avis gériatrique en oncologie médicale à travers la fiche RCP (Réunion de Concertation Pluridisciplinaire). *Le Journal d'OncoGériatrie*. 2013;4(1): 47-9.
55. Sifer-Rivière L, Girre V, Gisselbrecht M, Saint-Jean O. Physicians' perceptions of cancer care for elderly patients: A qualitative sociological study based on a pilot geriatric oncology program. *Crit Rev Oncol Hematol*. 2010;75:58-69.

56. INCa. Recommandations pour le troisième plan cancer juillet 2013 [En ligne]. Août 2013. [cité le 08/09/2013]. Disponible sur : www.e-cancer.fr/toutes-les-actualites/7845-recommandations-pour-le-troisieme-plan-cancer.
57. Kubiak Y. Personnes âgées dépendantes : le maintien à domicile, solution privilégiée mais exigeante [En ligne]. 2012 Juillet. [cité le 09/09/2013]. Insee Lorraine. Disponible sur : www.insee.fr/fr/insee_regions/lor/actualites/act_presse/com_presse-EL289.pdf.
58. Augy T. Parcours complet d'une hospitalisation d'un patient gériatrique polypathologique : Enquête épidémiologique et descriptive sur le point de vue des médecins généralistes. [Thèse d'exercice de médecine générale]. Paris: Université Paris 5-Descartes; 2013.
59. Foy R, Hempel S, Rubenstein L, Suttorp M, Seelig M, Shanman R, et al. Meta-analysis: effect of interactive communication between collaborating primary care physicians and specialists. *Ann Intern Med.* 2010 Feb;152(4):247-58.
60. Arrêté du 2 mai 2007 modifiant l'arrêt du 4 mars 1997 relatif à la deuxième partie du deuxième cycle des études médicales (J.O. 10 mai 2007).
61. Yancik R, Wesley MN, Ries LA, Havlik RJ, Edwards BK, Yates JW. Effect of age and comorbidity in postmenopausal breast cancer patients aged 55 years and older. *JAMA.* 2001;285(7):885-92.
62. Townsley C, Pond GR, Pelosa B, Kok J, Naidoo K, Dale D, et al. Analysis of treatment practices for elderly cancer patients in Ontario, Canada. *J Clin Oncol.* 2005;23(16):3802-10.
63. Heitz D, Castel-Kremer E. Disparités et inégalités en cancérologie du sujet âgé. *Revue Francophone de Psycho-Oncologie.* 2006;2:85-8.
64. INCa. Médecins généralistes et dépistage des cancers. Synthèse des résultats de l'étude Barométrique InCA/BVA [En ligne]. Septembre 2010. [cité le 09/09/2013]. Disponible sur : www.e-cancer.fr/publications/90-depistage-et-detection-precoce/389-medecins-generalistes-et-depistage-des-cancers.
65. Paillaud E, Alonso E, Caillet P. Cancer après 75 ans : dépistage ou diagnostic ? *Rev Prat.* 2010 Fév;60:189.
66. Union Régionale des Médecins Libéraux. La visite à domicile chez les médecins franciliens [En ligne]. 2005. [cité le 15/09/2013]. Disponible sur : www.urml-idf.org/upload/etudes/etude_060206.pdf.
67. Minost J. Quel est l'impact de l'absence de médecin traitant sur les recours aux urgences ? [Thèse d'exercice de médecine générale]. Paris: Université Paris 7-Diderot; 2009.
68. Thardieu E, Thiry-Bour C, Devaux C, Ciocan D, De Carvalho V, Rouselot-Marche E, et al. Place du médecin généraliste dans le traitement du cancer en Champagne-Ardenne. *Bull Cancer.* 2012;99:555-62.
69. Jourdain J. A propos de la satisfaction des médecins généralistes vis-à-vis de l'hôpital. Enquête concernant le CHU de Poitiers. [Thèse d'exercice de médecine générale]. Poitiers: Université de Poitiers; 2009.
70. Binart Ecale H. Recensement des difficultés et possibilités d'amélioration de la communication d'informations médicales entre médecins généralistes et autres professionnels de santé du secteur libéral. [Thèse d'exercice de médecine générale]. Bobigny: Université Paris 13; 2012.

LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX

<u>Figure n° 1</u> : Algorithme pour la prise en charge du cancer du sujet âgé en fonction de l'évaluation gériatrique selon L. Balducci et M. Extermann.....	10
<u>Figure n° 2</u> : Carte des hôpitaux de l'AP-HP participants à l'étude	20
<u>Figure n° 3</u> : Diagramme de flux.....	31
<u>Tableau n° 1</u> : Caractéristiques des spécialistes interrogés lors des entretiens	23
<u>Tableau n° 2</u> : Réponses aux questionnaires selon la spécialité et l'hôpital du répondant	32

Annexe 1 : Guide d'entretien

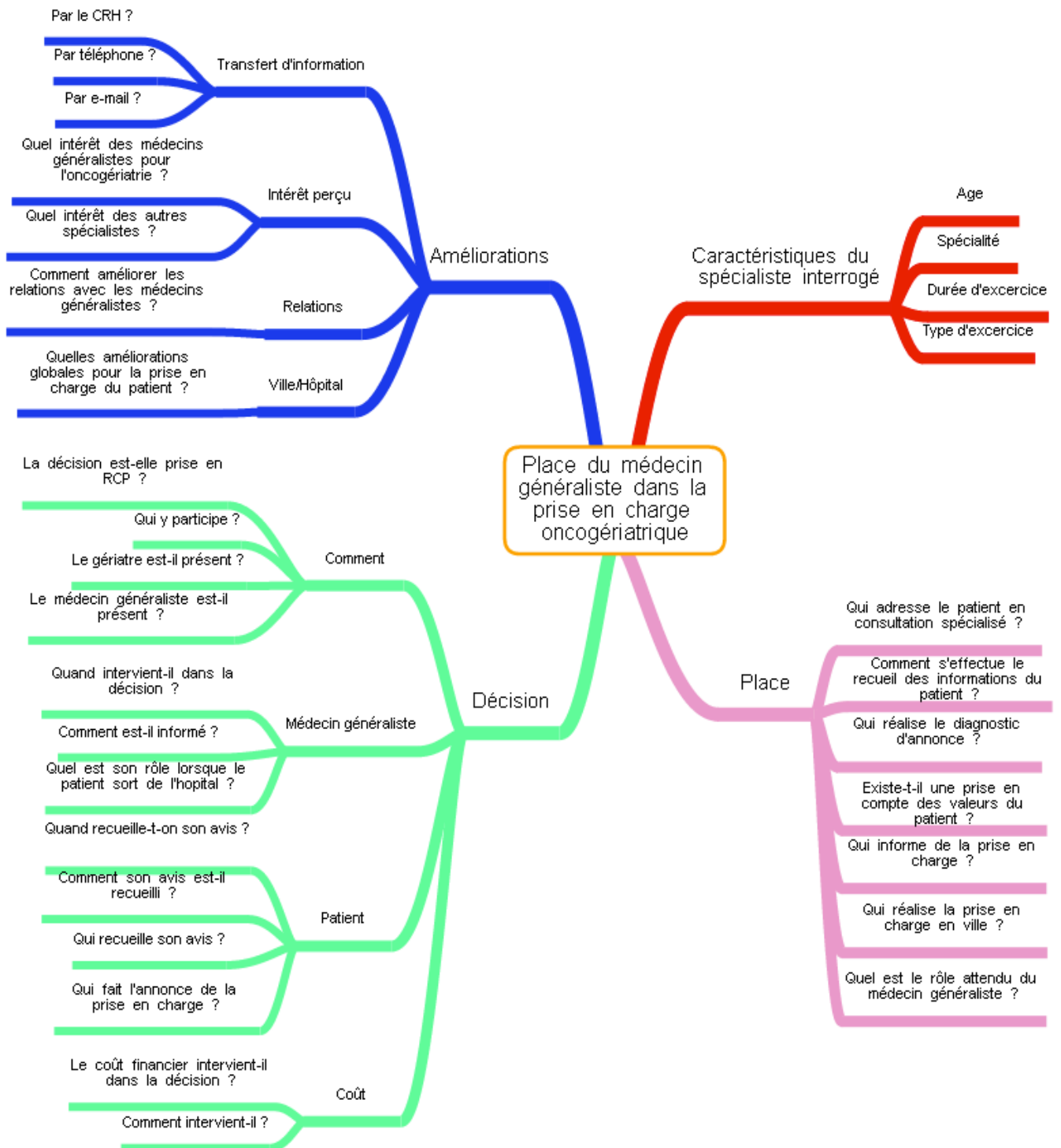
a. Présentation de l'enquêteur

Du fait de l'allongement de la durée de vie, le nombre de personnes âgées atteintes d'un cancer augmente. En 2011, près d'un tiers des cancers est survenu chez les plus de 75 ans. Vous prenez en charge quotidiennement des personnes de plus de 75 ans atteintes d'un cancer. Mon travail de thèse porte sur la place que vous percevez vous, spécialistes, du généraliste dans la prise en charge oncogériatrique.

Je vous demanderai dans un premiers temps de vous présenter en quelques mots : votre spécialité, votre lieu d'exercice, votre âge. Puis nous discuterons du rôle du généraliste que vous percevez dans la prise en charge d'un patient âgé qui est atteint d'un cancer. Ensuite, je me permettrai de vous interroger sur le déroulement de la décision thérapeutique et enfin nous discuterons des éventuelles améliorations que vous percevez.

Si vous en êtes d'accord, j'enregistrerai cet entretien que je retranscrirai, bien sûr, de manière anonyme.

b. Carte mentale



Annexe 2 : E-mail préalable adressé aux responsables des RCP

Cher confrère,

Je réalise actuellement une thèse en médecine, dirigée par le Dr Sophie Moulias, gériatre à l'hôpital Ambroise Paré, concernant la place du généraliste dans la prise en charge oncogériatrique du point de vue des spécialistes.

Vous participez à des réunions de concertations pluridisciplinaires et vous prenez en charge des patients atteints d'un cancer. Je souhaiterais connaître votre pratique et votre avis.

Je vous propose donc de me présenter avant le début de votre prochaine RCP afin de vous remettre mon questionnaire ainsi qu'à tous les médecins participants à la RCP.

Si vous en êtes d'accord, pourriez-vous m'indiquer quand a lieu votre prochaine RCP ?

Merci beaucoup par avance.

Cordialement,

Keren Gottheff

kerengottheff@gmail.com

06 47 55 86 69

Annexe 3 : Questionnaire adressé aux spécialistes

I. A propos de vous (questionnaire anonyme) :

- | | | |
|---|---------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Votre spécialité : | <input type="checkbox"/> Age : | <input type="checkbox"/> A quelle RCP participez-vous aujourd'hui : |
| <input type="checkbox"/> Votre fonction : | <input type="checkbox"/> Sexe : | |
| <input type="checkbox"/> Lieu d'exercice : | | |

Les questions suivantes peuvent être à choix multiple.

Vous avez la possibilité d'ajouter un commentaire à chaque fois que vous le souhaitez.

II. Initialement, lorsque vous prenez en charge un patient âgé qui a un cancer, en consultation ou en hospitalisation :

1) Ce patient âgé vous a généralement été adressé par :

- | | |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> le médecin généraliste | <input type="checkbox"/> les urgences |
| <input type="checkbox"/> le spécialiste d'organe | <input type="checkbox"/> autre : |

Commentaire :

2) Le diagnostic d'annonce du cancer a été réalisé en général par :

- | | |
|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> le médecin généraliste | <input type="checkbox"/> vous-même |
| <input type="checkbox"/> le spécialiste d'organe | <input type="checkbox"/> autre : |

Commentaire :

3) Le recueil des données principales concernant ce patient âgé (mode de vie, antécédents, comorbidités, thérapeutiques) se fait auprès :

- du patient lui-même s'il est capable de les communiquer
- de sa famille
- sur la base du courrier reçu du médecin qui vous adresse le patient
- du médecin traitant
- par la consultation d'anesthésie
- par le gériatre
- autre :

Commentaire :

III. Lorsqu'un dossier de cancérologie d'un patient âgé est présenté en RCP :

1) Tous les dossiers d'oncogériatrie sont présentés systématiquement en RCP :

- oui non

Commentaire :

2) Si le dossier d'oncogériatrie n'est pas présenté en RCP, c'est parce que :

- le patient présente trop de comorbidités et donc le traitement ne sera très probablement pas curatif
- le patient n'a aucune comorbidité et donc il est éligible à un traitement « pleine dose »
- le cas est simple ou le stade du cancer est précoce ou extrêmement tardif donc il n'y a pas besoin d'une discussion collégiale en RCP
- le patient est dans une structure type EHPAD ou soins de suite et le médecin qui le suit ne juge pas de la nécessité d'une RCP pour prendre la décision
- il y a seulement une modification thérapeutique donc le dossier du patient n'est pas représenté en RCP
- autre :

Commentaire :

3) Lors de la discussion d'un dossier d'oncogériatrie en RCP :

- le médecin qui connaît le mieux le patient n'est pas forcément présent
- le gériatre n'est pas forcément présent
- un avis gériatrique est toujours demandé avant la RCP
- un avis gériatrique est demandé après la RCP
- un avis gériatrique n'est pas toujours demandé

IV. Concernant vos rapports avec les médecins généralistes de vos patients :

1) Le médecin généraliste n'assiste pas à la RCP. Pourtant, c'est souvent lui qui connaît le patient âgé depuis le plus longtemps.

Pensez-vous qu'il pourrait vous fournir des indications utiles à la prise de décision (notamment sur son mode de vie avant d'être hospitalisé, sur ses capacités ou sur ses comorbidités), s'il était présent :

oui

non

Commentaire :

2) Vous appelez le médecin généraliste de vos patients, que ce soit pour avoir des précisions d'informations sur ce patient, pour avoir son avis ou pour le tenir au courant de l'évolution de la prise en charge :

toujours

rarement

uniquement s'il y a un problème ou si on vous le demande spécifiquement

souvent

jamais

parfois

Commentaire :

3) Les médecins généralistes vous appellent directement, vous spécialistes :

toujours

souvent

parfois

rarement

jamais

Commentaire :

- 4) Quel est en général le but de leur appel ?
- demande de voir un patient en consultation
 - demande d'hospitalisation d'un de leurs patients
 - demande d'avis
 - autre

Commentaire :

- 5) Actuellement, comment percevez-vous la communication entre les spécialistes et les généralistes :
- vous êtes globalement satisfait de la communication entre spécialistes et généralistes
 - vous trouvez globalement qu'il y a un manque de communication entre spécialistes et médecins généralistes
 - vous trouvez que le contact est difficile avec le médecin généraliste
 - vous trouvez que les médecins généralistes vous appellent trop rarement

Commentaire :

- 6) Vous connaissez globalement les médecins généralistes qui vous adressent des patients :
- toujours souvent parfois rarement jamais

Commentaire :

- 7) Les médecins généralistes vous adressent un courrier concernant leur patient :
- toujours souvent parfois rarement jamais

Commentaire :

8) S'ils vous adressent un courrier, trouvez-vous que ce courrier est utile et complet ?

- toujours souvent parfois rarement jamais

Commentaire :

9) Actuellement, le médecin généraliste est informé de la prise en charge, de la décision thérapeutique ou du compte rendu de consultation ou d'hospitalisation par :

- courrier email téléphone

Commentaire :

10) Avez-vous l'impression que les médecins généralistes se sentent concernés par la prise en charge des cancers :

- oui non

Commentaire :

V. Concernant les pistes d'amélioration

- 1) Selon vous, quelles sont les pistes qui permettraient d'améliorer la communication entre spécialistes et médecins généralistes :
- rencontres amicales entre spécialistes et généralistes afin de personnaliser les relations
 - ligne téléphonique dédiée où les médecins généralistes pourraient appeler en cas de problème
 - proposer aux médecins généralistes une liste des numéros des spécialistes qu'ils peuvent joindre directement
 - transfert d'informations aux médecins généralistes par voie informatique
 - codes d'accès à fournir aux médecins généralistes pour pouvoir accéder aux dossiers informatiques de leurs patients à l'hôpital
 - autre :

Commentaire :

- 2) Quelles améliorations seraient importantes pour vous concernant le rôle du médecin généraliste dans la décision et la prise en charge en oncogériatrie :
- recueil de l'avis du médecin généraliste avant la RCP s'il connaît bien le patient afin qu'il fournisse des informations utiles à la décision
 - noter initialement lorsque vous voyez un patient relevant de la gériatrie si le patient n'a pas de contact ou n'a pas de médecin généraliste qui pourrait le suivre à la sortie de l'hôpital
 - inciter les patients âgés à participer à des protocoles de recherche
 - proposer une formation continue aux médecins généralistes concernant la prise en charge du sujet âgé qui a un cancer
 - améliorer le rôle du médecin généraliste dans le dépistage du cancer après 75 ans
 - aucune
 - autre :

Commentaire :

3) Quels perfectionnements considèreriez-vous utiles concernant les missions du médecin généraliste lorsque son patient sort de l'hôpital :

- améliorer l'accompagnement et la coordination des soins à domicile par le médecin généraliste
- prévenir le médecin généraliste que son patient sort de l'hôpital et qu'il va devoir être davantage vigilant à son patient
- prévoir des visites ou des appels systématiques du médecin généraliste à la sortie de l'hôpital quand le patient est en cours de traitement
- améliorer la prise en charge des aidants par le médecin généraliste
- revaloriser la consultation du médecin généraliste lorsque c'est un patient âgé puisque la consultation est plus longue qu'un patient plus jeune
- aucun
- autre :

Commentaire :

VI. Avez-vous quelque chose que vous souhaiteriez ajouter ?

Un grand merci d'avoir participé à ce questionnaire.

Annexe 4 : Entretien n°1 du 25/09/2013

Quelle est votre spécialité ?

Oncologue médical.

Quel est votre type et lieu d'exercice ?

Mi-temps hospitalier à l'HEGP, dans le service d'oncologie digestive, qui ne traite par définition que les cancers digestifs. Et en ville, à la clinique de la porte de Saint Cloud, à Boulogne, et à la clinique Saint Jean de Dieu, à Paris, où on a une activité plus variée mais avec quand même, une dominante digestive, poumon, gynéco, on peut dire ça.

Depuis combien de temps exercez-vous ?

Depuis environ 14ans.

Pouvez-vous me dire votre âge, si c'est pas indiscret ?

52ans.

Comment vous percevez le rôle du généraliste lors de la prise en charge des patients ? Est-ce que vous entretenez en contact avec le généraliste de vos patients et si oui, par quels moyens ?

Par des moyens épistolaires, la poste fonctionne (*sourire*) ! Mais parfois téléphoniquement, mais bon c'est assez variable.

A quel moment de la prise en charge êtes-vous en contact avec le généraliste, plutôt avant pour recueillir des informations sur le patient ou est-ce que c'est plutôt après pour l'informer sur la décision de prise en charge ?

C'est plutôt après pour l'informer de la prise en charge. Ça peut être différent mais grosso modo dans mes deux types d'exercice c'est quand même plutôt similaire : en gros, c'est lors de la prise en charge initiale. De toute façon, il y a un courrier aux correspondants dont le médecin référent, évidemment. Et après chaque évaluation et changement significatif du traitement. Donc il peut se passer, sauf oubli, deux à trois mois entre chaque courrier.

Quand vous voyez un patient âgé qui a un cancer, pour la première fois, que ce soit en consultation ou en hôpital de jour, le diagnostic de cancer a déjà été fait ?

Alors le plus souvent, le diagnostic est déjà posé effectivement. On va rarement chez le cancérologue pour avoir un diagnostic de cancer. Pour un diagnostic de rechute, oui mais le diagnostic initial de cancer il est fait soit par le spécialiste d'organe ou le chirurgien mais y a un cheminement qui fait que nous, on est en aval, les gens sont déjà informés de leur pathologie, pas forcément de l'extension mais de leur pathologie.

Quand vous prenez en charge un patient, vous avez déjà toutes les informations sur le patient ou vous avez besoin d'aller chercher les informations concernant ses antécédents, ses comorbidités, son environnement ?

Alors théoriquement, on a l'information, après on peut rechercher des informations spécifiques, par exemple pour les interactions médicamenteuses ou savoir si certains traitements sont compatibles avec l'état du patient, mais c'est vrai qu'on a plus fréquemment recours aux spécialistes d'organes, par exemple le cardiologue, pour être clair, que vis-à-vis du médecin traitant. Il se trouve que pour les personnes âgées, souvent, elles sont rarement vues seules en consultation. Y a soit un conjoint soit la famille et c'est ce qu'il permet souvent d'avoir l'information.

Après avoir fait le bilan du cancer, je suppose que vous allez prendre une décision concernant la prise en charge de sa pathologie. Est-ce que vous allez essayer de savoir ce que lui attend de cette prise en

charge, ses souhaits, si par exemple il y a un traitement qu'il ne veut pas ? Comment ça se passe en pratique ?

De toute façon il est clair que nous on fait une proposition thérapeutique, quand je dis nous, moi, enfin sachant que tous les traitements, les propositions, sont théoriquement décidés en Réunion de Concertation Pluridisciplinaire. Il se trouve que ici, il y a des gériatres ou oncogériatre, mais que on fait une proposition thérapeutique et que le patient peut ne pas être d'accord. Donc ça, c'est toujours en l'occurrence possible, mais il s'avère que c'est pas extrêmement fréquent. Donc nous on est plutôt à diminuer l'intensité des traitements souhaitables du fait des comorbidités etc., et c'est plutôt rare que le patient soit en refus de soins. Mais une fois que nous avons fait la proposition thérapeutique, on peut discuter d'un aménagement en fonction de son souhait et de mon souhait. Mais in fine, si le patient refuse un traitement, oui, ça m'est déjà arrivé d'assumer ça. Moi, ça me gêne pas plus que ça dans la mesure où l'information est claire et donc le patient sait ce qu'il risque en refusant un traitement, et sait ce qu'il peut gagner en acceptant un traitement. Donc il faut que l'information soit claire, ce qui n'est pas toujours le cas.

Mais par contre, quand on est dans un refus d'une proposition thérapeutique, ce qui est sûr, pour ce qui me concerne en tout cas, il est clair que là je vais peut être aller plus loin dans l'explication, parfois des explications qui ne sont pas demandées, en l'occurrence le pronostic etc., mais c'est vrai que quand on est dans un cadre de chimiothérapie palliative, c'est pas forcément très explicité au patient à un moment donné parce qu'il a pas de demandes particulières là-dessus mais s'il refuse un traitement, là je vais plus expliciter. Parce que soit il comprend bien que c'est de la chimio palliative, que son espérance de gain de vie..., enfin être un peu plus précis, s'il sait que de toute façon il va pas guérir, on peut accepter l'idée qu'il refuse d'être emmerdé par un traitement éventuellement toxique. Par contre, si c'est le cas d'un traitement à visée curative, je serai beaucoup plus insistant, c'est clair.

Vous parliez des RCP. Justement, est-ce qu'à chaque fois que vous avez le cas d'un patient âgé qui a un cancer, vous présentez systématiquement son dossier en RCP ou non ?

Il m'arrive de ne pas présenter en RCP, c'est assez rare tout simplement parce que les patients me sont adressés par d'autres centres que moi je vais chercher dans des RCP. Donc la RCP est quand même le plus fréquent. Par contre, l'absence de RCP est plus fréquente en cas de modification thérapeutique. Dans le cadre du changement d'une chimiothérapie, je vais pas emmerder les chirurgiens, les anathomopathologistes et tout ça avec ça.

Mais dans les RCP de ville, y a souvent pas de gériatre.

Le plus souvent, les généralistes n'assistent pas aux RCP, si ?

A epsilon près, jamais. C'est arrivé mais très rarement.

Et vous avez trouvé que ça avait influé sur la décision qui a été prise ?

Je peux pas le dire de manière objective parce que c'est peut-être trop peu fréquent. Mais si un médecin généraliste se donne du mal pour se dégager du temps pour venir à la RCP de son patient, ça veut dire qu'il y a vraiment une implication particulière et je pense que c'est forcément positif. Maintenant, y a quand même beaucoup de médecins traitants qui ne connaissent pas bien la cancérologie, ce qui est assez normal somme toute, et qui s'en remettent beaucoup à nos décisions, y compris lors de complications de traitements ou des choses annexes en disant : « vous êtes sous chimiothérapie, je ne peux rien faire, allez voir votre oncologue ». C'est un truc assez habituel.

Donc d'après ce que vous me dites, vous entrez en contact avec le médecin généraliste plutôt après la RCP, une fois que la prise en charge a été décidée et non avant ?

Non parce que comme je vous le dis, le chemin est tel que le patient va faire son bilan etc.. Je ne sais pas si le médecin a eu le temps de recevoir un compte rendu du collègue qui a fait le diagnostic et le bilan d'extension. Mais il est vraisemblable qu'ils reçoivent les conclusions de la RCP a posteriori. Ça c'est tout à fait possible.

En général, vous pensez qu'ils le reçoivent combien de temps après la RCP ?

J'en sais rien (*rires*) ! Parce que moi ce que je fais, quand je fais une RCP, on m'adresse un patient, moi je reçois le compte rendu de la RCP, je vois le patient après, je sais pas combien de temps après, mais bon, pas trop longtemps. Mais normalement, y a déjà un courrier, celui qui m'est adressé, est généralement adressé en copie au médecin référent et aux autres confrères etc.. Donc moi je sais pas, je dirai 15 jours mais je ne signe rien, hein (*rires*) ?

Et après la RCP, vous revoyez le patient pour lui présenter la décision qui a été prise ?

Alors la RCP, moi généralement, pour des gens qui sont des primo participants à la RCP, moi je les vois pour la première fois après. Mais ce qu'il peut se passer, c'est que c'est plutôt le spécialiste d'organe qui a fait le diagnostic qui a présenté son patient en RCP qui va le revoir et qui lui explique un peu : « cher monsieur, chère madame, vous allez faire de la chimiothérapie, je vous adresse au docteur bidule ».

Par contre, dans la partie hospitalière, ici, effectivement les patients sont dans le cadre d'un suivi, on les voit avant, on les RCPise et on les revoit en consultation. Mais sachant que, oui pour leur expliciter les trucs, mais généralement on fait des propositions thérapeutiques, on reste souvent dans le même cadre. Après ça va être plutôt le type de chimio qu'on propose. C'est rare, mais bon ça arrive, qu'on change du tout au tout : « oui, on n'avait pas pensé à ça ». Mais effectivement, après les gens sont revus.

Qui participe aux RCP ?

Bah là, il faut distinguer les choses. Parce que ici, on est très nombreux, y a tout le service d'oncogig, machin, les internes, radiologues, anapath, chirurgiens, parfois nucléaristes, oncogéiatres et puis éventuellement radiologues interventionnels.

Y a toujours un gériatre qui participe à la RCP ?

En général, y a un gériatre qui participe à la RCP, ici oui. Et donc on choisi éventuellement d'orienter. Ou alors c'est eux qui présentent leurs patients pour une décision thérapeutique.

Dans la décision thérapeutique en oncogériatrique, est-ce que la question du coût intervient ?

Du coût monétaire ?

Oui ?

Non, enfin pas chez nous en tout cas. Mais le coût pour qui ?

Le coût pour l'hôpital, le coût des traitements, le coût d'une hospitalisation pour un patient âgé ?

Honnêtement, pour moi non. Euh, ce qui compte c'est le patient. Euh, si je trouve que le patient il est pas fit pour avoir un traitement, il aura pas de traitement. Mais le coût du traitement, moi ça me, euh..., non, enfin si je dois expliciter, parce que je pense que euh, le patient, euh...s'il a une vie, enfin je sais pas, enfin mon doyen moi, en clinique il a 93ans, cliniquement il est très bien, il vient en consult avec son épouse, il vit normalement. J'ai pas de questionnement à me poser. Il serait en fauteuil roulant ou en brancard, bon. Moi c'est uniquement bénéfices/toxicité. Le coût financier, c'est pas mon problème.

Pour ce qui est ensuite du suivi, quand le patient va retourner à son domicile, comment se passe le suivi en ville entre le généraliste et l'hôpital ?

Pour un patient qui sera traité par exemple ?

Oui.

En fait, nous, nos traitements ils sont assez fréquents, hein. C'est soit hebdo, soit bimensuel, soit toutes les 3 semaines. Donc, en fait, je pense qu'on fonctionne plutôt en parallèle. Nous, on voit les patients, on fait les traitements, on adresse des courriers, bon il se peut qu'il y ait une interaction, mais bon, moi si j'ai pas de problème particulier je vais pas forcément appeler le médecin et si le médecin traitant n'a pas de problème particulier, il va pas m'appeler non plus. La question c'est ça, si effectivement il y a un problème spécifique, le médecin traitant va dire, souvent, enfin souvent ça veut pas dire toujours ou très souvent, ça veut dire assez souvent, « moi je peux rien faire parce que vous êtes sous traitement », ce que soulignait Philippe Rougier éventuellement tout à l'heure, toute façon

« mon médecin traitant il connaît pas du tout ça, donc moi je préfère que ce soit vous qui vous occupiez de ça ».

Et donc, c'est pas tout à fait, c'est pas très très fréquent... qu'on voit les choses directement. Par contre, pour un cas précis, les anticoagulants, les recos sont un peu spécifiques aux patients de cancéro, et il arrive, quand je vois un patient sous Sintrom, j'appelle le médecin traitant en disant « non, les recos c'est de laisser les gens sous HBPM », parce que bon, ok, c'est des recommandations mais bon ils sont pas obligés de savoir ça. Donc c'est vrai que ça fait une petite distorsion.

Et donc vous, le rôle du médecin généraliste, vous le percevez comment dans la décision du traitement ou dans la prise en charge ultérieure ?

Dans la décision thérapeutique, je pense qu'il est pas très important. Après, dans le suivi... mais ça dépend aussi d'une chose, ça dépend aussi si on connaît les médecins traitants personnellement ou pas. Bon moi, à Boulogne, avant d'être installé et pendant mon installation, avant d'être ici, je suis ici depuis 3 ans, mais avant j'étais à Ambroise Paré. Ce qui fait que j'avais une connaissance du tissu médical de Boulogne assez important, moi j'étais aux FMC de Boulogne. C'est vrai que moi j'ai eu un médecin qui m'a appelé ce matin, bon on se tutoie, on a eu justement une discussion sur les anticoagulants. Bon, ça arrive mais c'est vrai que c'est plus facile avec des gens qu'on connaît directement et qui vont appeler directement ou que je pourrai appeler directement. Et je pense que ça se passe mieux qu'ici où on connaît pas les médecins référents. Je suis pas sûr d'avoir répondu à votre question !

Si, si, ne vous inquiétez pas ! Quelles pistes d'amélioration vous percevez dans le transfert d'informations avec le généraliste ? Est-ce que vous pensez qu'il y aurait besoin de systématiser les informations aux généralistes ? Là, vous envoyer systématiquement un courrier aux généralistes ?

Ici, en hôpital de jour, non. On devrait, mais non parce que je trouve que c'est trop chronophage mais normalement, on devrait. Ce qu'il y a, c'est que quand on envoie les doubles de consultations, y a les protocoles de chimiothérapies, enfin en ce qui me concerne puisque je suis oncologue médical. Je le faisais avant mais je le fais plus, souvent je donne une note d'information médicale sur le protocole de chimio à destinée patients, et maintenant j'y repense, je devrais le faire mais je le fais plus, j'ai pas eu l'impression que ça intéresse beaucoup les généralistes, de recevoir le double de cette information. Parce que le nombre de ceux que ça intéresse vraiment, je veux dire, est-ce qu'ils ont le temps de s'en préoccuper parce que je pense que la consultation à 23 euros c'est pas forcément propice. Et puis en général c'est des patients qui vont pas très bien donc c'est des consultations assez longues. Donc je suis pas sûr que le médecin soit forcément intéressé par nos cuisines. Moi ce que je vois, c'est quand même extrêmement rare qu'on ait des courriers des généralistes. Alors, nous les courriers qu'on fait, alors ici ça prend vachement plus de temps. Mais en ville, moi mes courriers ils sont partis dans la semaine. On a plusieurs secrétaires, des logiciels qui vont bien, c'est un coût mais mes courriers, au pire, ils arrivent en 8 jours. Quand on a un mot du généraliste, mais bon c'est normal je pense qu'il a pas de secrétaire, c'est un mot griffonné, c'est franchement rare. Même c'est assez rare d'avoir un mot du généraliste en disant « vous allez voir untel, il a ça, ça et ça, merci de nous tenir au courant ». Bon, nous on le fait systématiquement dans l'autre sens, bon c'est vrai qu'on a cette infrastructure qui fait que. Mais bon dans l'autre sens, c'est pas très fréquent. Mais je pense que pour eux, bon je sais pas, mais j'imagine que y a la méconnaissance du sujet et y a la question temps qui est vachement importante.

Les RCP, ici c'est simple. Y en a deux, dont une qui est plus chirurgicale, le mercredi et le jeudi. Bon mais je suis pas sûr que quelqu'un qui vienne ici se sente super à l'aise quand on raconte nos conneries mais même en terme de temps je veux dire, si c'est 45 minutes et qu'on passe 2 secondes sur son patient parce que c'est simple ou qu'on s'engueule 10 minutes parce que c'est hyper compliqué et que personne sera d'accord. Mais de temps en temps, y a le généraliste qui vient et il va dire : « moi je voudrais dire que ce patient il est comme ci ou comme ça, il habite au 4^e, sa femme habite avec lui, il a la CMU et ses enfants sont à 3000 bornes », c'est arrivé, mais je vous dis c'est extrêmement rare. En ce qui concerne la ville, s'il veut se déplacer pour qu'on passe 2 minutes sur son patient alors qu'il va perdre une heure et que y a 7 patients qui l'attendent derrière la porte, bon. Mais en fait il faudrait qu'on annonce a priori qu'on passe son truc à telle heure, ça devient un peu lourdingue.

Les dernières mesures du Plan Cancer, c'était de mettre le médecin généraliste au centre du dispositif, qu'est-ce que vous en pensez ?

C'est vrai que quand y a un diagnostic de cancer qui est fait chez un patient, mais qu'il soit âgé ou pas, effectivement y a le tiers de ceux qui ont un bon lien avec les patients, y a ceux qui vont rendre responsable le médecin généraliste responsable ou le spécialiste parfois : « bah tiens, mon gastro ça fait deux ans qu'il me suit, etc.. », le retard au diagnostic, et là ça fait un clash. Ceux qui ont un médecin généraliste « mais ça c'était avant de déménager et donc il est à 2h de chez moi », ce qui fait que finalement y en n'a pas tant que ça qui sont susceptibles d'interagir avec nous. Moi ce que je pense, c'est là où ça marche le mieux, c'est des gens qu'on connaît. Genre une copine que j'ai eu comme interne quand j'étais chef en médecine interne, un gars de Saint Cloud que j'ai vu quand on tentait de mettre en place des réseaux, des gars de Boulogne que je connais parce que machin, et c'est vrai qu'il faut avoir le téléphone facile et le mobile de son correspondant. Ou au moins qu'on ait une grande accessibilité à l'hôpital, ce qui est souvent un problème à l'hôpital. Ce qu'on dit quand même de l'hôpital, c'est que les gens sont injoignables.

Donc vous, vous arrivez facilement à joindre les médecins généralistes mais la réciproque n'est pas vraie ?

Oui, les généralistes ils rament ! Moi je me souviens, on avait eu une réunion avec Mr X (NDLR : médecin généraliste de Boulogne) et l'amicale des médecins de Boulogne, et y avait Mr Y (NDLR : autre médecin généraliste de Boulogne) qui avait dit : « nous, on sait comment ça fonctionne ou comment ça fonctionne pas quand on veut joindre les oncologues ». Il a sorti son portable et il a dit « voilà moi j'ai le numéro de W (NDLR : spécialiste hospitalier), le numéro de Y (NDLR : spécialiste hospitalier) et voilà quand j'ai un problème comment je fais ». Les autres, ils ont beau dire « oui, nan c'est pas vrai » mais même Mr V qui est quand même quelqu'un de relativement accessible, quand il est en congrès, en RCP ou à l'extérieur, et bah il est pas là. Alors que les médecins de ville sont assez souvent là et plus joignables. Je pense que c'est vrai que le premier truc, c'est d'avoir des lignes téléphoniques dédiées et que les gens rappellent. Dans tous les sens.

Pour le suivi des patients en ville, vous n'indiquez pas un numéro de téléphone au médecin où vous êtes joignable ?

A titre personnel, je ne file pas mon portable aux patients. Quand les gens m'appellent et que c'est compliqué, je leur donne. Mais c'est vrai que j'ai pas fait un mailing aux médecins de Boulogne en leur disant « voilà mon mobile », ce que j'ai d'ailleurs songé à faire y a pas longtemps d'ailleurs, parce que quand ils appellent, je leur donne. C'est vrai que c'est quand même beaucoup plus simple. Mais un mailing dédié pour ça, je l'ai pas fait. Mais par contre, oui je pense que ça peut être pas mal.

Vous utilisez vous, que ce soit à l'hôpital ou en clinique, le Dossier Communicant de Cancérologie ?
Je vais dire pas du tout, je sais même pas ce que c'est ! C'est quoi ?

C'est une des mesures du Plan Cancer dont l'objectif était de partager les données entre les différents spécialistes qui prennent en charge le patient cancéreux, qui regroupent le compte rendu opératoire, le compte rendu d'anapath, le compte rendu de la RCP, avec le médecin traitant et éventuellement le patient. Il a été initialement mis en place dans certaines régions et il devait ensuite s'étendre aux autres régions de France.

Bon déjà le DMP, j'ai un copain qui fait partie de l'ASIP qui a tenté de me convaincre du DMP, je lui ai dit que de toute façon j'y comprenais rien, que j'avais pas le temps et que ça me gonflait. Mais moi, personne n'est venu me parler du Dossier Communicant de Cancérologie en me disant comment ça marchait.

Et vous, vous pensez que ce serait possible de le mettre en place le DCC ?

Ça dépend qui fait quoi, ça dépend vraiment qui fait quoi. Par contre, moi encore à titre personnel, et ce que l'on fait nous, que ce soit ici ou dans le cadre de l'exercice de ville, moi j'essaie de faire en sorte que les gens aient un maximum de documents à eux. C'est-à-dire que je leur donne les comptes

rendus chirurgicaux, les comptes rendus anapaths, les doubles de protocoles de chimiothérapies, les effets secondaires de chimiothérapie, et puis grosso modo c'est à peu près tout.

Donc c'est le patient qui va être un peu « porteur » de son dossier finalement ?

Oui voilà, c'est ça. Et ce qu'on a fait en ville mais qu'on fait pas ici, enfin à cet étage, on a fait des dossiers carton qu'on donne aux patients, qu'ils utilisent plus ou moins à bon escient, etc.. Mais ça on l'a fait pour qu'ils aient un maximum d'infos.

Et si ce dossier carton, s'il était informatisé, par exemple sur une sorte d'intranet et qu'il serait accessible aux généralistes et aux autres spécialistes, ça faciliterait les choses ?

Si, ça faciliterait les choses. Par exemple, nous, mais là je parle que de la ville, nous à Boulogne, on a un dossier qui est informatisé et sur lequel on scanne tous les documents. Donc on a beaucoup de choses mais ça n'est pas accessible de l'extérieur. Par contre, on utilise, mais bon c'est pas un dossier complet, mais on a un truc intranet ou internet dans lequel on met nos observations et les RCP sont édités dessus. Et on pourrait, mais là ça prend trop de temps, y a les radiothérapeutes qui en tout cas mettent leurs comptes rendus dessus, et les correspondants chirurgiens mettent un certain nombre de choses dessus. Donc nous, on a quelque chose qui existe, qu'on finance nous-mêmes, avec éventuellement l'aide de labos, et pour qui théoriquement, mais là encore, il faut s'en occuper, on pourrait très bien, pour un médecin donné lui donner accès à un code pour accéder au dossier du patient. Mais ça, c'est vrai que c'est extrêmement chronophage. Bon ça a un coût, on a essayé de se faire financer. Mais ce truc existe.

Pour finir, quels éléments amélioreraient la relation entre l'hôpital et les généralistes ?

Cette histoire de disponibilité, ce qui a été dit 25 fois depuis 50 ans, d'avoir, enfin qu'on n'ait pas 18 numéros qui sonnent dans le vide. Bon les DECT ça a déjà pas mal arrangé les choses. Mais bon, encore une fois, moi je suis là à mi-temps mais en gros, dans mon mi-temps je suis quand même ici, sur place. Et donc les gens, je leur donne souvent mon DECT. Mais donc c'est ça, c'est d'être disponible et joignable et de répondre au téléphone.

Qu'est ce qui pourrait améliorer la prise en charge en ville du patient oncogériatrique ?

Vu comme ça je sais pas, mais y a quand même les aides à domicile, ça reste un vrai problème. Un renforcement des aides à domicile. Après, on a toujours un problème pour les lits d'aval mais là on retourne dans l'hospitalisation, pour les SSR et tout ça.

Les patients âgés qui sont seuls, là c'est proche d'être insoluble. Parce que soit ils sont en bonne forme et on les considère comme des patients jeunes et donc y a pas de problème, soit ils sont franchement limités et c'est vrai que c'est là où les aides ou surveillance, ça pourrait être bénéfique. Surtout que c'est des gens qui ont pas accès aux technologies de communication moderne et qui sont plus à même d'être paumés. Pourtant j'en vois pas mal de sujets âgés en ville, voire très âgés mais c'est dans le privé donc ils sont plutôt entourés, éduqués, etc.. C'est pas l'immigré ancien ouvrier chez Renault, en foyer, mais bon ça arrive mais c'est compliqué. Souvent ils ont des amis mais c'est pas facile-facile !

Enfin, est-ce que vous avez d'autres choses à ajouter sur la prise en charge en oncogériatrie dont on n'a pas forcément parlé ?

Non, mais c'est vrai que ça se développe pas mal, parce que je vois dans une autre clinique où j'interviens, j'interviens un peu dans les RCP, que ça va faire partie intégrante des choses. Si, y a quand même un truc. Je sais pas s'il y a des tarifs de consultation un peu spécifique avec des rémunérations un peu plus attractives que le C classique, parce que ça, ça paraît évident que ça va pas. De la même manière pour tout ce qui est soins de support, a fortiori chez les gens âgés, parce que les soins de support et l'équipe mobile de soins palliatifs en ville je pense pas qu'il y ait de codification particulière. Et ça mériterait évidemment d'avoir des consultations spécifiques, sachant qu'une consultation soins de support ça dure au moins 45 minutes et que 23 euros ça va pas. C'est ça, la valorisation des actes et des consultations et des lettres dédiées. La cancéro, ça prend du temps, les soins de support ça prend du temps par définition et chez les gens âgés, je pense que ça prend un peu plus de temps.

Annexe 5 : Entretien n°2 du 26/09/2013

Est-ce que tu peux me parler de ta spécialité et me dire quel est ton type d'exercice ?

Alors mon exercice il est gériatrique exclusif depuis 98, donc depuis 16 ans, je fais que de la gériatrie. Je fais que de la gériatrie hospitalière, soit une activité au début de moyen séjour, enfin, de soins de suite et de réadaptation et de long séjour en tant qu'interne puis en tant qu'attaché au tout début. Ensuite en tant qu'attaché, j'étais surtout en soins de suite et de réadaptation à l'hôpital Sainte-Périne pendant quelques années. Et puis ensuite, j'ai eu une activité mixte entre le soins de suite et de réadaptation et la mise en place de l'équipe mobile, ici, le 9 février 2004, qui me prenait un temps partiel équipe mobile et un temps partiel en soins de suite et de réadaptation à Sainte-Périne. Et depuis 2007, en temps plein sur Ambroise Paré, entre l'équipe mobile de gériatrie, l'hospitalisation de court séjour sur l'hôpital Ambroise Paré, l'hôpital de jour qu'on a aussi à Ambroise Paré et les consultations.

Et dans cet exercice-là, on a comme domaine d'activité, qui nous occupe le plus, dans l'équipe mobile, dans l'activité transversale, c'est la prise en charge des patients qui ont des syndromes confusionnels, puisque c'est à peu près la moitié des appels pour lesquels on est sollicité ; l'objectif de l'équipe mobile étant d'optimiser le soin gériatrique dans les autres services que les services de gériatrie, médicaux et chirurgicaux.

Et l'autre motif d'appel qui va croissant depuis 2008 je dirais, 2008-2009, c'est l'activité oncogériatrique, c'est-à-dire la prise en charge ou l'évaluation et la prise en charge des patients âgés qui ont un cancer et pour lesquels il faut savoir un petit peu comment on s'oriente.

Mais ça, c'est une activité qui doit représenter entre 20 et 25% de mon activité. En terme juste purement clinique parce que à côté de mon activité clinique pure, y a tout ce qui va être l'enseignement, la recherche, la communication dans les congrès où, là, en revanche, autant sur les communications écrites que les communications orales ou affichées dans les congrès, c'est 80-90% de mon activité sur l'oncogériatrie.

Et du coup, depuis combien de temps tu exerces ?

En tant que docteur, depuis 99, donc ça fait 14ans.

Et tu as quel âge ?

J'ai 42ans. Et 4mois !

Quand tu prends en charge un patient oncogériatrique, est-ce que c'est toi qui as fait le diagnostic d'annonce ou c'est un confrère qui a fait le diagnostic ?

L'idée, c'est qu'on a plein de facettes, en fait. On a plusieurs présentations pour ces patients-là. C'est pas des facettes, c'est des accès aux soins, en fait. On a plusieurs schémas. Y a le patient qui arrive... enfin, tout part du domicile le plus souvent. Soit le patient est au domicile et est pris en charge par son médecin traitant qui fait des explorations devant une altération de l'état général, une anémie, des rectorragies, tout ce qu'on veut, qui peut orienter vers la recherche d'une pathologie néoplasique. Soit le médecin traitant fait un premier débrouillage clinique et paraclinique en ville et, une fois qu'il a une bonne idée de l'orientation, l'adresse vers un oncologue de spécialité ou vers un oncologue général et dans ces cas-là, ils arrivent dans des services d'oncologie ou des services de spécialité, je pense à la pneumo, je pense à la gastro, l'hémato. Ils arrivent dans ces services de spécialité, et là, la grande difficulté, ça va être que ces services de spécialité nous sollicitent pour que nous on vienne donner notre avis. Ça, c'est une première façon de venir voir le patient, c'est d'être sollicité par des services de spécialité autre que la gériatrie pour aller voir des patients âgés avec un cancer.

Donc là, ils ont déjà eu le diagnostic de cancer ?

Généralement, ils sont en cours de bilan parce qu'ils ont souvent pas tout à ce moment-là, que ces pathologies-là nécessitent souvent des examens un peu invasifs, des fibroscopies, des biopsies, des explorations, des scanners corps entier, enfin, il faut aller faire le bilan de la lésion qui a été trouvée et de son envahissement à distance potentiel. Donc pendant le temps qui va occuper ce patient en hospitalisation, qui va varier entre quelques jours et deux semaines, nous, on est sollicité comme un

des intervenants dans cette prise en charge-là et souvent, donc, on arrive soit en amont du diagnostic, soit quand le diagnostic est déjà fait mais le plus souvent en amont de l'annonce diagnostique et thérapeutique du coup. Parce que l'objectif de la consultation d'annonce, c'est d'annoncer au patient ce qu'il a mais aussi de lui annoncer aussi la décision thérapeutique qui a été prise en RCP. Donc l'idéal pour nous et pour le patient, c'est de pouvoir arriver avant cette RCP, qu'on participe à la prise de décision et qu'ensuite on annonce au patient un petit peu tout. Mais dans ces cas-là, quand les patients sont dans un service de spécialité, c'est les spécialistes qui ont en charge directement le patient qui vont assumer l'annonce diagnostique, l'annonce thérapeutique et qui vont suivre ensuite le patient. Ça c'est le premier schéma.

Le deuxième schéma, c'est le patient qui nous est adressé en consultation parce que altération de l'état général tout ça, donc exactement la même ambiance que la médecine générale et il nous est adressé pour une altération de l'état général et nous, sur les éléments d'orientation, sur l'examen clinique qu'on va faire en consultation et sur des éléments biologiques souvent, ça peut régulièrement nous suffire pour le prendre en hospitalisation, soit en hôpital de jour, soit en hospitalisation conventionnelle, en fonction de l'état de santé du patient et là nous faire le diagnostic. Quand on fait le diagnostic alors qu'il est hospitalisé chez nous, c'est exactement la démarche inverse, c'est-à-dire qu'on fait venir le spécialiste d'organe pour avoir son avis sur, on a un peu l'habitude quand même, donc on fait le bilan de débrouillage en ce qui concerne tel ou tel type de pathologie cancéreuse, on leur demande leur avis bien entendu et puis, c'est nous qui allons présenter le dossier du patient en RCP, à l'inverse des patients qui sont pris en charge dans les autres services où nous, on vient à la RCP pour donner notre avis mais là, on arrive avec notre avis, on les sollicite pour la prise en charge, et généralement l'annonce diagnostique et thérapeutique elle est faite par nous, assez souvent elle est faite par nous. Et elle est refaite en général par le spécialiste qui ensuite va le prendre en charge parce que nous, on n'est pas oncologue et on n'a pas l'aptitude à prescrire une chimiothérapie ou une radiothérapie, enfin c'est pas nous qui allons faire ça. Donc on n'est pas des radiothérapeutes, on n'est pas des chimiothérapeutes non plus. Ça c'est la deuxième version.

Et la troisième que je vois comme ça évidente, c'est le patient qui... (*Sonnerie du téléphone*). Le troisième cas de figure, c'est le patient soit qui a pas de médecin traitant soit qui en a un mais qui le sollicite pas forcément et qui arrive aux urgences dans une situation cata, soit en occlusion, soit très altéré sur le plan de l'amaigrissement, sur le plan de l'asthénie, qui arrive aux urgences pour, entre guillemets, un espèce de débrouillage de mauvais état général et qui arrive le plus souvent quand c'est des patients âgés dans nos services et là, c'est nous qui posons aussi le diagnostic de cancer et qui organisons le point de départ de la prise en charge. Donc là, y a une première problématique qui va être l'accès au spécialiste pour le patient, donc ça va être l'accès à l'hôpital, qui passe ou pas par le médecin traitant, mais qui passe quand même régulièrement par eux, et ensuite la deuxième étape, qui va être, une fois qu'on est d'un côté oncologique ou côté gériatrique, de pouvoir avoir accès aux autres spécialistes pour qu'on avance sur cette prise en charge-là. Mais ça nous arrive de faire des annonces diagnostiques, des options thérapeutiques, toujours après la RCP, mais ensuite on n'est pas des thérapeutes donc on passe la main.

Avant de prendre une décision thérapeutique, comment vous allez recueillir des informations concernant le patient ? Est-ce que c'est le généraliste qui vous les donne spontanément par un courrier ou est-ce que vous êtes obligé d'aller chercher ces informations auprès du généraliste, ou vous les recueillez par d'autres moyens ?

Bah y a tous les cas de figure. Y a les cas de figure où c'est le généraliste qui nous appelle et on en a beaucoup parce qu'on a quand même une activité de proximité ici à Ambroise Paré. Donc on est un hôpital universitaire certes, mais on a une grosse activité de proximité : 80-85% des patients sont des patients de Boulogne ou du 16^e. Donc les médecins traitants les adressent ici pour la prise en charge. Y a un certain nombre de médecins traitants avec lesquels on travaille plus que d'autres parce qu'on a plus l'habitude de recevoir leurs patients et ils ont plus l'habitude de travailler avec nous. Ces médecins-là, ils nous appellent en direct, soit Y (*NDLR : gériatre du service*), soit moi, enfin des médecins du service, en nous expliquant le contexte, en nous demandant soit de le voir en consultation soit de le prendre en hospitalisation quand ils considèrent que le patient est trop fragile. Donc là, on a

déjà un certain nombre d'informations et quand ils nous l'adressent. Ils nous l'adressent rarement sans courrier, sans antécédent, sans l'histoire et les thérapeutiques qu'ils prennent.

Soit ils arrivent dans le contexte d'urgence et on n'a pas grand chose et évidemment, dès qu'ils sont un petit peu mieux et qu'ils peuvent nous donner les coordonnées du médecin traitant, la famille nous les donne, on le contacte. Mais quoiqu'il en soit en gériatrie, c'est quand même rare qu'on sollicite pas les médecins traitants ou qu'on les appelle pas pour avoir des infos parce qu'on a la particularité d'avoir ce que tu connais bien, des patients qui sont polypathologiques, qui sont polymédicamentés et qui ont régulièrement, malheureusement pour eux, des troubles cognitifs et donc on peut pas toujours se fier à ce qu'ils nous racontent. Donc il faut bien sûr les entendre, entendre ce que dit la famille qui est souvent là parce que c'est souvent une relation à trois, c'est pas médecin-malade mais c'est médecin-malade-famille, et puis il faut avoir le médecin traitant pour valider tout ce qu'il se passe, pour voir comment lui il perçoit la situation, donc on les appelle tout le temps. On les appelle tout le temps pour faire le point initial quand le patient vient d'être hospitalisé, on veut essayer de comprendre quelles sont ses comorbidités, qu'est-ce qu'il s'est passé récemment, est-ce qu'il a eu des antibiotiques, pourquoi, comment, quels sont les traitements qu'il reçoit ; je suis pas sûr qu'ils soient aussi sollicités que ça ensuite quand on a posé un diagnostic. Ça je suis même sûr que non.

Je pense que c'est assez spécifique au service d'appeler aussi souvent les médecins généralistes, je ne suis pas sûre que les autres services le fassent aussi souvent !

Oui, t'as vu, je pense que tu peux être objective, je pense qu'on les appelle tout le temps. Le patient arrive, un ça permet de savoir plus d'infos sur le patient qu'on va avoir en charge et c'est pas toujours simple donc si on n'a pas les infos c'est encore plus dur, deux ça permet au médecin de savoir où est son patient et comme c'est vrai que c'est souvent les mêmes médecins, on a l'habitude de travailler avec eux et ils sont contents de savoir ce qu'il se passe, quel est le premier débrouillage après 48h d'hospitalisation ou urgence et compagnie. Et puis en plus ça leur permet de passer les voir parce que c'est vrai qu'on a pas mal de médecins traitants qui passent voir leurs patients à l'hôpital, ce qui est plutôt assez sympa aussi pour les connaître. Mais je crois qu'on a le réflexe de les appeler tout le temps, en tout cas au début, dans les premières heures d'hospitalisation, on les appelle tout le temps. Ensuite, j'en suis moins convaincu.

Avant la décision, vous essayez de recueillir l'avis du patient, quelles sont ses valeurs, quels souhaits il a vis-à-vis de la prise en charge thérapeutique, si éventuellement il refuserait un certain type de prise en charge ?

Ça je répondrai oui, je pense que quasiment toujours on le cherche en fait parce qu'on peut pas faire autrement. On va prendre un exemple d'un patient qui est actuellement dans le service, ce matin on lui a fait une fibroscopie bronchique. On va pas lui dire qu'on va lui faire une fibroscopie bronchique pour lui faire un petit lavage pour voir s'il y a un germe quoi, donc on lui explique bien sur le scanner on lui a trouvé une lésion, évidemment qu'on la qualifie pas de cancer parce que nous-mêmes on en sait rien, on s'en doute mais on en sait rien. Donc on lui explique que si on veut savoir ce que c'est exactement, il faut aller prendre un morceau pour savoir ce que c'est. Donc on les informe des examens, les patients peuvent tout à fait refuser des examens. Une des grosses dérives ce serait de se dire que le patient n'est pas partie prenante dans les prises de décisions de sa propre prise en charge et ce serait un écueil énorme. Après il faut avoir des arguments, il faut savoir convaincre aussi le patient d'un certain nombre, du bénéfice attendu d'un certain nombre d'examens, ce qui n'est pas évident quand on veut faire un certain nombre d'examens, quand on veut faire une fibroscopie gastrique, ce qui est probablement moins pire qu'une bronchique, mais bon quand on va lui dire « demain je te fais ce type d'examen », faut quand même avoir envie de le supporter et de l'avoir hein. Donc il faut être un peu convaincu, savoir pourquoi on le fait et connaître l'examen, connaître les facilités ou les difficultés du geste, savoir la douleur que ça peut entraîner ou pas, savoir comment l'équipe qui va l'effectuer va le prendre en charge, ce qui fait qu'il va y avoir une cohésion dans la prise de décision. Et puis assez régulièrement quand on lance les hostilités entre guillemets, le médecin de spécialité est aussi concerné et est là. Par exemple, le pneumologue est venu hier soir avant de faire l'examen ce matin, voilà tout ça c'est coordonné. Donc oui, on leur fait des examens en les informant qu'on fait des examens, en leur demandant leur autorisation bien entendu. Parce que en plus quand c'est invasif,

quand c'est pas un scanner mais quand c'est un scanner on les informe, quand c'est une fibroscopie ou un geste bien sûr qu'on leur demande s'ils sont d'accord pour qu'on fasse le geste. Donc ça, je pense qu'ils en font tout le temps parti.

Après, pour être un peu parallèle dans cette réponse-là, nous quand on voit les patients, quand on arrive en tant que gériatre, qu'ils sont dans un service de spécialité ou qu'on nous les adresse dans ce contexte-là aussi, qu'ils ont déjà une arrière-pensée très claire sur le type de diagnostic que ça va être mais qu'ils ont pas encore annoncé le projet thérapeutique, clairement nous, avec un certain nombre de questions qui permet de savoir, on arrive à savoir ce qu'ils savent ou ce qu'ils savent pas de ce qu'il leur arrive, et c'est hyper fréquent que je finisse mes consultations en leur demandant ce qu'ils ont compris : « vous avez bien compris qu'est-ce qu'il se passe, qu'est-ce qu'il vous arrive, qu'est-ce que vous vous voulez », « est-ce que vous voulez un traitement agressif, est-ce que vous voulez pas un traitement agressif », en expliquant aussi pourquoi on nous sollicite, pourquoi ça peut être intéressant d'avoir un traitement agressif, pourquoi ça peut être intéressant d'avoir un traitement pas trop agressif qui leur fasse pas plus de mal que de bien, ça on peut l'expliquer assez simplement et ils l'entendent, hein, ils l'entendent. Après, c'est vrai que c'est biaisé ce que je dis parce que ceux qu'on nous adresse en consultation, c'est a priori ceux qui sont plus partants pour y aller que pour ne pas y aller, parce que ceux qui ont déjà refusé les examens et les machins, bah on nous les adresse moins pour l'option thérapeutique quoi, forcément ça s'est arrêté avant. Voilà, on a ces deux situations-là mais je crois que l'information du patient elle est essentielle donc on la donne à chaque fois, au plus juste, au plus objectif, et puis leur consentement il est essentiel. Après il faut rester dans les clous. Il faut pas annoncer un cancer alors qu'on n'a pas la preuve, il faut pas... On peut anticiper, on peut expliquer : « voilà ce qu'on recherche, voilà l'arrière-pensée, on n'y est pas, on l'a pas mais si tenté que c'était ça, comment vous vous positionnez : est-ce que vous avez envie qu'on aille plus loin, est-ce que vous avez pas envie... ».

Ça, je pense que ça fait partie de la confiance aussi, parce que quand on arrive à discuter comme ça avec les patients c'est qu'on a déjà passé trois-quarts d'heure, une heure en consultation avec eux, on sent aussi quelle est notre attitude pour poser des questions un peu plus intimes. Mais ça se passe bien.

Concernant la décision de prise en charge, comment elle se passe en général, avec qui ?

Alors la décision de prise en charge, on fait les deux bilans ou on en fait qu'un, donc soit on fait que le bilan oncologique et on sollicite pas les gériatres, ce qui arrive hein, soit on fait le bilan oncologique et le bilan gériatrique et c'est là que du coup la collaboration se fait entre les deux équipes, et le dossier du patient devrait être systématiquement présenté en RCP, en Réunion de Concertation Pluridisciplinaire, que le patient ait plus de 75 ans ou moins de 75 ans. Les recommandations, l'INCa, l'Institut National du Cancer en France veut que tous les patients qui ont un cancer, âgés ou pas âgés, soient présentés, en tous cas tous ces dossiers, soient présentés en RCP. Ça veut dire quoi ? Ça veut dire que la prise de décision thérapeutique ou de soins de confort, enfin la prise de décision de la prise en charge proposée doit être collégiale et devrait venir des acteurs professionnels d'horizons différents. Généralement, y a un chirurgien, y a un oncologue, y a un gériatre quand c'est des patients âgés, y a un radiothérapeute, y a un anapath, y a souvent un psychologue du service, y a des internes qui sont en formation et qui sont là un petit peu pour voir comment les choses se déroulent, donc voilà c'est ça. Et pendant cette RCP, le dossier est discuté. Donc pour que le dossier soit discuté, il faut connaître le malade, donc c'est là qu'il peut y avoir un grand moment de fragilité, c'est-à-dire si nous, on nous sollicite à ce moment-là et qu'on n'a pas vu le malade, bah on va pas avoir grand-chose à raconter en RCP en dehors du fait de prendre le nom du patient et d'essayer de le voir la semaine qui suit pour essayer de faire avancer les choses de manière à ce que l'on demande de représenter le dossier la semaine d'après. On a perdu du temps mais c'est parce qu'on nous a pas prévenu suffisamment tôt, il faut les voir ces patients-là, et puis ensuite de ça, découlera la prise en charge. La prise en charge, ça veut dire quoi ? Ça veut dire qu'on décide, on essaye d'être le plus objectif, le plus optimal possible dans le, dans la... Enfin il faut être objectif, quoi. Il faut dire voilà, ce patient-là on a l'impression qu'il a pas de comorbidités, qu'il a pas de perte d'autonomie, il a tel type de pathologies, on peut lui proposer le traitement du sujet le plus jeune, enfin comme il serait proposé à un sujet plus jeune sans comorbidité, sans perte d'autonomie fonctionnelle. On a ceux qui ont des grosses atteintes d'organe qui sont polymorbides, qui ont des syndromes gériatriques, qui ont une perte d'autonomie

fonctionnelle. Ceux-là c'est évident qu'on va partir plus vers des soins de confort, parce qu'ils ont une espérance de vie, sans même leur cancer qui est inférieure à 2 ans, qui est inférieure à celle du cancer, donc on fera plus de mal avec nos molécules que de bien. Et puis y a le gros groupe intermédiaire où là, il faut bien discuter de savoir par rapport aux bénéfices-risques du patient, est-ce qu'il faut faire un traitement adapté, c'est-à-dire plutôt qu'une bi-chimiothérapie une monothérapie, est-ce qu'on peut faire une radiothérapie qui sera peut-être plus simple qu'une chimiothérapie avec un port-à-cath avec une anesthésie pour lui mettre son PAC, est-ce qu'il faut aller jusqu'à la chirurgie, est-ce qu'il faut faire une radio-chimiothérapie, enfin chirurgie-radiothérapie-chimiothérapie, enfin les associations, il faut discuter de tout ça pour être le moins, entre guillemets, délétère possible, sachant qu'il y a une grosse ambivalence sur la qualité et la quantité de vie. Y a ce qu'on croit, y a ce que le patient croit, et puis la vérité qui doit être un peu entre les deux. On a l'habitude de raisonner en médecine, notamment quand on se rapproche des âges un peu extrêmes de qualité de vie, enfin des âges extrêmes, que de l'âge gériatrique hein pas de l'âge pédiatrique, on pense à la qualité de vie en se disant toujours que le plus important c'est pour eux qu'ils soient confortables et quand on lit les dernières publications dans un certain nombre de revues qui concernent pas forcément le cancer mais un certain nombre de pathologies chroniques comme l'insuffisance cardiaque, et bah les patients ils sont pas prêts à échanger de la quantité de vie contre de la qualité de vie, hein, mais pas du tout quoi. La moitié d'entre eux veulent aller en réanimation ! Donc il faut faire attention aussi à pas trop réfléchir à leur place, quoi. Et il faut être objectif, il faut avoir des données concrètes, il faut avoir discuté avec eux, savoir ce qu'il souhaitait, ce qu'il souhaitait pas et puis prendre une décision adaptée. Ensuite, après cette RCP où on décide ensemble de ce qu'on peut proposer à ce patient-là dans tel type de pathologie néoplasique, le médecin qui va prendre en charge le patient va annoncer le diagnostic et les modalités de prise en charge proposées. Après, le patient est tout à fait capable de refuser tel ou tel type de prise en charge, de dire « moi, jamais de chimiothérapie, mon père a eu ça, mon frère a eu ça, il est mort dans tel état, je veux pas de ça, si j'ai que six mois devant moi je veux pas de chimiothérapie »... On peut tout entendre mais c'est comme ça que ça se passe.

Et c'est comme ça que ça se passe pas avec le médecin traitant (*sourire*) ! C'est-à-dire que malheureusement, autant il est sollicité au tout début quand le patient arrive dans les services hospitaliers pour avoir des informations qui sont nécessaires sur le mode de vie à domicile, les antécédents, les comorbidités, les thérapeutiques reçues, s'il le voit régulièrement, pas régulièrement ; déjà quand on a renseigné tout ça c'est pas tous les coups de fils au médecin traitant hein, ça veut dire qu'on a pris un peu de temps. Après, je pense pas qu'on les rappelle une fois le diagnostic quasi-posé et qu'on a le choix thérapeutique. Je pense que là, la RCP se passe entre spécialistes hospitaliers, que le dialogue d'annonce et de projet, enfin d'annonce au sens large, se fait entre le spécialiste d'organe généralement ou l'oncologue général et le patient, et que le médecin traitant reçoit l'information de la décision de RCP et revoit son patient après. Et je pense qu'il est assez exclu de cette prise de décision, clairement, enfin là c'est pas assez, il est exclu de cette prise de décision.

Du coup, tu disais que les RCP étaient obligatoires pour chaque patient de cancérologie mais en pratique, y a des dossiers qui sont pas systématiquement présentés en RCP ?

Y a des dossiers de patients qui sont âgés et qui ont un cancer qui sont pas présentés en RCP, ouais. Mais je pense que, là je jette la balle et aux gériatres et aux oncologues, c'est-à-dire que je pense que y a des patients qui sont dans des EHPAD, des soins de longue durée ou même dans des services de soins de suite, où le gériatre considère de son propre chef que le patient est inéligible à une chimiothérapie ou à une chirurgie, ce qui est probablement vrai mais ce qui n'est pas une raison pour pas présenter le dossier en RCP. Et donc y en a un certain nombre comme ça, qui, du fait de leurs comorbidités, du fait de l'absence prévisible de traitement oncologique proposable du seul point de vue du gériatre, ne vont pas arriver jusqu'aux oncologues. Et la réciproque est vraie, c'est-à-dire que je pense que y a un certain nombre d'oncologues qui vont voir les patients et qui vont se dire « c'est même pas la peine, de toute façon ce patient-là il peut pas avoir un traitement, il peut pas avoir ça », ou « c'est évident il est en pleine forme, on lui met pleine dose totale tout de suite », et ces patients, ils sont pas forcément présentés en RCP. Alors, si, ceux qui sont présentés en « pleine dose tout de suite », si, ceux-là ils sont présentés en RCP parce que les modalités de chimiothérapie elles sont

décidées en RCP. Mais je pense que ceux qui sont d'emblée éligibles en soin de confort, c'est plutôt ceux-là qui passent pas en RCP.

Ici, tu as déjà assisté à des dossiers de patients oncogériatriques qui n'étaient pas présentés en RCP parce que la décision se prenait autrement ?

Je te dirai que non parce que du coup si moi j'ai vu le patient il va y passer en RCP. Peut-être sur des patients que je n'aurais pas vus...Mais sûrement. Je suis pas sûr qu'il y en ait beaucoup qui passent au travers.

Du coup, le généraliste n'y assiste pas aux RCP ?

Nan, jamais. En tout cas ici on a trois RCP d'organe pour les patients qui présentent des cancers, âgés ou pas, y a la dermatologie, y a la fédération de la spécialité d'oncologie digestive et l'oncologie thoracique, j'ai jamais vu un généraliste à ces réunions-là. Jamais.

Et tu penses que sa présence influencerait sur la décision qui est prise ?

Euh...très probablement, très probablement. Je pense que c'est compliqué hein, parce que les généralistes ils peuvent pas... Déjà, nous hospitaliers, on est payé pour ça, on n'a pas le temps de participer aux RCP ou très peu. Moi je vais de temps en temps à la RCP d'oncologie thoracique, je vais à la RCP de la fédération de la spécialité d'oncologie digestive quand c'est un patient que je connais et pour lequel du coup y a une indication à ce que j'aille présenter un dossier ou défendre un dossier que j'ai vu, dermato je vais voir les patients mais je participe pas aux RCP (*sonnerie du téléphone*). Donc qu'est-ce que je disais ? Y a trois RCP chez nous, et que dans ces RCP, même nous qui sommes à temps plein sur l'hôpital, on a du mal à s'y rendre, on a du mal à voir tous les patients, on les voit d'ailleurs pas tous du tout, donc je vois pas bien comment un médecin généraliste par rapport à son occupation en ville pourrait en plus prendre le luxe de venir à ces réunions. Il faut pas oublier que ces RCP, c'est pas on présente quatre dossiers en deux heures hein, c'est en deux heures on présente vingt à trente dossiers. Ça va vite, y a beaucoup de dossiers de patients qui ne connaîtraient pas donc je sais pas, c'est sûrement pas très rentable. Ce serait sûrement plus rentable de pouvoir solliciter le médecin traitant avant la RCP, type le matin-même ou l'après midi en disant « voilà, on va présenter le dossier de votre patient en RCP, l'état des lieux c'est ça, ça et ça, le projet prévisible c'est ça et ça, qu'est-ce que vous en pensez ? Qu'est-ce que vous vous... Est-ce que vous validez ? Est-ce que vous validez pas ? Qu'est-ce que vous en pensez ? » ; sachant qu'on présume déjà de ce qui va être décidé en RCP, mais il vaut mieux prendre son avis avant qu'après. Ça serait à mon avis plus rentable pour tout le monde, pour la collégialité de l'équipe, pour le médecin traitant et puis pour le patient bien sûr puisque c'est celui qui le connaît le mieux. Nous y a des patients de plus de 80 ans, ils sont parfois suivis depuis 20 ou 30 ans par le même médecin traitant et d'un seul coup, pof on lui prend son patient, on lui dit « bah voilà nous on connaît mieux tout donc c'est évident, on va vous faire ça, ça et ça, et on va faire les machins », on sait à peu près comment ça se passe au domicile sur ce qu'on nous raconte, on l'a pas vu évolué ce patient sauf depuis quelques heures à quelques jours et puis on prend une décision lourde de conséquences sur son futur parce que, bah qu'on traite ou qu'on traite pas, en fonction du type de traitement, bah ça peut faire mal quoi. Donc c'est des décisions sévères. Donc voilà, je pense que là on peut faire mieux, dans les axes d'amélioration qui vont être ensuite, celui-là il est évident parce que c'est un acteur du soin, c'est l'acteur du soin principal pour ces patients. Nous, en court séjour gériatrique, c'est plus de la moitié des patients qui rentrent au domicile après, c'est 54% je crois. Donc on a 89-90 ans d'âge moyen. Donc ces patients ils vont retourner chez eux et voir le médecin traitant et donc ils ne peuvent pas ne pas participer à cette prise en charge, quoi.

Quand ils nous l'adressent, évidemment qu'ils sont forcément plus sollicités mais mêmes si ils nous l'adressent pas, il faut qu'on les tienne au courant de ce qu'il se passe.

Avant la RCP, le généraliste il n'est pas sollicité, on ne lui demande pas ce qu'il pense ?

Je ne pense pas. Ou si c'est le cas, c'est 10% par exemple. C'est très peu.

Et la question du coût elle intervient dans la décision ?

Nan. Actuellement, la question du coût elle rentre pas dans nos considérations. On n'a pour l'instant pas cette pression économique sur les patients, y a pas encore de discrimination entre âge-pathologie-coût des thérapeutiques, ça pour l'instant on l'a pas. Euh, donc pour l'instant, moi, en tous, et j'ouvre pas la poche. Ça me regarde pas, enfin c'est pas notre problème. Pour l'instant, c'est y a une indication ou pas à traiter, c'est les mêmes chances pour tout le monde, euh on essaye déjà de lutter suffisamment pour que les patients âgés soient pas pris pour des patients différents des autres, alors ils sont certes pluri-pathologiques mais voilà, on voit que les choses évoluent. La fameuse thèse dont je t'ai parlé tout à l'heure sur le cancer du colon, y a un registre de la Côte d'Or là, entre 88 et 98, qui montrait que quand t'avais moins de 75 ans ou plus de 75 ans, et ben quand t'avais une indication de chimiothérapie dans un cancer du colon métastatique, tu passais de 88% de chances d'avoir ta chimiothérapie à 24% juste sur l'âge (*sourire*) ! Et on voit que sur son travail en 2009, on est passé de 83% de l'avoir quand t'es plus jeune à plus de 75 ans à 48%. Donc déjà t'as doublé le chiffre, ce qui veut dire que ça évolue mais on a aussi une population qui évolue, ils sont de plus en plus vieux donc ça évolue, y a encore une marge de progrès mais ça évolue, c'est plutôt des choses positives. On traite plus qu'avant, on traite de manière plus adaptée qu'avant mais bon y a encore large de quoi faire quoi.

Selon toi, quelle est la place du médecin généraliste après la RCP quand le patient il va rentrer à son domicile, quel va être son rôle ?

Bah son rôle il est essentiel. Je pense, euh, avant, pendant et après quoi. Il est essentiel avant parce que tout ce qu'il s'est passé avant c'était lui, pendant parce que ce qu'on disait tout à l'heure, bah ce serait bien d'avoir son avis sur les options thérapeutiques, qu'est-ce qu'on va pouvoir proposer et si ça lui paraît raisonnable ou déraisonnable, faisable ou pas faisable auprès de ces patients-là et puis après évidemment, sauf pour les patients qui quittent pas l'hôpital mais c'est eux qui vont gérer entre guillemets le patient à domicile, sur tous les effets indésirables, sur les complications du traitement, sur l'asthénie qu'il va présenter, sur son caractère social aussi parfois, sur les aides qu'il faut mettre en place donc ça peut être couronné par l'hôpital mais je pense que dans beaucoup de cas, c'est coordonné par le médecin traitant parce que l'asthénie qui arrive plusieurs semaines ou plusieurs jours après le traitement, bah souvent on le voit pas à l'hôpital et lui il le voit en revanche. Donc la place elle est évidente. Elle est évidente.

Et comment vous l'informez de la prise en charge ultérieure ? Ou de la prise en charge qui a été décidée en RCP ?

Compte rendu. Y a un compte rendu de RCP qui est fait systématiquement avec tous les intervenants participants à la RCP, la date de la RCP, les coordonnées bien sûr du patient, les coordonnées du médecin traitant qui reçoit le compte rendu, et ce qui a été dit en RCP.

Et il le reçoit combien de temps après la RCP ?

Ah ça je te dirai une erreur mais je pense que c'est vraiment rapide. Je peux demander si tu veux. A mon avis, c'est fait vite.

C'est des courriers assez courts, c'est des compte rendus assez courts où on résume la situation et où on dit ce qui a été décidé, l'option de traitement donc je pense que c'est très vite tapé et donc du coup très vite envoyé. Ça doit être de l'ordre de 24-48 heures je pense.

Ah oui, c'est rapide !

Ouais, ouais. Mais je demanderai, je te dirai. C'est des courriers qui sont pas très longs, c'est même très très court. C'est vraiment deux-trois lignes. Enfin bon, c'est court, c'est vraiment : « les arguments pour la décision c'est ça, tac, tac, tac et la décision de traitement c'est ça ». C'est vraiment super court pour les deux, pour le dig comme pour le thoracique.

Vous n'utilisez pas ici le Dossier Communicant de Cancérologie ?

Non, je ne crois pas.

Après, quand le patient repasse du côté de la ville, le généraliste il reste en contact avec vous, vous vous tenez informés l'un-l'autre, comment ça se passe ?

Bah là aussi, je pense que y a deux options. Soit c'est l'option chimio, enfin des choses comme ça, donc le patient il revient régulièrement à l'hôpital donc là je pense que y a vraiment un rapport qui va être un peu plus étroit, alors une fois de plus, ça nous échappe un petit peu parce que c'est plus nous qui avons la main sauf si on est dans le soin de confort où là effectivement on va garder du coup nos patients et on va pouvoir organiser le domicile là aussi c'est en coordination avec le médecin, HAD ou pas HAD, et puis évidemment dès qu'ils sont moins bien le médecin traitant nous rappelle. Donc je pense que ça, je pense qu'en terme de communication avec les médecins traitants en gériatrie on n'a pas trop de souci. Enfin, on les a très facilement, on reprend les patients très facilement, on a un turnover assez rapide donc ça pose pas de problème. Je pense que quand on est dans une ambiance plus chimiothérapie tout ça, forcément le médecin traitant reçoit les courriers aussi souvent que les patients sont hospitalisés donc il doit y avoir une injonction qui se fait facilement. Je pense aussi que les rapports sont quand même assez proches entre eux, en tout cas pour Pr L. (*NDLR : professeur universitaire-praticien hospitalier de pneumologie*) que j'ai essayé d'appeler là, la moitié de sa consultation c'est vraiment pour le suivi de ces patients-là et elle est hyper souvent contactée par les médecins traitants pour reprendre un patient, pour les revoir en consultation rapidement pour voir si il faut l'hospitaliser ou pas donc enfin je pense que y a une vraie cohésion et une vraie complémentarité avec les médecins traitants. De ce côté là, oui. Je pense que de côté-là, ça fonctionne bien, on laisse pas un patient qui est pas bien dans la nature, ça, ça se fait pas. Le passage aux urgences quand on peut l'éviter, on l'évite, c'est pas toujours sympa pour eux. Parfois, on est obligé mais euh... pour les nôtres comme pour les autres patients je veux dire. Mais je pense que sur la partie « après », on s'entend quand même bien. Enfin, en tout cas, j'espère qu'on est suffisamment ressources pour eux quoi, parce que c'est ça qui est important quoi. Ressources pour eux, ça veut dire ressources pour le patient. On laisse pas une situation en crise à la maison.

On parlait tout à l'heure des pistes d'amélioration que tu percevais pour le généraliste, quelles sont les pistes d'amélioration que tu percevais pour le patient, pour sa prise en charge lui-même ou concernant la relation entre la ville et l'hôpital ?

Ouais, bah le fait de contacter le médecin traitant la veille ou le jour de la RCP, ça je pense que c'est une amélioration facile, souhaitable, évidente pour la qualité de la prise de décision. Le bénéficiaire principal, c'est le patient donc c'est bon pour tout le monde d'avoir son avis, je pense. Donc ça c'est le premier axe d'amélioration.

Le deuxième, c'est la situation qui date de 2008 maintenant, des communications, c'est quand même une équipe de Gilles Freyer c'est un oncologue qui travaille à Lyon et qui avait fait un travail vachement intéressant sur les patientes qui avaient un cancer du sein. Ils montraient que quand t'avais plus de 75 ans et que t'avais un cancer du sein, ils regardaient le moment du diagnostic par rapport à la situation métastatique en gros, on se rendait compte que dans 52% des cas quand t'étais une femme âgée de plus de 75 ans, on trouvait ton cancer à un stade métastatique contre seulement 39% chez les plus jeunes. Donc là on arrive plus tard chez les plus âgées. Et une des dernières slides qui était vachement pertinente c'était celle-là : les intervenants dans la prise en charge. Pour toi, elle est intéressante parce que, on a les plus de 75 et les moins de 75 ans, l'oncologue, le radiothérapeute, le gynécologue parce que c'est le cancer du sein, le médecin généraliste et le gériatre (*NDLR : soit 2% de la prise en charge*). Donc y a un petit peu de boulot, c'est des gros axes d'amélioration, ça !

Et puis faire que pour tous les patients âgés, les médecins généralistes soient contactés de manière systématique au moment de la prise de décision, faire que pour les patients de plus de 75 ans-80 ans les gériatres soient plus participants interventionnels dans ce type de prise de décision, encore faut-il être armé et avoir les gériatres pour, mais je pense que c'est hyper important quoi. Donc voilà, ça c'est clairement un axe sur lequel on peut imaginer que certaines améliorations sont envisageables. Bon c'est 2006 donc on peut imaginer que ça s'est un peu amélioré mais voilà.

Et puis y a des axes éternels, y a l'amélioration de la communication, la communication entre les professionnels de santé à l'hôpital, la communication entre la ville et l'hôpital qui est toujours compliquée. Enfin, je pense que pour un certain nombre de généralistes l'hôpital est perçu comme une forteresse mais je pense que y en a un certain nombre qui se complaisent bien dans cette ambiance là, en voulant surtout pas aller, euh, en ayant pas du tout envie de combattre cette forteresse ou en tout cas de s'acoquiner avec la forteresse. Je dis ça parce que y a des médecins traitants avec lesquels on

travaille hyper bien et je pense que pour eux, l'hôpital est tout sauf une forteresse quoi. C'est plutôt une option de prise en charge et une solution pour un certain nombre de leurs patients. Mais bon c'est toujours les mêmes, t'as vu, c'est P., ces médecins-là ils nous adressent plein de patients, ça se passe toujours bien, enfin je veux dire, y a aucun problème de communication, ils nous laissent des messages, y a moi, y a S. (*NDLR : praticien hospitalier en gériatrie*), ils nous laissent un message sur le répondeur, les coordonnées du patient à prendre, ses coordonnées à lui à chaque fois, donc je pense que y a des médecins pour lesquels l'hôpital est un allié dans la prise en charge et puis y en a d'autres où c'est presque un ennemi quoi : « à chaque fois, on s'occupe pas bien de mes patients aux urgences, on m'appelle jamais » ce qui est probablement vrai hein, je jette pas la pierre, je dis juste que y a vraiment plusieurs différences de situations en fonction possiblement des personnalités, ça peut pas être des clientèles parce qu'a priori ils ont tous le même bassin de vie. Et voilà, ça, ça devrait être un truc qu'on devrait pouvoir améliorer. Alors y a plein de trucs qui ont été essayés pour améliorer, y a l'amicale, pouvoir rencontrer des médecins généralistes. Moi j'y suis allé parler deux fois à ces amicales, j'ai pas trouvé que ça avait vraiment changé grand-chose ; on a quand même toutes nos consultations qui sont alimentées par les patients que nous adressent les médecins traitants, hein. Clairement.

Donc toi tu penses à une personnalisation de la relation entre médecins généralistes et spécialistes ?

Ce qui marche le mieux dans beaucoup de choses et y compris en médecine, c'est quand des gens se connaissent. C'est pas compliqué. Nous on est connaît bien A. on connaît bien B., on connaît bien aussi C., D. qui travaille avec lui qu'on connaît bien aussi (*NDLR : médecins généralistes exerçants dans des cabinets aux alentours de l'hôpital*), qu'on connaît physiquement et quand tu les connais physiquement, c'est toujours plus simple. Parfois plus dur pour refuser de prendre le patient (*sourire*) mais c'est quand même plus simple dans l'échange téléphonique, dans la situation, dans la communication et c'est vrai que tu communique plus facilement mais c'est ce que disait E. (*NDLR : oncologue à l'HEGP*), je pense que c'est ça qu'il voulait dire, bah évidemment ceux que tu connais bien, tu les appelles plus spontanément quand tu sais que c'est leurs patients, c'est un échange plus évident quoi. Mais ça c'est pas valable pour les patients âgés qui ont un cancer, c'est valable pour tous les patients, pour tous les médecins traitants comme hospitaliers. Je crois qu'on se connaît bien. Enfin, même à l'hôpital intra-hospitalier, quand tu veux un scanner, c'est hyper plus simple de le négocier de visu avec le radiologue en face de toi que de faire une demande ORBIS quoi. Une demande ORBIS tu peux attendre trois jours qu'on te réponde. Pour de vrai, quand c'est le week-end et que tu veux un scanner, tu vas voir le radiologue et tu lui expliques pourquoi et bah t'as ton scanner quoi. Ça, un scanner ou un avis d'un chirurgien, un avis de tout ce que tu veux. La vie c'est d'abord une vie de relation et de communication. Et si on arrive à renforcer ça plutôt qu'à bureaucratiser toute cette activité médicale et bah on aura gagné quelque chose. Je suis pas sûr que là-dessus l'informatique fasse du bien. Alors qu'on gagne sûrement du temps sur plein de trucs, sur des comptes rendus, de la lisibilité, y en a qui ont une écriture de cochon ou presque, enfin surtout moi, mais il n'empêche que ça supprime quelques rapports humains. Et je suis sûr que une des qualités de la prise en charge, elle dépend de l'humanité, de la façon dont on se comporte quoi. Et y compris avec le patient, enfin c'est... Du coup, on a moins de temps pour les patients parce qu'on est plus sur nos ordinateurs en train de taper ! Et ça, c'est un de nos gros axes d'amélioration mais c'est pas tellement dans l'esprit du temps quoi. C'est plutôt le domaine inverse. Et pour autant je crois que c'est dans les rapports médecins traitants-médecins hospitaliers, c'est évident que mieux on se connaît, plus on se parle, plus on se voit, plus on connaît nos têtes, plus on sait ce que chacun peut apporter à l'autre, ce qu'on peut faire par rapport aux patients, plus ça marche quoi. Je pense que dans une petite ville, dans les petites villes avec des hôpitaux de province, entre médecins traitants et médecins hospitaliers, ça se passe très bien. Ils se connaissent bien, y a pas 15000 spécialités, 15000 machins, ils se connaissent bien, y a pas 36 intervenants, et ça fonctionne. Parce qu'ils parlent, parce qu'ils se voient, parce qu'ils ont des EPU, parce qu'ils se rencontrent, et voilà. Et nous, bah nous voilà, c'est plus difficile.

Et d'après toi, est-ce que les médecins généralistes ont un réel intérêt pour ce qui est de la décision et la prise en charge oncogériatrique ou ils s'en remettent vraiment à vous les spécialistes ?

Ce serait méprisant de penser qu'ils ont pas d'intérêt pour cette prise de décision, euh je pense que oui, après j'espère qu'ils ont une certaine confiance avec ce qui est décidé. C'est l'avantage de la pluridisciplinarité de la RCP, c'est-à-dire que c'est pas un tout seul dans son coin qui va décider de ce qu'il va faire mais à plusieurs, alors y en a un qui peut avoir décider et essayer d'influer sur les autres mais ça c'est un autre enjeu de la RCP mais pour de vrai, on est plusieurs à décider et après on propose ces options-là au patient et une fois de plus, c'est quand même le patient qui est au centre de la prise en charge. Après je pense qu'il a tout intérêt 1) à avoir les informations, 2) à donner son avis parce que je pense que c'est pas parce que le patient passe à l'hôpital que c'est plus lui son médecin traitant et qui va pas s'en occuper encore ensuite. Au contraire même. Et si on rentre dans les choses complexes comme le cancer et comme les, parce que si y a les soins de support justement et toutes les complications-là encore après, bah c'est lui qui va mouiller sa chemise hein. Donc je pense que c'est important qu'il soit bien au fait de tout ce qu'il se passe. Moi je pense que oui les médecins traitants, enfin parfois ils acceptent d'être aidés hein, enfin je pense qu'on est tous pareil heureusement, moi aussi quand j'ai un ECG tout pourri, bah je prends mes jambes et je vais voir le cardiologue, je le fais pas tout seul dans mon coin parce que je sais pas faire. Mais y a des choses qu'on sait pas faire, on n'est pas dans Dr House et compagnie ! On fait pas des scans, de la biologie, de la chirurgie et des diagnostics différentiels de médecine interne quoi ! Même si on est intéressé par plein de choses, je pense que c'est la force de l'hôpital d'avoir la pluricom pétence en terme de spécialités, la force de la médecine de ville c'est d'avoir le côté longitudinal du suivi et de l'évolution et de pouvoir avoir recours à un système d'aides quoi.

Et les autres spécialistes, tu penses qu'ils ont un intérêt pour l'oncogériatrie ?

Pas tous, euh, mais un grand nombre oui parce qu'ils ont pas le choix en fait. Ils ont pas le choix parce que de plus en plus... Enfin, là-aussi c'est une marqueterie de visages et de comportements, on va avoir du côté gériatrie ils sont forcément tous intéressés par le patient âgé sinon c'est qu'il faut qu'ils changent de métier, le cancer pas forcément tous parce que le cancer ça fait peur hein, le cancer ça fait peur. Le cancer ça fait peur parce qu'on meurt du cancer donc ça fait mal, que ça grignote, que... Donc ça fait peur hein le cancer, plus que la maladie d'Alzheimer hein. C'est des diagnostics d'annonce, des difficultés d'annonce diagnostique qui, je pense, sont aussi difficiles l'une que l'autre, mais je pense que pour nombre de gériatres, c'est plus simple d'annoncer un Alzheimer qu'un cancer. C'est bien connu on ne meurt pas de l'Alzheimer donc... Et côté oncologue, euh...

Peut-être pas oncologue forcément, que ce soit chirurgien ou autres ?

Oui, enfin oncologue au sens qui s'occupe d'un patient âgé avec un cancer pas gériatre, je pense que t'as de tout, t'as encore un certain nombre qui sont assez agistes, et paradoxalement plus le praticien est âgé et plus il est agiste, moins il a envie qu'on fasse d'explorations, moins il a envie qu'on s'acharne dans le bon sens du terme acharner, c'est-à-dire qu'on aille comprendre pourquoi et voir ce qu'on peut faire sans forcément être dans l'acharnement thérapeutique. Euh, t'as ceux-là mais qui comme c'est les plus âgés ils seront bientôt plus un obstacle (*rire*) ! Et t'as les plus jeunes qui sont plutôt plus enclins à s'occuper bien de ces patients-là et pour cause, parce que de toute façon leur activité elle est de plus en plus vers ces patients-là. L'évolution des pathologies carcinologiques fait que les deux tiers arrivent après 65 ans, largement les deux tiers, et que du coup, les patients qui auront les cancers de demain sont des patients âgés. Donc si ils veulent s'intéresser au cancer, soit ils s'intéressent aux patients âgés, soit ils font autre chose. Parce que ils vont voir surtout ces patients-là. Donc ils sont tous maintenant assez sensibilisés à ça, y a quand même maintenant pas mal de communication autour de l'oncogériatrie, c'est une interdisciplinarité assez récente hein, ça fait 12-13 ans maintenant que ça existe un petit peu, c'est l'histoire de Balducci en 2000 avec son premier algorithme décisionnel de comment on peut s'occuper de ces patients-là en partant d'une évaluation gériatrique pour arriver sur des modèles de choix thérapeutique, c'était grossier bien sûr, mais c'est la base du raisonnement oncogériatrique.

Et ça permet maintenant d'avoir un discours un peu commun, on va affiner avec nos expertises, notre façon de voir les patients, de les évaluer ; c'est d'autant plus complexe maintenant, y a des enjeux thérapeutiques qui sont pas les mêmes, des options thérapeutiques qui sont pas les mêmes avec des thérapeutiques ciblés qui marchent mieux que certaines chimiothérapies, je pense au cancer du

poumon avec les Iressa et compagnie, Terceva, voilà y a quand même des moyens de prendre en charge les patients qui sont beaucoup plus large que ce qu'on avait y a encore 10, 15 ans, 20 ans. Et du coup, on peut pas se priver de tout ça. Et on n'a pas effectivement ces contraintes économiques donc certains se la mettent, mais il peuvent se la mettre, pour l'instant elle existe pas, les autorités de santé leur imposent pas ça donc on n'a pas encore décidé du génocide après 75 ans. Alors y a des choses qui sont faites, on a plus le dépistage du cancer du sein en systématique, du colon en systématique après 75 ans. A partir de 75 ans. Donc ça c'est une politique nationale mais y a sûrement des arguments économiques là-dessous mais quand on discute pour l'hémocult par exemple avec P.R. (NDLR : chef de service d'épato-gastro-entérologie) qui est quand même éminent dans le domaine de l'oncologie digestive, il dit bien que si t'as eu 10 hémocults négatifs à 74-75 ans, t'as moins de 10% de malchances d'avoir un cancer du rectum ou du colon et du rectum ensuite. Donc quelque part, économiquement, ça se tient. Si on est dans de la prévention et du dépistage, c'est assez cohérent. C'est pas moche comme raisonnement. Donc pourquoi pas.

Ça c'est pareil, y a un problème de sensibilité à ça, le dépistage un peu systématique, l'examen des seins en consultation d'une patiente, c'est pas aussi évident que ça. C'est déjà des consultations qui sont longues, euh, aller examiner des seins en consultation c'est déjà assez intrusif entre guillemets, enfin tu vois c'est pas... Enfin, faut déjà avoir une petite arrière-pensée, c'est je pense, tu vois pour moi c'est systématique quand je vois une femme en consultation que je vois pour la première fois mais la palpation elle est pas systématique. Souvent c'est la deuxième fois, je finis par ça. Je leur demande toujours en revanche si leur généraliste regarde les seins, si ils ont été palpés, si y a une mammo plus ou moins récente, ça je demande. Après c'est aussi quand y a des éléments d'orientation ou tu sais, c'est comme l'examen cutané. Je leur fais un examen cutané pour voir l'état cutané, alors en dermato ils déshabillent complètement. Je peux pas déshabiller complètement un patient dans le box de consultation, c'est pas possible. Donc c'est gênant d'abord pour le patient et puis pour toi c'est pas simple non plus quoi. Donc voilà. On a l'orientation mais il faut être un peu systématique et éviter qu'on ait ces chiffres-là. On arrive toujours trop tard sur le dépistage chez les patients âgés. Ils sont opérés souvent beaucoup plus vite que des patients plus jeunes, le chiffre de Douat c'était un délai de 8 jours contre 23 jours pour les plus jeunes de moins de 75 ans, c'est parce que quand ils arrivent en occlusion, bah t'as pas le choix quoi (*sourire*), il faut y aller rapido quoi ! Donc voilà, c'est pas un bon chiffre, c'est un chiffre qui dit que souvent, on arrive beaucoup trop tard ou plus tard chez ces patients-là. C'est ça le problème.

Très bien. Est-ce que tu vois d'autres choses sur le rôle du médecin généraliste dans la prise en charge oncogériatrique dont on n'a pas parlé ?

Tu dois voir qui comme généralistes ?

Moi je ne vois pas de généralistes, je vois que les spécialistes.

D'accord.

Non, écoutes, si je vois des trucs je te dirai mais euh... C'est difficile hein, je crois que le plus dur à bouger, ce sera la communication d'un côté et de l'autre de l'hôpital. Le vrai problème, c'est la communication. C'est pas des trucs compliqués, c'est le téléphone, se voir lors de certaines réunions, se rencontrer, se connaître et du coup après, prendre plus de plaisir à travailler ensemble parce que quand on se connaît, c'est toujours plus sympa quoi. Tu vois, quand t'arrives dans le service, t'arrives au début de ton semestre d'interne, ton premier mois tu prends tes marques sur certains trucs, tout ça, à la fin du semestre, t'es chez toi. Donc tu connais tout le monde et c'est plus facile et tout ça. Et bah les rapports avec les autres, c'est tout le temps ça. Et quand y a pas ce rapport-là, quand y a pas de proximité, dans le bon sens du terme et ben forcément, t'hésites à appeler, t'as peur de te faire engueuler, de tomber au mauvais moment quand le généraliste est en train de s'occuper avec un patient, une patiente, voilà c'est moins simple. Quand t'as leur numéro de portable pour savoir ceci-cela, et ben je suis sûr que c'est beaucoup plus simple et la finalité c'est que c'est tout bénéf pour le patient. Mais ça, c'est difficile.

Oui, je pense que chacun a ses a priori des deux côtés.

Voilà exactement.

Annexe 6 : Entretien n°3 du 04/10/2013

Est-ce que vous pouvez me parler de votre spécialité et de votre type d'exercice, est-il exclusivement hospitalier ou non ?

Que hospitalier. Et donc l'oncologie c'est à peu près la moitié de l'activité du service. On est dans la région de France où je crois, est celle où il y a le plus de personnes âgées.

Depuis quand vous exercez ?

Je suis thésé depuis 86.

Et vous avez toujours travaillé à Ambroise Paré ?

Non non, j'ai travaillé à Laennec avant.

D'accord. Et ça fait depuis combien de temps que vous êtes chef de service ici ?

2004.

Je peux vous demander votre âge, si c'est pas indiscret ?

53ans.

D'accord. On va parler à présent de la prise en charge oncogériatrique en elle-même. Quand vous prenez en charge un patient âgé qui a un cancer, quand vous le voyez en consultation par exemple, c'est vous qui avez fait le diagnostic de cancer ou on vous l'a adressé après diagnostic ?

Non, en général c'est nous qui faisons le diagnostic de cancer.

Donc c'est vous qui annoncez le diagnostic au patient ?

Donc c'est nous qui annonçons le diagnostic au patient lors d'une consultation d'annonce.

Et qui est présent lors de cette consultation d'annonce ?

La consultation d'annonce elle est très réglementée donc y a le médecin et y a une infirmière spécialisée. C'est l'infirmière spécialisée qui fait ça.

Le patient âgé, lors de cette annonce, il est souvent accompagné par sa famille ?

Pas toujours mais c'est très fréquent.

Après avoir fait ce diagnostic, vous allez prendre une décision concernant sa prise en charge. Pour recueillir des informations concernant ce patient que ce soit sur ses antécédents, ses comorbidités, son environnement, comment vous procédez ? Est-ce que c'est par exemple le médecin qui vous a adressé un courrier ou alors par un autre moyen ?

Oui en général très souvent c'est un généraliste qui nous adresse un patient ou alors le patient arrive par les urgences donc ça se passe souvent comme ça, soit un patient arrive par les urgences avec une manifestation respiratoire soit le généraliste qui prend en charge un patient, qui commence à l'explorer pour des manifestations respiratoires et découvre, parce qu'il a fait un scanner etc.. qu'il y a des anomalies et qui nous l'adresse à ce moment-là en consultation. Après, donc on voit le patient, on lui fait les examens nécessaires, en général sans qu'il soit nécessaire de l'hospitaliser, sauf s'il est arrivé par les urgences où souvent ils sont hospitalisés mais sinon en consultation, on les prend en hôpital de jour, on fait le point. On fait les examens nécessaires pour arriver au diagnostic et après ça passe en Réunion de Concertation Pluridisciplinaire pour prendre une décision parce qu'on a diagnostiqué un cancer et donc voilà. Et après la Réunion de Concertation Pluridisciplinaire, on reçoit le patient. En général, même si c'est pas exactement la recommandation, la recommandation est d'abord de faire une réunion, enfin une consultation d'annonce du diagnostic puis après une autre consultation de traitement, mais nous on considère, d'abord chez nous ça va très vite, en général on a le diagnostic et très vite on a une Réunion de Concertation Pluridisciplinaire qui est demandée, y a pas d'attente, donc très vite on a le diagnostic et quasiment le même jour on peut prendre la décision.

Ça arrive régulièrement que lors de la Réunion de Concertation Pluridisciplinaire, l'anatomopathologiste nous dise « bah voilà la fibroscopie a montré que c'était tel type de cancer » et que on prenne la décision. Pas toujours, évidemment, parfois il faut attendre des données complémentaires comme la recherche de mutation etc. mais bon. Mais souvent nous, quand on annonce à quelqu'un qu'il a un cancer, souvent nous on préfère lui donner des pistes de la suite, quand c'est possible. Et donc plutôt que de dire : « vous avez un cancer et donc on se reverra dans une semaine, 15 jours » et laisser la pauvre personne dans une situation difficile, on préfère leur dire : « voilà vous avez un cancer et on s'oriente vers telle, telle ou telle direction ». Donc ça c'est la consultation d'annonce. Ensuite y a l'infirmière spécialisée en consultation d'annonce qui reprend ce qui a été dit, qui demande des précisions et qui donne des informations complémentaires sur l'hôpital de jour ou la chimiothérapie éventuellement, ça dépend des malades bien sûr, mais le Port-a-cath, enfin la chambre implantable je veux dire, et un certain nombre de choses, elle fait visiter éventuellement le service, répond aux questions sociales et éventuellement si y a un problème social, les adresse à l'assistante sociale, enfin tout ce qui correspond à la consultation d'annonce. Et puis voilà.

D'accord je vois. Et avant de prendre la décision en RCP concernant la décision thérapeutique, est-ce que vous lui demandez son avis sur la prise en charge, par exemple chercher à savoir s'il y a des traitements qu'il refuserait ?

Non, ça c'est au moment de la proposition de traitement, après on discute avec le patient et on lui dit, parce que nous on a déterminé ce qu'il serait le mieux pour le patient donné. Et une fois qu'on a déterminé ça, on discute avec le patient, on lui présente, on lui explique etc. les avantages, les inconvénients, comme d'habitude quoi. Après si le patient refuse, on peut, si on a plusieurs options possibles ce qui est pas très fréquent, on peut envisager une deuxième option mais en général, on lui laisse le temps de la réflexion. Après, on peut prendre un peu de temps pour réfléchir par exemple les patients peuvent dire : « moi je refuse absolument une chimiothérapie », on peut leur dire « bah écoutez vous y réfléchissez et puis vous revenez, éventuellement avec la personne de confiance pour en rediscuter, ou renseignez-vous, vous pouvez éventuellement prendre d'autres contacts », voilà l'infirmière de la consultation d'annonce en discute un peu avec eux. Il faut donner plusieurs fois les informations avant que le patient ne prenne la décision.

Ah oui d'accord. Et dans les RCP, qui est-ce qui assiste à ces réunions ?

Alors il y a toute mon équipe de pneumologues dont certains sont compétents en oncologie, j'ai donc un chirurgien thoracique, un radiothérapeute, une psychologue, l'infirmière de consultation d'annonce, l'anapath, parfois l'oncologue, euh pardon le gériatre je veux dire, et un oncologue généraliste, un radiologue. Y a du monde hein ?! Et voilà c'est à peu près ça.

Et le gériatre, il est présent systématiquement aux RCP quand elles concernent un patient âgé ?

Quand il peut. Mais bon, s'il est pas là, toutes les personnes de plus de 75 ans normalement doivent avoir une évaluation gériatrique.

Par contre les généralistes n'assistent pas à la RCP ?

Les pauvres ! Ils pourraient pas assister à toutes les RCP de leurs malades, c'est pas possible ça.

Et vous pensez que s'ils étaient présents, ça influencerait sur la décision qui y est prise ?

Je crois pas, de toute façon, je pense que c'est absolument impossible qu'un médecin généraliste puisse assister à la RCP même si ça serait vraiment une bonne idée

Du point de vue pratique ?

Du point de vue pratique, c'est absolument impossible. Y a des patients qui sont pris en charge dans tels, tels, tels ou tels hôpitaux. Y a toutes les RCP de tous les spécialités, en gros, y a pas une RCP pour tout l'hôpital, c'est une RCP par spécialité d'oncologie et d'autre part, y a des RCP non oncologiques, par exemple nous en pneumologie, on fait des RCP non oncologiques donc voilà.

Alors le médecin généraliste, est-ce qu'il pourrait être là et ça apporterait quelque chose ? Oui, ça serait intéressant parce que souvent ils connaissent bien les patients, mieux que nous, depuis plusieurs années et dans certains cas, ça pourrait être très intéressant d'avoir l'éclairage du point de vue du médecin généraliste notamment on va dire, notamment lorsque la personne disons, émet des réserves sur telle ou telle chose bon. Dans certaines situations, ce serait pas mal d'avoir la vision du médecin généraliste mais globalement, la plupart du temps, je pense pas que ça serait un plus important, pour prendre la décision hein je parle bien.

L'autre avantage par contre, ce serait que le médecin généraliste comprendrait où on va, peut-être plus facilement que simplement à travers les comptes rendus qu'il reçoit et pourrait, lorsque le patient rentre à domicile, avoir éventuellement, comment dirais-je, ça faciliterait un peu la prise en charge mais ce que je dis là n'est pas évalué à ma connaissance donc je peux pas dire que vraiment objectivement c'est le cas.

Et d'autre part, je pense que le grand avantage ce serait pour le médecin généraliste qu'il va recevoir, je me mets à la place des médecins généralistes, moi je suis pas généraliste donc je peux pas savoir, ils doivent recevoir un nombre de comptes rendus considérable et bah ils peuvent pas bien prendre connaissance du compte rendu en détails pour chaque malade ; en plus, la durée de la consultation pour chaque malade est assez limitée donc c'est un tout petit peu difficile pour eux et donc c'est vrai que ce serait probablement mieux si ils participaient à la discussion de RCP.

Mais d'un autre côté, je pense qu'on est là aussi pour apporter évidemment un service au malade, ça c'est évident, mais aussi au médecin généraliste. Donc le service qu'on peut apporter, c'est évidemment de le tenir informé évidemment, parfois de prendre le téléphone et le les appeler pour certains cas particuliers mais également d'être là parce qu'il y a un certain nombre de complications du traitement ou de la maladie ne peuvent pas être pris en charge par le médecin généraliste. Et que c'est une perte de temps et probablement une perte de chance si le patient attend de voir son médecin généraliste avant de venir directement ici. Donc le service qu'on rend au médecin généraliste c'est effectivement de se mettre à la disposition de leurs malades lorsqu'il y a un problème aigu si j'ose dire, pour les reprendre soit par le biais des urgences soit directement dans le service sans passer par les urgences, ce qu'on a organisé chez nous. Et ça, ça c'est un point essentiel.

Donc quand il y a un problème aigu à la sortie de l'hôpital, ils vous appellent directement ?

Les patients, oui. Alors parfois c'est le médecin généraliste qui est là mais... Ou alors le médecin généraliste dit au malade : « appelez directement dans le service » ce qui est tout à fait raisonnable hein, pour nous c'est pas une démission du médecin généraliste hein. Pas du tout hein. Je pense que quand quelqu'un a de la fièvre et qu'il vient d'avoir une chimiothérapie, qu'il est pas bien, qu'il vomit tout le temps, je suis pas sûr que ce soit du ressort du médecin généraliste et que ce serait peut-être à mon avis une perte de temps. Il devrait mieux dire : « allez tout de suite à l'hôpital ».

Et avant la décision en RCP vous êtes en contact avec le généraliste pour parler de la décision que vous allez prendre ?

Non, non. D'abord on le sait pas nous-mêmes déjà parce que c'est vrai que y a quelques malades qui rentrent dans des cases où les choses sont assez bien codifiées et puis y a quand même beaucoup de malades pour lesquels où bah, c'est pas aussi évident que ça et donc y a pas mal de discussion. Les présentations des dossiers aux RCP pour prendre des décisions, c'est pas 3minutes par malade hein, souvent c'est des longues discussions etc.. Alors c'est vrai que, le médecin généraliste, là pour le coup, dans certains cas, ça pourrait être très très intéressant d'avoir son éclairage, mais voilà c'est pas possible.

Et donc après la RCP, vous revoyez le patient en consultation pour lui annoncer la décision qui a été prise ?

Oui alors voilà chez nous, c'est la consultation qui est la consultation d'annonce du diagnostic et du traitement.

Est-ce que la question du coût financier intervient dans la décision d'un traitement pour les patients âgés qui ont un cancer ?

Alors si on parle uniquement des patients âgés, non. C'est l'intérêt du malade seul. On en parle de temps en temps mais c'est pas un élément déterminant.

Vous en parlez de temps en temps, c'est-à-dire ?

Bah c'est un élément de plus, on va dire : « telle ou telle thérapie ciblée c'est quand même un coût extrêmement élevé, est-ce que vraiment ça vaut la peine ? ». Mais bon si jamais on dit « bah oui pourquoi pas ? ». Mais c'est vrai que pour une personne de 50ans ou une personne de 85 ans, on aura peut-être plus tendance à se dire, même si on n'est pas certain que le patient va bénéficier d'un traitement coûteux, on aura peut-être plus tendance à le donner à un patient de 50 ans en se disant « bah tiens qu'est-ce qu'on a à perdre, il est en échappement, ça va peut-être mal se terminer pour lui », plutôt que quelqu'un de 85 ans en mauvais état général où là toute façon bah... Donc pourquoi essayer de donner un truc à 4000 euros par mois pour un résultat qui est toute façon pas bon. Donc c'est un élément mais c'est pas l'élément majeur.

Quand le patient retourne à son domicile après l'hospitalisation, vous vous êtes souvent en contact avec le médecin généraliste ?

Bah normalement, on envoie très vite un compte rendu hein. Toute décision sur un malade fait l'objet d'un compte rendu qui est immédiatement envoyé au médecin généraliste. Alors ça peut être... Enfin Ambroise Paré est un hôpital particulier puisque nous avons ORBIS et nous pouvons faire des comptes rendus très très rapidement, d'autre part nous avons le logiciel ARCADOS et, pendant les RCP, les Réunions de Concertation Pluridisciplinaire, nous on tape le compte rendu au moment, on utilise vraiment le logiciel comme il doit être utilisé, c'est-à-dire on projette l'écran sur euh, enfin l'écran de l'ordinateur, ce qui fait que ce qu'écrit la personne sur le compte rendu d'ARCADOS est affiché. Et donc comme ça, c'est écrit au moment de la RCP et normalement la secrétaire le fait signer et hop, ça part chez le médecin généraliste. Donc ça va très vite hein.

Donc le médecin généraliste reçoit le compte rendu quelques jours après la RCP ?

Normalement, tout est fait pour. Après je sais pas si les timbres, le machin, la poste... Le mieux certainement, ce serait que ça passe par informatique mais ça fait 10ans que j'attends ça.

Ici, vous n'utilisez pas le Dossier Communicant de Cancérologie ?

Non. C'est un vrai problème et je sais que pendant des années on s'est préoccupé du fait que les médecins généralistes puissent avoir les moyens de recevoir directement les comptes rendus de chez nous, c'est très possible techniquement, malheureusement je sais pas pourquoi on n'y arrive pas, parce qu'il faut crypter les choses et décrypter les choses etc.. Ce que je comprends hein. Mais bon finalement ça rend les choses tellement complexes que finalement, enfin en tout cas chez nous, enfin voilà. Et je pense que ça, ça serait un très très grand progrès parce qu'à la RCP au moment où on fait valider, si ça pouvait partir automatiquement chez le médecin généraliste, la RCP serait pas finie qu'ils auraient déjà le résultat, enfin la décision. Donc je pense que ça, ce serait à mon avis un point d'amélioration majeur.

C'est sûr qu'ils auraient plus vite accès à la décision.

Ah oui, au lieu de faire des dossiers médicaux partagés et des trucs comme ça, pour moi le truc essentiel c'est l'amélioration de la communication entre le médecin généraliste et l'hôpital par l'informatique. Un jour, on twittera (*rire*) !

Et concernant la prise en charge du patient après l'hôpital, qu'est-ce qui pourrait être amélioré dans la relation entre la ville et l'hôpital ?

L'accès du patient quand il doit venir à l'hôpital. C'est-à-dire qu'il faudrait qu'il y ait, dans tous les hôpitaux qui font de la cancérologie, une sorte de numéro qu'ils appellent 24 heures sur 24, auquel les malades et les médecins traitants pourraient directement s'adresser, soit pour une admission soit pour éventuellement un conseil, ça pourrait être une infirmière hein c'est pas forcément un médecin, certainement pas le médecin qui s'occupe du malade parce que il faudrait que tous les médecins soient présents mais on pourrait très bien considérer qu'une infirmière spécialisée, une équipe d'infirmières

spécialisées, pourrait répondre 24 heures sur 24 soit donner un conseil ponctuel soit organiser tout de suite l'admission en évitant de passer par les urgences. Ou parfois c'est mieux de passer par les urgences parce que les examens sont faits plus rapidement que si les personnes arrivent directement dans le service, par exemple, quand y a plus de médecins dans le service bah voilà.

Parce que là par exemple quand un médecin a un souci, il vous appelle dans le service ?

Oui mais il faut qu'on soit là hein. Ou alors il envoie aux urgences, c'est pas forcément... Voilà, à mon avis s'il y avait une piste d'amélioration, ce serait ça oui. Ce serait d'avoir dans tous les hôpitaux ou les cliniques, tous les centres qui font de la cancérologie, il devrait y avoir un numéro, quelqu'un, 24 heures sur 24, qui puisse répondre. A mon avis, ce serait pas très cher. Trois infirmières bien formées ou quatre, enfin je sais pas un équivalent temps plein 24 heures sur 24 et puis c'est tout.

En effet, ça pourrait répondre à pas mal de problèmes en ville. Et quel intérêt vous percevez des généralistes pour la question de la prise en charge oncogériatrique ? Vous trouvez qu'ils sont intéressés par la décision thérapeutique ou non ?

Ah oui, ça, non je pense le problème, c'est que ça évolue tellement vite que ils maîtrisent plus les processus décisionnels les médecins, la majorité des médecins généralistes. Dans les médecins généralistes, y en a toujours certains qui s'intéressent particulièrement à un domaine ou à un autre et ça j'apprécie, parce que de temps en temps, j'en ai un qui est très fort en pneumo et parfois y en a d'autres qui sont très forts en cardio par exemple, enfin bon. Mais disons que globalement les médecins généralistes sont, ce qui est normal, dépassés par la vitesse à laquelle ça va, enfin ça évolue très très vite. Et la prise en charge de ces malades, la technique, les protocoles, les produits, les thérapies ciblées, ça va très très vite donc la majorité suit pas, ce qui est normal. On peut pas leur demander de connaître tout ce qui se passe dans le diabète, tout ce qui se passe dans la BPCO, dans les maladies cardio-vasculaire, voilà c'est pas possible. Donc ils délèguent quand même pas mal. Et en plus, c'est vrai que ça peut, y a des situations cliniques, en ville, chez quelqu'un qui est suivi pour un cancer, qui a eut de la chimio ou un traitement lourd, ça peut dégénérer vite. Donc c'est plus vraiment du ressort du médecin généraliste. Donc je pense que voilà, c'est un peu difficile pour eux.

Et du point de vue des autres spécialistes, l'intérêt qu'ils ont pour l'oncogériatrie, pour les patients âgés qui ont un cancer ?

Bah ceux qui sont confrontés à la cancérologie comme les gastros, les dermatos, les machins, ils connaissent. Les cardiologues, ils s'en foutent mais alors royalement. Enfin je dis ça, je vais me faire tuer (*rire*) ! Mais voilà, les réanimateurs, les cardiologues, tout ceux qui connaissent pas l'oncologie, c'est terrible quoi. Oui, ceux qui les voient pas finalement.

Si ils en voient, c'est euh... Malheureusement chez un certain nombre de nos collègues qui sont pas confrontés à la cancérologie, après un certain âge, annoncer un cancer c'est comme si on signait un arrêt de mort. C'est un cadavre ambulante, c'est un peu triste mais c'est comme ça.

*Vous, quel rôle vous percez du généraliste dans la décision et la prise en charge oncogériatrique ?
Spécifiquement pour les personnes âgées ?*

Oui.

Bah en fait, paradoxalement, c'est là que le médecin généraliste serait encore plus utile, si j'ose dire. Parce que, les personnes âgées ont des comorbidités, un passé qui est bien connu en général par le médecin généraliste dont ils sont souvent d'ailleurs assez proches et auxquels ils ont confiance et c'est évidemment comme pour tous les malades, un diagnostic de cancer est toujours un coup de tonnerre, un moment extrêmement pénible. Souvent un malade est proche de son médecin généraliste ce qui est souvent le cas des personnes âgées et aiment bien avoir l'avis de leur médecin généraliste donc ça c'est un point important. Et puis nous on aimerait bien avoir dans certains cas de décision, alors nous on a la chance, mais vraiment on a une chance à Ambroise Paré d'avoir une équipe de jeunes gériatres dynamiques extraordinaires et qui s'intéressent à l'oncogériatrie et donc qui nous aident beaucoup. Donc on n'a peut-être moins besoin que d'autres d'avoir un avis du médecin généraliste, mais malgré tout, c'est vrai que l'avis de l'oncogériatre c'est très ponctuel voilà, il voit le malade, il lui fait quelques tests bon, tandis que là pour le coup, en oncogériatrie, c'est vrai que c'est là qu'on aimerait

avoir une évaluation par le médecin traitant. Mais il faudrait pas que ce soit une évaluation dans laquelle le médecin traitant dirait « il faut ou il faut pas faire le traitement », c'est pas ça parce qu'il connaît pas. Il faudrait juste que ce soit une évaluation pour nous dire : « c'est un patient qui a une fragilité très très forte ou alors c'est un patient qui est vraiment assez solide et même si vous le voyez comme ça... ». Par exemple, on peut voir des patients qui ont du mal à se déplacer parce que ils ont une métastase osseuse et donc ils ont du mal à se déplacer, ils restent dans leur lit. Et donc c'est pas un PS4, c'est pas un malade qui est en fin de vie parce que son état est, nan, c'est parce qu'il peut pas se déplacer. Mais on sait pas comment il était avant ! Peut-être qu'avant il se déplaçait bien etc.. Donc on interroge la famille, on l'interroge lui etc., mais on aimerait bien avoir un avis, une autre vision. Donc parfois on l'appelle, parce que quand même, on a quelques fois un contact avec les médecins généralistes qui sont quand même nos...nos...

Correspondants ?

Nos correspondants. Mais c'est pas aussi simple que ça, parfois c'est plus compliqué. Parfois ils ont pas de généraliste ou parfois... Mais bon, pour le coup, je dirai vraiment que dans l'oncogériatrie, y a probablement une niche-là où le médecin généraliste apporterait parfois, même plus, que pour un patient plus jeune.

Donc son rôle selon vous, ce serait plutôt en amont pour vous informer de l'état du patient ?

Oui pour nous dire comment il était avant et comment il voit la situation de ce patient.

Et enfin, est-ce que vous voyez un élément concernant le rôle du médecin généraliste dans la prise en charge oncogériatrique dont on n'a pas parlé et que vous souhaiteriez souligner ?

C'est la fin de vie. D'abord moi je pense que le médecin généraliste peut expliquer des choses à un malade qu'il connaît bien, ça c'est important, en qui le malade a confiance. Et la fin de vie, bah c'est un vrai souci. Mais bon encore une fois ici, on a la chance mais comme dans beaucoup d'hôpitaux aussi et de cliniques aussi, c'est d'avoir une équipe de soins palliatifs également très forte, on a accès à des lits de soins palliatifs à droite et à gauche, y en a d'ailleurs dans le service mais y en a ailleurs aussi, on a des lits où on peut garder des patients trois semaines. Mais néanmoins, y a un certain nombre de patients qui retournent à domicile et qui n'ont plus rien à faire ici de particulier et qui d'autre part ne sont pas vraiment à la phase terminale ou d'autres patients qui veulent retourner chez eux. Donc là, y a une situation difficile, je pense que les médecins généralistes, enfin c'est très lourd les soins palliatifs à bien gérer, le médecin généraliste a sa place mais en association à ce moment-là avec les équipes qui passent au domicile du patient en soins palliatifs. Donc là, à mon avis y a un travail, enfin peut-être que je me trompe, mais y a un travail qui à mon avis reste à faire dans les soins palliatifs à domicile, quelle est la place du médecin généraliste par rapport aux autres professionnels de santé, comment il pourrait intervenir. Et puis y a la prise en charge de la famille. Et parfois la prise en charge du généraliste du malade, c'est aussi lui qui prend en charge la famille, la femme pour commencer, ou le mari, le conjoint, parfois les enfants etc., bon en oncogériatrie c'est pas les parents mais enfin bon, quoique, enfin bon y a tout cet aspect-là que nous, nous ne faisons pas suffisamment j'en suis parfaitement conscient, et je dois dire en consultation, quand les gens viennent avec leur famille, que je leur explique que y a le patient, évidemment c'est le centre, le cœur de notre prise en charge, mais que eux aussi, ils sont importants et que eux aussi, ils sont victimes de cette situation et qu'eux aussi, il faut qu'ils aient des aides ici et là, et là pour le coup je pense qu'il y a un aspect de prise en charge par le médecin généraliste des angoisses, des difficultés, il faut pouvoir répondre. Voilà exactement je pense que y a vraiment cet aspect-là aussi.

Oui c'est sûr qu'il faut aussi penser à la prise en charge des aidants.

Oui parce que eux aussi, ils vivent un moment difficile.

Annexe 7 : Entretien n°4 du 26/09/2013

Quelle est votre spécialité et votre type d'exercice, êtes-vous uniquement hospitalier ?

Moi je suis praticien hospitalier, plein temps à l'hôpital, de chirurgie générale et digestive et oncologique. Ma thématique, c'est essentiellement le cancer mais pour des raisons alimentaires, je fais beaucoup de gardes aussi (*sourire*) ! Donc pas mal d'urgences dans lesquelles on retrouve effectivement une partie d'oncologie et en particulier chez les personnes âgées, effectivement, qui d'ailleurs viennent assez tard à l'hôpital !

Du coup, vous travaillez essentiellement à l'hôpital Ambroise Paré ?

Ah oui, je travaille uniquement à l'hôpital Ambroise Paré.

Depuis quand vous exercez ?

Et bien j'ai commencé ici mon clinicat en 98, et je suis jamais parti en fait !

Quel âge avez-vous si c'est pas indiscret ?

Moi j'ai 54ans.

Lorsque vous prenez en charge un patient âgé qui a un cancer, est-ce vous qui avez fait le diagnostic de cancer ou alors est-ce que le patient vous a été adressé après que le diagnostic ait été fait ?

Ça dépend, ça dépend. Soit ils viennent par les urgences les patients âgés qui ont un cancer, parce qu'ils saignent, parce qu'ils vomissent, parce qu'ils ont une occlusion ; soit ils passent par la consult, effectivement c'est le médecin généraliste qui peut les envoyer, oui. C'est dans cette population qu'on reçoit effectivement le plus de cancers des médecins généralistes. Parce que les jeunes échappent totalement au médecin généraliste maintenant.

Les cancers digestifs viennent essentiellement par les gastros et pour des malades compliqués, dont on raffole ici, par les oncologues médicaux qui nous envoient souvent des 2° ou 3° main.

Donc finalement, ces patients arrivent à vous par différents moyens, en fait.

Voilà. Mais effectivement le compartiment le plus attaché au médecin traitant, ce sont les vieux !

Majoritairement, est-ce que c'est plutôt les médecins généralistes qui vous adressent les patients ?

Pour les personnes âgées ?

Oui.

Euh, c'est difficile à dire. Oui, en tout cas c'est la partie de la population qui vient le plus facilement par le médecin généraliste. Pas forcément pour un cancer d'ailleurs. Plutôt pour une urgence ou un truc, dont on découvre secondairement que c'est un cancer. Parce qu'effectivement en ville, c'est beaucoup plus difficile de leur faire une colo ou des examens un peu invasifs, quoi.

Si c'est le médecin qui vous l'adresse, quel moyen il utilise ? Plutôt un courrier ou alors est-ce qu'il vous passe un coup de téléphone ?

Euh, soit par les urgences et dans ce cas là c'est pas nominal, soit il me l'envoie à la consult avec un courrier, oui. Soit ils arrivent d'abord en gériatrie, et puis je monte secondairement en gériatrie (*rire*) !

Une fois que le diagnostic de cancer a été fait, comment allez-vous faire pour recueillir des informations concernant le patient, que ce soit ses comorbidités, son environnement, ses antécédents ?

Bah c'est-à-dire que moi j'ai pas beaucoup d'informations à demander en fait. Moi je suis un peu comme un chien de chasse quoi (*sourire*) !

On me dit « y a un cancer là », je vais le chercher, point (*rire*)!

Si le malade est opérable, qu'on prend pas des risques énormes, que le cancer est enlevable, au XXI^e siècle à Paris, je laisse pas quelqu'un avec un cancer en place !

Justement, comment vous faites pour savoir s'il est opérable ou pas ?

S'il est opérable ou pas : je demande aux anesthésistes de le voir. Voilà. Et aux gériatres, quelques fois. Mais pas tellement pour l'opérabilité, on demande une consultation de gériatrie pour savoir quel bénéfice il va tirer du risque qu'on prend à l'opérer, voilà. Effectivement, pour les personnes âgées, ça compte, ça compte. Un peu. Mais on est quand même relativement agressif. En sachant que les personnes âgées supportent relativement bien une opération pour enlever un cancer plutôt que les complications du cancer : hémorragie, occlusion... Donc j'ai pas beaucoup d'état d'âme à opérer les très vieux pour enlever des cancers.

Avant de prendre une décision concernant le patient, est-ce que vous demandez l'avis du patient ou de son médecin traitant ?

Bah j'essaie de demander en premier l'avis du patient, oui. S'il est capable de me le donner. S'il est pas capable de me le donner, je lui demande quand même, donc voilà.

Et puis, le médecin traitant, on n'a pas énormément de rapports dans cette courte période où on va décider si on l'opère ou pas. Les personnes âgées ce sont elles finalement qui sont opérées le plus rapidement, au total. Parce qu'elles ont rarement de la chimio préop ou néoadjuvante ou des trucs compliqués. En général, comme on fait simple, ça va vite. Voilà. Le cas clinique type, c'est le cancer du colon droit avec une anémie, ça, ici, y en a tous les jours. Donc tu vois, moi je les vois, si ils sont à peu près opérables, jusqu'à ASA 4 et demi, je les opère (*sourire*) ! Voilà. Et y a pas énormément de casse, hein. En tout cas, en dehors de l'urgence, y a pas plus de casse que chez les jeunes.

Dans le cadre de la décision thérapeutique, hors urgence, faites-vous systématiquement une RCP ou non ?

Ça dépend. On fait une RCP quand y a une discussion sur la conduite à tenir ou pour un cancer relativement important. Le cancer du colon jusqu'au rectum : on fait pas de RCP, on fait la RCP après. Voilà, parce que c'est simple, la chirurgie est pas compliquée. Y a peu de morbidité. Donc colon droit, colon transverse, colon gauche jusqu'au rectum. Après le rectum et puis les autres localisations, y a une discussion sur un traitement péri-opératoire. Donc là, on en parle en RCP, oui.

Et lors de la RCP, quels spécialistes y participent ?

Y a les gastros, les oncologues médicaux, les chirurgiens, les radiologues et puis les radiothérapeutes, l'anapath, et puis voilà c'est à peu près tout.

S'il s'agit d'un patient oncogériatrique, le gériatre n'est pas forcément présent à la RCP ?

Il est pas forcément présent mais ce qui arrive souvent c'est que ce sont eux qui viennent nous présenter le dossier. On discute assez rarement de très vieux en RCP en dehors des patients de gériatrie, parce qu'effectivement, euh... ils font pas tellement des cancers compliqués les très vieux. C'est pas un type de 90 ans qui va faire un cancer du pancréas. Ou nous on le verra. Soit ils en font pas parce qu'ils sont morts d'autre chose, soit ils arrivent pas jusqu'à nous. Donc souvent le patient âgé c'est quelque chose de relativement simple et on en discute. Après, dans notre RCP, on ne discute pas forcément que de chirurgie. Donc de temps en temps, il arrive des vieux avec des cancers compliqués parce qu'ils sont jaunes ou..., voilà, dont on discute au staff mais c'est pas une décision tellement chirurgicale, le plus souvent. On fera pas une DPC à un patient de..., de, allez, de 92ans, parce que j'en ai fait jusqu'à 90 (*sourire*). Quelqu'un de 90 ans qui a une tumeur du pancréas qui est super en forme, la question elle va pas énormément se poser, hein, on va l'opérer. Quelques fois.

Vous prenez plutôt la décision entre vous plutôt qu'en RCP ?

Pour des cancers simples nan, non non, on prend pas la décision entre nous. Soit je la prends entre moi-même et moi-même pour un cancer jusqu'au rectum (*sourire*). Soit on la prend en RCP tous ensemble, voilà.

Si, les cancers un peu compliqués sont discutés en RCP, même les vieux, malgré tout.

Et il n'y a pas de généralistes qui assistent aux RCP ici ?

Ils assistent si ils... enfin ils peuvent venir, hein, ils sont les bienvenus ! Mais non. Quelques fois, ils peuvent venir nous montrer des dossiers.

Ici c'est déjà arrivé ?

Oh je pense, ouais.

Vous, vous en avez jamais vu aux RCP ?

Si, si, j'ai dû en voir. Mais je m'en souviens pas là parce que ça fait longtemps que c'est pas arrivé !

Et vous pensez que leur décision influencerait sur la décision thérapeutique qui est prise en RCP ?

Non. Sauf si ils connaissent très bien le patient et qu'ils nous parlent de ses capacités ou de sa vie de tous les jours quoi. Mais sur la décision thérapeutique, non. Parce que si ils viennent, c'est pour nous demander notre avis en fait. Donc en fait, une fois qu'on a donné notre avis, bah voilà. Après, c'est vrai que pour les patients âgés, c'est vrai que c'est important de savoir comment ils étaient avant. C'est surtout pour ça que ça peut influencer effectivement. Quelqu'un pour qui on envisage un traitement qui est un peu compliqué qui est complètement dément, voilà. Ils sont pas très souvent en ville ces malades. Ils viennent plutôt de maisons de retraite.

Et après la RCP, c'est vous qui annoncez au patient la décision qui a été prise ?

Je leur annonce souvent avant d'ailleurs (*rire*) ! parce que je sais à peu près ce qu'il va se dire à la RCP. J'essaie de les faire venir le moins souvent possible à l'hôpital. Donc si je les vois avant, avant déjà je leur donne à peu près ce qu'il va se passer. Et puis je les vois avec l'anesthésiste pour les opérer. Mais oui, c'est moi qui leur dis.

Quel moyen vous utilisez pour informer le généraliste sur la prise en charge après décision en RCP ? vous l'appelez, vous lui envoyez un courrier ou autre ?

Euh, je lui envoie un courrier. Soit que j'ai vu un malade qui avait son bilan complet et que je sache ce que je vais faire, je lui envoie quand je vois le malade en consult ; je fais le moins de courriers possibles, ça c'est sûr ! Soit je fais le courrier après la RCP quand c'est un malade un peu particulier, ou qu'on m'a adressé de façon nominative, ou bien précis ; soit je fais un courrier quand je le revois avec l'anesthésiste. Souvent quand ils ont besoin de voir l'anesthésiste, je les mets le mercredi après midi au moment de ma consult, comme ça ils voient l'anesthésiste et moi je les revois. Je leur explique à ce moment là souvent, parce que y a la famille aussi, et j'envoie un courrier au médecin traitant.

Pour la suite de la prise en charge, après avoir opéré le malade, vous êtes en relation ensuite avec le médecin généraliste ?

Souvent, il reçoit le compte rendu opératoire, il a sûrement un courrier de l'interne quand le malade sort un peu sommaire voire pas très exact- et moi je lui réécris quand je vois le malade au bout d'un mois en consult. Ou avant si on a pris une décision de chimio adjuvante ou quoi que ce soit. Je réduis au maximum le courrier parce que j'ai pas le temps en fait. Donc je préfère opérer le malade, et puis le courrier, je le fais quand je peux (*rire*) !

Est-ce que la décision du coût intervient à un moment dans la décision oncogériatrique ?

Non, absolument pas. Ça c'est un truc... Je suis totalement réfractaire à cette question !

Quel rôle percevez-vous du médecin généraliste dans la prise en charge oncogériatrique ? quelle serait sa place idéale ?

Bah si déjà il fait un bon diagnostic et qu'il envoie à la bonne personne, il a déjà fait beaucoup je trouve (*rire*), c'est l'essentiel. Et puis après, y a l'éventuel retour à domicile, après une opération. Et là, effectivement, c'est lui qui coordonne le post-op, quand le malade rentre à domicile. On en voit quand même pas mal des gens qui rentrent à domicile, parce qu'ils étaient bien avant, et là, tout revient au médecin traitant après, parce que nous, on ne s'en occupe plus. Donc sa place idéale, c'est de faire un bon diagnostic, de l'envoyer à la bonne personne et d'assurer après les suites post-op qui sont pas forcément...

Faciles ?

Oui, enfin le patient âgé soit il s'en sort, soit il s'en sort pas tellement mais c'est vrai qu'on les rend pas souvent totalement dans l'état où on les a reçus (*sourire*) ! Sans que ce soit catastrophique, et ils récupèrent d'ailleurs souvent assez bien. Mais les premiers temps, ça peut être un peu, voilà, un peu pas très facile.

Donc sa place, selon vous, c'est surtout en amont et en aval ?

Oui, au milieu, bon...

C'est pas vraiment son rôle, c'est ça ?

C'est pas vraiment son rôle et puis voilà, nous on les garde le moins longtemps possible. Après son rôle aussi, si on n'a pas cette notion avant, c'est de savoir ce qu'on en fait après. Est-ce qu'on l'envoie en SSR, est-ce qu'on l'envoie en moyen séjour ? là, oui, il peut avoir une place.

Pour la suite de la prise en charge, après que vous ayez opéré le patient...

J'essaie de pas m'en occuper en fait.

Du coup, qui va s'en occuper ?

Bah j'appelle E. ou F. (*NDLR : gériatres de l'hôpital*) (*rire*) ! Voilà. En plus, ils sont très disponibles, donc on leur demande de les voir, et puis de savoir ce qu'on en fait.

Donc vous n'appellez pas le médecin traitant, par exemple, pour avoir son avis sur les suites ?

Non, pas tellement. J'appelle très peu les médecins traitants. Je suis pas un fana du téléphone ! Sauf si c'est nécessaire ou qu'on me le demande. Mais il faut me solliciter sinon je ne le fais pas. J'estime que chacun à sa place et puis, que voilà, tant que le patient est ici, c'est notre problème à nous. Et puis, après quand il sort ou que je le revois en consult, toute façon il a le courrier, le compte rendu opératoire, le compte rendu de la RCP, de l'anapath. J'ai pas tellement grand chose à rajouter, c'est lui qui le connaît bien, hein, le malade ou la malade.

Moi je suis assez technicien malgré tout, c'est déjà pas mal, hein !

Quel intérêt vous percevez des médecins généralistes pour la prise en charge oncogériatrique ? vous pensez qu'ils s'y intéressent beaucoup ?

Les généralistes ?

Oui.

Ah oui, je pense qu'ils s'y intéressent. Ils s'intéressent à la prise en charge gériatrique, quoi, que ce soit oncologique ou pas. Ici, on est fait pour transformer des malades oncogériatriques en des malades gériatriques. L'onco, normalement, ça reste ici chez J. (*NDLR : anathomopathologiste de l'hôpital*) ! Surtout qu'on leur fait assez peu de traitements post-op, et encore, c'est en train de changer, parce qu'effectivement les indications reculent avec l'espérance de vie. Donc moi je peux faire une DPC à 90 ans, j'en ai déjà fait, et en général ça se passe pas forcément mal parce que les malades sont très sélectionnés donc... En tout cas, pas plus mal que chez les jeunes parce qu'ils ont pas forcément plus de complications chirurgicales, hein, ils font des complications systémiques. Si ils sont en bon état avant... Et puis c'est vrai qu'on propose des chimiothérapies adjuvantes à des patients très âgés. Alors moi, je freine un peu malgré tout au staff mais ils ont assez souvent une chimio adjuvante.

Pour quelles raisons vous freinez la chimio chez les personnes âgées ?

Moi ?

Oui.

Bah c'est difficile d'embêter les gens après 90 ans avec une chimiothérapie, je trouve qu'il y a un bénéfice qui est pas clairement démontré. Parce que si la chimiothérapie adjuvante a montré ses effets, c'est pas dans une population sélectionnée à 90 ans (*sourire*), elle est plutôt sélectionnée avant ! Et on sait comment ça se passe hein, souvent on écarte les vieux, comme ça les séries sont meilleures en fait. Donc on a tous fait des études prospectives randomisées et quand on sait comment ça se passe, quelques fois on a un avis un peu différent, on va dire on a un avis temporisé on va dire. Donc oui, j'ai assez souvent tendance à freiner les indications de chimiothérapie post op chez les vieux.

Vous utilisez, ici, le dossier communicant de cancérologie ?

Ah nan, ça je sais pas ce que sait. Et je suis aussi assez réfractaire à tout ça.

Et le dossier médical personnalisé ?

Ah non, non plus. Toute façon l'informatique ici, ça a jamais fonctionné.

Vous utilisez des dossiers papier alors ?

Ah oui, moi j'espère jusqu'à ma mort écrire le dossier médical ! parce que je trouve que l'informatisé, c'est vraiment une perte énorme.

Donc le médecin traitant, vous lui envoyez un courrier, il n'a pas la copie ou il n'a pas accès à ce dossier complet ?

Non, je lui envoie un courrier. Le dossier complet, euh... (*soupir*), je suis pas sûr que ce soit... Après on pourrait toujours faire mieux, hein ?

En particulier les malades qui font des complications ici, dont je m'occupe pas vraiment parce que c'est soit cardiologique, une arythmie, soit une infection urinaire, et tout ça... Ça, ça je pense que pourrait servir au médecin généraliste mais moi je m'en occupe plus (*rire*) ! Moi ce que je fais, c'est que j'opère les malades, quand on me l'envoie je l'opère le plus vite possible c'est-à-dire je m'en occupe bien avant, je lui trouve une consultation d'anesthésie, éventuellement je peux le faire voir le même jour à l'anesthésiste, je l'opère rapidement, je m'arrange pour qu'il ait des suites simples, il a souvent des suites simples, je le suis pendant 5 jours, c'est compris dans le package c'est comme orange (*sourires*), et au bout de 5 jours si ça va bien, je le laisse filer au fil du courant (*sourires*), voilà ! Alors effectivement, je pourrai mieux faire je pense.

« Mieux faire », c'est-à-dire ?

Et bien, le suivre plus longtemps, m'occuper des comp..., enfin, lister les complications et les transmettre au généraliste effectivement. Faire un courrier à la sortie du malade.

Et ça, vous ne le faites pas faute de temps ou il y a une autre raison ?

Oui, faute de temps. Et puis je m'occupe un peu moins des malades, maintenant. Je m'en occupais beaucoup plus y a 5-6ans ou 10ans. Là, maintenant, je laisse un peu filer parce que bon... Voilà. Mais bon je vieillis maintenant (*sourires*), je fatigue donc je cours moins à droite et à gauche (*sourires*) !

Selon vous, quelles sont les améliorations que l'on pourrait apporter entre la ville et l'hôpital ?

Pour moi ?

Oui.

Selon moi, c'est que je lui fasse parvenir au médecin traitant, quand le malade sort, tous les détails de son épisode hospitalier. Ce que je fais pas (*sourire*) ! Parce qu'en général, il doit attendre un mois que je le vois en consult, alors que c'est la période la plus difficile finalement. Beaucoup de patients partent en SSR malgré tout pendant cette période, donc, le médecin traitant il est assez déchargé pendant cette période des ennuis. Et puis, voilà, que je lui donne les détails de l'hospitalisation, ce que je fais pas. Ça, je pense, ça pourrait améliorer les choses. Mais bon, nul n'est parfait (*sourire*) !

Mais il y a quand même un interne qui lui envoie un compte rendu de l'hospitalisation ?

Oui, oui. Toute façon, il reçoit le compte rendu opératoire, et puis l'interne est censé lui envoyer un compte rendu d'hospit quand il sort. Le jour même.

Donc en général il le reçoit une semaine après, à peu près ?

Euh, je vais pas vérifier si ça marche ou pas. En général, je fais pas la police dans le service. J'estime que les gens sont grands et ils font ce qu'ils ont à faire, et que... voilà. Je suis pas sûr que les internes quand même, qui ont une charge de travail relativement importante, envoient tout de suite le compte rendu. Bon, à ma consult à moi, il est souvent dans le dossier, donc ça veut dire que même s'il est pas parti le jour même, il est peut-être parti dans la semaine.

Concernant les suites de la prise en charge, si jamais un patient oncogériatrique fait des complications, le médecin généraliste adresse le patient directement aux urgences, il ne va pas chercher à vous joindre personnellement ?

Ah il peut chercher à me joindre, oui. Ça, ça pose aucun problème. Un malade que j'ai opéré, tu peux toujours m'appeler, je le reverrai tout de suite ou je le prends tout de suite ! Ça, je les prends 5 jours pour être sûr que tout va bien, après moi je les vois moins, mais si y a une complication, moi je suis toujours là pour eux.

Et ils vous joignent comment, ils appellent à l'hôpital ?

Bah soit ils appellent ma secrétaire, soit la rotonde. De toute façon, la rotonde a une mauvaise habitude, c'est de m'appeler dès que y a un truc qu'ils arrivent pas à gérer (*sourire*) !

Donc c'est souvent sur moi que ça tombe !

Enfin, est-ce qu'il y a un point dont on n'a pas parlé concernant la place du généraliste dans la prise en charge oncogériatrique et dont vous aimeriez parlé ?

Euh...non. Non, non. Non, je vois pas tellement ce que l'on pourrait faire de mieux. Pour le cancer digestif, les patients âgés, c'est souvent le colon, dans la majorité des cas. Après, tout le reste bon, soit le diagnostic est difficile, soit c'est déjà largement dépassé, parce que là, ils arrivent pas toujours jusqu'à chez nous. Alors après, pour le colon...

C'est peut-être plus nous contacter que d'envoyer aux urgences. Ouais, c'est ça qui pourrait être amélioré. Plutôt que d'envoyer le malade aux urgences, où il peut arriver que le diagnostic soit pas fait, on en a des exemples tous les jours des patients qui viennent une fois, deux fois, et puis pour s'apercevoir 3 mois après que c'est en fait un cancer du colon et que maintenant, il est en occlusion.

Mais ils viennent 3 fois aux urgences ?

Ouais, ouais. Ils sont étiquetés une fois....

Constipation ?

Constipation, une deuxième fois gastro-entérite, et une troisième fois, voilà. Il faut que le médecin n'hésite pas à nous appeler ou à nous l'envoyer en consult.

Oui, parce que vous trouvez que ça retarde la prise en charge ?

Ouais, surtout chez le vieux parce que y a beaucoup de choses et ça se perd un peu dans l'ambiance. Alors moi ou les gastros mais quelque fois on perd un peu de temps. Et souvent 2-3 mois à cet âge là, souvent ça fait la différence.

Merci beaucoup pour cet entretien !

J'ai pas beaucoup réfléchi à la question, à vrai dire hein !

Ah mais vous m'avez parlé de plein de choses très intéressantes !

Mais c'est assez chirurgical dans l'ensemble ce que je fais moi !

Oui, vous êtes chirurgien en même temps !

A la fois dans la technique que dans la prise en charge du malade, donc c'est simple ! Mais sur les résultats de la chirurgie même, le patient qui arrive au bloc après un peu de sélection, il fait pas tellement plus d'ennuis que les autres, au total.

Ah oui ?

Oui, donc il faut pas se dire il faut pas hésiter à les opérer en se disant ils sont vieux. Non, la discussion elle est pas là. Après, effectivement les patients qui sont plus avec nous là ça se discute hein. Mais les laisser mourir d'un cancer évolutif, je trouve que c'est pas très sympathique.

Statistiquement, ils meurent moins des complications de la chirurgie que du cancer lui-même ?

Ah oui, oui, la question se pose même pas. Ils meurent moins des complications de la chirurgie que du cancer, et que des complications générales, du cœur ou du poumon... Quand on les opère de façon réglée, qu'ils sont passés chez l'anesthésiste et que c'est pas l'urgence, y a très peu de comorbidités. Pas plus que dans la population générale.

Ici, quelle est environ votre part de population oncogériatrique ?

Moins de 30%.

Ah oui, c'est quand même important.

Ah oui, oui, oui.

Annexe 8 : Entretien n°5 du 03/10/2013

Est-ce que vous pouvez me parler de votre spécialité et de votre type d'exercice ?

Donc moi je suis gastro-entérologue au départ, j'ai mal tourné et je fais essentiellement de l'oncologie digestive maintenant. Donc moi je suis PUPH, je suis dans un centre de lutte contre le cancer, après avoir été pendant longtemps à Ambroise Paré, enfin côté académique, voilà. Donc j'ai une activité purement hospitalière, j'ai des consultations avec quand même un intérêt particulier pour l'oncogériatrie parce que je m'étais occupée d'une étude une année de recherche chez les patients ayant un cancer colorectal. Donc sensibilisé au sujet.

Du coup vous exercez que à l'hôpital René Huguenin ?

Ouais, exactement. Donc René Huguenin c'est l'un des deux hôpitaux de l'institut Curie, et donc c'est ça, c'est un statut de centre lutte régional contre le cancer.

Et ça fait depuis combien de temps que vous exercez ?

Et ben en général ou ici ?

Oui, en général et puis après ici ?

Et bien moi j'ai du passer ma thèse en 92 donc j'étais interne, je suis arrivé comme chef de clinique à Ambroise Paré en 97.

Donc en gastro ?

En gastro mais c'était un service de gastro et oncologie digestive quoi et puis là je suis arrivé à Curie depuis 2010 donc ça fait 3 ans.

Et vous avez quel âge si c'est pas indiscret ?

44, presque 45.

D'accord. On va parler à présent de la prise en charge des patients âgés qui ont un cancer. Vous, quand vous voyez un patient âgé qui a un cancer pour la première fois, est-ce que c'est vous qui avez fait le diagnostic de cancer où c'est un autre médecin qui vous l'a adressé qui a déjà fait le diagnostic ?

Et ben ça dépend. Alors déjà vous mettez la barre où pour un patient âgé ?

On va dire au-dessus de 75 ans.

Oui d'accord. Et ben ça dépend. En général, ici, ils arrivent avec leur diagnostic quand même. A Ambroise Paré, ils arrivaient, ils étaient hospitalisés pour des symptômes, pour bilans ; ici, comme y a pas de service de gastro, souvent ils ont déjà eut un bilan en ville ou alors ils viennent pour faire une coloscopie ou un complément. Donc c'est plutôt un recrutement de ville, adressés par des gens de l'extérieur. Y a quelques patients qui sont adressés par d'autres gastros qui savent que je m'occupe, que j'aime bien les patients âgés quoi, et donc voilà, mais bon pas beaucoup.

Et quand on vous adresse le patient, c'est quel type de médecin, c'est un spécialiste ou c'est un généraliste ?

Et ben soit c'est des généralistes soit c'est des autres gastros qui sont moins spécialisés en cancéro, etc., sachant que ceux qui sont adressés ici, c'est plutôt des patients euh, le plus souvent des patients qui ont une maladie un petit peu avancée quoi, pour lesquels soit ils ont déjà été opérés et y a de la chimio à faire ou à discuter parce que ils ont des métastases etc. mais comme on n'a pas une grosse équipe chirurgicale ici, y a pas tellement des patients qui arrivent tellement pour être opérés et surtout, y en a pas mal qui arrivent quand le diagnostic est fait un peu au dernier moment, ils arrivent avec des symptômes, en occlusion, directement aux urgences. Comme ici y a pas d'urgences, ils atterrissent plutôt soit à Foch soit à Ambroise Paré.

Quand vous prenez ce patient en charge, avant de prendre une décision, auprès de qui vous cherchez des informations concernant ce patient, que ce soit sur les antécédents, les comorbidités ?

Et ben, souvent, ils peuvent nous le dire eux-mêmes en général, soit le médecin traitant, enfin le médecin adresseur, qui est en général le médecin traitant, a fait un courrier, soit si on a un doute, on passe des coups de fil. Enfin bon, en général, ils ont les infos hein.

Quand c'est des coups de fil, c'est au médecin traitant directement ou à un spécialiste ?

Non ça dépend, pour tout ce qui est traitements etc., c'est plutôt le médecin traitant qui est au courant en général.

Donc vous l'appellez facilement le médecin généraliste ?

Enfin c'est pas tous les jours hein, si besoin, et puis y en a quelques uns qu'on commence à connaître un peu.

Concernant la prise en charge, vous cherchez à recueillir avant l'avis du patient ?

Bah oui, ouais ouais. Bon déjà, comme je me suis un peu intéressé à la question de l'oncogériatrie, bah on a un a priori favorable je veux dire, c'est pas parce qu'ils sont vieux qu'on peut pas s'occuper d'eux hein. Après, nous on fait un peu le bilan de la maladie parce que voilà, quel traitement on ferait pour cette maladie et puis après on voit si il faut adapter ou pas en fonction du terrain. Donc là effectivement ça dépend du terrain. On a un oncogérialtre ici qui vient pas très souvent mais qui est là, je crois que c'est une ou deux fois par semaine. Donc voilà. Moi il m'arrive de passer un coup de fil une ou deux fois à F. (NDLR : gériatre de l'hôpital Ambroise Paré) pour lui dire « tiens, qu'est-ce t'en penses, etc. ». Donc ça c'est pour l'évaluation. Voilà, de temps en temps on fait le test là, le G8. Et quand y a besoin d'une évaluation gériatrique un peu plus poussée, on a un hôpital de jour soins de support ou alors en consultation oncogériatrique où ils peuvent être vus.

Ici-même à René Huguenin ?

Oui oui, sur place donc ça c'est pas mal. Et puis après on expose au patient ce qu'il va se passer : « en théorie vous avez tel truc, il faudrait faire ceci-cela, qu'est ce que vous en pensez ? », voilà.

Pour la décision de prise en charge en elle-même, comment ça se passe ? Vous faites des RCP systématiquement ?

Alors bien sûr, quand y a des décisions de traitement, tous les dossiers sont passés en RCP. Alors après en fonction des délais, soit il a plus de 75 ans et il a pas de comorbidités, il va bien etc., là on fait pas forcément appel au gériatre et donc nous on décide en RCP. Soit parfois, la question est un peu plus délicate, on n'est pas sûr, il pourrait l'avoir mais on va peut-être pas lui rendre service parce que de toute façon on va pas le guérir etc., donc là, soit on fait la RCP et on dit : « bah d'un point de vue oncologique on ferait ça mais on va faire valider par le gériatre ou pas », soit il a vu les gériatres avant et on discute après mais c'est toujours, oui oui bien sûr, toutes les décisions sont prises en RCP.

Et qui participe à ces RCP ?

Bah en théorie, y a un chirurgien, y a onco ou gastro, y a une radiothérapeute, un médecin nucléaire et on n'a pas toujours de radiologue. Et les gériatres ils viennent pas. Parce que voilà c'est normal ils peuvent pas être partout. Et y a quelqu'un de la recherche clinique parfois.

Donc du coup, le gériatre n'est pas toujours présent, vous lui en parlez un peu avant quand c'est des dossiers compliqués, c'est ça ?

Voilà c'est ça. Soit le patient on le met en hôpital de jour, on a un hôpital de jour qui s'appelle Soins oncologiques de support où c'est que le lundi et le mardi ou le mercredi je sais plus, mais y a deux jours dans la semaine où y a un gériatre qui est là, soit il peut voir des patients en consultation sans être en hôpital de jour.

Les généralistes n'assistent pas à ces RCP ?

Et non. Bah c'est-à-dire que si les médecins traitants des patients nous disaient : « bah est-ce qu'on peut venir à la RCP ? », on les accueillerait bien volontiers mais en pratique c'est pas une demande qu'on a. Ils ont pas le temps hein.

Oui c'est sûr. Est-ce que vous les informez avant les généralistes que leurs patients vont passer en RCP ? Est-ce que vous prenez leur avis avant la RCP ou vous les informez plutôt après la RCP de la décision qui a été prise ?

Pas toujours, bah on prend pas toujours leur avis, non. Enfin pas pour la décision. Bah eux, ils nous les envoient pour traiter un cancer parce qu'a priori on a plus d'expertise qu'eux. Mais bon ils ont peut-être plus d'expertise pour autre chose mais voilà. Et donc après, moi j'envoie toujours un compte rendu de consultation au médecin traitant, enfin on envoie à qui le patient nous a été envoyé quoi et puis on leur envoie le compte rendu de RCP après oui. Et puis à la limite si ils sont pas d'accord, ils peuvent nous passer un coup de fil quoi.

Ce compte rendu, ils le reçoivent combien de temps à peu près après la RCP ?

Et bien quand tout va bien, nous on a la RCP le jeudi soir, le temps que ce soit tapé, relu, ça doit partir le lundi ou les jours d'après, donc ils le reçoivent la semaine d'après quoi.

Après la RCP, c'est vous qui informez le patient de la décision qui a été prise ?

Oui voilà c'est ça. En général les patients on leur dit : « bah, éventuellement il faut refaire le bilan, on refait un scanner machin puis on discute votre dossier en RCP ». A priori c'est ça qu'il faudrait faire et puis on les revoit en consultation dite d'annonce après pour dire « bah voilà, on confirme notre proposition », entre temps ils ont eut le temps de réfléchir, parfois moi je leur dis... enfin parfois y a des patients qui sont pas très sûrs et tout, donc moi je leur dis « bah allez en rediscutez avec votre médecin », certains le font, d'autres le font pas, et puis voilà. Ça dépend vraiment des personnes.

Et selon vous, la question du coût, elle intervient dans la décision de prise en charge d'un patient âgé qui a un cancer ?

Du coût, la monnaie ?

Oui, du coût monétaire ?

Bah non. Du genre, ils sont vieux donc on va pas leur donner les traitements qu'on donnerait à des jeunes ?

Oui, par exemple.

Je crois pas non. Non, non, franchement la décision est vraiment basée... Là où on peut parfois être amené à faire des traitements un peu différents que chez les jeunes, c'est soit pour des histoires de tolérance parce que y a des médicaments qui donnent de l'hypertension, qui entraînent des AVC, qui peut donner ceci-cela, on n'a pas très envie, et puis y a moins de données quoi. C'est-à-dire qu'on sait pas, enfin on commence à savoir mais bon donc est-ce qu'il faut vraiment donner pour la même chose le même traitement à un patient âgé ou pas, on risque peut-être d'être plus toxique et donc y a peut-être des protocoles différents, voilà donc c'est un peu l'Evidence Based Medicine mais en gériatrie, enfin moi je fais que les tumeurs digestives donc c'est différent un peu.

Enfin le choix est franchement pas un choix économique hein.

Après, pour ce qui est de la prise en charge en ville, comment ça se passe, est-ce que vous êtes souvent en relation avec le médecin généraliste ?

Et ben souvent y a des courriers c'est-à-dire que, moi à chaque consultation, on fait un bilan d'évaluation et le médecin traitant reçoit un courrier, à chaque passage en hôpital de jour y a un compte rendu, alors soit c'est envoyé toutes les semaines ou une fois par mois et on fait une petite synthèse des différents trucs donc le médecin traitant il est informé. Donc après y a quelques médecins traitants qu'on a au téléphone parce que y a un truc qu'ils ont pas pigé ou alors on a un truc à leur demander en leur disant : « alors voilà ça serait bien de faire ça pour tel patient, avec qui vous bossez ? » voilà mais c'est pas tous les jours.

C'est plutôt des médecins que vous connaissez ?

Nan nan, pas forcément. Parfois effectivement, quand y a un truc pas clair, y a certains patients âgés qui savent pas très bien leur traitement et tout, on va passer un petit coup de fil voilà. Mais ça se passe très bien hein. Enfin, on les appelle pas à chaque fois pour leur dire « bah là on a envisagé de faire

telle chimio, est-ce que vous êtes d'accord ? », ça on le fait pas ça. Je pense qu'en plus ça les emmerderait ! ils diraient « bah j'y connais rien, démerdez-vous ».

De votre point de vue, vous pensez que le médecin généraliste il est pas intéressé par le type de traitement qui va être fait ?

Ah bah si, enfin c'est-à-dire que... Déjà le médecin traitant qui nous envoie un patient âgé pour prendre en charge le truc c'est que déjà il espère qu'on va faire quelque chose à son patient quoi ! Parce que je suis sûr que y a plein de patients âgés, peut-être de moins en moins maintenant, mais bon il doit y a voir un certain nombre de patients âgés qui voient leur médecin traitant parce qu'ils ont des symptômes qui pourraient être en rapport, ou alors ils vont pas forcément faire les explorations, ou alors après y a quand même pas mal de médecins traitants ou de médecins en général d'ailleurs, mais en particulier traitants dans le cas particulier, qui sont pas convaincus de l'intérêt de faire des chimios ou qui ont encore des idées fausses.

Selon vous, quelle est du coup la place du médecin généraliste dans la prise en charge de ces patients âgés ?

Bah elle est vachement importante parce que c'est eux qui voient les patients. Parce qu'on dit partout, enfin pour le colorectal toujours, la moitié des cancers du colon c'est après 75 ans, ils sont pas dans le dépistage et tout ça, y a un retard au diagnostic, après y a un retard dans la prise en charge et tout mais ces patients âgés qui c'est qu'ils voient en premier ? C'est le médecin généraliste. Donc c'est sûr que si c'est un généraliste qui dit « oh là là 75 ans on va pas aller l'embêter avec une chimio et tout » alors que, y a un certain nombre de patients même si pas tous mais la majorité qui pourrait en bénéficier. Mais bon à partir du moment où c'est lui le premier, sauf pour les patients qui arrivent aux urgences parce que ça a trainé et ils sont pris en charge directement pour une occlusion etc., c'est vachement important.

Dans l'étude que vous avez réalisée, vous montriez que les patients âgés sont plus souvent diagnostiqués au stade métastatique ?

Et ben dans l'étude qu'on avait, c'était un des critères d'inclusion mais moi j'avais regardé sur des données de registres de tumeurs où y a tous les cas diagnostiqués et effectivement, quand on compare aux patients plus jeunes, on voit bien que c'est plus souvent diagnostiqué à une complication, c'est plus souvent diagnostiqué à un stade avancé. Les gens qui auraient eut une coloscopie, bah parce qu'ils ont un peu mal au bide à 30 ans ou 40 ans, chez les patients âgés alors qu'ils avaient vraiment mal au bide et des saignements etc. et bah on leur a pas fait de coloscopie et après ils ont moins de traitements quoi.

Selon vous, quels sont les éléments qui pourraient être améliorés, que ce soit concernant la place du généraliste dans la relation entre la ville et l'hôpital ou ... ?

Et ben je sais pas mais je crois que y a encore beaucoup trop de généralistes qui ont des a priori parce que ceux qui sont entre guillemets jeunes et ceux qui sont encore restés sur les traitements des cancers des années 60-70 qui ont pas fait parce qu'ils avaient pas le temps de...de...comment ça s'appelle ?

De FMC ou d'EPU ?

Oui voilà. Et bah nan il faut leur dire que y a des trucs à faire maintenant, que même si c'est pas une chimio c'est quand même bien d'opérer une tumeur du colon avant qu'elle se mette en occlusion ou ça évite de transfuser les patients pendant 15 jours, que même si on fait pas les traitements de chimio bah y a les soins de support qui peuvent être vachement importants. Et puis c'est pas parce qu'il a 70 ans, s'il a des rectorragies et bah on peut lui faire une coloscopie quand même quoi. Voilà et bah ça c'est de la formation continue hein.

Concernant les patients, qu'est-ce qui pourrait être amélioré dans leur prise en charge ?

Et bah le truc c'est que les patients âgés, le problème c'est que, enfin le problème, c'est qu'ils sont quand même fragiles quelque part. Donc un patient qui vient faire sa chimio et qui retourne en hôpital de jour et puis qui rentre chez lui, c'est vachement important que le médecin généraliste soit au courant, qu'il soit si possible disponible parce que, une complication genre neutropénie un peu sévère

ou quoi qui passerait comme une lettre à la poste chez un patient jeune, peut devenir vite problématique chez un patient âgé. Donc il faut être hyper réactif et là, ça peut être le rôle du médecin traitant de savoir que pour tel patient il est en cours de chimio donc que si il m'appelle, il faut que j'y aille.

Etre en alerte finalement ?

Bah oui, pour mieux prendre le problème tôt en fait. On voit des patients qui ont eut des diarrhées carabinées pendant 15 jours et qui sont totalement déshydratés avec des perturbations hydro-électrolytiques, tout ça parce que soit ils ont pas été vus... Enfin nous aussi, il faut dire aux patients, enfin les patients âgés ils font pas gaffe quoi : « bah non non, j'allais pas déranger mon médecin traitant etc. », donc il faut informer tout le monde quoi.

Pour ce qui est du transfert d'information de l'hôpital vers la ville, est-ce que vous ça vous convient que le généraliste reçoive des comptes rendus courriers ou vous pensez que ça pourrait être amélioré par un autre système d'informations, un mail , un dossier ? Je crois que vous n'utilisez pas ici le Dossier Communiquant de Cancérologie ?

Euh je crois pas non qu'on utilise ça, non. On a des espèces d'ayatollah là de l'informatique ! On peut même pas mettre une clé USB quasiment !

Enfin non je sais pas parce qu'ici ça marche pas trop mal quoi le secrétariat parce qu'on fait des dictées machin, moi là j'ai eut des consultations ce matin, ça va être signé ce soir et ça partira demain, donc c'est pas mal quoi. Y a un secrétariat assez efficace.

Oui c'est assez rapide.

Oui, après je sais pas ce qui est plus facile pour un médecin généraliste qui est débordé quoi. Donc est-ce qu'il préfère avoir un courrier papier qu'il peut lire vite fait et mettre dans le dossier du patient, est-ce qu'il préfère avoir un truc informatique, un mail plutôt que d'avoir à scanner le courrier, ça, ça dépend de l'organisation de chacun hein.

Ici vous avez des dossiers informatiques où chaque spécialiste peut y accéder ?

Oui oui, ici tout est informatisé. Ça c'est pas mal.

Et vous pensez que si le généraliste avait accès à ce dossier-là, ce serait plus pratique ou ça changerait pas grand chose ?

Bah il pourrait avoir les comptes rendus plus rapidement ou il pourrait avoir les résultats des bilans biologiques, oui pourquoi pas oui. Après quand on en discute, certains disent : « OK très bien mais de toute façon, nous on n'a pas le temps ». Parce que y a eut une enquête sur la satisfaction, le ressenti des médecins généralistes sur Curie, pourquoi ils adressaient leurs patients etc. et un truc qui ressortait c'était qu'ils trouvaient que les comptes rendus étaient trop techniques. C'est vrai que dans les comptes rendus on parle de chimios machin, et y en a pas mal qui disaient : « bah est-ce qu'on pourrait avoir des trucs un peu moins techniques ? ». Et ben, c'est difficile quoi !

Bah ils font une chimio, à la limite ils s'en foutent quelle est la chimio mais après ils voient bien à la fin si ça marche ou ça marche pas quoi.

De votre point de vue, les autres spécialistes qui s'occupent d'oncologie, ils sont intéressés par les patients âgés qui ont un cancer ?

Les chirurgiens, les radiothérapeutes, tout ça ?

Oui, les autres spécialistes que les oncologues.

Bah je sais pas si ils sont intéressés mais en tout cas, ils en ont parce que y en a et ils sont bien obligés de prendre en compte certaines spécificités. Les radiothérapeutes ils doivent faire gaffe parce que y a des complications de la radiothérapie, les chirurgiens, enfin les anesthésistes ils ont des patients plus fragiles avec des comorbidités donc intéressés ou pas, ils en voient parce que y en a de plus en plus et il faut bien qu'ils s'adaptent quoi.

Est-ce que vous voyez un élément concernant la prise en charge oncogériatrique dont on n'a pas parlé et que vous souhaiteriez souligner ?

Nan mais l'idéal, ce qui est sûr, c'est qu'il faudrait un gériatre temps plein parce qu'on en a vraiment besoin même si ils croient qu'on peut machin, les gériatres ils prennent le temps, ils les voient vraiment de la tête au pieds etc., ils voient un peu le patient dans sa globalité et c'est vachement important et ça permet de comprendre des trucs et d'éviter de faire des conneries quoi.

Bon après on peut peut-être pas leur montrer tout le monde non plus mais au moins que on ait quelqu'un là à temps plein, pour que quand y ait quelqu'un à lui montrer, il n'y ait pas un délai de deux mois de consultation par exemple. Du coup, on peut pas attendre deux mois donc du coup on bricole quoi. On en discute par téléphone mais c'est toujours mieux de voir le patient.

Et concernant le rôle idéal du généraliste cette prise en charge ?

Et ben c'est comme tout hein, y a des généralistes vachement bien et puis y a des généralistes qui sont pas terribles quoi. Pareil pour les gastros, les gériatres etc.. Après, y en a vraiment qui se foutent de la gueule du monde quoi.

Comme quoi par exemple ?

Bah nan par exemple, y en a qui s'en foutent, qui se déplacent jamais, ils voient pas les patients ou alors quand ils les voient, ils examinent pas les patients enfin voilà.

Mais vous pensez que c'est spécifique au patient âgé ou c'est en général ?

Non, je pense que c'est en général. Alors après, je sais pas moi j'ai pas l'expérience, mais si vous êtes généraliste, débordé, des consultations machins, que vous voyez débarquer un petit vieux qui marche à deux à l'heure, donc vous savez qu'il va falloir un quart d'heure pour qui se désape et tout, et ben ça vous plante votre journée quoi. Donc inconsciemment, ça doit pas être les patients...enfin voilà ! Alors les médecins généralistes occupés hein, ceux qui voient pas beaucoup de patients, ils ont le temps mais c'est pas qui les aiment pas, c'est juste que c'est juste une contrainte de temps et de surcharge de boulot qui fait que.

Annexe 9 : Entretien n°6 du 11/10/2013

Est-ce que vous pouvez me parler de votre spécialité et de votre type d'exercice ?

Je suis oncologue médical depuis 1993, j'étais chef de clinique en 1993 donc depuis 20ans et je suis exclusivement en centre hospitalier, en centre de lutte contre le cancer, ici à l'Institut Curie, où je suis depuis 1997 ; médecin temps plein en oncologie médicale m'occupant essentiellement de cancer du sein, gynécologique un petit peu, sarcome aussi un petit peu. Je m'occupais des cancers du poumon il y a un moment mais maintenant je fais pratiquement, 90% de mon activité est dédiée au du cancer du sein. Avec une activité clinique. Je vois 70 malades environ par semaine à peu près.

Ah oui c'est pas mal quand même !

C'est beaucoup, c'est beaucoup 70 malades par semaine. Je m'occupe de recherche clinique, d'essais thérapeutiques en oncologie mammaire et pour la population âgée. Je m'occupe de l'oncologie gériatrique un peu plus depuis 2005 parce que j'ai présidé un groupe de recherche clinique qui s'appelle GERICO qui dépend d'UNICANCER dont j'ai été président pendant 4ans et je suis investi au niveau de l'EORTC au niveau européen, le groupe de recherche du traitement du cancer qui est basé à Bruxelles, je suis secrétaire du groupe sujets âgés. Je suis le futur président de la SIOG, la Société Internationale d'OncoGériatrie. Donc voilà, ça vous dépeint un peu ce que je fais. J'ai 47ans, donc voilà.

En général, quand vous prenez en charge un patient âgé, quel médecin vous l'a adressé ? Est-ce que c'est un médecin généraliste ? Est-ce que c'est un spécialiste ?

La plupart du temps c'est des médecins généralistes qui adressent ou le gynécologue parfois parce qu'il surveille mais la plupart du temps c'est le généraliste, c'est le plus fréquent.

Et quand il vous l'adresse, est-ce que c'est lui qui a fait le diagnostic d'annonce ou est-ce que c'est vous qui faites le diagnostic d'annonce au patient ?

Alors l'annonce elle-même a été faite dans à peu près 2 cas sur 3 parce que souvent il y a eut une exploration c'est-à-dire que, souvent, il y a eut une mammographie qui a été faite en ville ou un début d'examen plus ou moins compliqué radiologique et souvent il y a eut une biopsie sur la tumeur du sein ou sur une métastase s'il est métastatique déjà. Donc le diagnostic nous arrive dans à peu près 2 cas sur 3. Dans 1 cas sur 3, on nous l'adresse pour une image ou une situation, un tableau clinique suspect et à ce moment-là, on fait la démarche de diagnostic ici. Mais je dirais qu'on est une spécialité qui est peu diagnostique ; souvent, le diagnostic nous est déjà livré.

Quand vous prenez en charge ce patient, vous allez, je pense, recueillir un certain nombre d'informations le concernant pour initier ensuite un bilan et pour pouvoir prendre une décision de prise en charge.

Ces informations, vous les recueillez auprès de qui ? est-ce que c'est auprès du généraliste, est-ce que c'est auprès du patient lui-même, auprès de sa famille ?

Les informations du généraliste, enfin du médecin adresseur, donc je dirais dans deux tiers des cas c'est le généraliste, dans un tiers ça doit être le gynéco, ou peut-être 60-40 parce que y a quand même pas mal de gynécos qui adressent quand même, là je réfléchis, mais les informations donc vont venir du courrier du généraliste ou de l'adreur pour 30 ou 40%. Ensuite, 30 à 40% vient du malade lui-même et puis 20% vient de la consultation anesthésique après, qui est un peu plus précise la plupart du temps.

Avant de prendre la décision thérapeutique concernant ce patient, est-ce que vous demandez préalablement au patient son avis, vous allez lui demander quel est son opinion ? Est-ce qu'éventuellement il y a des traitements qu'il refuserait d'avoir par exemple ?

Bah on sent quand y a des patients qui sont tout à fait fermés à des décisions et qui l'expriment pratiquement d'emblée mais, généralement, on commence par reformuler une proposition thérapeutique idéale qui nous semble adaptée, la présenter, et on la nuance avec le patient en fonction

de ce qu'il exprime comme rejet, comme crainte mais la formulation théorique elle vient avant. Mais elle vient avant en tenant compte de tout ce qu'on a pu noter comme antécédents, comme terrain, comme environnement pour quelqu'un d'âgé, voilà.

Et concernant la décision thérapeutique qui va être prise pour ce patient âgé qui a un cancer, est-ce que vous faites systématiquement une RCP pour décider de la prise en charge ?

Bah la RCP elle est plutôt faite avant, la RCP elle est faite avant de lui proposer. Le diagnostic est établi, un bilan est dressé, tout ceci passe en staff, on présente le dossier, le médecin qui connaît le patient n'est pas toujours là, et il y a une décision théorique. Et ensuite à charge au référent de livrer le menu au patient en disant «voilà », toujours avec la réserve de pouvoir nuancer. On n'applique pas une règle mathématique.

Dans la RCP, est-ce qu'un gériatre est toujours présent quand il s'agit d'un patient âgé ?

Non. Pour les sujets âgés, puisque c'est justement le propos, le gériatre, on essaye de l'intégrer dans les RCP effectivement. Je dirais que pour les stades précoces de tous ces cancers du sein qu'on opère, il est rare d'avoir besoin vraiment, enfin c'est pas qu'on n'a pas besoin du gériatre, mais il est rarement associé parce qu'on en a tellement, que la décision d'opérer ou pas finalement, le filtre de l'anesthésiste est déjà pas mal. Les décisions qui interviennent, enfin où la RCP fait intervenir un gériatre c'est des décisions sur des traitements lourds dès lors qu'il y a une chimiothérapie ou dès lors qu'on a des métastases et qu'on a un traitement de fond qu'on va lancer pour plusieurs années ou plusieurs mois et à base de traitement lourd comme la chimiothérapie, là on essaye d'associer le gériatre. Mais ce gériatre idéalement, ne voit jamais bien la patiente ou le patient à ce moment-là. Le fait qu'il soit à la RCP permet de discuter et généralement, on s'assure à ce moment-là qu'il y a une consultation de gériatrie derrière pour valider, pour que quand on prend la décision avec le patient en tant qu'oncologue, qu'on ait cette expertise de gériatre qu'on peut mettre en parallèle.

Et après la RCP, vous revoyez le patient pour lui expliquer la décision qui a été prise en RCP ?

Oui pour lui expliquer le menu et, si possible, avec cette expertise gériatrique intermédiaire.

Le médecin généraliste par contre il n'est pas présent à la RCP ?

Ah non, jamais. Jamais. Je sais pas comment il pourrait faire, il est tellement saturé.

C'est sûr. Et avant la RCP est-ce que vous cherchez à avoir son avis au généraliste, savoir ce qu'il pense du projet thérapeutique ?

Idéalement, ça serait bien mais ça arrive dans moins de 5% des cas. C'est exceptionnel. C'est parfois nécessaire quand y a une démarche d'investigation dans le cadre d'un protocole où on a besoin d'expliquer au médecin l'accompagnement de la décision pour incitation du patient à participer au programme mais c'est quand même très rare.

Et après la RCP, vous informez le généraliste de la décision qui a été prise par courrier ou par une autre voie ?

Oui par courrier.

Ce courrier, il le reçoit combien de temps après la RCP ?

En général, très peu de temps après.

Concernant la prise en charge ultérieure, par exemple si un patient commence une chimiothérapie, quelle relation vous avez avec le médecin généraliste ?

Toujours dans le cadre d'un sujet âgé ?

Oui.

Bah finalement, assez limitée. Là y a beaucoup de choses à faire et à développer. Parce que ce suivi à domicile, ce suivi ambulatoire est quand même capital dès lors qu'on engage des traitements qui ont potentiellement un certain nombre d'effets secondaires et là on n'a pas de recettes, on l'appelle parfois, on l'appelle souvent pas. On n'a pas le contact facile. D'une part, parce qu'on est saturé et d'autre part, parce que ils sont saturés et que se joindre et trouver un créneau commode, c'est quand même très compliqué.

Du coup, vous vous joignez plutôt par courrier ?

Où, enfin vous savez 80 courriers par semaine, comment est-ce que vous faites pour gérer ça ?

Et le médecin s'il a un souci, il vous appelle directement ?

Si y a vraiment un souci, on s'appelle.

Et est-ce que la question du coût financier elle intervient dans la décision de la prise en charge d'un patient âgé qui a un cancer ?

Elle intervient comme chez les autres, plus jeunes, parce qu'on a des enjeux de dépense publique majeurs sur les traitements innovants d'aujourd'hui. Par contre, elle intervient d'une manière un peu différente parce qu'on a aussi des enjeux de temps ; la temporalité n'est pas du tout la même. Donc on est obligé, non pas de s'astreindre à gommer cette temporalité au contraire, il faut bien en tenir compte pour pouvoir hiérarchiser les problèmes. Et il serait aberrant d'engager un traitement adjuvant ou de traiter une maladie donc le risque de rechute enfin, il serait aberrant d'engager un traitement lourd adjuvant post-opératoire dont le bénéfice est attendu dans plus de dix ans. Il est important d'engager un traitement adjuvant, même lourd, si le bénéfice est à deux ans, si on peut le mesurer. De la même manière, si la maladie a un profil qui laisse penser qu'elle va rechuter uniquement dans 10 ou 15 ans, y a quand même une notion d'espérance de vie et de temporalité à avoir avec le patient parce qu'engager un traitement, même une hormonothérapie, où vous savez souvent que pour avoir un petit bénéfice supplémentaire en prolongeant par exemple une hormonothérapie adjuvante, vous allez traiter 350 malades pour en obtenir 6 avec un mieux et 6 avec des effets secondaires. Donc où est-ce qu'il y a le bénéfice de tout ça si la population est âgée et qu'elle a que 5ans devant elle et que ce que vous visez est à 10ans. Donc c'est ce jeu qui est quand même très difficile parce qu'on part sur beaucoup d'hypothèses, sur une connaissance de la littérature qui fluctue et surtout sur un enthousiasme constant un peu futile de l'oncologue qui est toujours prêt à faire beaucoup de choses, d'une manière qui est pas très raisonnable. Alors on paraît ringard après mais bon !

Selon votre point de vue, quel est l'intérêt des autres spécialistes pour l'oncogériatrie ?

Vous voulez dire en dehors de l'oncologue et du gériatre ?

Oui.

Moi je pense qu'il y a des compétences qu'on n'a pas. Moi je suis incapable de gérer un problème de diabète compliqué, de trouble du rythme cardiaque. Donc y a les cardiologues certainement. Et le généraliste intervient fondamentalement dans cet équilibre de différentes pathologies.

Justement, quel serait, selon vous, son rôle idéal au généraliste dans la prise en charge et la décision d'un patient oncogériatrique ?

L'idéal moi me semble-t-il, c'est que il faut un œil interniste un peu plus global que le cancérologue a beaucoup de mal à avoir. Néanmoins, le généraliste a du mal à comprendre le traitement la plupart du temps. Donc ce qui est sûr, ce dont je suis convaincu c'est qu'un peu comme en oncogériatrie dans les centres et dans les hôpitaux, on ne peut pas voir tous les patients de plus de 70ans avec un gériatre. Il faut absolument qu'il y ait un filtre pour nous orienter, c'est le dépistage avec l'Oncodage, le G8, et ensuite quand une décision théorique oncologique envisage un traitement à conséquences possibles lourdes d'effets secondaires-je parle principalement de la chimiothérapie mais ça peut être un traitement ciblé aussi et a fortiori tout traitement très coûteux-il faudrait pouvoir associer quelque chose de plus. Le gériatre est déjà un très bon moyen parce qu'il a souvent une compétence interniste mais la proximité du généraliste est aussi bien parce que il connaît généralement de manière chronique l'environnement des contacts immédiats du patient. Alors je crois que si vous prenez cent patients de plus de 75 ans, chez qui vous faites un G8, et que vous voyez que 60% d'entre eux ont un G8 altéré, alors vous allez en montrer soixante au gériatre ? Moi je dis non, je pense que si, sur les soixante, y en a trente chez qui vous avez envie de prendre une décision de chimiothérapie, de traitement lourd, et bah chez ces trente, il faut absolument qu'on ait l'œil du gériatre et probablement chez ces trente, avoir l'expertise du médecin de famille, ça serait quand même assez intéressant.

Donc son expertise, ce serait plutôt avant la décision thérapeutique ?

Ce serait avant le début du traitement. Et puis la décision prise, le gériatre qui travaille en institution, il est pas en mesure de faire du suivi très régulier de ces patients donc y a vraiment un rôle de suivi pour l'observance, pour les effets secondaires, que peut apporter le médecin généraliste à domicile.

Quel intérêt vous percevez vous des médecins généralistes pour l'oncogériatrie ?

Je ne sais pas. Je ne sais pas, j'enseigne dans pas mal de cours l'oncogériatrie, y a pas mal de généralistes qui font ce genre de DU complémentaire. La population vieillissante rend absolument incontournable de s'intéresser à cette population. Alors là aussi ça n'est guère réjouissant, c'est un peu tristounet quand même. Soit on cède au chant des sirènes et on ne fait plus rien, on abandonne ce qui n'est vraiment pas acceptable, soit on continue à faire de manière un peu aveugle des traitements souvent futiles en oncologie sans prendre des réelles mesures de précautions soit on se donne un petit peu de mal pour au moins faire infuser des compétences complémentaires pour assurer un traitement, c'est vraiment ça.

Qu'est-ce que vous verriez pour améliorer la relation entre l'hôpital et la ville dans le cas d'un patient oncogériatrique ?

Moi je pense qu'il y a des suivis téléphoniques qu'on devrait être capable, sous forme de personnel de coordination, on devrait être capable d'apporter ça. On devrait être capable d'avoir un peu de formation de généralistes à nouveau sur comment on prend en charge un sujet âgé, pourquoi ça a du sens, et puis y a tellement de documents qu'on donne, je veux dire entre le PPS, le livret..., rajouter un truc spécifique là-dessus me semble pas vraiment adapté. Mais l'amélioration du dossier médical, de la communication du dossier, on devrait quand même aujourd'hui être capable d'envoyer sur des boîtes spécifiques, professionnelles, exclusives, dédiées à des informations régulières au médecin généraliste.

Donc par voie électronique plutôt que par courrier ?

Oui, voilà. Ça c'est aberrant d'envoyer des courriers comme on en envoie aujourd'hui, aberrant. Surtout qu'on ne les lit plus.

Vous utilisez ici le Dossier Communiquant de Cancérologie ?

Non. Mais je pense qu'il y a vraiment un gros effort d'homogénéisation de ces techniques et de ces ressources. Les centres de lutte contre le cancer étaient très en avance sur la coordination des soins, sur la centralisation des différents intervenants, la multidisciplinarité, le dossier unique, tout ça, mais ils se sont faits un peu doublés par les RCP qui sont devenues communes et surtout n'ont pas su prendre le train suivant de l'exportation vers la ville de ce type d'information et de cette communication-là. Donc on a du mal.

Si le médecin traitant avait accès à ce dossier informatique, ce serait peut-être plus pratique.

Mais le médecin traitant il peut pas tout faire, c'est ça le problème. Ils sont quand même sollicités pour le plan Alzheimer, pour le plan..., les pauvres ! Je veux dire si il fallait qu'ils se forment à tout ça !

Non mais par exemple si vous ici vous utiliserez un dossier informatique en fournissant par exemple un code au médecin généraliste pour qu'il y ait accès ?

Ça serait à mon avis important qu'il puisse repérer et retrouver un certain nombre d'informations qui sont disponibles sur le serveur du centre sans pouvoir y écrire mais au moins y pêcher des informations nécessaires de suivi. Moi je trouve que dans la coordination du soin, ce serait indispensable. Et chez les sujets âgés tout particulièrement compte tenu de toutes les polyopathologies et les poly-implications qu'il y a autour.

*Qu'est-ce que vous verrez pour améliorer la prise en charge de ces patients âgés qui ont un cancer ?
Qu'est-ce qu'il vous semble important d'améliorer ?*

Moi ce qui me semble le plus important, mais c'est de la gériatrie au sens large, c'est l'accompagnement et la coordination du maintien à domicile, le montage du réseau, le passage de soutien d'aides.

Donc là, la place du généraliste est importante ?

Elle est majeure.

Enfin, est-ce que vous voyez un élément dont on n'a pas parlé concernant le généraliste et la prise en charge oncogériatrique que vous aimeriez souligner ?

Moi je pense qu'une chose qui est très importante, on est toujours quand même assez peu cohérents dans notre recherche scientifique en oncologie compte tenu de cette masse critique de sujets âgés, il faudrait qu'ils soient partenaires sur le développement d'incitation à participer des sujets âgés sur des protocoles quand ils existent, quand ils sont proposés, qu'ils comprennent pourquoi on va jusque là, que ça ne soit pas uniquement vécu comme une démarche futile d'une démonstration scientifique parce que on se pose la question si tel régime est mieux que tel autre ou tel régime est mieux que pas de chimio ou que cette stratégie est meilleure que l'autre. Et ce recueil exhaustif un peu documenté de tolérance sur des registres cognitifs, nutritionnels, etc., compte beaucoup, c'est lourd, mais ça fait partie des choses qu'il faut soutenir parce que sinon on continuera sur le même glissement d'extrapolation de ce qu'on fait chez les plus jeunes sans beaucoup de pierre fondée.

Donc soutenir les patients âgés dans la démarche ?

Oui soutenir les patients âgés dans la démarche d'innovation à démontrer, la démonstration de la démarche d'innovation.

Annexe 10 : Entretien n°7 du 22/10/2013

Est-ce que vous pouvez me parler de la spécialité que vous exercez ?

Oui, donc moi j'ai terminé mes études, enfin soutenu ma thèse, en 2010. J'ai fait un an d'assistantat à l'Institut Curie qu'en sénologie, donc que du cancer du sein, pendant un an et ensuite j'ai commencé mon clinicat ici en novembre 2011. Là j'arrive à presque deux ans de clinicat et je prolonge d'un an encore mon clinicat. Donc en onco-radiothérapie à l'HEGP. Et pour l'instant, après je ne sais pas encore si je reste là.

Et quel âge vous avez si c'est pas indiscret ?

32.

D'accord. On va parler à présent de la prise en charge en oncogériatrie. Quand vous prenez en charge initialement un patient âgé qui a un cancer, qui vous adresse en général ce patient ?

Euh...les spécialistes d'organe je dirais, ouais, globalement c'est ça.

Donc ce sont ces spécialistes d'organe, en général, qui ont fait le diagnostic d'annonce au patient ?

Euh...oui, alors, est-ce que c'est toujours eux ou alors parfois ça a été le généraliste, ça je sais pas, je peux pas... Enfin moi, ils arrivent toujours avec leur annonce faite, voilà. Ils arrivent avec leur diagnostic, ça c'est sûr je leur fais pas l'annonce. Après je pourrai pas dire à chaque fois qui a fait quoi. Oui je pense que si on prend l'exemple de l'urologie, c'est l'urologue qui a fait l'annonce avec le résultat des biopsies, oui. Globalement, je pense que ça doit être à chaque fois le spécialiste.

Quand vous prenez une décision concernant la prise en charge thérapeutique, est-ce que vous cherchez à recueillir l'avis du patient, ce qu'il souhaite, quelles sont ses valeurs, ce qu'il désirerait ou pas comme type de prise en charge ?

Alors souvent ça a été discuté avant, souvent ça a été discuté quand on a les RCP. Avec déjà les gens, nous on connaît pas encore le patient au moment de la RCP, mais celui qui nous le présente l'a vu et exprime déjà le désir du patient. Alors ça arrive que du coup nous on en reparle du souhait du patient mais souvent ça a été déjà..., enfin on le sait quand même un peu à l'avance. Et on a programmé avant de voir le patient ce qu'on allait faire justement comme adaptation thérapeutique en fonction de l'âge, est-ce que je modifie enfin, j'ai pas l'impression de modifier ce qui a été dit en RCP.

Et concernant ce patient âgé, je pense que vous allez chercher à savoir s'il y a des comorbidités, s'il a des antécédents, son environnement etc.. Comment vous vous y prenez pour recueillir ces informations : est-ce que c'est auprès du patient lui-même, est-ce que c'est auprès du spécialiste ou de son médecin généraliste ?

Bah tout dépend. Soit le patient est capable complètement de le dire et auquel cas c'est comme une consultation normale hein, les antécédents, et on voit qu'il est comme une personne normale hein, enfin comme un patient plus jeune et y a aucun souci. Soit c'est l'entourage, ils viennent quand même très souvent accompagnés et là, bah on demande à lui et s'il est pas trop capable de répondre bah à ses enfants ou à son conjoint.

Et après j'ai des patients qui sont vraiment pas capables de répondre et qui viennent parfois tout seuls, enfin qui arrivent en brancard d'une maison ou d'un soin de suite, auquel cas on se base sur les courriers, sur les courriers de la maison de soins de suite ou...

Moi ça m'est déjà arrivé d'appeler le médecin traitant parce que vraiment pas assez d'éléments mais d'ailleurs, là pour le coup c'était pas forcément parce qu'il était âgé, c'est parce que parfois le patient ne connaît pas tout, ne connaît pas tous ses antécédents et on n'a pas suffisamment d'informations.

Donc ça vous arrive de rentrer en contact avec le généraliste ?

Oui ça arrive voilà, mais c'est assez rare. Globalement, on a quand même souvent les infos bah parce que on n'est vraiment pas en première ligne de consultation. Y a souvent eut un oncologue ou un

oncogériatre ou le chirurgien, enfin voilà y a eut déjà pas mal de gens quand nous on arrive dans la prise en charge.

Et dans les RCP auxquelles vous participez, dans le cadre d'un patient âgé qui a un cancer, quels sont les médecins qui assistent à ces RCP ?

Bah ça dépend des spécialités. Donc y a pas systématiquement un oncogériatre, enfin je dirai même c'est pas du tout évident parce qu'en fait ici, les oncogéiatres viennent quand ils ont un patient à présenter ou après, ils ont peut-être leur staff à eux mais en tout cas moi les staffs auxquels je participe ici, c'est-à-dire gynéco, uro, gastro, y en n'a pas du tout systématiquement. Donc y a un chirurgien, au minimum un chirurgien, un radiologue, anapath, radiothérapeute, et oncologue médical et le spécialiste d'organe, voilà. Et après parfois y a même plein représentants de tout le monde ! Mais y a pas du tout systématiquement un oncogériatre.

Mais y a une évaluation du coup qui est faite par un gériatre avant la RCP ?

Et bah alors souvent quand on a un patient âgé, soit celui qui présente le patient a déjà fait une évaluation par une évaluation oncogériatrique et est capable de dire : « bah moi on m'a répondu que c'était bon, il pouvait avoir le traitement curatif optimal ou justement est-ce qu'il faut adapter » ou parfois on n'a pas du tout la notion et celui qui présente dit « bon bah je vais demander du coup une évaluation oncogériatrique et en fonction on verra ».

Y a les deux cas.

Et le médecin généraliste du coup il n'assiste pas à la décision ?

Non.

Et est-ce que vous pensez que ça influencerait la décision thérapeutique qui est prise si le médecin généraliste était présent aux RCP ?

Oh bah je pense, enfin tout dépend quelle est l'implication de ce médecin généraliste par rapport à son patient. Si il le connaît, si il l'a vu deux fois et qu'il le connaît pas plus que nous, non, mais si il le connaît très bien et qu'il est capable de dire « mais moi ce patient ... ». Enfin y a parfois des dossiers qui sont présentés en RCP, y a même pas le médecin qui l'a vu en consultation qui est là. Donc là, c'est très compliqué et là on serait ravis d'avoir quelqu'un qui connaisse mieux le patient !

Après quand y a quelqu'un qui le connaît bien, qui l'a vu plusieurs fois pour l'annonce, pour lui expliquer, c'est paraît pas forcément utile mais enfin, je dirai que ça dépend vraiment des cas.

Et donc après la RCP, vous, vous revoyez le patient et vous lui expliquez la prise en charge qui a été décidée ?

Ouais. Bah du coup on lui explique qu'en RCP on a décidé par exemple de faire une radiothérapie et une chimiothérapie en même temps. Très souvent ici, pour les patients âgés on a des protocoles hypofractionnés donc un peu réduits en temps, enfin pas vraiment en temps mais en nombre de séances surtout, du coup on leur explique que c'est un protocole adapté et ils sont, on va dire dans $\frac{3}{4}$ des cas, quand même assez contents du fait de pas venir forcément tous les jours pendant 5 semaines ou 6 semaines. Enfin c'est rare qu'ils soient étonnés de cette proposition-là. Voilà. Et on leur explique comment ça va se dérouler et après on les revoit pendant le traitement. Et à la suite du traitement pour voir si ça a marché.

Du coup après la RCP, vous informez le médecin généraliste de la décision qui a été prise ?

Bah c'est une information par courrier en fait. Parce que le patient à chaque fois qu'il vient, enfin à chaque fois qu'on a un nouveau patient pour un nouveau traitement, la personne de l'accueil des consultations leur demande le médecin traitant, c'est noté sur le dossier. Et avec le courrier, enfin on sait ce que c'est (*rires*), y a forcément toujours des loupés hein, ça c'est sûr mais normalement il est informé automatiquement.

Après on prend pas notre téléphone, moi ça m'est arrivé mais parce que c'était un contexte où j'avais pas confiance dans ce que le patient me disait, enfin je sentais qu'il y avait des choses qui m'échappaient mais sinon normalement nan.

Donc c'est plutôt par courrier ?

Ouais voilà, par voie postale.

Et si jamais y a un souci ou une interrogation, vous appelez le généraliste ?

Oui voilà exactement. Et après parfois, on est contacté. Moi ça m'est déjà arrivé, c'est pas fréquent non plus mais ça m'est déjà arrivé d'avoir un appel pour un patient pour avoir un peu plus de détails...ou...

Ou alors peut-être parce qu'il avait pas bien compris la prise en charge ?

Oui voilà c'est ça. Enfin c'est tellement rare que là j'ai même pas d'exemple qui me vienne à l'esprit. Euh...c'est surtout parfois, alors c'est un peu biaisé mais parfois c'est parce que y a un médecin dans la famille et du coup il veut un peu plus de détails mais c'est dans le sens c'est parce que « c'est ma famille et je vais devoir les renseigner ».

Et après dans la prise en charge ultérieure lorsque le patient revient plusieurs fois pour ses séances, là vous envoyez un courrier au médecin traitant à chaque séance ?

Nan. Les consultations en cours de radiothérapie, que ce soit patient âgé ou pas âgé là ça n'a rien à voir, y a pas de courriers qui partent. Sauf problème intercurrent, sauf problème vraiment anormal parce qu'avoir une rougeur liée à la radiothérapie, ça c'est normal et on va le dire à la fin c'est-à-dire qu'on fait une consultation de fin de traitement, ça c'est obligatoire et là y a un courrier. Mais on va dire que toutes les consultations en cours de traitement, ça veut dire que parfois il peut y en avoir sept ou huit hein pour les traitements qui durent sept-huit semaines, ça c'est des courriers qui partent pas. Effectivement, le médecin peut ne pas avoir de nouvelles pendant 2mois.

Ici, vous n'utilisez pas le Dossier Communicant de Cancérologie ? Vous avez un dossier informatisé auquel les autres médecins de l'hôpital ont accès c'est ça ?

Oui c'est ça. On a un dossier pour tout l'hôpital mais nous on a aussi un dossier papier, on a les deux du coup.

Est-ce que la question du coût financier intervient dans la décision thérapeutique de la prise en charge d'un patient âgé qui a un cancer ?

Non...enfin...non. C'est pas un argument.

Selon vous, quel est le rôle du médecin généraliste, quelle est la place attendue du médecin généraliste dans la prise en charge d'un patient qui a un cancer ? Quel rôle vous percevez ?

Bah moi j'ai l'impression qu'aujourd'hui y a quand même un, je dirai pas un fossé mais quand même, je trouve qu'il y a pas un rapprochement mais d'ailleurs je sais pas comment il serait possible d'ailleurs voilà. Mais je pense que j'ai eut plein d'exemples de personnes âgées qui finalement auraient eu besoin de beaucoup plus de prise en charge soit nutritionnelle, soit de tout le reste de la pathologie, d'aides à domicile, enfin après on peut tout imaginer et que ça a pas été le cas parce que nous de notre côté, on prend pas le temps de le faire, que eux, après c'est très difficile, est-ce que c'est parce que eux ne sont pas très proches de leur médecin généraliste donc ne demandent pas et du coup le médecin traitant n'est pas au courant. Voilà je sais pas mais je pense que ça serait nécessaire, ça c'est sûr que y a besoin d'une communication. Je sais pas comment ça pourrait se faire. Faudrait...enfin je sais pas. Et puis c'est tellement variable, je trouve en plus. Je trouve que le rapport que peuvent avoir les malades avec leur généraliste, on a du mal à savoir...

Donc plutôt dans une prise en charge globale de l'après hôpital ?

Ouais de l'après ou même pendant. Enfin moi je trouve que pendant c'est quand même important. Nous, on les voit dans le protocole qu'on fait avec ce schéma adapté, ils viennent en gros, en gros tous les quinze jours, deux jours tous les quinze jours et ça dure, par exemple un mois on va dire schématiquement. Et quand même il se passe quinze jours donc c'est quand même long, il peut se

passer des choses. On peut les revoir, ils peuvent avoir perdu quand même pas mal de poids. Alors nous on se base sur le fait que quand ils sont quand même avec leur conjoint, on s'imagine que y a quand même quelqu'un qui va nous tenir informés.

Donc vous, vous connaissez pas vraiment les médecins généralistes avec qui vous travaillez en gros ?
Nan, pas du tout. Nan mais je suis honnête hein (rires) !

Du coup, vous pensez qu'il y aurait quelque chose à améliorer de ce point de vue-là, à améliorer la communication entre les généralistes et les spécialistes de l'hôpital ?

Oh bah je pense. Je pense. Mais après je pense que ça demande des deux côtés une motivation. Donc bah je sais pas parce que comme je le disais j'ai jamais été contactée non plus, alors soit nos courriers sont suffisamment explicites pour que y ait pas besoin de nous téléphoner ou soit bah c'est noyé dans plein d'autres choses hein, toutes les consultations, je sais pas.

Et quel moyen vous verriez du coup pour permettre d'améliorer ça : peut-être de vous connaître un peu mieux pour que le contact soit plus facilité ?

Je réfléchis. Etre présent aux RCP ça me paraît quand même impossible.

Que ce soit des rencontres ou par d'autres moyens ?

Je sais que j'ai déjà assisté à des rencontres pour des médecins généralistes et je trouve que c'était pas mal justement, mais souvent c'est payé par des laboratoires qui font appel à des médecins qui font des topos sur telle prise en charge et ça, je trouve ça bien parce que ça permet de se rencontrer, après c'est pas spécifique d'un malade ou un autre. Mais ça je sais pas comment ça peut se faire. Enfin je pense que c'est parce que j'ai pas de notion, par exemple aujourd'hui j'ai tant de patients que je vais voir à une consultation, est-ce que mes correspondants en médecins généralistes, combien c'est de personnes différentes ? J'ai aucune idée de ça quoi. C'est vrai que c'est pas comme si on se disait « bah voilà peut-être que le généraliste ici à coté de Pitié-Salpêtrière, il sait qu'en radiothérapie c'est souvent untel ou untel, en onco c'est untel » enfin je sais pas, mais en même temps y a toutes les spécialités donc je sais pas comment ça peut se faire la rencontre à part dans des rencontres comme ça de scientifiques sur un sujet.

Et là quand vous étiez allée à cette rencontre, c'était des généralistes qui étaient situés autour de l'HEGP ou pas forcément ?

Oh je pense que ça avait été fait comme ça, je pourrai pas dire parce que j'avais pas fait les invitations, oui je sais pas comment ils avaient été informés.

Du point de vue du transfert d'information de l'hôpital vers les généralistes, donc là c'est par voie postale, est-ce que vous vous pensez que ça convient aux médecins et aux spécialistes ou vous trouvez qu'on pourrait améliorer ça par un autre moyen, que ce soit par voie informatique ou autre ?

Bah on imagine que par voie informatique ce serait l'idéal parce que j'ai l'impression quand même que y a des choses qui sont perdues (rires) ! Mais après sous réserve que le médecin généraliste travaille comme ça aussi. C'est vrai que tout le monde ne fait pas la même chose. Y a des patients qui, aujourd'hui, voudraient aussi avoir leur convocation par informatique et ne plus avoir de courrier donc, enfin ça paraît impensable. Je sais pas. Ou alors que les généralistes d'un secteur aient accès à un dossier médical informatisé, ça pourrait être ça, après je sais pas comment c'est possible du point de vue technique mais ça paraîtrait idéal aussi d'avoir ça.

Oui, ce serait sûrement un gain de temps et peut-être pour les deux, les généralistes et les spécialistes.

Ouais. Nan, nan, mais c'est sûr. Ou alors peut-être que ça pourrait être une base et c'est quelque chose que je fais absolument jamais, je ne sais pas si d'autres médecins le font, sûrement, c'est de prendre le temps lors d'une première consultation pour voir quelle place a, pour le patient, son généraliste, est-ce qu'il va pouvoir le contacter ou le voir très facilement en cas de besoin, est-ce que celui-ci va pouvoir se déplacer ou un de ses confrères pour le voir chez lui si besoin, et ça c'est quelque chose que

j'évalue pas. Je pense que c'est beaucoup plus fait par les oncogériatres parce qu'ils ont beaucoup plus l'habitude d'avoir une prise en charge multidisciplinaire globale et qu'on fait moins nous, c'est sûr.

Qu'est-ce qui pourrait être amélioré pour le patient âgé qui a un cancer de votre point de vue ?

Bah je dirai vérifier le côté à domicile, par soit des appels ou des visites à domicile vraiment en personne mais avoir une vérification, je sais pas comme un...

Un genre de visite systématique ?

Oui, c'est ça. On va dire une fois par semaine pendant un mois puis après on écarte, on espère si tout va bien, et qu'on ait nous un retour sur cette visite. Parce que nous en radiothérapie, on les revoit en gros deux semaines après la fin de leur traitement, et après bah c'est selon le cancer mais ça peut être trois ou quatre mois plus tard. Bon sachant que y aura d'autres gens, d'autres spécialistes dans l'intervalle mais bon. Ça paraît large quand même.

Et encore là, bon après y a des patients âgés qui viennent pendant sept semaines, tous les jours, faire leur radiothérapie hein, donc c'est vrai que... Parce que le patient âgé qui, de toute façon, vient avec sa voiture, se gare, repart, pour moi je le mets dans le même panier que quelqu'un qui a 50 ans hein, lui, il sait très bien de ce dont il a besoin, il voit que il continue ses activités et pour nous, plus que le patient âgé en soit, c'est plus le patient isolé ou avec beaucoup de comorbidités, ce qui peut être à 50 ans aussi. Donc c'est plus ça, c'est pas trop le critère de l'âge. Ici, les patients qui ont un cancer de la prostate, entre 75 et 80 ans, on en a plein et qui sont complètement autonomes et qui ont besoin de rien, enfin en tout cas pas plus qu'un patient plus jeune.

Enfin, est-ce que vous voyez quelque chose concernant la place des généralistes dans la prise en charge oncogériatrique dont on n'a pas parlé ?

Bah je sais pas, quand un généraliste fait des consultations, y a toujours un courrier qui est fait pour les patients normalement ? un courrier pour les correspondants ?

En général oui, il l'adresse à un correspondant avec un courrier.

Parce que vous, vous recevez pas forcément un courrier ?

Nan mais c'est parce que c'est pas forcément une demande de ma part non plus. Mais on peut imaginer quand même... Enfin on reçoit jamais de courriers de généralistes, je sais pas pourquoi parce que finalement quand on se dit...

Oui mais c'est peut-être aussi parce que c'est pas vous qui voyez le patient en premier, qu'il passe par d'autres spécialistes ?

Oui c'est ça. Et puis le malade quand il arrive, il va pas donner tous les noms des spécialistes qui s'occupent de lui, hors il donne toujours son médecin généraliste parce que ça, on lui demande et voilà. Donc lui forcément...

On a l'impression d'un sens unique en fait, un peu.

Dans le sens où vous, vous lui envoyez des courriers mais pas lui ?

Oui, enfin ça me traumatise pas hein ! mais c'est un peu l'impression. Mais peut-être que, eux, de la part du généraliste, il reçoit peut-être un courrier mais que on lui a peut-être pas suffisamment demandé son avis sur la question !

Oui donc du coup, vous trouvez que le contact ne se fait que dans un sens ?

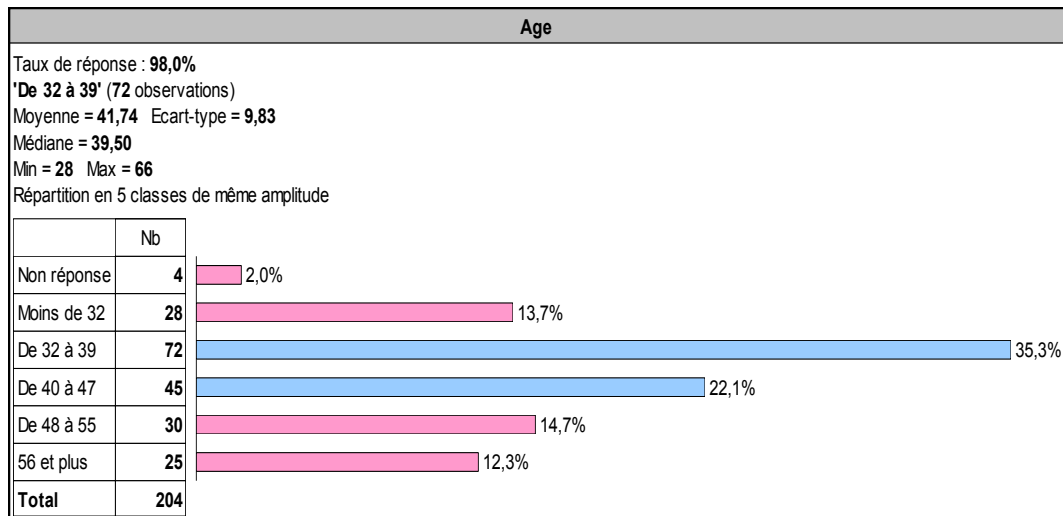
Oui voilà. Le seul contact bah ça va être de dire : « bah je comprends pas mon médecin il a pas reçu votre courrier, c'est bizarre », bon bah dans ces cas-là souvent on le renvoie, il a dû y avoir un raté, ça arrive mais voilà c'est tout on n'a pas de retour, c'est un courrier simple.

Du coup, le contact il est pas très personnalisé ?

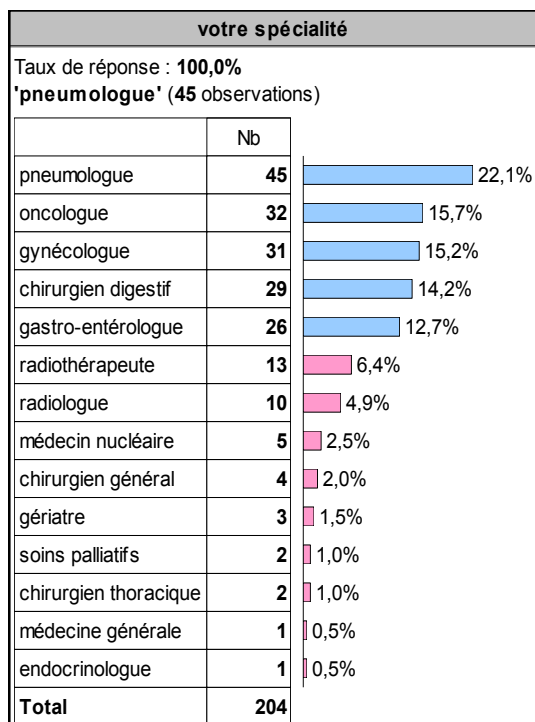
Exactement, c'est vraiment ça. Quand je vous dis y a un fossé, c'est pas, enfin, c'est un peu vrai quoi.

Annexe 11 : Tableaux de répartition des réponses à la première partie du questionnaire

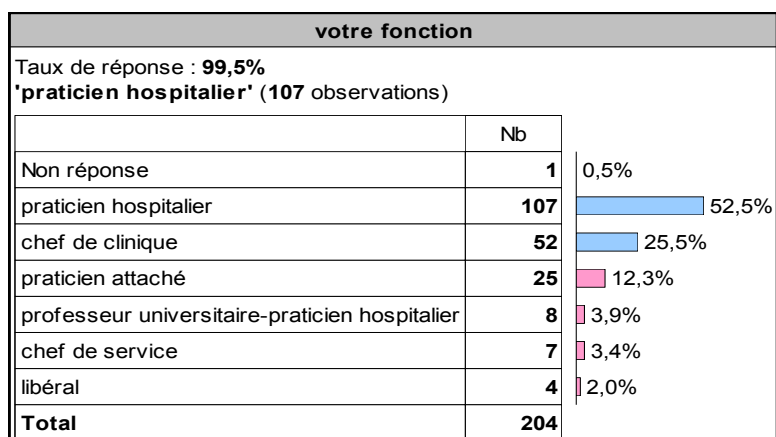
- Répartition selon l'âge



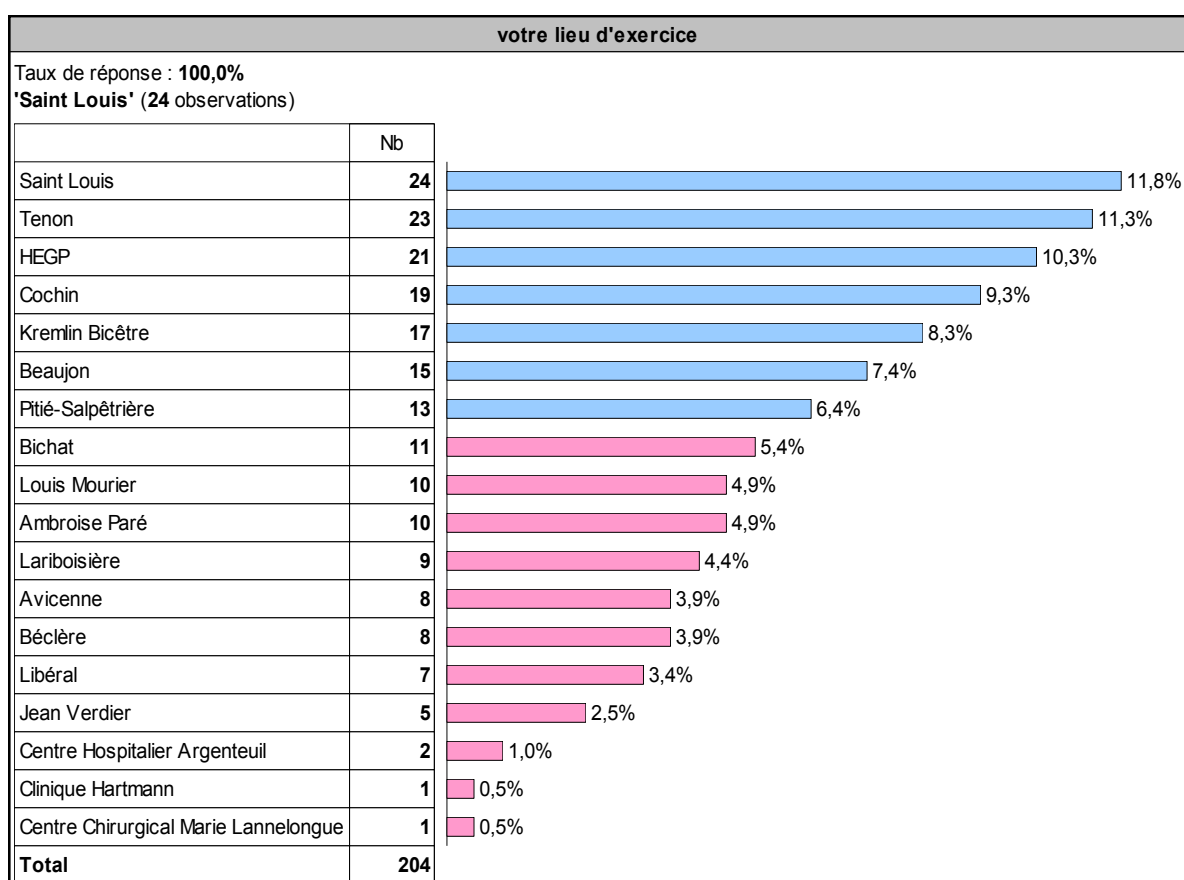
- Répartition selon la spécialité



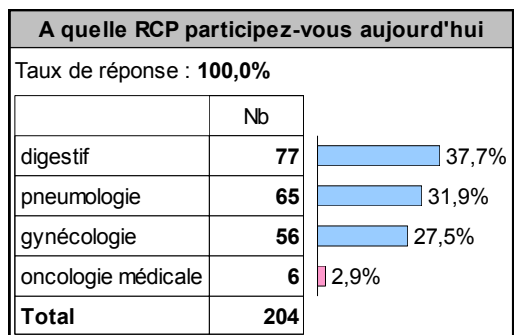
- Répartition selon la fonction



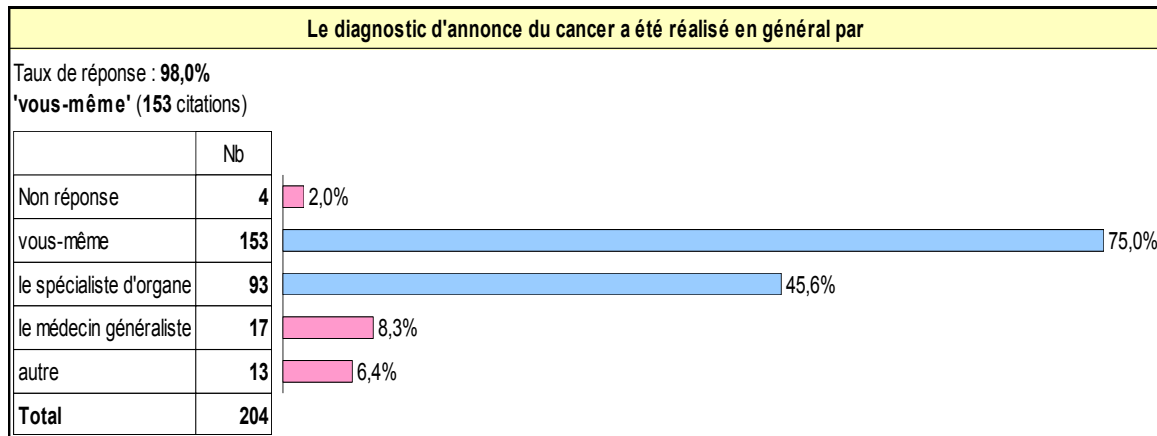
- Répartition selon le lieu d'exercice



- Répartition selon la RCP



- Répartition selon le type de médecin annonçant le diagnostic



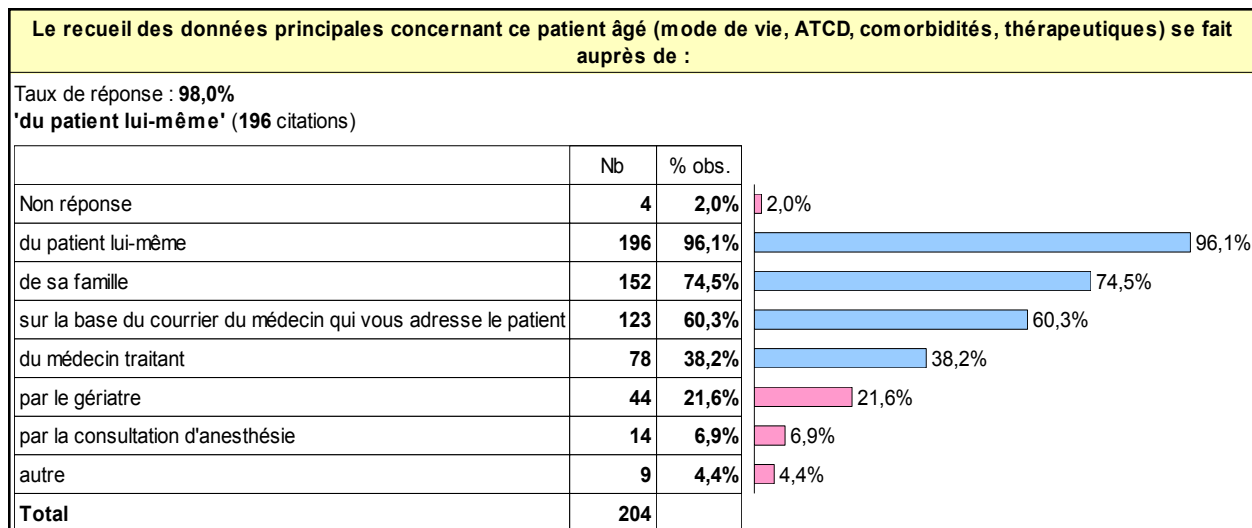
- Analyse de la relation entre le médecin adressant le patient et celui qui réalise l'annonce du diagnostic

Analyse de la relation entre le médecin qui adresse le patient et celui qui réalise l'annonce du diagnostic

	le médecin généraliste	le spécialiste d'organe	vous-même	Total
le médecin généraliste	14	37	112	163
le spécialiste d'organe	11	88	77	176
les urgences	11	26	91	128
Total	36	151	280	467

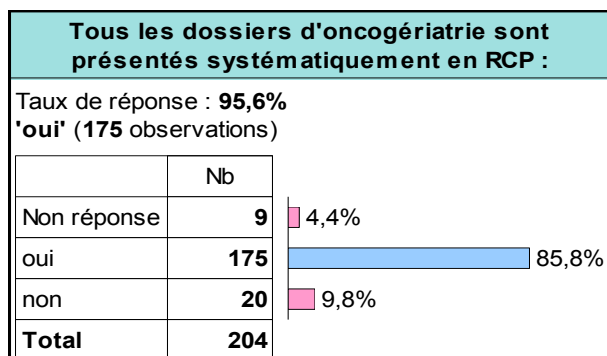
p = <0,1% ; chi2 = 40,61 ; ddl = 4 (TS)
 La relation est très significative.

- Répartition du mode de recueil des données

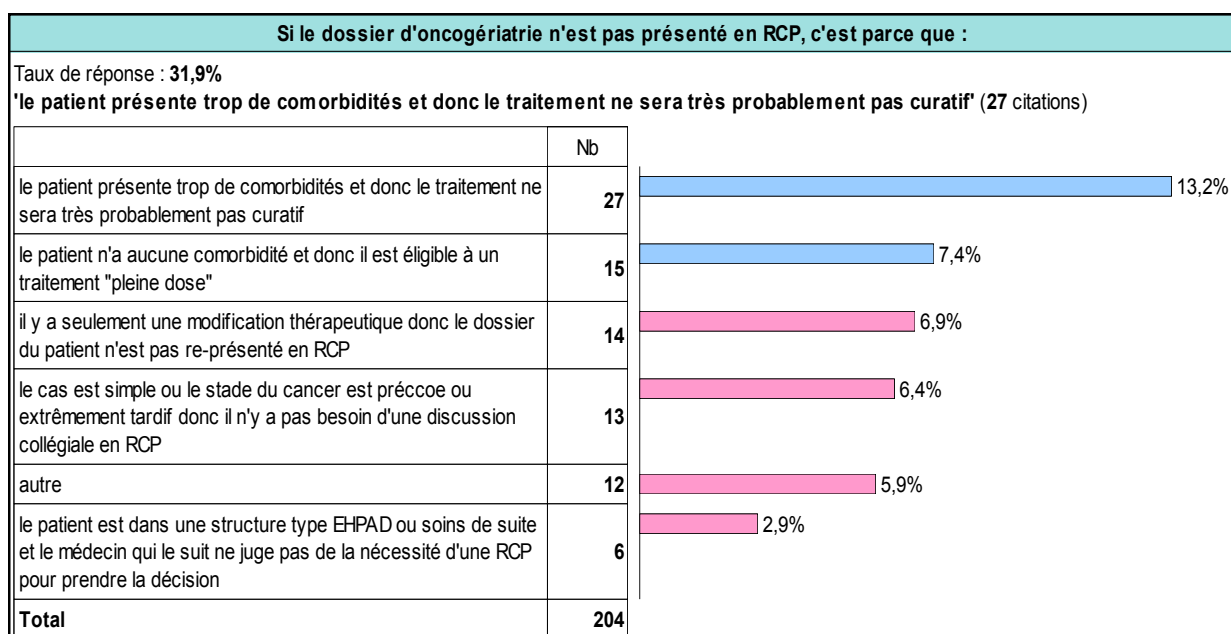


Annexe 13 : Tableaux de répartition des réponses à la troisième partie du questionnaire

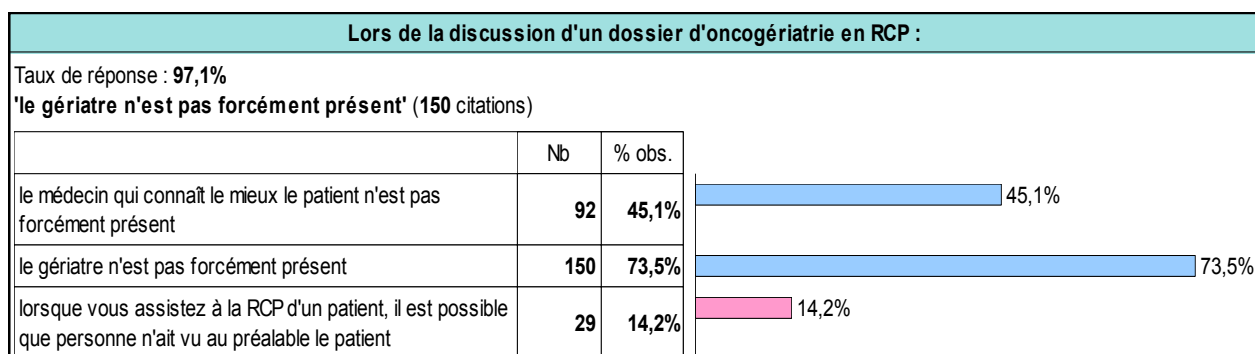
- Répartition de la présentation des dossiers en RCP

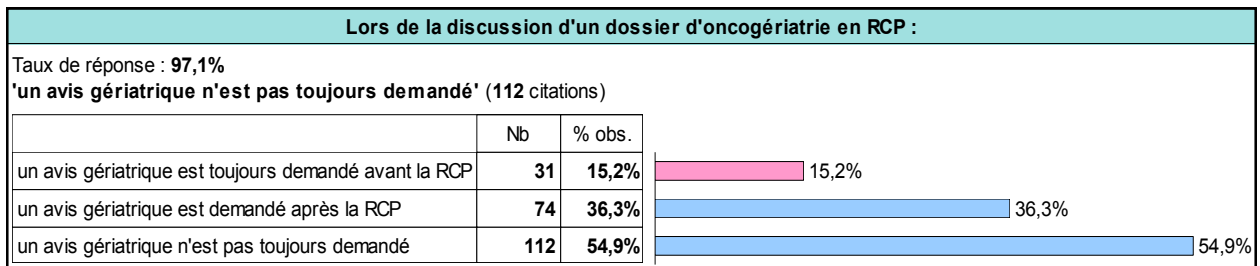


- Arguments avancés de non présentation du dossier en RCP

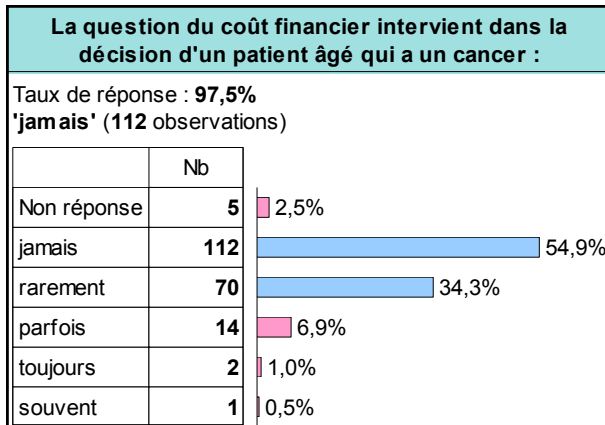


- Répartition de la fréquence de présence du médecin référent et du gériatre à la RCP

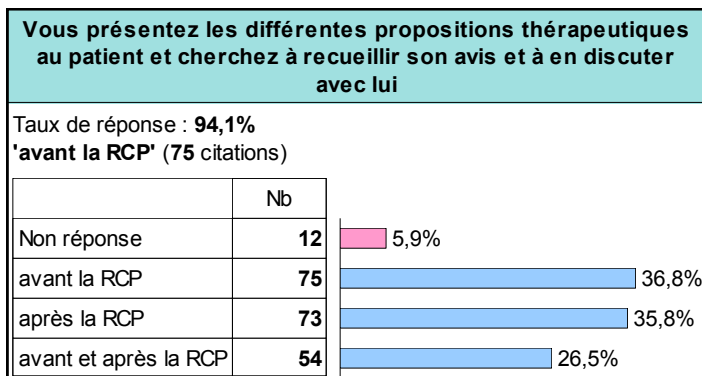




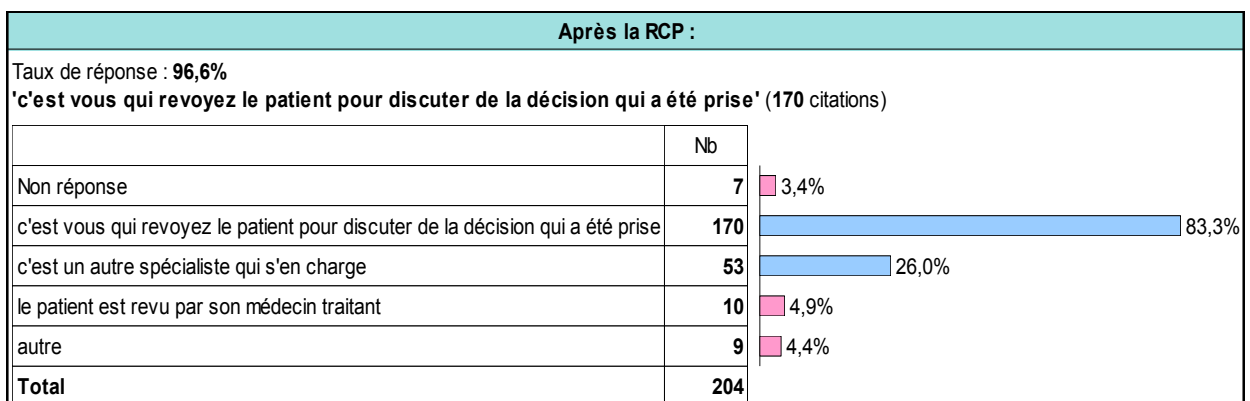
- Répartition de la fréquence d'intervention du coût financier dans la décision en oncogériatrie



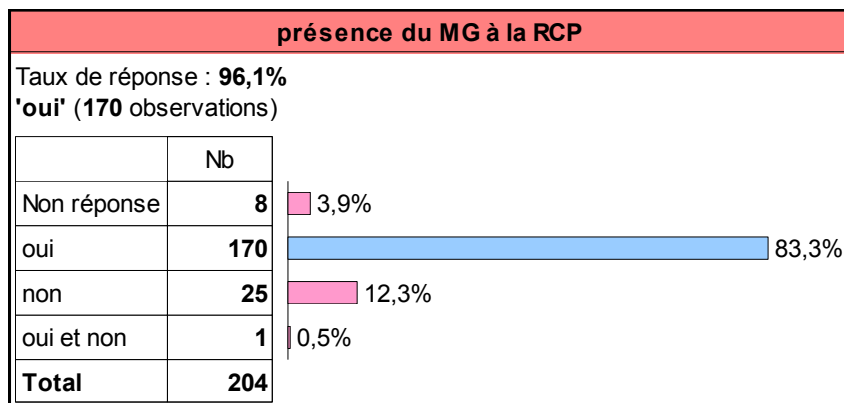
- Répartition du temps choisi pour la discussion du projet thérapeutique



- Répartition selon le type de médecin qui revoit le patient après la RCP

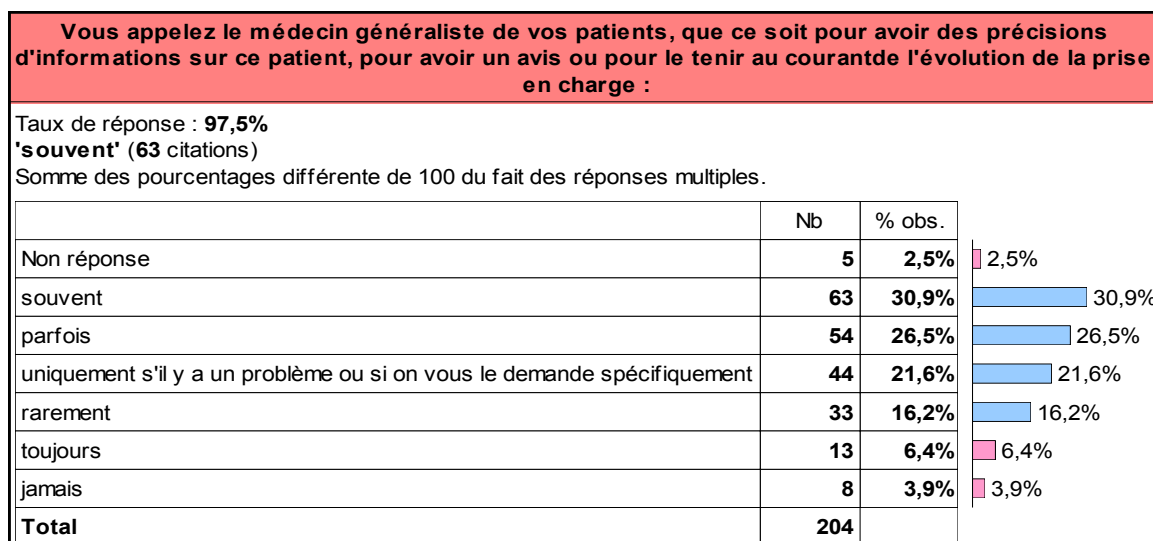


- Répartition de l'avis de la présence du médecin généraliste à la RCP



Annexe 14 : Tableaux de répartition des réponses à la quatrième partie du questionnaire

- Répartition de la fréquence d'appel des spécialistes à destination des médecins généralistes



- Analyse de la relation entre la fréquence des appels effectués par le spécialiste à destination des médecins généralistes et le degré de connaissance des médecins généralistes

Analyse de la relation entre la fréquence des appels effectués par le spécialiste aux MG et leur connaissance

	toujours/souvent	parfois	rarement	jamais	Total
toujours/souvent	25	25	21	4	75
en cas de problème ou de demande spécifique	10	8	16	10	44
parfois	12	23	16	3	54
rarement	5	9	14	5	33
jamais	0	1	4	3	8
Total	52	66	71	25	214

p = 0,6% ; chi2 = 27,90 ; ddl = 12 (TS)
 La relation est très significative.

- Répartition de la fréquence des appels des médecins généralistes à destination des spécialistes

Les médecins généralistes vous appellent directement, vous spécialistes :		
Taux de réponse : 98,5% 'parfois' (96 observations)		
	Nb	% obs.
Non réponse	3	1,5%
toujours	0	0,0%
souvent	26	12,7%
parfois	96	47,1%
rarement	69	33,8%
jamais	10	4,9%
Total	204	100,0%

- Analyse de la relation entre la fréquence des appels réciproques entre les spécialistes et les médecins généralistes

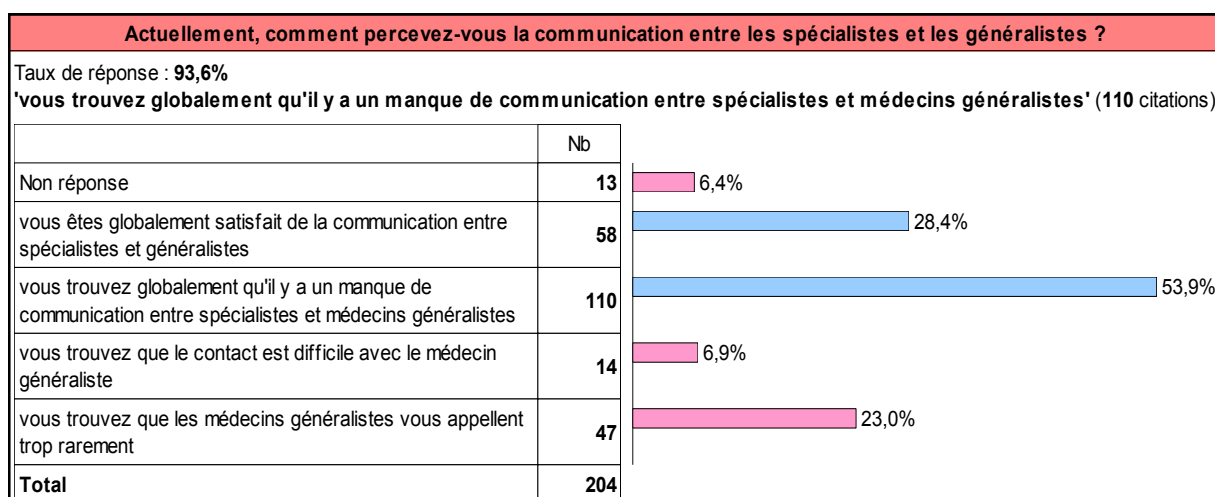
Analyse du lien entre la fréquence des appels réciproques entre les spécialistes et les MG				
	occasionnellement	souvent	parfois	Total
occasionnellement	44	5	36	85
souvent	17	15	30	62
parfois	15	4	35	54
Total	76	24	101	201

p = <0,1% ; chi2 = 22,30 ; ddl = 4 (TS)
La relation est très significative.
Carte : analyse factorielle des correspondances sur le tableau croisé

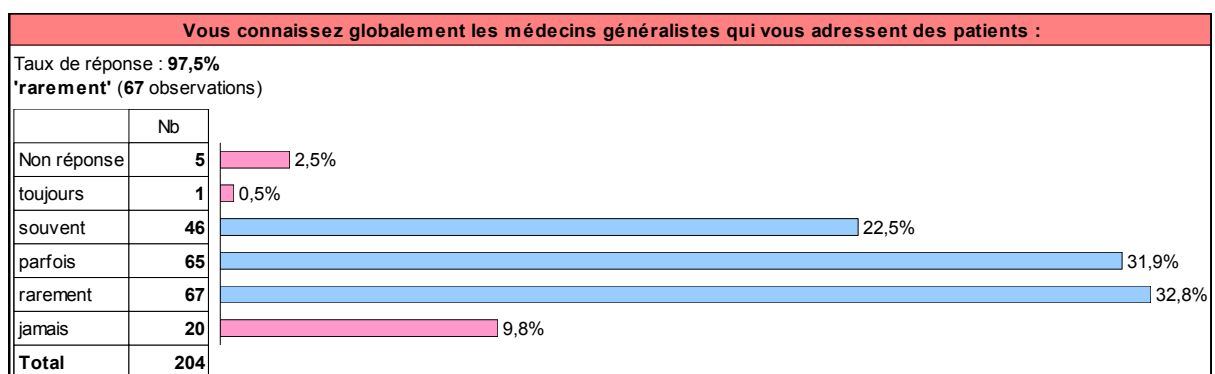
- Répartition selon le but de l'appel effectué par le médecin généraliste

Quel est en général le but de leur appel ?	
Taux de réponse : 92,2% 'demande d'avis' (126 citations)	
	Nb
Non réponse	16
demande d'avis	126
demande de voir un patient en consultation	122
demande d'hospitalisation d'un de leurs patients	118
autre	16
Total	204

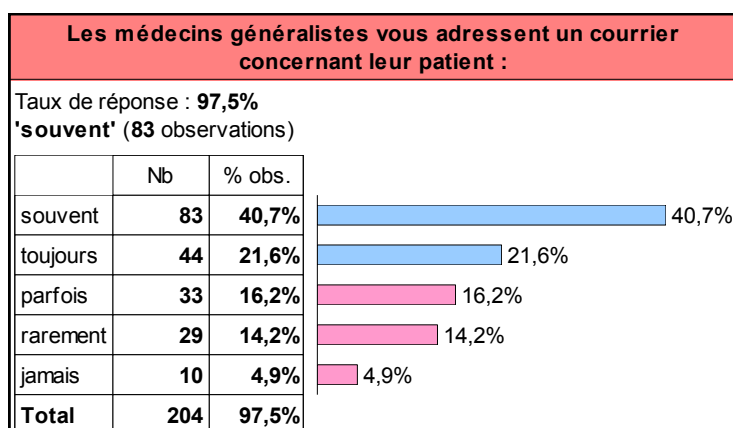
- Répartition de la perception de la communication entre spécialistes et médecins généralistes



- Répartition selon le degré de connaissance des médecins généralistes



- Répartition selon la fréquence de réception du courrier réalisé par le médecin généraliste



- Analyse de la relation entre la fréquence et l'utilité du courrier adressé

Analyse de la relation entre la fréquence et l'utilité du courrier adressé					
	rarement/jamais	toujours	souvent	parfois	Total
rarement/jamais	9	0	3	4	16
toujours	2	5	6	2	15
souvent	11	26	48	20	105
parfois	12	11	25	6	54
Total	34	42	82	32	190

p = 0,2% ; chi2 = 26,55 ; ddl = 9 (TS)
La relation est très significative.

- Répartition selon le moyen utilisé pour informer le médecin généraliste

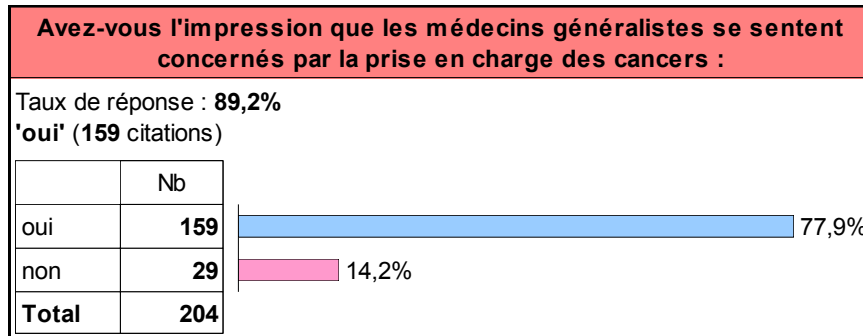
Actuellement, le médecin généraliste est informé de la prise en charge, de la décision thérapeutique ou du compte rendu de consultation ou d'hospitalisation par :	
Taux de réponse : 97,1%	
'courrier' (198 citations)	
	Nb
courrier	198
téléphone	35
email	10
Total	204

- Analyse de la relation entre l'envoi d'e-mail et le degré de connaissance des médecins généralistes

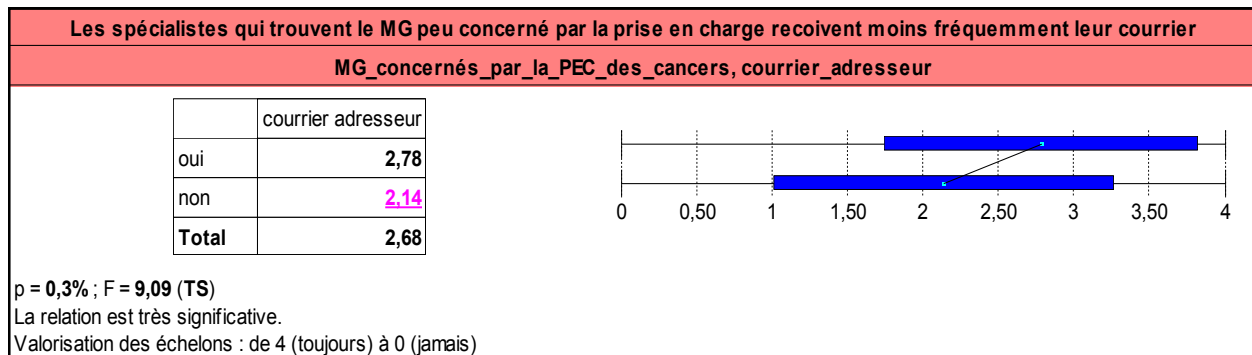
Analyse de la relation entre envoi d'email et la connaissance des MG adresseurs	
moyen_d'information_du_MG, connaissance_des_MG_adresseurs	
	connaissance des MG adresseurs
email	2,50
téléphone	2,12
courrier	1,71
Total	1,80

p = 0,5% ; F = 5,57 (TS)
La relation est très significative.
Valorisation des échelons : de 4 (toujours) à 0 (jamais)

- Répartition selon l'avis d'implication des médecins généralistes en oncogériatrie

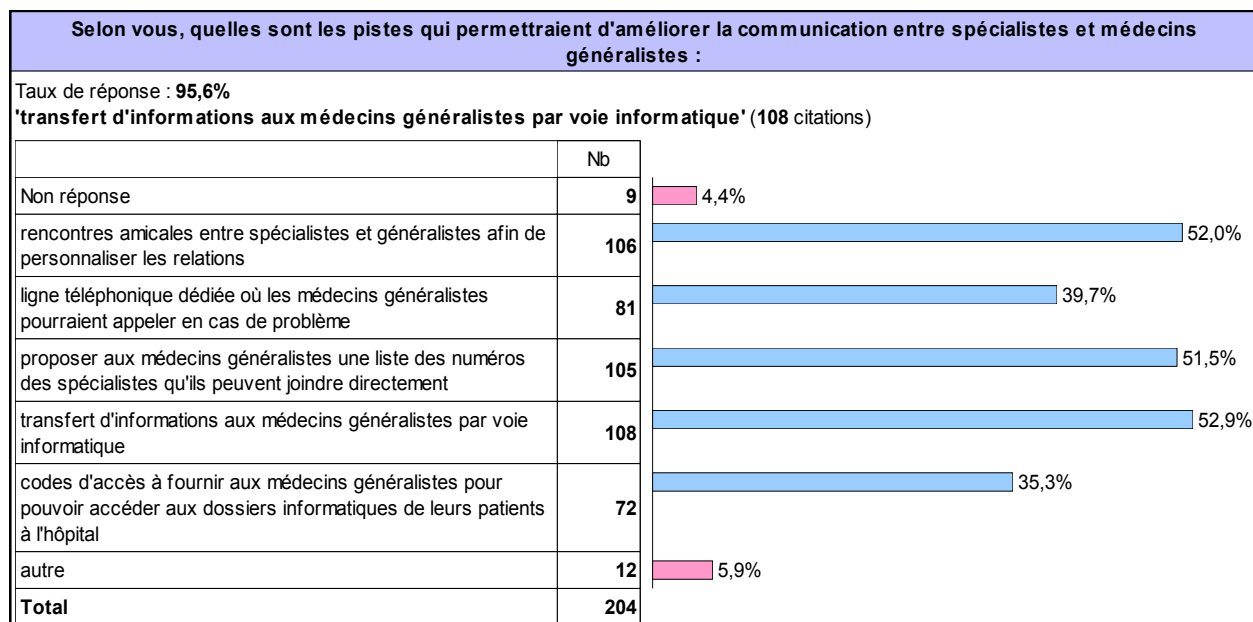


- Analyse de la relation entre le degré d'implication des médecins généralistes en oncogériatrie et la fréquence du courrier adressé

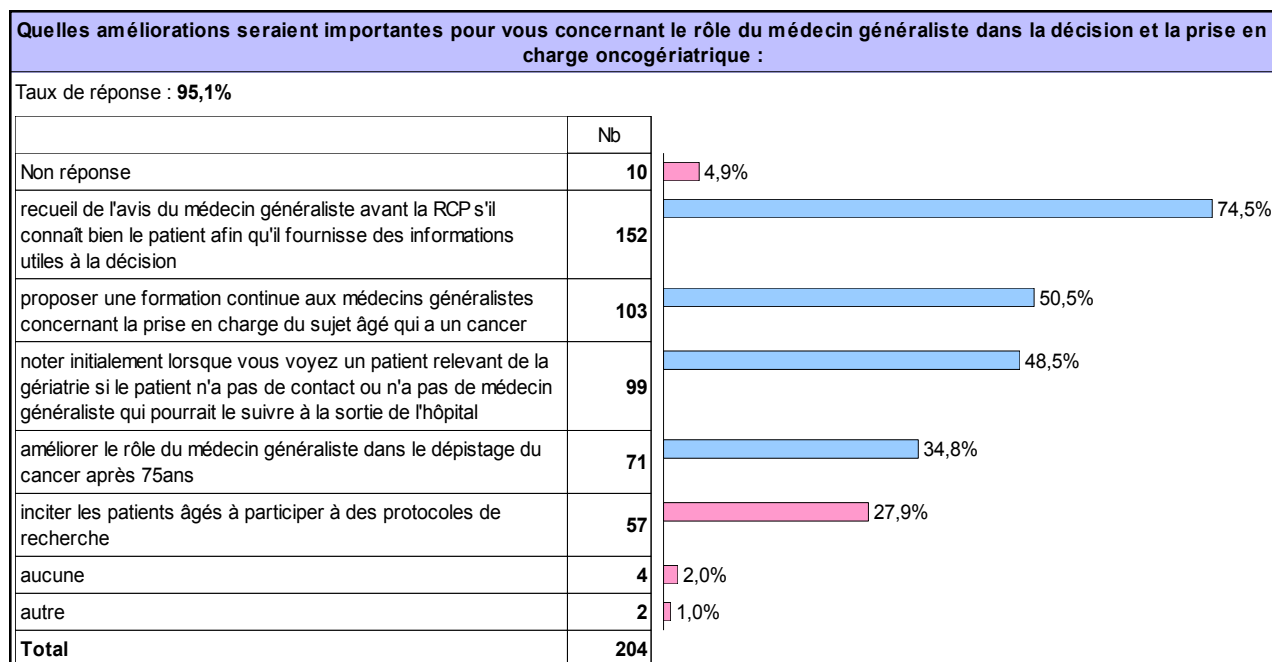


Annexe 15 : Tableaux de répartition des réponses à la cinquième partie du questionnaire

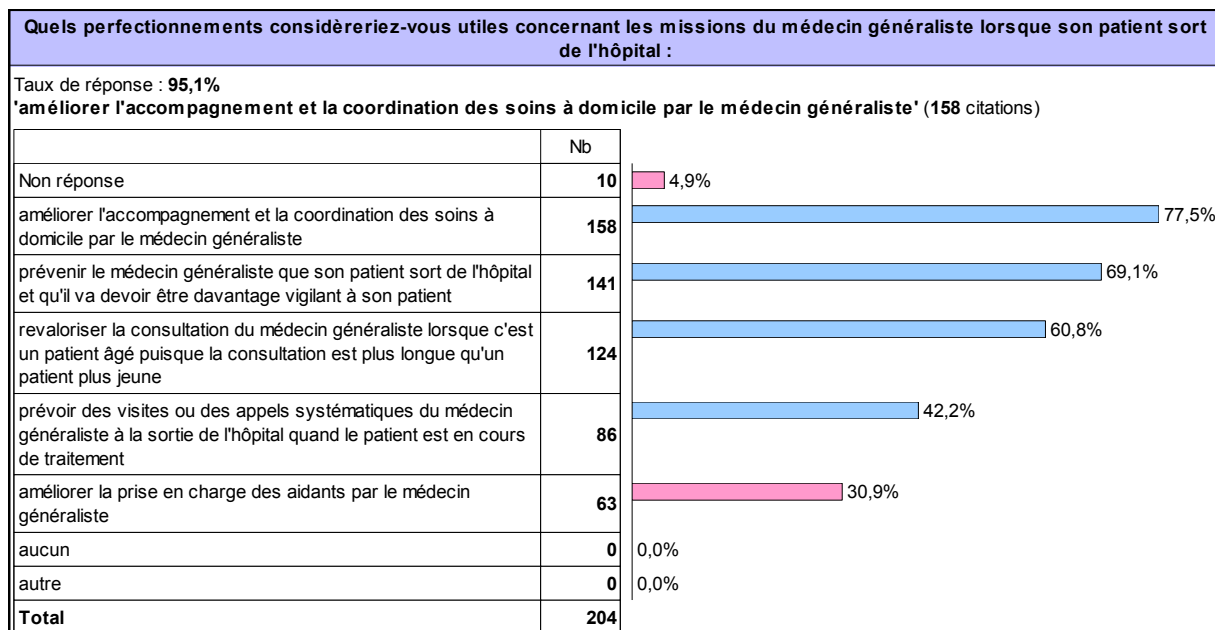
- Répartition selon les pistes d'amélioration de la communication



- Répartition selon les améliorations envisagées du rôle du médecin généraliste en oncogériatrie



- Répartition selon les améliorations envisagées à la sortie de l'hôpital



Annexe 16 : Grille d'évaluation du G8

(Source : Oncodage. Outil de dépistage gériatrique en oncologie. INCa. Septembre 2012)

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

Un score inférieur ou égal à 14 révèle une fragilité du patient âgé devant conduire à une consultation gériatrique spécialisée.

Introduction. Le cancer est une pathologie fréquente du sujet âgé. La loi « Hôpital, patient, santé, territoires » insiste sur la participation active du médecin généraliste à toutes les étapes du cancer, du dépistage au suivi.

Objectif. Évaluer les attentes des spécialistes concernant la place du médecin généraliste dans la prise en charge oncogériatrique.

Matériel et méthodes. Une étude qualitative par entretiens semi-dirigés a été préalablement menée auprès de spécialistes hospitaliers de l'Ouest parisien afin de définir les hypothèses à tester. Une étude quantitative par questionnaire a été conduite secondairement auprès des spécialistes de l'AP-HP participant aux RCP d'oncologique thoracique, gynécologique et digestive.

Résultats. Sept spécialistes ont participé à l'étude qualitative et pensent que le médecin généraliste peut occuper une place prépondérante lors du dépistage et du diagnostic du cancer mais surtout en jouant un rôle essentiel de coordinateur des soins post-hospitaliers. Sur 316 spécialistes contactés, 204 (65%) ont rendu le questionnaire complété. Si le généraliste réalise rarement l'annonce du diagnostic (8%), plus des trois-quarts des spécialistes (78%) perçoivent une implication globale du médecin généraliste en oncologie. Pour 83% des spécialistes, la présence du médecin généraliste pourrait influencer favorablement la décision thérapeutique prise en RCP du fait de l'ancienneté de sa relation avec le patient âgé. Après l'hospitalisation, 77,5% des spécialistes considèrent que le rôle du médecin généraliste doit être renforcé dans la phase d'accompagnement et de coordination des soins en ville. Un manque de communication entre spécialistes hospitaliers et généralistes est ressenti pour plus de la moitié d'entre eux (53,9%).

Conclusion. La sensibilisation des médecins généralistes à l'oncogériatrie reste essentielle. Son rôle pourrait être renforcé dans la phase d'accompagnement et de coordination des soins. Plusieurs propositions de mise en œuvre simple faciliteraient la collaboration entre spécialistes hospitaliers et généralistes dans la prise en charge oncogériatrique.

Mots clés : oncogériatrie, médecins généralistes, spécialistes, réunion de concertation pluridisciplinaire, décision

SUMMARY

Background. Cancer is a frequent occurrence disease among the elderly. The law « Hôpital, patients, santé, territoires » stresses on the general practitioner active support during all cancer care steps, from cancer detect screening to treatment compliance.

Objective. To estimate specialists expectations about the general practitioner contribution in oncogeriatric care for elderly patients.

Material and methods. First, a qualitative method based on semi-structured interviews with West parisian specialists to define hypothesis to be checked. Second, a quantitative method was fulfilled, with a questionnaire handed out to all the specialists working in Paris hospitals, involved in gynecologic, thoracic and digestive cancerology meetings.

Results. Seven specialists were interviewed during the qualitative study and thought that the general practitioner appears to have a key role because of his contribution to detect and diagnose cancer and even more in post-hospitalization for the main purpose of coordination. Out of 316 specialists contacted, 204 (65%) answered the questionnaire. Even if the general practitioner hardly ever announces the diagnosis (8%), more than three-quarters of the specialists (78%) believe the general practitioner is globally involved in the cancer care. For 83% of the specialists, because of his special relationship with the patient, the general practitioner presence could influence the decision taken in the multidisciplinary meeting. 77,5% of the specialists judge that the general practitioner role has to be improved during the care support and coordination phases. More than half of the specialists (53,9%) felt a lack of communication between hospital specialists and general practitioners.

Conclusion. To develop the general practitioner's awareness of oncogeriatric is essential. His role could be improved during the care support and coordination phases. Several proposals easy to implement could facilitate the collaboration between specialists and general practitioner.

Keywords : oncogeriatry, cancer, elderly, general practitioner, specialists, care, multidisciplinary meeting, decision.

RÉSUMÉ

PLACE DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE DANS LA PRISE EN CHARGE ONCOGÉRIATRIQUE : POINT DE VUE DES SPÉCIALISTES HOSPITALIERS

Introduction. Le cancer est une pathologie fréquente du sujet âgé. La loi « Hôpital, patient, santé, territoires » insiste sur la participation active du médecin généraliste à toutes les étapes du cancer, du dépistage au suivi.

Objectif. Évaluer les attentes des spécialistes concernant la place du médecin généraliste dans la prise en charge oncogériatrique.

Matériel et méthodes. Une étude qualitative par entretiens semi-dirigés a été préalablement menée auprès de spécialistes hospitaliers de l'Ouest parisien afin de définir les hypothèses à tester. Une étude quantitative par questionnaire a été conduite secondairement auprès des spécialistes de l'AP-HP participant aux RCP d'oncologique thoracique, gynécologique et digestive.

Résultats. Sept spécialistes ont participé à l'étude qualitative et pensent que le médecin généraliste peut occuper une place prépondérante lors du dépistage et du diagnostic du cancer mais surtout en jouant un rôle essentiel de coordinateur des soins post-hospitaliers. Sur 316 spécialistes contactés, 204 (65%) ont rendu le questionnaire complété. Si le généraliste réalise rarement l'annonce du diagnostic (8%), plus des trois-quarts des spécialistes (78%) perçoivent une implication globale du médecin généraliste en oncologie. Pour 83% des spécialistes, la présence du médecin généraliste pourrait influencer favorablement la décision thérapeutique prise en RCP du fait de l'ancienneté de sa relation avec le patient âgé. Après l'hospitalisation, 77,5% des spécialistes considèrent que le rôle du médecin généraliste doit être renforcé dans la phase d'accompagnement et de coordination des soins en ville. Un manque de communication entre spécialistes hospitaliers et généralistes est ressenti pour plus de la moitié d'entre eux (53,9%).

Conclusion. La sensibilisation des médecins généralistes à l'oncogériatrie reste essentielle. Son rôle pourrait être renforcé dans la phase d'accompagnement et de coordination des soins. Plusieurs propositions de mise en œuvre simple faciliteraient la collaboration entre spécialistes hospitaliers et généralistes dans la prise en charge oncogériatrique.

Mots clés : oncogériatrie, médecins généralistes, spécialistes, réunion de concertation pluridisciplinaire, décision