

UNIVERSITÉ TOULOUSE III – Paul SABATIER

FACULTÉ DE MEDECINE

Année 2019

2019 TOU3 1086

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

SPECIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement par

Maud QUENTIN

Le 10 septembre 2019

Étude de faisabilité des évaluations onco-gériatriques en ambulatoire

Directeur de thèse : Docteur Bruno CHICOULAA

JURY :

Madame la Professeur Marie-Ève ROUGE-BUGAT **Présidente**

Monsieur le Docteur Laurent BALARDY **Assesseur**

Monsieur le Docteur Bruno CHICOULAA **Assesseur**

Madame la Docteur Mokoto DELHAYE **Assesseur**



TABLEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2018

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Yves	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. ALBAREDE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. ARLET Jacques	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. BARRET André	Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. PUEL Pierre
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri	Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard	Professeur Honoraire	M. RAILHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. REGIS Henri
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck	Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe	Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude	Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre	Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. SALVEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard	Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean	Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel	Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. YAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER Nicolas		
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric		
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges		
Professeur Honoraire	Mme DELISLE Marie-Bernadette		
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline		
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean		
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel		
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.		
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique		
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy		
Professeur Honoraire	M. ESCANDE Michel		
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri		
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean		
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.		
Professeur Honoraire	M. FABIE Michel		
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean		
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard		
Professeur Honoraire	M. FOURNIE Bernard		
Professeur Honoraire	M. FOURTANIER Gilles		
Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard		
Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques		
Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle		
Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles		
Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques		
Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis		
Professeur Honoraire	M. GUIRAUD CHAUMEIL Bernard		
Professeur Honoraire	M. HOFF Jean		
Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis		
Professeur Honoraire	M. LACOMME Yves		
Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques		
Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche		
Professeur Honoraire	M. LARENG Louis		
Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy		
Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck		
Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Yves		
Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul		
Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François		
Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude		

Professeurs Émérites

Professeur ADER Jean-Louis
Professeur ALBAREDE Jean-Louis
Professeur ARBUS Louis
Professeur ARLET-SUAU Elisabeth
Professeur BOCCALON Henri
Professeur BONEU Bernard
Professeur CARATERO Claude
Professeur CHAMONTIN Bernard
Professeur CHAP Hugues
Professeur CONTÉ Jean
Professeur COSTAGLIOLA Michel
Professeur DABERNAT Henri
Professeur FRAYSSE Bernard
Professeur DELISLE Marie-Bernadette
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard
Professeur JOFFRE Francis
Professeur LAGARRIGUE Jacques
Professeur LARENG Louis
Professeur LAURENT Guy
Professeur LAZORTHE Yves
Professeur MAGNAVAL Jean-François
Professeur MANELFE Claude
Professeur MASSIP Patrice
Professeur MAZIERES Bernard
Professeur MOSCOVICI Jacques
Professeur MURAT
Professeur ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur SALVAYRE Robert
Professeur SARRAMON Jean-Pierre
Professeur SIMON Jacques

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN

37 allées Jules Guesde - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : D. CARRIE

P.U. - P.H.

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

2ème classe

M. ADOUE Daniel (C.E)	Médecine Interne, Gériatrie	Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie
M. AMAR Jacques	Thérapeutique	M. BONNEVILLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie	M. BUREAU Christophe	Hépatogastro-Entéro
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion	Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
Mme BEYNE-RAUZY Odile	Médecine Interne	Mme CHARPENTIER Sandrine	Médecine d'urgence
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
M. BLANCHER Antoine	Immunologie (option Biologique)	M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. BONNEVILLE Paul (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.	M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. BOSSAVY Jean-Pierre (C.E)	Chirurgie Vasculaire	M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. BRASSAT David	Neurologie	M. LOPEZ Raphael	Anatomie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul	M. MARTIN-BONDEL Guillaume	Maladies infectieuses, maladies tropicales
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. CALVAS Patrick (C.E)	Génétique	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie	M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. CHAIX Yves	Pédiatrie	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie	Mme RUYSSSEN-WITRAND Adeline	Rhumatologie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. DAHAN Marcel (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.	Mme TREMOLLIERES Florence	Biologie du développement
M. DEGUINE Olivier (C.E)	Oto-rhino-laryngologie	Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie		
M. FERRIERES Jean (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique		
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie		
M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie		
M. GAME Xavier	Urologie		
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation		
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie		
Mme LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique		
M. LANG Thierry (C.E)	Biostatistiques et Informatique Médicale		
M. LANGIN Dominique (C.E)	Nutrition		
M. LAUWERS Frédéric	Anatomie		
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine Interne		
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie		
M. MALAVALD Bernard	Urologie		
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique		
M. MARCHOU Bruno	Maladies Infectieuses		
M. MAZIERES Julien	Pneumologie		
M. MOLINIER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique		
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie		
Mme MOYAL Elisabeth	Cancérologie		
Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie		
M. OSWALD Eric	Bactériologie-Virologie		
M. PARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique		
M. PARIENTE Jérémie	Neurologie		
M. PARINAUD Jean (C.E)	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.		
M. PAUL Carle	Dermatologie		
M. PAYOUX Pierre	Biophysique		
M. PAYRASTRE Bernard (C.E)	Hématologie		
M. PERON Jean-Marie	Hépatogastro-Entérologie		
M. PERRET Bertrand (C.E)	Biochimie		
M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie		
M. RECHER Christian	Hématologie		
M. RISCHMANN Pascal	Urologie		
M. RIVIERE Daniel (C.E)	Physiologie		
M. SALES DE GAUZY Jérôme	Chirurgie Infantile		
M. SALLES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie		
M. SANS Nicolas	Radiologie		
Mme SELVES Janick	Anatomie et cytologie pathologiques		
M. SERRE Guy (C.E)	Biologie Cellulaire		
M. TELMON Norbert (C.E)	Médecine Légale		
M. VINEL Jean-Pierre (C.E)	Hépatogastro-Entérologie		

P.U. Médecine générale

M. MESTHÉ Pierre

Professeur Associé Médecine générale

M. ABITTEBOUL Yves

M. POUTRAIN Jean-Christophe

Professeur Associé en Neurologie

Mme PAVY-LE TRAON Anne

P.U. Médecine générale

M. OUSTRIC Stéphane

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : E. SERRANO

P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1ère classe		P.U. - P.H. 2ème classe	
M. ACAR Philippe	Pédiatrie	M. ARBUS Christophe	Psychiatrie
M. ACCADBLE Franck	Chirurgie Infantile	M. AUSSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne	M. BERRY Antoine	Parasitologie
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie	M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie
M. ARNAL Jean-François	Physiologie	M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
M. BUJAN Louis (C. E)	Urologie-Andrologie	M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique et des brûlés
Mme BURA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire	M. CHAYNES Patrick	Anatomie
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépatogastro-entérologie	Mme DALENC Florence	Cancérologie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie	M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses
M. CHAUFOR Xavier	Chirurgie Vasculaire	M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie	M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie	M. GARRIDO-STÓWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
M. COURBON Frédéric	Biophysique	Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologie	M. HUYGHE Eric	Urologie
M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire	Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
M. DELABESSE Eric	Hématologie	M. LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. DELORD Jean-Pierre	Cancérologie	M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	M. MAURY Jean-Philippe	Cardiologie
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice	Thérapeutique	M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie	M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. GLOCK Yves (C.E)	Chirurgie Cardio-Vasculaire	M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie	M. SOLER Vincent	Ophthalmologie
M. GRAND Alain (C.E)	Epidémiologie. Eco. de la Santé et Prévention	Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis	Chirurgie plastique	Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
Mme GUMBAUD Rosine	Cancérologie	M. TACK Ivan	Physiologie
Mme HANAIRE Héliène (C.E)	Endocrinologie	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. KAMAR Nassim	Néphrologie	M. YSEBAERT Loic	Hématologie
M. LARRUE Vincent	Neurologie		
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie		
M. MALECAZE François (C.E)	Ophtalmologie	P.U. Médecine générale	
M. MARQUE Philippe	Médecine Physique et Réadaptation	Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve	
Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie		
M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation	Professeur Associé de Médecine Générale	
M. OTAL Philippe	Radiologie	M. BOYER Pierre	
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile		
M. RITZ Patrick	Nutrition	Professeur Associé en Pédiatrie	
M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie	Mme CLAUDET Isabelle	
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale		
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie		
M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie		
M. SAILLER Laurent	Médecine Interne		
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie		
M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie		
M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie		
M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail		
M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie		
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive		
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie		
Mme URO-COSTE Emmanuelle	Anatomie Pathologique		
M. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétrique		
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie		
Professeur Associé de Médecine Générale			
M. STILLMUNKES André			

M.C.U. - P.H.

M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
M. APOIL Pol Andre	Immunologie
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion
M. BIETH Eric	Génétique
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition
Mme CASSAGNE Myriam	Ophthalmologie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie
M. CAVAINAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie
M. CONGY Nicolas	Immunologie
Mme COURBON Christine	Pharmacologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie
Mme de GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie
Mme DE MAS Véronique	Hématologie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie
M. GANTET Pierre	Biophysique
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
M. HAMDI Safouane	Biochimie
Mme HITZEL Anne	Biophysique
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
Mme MOREAU Marion	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
M. TAFANI Jean-André	Biophysique
M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie
M. VIDAL Fabien	Gynécologie obstétrique

M.C.U. Médecine générale

M. BRILLAC Thierry
Mme DUPOUY Julie

M.C.U. - P.H.

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire
M. CAMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
Mme CAUSSE Elizabeth	Biochimie
M. CHASSAING Nicolas	Génétique
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytoologie pathologiques
Mme CORRE Jill	Hématologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
Mme EVRAD Solène	Histologie, embryologie et cytoologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition
Mme GALLINI Adeline	Epidémiologie
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. GASQ David	Physiologie
M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction
Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
M. MIEUSSET Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. MOULIS Guillaume	Médecine interne
Mme NASR Nathalie	Neurologie
M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
M. RONGIERES Michel	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme VALLET Marion	Physiologie
M. VERGEZ François	Hématologie

M.C.U. Médecine générale

M. BISMUTH Michel
Mme ESCOURROU Brigitte

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr FREYENS Anne
Dr IRI-DELAHAYE Motoko
Dr CHICOULAA Bruno

Dr BIREBENT Jordan
Dr BOURGEOIS Odile
Dr LATROUS Leila

Remerciements

A la Présidente du Jury :

Madame la Professeur Marie-Ève Rougé-Bugat, vous me faites l'honneur de présider ce Jury. Merci d'avoir participé aux prémices de ce travail de thèse et de finalement juger le travail fini. Soyez assuré de mon profond respect et de ma gratitude.

Aux membres du Jury :

Monsieur le Docteur Laurent BALARDY, je vous remercie d'avoir accepté de juger mon travail de thèse. Soyez assuré de ma gratitude et de mon profond respect.

Monsieur le Docteur Bruno CHICOULAA, je vous remercie de m'avoir guidé et conseillé dans ce travail de thèse. Votre disponibilité et votre gentillesse m'ont beaucoup aidé dans mon travail de thèse. Soyez assuré de ma profonde reconnaissance.

Madame la Docteur Mokoto DELHAYE, je vous remercie d'avoir accepté de juger mon travail de thèse. J'espère que ce travail aura su vous intéresser. Soyez assuré de mon profond respect et de ma gratitude.

Merci,

Aux médecins et infirmiers qui ont participé à ce travail de thèse.

A mes parents, pour leur soutien tout au long de mes études et dans tous les autres domaines de la vie.

A mon frère, pour être toujours le même les années passant.

A mes grand- parents, pour leur soutien.

A mes oncles, tantes, cousins et cousines pour tous les bons moments passés ensemble.

A Emmanuelle et Manon pour m'avoir régulièrement posé la question : « Alors tu la passe quand ta thèse ? ».

A Eugénie, Laure et Rohnan pour m'avoir donné ma chance au début de mes remplacements.

A mes relecteurs, ma mère, mon père, Nicolas, Gabriel et Sandrine d'avoir parfois lu sans comprendre mais toujours avec bienveillance.

A Marius, d'être notre rayon de soleil.

A Nicolas, d'être toujours présent dans les moments de doutes mais aussi de joies. D'avoir supporté les années d'externat et d'internat sans jamais te plaindre.

TABLE DES MATIERES

Liste des tableaux et des figures	3
Liste des abréviations utilisées	4
INTRODUCTION	5
MATERIEL ET METHODE	8
1. Type d'étude	8
2. Population étudiée	8
3. Recrutement	8
4. Type de données étudiées	9
5. Recueil des données	10
6. Analyse des données	11
RESULTATS	12
1. Recueil des évaluations	12
2. Diagramme de flux	13
3. Population étudiée	14
DISCUSSION	20
1. Résultats	20
2. Comparaison avec d'autres études	21
a. Comparaison avec les évaluations dans le dépistage de la fragilité au niveau de l'ex-région Midi Pyrénées	21
b. Comparaison avec d'autres populations onco-gériatrique	23
3. Difficultés de la recherche en soins primaires	24
4. Utilisation pratique des résultats des évaluations onco-gériatriques	26
5. Force et limites de l'étude	27
CONCLUSION	28
BIBLIOGRAPHIE	29

ANNEXES

Annexe 1 : Accord de la commission d'éthique 32
Annexe 2 : Tableau de comparaison des résultats..... 33

Liste des tableaux et des figures

Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques et mode de vie de la population étudiée

Tableau 2 : Caractéristiques de la pathologie oncologique de la population étudiée

Tableau 3 : Caractéristiques de la population étudiée

Tableau 4 : Caractéristiques de fragilité de la population étudiée

Figure 1 : Diagramme de sélection de la population étudiée

Figure 2 : Histogramme de lieu de réalisation des évaluations

Liste des abréviations utilisées

ADL : Activities of Daily Living

ARS : Agence Régionale de Santé

EGS : Évaluation Gériatrique Standardisée

Mini – GDS : Mini Geriatric Depression Scale

HJFEPD : Hôpital de Jour d'Évaluation des Fragilités et de Prévention de la Dépendance

IADL : Instrumental Activities of Daily Living

IDE : Infirmier Diplômé d'État

IMC : Indice de Masse Corporelle

MMSE : Mini Mental State Examination

MNA : Mini Nutritional Assessment

MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire

RCP : Réunion de Concertation Pluridisciplinaire

SPPB : Short Physical Performance Battery

UGOD : Unités de Coordination en Onco-Gériatrie

INTRODUCTION

Le cancer est une pathologie du sujet âgé. Les 65 ans et plus représentent 62,4% des cancers tous âges confondus en France en 2017. Environ 11% des nouveaux cas de cancer affectent des personnes de plus de 85 ans. Les personnes âgées de plus de 65 ans représentent 75,3% des décès par cancer observés en France. Les personnes de plus de 85 ans correspondent à 24,8% de l'ensemble de la mortalité par cancer.¹

L'âge chronologique ne peut à lui seul, déterminer la prise en charge du patient atteint de cancer. Il ne reflète pas les réserves du patient ni son espérance de vie.

Avant toute prise en charge il convient de répondre à 3 questions à propos du patient :

- Mourra-t-il de son cancer ou avec son cancer ?
- Souffrira-t-il des complications du cancer pendant le temps qu'il lui reste à vivre ?
- Pourra-t-il tolérer le traitement proposé ?^{2,3}

La réalisation d'une évaluation gériatrique standardisée permet de classer les patients en 3 groupes et ainsi de leur proposer le traitement le plus adéquat :

- Groupe 1 : patients robustes qui peuvent supporter un traitement standard,
- Groupe 2 : patients fragiles nécessitant soit la mise en place d'éléments particuliers avant le traitement, soit une adaptation du traitement oncologique
- Groupe 3 : patients dépendants sans amélioration possible dont la prise en charge sera symptomatique et palliative.^{2,3}

En France, dans les suites du plan cancer en 2006, des unités de coordination en oncogériatrie (UCOG) ont été créées pour permettre de mieux adapter les traitements des patients âgés atteints de cancer. Ces UCOG permettent des décisions conjointes entre oncologues et gériatres.^{4,5}

La réalisation de l'étude ONCODAGE en 2011 a permis la mise en place d'un outil pour repérer les personnes âgées à risque de mauvaise tolérance des traitements anticancéreux.⁶ Le G8 est un questionnaire de 8 questions permettant d'identifier les patients de plus de 75 ans considérés comme robustes et les patients nécessitant la réalisation d'une évaluation gériatrique standardisée (EGS).^{7,8} Cette EGS repose sur un ensemble d'échelles validées permettant d'évaluer les fonctions cognitives, sensorielles et thymiques, ainsi que

l'état nutritionnel et l'autonomie des patients. La réalisation de l'EGS avant la mise en place d'une thérapie anti-cancéreuse, permet une meilleure qualité de vie, l'achèvement des cycles de chimiothérapie et l'amélioration de la survie.^{9,10}

L'un des objectifs du troisième plan cancer (2014-2019) était la réalisation du G8 pour tous les patients de plus de 75 ans avant la réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP).¹¹ L'EGS, réalisée avant la RCP, permettrait ainsi d'avoir tous les éléments pour élaborer une proposition de prise en charge adaptée aux patients âgés atteints de cancer. On pourrait penser que la réalisation du G8 de façon systématique pourrait augmenter le nombre d'EGS à réaliser avant le passage en RCP. Elle est actuellement réalisée uniquement en milieu hospitalier.

Or cette évaluation est chronophage et consommatrice de moyens. Ce qui rend impossible la réalisation de toutes les évaluations uniquement par les équipes hospitalières.

Depuis quelques années, il se développe, en ambulatoire, la réalisation d'évaluation de la fragilité de la personne âgée par des infirmiers diplômés d'État libéraux formés par délégation de tâches. La réalisation de ces évaluations de fragilité et la mise en place des recommandations faites lors de celles-ci font espérer une meilleure prise en charge globale de la personne et ainsi de favoriser son maintien à domicile. La réalisation de ces évaluations au domicile permet d'éviter le déplacement en milieu hospitalier. En France, depuis 2015, certaines maisons de santé pluridisciplinaires (MSP), dans le cadre des missions de santé publique, réalisent ces évaluations à l'aide d'un protocole de délégation de tâches de l'ARS.¹² De plus, au niveau de la région toulousaine, une infirmière du Gérontopole se déplace au sein des cabinets des médecins généralistes pour réaliser les évaluations au plus près des patients.¹³

Grâce au développement de ces nouveaux moyens pour dépister la fragilité de la personne âgée en soins premiers, la question de la faisabilité des évaluations gériatriques standardisées en ambulatoire dans le cadre de la prise en charge de la personne âgée atteinte d'une néoplasie se pose.

L'objectif principal de mon travail était d'évaluer la faisabilité de la réalisation d'une évaluation onco-gériatrique en ambulatoire chez les patients de plus de 65 ans par un infirmier diplômé d'État formé.

Les objectifs secondaires étaient :

- la caractérisation de la population de patients étudiés
- lister les éventuels freins à la mise place des évaluations onco-gériatrique en ambulatoire.

MATERIEL ET METHODE

1. Type d'étude

Cette étude était une étude de faisabilité transversale observationnelle réalisée dans l'ex région Midi-Pyrénées. L'accord de la commission d'éthique a été reçu le 25 mars 2017 (Annexe 1).

2. Population étudiée

Les critères d'inclusion étaient d'avoir 65 ans ou plus, d'avoir présenté un cancer actif quel que soit le stade ou le type dans les 5 dernières années ou dans les 6 mois suivant la réalisation de l'EGS, d'avoir un médecin traitant participant au protocole de délégation de tâches de l'ARS ou travaillant avec l'infirmière du Gérontopole.

Les critères d'exclusion étaient les patients venant d'avoir une évaluation gériatrique en milieu hospitalier, les patients présentant un épisode aigu pouvant altérer les résultats de l'EGS, les patients de moins de 65 ans, les patients ayant eu une néoplasie il y a plus de 5 ans avant la réalisation de l'évaluation ou plus de 6 mois après l'évaluation, les patients dont le médecin traitant ne participe pas au protocole de délégation de tâches de l'ARS ou ne travaille pas avec l'infirmière du Gérontopole.

3. Recrutement

Dans un premier temps, les différents médecins et infirmiers les plus impliqués dans la réalisation d'évaluation de fragilité dans le cadre du protocole de l'ARS ont été contactés par mail par le Directeur de Thèse. Puis le chercheur a contacté individuellement chaque IDE formé par mail et par téléphone pour lui expliquer l'objectif de l'étude et ses critères d'inclusion et d'exclusion. Les tentatives de contact par le chercheur étaient abandonnées après 3 essais.

Dans un deuxième temps, devant le faible taux de participation, le chercheur a recontacté les IDE formés et les médecins pour élargir le recrutement aux évaluations répondant aux critères d'inclusion ayant déjà été effectués depuis le début de réalisation des EGS en soins primaires (Juin 2015).

Dans un troisième temps, les 17 médecins travaillant avec l'infirmière du Gérontopole ont été contactés par mail par le Directeur de Thèse. Il était demandé aux médecins souhaitant participer à l'étude de rechercher dans les évaluations effectuées à leur cabinet celles correspondant aux critères d'inclusion.

4. Type de données étudiées

La dénutrition était définie comme avoir un IMC inférieur à 21. L'état nutritionnel était considéré comme normal lorsque le résultat au MNA était entre 24 et 30, avec un risque de dénutrition entre 17 et 23,5 et un mauvais état nutritionnel lorsque le résultat était inférieur à 17.

L'état cognitif était évalué par le MMSE retrouvant un score entre 0 et 30 points. L'absence de troubles cognitifs était définie par un score entre 30 et 25 points mais variait en fonction du niveau d'étude, des troubles cognitifs légers par un score entre 24 et 19 points, des troubles cognitifs modérés par un score entre 18 et 10 points et des troubles cognitifs sévères par un score inférieur à 9 points.

L'état thymique de la population était évalué par le Mini-GDS composé de 4 questions cotées 1 point. Un score supérieur ou égal à 1 point retrouvait une forte probabilité de dépression nécessitant la réalisation d'explorations complémentaires.

Les performances physiques ont été évaluées par le SPPB qui recueille 3 tests chronométrés : la vitesse de marche sur 4 mètres, se lever 5 fois d'une chaise et un test d'équilibre. Les scores s'étendaient de 0 à 12 points avec un score maximum de 4 points à chaque test. Une performance faible était définie par un score inférieur ou égal à 6 points, une performance moyenne par un score entre 7 et 9 points et une bonne performance par un score entre 10 et 12 points.

La sédentarité correspondait à un niveau actuel d'activité physique évalué à « aucune activité physique » ou « plutôt sédentaire ».

L'épuisement subjectif correspondait à la réponse « souvent » ou « la plupart du temps » à l'une des questions suivantes : La semaine passée, combien de fois avez-vous ressenti l'état suivant : « Tout ce que j'ai fait m'a demandé un effort » ou « je ne pouvais pas aller de l'avant ».

La diminution de la vitesse de marche correspondait à une vitesse inférieure à 0,8 mètre/seconde calculée sur 4 mètres.

La perte de poids involontaire correspondait à une perte de plus de 5 kg au cours de l'année passée.

La diminution de la force de la poignée de main n'a pas été étudiée car elle n'était pas réalisable au domicile du fait de l'absence de dynamomètre.

Le nombre de critères de fragilité permettait de déterminer les sujets fragiles retrouvant 3 à 4 critères, les sujets pré fragile retrouvant 1 à 2 critères et les sujets robustes pour lesquels aucun critère de fragilité n'est retrouvé.

5. Recueil des données

Pour recueillir les données, le chercheur s'est déplacé au sein des cabinets médicaux ou infirmiers de la région toulousaine ayant accepté de participer.

Pour les autres localisations, les données ont pu être envoyées par mail sécurisé au chercheur.

Les données ont ensuite été anonymisées selon les différents centres numérotés de C1 à CX puis les différents patients de chaque centre de P1 à PX.

Les données concernant la pathologie oncologique ont été recherchées dans la base de données Oncomip pour le type histologique de cancer et les différents traitements réalisés.

6. Analyse des données

Les données ont été saisies et analysées informatiquement à l'aide du logiciel Excel 365. Les valeurs qualitatives sont exprimées en effectifs et pourcentages. Les valeurs quantitatives sont exprimées sous forme de moyennes et d'écart types.

RESULTATS

1. Recueil des évaluations

La première étape a été de contacter les 11 centres faisant des évaluations dans le cadre du protocole de délégation de l'ARS dans l'ex-région Midi Pyrénées : 3 en Ariège, 1 en Aveyron, 3 en Haute Garonne, 1 en Haute Pyrénées et 2 dans le Tarn.

Pour 4 de ces centres, il n'a pas été possible de contacter le responsable de la réalisation des EGS que ce soit par mail ou par téléphone. Sept centres ont pu être contactés.

Au bout de quelques mois, devant l'absence d'évaluations réalisées, les différents médecins adressant des patients aux IDE formés ont été de nouveau contactés par mail ou par téléphone avec comme résultats de nombreuses absences de réponses ou d'absence de patients concernés. 2 évaluations ont été réalisées suite à ces relances dans 2 centres différents.

Par la suite, les différents IDE formés ont été recontactés pour rechercher, dans les évaluations déjà réalisées, celles pouvant répondre aux critères d'inclusion effectuées à partir de juin 2015. 4 évaluations de 2 centres ont pu être intégrées dans l'étude.

Au total, sur les 7 centres intéressés pour participer à l'étude, 3 centres ont fourni 6 évaluations.

Au vu du faible nombre d'évaluations recueillies, les 17 médecins travaillant avec l'infirmière du Gérontopole ont été contactés par mail en février 2019 pour savoir si des évaluations correspondant aux critères d'inclusion avaient été réalisées à leur cabinet. 4 médecins ont répondu positivement. 15 évaluations ont été intégrées à l'étude.

Les évaluations gériatriques ont été réalisées entre juin 2015 et septembre 2018. Les données ont été recueillies de mars 2017 à mars 2019.

2. Diagramme de flux

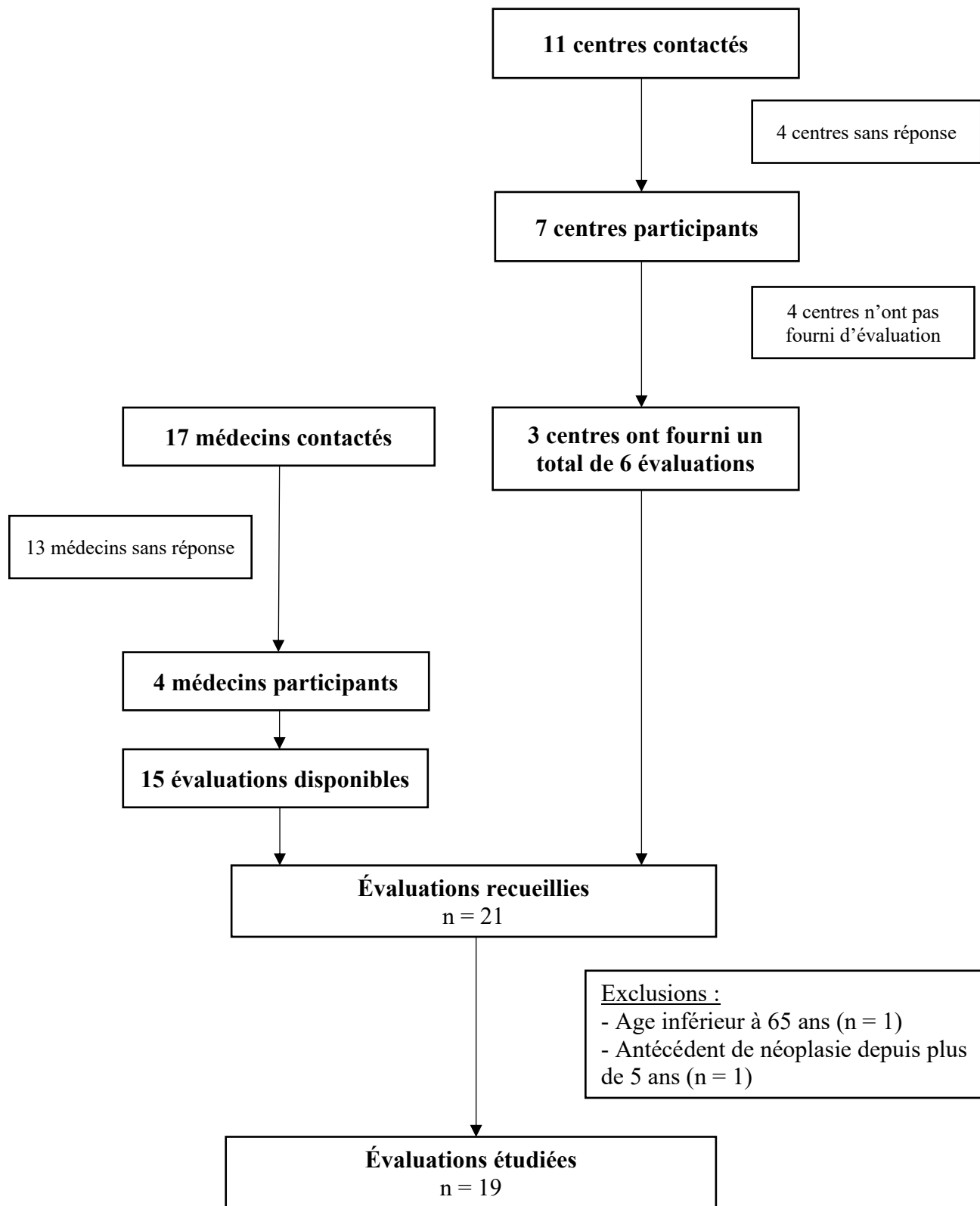


Figure 1 : Diagramme de sélection de la population étudiée

3. Population étudiée

Concernant les lieux de réalisation des évaluations, 79% ont été réalisées par l'infirmière du Gérotopole au cabinet du médecin généraliste. Les 21% restants ont été réalisés par un IDE formé, au domicile des patients.

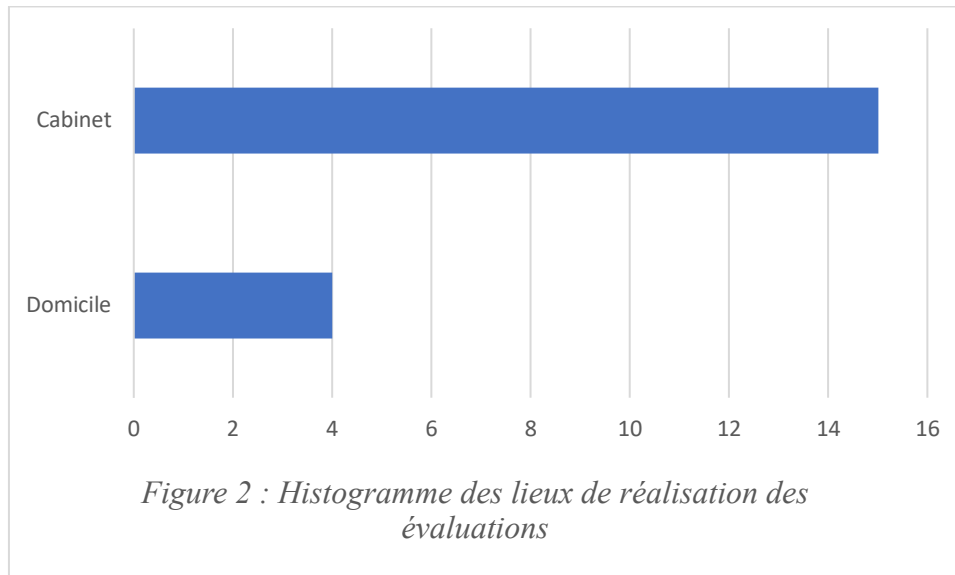


Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques et mode de vie de la population étudiée

Caractéristiques sociodémographiques et mode de vie de la population	n (%) ou m ± σ [min-max]
Sexe : n = 19	
Homme	12 (63%)
Femme	7 (37%)
Age : n = 19	
	80,8 ± 7,14 [69-90]
65-74 ans	5 (26%)
75-84 ans	6 (32%)
≥ 84ans	8 (42%)
Situation maritale : n = 17	
Célibataire ou divorcé	2 (12%)
Veuf / veuve	7 (41%)
Marié(e)	8 (47%)
Situation de vie : n = 19	
Seul(e)	11 (58%)
Avec conjoint(e)	8 (42%)
Niveau de formation : n = 19	
Bac + X années	8 (42%)
Terminale	4 (21%)
CAP-BEP	4 (21%)
Enseignement secondaire	3 (16%)

La situation maritale des personnes évaluées manquait dans 2 évaluations.

Aucune des personnes évaluées ne vivait en foyer logement ou en famille.

Tableau 2 : Caractéristiques de la pathologie oncologique de la population étudiée

Caractéristiques de la pathologie oncologique	n (%)
Type de néoplasie : n = 20	
Hématologique	2 (10%)
Rénale	1 (5%)
Vésicale	2 (10%)
Prostate	3 (15%)
Pulmonaire	2 (10%)
Colique	5 (25%)
Cutanée	2 (10%)
Mammaire	3 (15%)
En cours de chimiothérapie : n = 19	
Oui	1 (5%)
Non	18 (95%)

Un patient présentait une double néoplasie, à la fois hématologique en surveillance et prostatique en cours d'hormonothérapie.

Les données concernant les traitements réalisés n'ont pu être étudiées car elles n'ont pu être recueillies. Les évaluations ne comprenaient pas ces renseignements. Après une recherche de chaque patient dans la base de données Oncomip, il manquait encore des renseignements pour 10 des personnes évaluées. 2 néoplasies ont été diagnostiquées après la réalisation de l'évaluation.

Tableau 3 : Caractéristiques de la population étudiée

Caractéristiques de la population étudiée	n (%) ou m ± σ [min-max]
ADL : n = 19	5,87 ± 0,33 [5-6]
≥ 5,5	17 (89%)
< 5,5	2 (11%)
IADL : n = 19	7,24 ± 1,01 [5-8]
IMC : n = 19	26,68 ± 3,70 [20,7-33,8]
Dénutrition	1 (5%)
Pas de dénutrition	18 (95%)
MNA test : n = 19	25,34 ± 3,10 [19-30]
Bon état nutritionnel	13 (68%)
Risque de malnutrition	6 (32%)
MMSE : n = 19	27,37 ± 2,06 [22-30]
Pas de déclin cognitif	18 (95%)
Déclin cognitif léger	1 (5%)
Mini-GDS : n = 18	0,61 ± 1,04 [0 - 3]
Pas de dépression	12 (67%)
Dépression probable	6 (33%)
SPPB : n = 19	9,58 ± 2,59 [4-12]
Performances faibles	2 (11%)
Performances moyennes	7 (37%)
Performances bonnes	10 (53%)
Antécédents de chute dans les 3 derniers mois : n = 19	3 (16%)
Troubles visuels : n = 19	17 (89%)
Corrigés de manière adaptée : n = 17	16 (94%)
Troubles auditifs : n = 19	6 (32%)
Corrigés de manière adaptée : n = 6	5 (83%)

L'autonomie dans les activités instrumentales de la vie quotidienne était entièrement préservée dans 68% de la population avec un IADL à 8. Un seul patient présentait une autonomie instrumentale altérée avec un IADL à 5/8.

Aucune personne ne présentait un mauvais état nutritionnel dans la population étudiée.

Aucune personne ne présentait des troubles cognitifs modérés ou sévères.

Le mini-GDS n'était pas réalisé dans une des évaluations.

Soixante neuf pourcents de la population était polypathologique c'est-à-dire qui avait au moins 3 maladies chroniques. Les données étaient absentes pour 3 patients.

On retrouvait une polymédication c'est-à-dire l'utilisation de plus de 5 spécialités différentes chez 44% de la population étudiée. Les données étaient absentes pour 3 patients.

Tableau 4 : Caractéristiques de fragilité de la population étudiée

Caractéristique de fragilité	n (%) ou m ± σ [min-max]
Critères de fragilité :	
Sédentarité n = 19	10 (53%)
Épuisement subjectif n = 19	5 (26%)
Diminution de la vitesse de marche n = 19	6 (32%)
Perte de poids involontaire n = 19	4 (21%)
Indice de Fried : n = 19	1,47 ± 1,22 [0-4]
Fragile	5 (26%)
Pré-fragile	10 (53%)
Robuste	4 (21%)

La fragilité a été évaluée par les critères définis par Fried à l'exception de la force de la poignée de main car elle n'était pas réalisable au domicile du fait de l'absence de dynamomètre.

DISCUSSION

1. Résultats principaux

La principale difficulté de ce travail de recherche a été d'impliquer des médecins généralistes et des infirmiers libéraux dans la réalisation des évaluations ou dans la recherche d'évaluations déjà réalisées de patients répondant aux critères d'inclusion. Sur les 11 centres contactés au début de l'étude seulement 3 ont pu fournir des évaluations. Sur les 17 médecins travaillant avec l'infirmière du Gérontopole contactés, seuls 4 ont pu fournir des évaluations. Au total, 21 évaluations ont pu être recueillies sur une durée de 2 ans entre Mars 2017 et Mars 2019.

Du fait des difficultés d'inclusion, seulement 21% des évaluations ont été effectuées au domicile du patient. Les autres évaluations ont été réalisées dans le cabinet de leur médecin généraliste par l'infirmière du Gérontopole.

La population étudiée était principalement masculine avec un âge moyen de 80,8 ans. Le niveau de formation était plutôt élevé avec 63% de la population ayant été au moins jusqu'en terminale.

Au niveau de la pathologie oncologique, on retrouvait pour 65% de la population étudiée les cancers les plus représentés dans la population de plus de 65 ans (prostate, sein, poumon et colorectal)¹. Un seul patient était en cours de chimiothérapie lors de la réalisation de l'EGS.

L'autonomie des personnes était conservée avec un ADL supérieur à 5,5 pour 89% de la population et un IADL en moyenne à 7,2 sur 8. Seul 5% de la population présentait une fragilité nutritionnelle avec un IMC inférieur à 21. Au niveau cognitif, 5% de la population présentait un déclin cognitif léger. Au niveau thymique, on retrouvait une fragilité chez 33% des 18 personnes pour lesquels un mini GDS a été réalisé. Au niveau physique, 58% de la population présentait une fragilité avec soit un SPPB inférieur à 10 et/ou un antécédent de chute dans les 3 derniers mois.

Les 5 critères définis par Fried pour évaluer la fragilité n'ont pu être réalisés du fait de l'absence de dynamomètre au domicile de la personne évaluée ou au cabinet de son médecin généraliste pour réaliser la mesure de la force de la poignée de main. Sur les 4 critères évalués, on retrouvait une population en majorité pré-fragile avec quand même 21% de la population considérée comme robuste.

2. Comparaison avec d'autres études

a. Comparaison avec les évaluations réalisées dans le cadre du dépistage de la fragilité au niveau de l'ex-région Midi Pyrénées (Annexe 2)

Les résultats ont été comparés aux résultats des évaluations réalisées au niveau de l'Hôpital de Jour d'Évaluation des Fragilités et de Prévention de la Dépendance (HJEFPD)¹⁴ et à ceux des évaluations réalisées au sein des MSP dans le cadre du protocole de délégation de tâches de l'ARS¹⁵. Pour permettre cette comparaison, les dimensions de la fragilité définies lors du travail sur la plateforme toulousaine ont été reprises.

La fragilité fonctionnelle était définie par un ADL inférieur à 5,5. La fragilité physique correspondait à un score SPPB inférieur à 10 ou un antécédent de chute dans les trois derniers mois. La fragilité cognitive était définie par un MMSE inférieur à 21. La fragilité nutritionnelle correspondait à un IMC inférieur à 21 ou un score au MNA test inférieur à 17.

La moyenne d'âge dans notre étude était de 80,8 ans soit plus jeune d'environ 2 ans par rapport à celle des 2 autres populations. Au niveau du sexe, on ne retrouve que 37% de femmes dans notre étude contre 64,7% dans les MSP et 63,9% à l'hôpital de jour.

Au niveau de l'autonomie, les personnes évaluées dans notre étude étaient beaucoup plus autonomes que celles des 2 autres populations. On retrouvait une fragilité fonctionnelle (ADL inférieur à 5,5) que pour 11% de notre population contre 14,9% dans les MSP et 27% à l'hôpital de jour. De même au niveau de l'IADL, la moyenne était de 7,24/8 au sein de notre population contre 6,25/8 et 4,4/8.

La fragilité physique était la fragilité la plus représentée dans notre population comme dans les 2 autres études. Par contre, seulement 58% des personnes évaluées la présentait contre 76,8% dans les MSP et 76,9% à l'hôpital de jour. De même, au niveau du taux de chute dans les 3 derniers mois qui est plus faible 16 % contre 33,6% et 35,3%. Le fait que notre population était plus jeune pourrait expliquer les différences de proportion de personnes fragiles par rapport aux 2 autres études réalisées en ex-région Midi Pyrénées.

La fragilité cognitive et nutritionnelle était sous représentée dans notre population. Le MMSE moyen était de 27,37 dans notre étude contre 23,9 en MSP et 24,5 à l'hôpital de jour. Le haut niveau d'étude de notre population pourrait expliquer cette différence. La fragilité nutritionnelle était peu représentée, 5% dans notre étude contre 12,3 et 15,7%.

Au niveau de la fragilité thymique, seul le mini-GDS était réalisé dans le cadre de notre étude. Le diagnostic de fragilité thymique se pose après la réalisation du test diagnostic GDS. On retrouvait un syndrome dépressif probable dans 33% de notre population ce qui est comparable au résultat de l'hôpital de jour. Dans l'autre étude en ambulatoire, 56,2% de la population présentait un syndrome dépressif probable.

Concernant les critères de fragilité de Fried, les 3 populations étaient semblables au niveau de la « perte de poids involontaire » (21%, 19,2% et 22,2%). L'épuisement subjectif était sous représenté dans notre étude avec seulement 26% de notre population contre une représentation comparable en MSP et à l'hôpital de jour (47,2% et 48,3%). 53% des personnes étudiées étaient sédentaires contre 57,9% en MSP et 64,2% à l'hôpital de jour. La vitesse de marche était diminuée pour 32% de notre population contre 40% à l'hôpital de jour ce qui se rapproche de notre résultat. Dans l'autre étude en ambulatoire, la vitesse de marche était diminuée pour 63,7% de la population.

Par rapport aux 2 autres études sur l'évaluation de la fragilité mises en place dans l'ex-région Midi Pyrénées, notre population présentait moins de fragilité quel que soit la dimension étudiée. Au niveau des critères de Fried, de nouveau, notre population était moins touchée par une altération des 4 différents critères réalisés. Un des facteurs pouvant expliquer ces différences est que notre population est plus jeune. Mais du fait de la faible importance de notre échantillon, on ne peut pas conclure sur les différences observées.

b. Comparaison avec d'autres populations en onco-gériatrie

Une étude réalisée dans 10 hôpitaux belges de 1967 patients¹⁶ retrouvait une population avec un âge médian de 76 ans composée à 64,1% de femmes. Dans 40% des cas la pathologie oncologie était mammaire avec en seconde position une localisation colorectal. La population était globalement fragile avec un tiers (37,7%) des patients ayant chuté dans le mois précédent, deux tiers (60,9%) des patients présentant un risque de dépression après évaluation par le mini GDS et 80,4% des patients à risque de malnutrition évaluation faite par le MNA. La population de cette étude est différente de la nôtre que ce soit au niveau de l'âge, du sexe mais aussi de la fragilité. Le fait que dans notre étude, les évaluations soient réalisées jusqu'à 5 ans après la découverte de la néoplasie et pas seulement après le diagnostic ou lors de la progression de la maladie pourrait expliquer ces différences. Les patients les plus robustes sont ceux qui ont survécu et sont donc plus âgés lors de la réalisation de nos évaluations.

Une étude parisienne sur l'influence de l'EGS dans la décision oncologique¹⁷ réalisée entre 2007 et 2008 retrouvait une population de 161 patients avec un âge moyen de 82,4 ans et une prédominance féminine (65%). Le risque de dépression était évalué grâce au GDS, à 35% donc comparable avec notre étude par contre l'évaluation était réalisée par le GDS. La population de cette étude était plus dépendante avec 32% de dépendance dans au moins un ADL et 60% de dépendance dans au moins un IADL et plus fragile au niveau nutritionnel avec 40% de risque de malnutrition et 25% de mauvais état nutritionnel. Ces différences pourraient s'expliquer par le fait que la population de cette étude est plus âgée que celle de notre étude.

L'étude ELCAPA (Elderly Cancer Patient) était une cohorte prospective de patients de 70 ans et plus ayant une néoplasie confirmée histologiquement et adressée à un des deux oncologistes participant dans la banlieue parisienne.¹⁸ L'étude ne portait que sur les tumeurs solides avec 385 patients étudiés. L'âge de la population était plus jeune de 78,9 ans avec une population masculine moins importante (47,8%) que dans notre étude. La répartition des différents types néoplasie était quasiment identique à notre étude. La population était peu fragile avec un ADL supérieur ou égal 5,5 pour 79% de la population, l'absence de troubles cognitifs pour 87,7% de la population et un bon état nutritionnel pour 58,2% de la

population. Il s'agit donc d'une population comparable à celle de notre étude au niveau de la fragilité des personnes étudiées.

Peu d'études ont été trouvées pour permettre des comparaisons avec notre population car les études sont le plus souvent faites dans le cadre de la prise en charge oncologique avec un type de néoplasie particulière ou pour étudier une thérapeutique précise. Il n'a pas été retrouvé d'étude sur une population évaluée en ambulatoire dans le cadre de la prise en charge oncologique.

3. Difficultés de la recherche en soins primaires

L'un des principaux problèmes dans la réalisation de cette étude a été d'impliquer les médecins généralistes et les IDE formés dans notre travail de recherche. De nombreux facteurs peuvent expliquer cette difficulté.

Dans un premier temps, pour expliquer le sujet et les critères d'inclusion de l'étude, nous avons essayé de contacter à de nombreuses reprises les différents intervenants (IDE formés et médecins généralistes) que ce soit par mail ou par téléphone. Cette difficulté à entrer en contact avec les différents professionnels n'est pas propre à cette étude. Elle avait déjà été retrouvée dans la thèse réalisée suite aux difficultés de recrutement de l'étude SAGA où il a fallu en moyenne entre 3,9 et 4,6 appels pour joindre les médecins ayant donné leur accord pour participer à cette étude.¹⁹

Le sujet de l'étude peut aussi être un facteur expliquant le peu d'implication des IDE formés et des médecins généralistes. L'onco-gériatrie est une discipline récente et est peu présente dans la pratique quotidienne des médecins. La prise en charge oncologique est le plus souvent réservée au monde hospitalier, ainsi à l'heure actuelle le médecin généraliste peut se sentir un peu mis à l'écart. Peu de patients vont consulter leur médecin généraliste pour discuter de cette prise en charge.²⁰ Ils préfèrent en discuter avec leur oncologue référent.²¹ Pour permettre un recours plus systématique au médecin généraliste, la communication entre l'oncologue et le médecin généraliste doit être renforcée.²² Il a déjà été montré que les médecins participent plus à des études dont les sujets ont un lien avec leurs pratiques et avec une problématique de médecine générale.²³ La participation est aussi augmentée lorsque le médecin contacté est formateur.²⁴

Lorsque le médecin généraliste est le médecin qui présente l'étude au patient, des critères d'inclusion sont souvent ajoutés à ceux déjà présents. Les critères de sélection étaient déjà nombreux dans notre étude, ce qui peut expliquer une restriction plus importante de la population cible. Cette augmentation des critères conduit à l'éloignement des résultats de l'étude de la situation réelle.^{24,25}

Le manque de temps peut aussi être un facteur expliquant le peu de participation. Cet élément est fréquemment retrouvé dans les causes du manque de participation des médecins généralistes aux différentes études.^{25,26} L'absence de rémunération peut aussi être un facteur explicatif, mais n'explique pas à lui seul un faible taux de participation.¹⁹ Deux autres éléments peuvent avoir une influence sur le taux de participation : la taille de l'étude avec une meilleure participation si le secteur étudié est restreint et la période de l'année à laquelle elle est réalisée (éviter l'été).²⁷

Dans les cas particuliers, des études demandant la participation des patients, d'autres éléments peuvent intervenir dans les difficultés de recrutement. Ces éléments peuvent soit être liés aux médecins dans la peur du retentissement sur la relation de confiance avec son patient,²⁸ soit au patient lui-même. Un des principaux éléments limitant est la difficulté pour le patient à voir le médecin généraliste en tant que chercheur.²⁶ Une étude australienne a démontré que la proposition à un patient de participer à une étude par son médecin généraliste a un retentissement positif sur la relation médecin-malade.²⁴ La confiance dans le médecin généraliste peut être à lui seul un facteur d'acceptation d'une étude pour son patient.^{26,29} Les principaux éléments pouvant expliquer le refus des patients sont le manque d'information sur l'efficacité et la sûreté des soins, l'utilisation de placebo, l'éthique et la notion de « cobaye humain ».²⁸ Le taux d'acceptation de participation des patients à une étude est variable d'une étude à l'autre entre 25 et 72%.²⁹ Cependant, les études globalement sont bien acceptées. En 2003, 72% des patients avaient le souhait de participer à une étude.²⁸ Les principaux éléments retrouvés qui limitent l'implication des patients dans les études ne sont pas un frein dans notre étude car il ne s'agit pas d'une étude interventionnelle.

Pour améliorer le taux de participation aux études en soins primaires, l'intégration de la recherche dans la formation initiale permettrait aux médecins de reconnaître l'intérêt de participer à celle-ci.^{23,26} Un autre élément serait de favoriser le retour des résultats aux médecins^{19,23} mais aussi aux patients.²⁶ La création d'une base de données facilement exploitable permettrait d'accéder plus facilement aux différentes données sans avoir à

solliciter individuellement les différents médecins pouvant participer à l'étude comme on peut le trouver dans le milieu hospitalier. A l'heure actuelle, les bases de données en médecine générale sont soit appartenant à des sociétés privées soit liées à des initiatives ponctuelles (étude des Éléments de la COnsultation en médecine GÉNÉrale ECOGen) ou ciblées (Réseau Sentinelle). L'informatisation des dossiers permet le recueil de données mais pas leur exploitation. Chaque médecin généraliste utilise ses propres annotations et abréviations rendant la nécessité d'une transformation dans un code commun indispensable pour la recherche. Il se développe actuellement des logiciels pour aider au codage des données à partir des dossiers médicaux électroniques dans le but de créer une base de données en soins primaires facilement accessible (étude PRIMIGE PACA).³⁰

4. Utilisation pratique des résultats des évaluations onco gériatriques

L'utilisation de l'Évaluation Gériatrique Standardisée est récente en onco gériatrie. Les résultats obtenus grâce à cette évaluation sont difficiles à interpréter et à intégrer dans la pratique clinique. La réalisation de l'évaluation ou son interprétation dans la prise en charge néoplasique doit être faite par des personnes entraînées.³¹ La réalisation des EGS avant toute prise en charge néoplasique permet d'évaluer le pronostic et l'espérance de vie du patient, de prédire la toxicité des thérapeutiques et ainsi la qualité de vie, de révéler des problèmes gériatriques inconnus auparavant et de prévoir des interventions ciblées pour augmenter la qualité de vie et la participation au traitement.¹⁶ Une étude Belge de 2013 montre qu'il est faisable de réaliser des EGS avant la décision thérapeutique avec une modification de la décision thérapeutique dans 25% des cas.¹⁶ De façon plus générale, les résultats de l'EGS entraînent une modification de la décision de traitement dans 21 à 49% des cas.³²

L'EGS a de nombreux avantages dans la prise en charge oncologique mais a aussi de nombreuses contraintes : le manque de professionnels entraînés, le temps nécessaire à sa réalisation et le manque de financement.^{10,16} Ses différentes contraintes incitent à chercher de nouveaux outils pour pouvoir proposer au patient le traitement qui sera le plus adapté à sa néoplasie mais aussi à lui-même.^{9,31}

Lors de la réalisation d'une chimiothérapie, les éléments les plus importants dans la prédiction de la toxicité sont l'état nutritionnel et le statut fonctionnel.³³ L'absence d'altération du statut cognitif permettrait quant à lui, la réalisation de tous les cycles de

chimiothérapie.^{34,35} Deux groupes ont essayé de créer des outils comprenant peu d'items pour prédire la survenue d'effets indésirables de grade 3 à 5 : le CRASH score³⁶ et le CARG toxicity risk score.^{6,37}

Au niveau de la prise en charge chirurgicale des néoplasies, un test reprenant l'asthénie, le PSSB et l'IADL permettrait de déterminer le taux de survie à 30 jours en post opératoire.³⁸

Pour la prise en charge par radiothérapie, il n'y a pas d'études suffisantes pour estimer quels sont les indicateurs prédisant une mauvaise tolérance des rayons.³⁹ Une étude montre qu'un IADL anormal entrainerait une mauvaise tolérance des rayons mais l'effectif était peu important.⁴⁰

On ne retrouve pas encore d'étude pour les nouvelles thérapeutiques.³¹

Du point de vue du médecin généraliste, la réalisation de ces évaluations permet de diagnostiquer des problèmes de santé inconnus qui peuvent interférer dans la prise en charge cancéreuse mais aussi générale des patients.^{41,42} Les résultats de ces évaluations permettraient donc une meilleure prise en charge des patients de façon globale.

5. Forces et limites de l'étude

Les forces de cette étude sont qu'il s'agit de la première étude sur la réalisation des EGS en ambulatoire dans le cadre de la prise en charge oncologique et sur la volonté d'impliquer dans une étude de recherche, des médecins généralistes et des infirmiers formés dans la réalisation des EGS.

L'une des limites de cette étude est le faible effectif d'évaluations recueillies ne permettant pas d'être représentatif. L'autre limite est un biais de sélection du fait du mode de recueillement des évaluations et de la réalisation des évaluations dans les 5 ans après le diagnostic de la néoplasie. Ce biais de sélection pourrait expliquer que la population dans cette étude semble moins fragile que dans les différentes populations étudiées. Seuls les patients les plus robustes ont survécu à leur pathologie cancéreuse et ont donc pu être évalués.

CONCLUSION

La pathologie cancéreuse concerne principalement la population âgée de plus de 65 ans. Pour permettre la meilleure prise en charge possible de ces patients, il est nécessaire de réaliser une évaluation gériatrique avant la réalisation de la thérapie anti-cancéreuse.

L'objectif principal de notre travail était d'étudier la faisabilité de la réalisation d'une évaluation onco-gériatrique en ambulatoire chez les plus de 65 ans par un infirmier formé. Seulement 21 évaluations ont pu être recueillies sur une durée de 2 ans après avoir contactés 11 centres réalisant des évaluations à l'aide d'un protocole de délégation de tâches de l'ARS et 17 médecins généralistes travaillant avec une infirmière du Gérontopole se déplaçant au sein de leurs cabinets.

La population de notre étude était principalement masculine avec une moyenne d'âge de 80,8 ans. Au sein de cette population, les principaux cancers étaient représentés comme dans la population générale. La seule fragilité retrouvée dans plus de 50% de la population était la fragilité physique. Selon les critères de Fried, la majorité de la population était considérée comme fragile avec 21% de patients considérés comme robustes.

Le manque d'implication des médecins généralistes et des infirmiers formés dans la réalisation de notre travail de recherche a été notre plus grande difficulté. La réalisation d'EGS en ambulatoire dans le cadre de l'évaluation de la fragilité de la personne âgée est établie au sein du protocole de l'ARS et par l'infirmière du Gérontopole mais son application en onco-gériatrie ne semble pas réalisable à l'heure actuelle. Une meilleure sensibilisation des médecins généralistes à l'onco-gériatrie et aux bénéfices apportés par l'EGS pourrait peut être permettre la réalisation de celles-ci en ambulatoire.

BIBLIOGRAPHIE

1. Les cancers en France en 2017, Collection état des lieux et des connaissances, ouvrage collectif édité par InCa, Boulogne Billancourt,. https://www.e-cancer.fr/ressources/cancers_en_france/. Accessed April 13, 2019.
2. Balducci L, Extermann M. Management of cancer in the older person: a practical approach. *The Oncologist*. 2000;5(3):224-237.
3. Balducci L. Aging, frailty, and chemotherapy. *Cancer Control J Moffitt Cancer Cent*. 2007;14(1):7-12. doi:10.1177/107327480701400102
4. Ministère de la santé. Plan cancer 2003-2007. <https://www.e-cancer.fr/Plan-cancer/Les-Plans-cancer-de-2003-a-2013/Le-Plan-cancer-2003-2007> 2003.
5. Ministère de la santé. Plan cancer 2009-2013. <https://www.e-cancer.fr/Plan-cancer/Les-Plans-cancer-de-2003-a-2013/Le-Plan-cancer-2009-2013> 2009.
6. Hurria A, Mohile S, Gajra A, et al. Validation of a Prediction Tool for Chemotherapy Toxicity in Older Adults With Cancer. *J Clin Oncol*. 2016;34(20):2366-2371. doi:10.1200/JCO.2015.65.4327
7. Extermann M. Integrating a geriatric evaluation in the clinical setting. *Semin Radiat Oncol*. 2012;22(4):272-276. doi:10.1016/j.semradonc.2012.05.003
8. Rodin MB, Mohile SG. A practical approach to geriatric assessment in oncology. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol*. 2007;25(14):1936-1944. doi:10.1200/JCO.2006.10.2954
9. Wildes TM, Ruwe AP, Fournier C, et al. Geriatric assessment is associated with completion of chemotherapy, toxicity, and survival in older adults with cancer. *J Geriatr Oncol*. 2013;4(3):227-234. doi:10.1016/j.jgo.2013.02.002
10. Bugat M-ER, Gerard S, Balardy L, et al. Impact of an oncogeriatric consulting team on therapeutic decision-making. *J Nutr Health Aging*. 2013;17(5):473-478. doi:10.1007/s12603-012-0435-z
11. Ministère de la santé. Plan cancer 2014-2019. <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Plan-Cancer-2014-2019> 2014.
12. Haute Autorité de Santé. Protocole de coopération : Interventions d'infirmières libérale à domicile afin de diagnostiquer et d'initier la prise en charge de la fragilité du sujet âgé. http://www.occitanie.paps.sante.fr/fileadmin/LRMP/PAPS/EXERCE/Protocoles_de_coop/PC_Fragilite.pdf. Accessed March 27, 2019.
13. GERONTOPOLE_equipe_fevrier_2016.pdf. https://www.ensembleprevenonsladelapandemie.fr/wp-content/uploads/2016/02/GERONTOPOLE_equipe_fevrier_2016.pdf.
14. Menini T. Etude descriptive et analytique des dimensions de fragilité des 2255 premiers patients de l'hôpital de jour d'évaluation des fragilités et de prévention de la dépendance du gérontopôle de Toulouse. February 2017. <http://thesesante.ups-tlse.fr/1640/>. Accessed May 6, 2019. Thèse d'exercice Toulouse
15. Savary L. Description de la population gériatrique évaluée en soins primaires au sein des maisons de santé de Midi-Pyrénées. May 2018. <http://thesesante.ups-tlse.fr/2275/>. Accessed May 6, 2019. Thèse d'exercice Toulouse
16. Kenis C, Bron D, Libert Y, et al. Relevance of a systematic geriatric screening and assessment in older patients with cancer: results of a prospective multicentric study. *Ann Oncol*. 2013;24(5):1306-1312. doi:10.1093/annonc/mds619
17. Chaïbi P, Magné N, Breton S, et al. Influence of geriatric consultation with comprehensive geriatric assessment on final therapeutic decision in elderly cancer patients. *Crit Rev Oncol Hematol*. 2011;79(3):302-307. doi:10.1016/j.critrevonc.2010.08.004

18. Laurent M, Paillaud E, Tournigand C, et al. Assessment of Solid Cancer Treatment Feasibility in Older Patients: A Prospective Cohort Study. *The Oncologist*. 2014;19(3):275-282. doi:10.1634/theoncologist.2013-0351
19. Jaeger J, Robert E, Thouraud E. Difficultés des médecins généralistes dans l'exercice de la recherche clinique : enquête de pratique réalisée auprès des investigateurs de l'étude SAGA. 2018:121. Thèse d'exercice Bordeaux
20. Druel V. Place du médecin généraliste dans la prise en charge des patients atteints de cancer : point de vue des patients. October 2015. Mémoire de DES Toulouse
21. Aabom B, Pfeiffer P. Why are some patients in treatment for advanced cancer reluctant to consult their GP ? *Scand J Prim Health Care*. 2009;27(1):58-62. doi:10.1080/02813430802677817
22. Emmanueladis H. Mise en place d'une consultation systématique en médecine générale à l'issue du dispositif d'annonce pour les patients atteints de cancer : faisabilité, satisfaction et intérêt. December 2016. <http://thesesante.ups-tlse.fr/1620/1/2016TOU31157.pdf>. Accessed March 22, 2019. Thèse d'exercice Toulouse
23. Chenu JJ. Quelles sont les représentations des médecins généralistes au sujet de la recherche en médecine générale ? *Science Vivant Q-Bio 2017 Dumas-01724193*.:131.
24. Del Mar C. Building Family/General Practice Research Capacity. *Ann Fam Med*. 2004;2(suppl_2):S35-S40. doi:10.1370/afm.146
25. Netgen. Recherche scientifique en médecine de famille : expériences, barrières et besoins des praticiens. *Revue Médicale Suisse*. <https://www.revmed.ch/RMS/2011/RMS-295/Recherche-scientifique-en-medecine-de-famille-experiences-barrieres-et-besoins-des-praticiens>. Accessed March 20, 2019.
26. Schlegel-Trabut A. Les représentations de la recherche en médecine générale. 2013. Thèse d'exercice Tours
27. Morice E, Leroyer E. Existe-t-il des éléments prédictifs de l'implication des médecins généralistes dans les thèses de recherche de médecine générale? *Exercer*. 31-32.
28. CARER M. Motivations de la participation des patients à un essai clinique en médecine générale : enquête auprès de patients consultant chez le généraliste. - CMGE - UPMC. 2006. http://www.cmge-upmc.org/article.php?id_article=92. Accessed April 8, 2019. Thèse d'exercice Paris 6ème
29. Vicari S. Evaluation du taux et des facteurs d'acceptation ou de refus de participation des patients à un essai clinique en médecine générale. Enquête auprès de la population lorraine consultant chez les généralistes. *Sci Vivant Q-Bio 2015 Hal-01733943*.:44.
30. V.Lacroix-Hugues , M.Schuers , C.Pradier , P.Staccini , L.Letrilliart , D.Darmon. Utilisation des enregistrements médicaux électroniques dans le cadre du projet PRIMEGE PACA. *Exercer*. 2018:197-203.
31. Li D, Soto-Perez-de-Celis E, Hurria A. Geriatric Assessment and Tools for Predicting Treatment Toxicity in Older Adults With Cancer: *Cancer J*. 2017;23(4):206-210. doi:10.1097/PPO.0000000000000269
32. Caillet P, Laurent M, Bastuji-Garin S, et al. Optimal management of elderly cancer patients: usefulness of the Comprehensive Geriatric Assessment. *Clin Interv Aging*. 2014;9:1645-1660. doi:10.2147/CIA.S57849
33. von Gruenigen VE, Huang HQ, Beumer JH, et al. Chemotherapy completion in elderly women with ovarian, primary peritoneal or fallopian tube cancer - An NRG oncology/Gynecologic Oncology Group study. *Gynecol Oncol*. 2017;144(3):459-467. doi:10.1016/j.ygyno.2016.11.033
34. Aaldriks AA, Maartense E, le Cessie S, et al. Predictive value of geriatric assessment for patients older than 70 years, treated with chemotherapy. *Crit Rev Oncol Hematol*. 2011;79(2):205-212. doi:10.1016/j.critrevonc.2010.05.009
35. Aparicio T, Jouve J-L, Teillet L, et al. Geriatric factors predict chemotherapy

- feasibility: ancillary results of FFCD 2001-02 phase III study in first-line chemotherapy for metastatic colorectal cancer in elderly patients. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol*. 2013;31(11):1464-1470. doi:10.1200/JCO.2012.42.9894
36. Extermann M, Boler I, Reich RR, et al. Predicting the risk of chemotherapy toxicity in older patients: The Chemotherapy Risk Assessment Scale for High-Age Patients (CRASH) score: CRASH Score. *Cancer*. 2012;118(13):3377-3386. doi:10.1002/cncr.26646
37. Hurria A, Togawa K, Mohile SG, et al. Predicting Chemotherapy Toxicity in Older Adults With Cancer: A Prospective Multicenter Study. *J Clin Oncol*. 2011;29(25):3457-3465. doi:10.1200/JCO.2011.34.7625
38. Pope D, Ramesh H, Gennari R, et al. Pre-operative assessment of cancer in the elderly (PACE): a comprehensive assessment of underlying characteristics of elderly cancer patients prior to elective surgery. *Surg Oncol*. 2006;15(4):189-197. doi:10.1016/j.suronc.2007.04.009
39. Szumacher E, Sattar S, Neve M, et al. Use of Comprehensive Geriatric Assessment and Geriatric Screening for Older Adults in the Radiation Oncology Setting: A Systematic Review. *Clin Oncol R Coll Radiol G B*. 2018;30(9):578-588. doi:10.1016/j.clon.2018.04.008
40. VanderWalde NA, Deal AM, Comitz E, et al. Geriatric Assessment as a Predictor of Tolerance, Quality of Life, and Outcomes in Older Patients With Head and Neck Cancers and Lung Cancers Receiving Radiation Therapy. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*. 2017;98(4):850-857. doi:10.1016/j.ijrobp.2016.11.048
41. Schulkes KJG, Souwer ETD, Hamaker ME, et al. The Effect of A Geriatric Assessment on Treatment Decisions for Patients with Lung Cancer. *Lung*. 2017;195(2):225-231. doi:10.1007/s00408-017-9983-7
42. Denewet N, De Breucker S, Luce S, Kennes B, Higuët S, Pepersack T. Comprehensive geriatric assessment and comorbidities predict survival in geriatric oncology. *Acta Clin Belg*. 2016;71(4):206-213. doi:10.1080/17843286.2016.1153816

Annexe 1 : accord commission d'éthique



Département
Universitaire
Médecine
Générale

Faculté de Médecine de Toulouse
133 route de Narbonne
31400 Toulouse Cedex
Université Paul Sabatier
Toulouse III

Commission Ethique du Département de Médecine Générale de Midi Pyrénées

Secrétariat : *Dr Motoko DELAHAYE*
30 Avenue des Arcades, 12000 Le Monastère
Tél. : 05.65.42.58.69 – Tél. Port : 06.88.05.55.52 – motoko.delahaye@dumg-toulouse.fr

Président : Mme Laurencine VIEU
Secrétaire : Mme Motoko DELAHAYE

AVIS A LA COMMISSION ÉTHIQUE DU DÉPARTEMENT UNIVERSITAIRE DE MÉDECINE GÉNÉRALE DE MIDI-PYRENEES

Renseignements concernant le demandeur :

Nom QUENTIN MAUD
Qualité, Interne
Adresse, 5 chemin de Dardagny Résidence Beaumarchais App 35 31400 Toulouse
Courriel maud.quentin@wanadoo.fr
Numéro de téléphone 06.21.40.76.65

Renseignements concernant le promoteur :

Nom Département Universitaire de Médecine Générale
Qualité
Adresse 133 route de Narbonne 31400 Toulouse
Courriel
Numéro de téléphone

Nom Gérontopole
Qualité
Adresse 170 avenue de Casselardit 31059 Toulouse

Titre complet de la recherche :

Etude de faisabilité des évaluations onco-gériatrique en ambulatoire

AVIS DE LA COMMISSION (Réservé à la Commission)

AVIS FAVORABLE

N° 2017-013

LE 25/3/2017



Dr Motoko Delahaye

Annexe 2 : Tableau de comparaison des résultats

	étude n=19	MSP n = 235	HJEFPD n = 2235
Age moyen : ans	80,8	83,4	82,7
Genre féminin : n (%)	7 (37%)	152 (64,7%)	1440 (63,9%)
Fragilité fonctionnelle (ADL inférieur à 5,5) : n (%)	2 (11%)	35 (14,9%)	596 (27,0%)
IADL moyen : m ± σ [min-max]	7,24±1,01[5-8]	6,25 ± 1,9[0-8]	4,4 ± 2,5[0-8]
Fragilité physique (SPPB < 10 ou chute(s) dans les 3 derniers mois) : %	58%	76,9%	76,8% n= 1291
Chute(s) dans les 3 derniers mois : n (%)	3 (16%)	78 (33,6%)	464 (35,3%) n = 1316
MSSE moyen : m ± σ [min-max]	27,37 ± 2,06 [22-30]	23,9±4[10-30]	24,5 ± 5,1[0-30]
Fragilité nutritionnelle (IMC< 21 ou MNA test < 17) : %	5%	12,3%	15,7%
Épuisement subjectif : n (%)	5 (26%)	108 (47,2%)	540 (48,3%) n = 1119
Perte de poids : n (%)	4 (21%)	44 (19,2%)	250 (22,2%) n = 1128
Sédentarité : n (%)	10 (53%)	135(57,9%)	727 (64,2%) n = 1132
Vitesse de marche : n (%)	6 (32%)	149 (63,7%)	448 (40,0%) n= 1125

Tableau réalisé à partir des thèses effectuées sur les évaluations gériatriques réalisées au niveau de l'Hôpital de Jour d'Évaluation des Fragilités et de Prévention de la Dépendance (HJEFPD)¹⁴ et au sein des MSP dans le cadre du protocole de délégation de tâches de l'ARS.¹⁵

AUTEUR : Maud QUENTIN

TITRE : Étude de faisabilité des évaluations onco-gériatriques en ambulatoire

DIRECTEUR DE THESE : Dr Bruno CHICOULAA

LIEU ET DATE DE SOUTENANCE : Toulouse le 10 Septembre 2019

Introduction : Pour permettre une prise en charge optimale de la personne âgée en oncologie, l'âge chronologique n'est pas une donnée suffisante. L'objectif de cette étude est d'évaluer la faisabilité de la réalisation d'une évaluation onco-gériatrique en ambulatoire chez les plus de 65 ans., par un infirmier diplômé d'État formé.

Matériel et méthode : Nous avons mené une étude de faisabilité transversale observationnelle sur une durée de 2 ans. Les évaluations gériatriques standardisées étaient recueillies auprès de 11 centres dans l'ex-région Midi-Pyrénées et 17 médecins généralistes toulousains.

Résultats : Sur les 11 centres contactés, 3 centres ont fourni 6 évaluations. Sur les 17 médecins généralistes contactés, 4 ont participé avec 15 évaluations disponibles. Au total, 21 évaluations ont été recueillies pour cette étude. L'âge moyen était de 80,8 ans avec une prédominance masculine (63%). 65% de la population avait soit un cancer pulmonaire, mammaire, colorectal ou prostatique. Un patient était en cours de chimiothérapie. Au niveau de l'autonomie, 89% de la population avait un ADL supérieur à 5 et un IALD en moyenne à 7,2/8. Le MNA moyen était de 25,3/30. Le MMSE moyen était de 27,4/30. 33% présentaient une dépression probable. Au niveau physique, 53% présentaient un SPPB supérieur ou égal à 10. Selon les critères de Fried, 53% étaient pré-fragiles et 21% étaient robustes.

Discussion : L'onco-gériatrie est une discipline récente et peu connue de la médecine ambulatoire. La formation des médecins généralistes et des infirmiers réalisant les évaluations gériatriques en ambulatoire pourrait peut-être permettre un plus grand investissement dans ce domaine. L'onco-gériatrie reste pour le moment une discipline hospitalière.

Mots clés : onco-gériatrie, ambulatoire, évaluation gériatrique standardisée

Feasability study of oncogeriatric assessment in ambulatory

Introduction: To allow an optimal care of senior in oncology, taking age only into account is not sufficient. The purpose of this study is to evaluate the feasibility of an oncogeriatric assessment over the age of 65, led by a state graduated trained nurse.

Method and material: We led an observational transversal feasibility study over the last 2 years. Geriatric assessment data have been collected from 11 centers in former Midi-Pyrénées region and 17 Toulousan general practitioners (GPs).

Results: Out of 11 contacted centers, 3 centers provided 6 evaluations. Out of 17 contacted GPs, 4 of them provided 15 evaluations. 21 evaluations have been collected for this study. The mean age was 80.8 years old, with a large man predominance (63 %). 65 % of the population had a lung, breast, colorectal or prostatic cancer. One patient was under chemotherapy. Concerning Autonomy, 89 % of the population had an ADL upper to 5 and an IADL mean of 7,2/8. Average MNA was 25.3/30. 33 % probably had a depression. At the physical level, 53 % had a SPPB upper or equal to 10. According to Fried criteria, 53 % were pre-fragile while 21 % were sturdy.

Discussion: Oncogeriatrics is a new field that is poorly known from ambulatory medicine. The training of GP and nurse doing geriatric assessment in ambulatory may/might allow a higher investment in this field. Oncogeriatrics still remains a hospital discipline.

Key words: oncogeriatry, ambulatory, geriatric assessment

Discipline administrative : Médecine Générale

Faculté de Médecine Rangueil – 133 Route de Narbonne – 31062 TOULOUSE Cedex 04 - France