

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE SPECIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement
par

Margot BARANDE

Le mardi 15 septembre 2020

**Evaluation des modifications de prescription médicamenteuse apportées par les
médecins généralistes après Réunion de Concertation Pluridisciplinaire
d'oncogériatrie.**

Directeur de thèse : Dr Bruno CHICOULAA

JURY :

Madame le Professeur Marie-Eve ROUGE-BUGAT

Présidente

Monsieur le Docteur Bruno CHICOULAA

Assesseur

Madame le Docteur Julie DUPOUY

Assesseur

Monsieur le Docteur Bertrand VALDEYRON

Assesseur

TABLEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2019
Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Yves
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis
Professeur Honoraire	M. ARLET Jacques
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe
Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. BARRET André
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri
Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard
Professeur Honoraire	M. BONNEVIALLE Paul
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck
Professeur Honoraire Associé	M. BROS Bernard
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard
Professeur Honoraire	M. CHAP Hugues
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine
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. FABIÉ Michel
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard
Professeur Honoraire	M. FOURNIE Bernard
Professeur Honoraire	M. FORTANIER 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

Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire associé	M. NICODEME Robert
Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. PUEL Pierre
Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. RAJLHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. REGIS Henri
Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. RISCHMANN Pascal
Professeur Honoraire	M. RIVIERE Daniel
Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques

Professeurs Emérites

Professeur ADER Jean-Louis
Professeur ALBAREDE Jean-Louis
Professeur ARBUS Louis
Professeur ARLET Philippe
Professeur ARLET-SUAU Elisabeth
Professeur BOCCALON Henri
Professeur BOUTAULT Franck
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 LAZORTHES 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-RANGUEIL

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : E. SERRANO

P.U. - P.H.

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

2ème classe

M. ACAR Philippe	Pédiatrie
M. ACCADBLED Franck	Chirurgie Infantile
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie
M. ARNAL Jean-François	Physiologie
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie
M. BUJAN Louis (C. E)	Urologie-Andrologie
Mme BURA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépatogastro-Entérologie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire
M. CHAYNES Patrick	Anatomie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie
M. COURBON Frédéric	Biophysique
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologie
M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. DELABESSE Eric	Hématologie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses
M. DELORD Jean-Pierre	Cancérologie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice (C.E)	Thérapeutique
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie
M. GLOCK Yves (C.E)	Chirurgie Cardio-Vasculaire
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie
M. GRAND Alain (C.E)	Epidémiologie. Eco. de la Santé et Prévention
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis (C.E)	Chirurgie plastique
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie
M. HUYGHE Eric	Urologie
M. KAMAR Nassim (C.E)	Néphrologie
M. LARRUE Vincent	Neurologie
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. MALECAZE François (C.E)	Ophthalmologie
M. MARQUE Philippe	Médecine Physique et Réadaptation
M. MAURY Jean-Philippe	Cardiologie
Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie
M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. RITZ Patrick (C.E)	Nutrition
M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie
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. AUSSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire
M. BERRY Antoine	Parasitologie
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
M. CHAPUT Benoît	Chirurgie plastique et des brûlés
Mme DALENC Florence	Cancérologie
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
Mme FARUCH BILFELD Marie	Radiologie et imagerie médicale
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. GARRIDO-STÓWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
Mme LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. LE CAIGNEC Cédric	Génétique
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. SOLER Vincent	Ophthalmologie
Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
M. TACK Ivan	Physiologie
M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. YSEBAERT Loïc	Hématologie

P.U. Médecine générale

Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve

Professeur Associé de Médecine Générale

M. BOYER Pierre

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN
37, allées Jules Guesde – 31062 Toulouse Cedex

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
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. HAMDJ 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
Mme PERROT Aurore	Hématologie
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 TRUDEL Stéphanie	Biochimie
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie
M. VIDAL Fabien	Gynécologie obstétrique

M.C.U. Médecine générale

M. BRILLAC Thierry
Mme DUPOUY Julie

M.C.A. Médecine Générale

Mme FREYENS Anne
M. CHICOULAA Bruno
Mme PUECH Marielle

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE- RANGUEIL
133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE cedex

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
M. CHASSAING Nicolas	Génétique
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme CORRE Jill	Hématologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale
M. DEGBOE Yannick	Rhumatologie
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
Mme FLOCH Pauline	Bactériologie-Virologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition
Mme GALLINI Adeline	Epidémiologie
M. GASQ David	Physiologie
M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction
Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
M. GUIBERT Nicolas	Pneumologie
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. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
M. MOULIS Guillaume	Médecine interne
Mme NASR Nathalie	Neurologie
Mme QUELVEN Isabelle	Biophysique et médecine nucléaire
M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
M. RONGIERES Michel	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme VALLET Marion	Physiologie
M. VERGEZ François	Hématologie
M. YRONDI Antoine	Psychiatrie d'adultes

M.C.U. Médecine générale

M. BISMUTH Michel

M.C.A. Médecine Générale

M. BIREBENT Jordan
Mme BOURGEOIS Odile
Mme BOUSSIER Nathalie
Mme LATROUS Leila

Remerciements

Remerciements aux membres du Jury :

A Madame la Présidente, le Professeur Marie-Eve ROUGE-BUGAT

Je vous remercie de m'avoir fait l'honneur de présider mon jury de thèse. Merci pour votre implication dans la formation des étudiants. Votre expertise dans les domaines de l'oncologie et de la médecine générale apportera à mon travail un éclairage précieux. Soyez assurée de mon profond respect et de mes sincères remerciements.

A Monsieur le Docteur Bruno CHICOULAA

Merci d'avoir su me guider tout au long de ce travail de thèse. Votre implication dans l'enseignement et l'encadrement des internes en médecine générale ainsi que votre travail en gériatrie sont exemplaires. Je n'oublierai pas votre oreille attentive et vos encouragements permanents qui m'ont permis de finir ce travail. Soyez assuré de ma gratitude.

A Madame le Docteur Julie DUPOUY

Je te remercie d'avoir accepté de siéger dans mon jury de thèse. Ta bonne humeur, ton écoute et ta rigueur sont des atouts précieux pour l'enseignement et la pratique en médecine générale. Je garderai un excellent souvenir de mon stage à tes côtés. Sois assurée de ma reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Bertrand VALDEYRON

Je te remercie pour ta présence à mes côtés en ce jour si particulier. Ta rencontre et ta bienveillance à mon égard ont été pour moi un véritable cadeau pendant ces années toulousaines. Merci de m'avoir appris à être attentive aux médicaments et à leurs effets parfois néfastes. Ton empathie et ton professionnalisme auprès de tes patients sont pour moi un exemple. Sois assuré de ma profonde estime et de ma sincère reconnaissance.

Remerciements à ma famille :

A mes parents, Alain et Laurence, pour m'avoir toujours soutenue et encouragée tout au long de mon parcours scolaire pour me permettre de choisir ma voie. Je vous remercie surtout de m'avoir supportée pendant ces longues années d'études. Merci pour votre amour constant.

A ma petite sœur, Lola, que j'aime fort

A mes grands-pères qui j'en suis sûre auraient été fiers

A mes grands-mères, Paulette et Gisèle, pour leur présence à mes côtés depuis le premier jour, pour tous les mercredis après-midi passés à la campagne et les succulents « puntards » du dimanche.

A mon parrain, Tonton Kinou, pour sa gentillesse et son soutien

A ma tante, Tata Marie, pour sa joie de vivre malgré les épreuves

A Catherine pour ses encouragements et sa disponibilité dans les moments difficiles personnels comme professionnels

A Philippe, Agnès et Bernard pour les moments partagés à la montagne

A ma Marraine

A mes cousins et cousines, Simon, Janick, Tara, Anne-Sophie, Maxime, Lise, Géraud et Olivier, que vous soyez proches ou éloignés je ne vous oublie pas

A ceux partis trop tôt

Remerciements à mes ami(e)s

A Marie.S la première depuis près de 25 ans maintenant...même si nos retrouvailles sont plus espacées elles n'en demeurent pas moins des instants privilégiés.

A mes clermontoises de cœur, celles sans qui ces années d'études auraient été bien fades.

A Marie G, Marine, Audrey, Laura, Julie, Charlotte, Anaïs. Merci d'être toujours présentes aujourd'hui et disponibles pour des vacances à l'autre bout du monde, des barbecues albigeois, des terrasses aveyronnaises, des restos toulousains, des escapades aurillacoises (avec et sans vue...). Puissent nos aventures et notre amitié longtemps perdurer.

Enfin je remercie tous mes maîtres de stage qui m'ont accompagnée durant mon externat et mon internat. Leur amour de la médecine générale et leur désir de transmission n'ont fait que conforter mon choix pour cette spécialité.



Serment Hippocrate

« Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque. »

PRIMUM NON NOCERE

« D'abord ne pas nuire »

Epidémies (I, 5), Hippocrate

TABLE DES MATIERES

TABLE DES TABLEAUX	3
TABLE DES FIGURES	3
ABREVIATIONS ET ACRONYMES.....	4
I. INTRODUCTION	6
1. Vieillessement de la population.....	6
2. Polymédication	6
3. Modifications pharmacologiques liées au vieillissement	7
4. Cancer et oncogériatrie	8
5. Objectifs de l'étude	8
II. MATERIEL ET METHODE	9
1. Type d'étude	9
2. Population de l'étude	9
3. Recueil et analyse des données	10
4. Recueil et analyse des ordonnances	11
5. Ethique	12
6. Analyse statistique	12
III. RESULTATS	13
1. Caractéristiques de la population	13
2. Caractéristiques des médecins répondeurs	14
3. Caractéristiques des patients inclus	15
a. Caractéristiques sociodémographiques.....	15
b. Caractéristiques oncologiques	17
4. Evolution de la consommation médicamenteuse.....	18
a. Au moment de la RCP	18
b. A 3 mois.....	18
c. A 6 mois.....	18
d. Comparaison de la répartition des classes médicamenteuses à 3 mois	19
e. Comparaison de la répartition des classes médicamenteuses à 3 et 6 mois.....	21
f. Evolution de la consommation médicamenteuse à 3 et 6 mois	23
i. Médicaments à visée cardiovasculaire	23
ii. Médicaments à visée neuropsychiatrique	24
iii. Médicaments à visée antalgique	24

iv.	Inhibiteurs de la pompe à protons.....	25
g.	Mortalité	25
IV.	DISCUSSION.....	26
1.	Principaux résultats.....	26
2.	Comparaison avec la littérature	26
a.	Concernant la population.....	26
b.	Concernant les médecins	28
c.	Concernant les médicaments	29
3.	Forces et limites de l'étude	32
4.	Perspectives	33
V.	CONCLUSION	36
VI.	REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	37
VII.	ANNEXES	42
▪	Annexe 1 : Questionnaire de dépistage de la fragilité par le score G8	42
▪	Annexe 2 : Lettre d'information patient	43
▪	Annexe 3 : Courrier de participation médecin.....	44
▪	Annexe 4 : Dernière lettre de relance médecin.....	47
▪	Annexe 5 : Classes et sous-classes thérapeutiques	48

TABLE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Caractéristiques des médecins répondeurs des patients inclus.....	15
Tableau 2 : Caractéristiques sociodémographiques et gériatriques des patients inclus.....	16
Tableau 3 : Caractéristiques oncologiques des patients inclus.....	17
Tableau 4 : Présentation des données manquantes de notre étude.....	18

TABLE DES FIGURES

Figure 1 : Diagramme de flux des patients inclus au sein de l'étude.....	14
Figure 2 : Répartition des modifications de traitement à 3 mois après RCP selon leur classe thérapeutique.....	20
Figure 3 : Répartition des modifications de traitement à 3 et 6 mois après RCP selon leur classe thérapeutique	22
Figure 4 : Evolution des prescriptions concernant les médicaments à visée cardiovasculaire.....	23
Figure 5 : Evolution des prescriptions concernant les médicaments à visée neuropsychiatrique....	24
Figure 6 : Evolution des prescriptions concernant les antalgiques.....	24
Figure 7 : Evolution des prescriptions concernant les IPP.....	25

ABREVIATIONS ET ACRONYMES

% : pourcentage

ADL :Activities of Daily Living

AINS : Anti Inflammatoires Non Stéroïdiens

ATC : système de classification Anatomique Thérapeutique et Chimique

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

CH : Centre Hospitalier

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

CPAM : Caisse primaire d'Assurance Maladie

CPP : Comité de Protection des Personnes

DCC : Dossier Communicant en Cancérologie

DCI : Dénomination Commune Internationale

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

DU : Diplôme Universitaire

EGA : Evaluation Gériatrique Approfondie

ENEIS : Enquête Nationale sur les Evènements Indésirables liés aux Soins

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

FA : Fibrillation Auriculaire

FMC : Formation Médicale Continue

HAS : Haute Autorité de Santé

HTA : Hypertension Artérielle

IADL : Instrumental Activities of Daily Living

IDM : Infarctus Du Myocarde

IEC : Inhibiteurs de l'Enzyme de Conversion

IMC : Indice de Masse Corporelle

INCa : Institut National du Cancer

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

IPP : Inhibiteurs de la Pompe à Protons

IRDES : Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé

ISRS : Inhibiteurs Sélectifs de la Recapture de la Sérotonine

MMSE : Mini Mental State Examination

IUCT : Institut Universitaire du Cancer de Toulouse

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PMSA : Prescription Médicamenteuse chez le Sujet Agé

RCP : Réunion de Concertation Pluridisciplinaire

ROSP : Rémunérations sur Objectif de Santé Publique

TAS : Tension Artérielle Systolique

I. INTRODUCTION

1. Vieillesse de la population

La proportion de sujets âgés dans la population générale progresse en France et dans le monde entier du fait d'une augmentation de l'espérance de vie (1). L'espérance de vie à 65 ans en 1995 était de 18.43 années contre 21.17 années tous sexes confondus en 2015 (2). En 2019 en France plus de 13 millions de personnes ont plus de 65 ans soit 20.5% de la population (3). Ce chiffre augmente chaque année et la proportion a pratiquement doublé depuis 1950 où la part de personnes âgées n'était que de 11.4 %. En France, 1 habitant sur 10 a plus de 75 ans cela représente la plus forte progression par tranche de population (4).

Dans les prochaines années les médecins généralistes seront de plus en plus confrontés à une population vieillissante avec ses caractéristiques particulières et sa complexité. Ce vieillissement de la population entraîne une augmentation des pathologies propres aux personnes âgées. Selon l'Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé (IRDES) le nombre de maladies déclarées par personne en 2008 était de 6 chez les plus de 65 ans contre 3,4 entre 40 et 60 ans (5). Le progrès dans le traitement de ces maladies signifie que les patients vivent plus longtemps avec des comorbidités.

2. Polymédication

En parallèle la consommation de médicaments augmente chaque année à la faveur du vieillissement de cette population (6). La France qui était un des pays le plus consommateur de médicaments dans les années 2000 tend à revenir dans la moyenne européenne de consommation mais le vieillissement de sa population entraîne malgré tout de plus en plus de polyprescription. Par contre elle est la première consommatrice de médicaments innovants notamment concernant les cancers (7).

L'Organisation Mondiale de la santé (OMS) définit la polymédication comme « l'administration de nombreux médicaments de façon simultanée ou l'administration d'un nombre excessif de médicaments »(8). Il n'existe pas de consensus déterminant le nombre exact de médicaments à partir duquel on parle de polymédication même si le chiffre de 5 ou plus revient souvent dans la littérature (9) (10). Cette polymédication peut avoir des effets néfastes pour les patients comme une majoration des interactions médicamenteuses, un risque iatrogène accru avec une augmentation des hospitalisations et de la mortalité, un

défaut d'observance ou encore une hausse du coût de leur prise en charge (11). La fréquence de survenue des effets indésirables médicamenteux augmente avec l'âge et ils sont jusqu'à deux fois plus nombreux après 65 ans (12) (13). Mieux prescrire est donc un véritable enjeu de santé publique en termes de qualité des soins, de préservation de la qualité de vie et de prévention de la iatrogénie.

La loi de santé publique du 9 août 2004 définit la réduction des prescriptions inadaptées chez les personnes âgées comme objectif de santé publique (14). La création de la Rémunération sur Objectifs de Santé Publique (ROSP) en 2011 poursuit cette ligne politique avec des objectifs de contrôle des prescriptions notamment chez les personnes âgées concernant les benzodiazépines et les hypnotiques (15).

En 2013 un rapport sur la surveillance et la promotion du bon usage du médicament en France rappelle la définition du bon usage du médicament comme l'ensemble des conditions garantissant « a priori », pour un médicament ou une classe de médicaments, tant au niveau de l'individu que de la société, des rapports bénéfiques/risques et coût/efficacité optimisés (16).

3. Modifications pharmacologiques liées au vieillissement

Le vieillissement et la maladie entraînent des modifications physiologiques chez la personne âgée avec notamment une modification de l'absorption, du métabolisme et de l'élimination des médicaments (17). Ceci est d'autant plus vrai chez les malades atteints de cancer qui sont souvent dénutris ce qui entraîne une moindre liaison à l'albumine des molécules. La diminution de la masse musculaire à la faveur de la masse grasseuse perturbe la distribution des médicaments en augmentant la concentration des médicaments liposolubles (18). Il existe également un ralentissement du métabolisme hépatique et de la fonction rénale nécessitant d'adapter la posologie des médicaments à l'état fonctionnel de chaque patient. Pour bon nombre de médicaments nous ignorons quelles sont leurs modifications pharmacologiques liées à l'âge en raison de l'absence d'études cliniques au sein de la population âgée. Il convient donc de surveiller de près les patients âgés pour ajuster au mieux les prescriptions à leur état général. De façon assez constante dans la littérature, les classes thérapeutiques les plus pourvoyeuses d'effets indésirables sont les médicaments à visée cardiovasculaires, les psychotropes et les antalgiques (19).

4. Cancer et oncogériatrie

A l'heure actuelle en France, les cancers représentent la première cause de mortalité chez l'homme et la deuxième chez la femme tout âge confondu (20). Les cancers chez les patients de 65 ans et plus représentent 62.4% des cancers estimés en 2017 (21). L'impact du cancer sur la survie est plus défavorable chez les sujets les plus âgés c'est-à-dire au-delà de 75 ans. Dans cette population, le choix du traitement optimal doit être réalisé en tenant compte de l'état général, des comorbidités et du contexte socio-familial.

Un des objectifs du troisième Plan cancer (2014-2019) (22) était justement d'améliorer la prise en charge des personnes âgées avec le recours plus systématique à l'évaluation gériatrique et au développement d'une approche multidisciplinaire et pluriprofessionnelle. Cette pratique vise à garantir à tout patient âgé atteint de cancer un traitement adapté à son état. Des outils de dépistage de la fragilité gériatrique ont été mis en place en cancérologie. Le plus utilisé en France est le G8 (Annexe 1). Parmi les différents items de ce questionnaire apparaît la polymédication. Un score inférieur ou égal à 14 /17 devrait aboutir à une Evaluation Gériatrique Approfondie (EGA) (23) dans laquelle on retrouve l'évaluation médicamenteuse qui devrait comporter « le nombre de médicaments au long cours, leurs indications et les risques d'interactions éventuelles ».

Devant la multiplication des nouveaux traitements anticancéreux, la question de leurs interactions médicamenteuses avec les traitements chroniques des patients se pose d'autant plus que ces nouvelles thérapies ciblées sont prises quotidiennement. En cas de difficultés concernant un patient et avec l'apport de cette évaluation gériatrique, son dossier peut être présenté en Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) régionale d'oncogériatrie qui vient en complément des RCP d'organes pour aider à la prise de décision thérapeutique. Une étude de 2013 à Toulouse a mis en évidence une forte proportion de prescriptions inappropriées qui concernait 61,2 % de ces patients évalués en RCP d'oncogériatrie (24).

5. Objectifs de l'étude

Nous avons voulu savoir si l'évaluation en RCP d'oncogériatrie, qui constitue une étape stratégique dans la prise en charge du malade et dans la mise en place de son plan de soins personnalisés, avait des conséquences sur la prescription médicamenteuse habituelle des médecins généralistes.

Notre objectif primaire était donc de décrire les modifications de prescription des patients par leur médecin généraliste à 3 mois et 6 mois de la RCP.

L'objectif secondaire était d'évaluer plus particulièrement l'évolution des médicaments à visée cardiovasculaire, les psychotropes et les antalgiques.

II. MATERIEL ET METHODE

1. Type d'étude

Nous avons mené une étude rétrospective descriptive multicentrique portant sur les patients âgés de plus de 65 ans atteints de cancer et évalués en RCP régionale d'oncogériatrie sur l'année 2018. Dans cette étude nous avons choisi de fixer l'âge des personnes âgées selon la définition donnée par l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE) en France depuis 2005 à savoir les personnes de plus de 65 ans (25). Les patients venaient de plusieurs départements de l'ex région Midi Pyrénées : Ariège, Aveyron, Haute-Garonne, Hautes- Pyrénées, Tarn, Tarn-et-Garonne. Sur la région Midi Pyrénées la RCP régionale de recours en oncogériatrie est en place depuis 2009 dans le cadre de l'unité de coordination en oncogériatrie labellisée par l'Institut National du Cancer. Elle a lieu de façon bimensuelle en présence notamment d'oncologues et de gériatres de la région. Plusieurs centres hospitaliers régionaux y participent ainsi que des cliniques de proximité.

2. Population de l'étude

Les critères d'inclusion étaient :

- Patients âgés de plus de 65 ans
- Patients atteints de cancer solide ou hémopathie maligne (quel que soit le stade)
- Dossier présenté en RCP régionale d'oncogériatrie de Midi Pyrénées entre le 1^{er} janvier 2018 et le 31 décembre 2018.

Les critères d'exclusion étaient :

- Patients décédés moins de 3 mois après la RCP
- Dossier médical manquant ou archivé
- Age inférieur à 65 ans

Pour sélectionner les patients âgés atteints de cancer nous avons décidé de nous appuyer sur les données des patients évalués en RCP régionale d'oncogériatrie. Il s'agit d'une base de données existante sur la plateforme Oncomip au sein de l'Institut Universitaire Cancérologie Toulousain (IUCT) Oncopôle. Les caractéristiques des patients correspondaient à notre population d'étude notamment concernant l'âge. Les comptes

rendus de RCP étaient informatisés et comportaient des données médicales accessibles via le Dossier Communicant en Cancérologie (DCC).

3. Recueil et analyse des données

Les données concernant la population d'étude ont d'abord été recueillies sur place en mars 2019 à l'IUCT Oncopôle grâce à la plateforme Oncomip et au DCC que j'ai pu consulter après accord des médecins référents en oncogériatrie (Dr Mourey et Dr Balardy). Le responsable informatique nous a donné une liste alphabétique des patients évalués en 2018 entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre en RCP d'oncogériatrie. Un premier tableau a été élaboré à partir des données de la fiche patient présentée en RCP d'oncogériatrie. Toutes les données ont ensuite été complétées grâce aux dossiers médicaux informatisés et papier, consultés sur place dans les différents hôpitaux (Centre Hospitalier Universitaire (CHU) Purpan, IUCT Oncopôle, Centre hospitalier (CH) Lannemezan, Clinique Pasteur, Clinique Ambroise Paré, CH Montauban), ou grâce au concours des oncologues et de leur secrétariat par contact téléphonique (CH Castres, Clinique de L'Ormeau) en avril 2019.

Les informations recueillies étaient d'abord les données gériatriques : âge et sexe du patient, mode de vie, antécédents et comorbidités, scores ADL et IADL, poids, IMC, statut cognitif, trouble dépressif, trouble de la marche ou chute, fonction rénale, traitement habituel, score G8.

Le statut cognitif était considéré détérioré selon le jugement clinique de l'examineur ou si le MMSE effectué en dépistage était inférieur ou égal à 24. La présence ou non d'un syndrome dépressif était définie par la réponse de l'examineur à la question: « le patient vous semble-t-il dépressif ? ». Nous avons considéré que les troubles de la marche étaient présents si la vitesse de marche était inférieure à 1,1 m/s (si le test était effectué) ou si l'examineur la jugeait « ralentie ». Les personnes grabataires ou en fauteuil roulant étaient considérées comme ayant des troubles de la marche. La dénutrition chez la personne âgée était définie comme une perte de poids supérieure ou égale à 5 % en 1 mois ou 10 % en 6 mois, ou si l'albuminémie était inférieure à 35 g/l ou un IMC < 21 kg/m² (26).

Concernant les comorbidités nous avons choisi d'intégrer dans la catégorie « cardiovasculaires » : les infarctus du myocarde, les troubles du rythme cardiaque, les accidents vasculaires cérébraux et l'artériopathie oblitérante des membres inférieurs. Les antécédents psychiatriques étaient les troubles anxieux généralisés et le syndrome

dépressif. Les antécédents neurologiques étaient la maladie de Parkinson et les maladies neurodégénératives authentifiées.

Puis nous avons recueilli les données oncologiques : la nature de la pathologie cancéreuse, son stade (local, locorégional ou métastatique) et le traitement proposé en RCP.

En plus des données médicales des patients nous avons également recueilli leur adresse postale ainsi que le nom et l'adresse de leur médecin traitant afin de pouvoir les contacter pour la suite de notre recueil.

4. Recueil et analyse des ordonnances

Tout d'abord les patients ont été contactés par courrier pour les informer de notre thèse et leur permettre de refuser d'y participer (Annexe 2). Puis un courrier d'information était adressé uniquement aux médecins généralistes des patients inclus n'ayant pas refusé de participer à notre thèse (Annexe 3). Ce courrier était accompagné d'une notice explicative concernant le renvoi des ordonnances de leur patient. Il leur était précisé le nom et la date de naissance du patient concerné par l'étude ainsi que la date de sa RCP d'oncogériatrie. Le protocole était le suivant : le médecin traitant devait envoyer trois ordonnances du traitement habituel du patient, la première établie pendant la période de la RCP, la seconde environ à 3 mois de la RCP et la dernière ordonnance à plus de 6 mois de la RCP. Ces ordonnances devaient comporter le traitement chronique et le traitement sur ordonnance sécurisée s'il y avait lieu. Les médecins devaient également renvoyer la fiche de renseignement les concernant afin d'analyser la population répondante. Sur cette fiche il était demandé aux médecins : leur âge, leur genre, l'année d'installation, le milieu d'installation (rural, semi-rural, urbain), leur participation à une Formation Médicale Continue (FMC) ou Diplôme Universitaire (DU) en oncologie ou concernant le médicament. Une enveloppe de retour pré timbrée était jointe pour faciliter leur réponse.

Trois relances par courrier postal ont été effectuées entre juillet et novembre 2019. Nous avons également essayé de contacter par téléphone les médecins non répondants afin de leur expliquer notre démarche après la 2ème relance postale. A cette occasion nous leur avons demandé leur adresse mail pour compléter la 3ème relance. (Annexe 4)

Les médicaments pris en compte dans l'analyse étaient classés selon leur classe et domaine thérapeutique. Nous avons choisi de nous inspirer de la classification Anatomique Thérapeutique et Chimique (ATC) des médicaments en la rendant plus didactique pour l'exploitation des résultats. Il s'agit d'une variante de la version simplifiée utilisée par

Lachamp (27). (Annexe 5). Les topiques, les compléments alimentaires, l'homéopathie, la phytothérapie n'ont pas été pris en compte. Les corticoïdes nasaux et inhalés ont été comptabilisés ainsi que les collyres traitants (hors lubrifiants). Les produits dérivés du sang étaient exclus ainsi que les produits administrés en intraveineux. Les associations de médicaments étaient séparées comme deux médicaments distincts. Les traitements anticancéreux spécifiques et les traitements courts de moins de trois semaines ont été exclus. Les médicaments pris en « si besoin » selon l'ordonnance n'ont pas été pris en compte.

Le comparatif des médicaments à 3 mois s'est fait avec tous les patients inclus dans l'étude. Pour que les résultats ne soient pas faussés par le décompte des décès dans la disparition de lignes de médicaments, les comparaisons à 3 et 6 mois n'ont été réalisées qu'avec les patients survivants.

5. Ethique

La mise en application de la Loi Jardé (28) concernant les recherches impliquant la personne humaine n'étant pas formalisée au moment du début du recueil des données nous avons pu accéder aux données informatisées via le DCC sur Oncomip sans avoir besoin de l'autorisation du Comité de Protection des Personnes (CPP) ou de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL). Les informations recueillies dans la RCP d'oncogériatrie l'étaient via le DCC et les patients ayant un DCC avaient déjà donné leur consentement pour l'utilisation des données à des fins de recherche. Pour la deuxième phase de notre recueil concernant les ordonnances, il nous a semblé indispensable d'informer les patients sélectionnés par un courrier en leur laissant la possibilité de refuser que leur médecin traitant soit contacté et leurs prescriptions utilisées (Annexe 2). Une non-opposition sous 15 jours valait acceptation. L'anonymat des patients était assuré après réception et analyse des ordonnances par attribution d'un numéro pour chaque couple patient-médecin par ordre alphabétique des patients inclus. Ainsi l'analyse des résultats et la manipulation des données étaient effectuées sans visualisation des noms des patients et des médecins.

6. Analyse statistique

L'analyse statistique a été réalisée grâce au logiciel Excel 2013®. L'analyse descriptive portait sur l'ensemble des variables recueillies. Les variables qualitatives ont été décrites par des effectifs et des pourcentages. Les variables quantitatives ont été exprimées par la moyenne lorsque la distribution était Gaussienne et par la médiane dans le cas contraire. Les minimales et maximales de chaque variable étaient également exprimées.

III. RESULTATS

1. Caractéristiques de la population

114 patients ont été présentés en RCP régionale d'oncogériatrie de Midi-Pyrénées au cours de l'année 2018. Après exclusion des dossiers archivés et des patients décédés précocement nous avons envoyé un courrier d'information à 89 patients le 13 mai 2019. Après refus de participation de 5 patients, 84 courriers ont été envoyés à autant de médecins généralistes en juin 2019. A noter que 2 médecins avaient 2 patients concernés par l'étude. 47 médecins ont répondu par courrier.

Après exclusion selon les critères exposés dans la figure 1 nous avons finalement inclus 37 patients dans l'étude définitive.

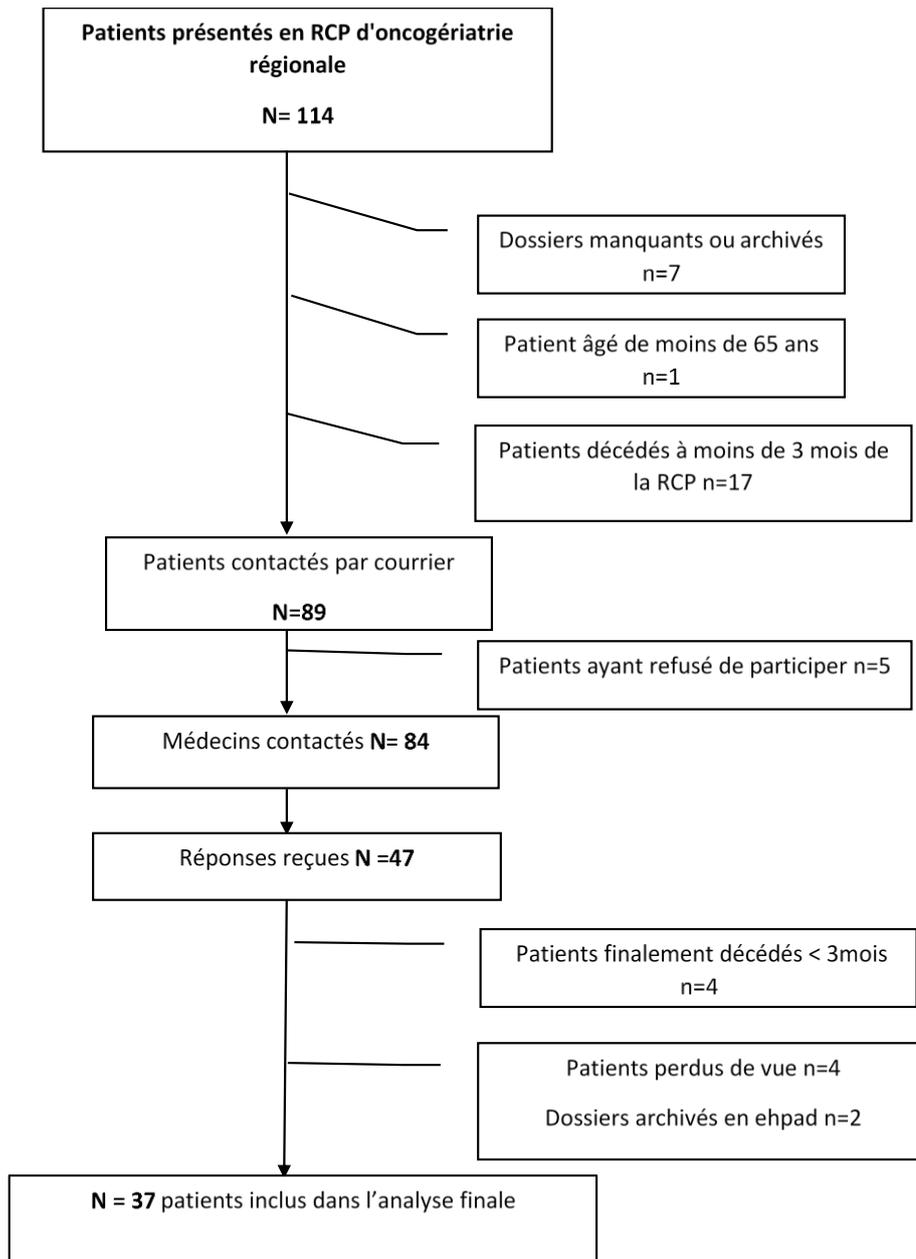


Figure 1: Diagramme de flux des patients inclus au sein de l'étude

2. Caractéristiques des médecins répondeurs

Sur les 84 médecins contactés nous avons reçu 47 réponses. 2 n'étaient pas exploitables (questionnaire médecin non rempli). Ces 2 réponses correspondaient respectivement à un patient décédé à 3 mois et 1 autre dont le dossier était archivé en Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD). Nous noterons que parmi les 2 médecins ayant 2 patients inclus au départ, chacun n'en avait plus qu'un dans l'étude finale (1 décès avant 3 mois et 1 perdu de vue). Nous avons donc pu établir les caractéristiques des médecins répondeurs des 37 patients finalement inclus sur la base du

tableau 1. L'âge moyen était de 53,56 ans pour une majorité d'hommes (62,16 %). Leur mode d'exercice était très majoritairement en cabinet de groupe. Ils étaient 16,22 % à avoir déjà participé à une formation de type FMC ou DU portant sur l'oncologie et 31,11% concernant les médicaments.

Médecins répondeurs des patients inclus N =37				
Caractéristiques	N (%)	Moyenne	Min	Max
Sexe				
Homme	23 (62,16)			
Femme	14 (37,84)			
Age moyen		53,56	30	78
Lieu d'installation				
Urbain	15 (40,54)			
Semi-rural	12 (32,43)			
Rural	10 (27,03)			
Mode d'exercice				
Seul	5 (13,51)			
En cabinet de groupe	26 (70,27)			
En Maison de Santé Pluridisciplinaire	6 (16,22)			
Année moyenne d'installation		1997	1970	2019
Maitre de stage				
Oui	18 (48,65)			
Non	19 (51,35)			
Formation complémentaire (DU ou FMC)				
En oncologie	6 (16,22)			
Sur le médicament	12 (32,43)			
Intéressé par une aide à la prescription dans ce cas				
Oui	16 (43,24)			
Non	15 (40,54)			
Ne sait pas	6 (16,22)			

Tableau 1: Caractéristiques des médecins répondeurs des patients inclus

3. Caractéristiques des patients inclus

a. Caractéristiques sociodémographiques

Sur les 37 patients finalement inclus dans notre étude, l'âge médian était de 84 ans (min 74-max 98). La proportion d'hommes et de femmes était partagée. 86 % des patients vivaient à domicile dont 41 % seuls. 14% vivaient en institution. Les comorbidités étaient représentées par ordre décroissant par l'hypertension artérielle (HTA) > les maladies cardiovasculaires > le diabète.

Population de l'étude N =37				
Caractéristiques sociodémographiques	N (%)	Médiane	Min	Max
Genre				
Homme	18 (49)			
Femme	19 (51)			
Age (années)		84	74	98
Mode de vie				
Domicile	32(86)			
Seul	13(41)			
Présence aidant	19(59)			
Institution	5 (14)			
Évaluation gériatrique	N (%)	Médiane	Min	Max
ADL*		5,5	0	6
IADL*		4	0	8
Score G8*		10,75	3,5	15
IMC (en kg/m ²)		24,39	15,74	34,14
Dénutrition *				
Oui	20 (54)			
Non	14 (38)			
Troubles cognitifs*				
Oui	12 (32)			
Non	23 (62)			
Syndrome dépressif*				
Oui	5 (14)			
Non	25 (68)			
Trouble de la marche*				
Oui	24 (65)			
Non	8 (22)			
Chute dans l'année*				
Oui	14 (38)			
Non	20 (54)			
Comorbidités	N (%)	Moyenne	Min	Max
HTA	17 (46)			
Diabète	7 (19)			
Insuffisance rénale chronique (clairance en ml/min)				
Modérée (30 à 59)	6 (16)			
Sévère (15 à 29)	0			
Terminale (< 15)	1 (2,7)			
Cardiovasculaires (AVC ou IDM ou FA)	16 (43)			
Psychiatriques	6 (16)			
Neurologiques	4 (11)			
Nombre moyen de médicaments		5,86	1	12
Consommation médicamenteuse				
< 5 médicaments	15 (41)			
5-7 médicaments	10 (27)			
8-10 médicaments	9 (24)			
> 10 médicaments	3 (8)			

*Ces variables présentent des données manquantes (cf tableau 4)

Tableau 2: Caractéristiques sociodémographiques et gériatriques des patients inclus

b. Caractéristiques oncologiques

Le diagnostic de cancer le plus fréquent était le cancer du sein concernant 32,43 % de la population incluse puis les cancers urothéliaux (rein, vessie, urètre) pour 16,22 % et le cancer colorectal pour 13,51%. Lorsqu'un traitement spécifique était proposé il s'agissait le plus souvent de radiothérapie pour 18,92 % de la population puis d'hormonothérapie pour 16,22%. L'abstention thérapeutique qui associait dans notre étude la surveillance simple et les soins palliatifs concernait près d'un tiers des patients inclus (29,73%).

Population de l'étude N =37	
Caractéristiques oncologiques	N (%)
Type de cancer	
Cancer du sein	12 (32,43)
Cancer urothélial	6 (16,22)
Cancer colorectal	5 (13,51)
Autres	4 (10,81)
Autres cancers digestifs (œsophage, foie, estomac)	3 (8,11)
Cancer de la prostate	3 (8,11)
Cancers féminins (ovaire, col de l'utérus, utérus)	2 (5,41)
Cancer du poumon	2 (5,41)
Stade	
Local	14 (37,84)
Locorégional	12 (32,43)
Métastatique	11 (29,73)
Traitement proposé en RCP d'oncogériatrie	
Radiothérapie	7 (18,92)
Hormonothérapie	6 (16,22)
Surveillance	6 (16,22)
Soins palliatifs	5 (13,51)
Chirurgie	3 (8,11)
Radiothérapie+ Chirurgie	3 (8,11)
Thérapie ciblée	2 (5,41)
Chimiothérapie	2 (5,41)
Chirurgie+ Radiothérapie	1 (2,70)
Chirurgie + Radiothérapie + Hormonothérapie	1 (2,70)
Chimiothérapie + Radiothérapie + Hormonothérapie	1 (2,70)

Tableau 3: Caractéristiques oncologiques des patients inclus

Les données manquantes concernant les caractéristiques gériatriques de notre population sont présentées dans le tableau 4.

Données manquantes	
Variables étudiées	N (%)
ADL	21 (57)
IADL	10 (27)
Score G8	18 (49)
Dénutrition	3 (8)
Troubles cognitifs	2 (5)
Troubles dépressifs	7 (19)
Trouble de la marche	5 (13)
Chute dans l'année	3 (8)

Tableau 4: Présentation des données manquantes de notre étude

4. Evolution de la consommation médicamenteuse

Concernant la population étudiée il faut noter que 12 patients ont été hospitalisés dans les 6 mois suivant la RCP. Par ailleurs 6 patients ont subi des évènements aigus hors cancer pouvant entraîner des modifications thérapeutiques (2 troubles du rythme, 2 insuffisances coronariennes, 1 macro-adénome hypophysaire, 1 infection pulmonaire).

a. Au moment de la RCP

La consommation moyenne de médicaments par patient était de 5,86 (écart type 2.94 ; min 1-max 12). 59 % des patients étaient polymédiqués (consommation > 5 médicaments par jour). Les classes thérapeutiques les plus représentées étaient les médicaments à visée cardiovasculaire notamment les antithrombotiques suivis par les inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) et les antalgiques.

b. A 3 mois

Dans les 3 mois suivants la RCP la consommation médicamenteuse était en moyenne de 5,65 médicaments par patient (écart-type 3,14 ; min 1-max15) au lieu de 5,86 (écart-type 2,94 ; min 1-max12) au moment de la RCP.

c. A 6 mois

Pour les 32 patients survivants leur consommation moyenne médicamenteuse passait de 5.94 (écart-type 2.88 ; min1-max11) avant la RCP à 5.88 médicaments (écart-type 3.37 ; min 0-max17) 6 mois après.

d. Comparaison de la répartition des classes médicamenteuses à 3 mois

Pour les 37 patients inclus à 3 mois, nous retrouvions une baisse de prescription des médicaments à visée cardiovasculaire (antithrombotiques, antihypertenseurs) ainsi qu'une baisse de la prescription des IPP. Nous assistions par contre à une augmentation de la prescription des antalgiques notamment le paracétamol. Il y avait également une augmentation sensible des prescriptions d'anxiolytiques.

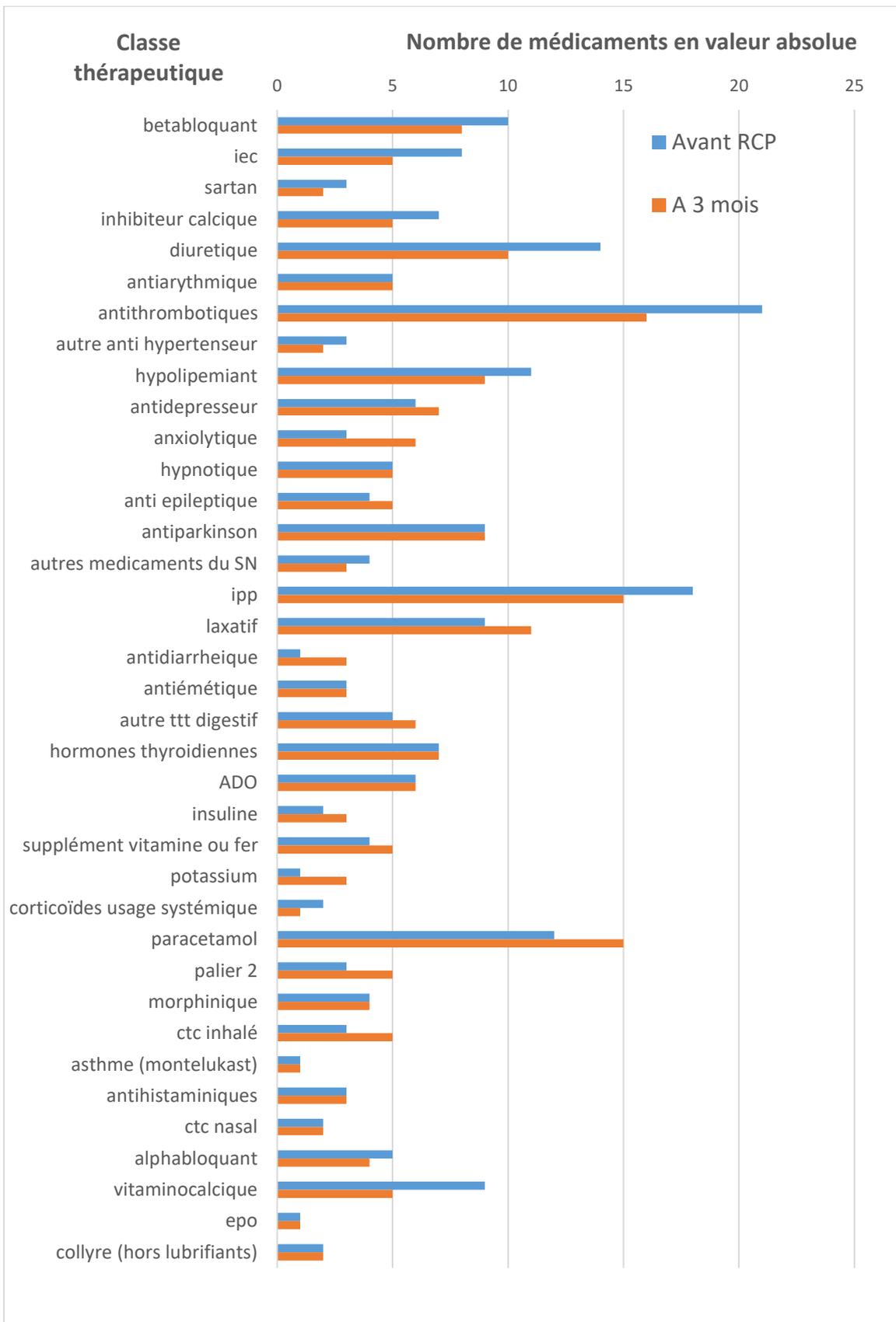


Figure 2 : Répartition des modifications de traitement à 3 mois après RCP selon leur classe thérapeutique

e. Comparaison de la répartition des classes médicamenteuses à 3 et 6 mois

Concernant les 32 patients survivants à 6 mois nous assistions toujours à la baisse des médicaments à visée cardiovasculaire. L'augmentation des médicaments à visée anxiolytique et des antidépresseurs se confirmait. De la même façon, les antalgiques étaient plus utilisés quelle que soit leur catégorie. Concernant les traitements à visée digestive, les laxatifs et les antispasmodiques étaient plus prescrits après 6 mois. Nous noterons par ailleurs l'absence de modifications de prescription concernant les antidiabétiques oraux et les hormones thyroïdiennes.

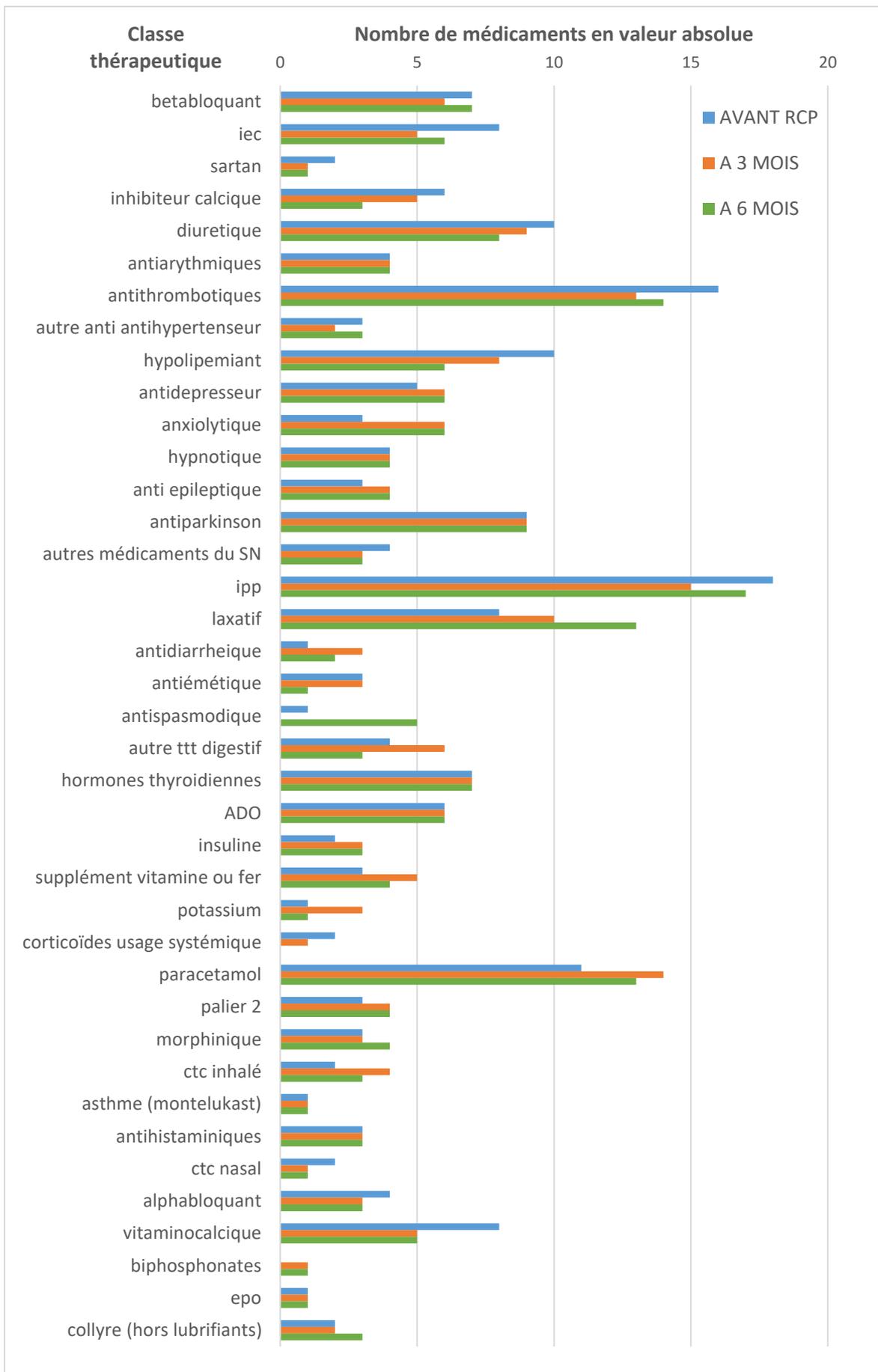


Figure 3: Répartition des modifications de traitement à 3 mois et 6 mois après RCP selon leur classe thérapeutique

f. Evolution de la consommation médicamenteuse à 3 et 6 mois

Pour pouvoir comparer l'évolution des prescriptions des patients à 3 et 6 mois de la RCP nous avons choisi de ne garder que les survivants à 6 mois (n=32) pour éviter le biais de mesure et la baisse de la consommation médicamenteuse possiblement due au décès du patient. Au vu de leur potentiel iatrogénique nous avons choisi de nous focaliser sur 3 domaines thérapeutiques en particulier (les médicaments à visée cardiovasculaire, ceux à visée psychiatrique et les antalgiques). Un point particulier a été fait sur les IPP.

i. Médicaments à visée cardiovasculaire

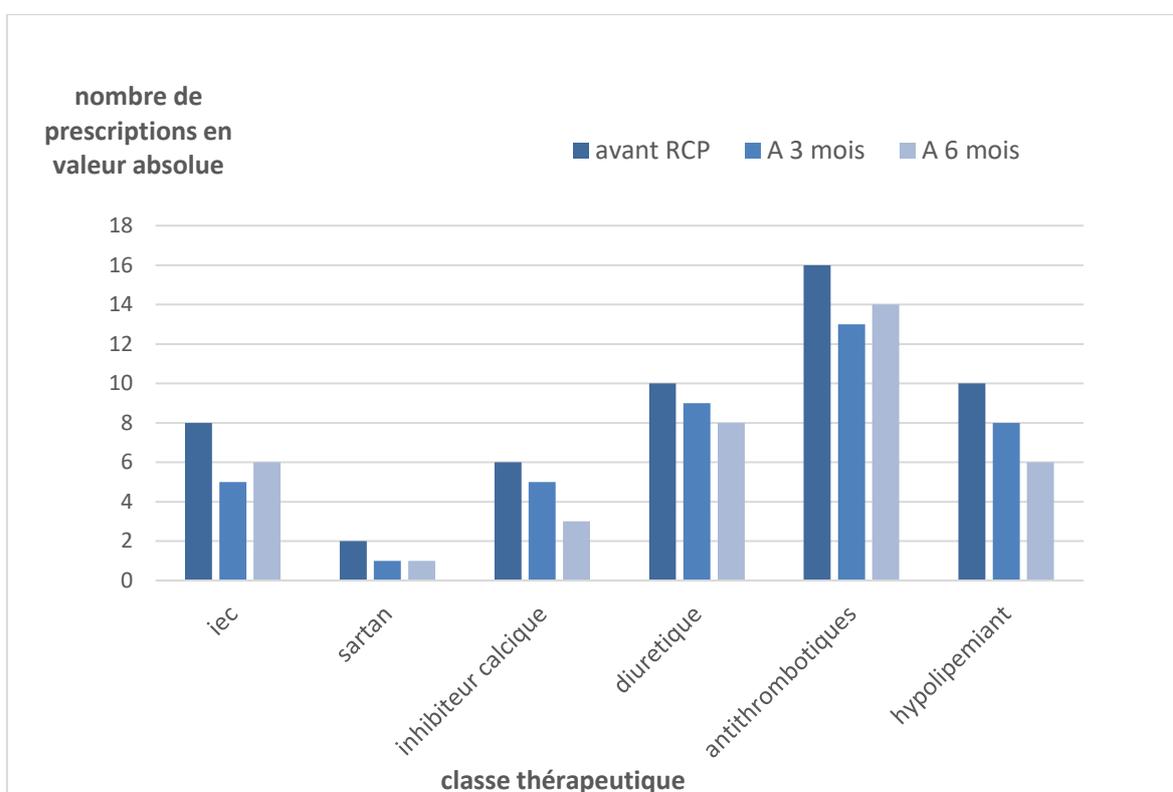


Figure 4: Evolution des prescriptions concernant les médicaments à visée cardiovasculaire

ii. Médicaments à visée neuropsychiatrique

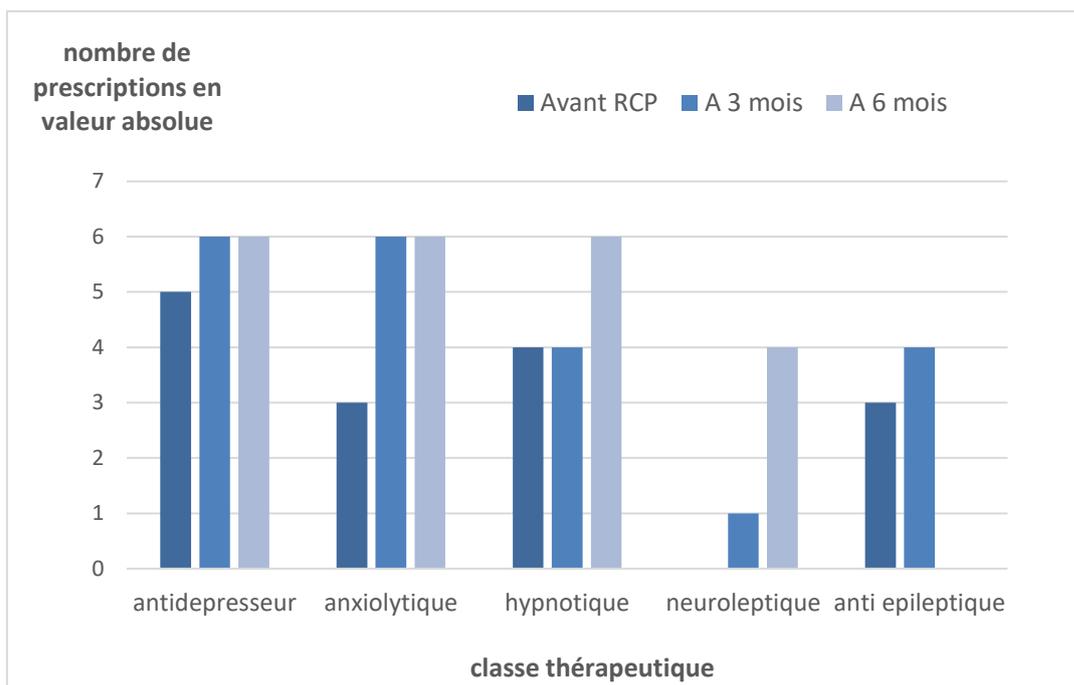


Figure 5: Evolution des prescriptions concernant les médicaments à visée neuropsychiatrique

iii. Médicaments à visée antalgique

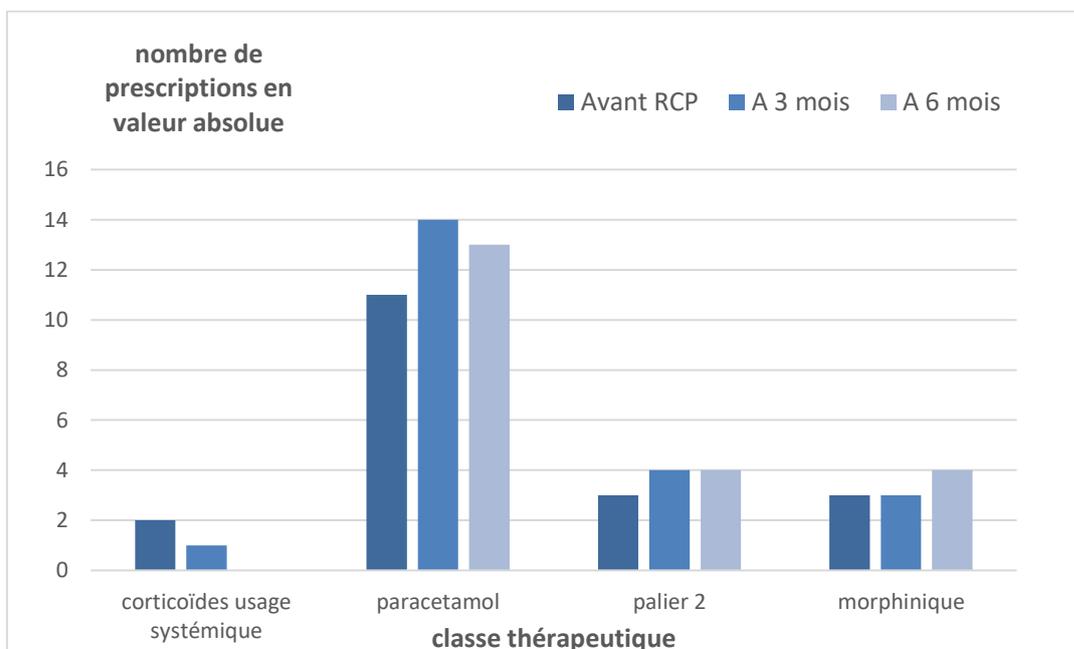


Figure 6: Evolution des prescriptions concernant les médicaments antalgiques

iv. Inhibiteurs de la pompe à protons

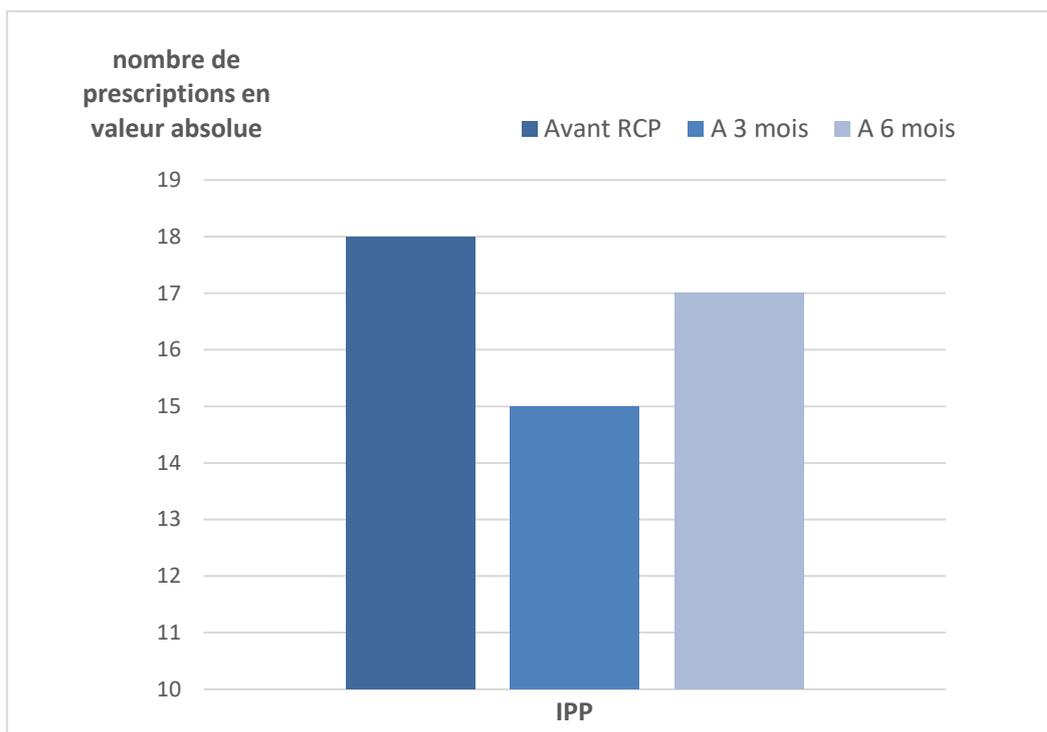


Figure 7: Evolution des prescriptions concernant les IPP

Au moment de la RCP près de la moitié des patients sont traités par IPP (48,6 %). Cette proportion a diminué à 3 mois pour atteindre 40,5 % puis a augmenté à 6 mois à 45,9 %.

g. Mortalité

Sur les 37 patients évalués en RCP en 2018 et inclus dans notre étude, 32,3 % étaient décédés au moment du recueil des données entre juin et novembre 2019. Le délai moyen entre la RCP et le décès était de 7,9 mois (min 3,2-max13, 7).

IV. DISCUSSION

1. Principaux résultats

Dans notre population d'étude la consommation moyenne de médicaments était de 5,86 médicaments au moment de la RCP puis de 5,65 à 3 mois. A 6 mois la consommation médicamenteuse moyenne était de 5,94 médicaments par patient. Même si le nombre total de médicaments pris par patient ne différait pas beaucoup, il existait des modifications dans les prescriptions des médecins généralistes. Tout d'abord nous avons une baisse des prescriptions des médicaments à visée cardiovasculaire notamment de tous les antihypertenseurs mais de manière plutôt discrète. Il existait une baisse significative de 40 % de la prescription d'hypolipémiants à 6 mois. Les antidiabétiques oraux et les substituts d'hormones thyroïdiennes ne subissaient aucune modification de prescription pendant les 6 mois suivant la RCP. Il y avait une augmentation modérée de la prescription des antidépresseurs, anxiolytiques et hypnotiques ainsi qu'une utilisation plus importante des antalgiques principalement le paracétamol. Enfin il existait une forte prévalence de l'utilisation des inhibiteurs de la pompe à protons puisque près de 50 % des patients en prenaient au moment de la RCP et encore 45,9% à 6 mois.

2. Comparaison avec la littérature

a. Concernant la population

L'âge médian de notre population d'étude était de 84 ans ce qui est comparable aux précédentes études effectuées sur cette population. En effet, dans sa thèse de 2013, Bourgoin retrouvait un âge moyen de 83 ans (24).

Notre population était plutôt autonome puisque 80% des patients vivaient à domicile. Cependant cette population s'avère plus dépendante que la population âgée française puisqu'en 2015 seulement 8,8% de la population vivait en institution (29). Par rapport à d'autres études portant sur les patients âgés atteints de cancer, notre population s'avère plus dépendante également (30). Ceci peut s'expliquer dans notre cas de deux façons. Premièrement nous avons recruté une population particulière parmi les patients âgés atteints de cancer puisqu'il s'agissait des patients évalués en RCP d'oncogériatrie. En effet, ces patients sont particulièrement fragiles non seulement du fait de leur âge mais aussi de leur situation sociale, leurs comorbidités ou d'une situation oncologique particulière. Tous les patients âgés atteints de cancer le nécessitant peuvent bénéficier d'une évaluation gériatrique complète dans le cadre de leur prise en charge en appui des oncologues

spécialistes d'organe pour aider à la prise de décision sans pour autant que leur dossier ne soit présenté en RCP d'oncogériatrie. De plus, nous avons choisi de définir par « institution » tous les lieux de vie différents du domicile pour le patient à savoir aussi bien les foyers logements que les EHPAD plus médicalisés.

Les comorbidités les plus fréquentes des patients étaient l'hypertension artérielle, les antécédents cardiovasculaires et le diabète ce qui correspondait à celles retrouvées dans l'étude française PAQUID chez les plus de 65 ans. Nous avons une forte proportion de patients dénutris (54%) ce qui confirmait la fragilité particulière de cette population âgée atteinte de cancer (31). En effet, la maladie cancéreuse entraîne des modifications des paramètres pharmacocinétiques par la baisse de l'absorption du fait des mucites, de la malnutrition et de la perte de l'appétit due aux effets indésirables des traitements ainsi qu'une altération des fonctions hépatiques et rénales. Tout ceci modifie la fraction libre des médicaments notamment ceux ayant une forte liaison à l'albumine mais altère aussi l'excrétion des médicaments. Il convient donc d'être particulièrement attentif aux traitements de ces patients.

Concernant les types de cancer retrouvés dans notre population, nous avons une majorité de cancers du sein ce qui correspond aux statistiques nationales (32) mais il existait une surreprésentation des cancers urothéliaux. En effet en termes de prévalence, les cancers colorectaux et pulmonaires sont les 2ème et 3ème plus fréquents après le sein. Ceci peut s'expliquer par la participation active à cette RCP d'oncogériatrie d'une oncologue exerçant dans une clinique de proximité traitant particulièrement des problèmes urologiques. Par ailleurs, nous avons moins d'un tiers de patients ayant une maladie à un stade métastatique ce qui est plus faible que les proportions retrouvées dans différentes études portant sur l'oncogériatrie (30) (24). Dans notre étude cette moindre proportion de sujets métastatiques peut s'expliquer par la forte part de patients décédés à 3 mois post RCP et qui ont été exclus de notre étude. Ces patients souffraient certainement de maladies à un stade plus avancé expliquant leur décès précoce et ils n'ont pas été pris en compte dans notre étude. Le faible échantillonnage final de notre étude pouvait d'ailleurs s'expliquer par l'espérance de vie limitée de nos patients. Ceci n'était pas étonnant puisqu'une étude américaine a montré que le fait d'avoir un cancer chez les personnes âgées multipliait par 16 la probabilité d'en mourir (33).

Au final près d'un tiers des patients a dû être hospitalisé dans les 6 mois suivant la RCP ainsi des modifications thérapeutiques ont pu être apportées en hospitalisation et ensuite poursuivies ou non par les médecins généralistes.

b. Concernant les médecins

Notre échantillon de médecins répondeurs était représentatif des médecins de Midi Pyrénées avec une moyenne d'âge de 53,56 ans et une majorité d'hommes en accord avec le dernier rapport sur la démographie médicale régionale du Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) en 2015 (34). Le fait d'être maître de stage n'influe pas sur le taux de réponses puisque seulement 48,65 % des médecins répondeurs l'étaient. Seulement 16,22 % des médecins déclaraient avoir participé à une formation portant sur l'oncologie ce qui rejoint les chiffres de la dernière enquête de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) en 2015 (35) qui estimait que seulement 11% des médecins interrogés avaient reçu une formation complémentaire diplômante en cancérologie même si 62% avaient participé à au moins une séance de formation continue en lien avec l'oncologie dans les 5 ans. L'intitulé de notre question portant uniquement sur l'obtention d'un DU ou la participation à une FMC a pu induire les médecins en erreur. Les médecins étaient par contre plus nombreux à avoir participé à une formation portant sur les médicaments. L'attrait des médecins pour ce domaine en particulier pourrait s'expliquer par le besoin d'informations à la fois sur les nouvelles molécules mais aussi sur leur manipulation. En effet, la France est un des pays européens où les étudiants en médecine reçoivent le moins d'heures d'enseignement sur le médicament même s'il existe de grandes disparités entre les facultés (36). Ceci pourrait expliquer une certaine frilosité de la part des médecins généralistes à modifier leurs prescriptions par manque de connaissances suffisantes sur le sujet. Par ailleurs, dans notre étude, les médecins étaient partagés sur le désir de recevoir une aide à la prescription concernant leurs patients. Ceci pourrait s'expliquer par la mortalité importante (32,3%) au moment du recueil des données, les médecins ne ressentant donc plus l'utilité de recevoir des informations concernant ce patient en particulier. Par contre, pour l'autre moitié intéressée, cela prouve l'intérêt des médecins pour améliorer leur pratique concernant la gestion des différents traitements chez leurs patients âgés, fragiles, et polyopathologiques. Il semble exister un véritable désir d'échange de pratiques entre les généralistes et les spécialistes oncologues et gériatres concernant ces patients.

c. Concernant les médicaments

Le nombre moyen de médicaments pris par les patients inclus dans l'étude au moment de la RCP était de 5,86 ce qui est plus important que dans certaines études européennes (30) mais moins que dans d'autres (24).

Tout d'abord nous avons observé une augmentation sensible de l'utilisation des antidépresseurs, anxiolytiques et hypnotiques dès les premiers mois suivants la RCP. Ceci peut s'expliquer par l'impact psychologique négatif que le cancer peut avoir sur les patients. Les troubles émotionnels, tous types confondus, qui traduisent la souffrance psychologique des patients touchent près de 40 % des patients après diagnostic de cancer (37). L'augmentation de l'utilisation des antidépresseurs constatée dans notre étude doit amener une certaine vigilance de la part des prescripteurs notamment concernant les patientes pouvant bénéficier d'une hormonothérapie. En effet il existe une forte interaction avec l'isoforme CYP2D6 du cytochrome p450 dont certains Inhibiteurs Sélectifs de la Recapture de la Sérotonine (ISRS) sont de puissants inhibiteurs. Il a été montré que la fluoxétine et la paroxétine qui sont des antidépresseurs courants pouvaient réduire de 58% la concentration de tamoxifène chez certaines patientes (38). Par contre cette concentration semblait peu modifiée avec la venlafaxine (39). Cette donnée nous semble importante à mettre en avant au vu de la prévalence du cancer du sein qui est le premier cancer chez la femme et de l'utilisation de l'hormonothérapie par des milliers de patientes puisque 80% des cancers du sein sont hormonosensibles (40). Les anxiolytiques et les hypnotiques sont des médicaments pouvant entraîner une majoration de leurs effets sédatifs attendus s'ils ne sont pas utilisés avec précaution chez les personnes âgées. Une surveillance rapprochée et une adaptation posologique semblent nécessaires dans ce cas.

L'augmentation des antalgiques morphiniques n'est pas étonnante sachant que beaucoup de patients cancéreux sont douloureux. Nous avons observé en parallèle une augmentation des prescriptions de laxatifs révélant un bon respect des recommandations professionnelles. Néanmoins, nous avons observé une augmentation qui reste modérée (+1 prescription) peut être parce que nous avons choisi de nous focaliser sur la gestion des médicaments après RCP d'oncogériatrie et non pas après le diagnostic. Certains patients étaient évalués en RCP d'oncogériatrie car leur cancer était en récurrence, ou échappait aux thérapeutiques proposées jusque-là. Le délai entre le diagnostic de cancer et la demande de RCP en oncogériatrie pouvait donc s'étaler de quelques semaines à plusieurs années selon les cas. Les médecins généralistes ont donc pu proposer des antalgiques en amont de la

RCP selon les besoins du patient. Il s'agissait de gérer les différents effets secondaires du cancer. Leur utilisation privilégiée chez les patients cancéreux associée à la majoration des effets centraux des opiacés chez les personnes âgées (modification de la perméabilité de la barrière hémato-encéphalique) nous poussent à les utiliser avec précaution.

L'introduction de médicaments antithrombotiques et inhibiteurs de l'enzyme de conversion (IEC) à 6 mois alors qu'il existait une baisse à 3 mois de l'utilisation de ces thérapeutiques après la RCP pourrait s'expliquer par la survenue d'une maladie coronarienne chez un des patients. En effet nous savons qu'il s'agit du traitement de référence de ces pathologies vasculaires même chez la personne âgée (41). Un point particulier doit être fait sur l'utilisation très importante (43%) par notre population des antithrombotiques qui ne sont pas dénués d'effets indésirables. On sait que la warfarine qui est un anticoagulant avec une cible thérapeutique étroite peut être modifiée par des médicaments agissant sur le cytochrome P450. Ceci peut entraîner une majoration des saignements (en association avec le 5-fluoruracil et la capecitabine) ou au contraire diminuer son efficacité (en association avec l'aprepitant) (42) (43) (44).

La baisse des hypolipémiants est à mettre en comparaison avec une part importante d'études révélant le caractère inapproprié de leur prescription chez les patients âgés en fin de vie (45). Une étude américaine de 2015 a même démontré qu'en fin de vie, l'arrêt des statines paraissait sûr, tout en limitant le coût associé à ces médicaments et en améliorant la qualité de vie (46). En effet il a été démontré qu'entre 50 et 65% des patients sous statines prenaient encore des hypolipémiants seulement 3 mois avant leur décès (45) (47). Leur diminution de prescription dans notre étude pourrait montrer une certaine volonté de la part des prescripteurs de « soulager » les patients du fardeau des médicaments en allégeant leur ordonnance à commencer par les traitements à visée préventive. Un des freins à la déprescription des médecins généralistes est leur crainte de donner le sentiment « d'abandonner leurs patients » en supprimant des médicaments dont ils vantaient les mérites quelques années plus tôt (48). Ceci pourrait être perçu par les patients comme le signe « qu'ils ne valent plus la peine d'être soignés ». Cependant au vu de l'âge de nos patients et de leur forte mortalité, on pourrait s'interroger sur la poursuite de ces thérapeutiques pour encore 60 % d'entre eux dans notre étude. En effet, le bénéfice attendu des statines n'est, au mieux, qu'une baisse de 10 % de la mortalité sur 5 ans (49). En présence d'une maladie cardiovasculaire (prévention secondaire), le traitement d'une hyperlipidémie par une statine a été démontré comme efficace jusqu'à un âge relativement avancé (environ 80 ans) (50). En prévention primaire, les données concernant les

personnes âgées sont actuellement limitées, particulièrement au-delà de 75 ans, et la décision de traiter ou non un patient doit être individualisée, en tenant compte de son état de santé et de son état fonctionnel et cognitif.

La baisse à 3 mois puis l'augmentation à 6 mois de l'utilisation des IPP pourrait s'expliquer par la nouvelle prescription d'antithrombotique concomitante. Cependant, comme le rappelle le guide de bon usage des IPP de la HAS publié en 2009, l'utilisation d'un IPP à visée préventive ne doit se faire après 65 ans qu'en cas de prescription d'anti-inflammatoires non stéroïdiens et non pas d'antiagrégants seuls (51). La forte proportion de patients sous IPP dans notre étude (48, 6%) nous incite à être particulièrement vigilants notamment vis-à-vis des nouvelles thérapies ciblées. En effet, nous assistons à l'utilisation croissante des inhibiteurs de tyrosine kinase en hémato-oncologie or ce sont des médicaments à fenêtre thérapeutique étroite très sensibles aux variations de l'acidité gastrique. Cela peut modifier leur biodisponibilité. Les inhibiteurs de tyrosine kinase sont des médicaments oraux à prendre souvent quotidiennement en plus des autres médicaments chroniques prescrits de manière habituelle aux patients. Ceci est différent des chimiothérapies cytotoxiques qui sont administrées par voie intraveineuse avec un temps de passage assez court limitant les possibles interactions médicamenteuses. Il a d'ailleurs été démontré que chez les patients prenant de manière concomitante des inhibiteurs de tyrosine kinase et des IPP, leur mortalité à 1 an augmentait de 10 % par rapport aux autres patients (52). Il convient donc d'être particulièrement vigilant concernant cette classe thérapeutique.

Certains médicaments ne subissaient aucune modification, il s'agissait des antidiabétiques oraux et des hormones thyroïdiennes. Fede et al en 2011 rappellent la futilité de la prescription d'antihypertenseurs ou antidiabétiques chez les patients ayant un cancer en fin de vie s'ils ont une TAS < 90 mmHg ou une glycémie < 0.5 g/l dans le mois précédent la consultation (53). Dans ces études entre 47,3% et 66 % des patients traités par antihypertenseurs avaient une hypotension effective dans le mois précédent leur décès (53) (54). De la même façon, les thérapeutiques purement préventives comme la supplémentation vitaminocalcique ont été poursuivies chez nos patients. Cela nous interroge sur leur bénéfice attendu chez cette population à risque de décès relativement élevé.

Finalement nous avons constaté peu de modifications en termes de nombre de médicaments à 6 mois (5,86 vs 5,94) pris par les patients. Nous savons que le nombre de

médicaments pris par les patients augmente avec l'âge et notamment en fin de vie surtout chez les patients atteints de cancer (+3,37 médicaments sur 1 an) (55). Sachant cela, la réévaluation des médicaments dits « à visée préventive » s'avère nécessaire pour ne privilégier que les médicaments symptomatiques. Un schéma présenté par Maddison et al en 2011 illustre particulièrement bien cette évolution.

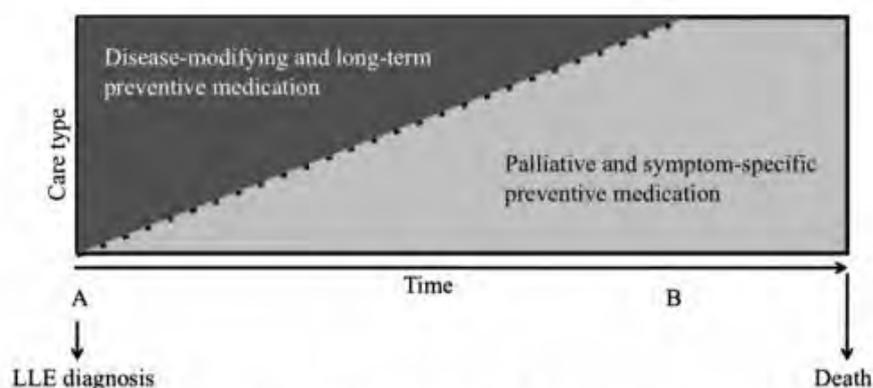


Figure 2 Conceptualizing the transition in medication use at end of life. (A) Goal of care begins to transition towards palliative and supportive care. (B) Goal of care is solely supportive and palliative. All long-term preventive medications and disease-modifying medications discontinued.

Il semble exister une réelle difficulté pour les prescripteurs oncologues, et d'autant plus pour les médecins généralistes, pour connaître toutes les interactions médicamenteuses potentielles. Ceci est d'autant plus vrai avec la venue sur le marché de nouvelles thérapeutiques à la fois dans le domaine cancérologique mais aussi cardiovasculaire (notamment les nouveaux anticoagulants oraux) avec peu d'études d'interactions disponibles surtout chez les sujets âgés (56). Malheureusement, tous les logiciels de prescription et validation des chimiothérapies ne prennent pas en compte les autres médicaments pris par les patients.

3. Forces et limites de l'étude

L'une des forces de cette étude est son originalité, il s'agissait du premier travail connu jusqu'à présent évaluant les modifications de prescription des médecins généralistes chez leurs patients âgés atteints de cancer. La population était variée puisqu'il s'agissait d'une étude multicentrique comprenant plusieurs praticiens et différentes équipes d'oncogériatrie sur des lieux différents. Cette étude s'intéressait tout particulièrement à la pratique des médecins généralistes. Le mode de collecte des données à partir des ordonnances écrites limitait le biais de mémorisation des médecins. Il ne s'agissait pas de données déclaratives sujettes à plus de subjectivité.

Les médecins n'étaient pas prévenus de cette étude au moment de la RCP, leur comportement n'a donc pas été influencé par l'étude. Leur prescription était bien le reflet de la réalité.

Le taux de réponse des médecins (47 sur 84 courriers envoyés soit 56%) était encourageant par rapport à d'autres thèses et montrait l'intérêt porté à ces sujets par les médecins. De plus, comme une précédente publication l'a démontré, l'implication personnelle du médecin, à savoir le soin apporté à un patient en particulier (à la différence d'enquêtes d'opinion), favoriserait sa probabilité de réponse.

Concernant les limites, il s'agissait d'une étude portant sur une faible population (37 patients inclus au final) dont les résultats sont peu significatifs. Le travail étant rétrospectif, nous avons une perte de données non récupérables. Par ailleurs, cette étude comportait un biais de mesure à savoir la sous-estimation du fardeau des médicaments. Premièrement la non prise en compte du « si besoin » qui peut être pris au quotidien par certains patients. Deuxièmement les médecins ont évoqué leur difficulté à nous retourner les prescriptions des patients vus à domicile. Il existait donc peu de réponses dans notre analyse finale concernant ces patients en particulier qui pouvaient être polymédiqués. Enfin nous avons décidé de centrer notre travail sur les prescriptions des médecins généralistes aussi l'automédication et les prescriptions des médecins spécialistes n'ont pas été prises en compte. Les dossiers médicaux parfois incomplets et la difficulté du recueil rétrospectif ont pu engendrer une perte de certaines données gériatriques limitant l'extrapolation des résultats de notre étude. Pour la réalisation d'études futures dans ce domaine, nous soulignons l'intérêt d'avoir une base de données commune bien construite et remplie avec rigueur.

4. Perspectives

Parmi les évaluations oncogériatriques précédant le passage en RCP, presque toutes comportaient la liste des médicaments pris par le patient. Cependant nous n'en avons retrouvé qu'une seule proposant une modification de traitement en fin de consultation : la question se posait de l'intérêt de la poursuite du Crestor chez la patiente. Les évaluations gériatriques précédant la RCP d'oncogériatrie pourraient être l'occasion de prévenir la iatrogénie lorsque le patient paraît polymédiqué ou que certaines thérapeutiques semblent inappropriées au vu du contexte gériatrique et oncologique. Il serait intéressant de faire parvenir un premier message d'alerte dans ce courrier adressé au médecin généraliste avant le compte rendu de la RCP. Une information claire et accessible facilement sur les

possibles interactions médicamenteuses des thérapeutiques utilisées en oncologie semble être nécessaire pour limiter les risques d'effets indésirables. L'existence d'un réseau régional performant en Occitanie devrait montrer l'exemple pour d'autres régions françaises notamment sur le développement d'une base de données unique regroupant les informations utiles au médecin généraliste concernant leurs patients atteints de cancer. Dans ce sens, nous pouvons souligner la mise à disposition des professionnels de fiches d'effets indésirables des traitements avec une partie consacrée aux interactions médicamenteuses (57).

Sur le manque de formation des médecins autour de l'oncologie soulevé par notre étude, plusieurs projets ont vu le jour très récemment. Depuis le 6 mars 2020, une formation en ligne destinée aux professionnels médicaux et paramédicaux est organisée par le site Onco-occitanie pour se former à l'oncogériatrie autour de 6 modules de 2h chacun (58).

La présence écrite de tous les traitements pris par le patient dans la synthèse de la RCP est indispensable. Le passage en RCP de recours en oncogériatrie pourrait être un moyen supplémentaire pour les professionnels de faire le point sur les thérapeutiques du patient en abordant la question de la polymédication et en s'appuyant par exemple sur l'avis d'un pharmacien clinicien qui participerait à ces réunions. Ce serait l'occasion de discuter de l'utilité à terme de poursuivre les thérapeutiques, notamment préventives, qui ont été peu évaluées chez les patients au-delà de 80 ans. De même, lors de l'évaluation gériatrique qui constitue un temps médical privilégié, en cas de polymédication (> 5 médicaments), un rappel des possibles interactions médicamenteuses ou un point de vigilance particulier pourrait être notifié dans le courrier. De futures études pourraient s'intéresser à l'adhésion des médecins généralistes aux propositions de modification thérapeutique apportées par l'équipe d'oncogériatrie avec un travail complémentaire étudiant les modifications de posologie des médicaments qui n'ont pas été abordées ici. Il serait également intéressant de développer la communication entre les pharmaciens cliniciens et ceux d'officine autour d'un même patient à travers par exemple les bilans de médication.

En pratique, il semble important de souligner la forte prévalence de patients sous inhibiteurs de la pompe à protons et de rappeler aux médecins généralistes la possibilité d'interactions médicamenteuses avec les nouvelles thérapies ciblées. Concernant les médicaments à visée préventive comme les statines, ceux-ci ne semblent plus avoir leur place chez les patients âgés en fin de vie. Pour ces patients âgés polypathologiques, un renforcement de la communication entre généralistes, oncologues, gériatres, pharmaciens,

patients et aidants dans les choix thérapeutiques semble indispensable. Enfin, une approche centrée sur le patient et adaptée à chaque situation dans sa complexité et son individualité nous paraît essentielle pour une prise en charge optimale. Les médecins généralistes, qui sont au plus près des patients, devraient pouvoir adapter la stratégie thérapeutique globale aux besoins du patient qui évoluent dans le temps. La décision de poursuivre ou non ces thérapeutiques doit être individualisée en tenant compte de l'état de santé réactualisé du patient, de son statut fonctionnel ainsi que du temps avant bénéfice attendu du médicament.

V. CONCLUSION

Les médecins généralistes ont un rôle central dans la prévention de la iatrogénie médicamenteuse. C'est d'autant plus vrai chez la personne âgée, lors de la prise en charge d'une pathologie néoplasique. Concernant cette population particulièrement vulnérable, où la qualité de vie prime, il convient d'être vigilant dans la prévention des effets indésirables liés aux traitements. Dans notre étude, il n'y a pas eu de variation du nombre moyen de médicaments prescrits par les médecins généralistes entre avant et après le passage en Réunion de Concertation Pluridisciplinaire d'oncogériatrie de leurs patients. Il existait une baisse modérée des prescriptions d'hypolipémiants et d'antihypertenseurs. Nous assistions en parallèle à une discrète augmentation de la consommation d'anxiolytiques, d'antidépresseurs et d'antalgiques. Le passage en RCP de recours en oncogériatrie pourrait être le moment, pour les professionnels, de faire le point sur les thérapeutiques du patient. On pourrait notamment s'interroger sur la poursuite des thérapeutiques préventives chez ces patients à l'espérance de vie diminuée.

Lu et approuvé
Le 23 Aout 2020
Professeur Marie-Eve Rougé Bugat



Toulouse, le 31 août 2020

Vu permis d'imprimer
Le Doyen de la Faculté
de médecine Rangueil
EVA BERRANO



VI. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. OMS | 10 faits sur le vieillissement et la santé [Internet]. WHO. [cité 28 juin 2020]. Disponible sur: <http://www.who.int/features/factfiles/ageing/fr/>
2. Évolution et structure de la population en 2015 – France métropolitaine –Évolution et structure de la population en 2015 | Insee [Internet]. [cité 8 déc 2018]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/3569142?sommaire=3569168&geo=METRO-1#tableau-POP_G2
3. Espérance de vie - Mortalité – Tableaux de l'économie française | Insee [Internet]. [cité 1 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3676610?sommaire=3696937>
4. Pyramide des âges [Internet]. Ined - Institut national d'études démographiques. [cité 19 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/chiffres/france/structure-population/pyramide-ages/>
5. Allonier C, Guillaume S, Sermet C. De quoi souffre t'on? Etat des lieux des maladies déclarées en France. Enquête décennale santé INSEE 2002-2003. N°123. Juin 2007.Qes123.pdf [Internet]. [cité 28 juin 2020]. Disponible sur: <https://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes123.pdf>
6. Utilisation des médicaments chez les personnes de 60 ans et plus en France : un état des lieux à partir des données de l'Assurance Maladie. | Base documentaire | BDSP [Internet]. [cité 17 déc 2018]. Disponible sur: http://www.bdsp.ehesp.fr/Base/Details?_equation=medicaments%20france&_sort=auto&_start=4
7. O'Neill Phill, Sussex Jon. International Comparison of Medicines Usage: Quantitative Analysis. Office of Health Economics. Association of the British Pharmaceutical Industry.12-01-14-UKdrugs.pdf [Internet]. [cité 28 juin 2020]. Disponible sur: <https://www.fdanews.com/ext/resources/files/12-14/12-01-14-UKdrugs.pdf?1519992168>
8. WHO Centre for Health Development (Kobe J. A glossary of terms for community health care and services for older persons. 2004 [cité 29 juin 2020]; Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/68896>
9. Le Cossec C. La polymédication au regard de différents indicateurs de sa mesure : impact sur la prévalence, les classes thérapeutiques concernées et les facteurs associés. Rapp Irdes [Internet]. 1 déc 2015 [cité 1 mai 2020];(562). Disponible sur: <https://www.irdes.fr/recherche/2015/rapport-562-la-polymedication-au-regard-de-differents-indicateurs-de-sa-mesure.html>
10. Gnjjidic D, Hilmer SN, Blyth FM, Naganathan V, Waite L, Seibel MJ, et al. Polypharmacy cutoff and outcomes: five or more medicines were used to identify community-dwelling older men at risk of different adverse outcomes. J Clin Epidemiol. sept 2012;65(9):989-95.

11. Fried TR, O’Leary J, Towle V, Goldstein MK, Trentalange M, Martin DK. Health outcomes associated with polypharmacy in community-dwelling older adults: a systematic review. *J Am Geriatr Soc.* déc 2014;62(12):2261-72.
12. L’enquête nationale sur les événements indésirables liés aux soins (ENEIS) - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité 29 juin 2020]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/open-data/etablissements-de-sante-sociaux-et-medico-sociaux/article/l-enquete-nationale-sur-les-evenements-indesirables-lies-aux-soins-eneis>
13. Bégau B, Martin K, Fourrier A, Haramburu F. Does age increase the risk of adverse drug reactions? *Br J Clin Pharmacol.* nov 2002;54(5):550-2.
14. LOI n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. 2004-806 août 9, 2004.
15. Rosp médecin traitant de l’adulte [Internet]. [cité 25 juin 2020]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/remuneration/remuneration-objectifs/medecin-traitant-adulte>
16. Haute Autorité de Santé - Plénière HAS : Prescription Médicamenteuse chez le Sujet Agé - Prévention de la iatrogénie - Plateforme professionnelle - Indicateurs d’alerte et de maîtrise - Saint-Denis, 29 novembre 2012 [Internet]. [cité 6 déc 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1637256/fr/pleniere-has-prescription-medicamenteuse-chez-le-sujet-age-prevention-de-la-iatrogenie-plateforme-professionnelle-indicateurs-d-alerte-et-de-maitrise-saint-denis-29-novembre-2012
17. Buxeraud. Spécificités du sujet vieillissant. *Actual Pharm.* 1 janv 2018;57(572):20-2.
18. Lafuente-Lafuente C. Pharmacologie clinique et vieillissement. *Presse Médicale.* 1 févr 2013;42(2):171-80.
19. Woolcott JC, Richardson KJ, Wiens MO, Patel B, Marin J, Khan KM, et al. Meta-analysis of the impact of 9 medication classes on falls in elderly persons [Internet]. Centre for Reviews and Dissemination (UK); 2009 [cité 29 juin 2020]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK77320/>
20. Cancers [Internet]. [cité 29 juin 2020]. Disponible sur: [/maladies-et-traumatismes/cancers](#)
21. Épidémiologie des cancers chez les patients de 65 ans et plus - Oncogériatrie [Internet]. [cité 16 juin 2020]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/L-organisation-de-l-offre-de-soins/Oncogeriatrie/Epidemiologie>
22. Plan Cancer 2014-2019 - Ref: PLANKPNRT14 [Internet]. [cité 29 juin 2020]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Plan-Cancer-2014-2019>
23. Oncogériatrie - L’organisation de l’offre de soins [Internet]. [cité 8 déc 2018]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/L-organisation-de-l-offre-de-soins/Oncogeriatrie>
24. Bourguoin M. Evaluation du risque des prescriptions inappropriées chez le sujet âgé atteint de cancer : étude rétrospective multicentrique chez 147 patients présentés en

- réunion de concertation pluridisciplinaire régionale d'oncogériatrie [Internet] [exercice]. Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2013 [cité 4 juill 2020]. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/210/>
25. Les personnes âgées - Les personnes âgées | Insee [Internet]. [cité 29 juin 2020]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1371789>
 26. Haute Autorité de Santé - Diagnostic de la dénutrition de l'enfant et de l'adulte [Internet]. [cité 29 juin 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3118872/fr/diagnostic-de-la-denuitrition-de-l-enfant-et-de-l-adulte
 27. LACHAMP.M et al. Impact de la modification des prescriptions chez les sujets âgés hospitalisés en service de court séjour gériatrique en termes de coût. *Rev Med Interne*. 2012;(33):482-90.
 28. Comprendre la recherche clinique [Internet]. Inserm - La science pour la santé. [cité 26 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/recherche-inserm/recherche-clinique/comprendre-recherche-clinique>
 29. 4 millions de seniors seraient en perte d'autonomie en 2050 - Insee Première - 1767 [Internet]. [cité 15 juin 2020]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4196949>
 30. Kenis C, Bron D, Libert Y, Decoster L, Van Puyvelde K, Scalliet P, et al. Relevance of a systematic geriatric screening and assessment in older patients with cancer: results of a prospective multicentric study. *Ann Oncol*. 1 mai 2013;24(5):1306-12.
 31. Segura A, Pardo J, Jara C, Zugazabeitia L, Carulla J, de Las Peñas R, et al. An epidemiological evaluation of the prevalence of malnutrition in Spanish patients with locally advanced or metastatic cancer. *Clin Nutr Edinb Scotl*. oct 2005;24(5):801-14.
 32. Données globales d'épidémiologie des cancers - Epidémiologie des cancers [Internet]. [cité 8 déc 2018]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Les-chiffres-du-cancer-en-France/Epidemiologie-des-cancers/Donnees-globales>
 33. Smith BD, Smith GL, Hurria A, Hortobagyi GN, Buchholz TA. Future of cancer incidence in the United States: burdens upon an aging, changing nation. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol*. 10 juin 2009;27(17):2758-65.
 34. Les analyses de l'Ordre sur la démographie médicale [Internet]. [cité 18 juill 2020]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/lordre-medecins/conseil-national-lordre/demographie-medecale>
 35. Rey D. Suivi des patients atteints de cancer : les généralistes favorables à des échanges renforcés avec l'hôpital - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité 10 déc 2018]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/suivi-des-patients-atteints-de-cancer-les-generalistes-favorables-a-des>
 36. Rapport_Begaud_Costagliola.pdf [Internet]. [cité 3 avr 2020]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Begaud_Costagliola.pdf
 37. Mitchell AJ, Chan M, Bhatti H, Halton M, Grassi L, Johansen C, et al. Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and

- palliative-care settings: a meta-analysis of 94 interview-based studies. *Lancet Oncol.* 1 févr 2011;12(2):160-74.
38. Jin Y, Desta Z, Stearns V, Ward B, Ho H, Lee K-H, et al. CYP2D6 genotype, antidepressant use, and tamoxifen metabolism during adjuvant breast cancer treatment. *J Natl Cancer Inst.* 5 janv 2005;97(1):30-9.
 39. Desmarais JE, Looper KJ. Interactions between tamoxifen and antidepressants via cytochrome P450 2D6. *J Clin Psychiatry.* déc 2009;70(12):1688-97.
 40. Hormonothérapie - Cancer du sein [Internet]. [cité 30 juill 2020]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-sein/Hormonotherapie>
 41. Infarctus du myocarde [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 30 juill 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_532116/fr/infarctus-du-myocarde
 42. Janney LM, Waterbury NV. Capecitabine–Warfarin Interaction. *Ann Pharmacother.* 1 sept 2005;39(9):1546-51.
 43. Kolesar JM, Johnson CL, Freeberg BL, Berlin JD, Schiller JH. Warfarin—5-FU Interaction — A Consecutive Case Series. *Pharmacother J Hum Pharmacol Drug Ther.* 1999;19(12):1445-9.
 44. Takaki J, Ohno Y, Yamada M, Yamaguchi R, Hisaka A, Suzuki H. Assessment of drug-drug interaction between warfarin and aprepitant and its effects on PT-INR of patients receiving anticancer chemotherapy. *Biol Pharm Bull.* 2016;advpub.
 45. Morin L, Wastesson JW, Laroche M-L, Fastbom J, Johnell K. How many older adults receive drugs of questionable clinical benefit near the end of life? A cohort study. *Palliat Med.* 2019;33(8):1080-90.
 46. Kutner JS, Blatchford PJ, Taylor DH, Ritchie CS, Bull JH, Fairclough DL, et al. Safety and Benefit of Discontinuing Statin Therapy in the Setting of Advanced, Life-Limiting Illness. *JAMA Intern Med.* mai 2015;175(5):691-700.
 47. Nishtala PS, Gnjjidic D, Chyou T, Hilmer SN. Discontinuation of statins in a population of older New Zealanders with limited life expectancy. *Intern Med J.* avr 2016;46(4):493-6.
 48. Schuling J, Gebben H, Veehof LJG, Haaijer-Ruskamp FM. Deprescribing medication in very elderly patients with multimorbidity: the view of Dutch GPs. A qualitative study. *BMC Fam Pract.* 9 juill 2012;13(1):56.
 49. Recommendations ESC 2019 : Dyslipidémies [Internet]. [cité 30 juill 2020]. Disponible sur: <https://www.cardio-online.fr/Actualites/A-la-une/Recommandations-ESC-2019-Dyslipidemies>
 50. Shepherd J, Blauw GJ, Murphy MB, Bollen ELEM, Buckley BM, Cobbe SM, et al. Pravastatin in elderly individuals at risk of vascular disease (PROSPER): a randomised controlled trial. *Lancet Lond Engl.* 23 nov 2002;360(9346):1623-30.

51. Les inhibiteurs de la pompe à protons chez l'adulte [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 29 juill 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/r_1439925/fr/les-inhibiteurs-de-la-pompe-a-protons-chez-l-adulte
52. Sharma M, Holmes HM, Mehta HB, Chen H, Aparasu RR, Shih Y-CT, et al. The concomitant use of tyrosine kinase inhibitors and proton pump inhibitors: Prevalence, predictors, and impact on survival and discontinuation of therapy in older adults with cancer. *Cancer*. 3 janv 2019;
53. Fede A, Miranda M, Antonangelo D, Trevizan L, Schaffhausser H, Hamermesz B, et al. Use of unnecessary medications by patients with advanced cancer: cross-sectional survey. *Support Care Cancer Off J Multinatl Assoc Support Care Cancer*. sept 2011;19(9):1313-8.
54. Al-Shahri MZ, Sroor MY, Ghareeb WA, Aboulela EN, Edesa W. The Use of Antidiabetic, Antihypertensive, and Lipid-lowering Medications in the Elderly Dying with Advanced Cancer. *Indian J Palliat Care*. mars 2019;25(1):124-6.
55. Morin L, Vetrano DL, Rizzuto D, Calderón-Larrañaga A, Fastbom J, Johnell K. Choosing Wisely? Measuring the Burden of Medications in Older Adults near the End of Life: Nationwide, Longitudinal Cohort Study. *Wwwem-Premiumcomdatarevues00029343v130i8S000293431730253X* [Internet]. 26 juill 2017 [cité 6 mars 2020]; Disponible sur: <https://www-em--premium-com-s.docadis.ups-tlse.fr/article/1130080/resultatrecherche/1/complSearch>
56. Talarico L, Chen G, Pazdur R. Enrollment of elderly patients in clinical trials for cancer drug registration: a 7-year experience by the US Food and Drug Administration. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol*. 15 nov 2004;22(22):4626-31.
57. Fiches effets secondaires des traitements [Internet]. Réseau Onco Occitanie. [cité 28 juill 2020]. Disponible sur: <https://www.onco-occitanie.fr/pro/fiches-effets-secondaires>
58. Formation en ligne : MOOC en Oncogériatrie [Internet]. Réseau Onco Occitanie. [cité 28 juill 2020]. Disponible sur: <https://www.onco-occitanie.fr/pro/page/formation-en-ligne-mooc-en-oncogeriatric>

VII. ANNEXES

- Annexe 1 : Questionnaire de dépistage de la fragilité par le score G8

Items	Réponses possibles (score)
Le patient présente-t-il une perte d'appétit ? A-t-il mangé moins ces 3 derniers mois par manque d'appétit, problèmes digestifs, difficultés de mastication ou de déglutition ?	0 : anorexie sévère 1 : anorexie modérée 2 : pas d'anorexie
Perte récente de poids (< 3 mois).	0 : perte de poids > 3 kg 1 : ne sait pas 2 : perte de poids entre 1 et 3 kg 3 : pas de perte de poids
Motricité.	0 : du lit au fauteuil 1 : autonome à l'intérieur 2 : sort du domicile
Problèmes neuro-psychologiques	0 : démence ou dépression sévère 1 : démence ou dépression modérée 2 : pas de problème psychologique
Indice de masse corporelle (IMC)	0 : IMC < 18,5 1 : IMC = 18,5 à IMC < 21 2 : IMC = 21 à IMC < 23 c 3 : IMC = 23 et > 23
Prend plus de 3 médicaments	0 : oui 1 : non
Le patient se sent-il en meilleure ou moins bonne santé que la plupart des personnes de son âge ?	0 : moins bonne 0,5 : ne sait pas 1 : aussi bonne 2 : meilleure
Age :	0 : >85 1 : 80-85 2 : <80
TOTAL SCORE =	0 - 17

- Annexe 2 : Lettre d'information patient

Lettre d'information patient

Madame, Monsieur

Au cours de l'année 2018 vous avez été évalué par une équipe d'oncogériatrie et votre dossier médical a été étudié en RCP régionale d'oncogériatrie.

Dans le cadre de mon travail de thèse en médecine générale nous étudions les modifications (ou non) apportées par votre médecin généraliste au traitement de fond avant et après votre prise en charge oncologique.

Pour cela nous allons contacter votre médecin généraliste afin qu'il nous communique vos ordonnances de renouvellement au cours de l'année 2018 et début 2019.

Conformément à la législation en vigueur toutes les données recueillies seront ensuite traitées de manière anonyme. Votre nom ainsi que celui de votre médecin généraliste n'apparaîtront sur aucun document.

Sachez que ce travail n'impacte en rien votre prise en charge médicale qui continue sans aucune modification selon le plan de soins proposé par votre oncologue.

En vous remerciant de votre attention, veuillez recevoir, Madame, Monsieur, mes sincères salutations.

En l'absence de réponse de votre part **avant 15 jours**, nous considérons **avoir votre accord**.

Vous pouvez exprimer votre refus en renvoyant ce coupon à mon adresse postale :
BARANDE Margot 49 bd Antony Joly 15000 AURILLAC ou me l'indiquer par mail :
m.barande@orange.fr

✂-----

Je soussigné(e) Mr/Mme
né(e) le :/...../.....

refuse que mes ordonnances de traitement soient analysées à des fins de recherche.

- Annexe 3 : Courrier de participation médecin

Chère consœur, cher confrère

Etudiante en médecine générale, et dans le cadre de mon travail de thèse, je souhaite étudier l'impact du diagnostic de cancer chez les patients de plus de 65 ans sur les prescriptions des traitements de fond avant la Réunion de Concertation Pluridisciplinaire d'oncogériatrie puis à M3 et M6 après la RCP.

Cette étude se veut rétrospective et uniquement descriptive. Elle étudie les modifications apportées (ajout ou suppression) à vos prescriptions habituelles chez ces patients particulièrement fragiles.

Elle concerne les médecins généralistes dont les patients ont été évalués en RCP régionale d'Oncogériatrie de Midi –Pyrénées en 2018.

Bien sûr conformément à la législation en vigueur toutes les données des patients et des praticiens seront traitées de manière anonyme. Votre nom ainsi que celui de votre patient n'apparaîtront sur aucun document. Ce travail s'effectue sous la responsabilité du DUMG.

L'un(e) de vos patient(e)s a été inclus dans cette étude.

Vous trouverez ci-après les coordonnées du (de la) patient(e) concerné(e) par l'étude dont une évaluation en RCP d'oncogériatrie a été effectuée en 2018.

Je vous demanderai simplement d'imprimer la dernière ordonnance connue de renouvellement de la prescription de fond **avant RCP** puis la suivante (**autour de 3 mois**) et la **dernière connue (environ 6 mois)**. Merci de bien vouloir joindre dans l'enveloppe de retour ces 3 ordonnances ainsi que la fiche de renseignement vous concernant.

Je vous remercie par avance de votre participation et du temps que vous voudrez bien consacrer à répondre à cette étude qui me tient à cœur.

Pour tout renseignement concernant cette étude je vous propose de me contacter par mail. Adresse mail : m.barande@orange.fr. De même si les résultats de mon enquête vous intéressent, vous pouvez en faire la demande à mon adresse mail afin de recevoir le PDF final.

Bien cordialement.

Margot BARANDE

Dr CHICOULA Bruno. Directeur de thèse

Votre patiente Mme X née le 10/10/30 a été retenue pour participer à cette étude. Son dossier est passé en RCP oncogériatrie le 02/02/2018.

Merci de bien vouloir imprimer et joindre à l'enveloppe retour :

- 1- Votre dernière ordonnance de renouvellement connue avant la date du 02/02/2018.
- 2- l'ordonnance habituelle 3 mois après
- 3- l'ordonnance habituelle à 6 mois ou plus

NB : même si votre patient est décédé ou a déménagé, les données le concernant nous intéressent. Merci de renvoyer le questionnaire et les ordonnances connues jusqu'à la date de la perte de vue.

Merci également de bien vouloir remplir cette fiche afin de mieux vous connaître :

- 1) Sexe : M F
- 2) Age :
- 3) Année d'installation en médecine générale :
- 4) Milieu d'installation : rural semi rural urbain
- 5) Conditions d'exercice : seul en cabinet de groupe MSP
- 6) Etes- vous maître de stage ? oui non
- 7) Avez-vous déjà participé à une formation complémentaire type DU ou FMC portant sur la prescription médicamenteuse ? oui non
sur l'oncologie ? oui non
- 8) Concernant votre patient(e) existe-t-il des événements aigus (hors cancer) en 2018 ayant entraîné des modifications de traitement ?
oui non
si oui lesquels ?.....
- 9) Votre patient a t – il été hospitalisé dans les 6 mois suivant la RCP (soins palliatifs, SSR, autre) ? oui non
- 10) Votre patient est –il décédé ? oui non
Si oui à quelle date environ :.....
- 11) Tenant compte de la prescription oncologique de votre patient et de son évaluation en oncogériatrie, seriez-vous intéressé pour recevoir d'éventuelles propositions de modification du traitement de fond de votre patient ?
Oui Non Ne sait pas

- Annexe 4 : Dernière lettre de relance médecin

Chère consœur, cher confrère

Etudiante en médecine générale, et dans le cadre de mon travail de thèse, je souhaite étudier l'impact du diagnostic de cancer chez les patients de plus de 65 ans sur les prescriptions des traitements de fond avant la RCP puis à M3 et M6 après la RCP d'oncogériatrie.

Je me permets de vous solliciter une nouvelle et dernière fois par mail et courrier.

Pour rappel, le courrier comportait une enveloppe de retour pré timbrée, un court questionnaire vous concernant, le courrier explicatif détaillé, ainsi que les données concernant votre patient avec sa date de passage en RCP.

Le protocole consiste à imprimer la dernière ordonnance connue de renouvellement de la prescription de fond **avant RCP** puis la suivante (**autour de 3 mois**) et la **dernière connue (environ 6 mois)**. Il vous suffit de joindre dans l'enveloppe de retour ces 3 ordonnances ainsi que la fiche de renseignement vous concernant. Si l'ordonnance est inchangée vous pouvez simplement me le préciser sur la 1ère.

Je vous remercie par avance de votre participation et du temps que vous voudrez bien consacrer à ce travail qui me tient à cœur. S'agissant d'une population limitée en nombre votre réponse est essentielle pour la conduite de cette thèse.

Si vous le souhaitez, et sur votre demande, je me ferais un plaisir de vous envoyer les résultats de mon travail.

Pour le retour postal : Margot BARANDE 49 Bd Antony Joly 15000 AURILLAC

mail : m.barande@orange.fr

Bien cordialement.

Margot BARANDE

Dr CHICOULA Bruno. Directeur de thèse

▪ Annexe 5 : Classes et sous-classes thérapeutiques

Classes thérapeutiques	Sous classes thérapeutiques
Cardiovasculaire	Bêtabloquant Inhibiteur enzyme de conversion (IEC) Sartan Inhibiteur calcique Diurétique Antiarythmique Antithrombotiques Antiagrégant Antivitamine K (AVK) Nouveaux anticoagulants oraux (NACO) Autre antihypertenseur Hypolipémiant
Neuropsychiatrie	Antidépresseur Anxiolytique Hypnotique Neuroleptique Antiépileptique Antiparkinsonien Autre traitement du Système Nerveux Anticholinestérasique Autre traitement démence
Gastroentérologique	Inhibiteur pompe à protons (IPP) Laxatif Antidiarrhéique Antiémétique Antispasmodique Autre traitement digestif Thérapeutique biliaire Médicament de la digestion
Métabolique	Hormones thyroïdiennes Antidiabétiques oraux (ADO) Insuline Supplément vitamine (hors calcium) ou fer Potassium
Antalgique	Corticoïdes usage systémique Palier 1 (paracétamol) Palier 2 (tramadol, codeine) Morphinique
Pneumologique	AINS corticoïdes inhalés beta2 mimétiques asthme (montelukast) antihistaminiques
ORL	Corticoïde nasal
Urologique	Alphabloquant
Anti-ostéoporotique	Vitaminocalcique Biphosphonates
Hématologique	EPO
Ophthalmologique	Collyre (hors lubrifiants)

Evaluation des modifications de prescription médicamenteuse apportées par les médecins généralistes après Réunion de Concertation Pluridisciplinaire d'oncogériatrie.

Résumé

Introduction. Le cancer est devenu une pathologie du sujet âgé et la première cause de mortalité dans cette population. Le vieillissement de la population et les comorbidités qui en découlent ainsi que leur traitement spécifique entraînent des risques d'interactions médicamenteuses.

Méthode. Nous avons mené une étude rétrospective multicentrique portant sur les patients âgés de plus de 65 ans atteints de cancer et évalués en Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) régionale d'oncogériatrie en 2018. L'objectif principal était d'évaluer les modifications des prescriptions de traitement chronique par les médecins généralistes à 3 mois et 6 mois de la RCP et en particulier celles concernant les prescriptions de médicaments à visée cardiovasculaire, les psychotropes et les antalgiques.

Résultats. Sur les 114 patients présentés à la RCP régionale en 2018, 37 ont été inclus dans notre étude. La consommation moyenne médicamenteuse était de 5,86 médicaments par patient au moment de la RCP. Elle était de 5,65 à 3 mois et 5,88 à 6 mois. Nous assistions à une baisse de la prescription des médicaments à visée cardiovasculaire, et à une augmentation des anxiolytiques, des antidépresseurs et des antalgiques. Une attention particulière est portée sur les inhibiteurs de la pompe à protons utilisés par 48,6 % des patients étudiés.

Conclusion. Il n'existe pas de changement significatif concernant le nombre de médicaments prescrits par patient. La RCP d'oncogériatrie pourrait être l'occasion de revoir l'intérêt des thérapeutiques préventives chez ces patients à l'espérance de vie diminuée.

Assessment of drug prescription changes made by general practitioners after oncogeriatrics Multidisciplinary Team Meeting.

Abstract

Introduction Cancer has become a pathology for elderly individuals and the leading cause of death among this population. Ageing populations and resulting co-morbidities as well as their specific treatments generate risks of drug interactions.

Method. A multicentre retrospective study was conducted on patients over 65 years old with cancer assessed at regional oncogeriatrics Multidisciplinary Team Meetings (MDTMs) in 2018. The main objective was to assess changes in prescriptions for chronic treatment by general practitioners at 3 months and 6 months after a MDTM was held and especially those concerning prescriptions of cardiovascular drugs, psychotropics and analgesics.

Results. 37 patients were included in our study out of a total of 114 patients presented to regional oncogeriatrics MDTM in 2018. People were prescribed 5,86 drugs at the time of the MDTM. They were prescribed 5,65 drugs 3 months later and 5,88 drugs after 6 months. The research witnessed a decrease in the prescription of cardiovascular drugs, and an increase in anxiolytics, antidepressants and analgesics. Particular attention was paid to the proton pump inhibitors which were used by 48,6% of the patients studied.

Conclusion. There was no significant changes in the number of drugs prescribed. The oncogeriatrics MDTM could be an opportunity to review the benefits of preventative medication for patients with diminished life expectancy.

Mots-Clés : prescriptions médicamenteuses, cancer, personnes âgées, oncogériatrie, iatrogénie, interactions médicamenteuses, médecin généraliste

Discipline administrative : MEDECINE GENERALE
