

Année : 2014

N° 2014 TOU3 1086  
N° 2014 TOU3 1087

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT  
DE DOCTEUR EN MEDECINE

Spécialité : MEDECINE GENERALE

**LE VECU ET LES ATTENTES DES MEDECINS GENERALISTES  
DE MIDI PYRENEES FACE AUX PERSONNES AGEES DE PLUS DE  
75 ANS ATTEINTES DE CANCER**

**Etude qualitative**

Présentée et soutenue publiquement à Toulouse le 10 octobre 2014

Par Sophie DARDENNE  
Née le 27 mars 1986  
A L'Union

Et Florian BOENNEC  
Né le 3 mars 1985  
A Quimper

DIRECTEUR DE THESE : Monsieur le Docteur Bruno CHICOULAA

JURY :

Madame le Professeur Fatémeh NOURHASHEMI  
Monsieur le Professeur Stéphane OUSTRIC  
Madame le Professeur Odile BEYNE - RAUZY  
Monsieur le Docteur Laurent BALARDY  
Monsieur le Docteur Bruno CHICOULAA  
Madame le Docteur Marie Noëlle CUFU

Président  
Assesseur  
Assesseur  
Assesseur  
Assesseur  
Membre invité

Année : 2014

N°  
N°

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT  
DE DOCTEUR EN MEDECINE

Spécialité : MEDECINE GENERALE

**LE VECU ET LES ATTENTES DES MEDECINS GENERALISTES  
DE MIDI PYRENEES FACE AUX PERSONNES AGEES DE PLUS DE  
75 ANS ATTEINTES DE CANCER**

**Etude qualitative**

Présentée et soutenue publiquement à Toulouse le 10 octobre 2014

Par Sophie DARDENNE  
Née le 27 mars 1986  
A L'Union

Et Florian BOENNEC  
Né le 3 mars 1985  
A Quimper

DIRECTEUR DE THESE : Monsieur le Docteur Bruno CHICOULAA

JURY :

Madame le Professeur Fatémeh NOURHASHEMI  
Monsieur le Professeur Stéphane OUSTRIC  
Madame le Professeur Odile BEYNE - RAUZY  
Monsieur le Docteur Laurent BALARDY  
Monsieur le Docteur Bruno CHICOULAA  
Madame le Docteur Marie Noëlle CUFU

Président  
Assesseur  
Assesseur  
Assesseur  
Assesseur  
Membre invité

**TABLEAU du PERSONNEL HU**  
**des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier**  
**au 1<sup>er</sup> septembre 2013**

**Professeurs Honoraires**

Doyen Honoraire	M. LAZORTES Y.	Professeur Honoraire	Mme PUEL J.
Doyen Honoraire	M. CHAP H.	Professeur Honoraire	M. GOUZI
Professeur Honoraire	M. COMMANAY	Professeur Honoraire associé	M. DUTAU
Professeur Honoraire	M. CLAUD	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE	Professeur Honoraire	M. PASCAL
Professeur Honoraire	Mme ENJALBERT	Professeur Honoraire	M. SALVADOR M.
Professeur Honoraire	M. GEDEON	Professeur Honoraire	M. BAYARD
Professeur Honoraire	M. PASQUIE	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE
Professeur Honoraire	M. RIBAUT	Professeur Honoraire	M. FABIÉ
Professeur Honoraire	M. ARLET J.	Professeur Honoraire	M. BARTHE
Professeur Honoraire	M. RIBET	Professeur Honoraire	M. CABARROT
Professeur Honoraire	M. MONROZIES	Professeur Honoraire	M. DUFFAUT
Professeur Honoraire	M. DALOUS	Professeur Honoraire	M. ESCAT
Professeur Honoraire	M. DUPRE	Professeur Honoraire	M. ESCANDE
Professeur Honoraire	M. FABRE J.	Professeur Honoraire	M. PRIS
Professeur Honoraire	M. DUCOS	Professeur Honoraire	M. CATHALA
Professeur Honoraire	M. GALINIER	Professeur Honoraire	M. BAZEX
Professeur Honoraire	M. LACOMME	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE
Professeur Honoraire	M. BASTIDE	Professeur Honoraire	M. CARLES
Professeur Honoraire	M. COTONAT	Professeur Honoraire	M. BONAFÉ
Professeur Honoraire	M. DAVID	Professeur Honoraire	M. VAYSSE
Professeur Honoraire	Mme DIDIER	Professeur Honoraire	M. ESQUERRE
Professeur Honoraire	M. GAUBERT	Professeur Honoraire	M. GUITARD
Professeur Honoraire	Mme LARENG M.B.	Professeur Honoraire	M. LAZORTES F.
Professeur Honoraire	M. BES	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE
Professeur Honoraire	M. BERNADET	Professeur Honoraire	M. CERENE
Professeur Honoraire	M. GARRIGUES	Professeur Honoraire	M. FOURNIAL
Professeur Honoraire	M. REGNIER	Professeur Honoraire	M. HOFF
Professeur Honoraire	M. COMBELLES	Professeur Honoraire	M. REME
Professeur Honoraire	M. REGIS	Professeur Honoraire	M. FAUVEL
Professeur Honoraire	M. ARBUS	Professeur Honoraire	M. FREXINOS
Professeur Honoraire	M. PUJOL	Professeur Honoraire	M. CARRIERE
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI	Professeur Honoraire	M. MANSAT M.
Professeur Honoraire	M. RUMEAU	Professeur Honoraire	M. BARRET
Professeur Honoraire	M. BESOMBES	Professeur Honoraire	M. ROLLAND
Professeur Honoraire	M. GUIRAUD	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT
Professeur Honoraire	M. SUC	Professeur Honoraire	M. CAHUZAC
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE	Professeur Honoraire	M. RIBOT
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE	Professeur Honoraire	M. DELSOL
Professeur Honoraire	M. PONTONNIER	Professeur Honoraire	M. ABBAL
Professeur Honoraire	M. CARTON	Professeur Honoraire	M. DURAND
		Professeur Honoraire	M. DALY-SCHWEITZER
		Professeur Honoraire	M. RAILHAC

**Professeurs Émérites**

Professeur JUSKIEWENSKI	Professeur JL. ADER
Professeur LARROUY	Professeur Y. LAZORTES
Professeur ALBAREDE	Professeur L. LARENG
Professeur CONTÉ	Professeur F. JOFFRE
Professeur MURAT	Professeur J. CORBERAND
Professeur MANELFE	Professeur B. BONEU
Professeur LOUVET	Professeur H. DABERNAT
Professeur SARRAMON	Professeur M. BOCCALON
Professeur CARATERO	Professeur B. MAZIERES
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL	Professeur E. ARLET-SUAU
Professeur COSTAGLIOLA	Professeur J. SIMON

**P.U. - P.H.**

**Classe Exceptionnelle et 1ère classe**

M. ADOUE D.	Médecine Interne, Gériatrie
M. AMAR J.	Thérapeutique
M. ARNE J.L. (C.E)	Ophthalmologie
M. ATTAL M. (C.E)	Hématologie
M. AVET-LOISEAU H	Hématologie, transfusion
M. BLANCHER A.	Immunologie (option Biologique)
M. BONNEVILLE P.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.
M. BOSSAVY J.P.	Chirurgie Vasculaire
M. BRASSAT D.	Neurologie
M. BROUSSET P. (C.E)	Anatomie pathologique
M. BUGAT R. (C.E)	<i>Cancérologie</i>
M. CARRIE D.	Cardiologie
M. CHAP H. (C.E)	Biochimie
M. CHAUVEAU D.	Néphrologie
M. CHOLLET F. (C.E)	Neurologie
M. CLANET M. (C.E)	Neurologie
M. DAHAN M. (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. DEGUINE O.	O. R. L.
M. DUCOMMUN B.	Cancérologie
M. FERRIERES J.	Epidémiologie, Santé Publique
M. FRAYSSE B. (C.E)	O.R.L.
M. IZOPET J. (C.E)	Bactériologie-Virologie
Mme LAMANT L.	Anatomie Pathologique
M. LANG T.	Biostatistique Informatique Médicale
M. LANGIN D.	Nutrition
M. LAUQUE D.	Médecine Interne
M. LIBLAU R.	Immunologie
M. MAGNAVAL J.F.	Parasitologie
M. MALAVAUD B.	Urologie
M. MANSAT P.	Chirurgie Orthopédique
M. MARCHOU B.	Maladies Infectieuses
M. MONROZIES X.	Gynécologie Obstétrique
M. MONTASTRUC J.L. (C.E)	Pharmacologie
M. MOSCOVICI J.	Anatomie et Chirurgie Pédiatrique
Mme MOYAL E.	Cancérologie
Mme NOURHASHEMI F.	Gériatrie
M. OLIVES J.P. (C.E)	Pédiatrie
M. OSWALD E.	Bactériologie-Virologie
M. PARINAUD J.	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.
M. PERRET B (C.E)	Biochimie
M. PRADERE B.	Chirurgie générale
M. QUERLEU D (C.E)	Cancérologie
M. RASCOL O.	Pharmacologie
M. RISCHMANN P. (C.E)	Urologie
M. RIVIERE D. (C.E)	Physiologie
M. SALES DE GAUZY J.	Chirurgie Infantile
M. SALLES J.P.	Pédiatrie
M. SERRE G. (C.E)	Biologie Cellulaire
M. TELMON N.	Médecine Légale
M. VINEL J.P. (C.E)	Hépatogastro-Entérologie

**P.U. - P.H.**

**2ème classe**

Mme BEYNE-RAUZY O.	Médecine Interne
M. BIRMES Ph.	Psychiatrie
M. BROUCHET L.	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. BUREAU Ch	Hépatogastro-Entéro
M. CALVAS P.	Génétique
M. CARRERE N.	Chirurgie Générale
Mme CASPER Ch.	Pédiatrie
M. CHAIX Y.	Pédiatrie
Mme CHARPENTIER S.	Thérapeutique, méd. d'urgence, addict
M. COGNARD C.	Neuroradiologie
M. DE BOISSEZON X.	Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. FOURCADE O.	Anesthésiologie
M. FOURNIE B.	Rhumatologie
M. FOURNIÉ P.	Ophthalmologie
M. GEERAERTS T.	Anesthésiologie et réanimation chir.
Mme GENESTAL M.	Réanimation Médicale
M. LAROCHE M.	Rhumatologie
M. LAUWERS F.	Anatomie
M. LEOBON B.	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. MAZIERES J.	Pneumologie
M. MOLINIER L.	Epidémiologie, Santé Publique
M. PARANT O.	Gynécologie Obstétrique
M. PARIENTE J.	Neurologie
M. PATHAK A.	Pharmacologie
M. PAUL C.	Dermatologie
M. PAYOUX P.	Biophysique
M. PAYRASTRE B.	Hématologie
M. PERON J M	Hépatogastro-Entérologie
M. PORTIER G.	Chirurgie Digestive
M. RECHER Ch.	Hématologie
M. RONCALLI J.	Cardiologie
M. SANS N.	Radiologie
Mme SELVES J.	Anatomie et cytologie pathologiques
M. SOL J-Ch.	Neurochirurgie

**P.U.**

M. OUSTRIC S.	Médecine Générale
---------------	-------------------

Professeur Associé de Médecine Générale

Dr. POUTRAIN J.Ch

Dr. MESTHÉ P.

Professeur Associé de Médecine du Travail

Dr NIEZBORALA M.



P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1ère classe		P.U. - P.H. 2ème classe	
M. ACAR Ph.	Pédiatrie	M. ACCADBLE F.	Chirurgie Infantile
M. ALRIC L.	Médecine Interne	Mme ANDRIEU S.	Epidémiologie
M. ARLET Ph. (C.E)	Médecine Interne	M. ARBUS Ch.	Psychiatrie
M. ARNAL J.F.	Physiologie	M. BERRY A.	Parasitologie
Mme BERRY I.	Biophysique	M. BONNEVILLE F.	Radiologie
M. BOUTAULT F. (C.E)	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale	M. BROUCHET L.	Chir. Thoracique et cardio-vasculaire
M. BUSCAIL L.	Hépto-Gastro-Entérologie	M. BUJAN L.	Uro-Andrologie
M. CANTAGREL A.	Rhumatologie	Mme BURA-RIVIERE A.	Médecine Vasculaire
M. CARON Ph. (C.E)	Endocrinologie	M. CHAUFOUR X.	Chirurgie Vasculaire
M. CHAMONTIN B. (C.E)	Thérapeutique	M. CHAYNES P.	Anatomie
M. CHAVOIN J.P. (C.E)	Chirurgie Plastique et Reconstructive	M. CONSTANTIN A.	Rhumatologie
M. CHIRON Ph.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie	M. COURBON F.	Biophysique
Mme COURTADE SAIDI M.	Histologie Embryologie	M. DAMBRIN C.	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. DELABESSE E.	Hématologie	M. DECRAMER S.	Pédiatrie
Mme DELISLE M.B. (C.E)	Anatomie Pathologie	M. DELOBEL P.	Maladies Infectieuses
M. DIDIER A.	Pneumologie	M. DELORD JP.	Cancérologie
M. ESCOURROU J. (C.E)	Hépto-Gastro-Entérologie	M. ELBAZ M.	Cardiologie
M. FOURTANIER G. (C.E)	Chirurgie Digestive	M. GALINIER Ph.	Chirurgie Infantile
M. GALINIER M.	Cardiologie	M. GARRIDO-STÔWHAS I.	Chirurgie Plastique
M. GERAUD G.	Neurologie	Mme GOMEZ-BROUCHET A.	Anatomie Pathologique
M. GLOCK Y.	Chirurgie Cardio-Vasculaire	M. GOURDY P.	Endocrinologie
M. GRAND A. (C.E)	Epidémiol. Eco. de la Santé et Prévention	M. GROLLEAU RAOUX J.L.	Chirurgie plastique
Mme HANAIRE H.	Endocrinologie	Mme GUIMBAUD R.	Cancérologie
M. LAGARRIGUE J. (C.E)	Neurochirurgie	M. HUYGHE E.	Urologie
M. LARRUE V.	Neurologie	M. KAMAR N.	Néphrologie
M. LAURENT G. (C.E)	Hématologie	M. LAFOSSE JM.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. LEVADE T.	Biochimie	M. LEGUEVAQUE P.	Chirurgie Générale et Gynécologique
M. MALECAZE F. (C.E)	Ophthalmologie	M. MARQUE Ph.	Médecine Physique et Réadaptation
Mme MARTY N.	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme MAZEREEUW J.	Dermatologie
M. MASSIP P.	Maladies Infectieuses	M. MINVILLE V.	Anesthésiologie Réanimation
M. PESSEY J.J. (C.E)	O. R. L.	M. MUSCARI F.	Chirurgie Digestive
M. PLANTE P.	Urologie	M. OTAL Ph.	Radiologie
M. RAYNAUD J-Ph.	Psychiatrie Infantile	M. ROLLAND Y.	Gériatrie
M. RITZ P.	Nutrition	M. ROUX F.E.	Neurochirurgie
M. ROCHE H. (C.E)	Cancérologie	M. SAILLER L.	Médecine Interne
M. ROSTAING L. (C.E)	Néphrologie	M. SOULAT J.M.	Médecine du Travail
M. ROUGE D. (C.E)	Médecine Légale	M. TACK I.	Physiologie
M. ROUSSEAU H.	Radiologie	Mme URO-COSTE E.	Anatomie Pathologique
M. SALVAYRE R. (C.E)	Biochimie	M. VAYSSIÈRE Ch.	Gynécologie Obstétrique
M. SCHMITT L. (C.E)	Psychiatrie	M. VERGEZ S.	O.R.L.
M. SENARD J.M.	Pharmacologie		
M. SERRANO E. (C.E)	O. R. L.		
M. SOULIE M.	Urologie		
M. SUC B.	Chirurgie Digestive		
Mme TAUBER M.T.	Pédiatrie		
M. VELLAS B. (C.E)	Gériatrie		

M.C.U. - P.H.		M.C.U. - P.H	
M. APOIL P. A.	Immunologie	Mme ABRAVANEL F.	Bactério. Virologie Hygiène
Mme ARNAUD C.	Epidémiologie	Mme ARCHAMBAUD M.	Bactério. Virologie Hygiène
M. BIETH E.	Génétique	M. BES J.C.	Histologie - Embryologie
Mme BONGARD V.	Epidémiologie	M. CAMBUS J.P.	Hématologie
Mme CASPAR BAUGUIL S.	Nutrition	Mme CANTERO A.	Biochimie
Mme CASSAING S.	Parasitologie	Mme CARFAGNA L.	Pédiatrie
Mme CONCINA D.	Anesthésie-Réanimation	Mme CASSOL E.	Biophysique
M. CONGY N.	Immunologie	Mme CAUSSE E.	Biochimie
Mme COURBON	Pharmacologie	M. CHASSAING N.	Génétique
Mme DAMASE C.	Pharmacologie	Mme CLAVE D.	Bactériologie Virologie
Mme de GLISEZENSKY I.	Physiologie	M. CLAVEL C.	Biologie Cellulaire
Mme DELMAS C.	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme COLLIN L.	Cytologie
Mme DE-MAS V.	Hématologie	M. CORRE J.	Hématologie
M. DUBOIS D.	Bactériologie Virologie Hygiène	M. DEDOUIT F.	Médecine Légale
Mme DUGUET A M.	Médecine Légale	M. DELPLA P.A.	Médecine Légale
Mme DULY-BOUHANICK B.	Thérapeutique	M. EDOUARD T.	Pédiatrie
M. DUPUI Ph.	Physiologie	Mme ESCOURROU G.	Anatomie Pathologique
Mme FAUVEL J.	Biochimie	Mme ESQUIROL Y.	Médecine du travail
Mme FILLAUX J.	Parasitologie	Mme GALINIER A.	Nutrition
M. GANTET P.	Biophysique	Mme GARDETTE V.	Epidémiologie
Mme GENNERO I.	Biochimie	M. GASQ D.	Physiologie
Mme GENOUX A.	Biochimie et biologie moléculaire	Mme GRARE M.	Bactériologie Virologie Hygiène
M. HAMDI S.	Biochimie	Mme GUILBEAU-FRUGIER C.	Anatomie Pathologique
Mme HITZEL A.	Biophysique	Mme INGUENEAU C.	Biochimie
M. IRIART X.	Parasitologie et mycologie	M. LAHARRAGUE P.	Hématologie
M. JALBERT F.	Stomato et Maxillo Faciale	Mme LAPRIE Anne	Cancérologie
M. KIRZIN S.	Chirurgie générale	M. LEANDRI R.	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme LAPEYRE-MESTRE M.	Pharmacologie	M. LEPAGE B.	Biosstatistique
M. LAURENT C.	Anatomie Pathologique	M. MARCHEIX B.	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mme LE TINNIER A.	Médecine du Travail	Mme MAUPAS F.	Biochimie
M. LOPEZ R.	Anatomie	M. MIEUSSET R.	Biologie du dével. et de la reproduction
M. MONTOYA R.	Physiologie	Mme PERIQUET B.	Nutrition
Mme MOREAU M.	Physiologie	Mme PRADDAUDE F.	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire	M. RIMAILHO J.	Anatomie et Chirurgie Générale
M. PILLARD F.	Physiologie	M. RONGIERES M.	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme PRERE M.F.	Bactériologie Virologie	Mme SOMMET A.	Pharmacologie
Mme PUISSANT B.	Immunologie	M. TKACZUK J.	Immunologie
Mme RAGAB J.	Biochimie	M. VALLET M.	Physiologie
Mme RAYMOND S.	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme VEZZOSI D.	Endocrinologie
Mme SABOURDY F.	Biochimie		
Mme SAUNE K.	Bactériologie Virologie		
M. SOLER V.	Ophthalmologie		
M. TAFANI J.A.	Biophysique		
M. TREINER E.	Immunologie		
Mme TREMOLLIÈRES F.	Biologie du développement		
M. TRICOIRE J.L.	Anatomie et Chirurgie Orthopédique		
M. VINCENT C.	Biologie Cellulaire		
		M. BISMUTH S.	M.C.U. Médecine Générale
		Mme ROUGE-BUGAT ME	Médecine Générale

**Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale**

Dr STILLMUNKES A.  
Dr BRILLAC Th.  
Dr ABITTEBOUL Y.

Dr ESCOURROU B.  
Dr BISMUTH M.  
Dr BOYER P.  
Dr ANE S.

## Remerciements

*Aux membres du jury,*

**A notre Présidente de jury, Madame le Professeur Fatémeh NOURHASHEMI,** pour le grand honneur que vous nous faite de présider ce jury. Trouvez ici, l'expression de notre profonde reconnaissance pour nous avoir permis de réaliser ce travail. Votre rigueur et votre implication dans la pratique de la médecine gériatrique restent un exemple.

**A Monsieur le Professeur Stéphane OUSTRIC,** pour avoir accepté de juger notre travail. Merci de votre implication et de tout ce que vous faite pour la médecine générale. Veuillez trouver ici nos sincères remerciements et notre plus grand respect.

**A Madame le Professeur Odile BEYNE - RAUZY,** merci de l'honneur que vous nous faites de siéger au jury de cette thèse. Votre présence nous honore et soyez assuré de notre plus grand respect.

**A Monsieur le Docteur Laurent BALARDY,** merci de participer à l'évaluation de notre travail. Au vue de votre engagement professionnel sur le sujet, votre regard sur notre travail est essentiel.

**A Monsieur le Docteur Bruno CHICOULAA,** un grand merci d'avoir bien voulu être notre directeur de thèse, en nous accordant votre temps et votre confiance. Votre présence tout au long de ce travail, votre implication, vos conseils, et votre gentillesse nous ont permis de réaliser cette thèse.

**A Madame le Docteur Marie Noëlle CUFI,** Nous sommes très sensibles à votre présence dans ce jury. Veuillez trouver ici l'expression de nos remerciements et de notre profond respect.

*Un remerciement particulier,*

**A Madame le Docteur Brigitte ESCOURROU,** pour ses conseils et son aide précieuse tout au long de la réalisation de ce travail qualitatif.

**A tous les participants des focus group.**

Je dédie ce travail à mes grands parents maternels, Papi et Mamie Dédé, par votre amour et vos chemins de vie, vous avez laissé une empreinte sur mes choix personnels et professionnels pour avancer sur mon propre chemin ...

*A ma mère et Franck*, pour votre soutien, votre patience et votre amour tout au long de ces études interminables.

*A mon père*, pour ton soutien, ton amour et tes encouragements tout au long de ces années.

*A ma petite sœur*, mon amie de toujours, pour ton soutien, tes « remontages de bretelles » et pour ton caractère affirmé qui me pousse à affirmer le mien. *A Thibault* et mon merveilleux filleul, *Raphaël*, pour la joie que vous mettez dans mon cœur.

*Aux membres de ma famille*, mes grands parents paternels, mes tontons, mes taties, mes cousins, mes cousines, pour leur soutien et leur gentillesse. Un Merci spécial à *Manue*, une grande cousine douée d'une grande écoute et d'une grande sagesse.

*Aux membres de ma belle famille*, qui me soutiennent depuis peu mais qui vont devoir me supporter pendant longtemps.

*A Amandine*, mon maître, ma rock star, un immense et chaleureux merci pour tes conseils et ta bienveillance. *A Marc et Florence*, biens plus que des voisins, vous êtes une source de conseils et de réconforts dorénavant indispensables. *A mes amis* de longue date, Clémentine, Sophie, Marie - Alexie, Gaby, Léa pour leur amitié fidèle.

*A tous mes co-internes* avec lesquels j'ai eu l'honneur de travailler mais surtout de partager ce quotidien pas toujours facile. A celles des premières heures : Bénédicte et Claire, mais aussi Léa, aux fofolles : Fanny et Lorène, aux passionnées de gériatrie : Adélaïde et Carole.

*A tous les médecins* qui ont marqué mon parcours d'interne : les Docteurs Cufi et Costes, le Docteur Delga, le Docteur Salva, Emilie, Sylvie, Julien, Olivier, Laurent, Stéphanie, Philippe, Sarah et Laurent. *A toutes les équipes para - médicales* qui ont croisé ma route et qui ont laissé leurs empreintes dans ma jeune carrière de médecin.

*A Florian*, merci d'avoir partagé ce travail avec moi, merci pour ton investissement, ta qualité de travail, ton soutien et ta générosité. Bonne route à toi ...

*A Claire*, ma moitié, ma petite femme.

**Sophie.**



A Déborah, ma compagne pour son soutien sans faille, son aide précieuse, sa motivation et son implication au quotidien durant ces dix années d'études. Merci encore et toujours.

A mes parents pour m'avoir soutenu et guidé dans le choix de ces études. Je vous remercie de m'avoir permis de mener à terme mes projets.

A toute ma famille en Bretagne toujours présente, et particulièrement Maryse et Henry pour leur soutien.

A ma belle famille Géraldine, Daniel, Gérard, Joël, pour leur présence, leur accompagnement, et pour tout ce que l'on partage.

A mes co-internes des urgences de Ranguel et du CHIVA : ravi d'avoir partagé ces stages avec vous. Ce fût très enrichissant.

A tous mes maîtres de stages et leurs collaborateurs durant ces trois ans, du groupe médical de la Tour du Crieu (Dr Bonrepaux), de Foix (Dr Malagoli), de Pamiers (Dr Côme). Un remerciement particulier au Dr Canel qui m'a fait découvrir et aimer la médecine générale. Au Dr Rocher pour m'avoir appris la réflexion en médecine générale, et passé six mois vraiment enrichissants. Le Dr Guintoli pour m'avoir suivi et guidé pendant 1 an. Et enfin au Dr Guiter pour m'avoir fait confiance dès le début. Et à tous pour leur gentillesse.

Mes co-externes Bordelais pour avoir préparé l'internat pendant 2 ans mémorables dans une bonne ambiance. Pour l'amitié qui nous lie et pour le partage de ces années d'études. Caroline, Romain, Emilie, Quentin, Didier, Clara, merci.

A Manu, Alex, Fabien, Nani, Damien, Christophe et Lesly pour les moments de détente et de partage à chaque retour. Pour votre soutien indestructible et votre affection depuis si longtemps.

Un remerciement particulier à Sophie Dardenne pour sa gentillesse, son sérieux, sa motivation durant plus d'un an. Un grand merci pour cette collaboration. Je te souhaite une bonne continuation pour ton avenir personnel et professionnel.

**Florian.**

## Tables des matières

<b>INTRODUCTION</b>	p. 2
<b>METHODOLOGIE</b>	
A. La recherche bibliographique	p. 6
B. La méthode	p. 6
C. Recueil des données : Contexte des entretiens	p. 11
D. Analyse qualitative	p. 12
<b>RESULTATS</b>	
A. Spécificités de la personne âgée	p. 14
B. Le dépistage	p. 16
C. Le diagnostic	p. 19
D. Le test d'évaluation G8	p. 22
E. L'annonce du diagnostic	p. 29
F. La décision thérapeutique	p. 32
G. La relation avec les spécialistes et l'accès à la filière	p. 41
H. Le réseau d'Oncogériatrie	p. 46
I. Le suivi à domicile	p. 50
J. La fin de vie et les soins palliatifs	p. 51
K. Les attentes et la formation	p. 53
<b>DISCUSSION</b>	
A. Les idées fortes	p. 55
B. La validité interne	p. 55
C. La validité externe	p. 57
D. Discussion des résultats	p. 57
E. Propositions et Ouverture	p. 66
F. Synthèse	p. 67
<b>CONCLUSION</b>	p. 69
<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	p. 71
<b>ANNEXES</b>	p. 75

## **INTRODUCTION**

### **Généralités :**

La population âgée augmente au sein notre société. Au 1<sup>er</sup> janvier 2012, les personnes de 65 ans ou plus représentaient 17,1 % de la population (contre 16,0 % il y a dix ans) dont plus de la moitié sont âgées de 75 ans ou plus. Les perspectives en 2060 montrent que 23,6 millions de personnes seraient ainsi âgées de 60 ans ou plus, soit une hausse de 80 % sur une cinquantaine d'années <sup>[1]</sup>.

L'incidence du cancer est en augmentation chez les sujets âgés. Le cancer est devenu la première cause de mortalité entre 65 et 79 ans, et la seconde après 80 ans derrière les maladies cardiovasculaires <sup>[2][3]</sup>. Près d'un tiers des cancers sont diagnostiqués après 75 ans <sup>[4]</sup>.

Les augmentations parallèles et inéluctables de l'espérance de vie et de l'incidence des cancers impliquent la nécessité de développer une politique de soins adaptée aux caractéristiques des patients âgés atteints de cancer. Comment prendre en charge ces patients peu intégrés dans les essais cliniques et optimiser leur prise en charge thérapeutique ? Chez ces patients, la balance bénéfice - risque reste difficile à évaluer <sup>[4]</sup>. D'après la littérature, de nombreux travaux <sup>[5] [6] [7]</sup> ont montré que certains patients bénéficiaient soit de traitements allégés, soit d'une abstention thérapeutique, ou à contrario d'aucun aménagement thérapeutique. L'enjeu de la prise en charge thérapeutique du cancer chez les sujets très âgés repose sur le choix des traitements ayant un meilleur ratio bénéfice - risque pour le patient <sup>[4]</sup>.

### **L'oncogériatrie :**

L'oncogériatrie est un concept relativement récent : il a été forgé à la fin des années 1980 par deux précurseurs, l'un aux Etats-Unis, Lodovico Balducci, et l'autre en Italie, Silvio Monfardini. Ces deux précurseurs émettent le postulat que le cancer de la personne âgée doit être pris en charge avec autant de rigueur que celui de l'adulte jeune, en mettant en œuvre tout l'arsenal thérapeutique disponible.

Dans ce but, l'oncologie gériatrique se développe et se définit par la communication et la collaboration entre les oncologues et les gériatres ce qui paraît être le meilleur moyen pour servir les patients âgés atteints de cancer <sup>[8]</sup>. Cette pluri - et inter - disciplinarité a pour objectif principal d'offrir aux personnes âgées atteintes de cancer une prise en charge

globale de qualité et adaptée, curative ou non, à travers la mise en place d'un *Plan Personnalisé de Soins (PPS)*. Pour y arriver, l'oncogériatrie prend en compte les aspects médicaux, psycho-cognitifs et sociaux très souvent associés, appréciés grâce à une évaluation gériatrique préalable <sup>[9][10]</sup>.

La dynamique oncogériatrique est particulièrement active en France. Le réseau de structures mis en place par *l'Institut National du Cancer (INCa)*, et les règles définies par le Plan Cancer ont donné la priorité à l'organisation et au développement de l'oncogériatrie <sup>[11]</sup>. En effet pour améliorer la prise en charge des patients âgés cancéreux, les deux Plans Cancers (2003 - 2006 puis 2009 - 2013) préconisent de développer la collaboration entre les oncologues et les gériatres. Depuis 2006, sous l'impulsion de l'INCa, 15 *Unités Pilotes de Coordination en Onco - Gériatrie (UPCOG)* ont été mises en place pour dynamiser la recherche clinique et diffuser les bonnes pratiques en s'appuyant sur des recommandations de pratique clinique en oncogériatrie validées scientifiquement <sup>[12][13][14][15][16][17]</sup>.

L'organisation oncogériatrique est fondée sur deux principales règles. La première est d'avoir une évaluation gériatrique pour tous les patients qui le nécessitent, avant la *Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP)*. La seconde est d'inclure systématiquement l'avis et les conclusions du gériatre à la RCP du patient <sup>[13]</sup>. Le but étant d'adapter au mieux la prise en charge thérapeutique aux patients <sup>[7]</sup>. L'oncogériatrie n'est donc pas une sous-spécialité, mais un concept qui est devenu une pratique.

Certaines études ont montré que la prise en charge en oncogériatrie permettait de meilleurs résultats de traitement, des toxicités moins importantes et une moindre mortalité <sup>[18]</sup>. D'autres rapportent également les bénéfices de l'évaluation et du suivi gériatrique spécialisé en termes d'amélioration de l'état fonctionnel et des fonctions cognitives des patients, de réduction des thérapeutiques, des coûts médicaux et de l'amélioration de la survie <sup>[19][20]</sup>. Il est démontré que la proportion de personnes âgées incluses dans les essais thérapeutiques est actuellement limitée <sup>[21][22]</sup>, il paraît donc nécessaire d'augmenter ce nombre d'inclusions et d'études dédiées aux personnes âgées.

En pratique, l'oncogériatrie doit élaborer le *PPS* du malade âgé atteint de cancer. Cela demande une collaboration active des oncologues et des gériatres, mais aussi, celle de tous les acteurs de soins primaires qui gravitent autour du patient : médecins généralistes, personnels médicaux et para - médicaux, acteurs sociaux et familiaux <sup>[23][24]</sup>.

**L'évaluation gériatrique en oncogériatrie :**

*L'Evaluation Gérontologique Standardisée (EGS)* se sert d'échelles validées pour dépister précocement et objectivement les affections fréquentes chez la personne âgée en quantifiant leurs fonctions cognitives, l'autonomie fonctionnelle, les comorbidités, la dépression ou l'état nutritionnel <sup>[25]</sup> <sup>[26]</sup>. Ce « gold standard » qu'est l'évaluation gériatrique globale de tous les patients atteints de cancer est impossible pour plusieurs raisons (disponibilité des médecins, coût, organisation). C'est pour cela que l'équipe de « A. Bellera, M. Rainfray SL. Soubeyran » a développé un outil de dépistage rapide appelé le G8. Cet outil ne vise pas à remplacer l'expertise des gériatres pour le diagnostic de la fragilité, mais est utilisé comme un outil d'identification des patients qui auraient besoin d'une évaluation gériatrique pour se voir proposer des soins appropriés <sup>[27]</sup>.

L'outil de dépistage gériatrique Oncodage est donc mis à la disposition de tous les oncologues pour leur permettre de repérer facilement les patients fragiles parmi leurs patients atteints de cancer avant toute prise de décision thérapeutique. Actuellement cet outil n'a été validé qu'au niveau hospitalier.

#### **Le rôle du médecin traitant :**

Les médecins généralistes sont au premier plan de la prise en charge de la personne âgée atteinte de cancer. Ils sont les praticiens de soins primaires les mieux à même de connaître le passé médical, l'histoire, la composante familiale et sociale de leur patient. Ils sont ceux qui peuvent réaliser le diagnostic précoce, qui peuvent aider leur patient dans sa prise de décision. Ils coordonnent la prise en charge au domicile, soit seuls, soit dans le cadre d'un réseau ou d'une institution <sup>[24]</sup>.

L'une des mesures du Plan Cancer 2009 - 2013 est de renforcer la fonction de proximité du médecin traitant pendant la phase thérapeutique aiguë et lors de la période de surveillance. Compte-tenu de l'incidence des cancers dans les années à venir, la prise en charge en oncologie évolue avec une augmentation des prises en charge à domicile. Le médecin généraliste devra affirmer son rôle, connaître les filières mises à sa disposition et développer ses relations avec les autres intervenants autour de ces patients.

Le nouveau Plan Cancer 2014 - 2019 a pour but d'améliorer la coordination ville - hôpital en sollicitant plus fortement les professionnels de premier recours avec en première ligne le médecin traitant. Ce nouveau Plan doit permettre une amélioration des échanges en fournissant à l'hôpital des informations sur leur connaissance de l'environnement psychosocial du patient et sur les éléments issus de la surveillance au domicile <sup>[28]</sup>.



Néanmoins cette prise en charge optimale n'existe que par les lignes directrices des différents Plans Cancer. La prise en charge d'une personne âgée par le médecin généraliste reste, en pratique, complexe et non standardisée.

### **Définition du sujet :**

Dans un premier temps, nous avons recherché les travaux déjà réalisés sur la place et le rôle des médecins généralistes face aux patients âgés de plus de 75 ans atteints de cancer. Lors de cette recherche, nous avons constaté que ces travaux ne répondaient pas à notre problématique. En effet, nous n'avons trouvé aucune étude sur le vécu et les attentes des médecins généralistes face à cette population. Nous avons donc élargi dans un second temps notre champ d'investigation à l'organisation du réseau d'oncogériatrie et sa relation avec la médecine générale à travers un outil de dépistage gériatrique en oncologie, le test G8. Comment les médecins généralistes voient-ils les choses dans leur pratique clinique quotidienne ? Quelle est leur prise en charge du patient âgé atteint de cancer au quotidien ? Quels sont leur vécu et leurs attentes face à cette problématique ?

**L'objectif de notre étude est de déterminer le vécu et les attentes des médecins généralistes face aux personnes âgées atteintes de cancer dans leur pratique quotidienne, dans leurs relations avec les médecins spécialistes et avec le réseau oncogériatrique à travers le test G8.**

## **METHODOLOGIE**

### **A. LA RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE**

Nous avons effectué notre recherche bibliographique dès le mois de mai 2013, à partir des bases de données et des moteurs de recherche francophones et anglosaxons comme PubMed, Sudoc, Medline, Doc'CISMeF, E.M.C et Google Scholar en utilisant les mots clés suivants à l'aide des opérateurs booléens:

- En français: cancer, personne âgée, médecine générale, oncogériatrie, médecin généraliste, oncologie, prise en charge, suivi, réseau de soins.
- En anglais: cancer, neoplasm, elderly person, general practice, oncology geriatric, general practitioner.

Nous avons essentiellement utilisé les documents disponibles en ligne ou à la bibliothèque universitaire de médecine tels que des enquêtes d'opinion et des thèses. D'autres sources statistiques et d'informations sur les professionnels de santé ont été également utilisées comme *EGORA (Archives de la Revue du Praticien et de la Revue du Praticien Médecine Générale)*.

### **B. LA METHODE**

#### **1. Définition de la question**

Comme précédemment décrit en introduction nous avons choisi de travailler sur trois thématiques. Le vécu et les attentes du médecin généraliste:

- face à la personne âgée cancéreuse dans sa pratique quotidienne,
- dans sa relation avec les médecins spécialistes,
- au sein du réseau oncogériatrique à travers l'outil de dépistage gériatrique, le test G8.

#### **2. La méthode en recherche qualitative**

##### Le choix de la méthode qualitative

Afin de répondre à notre question principale, nous avons décidé de choisir une méthode qui nous permettrait d'avoir des résultats en termes de mots et de ressenti, et non de données chiffrées. Nous avons recherché à identifier les attentes, le vécu et les besoins des

médecins généralistes face à cette problématique spécifique, permettant ainsi de dégager des hypothèses pour améliorer la qualité des soins.

La recherche qualitative est particulièrement appropriée lorsque les facteurs observés sont difficiles à mesurer objectivement. Elle ne cherche pas à quantifier ou à mesurer, elle consiste le plus souvent à recueillir des données verbales. La méthode qualitative nous a paru être la méthode la plus adaptée pour évaluer l'expérience personnelle, les perceptions, les comportements, la pratique et les attitudes des médecins généralistes sur le sujet.

### Réflexivité : Le rôle des chercheurs

Sophie Dardenne et Florian Boennec, internes en Médecine Générale, sont les observateurs lors des différents focus group réalisés. Le Docteur Bruno Chicoulaa, médecin généraliste et directeur de thèse, est le modérateur de ces focus group.

Pour Florian Boennec, ce qui l'a amené à réaliser cette thèse sur le thème de l'oncogériatrie a été l'intérêt pour la gériatrie et de la fin de vie, après le passage dans le service de l'HAD du Chiva en Ariège. Il faisait l'intermédiaire entre le médecin généraliste et l'hôpital, entre les cures de chimiothérapie chez les patients âgés. Cela lui a donné l'envie de comprendre le point de vue des médecins généralistes pour essayer de trouver des pistes d'amélioration de la prise en charge de ces patients en ambulatoire.

Pour Sophie Dardenne, après un stage de gériatrie lors de son premier semestre d'internat, elle décide d'orienter sa pratique vers cette discipline en s'inscrivant au DESC de Gériatrie. Elle rencontre par ce biais le Docteur Laurent Balardy qui lui propose de réaliser un travail sur l'onco-gériatrie afin d'appréhender la vision, la place et le rôle des médecins généralistes au sein de cette spécialité.

### La technique de recueil de données : l'entretien en focus group

Dans la méthode qualitative plusieurs types d'entretiens, individuels ou collectifs, sont possibles :

- l'entretien individuel ou collectif qui peut être structuré (directif) où l'interviewer impose le déroulement de l'entretien à travers un schéma de questions-réponses,

- l'entretien semi structuré (semi directif) dont le guide d'entretien résume les thèmes à aborder, mais l'interviewer n'impose pas l'ordre,
- l'entretien libre dont la base n'est que la question ouverte posée au début.

Dans notre étude, nous avons choisi de réaliser un groupe de discussion semi dirigé, appelé focus group. Le modérateur, notre directeur de thèse, interroge les participants à partir du guide d'entretien. Nous, deux internes de médecine générale, avons pris le rôle d'observateurs (enregistrement audio des entretiens, relevé des attitudes et du non verbal).

Un focus group doit rassembler des médecins généralistes d'horizons différents. Le modérateur doit interroger le groupe avec des questions ouvertes afin de laisser suffisamment de liberté aux médecins généralistes pour s'exprimer sur leur vécu et leurs attentes. Le focus group permet de recueillir les points de vue d'un groupe de participants concernés par le sujet avec comme intérêt majeur la dynamique du groupe. Les différents médecins présents devaient avoir le même statut et ne pas être, si possible, spécialisés dans le thème abordé. Nous avons cherché à avoir un maximum de diversité pour avoir plusieurs avis différents et idées divergentes au sein d'un même focus group.

Le fait de poser une question à plusieurs médecins à la fois a permis de créer une véritable interaction entre les différents participants. En effet, lorsque l'un des médecins répondait à cette question, les autres médecins pouvaient réfléchir et répondre directement à celui-ci, pour construire une réflexion, faire ressortir une opposition ou un point de vue identique. De réelles discussions se sont organisées après une seule question ouverte.

### L'échantillonnage : Sélection de la population

#### *La population interrogée*

Les médecins généralistes ont été recrutés par réseau de connaissance dans trois départements de la région Midi-Pyrénées, le Tarn, la Haute-Garonne et l'Ariège, sur la base du volontariat. Le critère d'inclusion était le fait d'être un médecin généraliste du département en question exerçant une partie de leur activité en cabinet libéral.

#### *Combien de personnes devrions-nous avoir pour les focus group ?*

Pour chacun des focus group, nous avons considéré qu'il fallait entre 6 à 12 médecins généralistes par département. L'échantillon est choisi pour des raisons de faisabilité dans

des groupes de médecins déjà existants, ou avec des médecins se connaissant, pour permettre une certaine cohésion, une meilleure participation de tous les praticiens et une bonne dynamique de groupe. La sélection des participants a recherché la variation maximale des opinions pour faire émerger tous les points de vue sur le sujet sans viser une représentativité de la population.

L'objectif de l'étude était d'arriver à saturation des données par la multiplication des focus group. Dès le deuxième focus group nous avons constaté la quasi saturation des données. Nous avons cependant réalisé un troisième focus group pour être certain qu'aucune autre donnée n'émergerait de cette dernière réunion.

### Méthode de recrutement

En ce qui concerne le focus group réalisé dans le Tarn, nous avons sélectionné un groupe de médecins généralistes appartenant au même groupe de pairs qui nous a été conseillé par le Professeur Marc Vidal, référent au Département Universitaire de Médecine Générale (*DUMG*) de Toulouse et médecin généraliste exerçant à Castres, et par le Docteur Nathalie Hess, oncologue exerçant au Centre Hospitalier de Castres.

Pour le focus group de la Haute Garonne, les praticiens ont été sélectionnés par réseaux de connaissance de deux médecins généralistes. Certains étaient Maîtres de Stage Universitaire.

Dans l'Ariège, nous avons sélectionné un groupe de médecins généralistes dans quatre cabinets différents, de quatre villes différentes. Certains étaient maitres de stage universitaire ou appartenaient au Conseil de l'Ordre d'Ariège. Ils nous ont été conseillés par le Docteur Guiter, maitre de stage à la Tour du Criou, et le Docteur Rocher, Président du Conseil de l'Ordre et maitre de stage à Pamiers.

Les médecins participants aux différents focus group connaissaient notre statut et le statut du modérateur. Le thème de l'étude leur avait été donné, mais ni la question de recherche ni les détails du guide d'entretien ne leur avaient été communiqués avant la réunion.



### **3. Éthique et confidentialité des données**

Le projet de cette étude qualitative a été soumis et validé par la Commission d'Éthique du DUMG. Chaque médecin participant au focus group a reçu une lettre d'information en début de séance, résumant le but de l'étude et un formulaire de consentement pour l'enregistrement audio. Il nous est apparu important d'assurer une confidentialité des données en garantissant aux médecins que les informations enregistrées seraient rendues anonymes.

### **4. Le guide d'entretien**

Le guide d'entretien a été mis au point à partir de nos recherches bibliographiques. Il a servi de trame pour les entretiens afin qu'ils soient les plus reproductibles possibles et donc comparables. Cette trame a permis d'aborder l'ensemble des thèmes voulus. Il a été élaboré avec une majorité de questions ouvertes, pour permettre aux médecins généralistes de développer leurs idées sur le sujet. L'une des particularités de la méthode qualitative est que le guide d'entretien peut être évolutif en fonction de la réalisation des précédents entretiens.

Le guide a suivi l'ordre logique du parcours d'un patient âgé cancéreux. Il contenait une question « brise glace », des questions organisées par thème (ouvertes, claires, simples et neutres, avec une seule idée) ainsi que des questions de relance de progression logique permettant d'ouvrir la discussion. *(cf. annexe n° 1 avec références)*

Un premier guide d'entretien a été soumis à l'avis du Docteur Brigitte Escourrou, référente de l'étude qualitative au sein du DUMG de Midi-Pyrénées, afin d'en adapter les formulations et la compréhension des questions. Nous avons effectué en amont des focus group des entretiens individuels préalables. Nous avons testé ce guide sur trois médecins généralistes : le Docteur Lambrechts dans le Tarn, le Docteur Burguier en Haute Garonne, et le Docteur Guiter en Ariège. Ils ont été intégralement enregistrés et retranscrits. Ils n'ont pas apporté de modification au guide d'entretien.

Le guide d'entretien a été modifié avant le second focus group en y ajoutant une question sur la notion des directives anticipées.

## **C. RECUEIL DES DONNEES : CONTEXTE DES ENTRETIENS**

Le recueil des données a été réalisé lors de réunions qui ont regroupé 7 à 11 médecins généralistes, dans un lieu différent à chaque fois (au domicile d'un des médecins dans le Tarn, dans une salle annexe d'un cabinet en Haute Garonne, et dans la salle du Conseil de l'Ordre en Ariège).

Les différentes techniques de communication d'une interview ont été utilisées :

- la reformulation où le modérateur résumait ce que les médecins venaient de dire avec ses propres mots. Cette technique a permis d'une part de s'assurer que le modérateur avait bien compris et d'autre part de laisser la possibilité au médecin de corriger ou compléter les informations données ;
- les relances pour approfondir un sujet donné spontanément par les médecins généralistes et qui correspondait soit à un thème encore non abordé dans le focus group (et qui permet alors d'orienter le groupe sur ce thème), soit à un nouveau thème auquel le modérateur n'avait pas pensé dans son guide d'entretien mais qui pouvait l'intéresser pour sa recherche. Dans les 2 cas, la relance était formulée en reprenant les mêmes termes que ceux utilisés spontanément par les médecins généralistes ;
- le recentrage qui permettait au modérateur, en revenant sur la phrase d'entame, de reprendre la direction de l'entretien dans les cas où les médecins s'éloignaient trop du sujet de recherche. Cette dernière était régulièrement utilisée pour recadrer la dynamique de groupe.

Les discussions ont été enregistrées uniquement sur le plan sonore par deux enregistreurs numériques, et des notes ont été prises sur le non verbal du focus group. Seul le prénom des participants était demandé avant de prendre la parole pour faciliter la retranscription. Les différentes conditions de réalisation des entretiens de groupe ont toutes été précisément relevées afin d'en tenir compte lors de l'analyse.

Tous les participants ont été remerciés de leur participation en début et en fin d'entretien. Une fiche de consentement ainsi qu'une fiche de renseignements généraux ont été remplies en début de séance par les différents médecins généralistes. Le débriefing entre modérateur et les deux observateurs a été effectué après chaque groupe et notifié par écrit.

## **D. ANALYSE QUALITATIVE**

Les entretiens ne donnent pas de réponses immédiates à nos questions. C'est l'analyse du verbatim des différents focus group qui nous a permis d'accéder aux résultats.

### **1. La retranscription du discours**

Les retranscriptions de chaque focus group ont été complètes, (questions du modérateur et réponses des médecins généralistes), intégrales et littérales du mot à mot ou « verbatim » par les deux chercheurs.

Tous les éléments de la ponctuation usuelle ont été utilisés pour retranscrire la parole des médecins généralistes en discours écrit. Les données recueillies lors des focus group ont été influencées par la dynamique d'échange du groupe, c'est pourquoi il était important de restituer le contexte au cours de l'analyse des données et de l'interprétation des résultats. Nous avons également réalisé la retranscription des notes des observateurs (précisant le ton, les émotions, les gestes des médecins) et du débriefing entre animateur et observateurs (regroupant les différentes conditions de réalisation des entretiens) afin d'en tenir compte lors de l'analyse. Nous avons effectué ces retranscriptions dans les jours suivant le focus group, avec le souci d'être le plus exhaustif possible tant sur le verbatim que sur les intonations et le non verbal.

Après l'accord de l'ensemble des participants, seul le prénom des praticiens était donné et nommé durant le focus group et enregistré pour retranscription. Toujours dans un souci d'anonymat, le prénom de chaque médecin a été remplacé par une abréviation F1 (focus group 1) et D1 (docteur numéro 1) lors de la retranscription.

L'ensemble des retranscriptions des trois focus group est répertorié dans une annexe supplémentaire (*disponible en intégralité en pièce jointe*).

### **2. Le contexte d'énonciation**

L'intégralité des verbatims est conservée et utilisée autant de fois que nécessaire pour replacer les unités de sens dans leur contexte

### **3. L'analyse thématique**

Nous avons choisi d'analyser le premier focus group avant de réaliser le second, pour permettre d'adapter le guide d'entretien si cela était nécessaire. Le codage du second a été réalisé également avant la réalisation du dernier focus group.

Nous avons effectué l'analyse du discours ou verbatim de façon indépendante c'est à dire chaque interne de son côté. Nous avons découpé la totalité du verbatim en unité de sens. L'unité de sens est un morceau de phrase ayant un sens propre, une idée unique. Puis nous avons traduit ces unités de sens (verbatim découpé) en codes. Le classement de ces codes a permis de faire apparaître des sous thèmes, puis des thèmes communs.

La fragmentation du verbatim et le codage ont été réalisés manuellement et intégralement retranscrit dans un document Excel.

La dernière étape de l'analyse est effectuée une fois que les trois focus group ont été réalisés et codés. Le regroupement des sous thèmes et des thèmes permet de faire ressortir les idées principales communes aux différents focus group. Ces idées permettant secondairement de faire émerger des hypothèses.

En annexe, une partie du tableau Excel qui reprend l'ensemble des trois focus group et de nos thèmes (*annexe n°2*).

Pour résoudre les possibles problèmes d'interprétation des unités de sens, une triangulation des données d'analyse a été mise en place. Lorsqu'il y avait un conflit lors de l'interprétation des thèmes entre nous, il a été résolu par le modérateur. En cas de divergence, le problème a été résolu en réécoutant les enregistrements ensemble.

Thème	Sous thème		Verbatim FG1	Verbatim FG2
		Code A	F1D1 « ... »	F2D1 « ... »
		Code B	F1D2 « ... »	

## RESULTATS

Entre novembre 2013 et mars 2014, nous avons réalisé trois focus group, dans trois départements de la région Midi - Pyrénées : le Tarn, la Haute - Garonne et l'Ariège. Dans le Tarn, 11 médecins généralistes ont participé au premier focus group, dont 8 médecins hommes et 3 médecins femmes, avec une moyenne d'âge de 53.3 ans (29 - 64). Il a duré 1 heure et 38 minutes. En Haute Garonne, 7 médecins composaient le focus group, avec 4 hommes et 3 femmes, une moyenne d'âge de 48.7 ans (39 - 61). Il a duré 1 heure et 28 minutes. En Ariège, nous avons regroupé 8 médecins, dont 6 hommes et 2 femmes, une moyenne d'âge de 48 ans (39 - 59). Ce dernier focus group a duré 1 heure et 29 minutes. Les caractéristiques de chaque focus group, ainsi que de chaque médecin, sont résumées dans les talons sociologiques en annexe (*annexe n°3*).

Nous allons maintenant décrire les différents résultats en énumérant les divers thèmes abordés au cours de nos focus group. Après l'analyse transversale du verbatim, nous avons choisi de traiter les thèmes les uns après les autres comme décrit dans notre guide d'entretien.

### A. SPECIFICITES DE LA PERSONNE AGEE

#### 1. Définition de la personne âgée

Cette question soulève la notion de l'âge limite ou frontière définissant une personne comme âgée. En effet pour nombre de médecins généralistes interviewés cette limite est floue et peu précise en pratique. Ils se demandent à quel âge peut-on considérer une personne comme âgée : *F3D2 "Personne âgée ? Quel âge ? A partir de quel âge on peut parler de personne âgée ?"*. La limite d'âge fixée à 75 ans leur paraît dans certaines conditions non adaptée à leur pratique clinique et au sentiment du patient : *F2D7 "Mais à l'heure actuelle, je sais pas si on est vraiment âgée à 75 ans ?"*

Certains médecins soulèvent également la différence qu'il peut y avoir entre le grand âge et le très grand âge : *F2D5 "Je ferais la part entre la personne âgée et le très grand âge"*, ou encore la différence de vision en fonction du lieu de vie. C'est-à-dire qu'en zone rurale, à 75 ans, les patients peuvent être encore considérés comme jeune : *F1D8 "Pour nous 75 ans c'est pas âgé" / "Donc déjà 75 ans pour nous, dans les zones rurales ça paraît parfois jeune"*.



## **2. Retentissement de la population âgée atteinte de cancer sur l'activité du médecin généraliste**

Deux visions se distinguent, un médecin interviewé pense que c'est une activité fréquente en pratique clinique quotidienne : F2D6 "*Je dirais de plus en plus fréquent*"/ "*Je dirais presque une activité quotidienne*". Alors que d'autres estiment que ce n'est pas une activité fréquente, mais plutôt rare dans leur patientèle respective : F2D3 "*Moi j'ai pas l'impression que ce soit une activité quotidienne quand même ...*". Nombreux s'accordent à dire cependant que c'est une activité très chronophage : F2D7 "*Mais par contre quand on en a un, c'est particulièrement lourd parfois à gérer*".

## **3. Prise en charge identique à celle d'un patient jeune**

Cette notion est particulièrement retrouvée au cours du premier focus group. Certains médecins présents lors de cet entretien pensent que la prise en charge du patient âgé peut être la même que pour un patient considéré comme jeune sans influence de l'âge et que quel que soit l'âge l'intervention thérapeutique peut être similaire : F1D1 "*j'ai l'impression que le traitement peut être le même que ce soit à 75 ans ou à 80, qu'à 40 ans, par exemple j'ai une dame qui a un cancer du sein ils ont pris le même traitement que si la dame avait 60 ans, ils n'ont pas tenu compte de l'âge*". L'un d'eux souligne tout de même qu'il a le sentiment que c'est une tendance actuelle et récente : F1D2 "*J'ai l'impression que ces dernières années la tendance c'est de ne pas tenir compte de l'âge*".

## **4. Prise en charge différente et adaptée à la personne âgée**

### **a. En fonction de l'âge**

Pour certains médecins, de par l'âge, la prise en charge d'une personne âgée atteinte de cancer doit être différente : F1D11 "*je trouve qu'il y a quand même des prises en charge différentes en fonction de l'âge, ne serait-ce que la chirurgie déjà ...*", F2D6 "*je crois qu'il faut vraiment s'adapter à l'âge de la patiente*".

### **b. En fonction du lieu de vie**

Le lieu de vie du patient influence également la prise en charge avec une réflexion rurale et urbaine différente : F1D8 "*Donc déjà 75 ans pour nous, dans les zones rurales ça paraît parfois jeune, donc on pas avoir forcément la même réflexion qu'en ville*". L'approche peut être également modifiée en fonction du mode de vie : en institution ou au domicile, de

façon plus ou moins isolée : F1D8 "ou alors c'est le domicile [...] plus délicates à « prendre en charge » car sont souvent isolées, la plus grande difficulté, [...], des fois on intervient parce qu'il n'y a personne d'autre autour ... c'est une problématique qu'on voit assez souvent".

### **c. Hétérogénéité de la population âgée**

Les médecins généralistes pensent que la prise en charge doit s'adapter à l'état général du patient et à la fragilité des personnes âgées : F1D10 "il y en a à 75 ans ou 80 qui vont être en pleine forme et d'autres qui sont considérés comme fragile", "dans ce cas là on a pas du tout la même approche, ni la même prise en charge par rapport à la pathologie".

L'existence de troubles cognitifs motive une attitude différente pour les médecins : F1D11 "Je crois que c'est surtout les problèmes cognitifs liés à l'âge qui vont faire que l'on va avoir un rôle différent, parce que si c'est quelqu'un de 70 ans, mais qui a des troubles cognitifs importants, on sera peut être moins invasif, qu'une personne de 75 ans qui aura un comportement de jeune".

### **d. Attitude fataliste**

L'attitude fataliste de la famille ou des personnes âgées elles-mêmes peut influencer également la prise en charge : F2D2 "ça veut dire (donne l'avis du patient) bon je vais pas m'embêter avec les hôpitaux, les traitements lourds et tout ça donc il y a un certain fatalisme et une certaine philosophie de vie qui peut être tout à fait respectée et c'est surtout ça qui fait la différence à partir d'un certain âge ...". Cela peut concerner aussi l'équipe médicale : F1D9 "Moi je trouve qu'il y a une certaine discordance, [...] que j'observe chez mes confrères spécialistes, concernant les personnes âgées qui sont atteintes de cancer, dans certains cas on a l'impression qu'on serait plutôt fataliste, bein il est vieux, il va mourir d'un cancer, on va pas s'acharner, alors que peut être des fois il y aurait des choses à faire".

## **B. LE DEPISTAGE**

### **1. En fonction des recommandations**

Pour certains médecins, le dépistage est fonction des recommandations qu'ils suivent et respectent dans leur pratique clinique en arrêtant le dépistage à 75 ans dans la plupart des cas : F2D3 "Ben oui, de par les recommandations déjà ... A 75 ans, je vais pas faire de

*PSA par exemple hein, les mammographies non plus je les fais pas faire ...* ". L'argument principal pour appliquer ces recommandations est le fait qu'elles découlent de consensus nationaux : F3D8 *"Parce qu'après tout c'est quelque chose qui sort d'un consensus national. Donc on peut en faire plus, mais pourquoi en faire plus ? Je me dis que si ils ont décidé une date c'est peut être qu'ils avaient des données épidémiologiques qui étaient valables"*.

D'autres médecins se sentent en difficulté par rapport à ces recommandations, ils se sentent déstabilisés par l'arrêt des dépistages de masse et par l'absence de recommandations pour certains cancers : F2D6 *"Après il y a des cancers qu'on dépiste pas comme la peau enfin bon pour lequel il n'y a pas de limite d'âge dans les dépistages hein..." / "mais justement ceux-là est-ce qu'il faut continuer ?"*

## **2. En fonction de l'âge**

### **a. Arrêt du dépistage à partir d'un certain âge**

Certains participants ont soulevé la problématique de l'arrêt des dépistages à partir d'un certain âge en mettant en exergue plusieurs points :

- la difficulté à fixer une limite d'âge à l'interruption de ces dépistages F2D7 *"et après faire une limite stricte je pense que c'est, à l'heure actuelle, assez difficile"*,
- le sentiment d'exclure une partie de la population des dépistages F1D6 *"Il y a un biais aussi à ça, c'est que, tout ce qui est dépistage s'arrête à 74, 75 ans, c'est une population exclue des dépistages, et des dépistages systématiques"*,
- et le fait de découvrir de façon tardive des cancers chez les personnes âgées F2D5 *"et cette histoire de recommandations, on arrête les mammo à 74 ans et bein fait que l'on retrouve des cancers du sein à 80 ans chez nos patientes ..."*.

### **b. A partir de 75 ans**

Certains médecins pensent également qu'à partir de 75 ans il est préférable de réaliser un dépistage sur un signe d'orientation avec la notion de « Dépistage – Symptôme » plutôt qu'un dépistage systématique : F3D4 *"Je pense qu'à partir de 75 ans effectivement on est dans un dépistage individuel, j'aimais bien l'idée du dépistage symptôme"*. Cependant d'autres estiment que cette notion n'est pas du dépistage au sens strict du terme : F3D7 *"effectivement comme tu appelles ça dépistage symptôme, j'appelle pas forcément ça"*

dépistage, j'appelle ça faire de la médecine, tu cherches un diagnostic, [...] Je pense que l'on attend le symptôme, une orientation, et effectivement à ce moment-là, mais c'est plus du dépistage".

Enfin un médecin évoque le coût financier du dépistage de masse après 75 ans : F2D7 "faire un dépistage systématique à 80 ans je crois pas que non plus ça ait un grand intérêt et que ça a un coût économique qui à mon avis doit être peut être conséquent"

### **c. Pas de prise en compte de l'âge**

Deux médecins expriment le fait qu'ils ne retiennent pas l'âge comme facteur d'arrêt du dépistage : F3D2 "Moi je ne prends pas du tout l'âge comme facteur pour arrêter le dépistage".

### **3. En fonction du patient**

Certains médecins mettent en avant le fait d'adapter le dépistage à l'état général du patient (F2D7 "ça dépend de l'état général de la personne"). D'autres poursuivent le dépistage du cancer du sein en fonction de l'état physique des patientes de plus de 75 ans (F2D2 "surtout que l'âge physique est des fois bluffant à cet âge là ... Donc moi je continue à faire les mammo !"). D'autres encore réalisent le dépistage au cas par cas (F2D5 "Donc je pense qu'il faut faire peut être au cas par cas et peut être pas à tout le monde ...").

Les autres facteurs soulevés sont la prise en compte de l'espérance de vie, de la présence de troubles cognitifs (F1D11 "Je crois que c'est surtout les problèmes cognitifs liés à l'âge qui vont faire que l'on va avoir un rôle différent ...") et du souhait du patient (F2D1 "Je pense qu'on oublie quand même aussi le patient lui-même, le souhait du patient ... C'est un élément, il faut poser la question ...").

### **4. En fonction de la pathologie cancéreuse**

Pour certains médecins, le dépistage ne dépend pas que du patient mais également du type de cancer : F2D5 "Mais je pense que selon le type des cancers, des fois ça voit le coup de continuer même après 75 ans".

La notion d'évolution différente des cancers chez les personnes âgées est également mise en évidence par certains médecins, mais les avis sur cette notion restent partagés : F2D1 "mais j'ouvre le débat sur l'évolution des cancers je pense n'est pas la même à 40 ans et à 75 ans ..."

## 5. En fonction des médecins

### a. Généralistes

Un médecin généraliste décrit sa difficulté à arrêter le dépistage de par la subjectivité de cette décision : F3D3 *"C'est vrai que c'est difficile de décider pour lui même quand est-ce qu'on arrête le dépistage ou pas, parce que c'est très subjectif"*. Certains médecins ont soulevé la question du dépistage individuel en s'interrogeant sur sa place chez les personnes âgées.

### b. Spécialistes

Deux autres participants estiment que bien souvent ce sont les spécialistes qui décident d'arrêter le dépistage, spécialement les gastro-entérologues dans le cadre des coloscopies : F3D8 *" C'est souvent le gastro qui arrête, oui plutôt 80"*.

## C. LE DIAGNOSTIC

### 1. En fonction du patient

#### a. Age, espérance de vie et état général

Les médecins généralistes recherchent un diagnostic en fonction du patient, c'est-à-dire qu'ils réfléchissent à la pertinence du diagnostic en fonction de son espérance de vie (F1D3 *"Après on peut se demander si le diagnostic était pertinent, parce que faire un diagnostic de cancer chez une personne avec une espérance de vie très brève, est-ce que c'est un diagnostic pertinent"*), de son état général et de son âge en adaptant la prise en charge pour qu'elle soit peut-être moins invasive que pour un patient plus jeune.

#### b. Présence de troubles cognitifs

La présence de troubles cognitifs entraîne également une prise en charge différente par les médecins. Certains n'entreprennent pas d'examen complémentaires à la recherche d'un diagnostic précis (F2D6 *"Après pour répondre à ta question sur troubles cognitifs et cancer moi j'avoue je suis ... enfin je pousse pas ni l'investigation ni à rien [...] Moi c'est vraiment un frein complet à adresser des gens sur des investigations à la recherche d'une pathologie cancéreuse."*). D'autres s'appuient sur l'avis de l'entourage pour poursuivre les investigations ou pas (F2D1 *"Si on se réfère aux patients qui ont des troubles cognitifs"*



*évolués donc qui sont dans l'incapacité de prendre des décisions, qui sont sous curatelle, ceux-là il va de soi que la décision se prend avec l'aidant ou l'entourage, la famille ...").*

La difficulté d'après les médecins généralistes dans ces cas-là est de peser la balance bénéfique - risque pour continuer ou non des investigations qui pourraient desservir le patient. Cette interrogation a également soulevé deux réflexions :

- le droit au diagnostic des personnes âgées ayant des troubles cognitifs : F2D3 *"Le problème c'est que est-ce qu'on a le droit de considérer le dément même en secteur fermé comme un individu à part qui pourrait ne pas bénéficier d'une recherche de pathologie, d'un traitement ... Ca c'est mon gros problème ..."*.
- la difficulté pour le médecin généraliste de prendre seul cette décision de poursuivre ou non le bilan et son sentiment d'isolement face à cette prise de décision : F2D3 *"Est ce que c'est à moi à décider que ce type parce qu'il est dément on va attendre qu'il meure tranquillement ou qu'il fasse une occlusion ou qu'il fasse ... (soupire) Moi je m'en sors pas vraiment ... J'ai pas résolu mon problème ..."*.

## **2. Intérêt d'aller jusqu'au bout de l'enquête diagnostique**

Deux médecins soulèvent la difficulté de savoir s'il faut aller jusqu'au bout des investigations : F2D3 *"Moi je dis jusqu'où ne pas aller trop loin"*.

Pour certains médecins, l'intérêt est d'obtenir un diagnostic pour discuter de la prise en charge thérapeutique éventuelle et ultérieure (F3D5 *"mais je crois que quelque part il faut être jusque-boutiste quand même, un minima, au moins au niveau diagnostic, après au niveau thérapeutique on peut en rediscuter, avec les éléments"*), pour rechercher une explication au problème médical rencontré, pour l'aspect médico – légal et/ou pour la famille (F3D4 *"sauf que souvent la famille demande d'aller au bout"*).

Quelques médecins généralistes se demandent l'intérêt de persévérer pour obtenir un diagnostic chez ces personnes âgées alors qu'il n'y aura peut-être pas de traitements à leur proposer ou bien que ces traitements ne seront pas efficaces : F2D7 *"Enfin tu vas trouver des choses, mais tu vas pas forcément pouvoir le traiter de façon efficace ..."*.

Dans ces conditions, le rôle du médecin est de savoir dire stop aux investigations en discutant avec les proches du patient : F3D5 *"Je crois qu'il faut quand même à ce moment-là, quand tu as des personnes très âgées et qu'effectivement les co-morbidités sont là, on a*

*un rôle de discussion avec une famille éventuelle, les proches, les aidants pour savoir dire stop ".*

### **3. Notion de retard de diagnostic**

#### **a. Pas de retard de diagnostic**

Deux médecins au cours du troisième focus group estiment qu'il n'y a pas de retard de diagnostic de cancer chez les sujets âgés car ils bénéficient d'un suivi plus régulier : F3D8 *"De ma part, je n'ai pas l'impression qu'il y ait un retard de diagnostic."*, F3D3 *"parce que je pense que les personnes âgées on les suit plus souvent, on les voit beaucoup plus régulièrement, que les gens plus jeunes, et on fait plus d'exams aussi"*.

#### **b. Facteurs influençant un retard de diagnostic**

Cependant la plupart des médecins interrogés pensent qu'il y a un retard de diagnostic et l'expliquent par plusieurs facteurs :

- Par la prise en charge médicale, lorsqu'elle est faite en structure hospitalière, un des médecins a le sentiment que le diagnostic est fait avec du retard ou pas fait du tout. Mais d'autres estiment que l'attitude du médecin généraliste peut être aussi la cause de ce retard par la focalisation sur les pathologies courantes (F3D7 *"C'est vrai que chez la personne âgée, même si on les voit souvent, on est très axés sur leurs pathologies courantes, celles qu'on a l'habitude de traiter et quelque fois un peu moins à l'écoute des autres pathologies et des autres symptômes exposés"*), par habitude ou par la représentation du cancer par ces mêmes médecins.
- Par le retard de signalement des symptômes par les patients âgés qui peut se faire avec un délai plus long qu'avec un patient plus jeune. Et par la banalisation de ces symptômes que les médecins ou les patients peuvent attribuer au vieillissement : F3D2 *"Moi je trouve qu'il peut y avoir un petit peu de retard sur la prise en charge parce que on a tendance à banaliser les symptômes qu'on attribue peut être à la vieillesse, la fatigue, l'asthénie, peut être une légère anémie, des choses assez banales, peut être une légère constipation, on a tendance à dire c'est l'âge, je dis pas une ... voilà, mais peut être oui "*.

Un médecin soulève le fait que la présence d'un entourage familial diminue le risque de retard du diagnostic de cancer.

## D. LE TEST D'EVALUATION G8

### 1. Connaissance du test G8 par les médecins généralistes.

#### a. Non connaissance du G8

Au premier abord, la quasi-totalité des médecins ne sait pas de quoi il s'agit, ils ne connaissent pas le test G8. Ils mettent toute leur imagination pour donner une définition de ce test. Ils se demandent si cela a un rapport avec la politique : F2D7 "Il y a un lien entre G8 et G20, ça me dit rien !", F3D4 "Je crois que depuis que Poutine a envahi l'Ukraine ça s'appelle le G7 ... (rires)", F2D3 "Glucosé à 8% (rires)".

#### b. Connaissance du G8

Seul un des médecins se demande si ce n'est pas un test d'évaluation des chimiothérapies, mais n'en est pas sûr : F2D6 "C'est pas un test d'évaluation des chimiothérapies ?".

Au total, aucun des médecins présents dans les trois focus group ne sait vraiment ce qu'est le test G8 avant de leur présenter.

### 2. Facilement réalisable en consultation de médecine générale

Après présentation du test G8, les médecins généralistes pensent que ce test est bien fait : F3D8 "Je pense que c'est une grille qui est peut-être pas mal, qui peut être intéressante" et F2D7 "Il est pas mal fait en fin de compte".

Ils ne trouvent pas que ça soit un test de plus : F1D3 "Moi j'ai pas l'impression que ce test soit un test de plus".

Ce test leur paraît très facilement réalisable en consultation de médecine générale : F1D1 "Après, bien sûr ça a l'air assez réalisable quand même", F2D1 "Oui, parce que ce ne sont que des éléments quantifiables par le médecin généraliste ! C'est le patient dans son élément, sur son lieu de vie, voilà, c'est une consultation de routine, donc c'est facile à évaluer par le médecin généraliste" et F2D2 "Oui, il me paraît très bien fait, assez pratique d'utilisation".

### 3. L'utilité du test G8 pour les médecins généralistes

#### a. Dans les situations complexes

Les médecins généralistes pensent utiliser le G8 dans des situations complexes pour quantifier un état et aider à définir une situation perçue comme compliquée avec des patients qu'ils connaissent : F1D9 *"Donc c'est exactement ce genre de situation c'est-à-dire que nous on perçoit en connaissant bien les gens, on perçoit ce qui est de l'ordre de la complexité et sur une échelle visuelle analogique on pourrait très bien le positionner [...], mais heu après ce qui va me manquer, ce qui risque de me manquer dans ce rendu de la complexité que je ressens ..."*.

Il permet aussi de dégager une prise en charge globale et systématisée d'après un médecin : F1D2 *"On a tous des histoires de chasse des cancers [...] et donc en fait on a que des cas particuliers pratiquement. Et c'est très difficile de sortir une règle de conduite par rapport à cette prise en charge de façon globale. Il y a certainement des tests, on en a parlé, il y en a un autre ici"*.

D'autres médecins précisent aussi que ce test permet de rester objectif sur la prise en charge : F1D8 *"Parce que l'affect on l'a souvent, et comme on suit les patients depuis très longtemps on l'a aussi énormément et à partir de là ça peut fausser aussi certaines choses"*.

Dans les différents groupes, il ressort que le G8 pourrait servir en cas d'hésitation lors d'une prise en charge d'un patient difficile : F3D4 *"Alors probablement dans des situations intermédiaires on dit «ouais là j'ai hésité je me suis senti seul dans la décision », pourquoi pas de façon peut être ponctuelle effectivement je veux pas être tout noir ..."* ou F1D10 *"En fait ce test, en pratique on le fera que si vraiment on hésite parce que la plupart du temps on saura s'il est au dessus ou au dessous de 14 comme vous disiez par rapport à une échelle ..."*.

#### **b. Lien avec la RCP pour donner son avis**

Certains médecins généralistes voient ce test comme un moyen détourné d'assister à la RCP. Par le biais de cette grille, ils pourraient donner un certain avis, une évaluation personnelle du patient : F2D2 *"C'est un moyen d'accéder à la RCP sans y être. C'est toi qui a rempli la grille"*, F1D3 *"ça nous permet quand même de donner notre avis quelque part, si on nous demande ... si ce test est intégré au début de la RCP peut être que ..., bon quelque part on aura un avis ..."*.

#### **c. Outil de communication**

Ils voient le test G8 comme un outil de communication avec la RCP : F1D6 "Sur un aspect pratique là par rapport à cette grille, comme moi je ne m'en servais que de façon tout à fait pratique, ce serait puisqu'on est pas dans les RCP, [...] je remplis la feuille et je la faxe avant la RCP" et avec le spécialiste : F1D3 "Oui, ça peut servir d'outil de communication ... Mais pas d'outil pour nous parce que ça on le fait", F1D6 "Alors à ce moment-là, on s'en sert comme outil de communication ?"

De même, permettre une communication avec la famille pour aider à synthétiser : F2D6 "mais je le trouve quand même intéressant dans le sens où à un moment donné ça permet de poser les choses vis à vis du patient lui-même, de la famille, après quand même intéressant car ça permet à un moment donné de poser les choses aussi vis à vis des spécialistes, de la famille voilà".

#### **d. Orientation de la prise en charge**

D'après les médecins généralistes, le test permet d'orienter la prise en charge et devrait être systématique en amont de la prise de décision : F1D3 "en fait c'est quelque chose qu'on devrait faire systématiquement pour la prise de décisions aussi bien sur le plan d'une pathologie cancéreuse que sur une pathologie cardiaque ou pour la décision par exemple d'une mise en place d'un traitement de la démence ou voilà ...", F1D8 "Dans les prises en charge de cancéro, ça peut être aussi la même chose, mais c'est pour tout ... Ca peut nous aider par rapport à n'importe quelle prise de décision, sur une prise en charge thérapeutique et sur du long terme quoi ... et sur de la prévention, mais ce test est très très bien ...".

#### **e. Dépistage de la fragilité**

Ce test intéresse les médecins généralistes dans la prise en charge des personnes âgées car il regroupe de nombreux items des grilles de gériatrie : F2D6 "Je trouve qu'il reprend pas mal de la problématique des choses que l'on a abordée ce soir ! Donc intéressant dans ce sens-là!". Il permet de dépister la fragilité, chose que les médecins ressentent mais trouvent difficile à définir et à quantifier au quotidien : F1D8 "Si on le faisait de temps en temps sur des patients que l'on suit ça permettrait de mettre en exergue ce que l'on ressent mais que souvent ..." et F1D3 "c'est intéressant justement parce que ça nous fait poser les bonnes questions et ça nous permet de creuser dans les bons axes ... C'est tout."

### **4. Les limites du G8**

#### **a. Intéressant quand on ne connaît pas le patient**

Certains médecins pensent que le test a plus d'intérêt pour les médecins qui ne connaissent pas le patient : F1D2 "*Je pense ce test très intéressant, effectivement quand on connaît pas le patient*" ou F3D8 "*mais on a pas besoin d'être médecin généraliste de la patiente ou du patient pour la remplir, je veux dire notre connaissance de la personne n'est pas ... enfin je veux dire n'importe quel oncologue ou hématologue qui n'a jamais vu le patient peut la remplir !*". Alors qu'un autre pense tout à fait le contraire : F2D1 "*et certainement plus difficilement par le spécialiste extérieur qui ne connaît pas ce patient*".

#### **b. Non systématique**

Des médecins pensent que ce test est utile et réalisable, mais pas de façon systématique : F1D2 "*Ca peut être utile, mais de là à être systématique ...*", F3D4 "*mais dans la pratique au quotidien est ce qu'on va s'en servir peut être une fois ou deux puis de toute façon au bout d'un moment on va ... enfin je suis pas certain*".

#### **c. Absence et non pertinence de certains items**

Certains médecins regrettent l'absence d'items sur la famille ou l'environnement du patient et leur lieu de vie : F1D9 "*il y a quand même quelque chose qui manque dans cette grille c'est le contexte, l'entourage, l'environnement matériel et humain et notamment en matière de cancer chez les personnes âgées*", F2D2 "*il manquerait peut être un item sur le lieu de vie, les conditions de vie, à la maison ou institutionnalisé*".

D'après un médecin tous les items ne sont pas pertinents : F2D6 "*Je trouve juste un item qui me gêne un peu, c'est « prend plus de trois médicaments » je trouve que dans certaines ... c'est un peu réducteur*".

#### **d. Inutile si participation à la RCP**

Pour un médecin ce test devient inutile si les médecins participent aux RCP : F1D6 "*Si il y avait le système dont parle le Docteur 2, le test est obsolète*".

### **5. Les reproches concernant le G8**

#### **a. Déjà fait spontanément par les médecins généralistes**

Beaucoup de médecins s'accordent à dire que le G8 n'a pas un intérêt réel car il reprend

beaucoup de questions que posent déjà spontanément et de manière empirique les médecins généralistes : F2D3 "On fait du G8 sans le savoir !" / F2D1 "Après il y à l'âge bien sûr, plus il avance en âge, plus il est fragile, et puis la motricité qui est un élément qu'il faut prendre en compte, avec la notion de fragilité de base. Et ça je ne sait plus qui a parlé, mais on le fait naturellement." / F3D2 "On connaît toutes les réponses de la personne sans même poser les questions ... C'est facile !" / F1D10 "on y pense de toute façon, tous les items on les fait systématiquement".

#### **b. Pas d'aide pour la prise en charge**

Une autre partie des médecins pense que ce test ne servira pas à la prise de décision : F1D6 "En pratique ça va pas me servir, disons ça va pas me servir à prendre une décision et c'est pas le test qui va m'aider à savoir ...", F1D11 "J'ai l'impression que c'est pas avec ce test qu'on changera notre point de vue, on connaît déjà le patient ..."

#### **c. Un test de plus**

Pour certains médecins généralistes, ce test est perçu comme un test supplémentaire sans utilité évidente : F3D7 "Moi c'est vrai que je fais partie de la génération sans grille et que maintenant j'en vois dévaler, j'en ai des kilos tonnes et je pense que je la retrouverais pas celle-là, déjà les autres je les retrouve pas alors celle-là encore moins ...", F2D6 "Oui et non, dans le sens ou c'est des questions que l'on se pose, comme ce que je disais tout à l'heure, donc un test de plus oui ..."

#### **d. Pas de prise en compte de l'avis du médecin généraliste**

D'autres médecins sont moins optimistes et pensent que malgré ce test leur avis ne sera pas plus pris en compte par les oncologues ou les spécialistes : F3D5 "Je vois pas en quoi ça en amont ça va changer quoi que ce soit [...] Voila et je crois que c'est un vœu pieu que de croire que si en amont on fait ce genre de chose ça sera lu. Ils ont déjà du mal à lire nos courriers", F3D5 "Objectivement qu'on remplisse ou pas la grille, le cancérologue il va en avoir un peu rien à foutre de ce qu'on va lui dire ...".

#### **e. Le test n'est pas fait pour le médecin généraliste**

Quelques médecins déclarent que ce test n'est a priori pas fait pour les médecins généralistes ou les médecins de soins primaires : F3D4 "et ça me paraît effectivement super bien adapté à des personnes hospitalières, à nous je sais pas ...", F3D7

*"Effectivement c'est pas inintéressant de l'utiliser mais c'est un outil hospitalier ou à remplir par je sais pas un médecin s'il a vraiment le temps ou même l'infirmière ou n'importe qui d'ailleurs"*

#### **f. Les médecins ne voient pas le but du G8**

Les médecins volontaires pour réaliser ce test, s'interrogent néanmoins sur l'après test G8. Ils se demandent quelle orientation gériatrique est proposée en pratique aux patients et quel est le but de cette consultation adaptée : F2D4 *"Une fois que l'on a un score inférieur à 14, si j'ai bien compris, le but est de le montrer à un gériatre qui va nous dire quoi ?"*, F1D2 *"Je veux dire c'est faire une consultation adaptée, qu'est-ce que ça veut dire déjà, consultation adaptée, qu'est ce qu'il va se passer, qu'est ce que l'on va faire, si c'est pour faire d'autre test, sortir des chiffres, des probabilités, sur des personnes âgées ça me paraît ... heu"*.

### **6. Débat autour du score**

#### **a. Les items sont intéressants mais pas le score**

Les médecins trouvent un intérêt au détail du score mais non au total du score : F1D9 *"ce qui est intéressant c'est les items, la quantification des items, il faut que nous on oublie le total"*. Ils comparent ce test au *Mini Mental State (MMS)* et portent plus d'intérêt aux sous questions plutôt qu'au total : F1D3 *"Mais c'est pareil pour toutes les évaluations qu'on fait en gériatrie, ce qui compte c'est le détail. Dans un MMS c'est pas du tout pareil pour un même niveau de score, à quel endroit il a perdu les points, et c'est pareil pour ça ..."*

#### **b. Les chiffres ne résument pas la complexité d'une situation**

Les médecins ne savent pas quoi faire une fois qu'ils ont « coté » leur patient. Résumer leur patient à un chiffre leur paraît difficile : F1D11 *"je trouve que c'est quand même difficile de mettre un chiffre sur un patient, que se soit pour un MMS ou que ce soit pour ça ou autre ... J'aime pas ce genre d'évaluation mathématique"*.

Cependant d'autres médecins se posent également la question de l'intérêt de cette cotation avec une grille, car ils posent déjà ces questions en consultation habituelle : F3D4 *"c'est moins formalisé c'est sûr que c'est beaucoup plus intuitif et beaucoup moins coté mais finalement est ce qu'on a besoin de coter ..."*, F2D7 *"La différence c'est qu'en fait on le code pas, on le fait de façon naturelle et on ne sait pas le coder, on ne l'applique pas"*



*forcement avec des chiffres."*

Pour un des médecins, le G8 ne permet pas de faire ressortir la caractéristique première du médecin généraliste à savoir son ressenti et ce n'est pas quantifiable : F3D8 *"Pour revenir à la grille [...] je pense la spécificité du médecin généraliste c'est qu'il sait ce genre de chose, que l'hôpital ne saura jamais, son entourage, son mode de vie, sa psychologie, il sait peut être pas tout, il a peut être un mauvais ressenti mais il a ce ressenti-là et ça, ça ne sera jamais «grillable»"*.

### **c. Inutilité pour les scores extrêmes**

Un médecin pense que les scores extrêmes n'ont aucun intérêt : F1D2 *"bon évidemment si tu es entre 0 et 5, bon t'as pas besoin du test tu vas le voir de suite, donc tu n'as pas besoin du test si t'es entre 17 et 20, tu n'en as pas besoin non plus ..."*.

## **7. Les reproches des scores**

### **a. Ne les utilisent jamais**

Un des médecins affirme qu'il n'utilise jamais de grille : F3D4 *"Moi je suis pas très grille de toute façon en général"*

### **b. Déresponsabilisation du médecin**

Cependant deux médecins s'opposent aux grilles de manière générale, dont un qui pense que de faire des grilles déresponsabilise le médecin généraliste dans la prise de décision : F3D7 *"Il y a pas besoin de 36 grilles ... Quand on prend ces décisions à 2 comme ça c'est sûr que c'est plus difficile que de faire des grilles qui déresponsabilisent quelque part puisqu'on est passé par quelque chose d'assez neutre"*.

### **c. Le médecin préfère un appel téléphonique**

Pour les médecins rien ne vaut le contact téléphonique direct plutôt que passer par un grille d'évaluation : F3D4 *"remplissage de grille ou pas on a été négligé alors qu'on avait peut-être pressenti les problèmes, on aurait pu remplir les grilles qu'on voulait si on a pas décroché le téléphone"*.

## **E. L'ANNONCE DU DIAGNOSTIC**

## 1. Versant médecins

### a. Facilité de l'annonce

L'annonce du diagnostic peut être facilitée pour 2 raisons :

- La connaissance de la prise en charge proposée c'est-à-dire qu'annoncer une pathologie en sachant ce que l'on va faire par la suite ne pose pas de problème à certains médecins généralistes présents : F3D4 *"Et annoncer une pathologie grave et dire à quelqu'un vous avez ça et ... mais malheureusement au niveau thérapeutique on va être limité donc on va plutôt s'orienter vers ça et ça. Cela ne me pose pas de problème"*,
- Le vécu poly-pathologique du patient : F2D2 *"J'ai en mémoire des annonces qui se sont très très bien passées parce qu'ils avaient déjà bien vécus, et ils s'attendaient déjà à mourir depuis un petit moment, d'autres pathologies, enfin voilà"*.

### b. Difficulté de l'annonce

D'autres praticiens interrogés ressentent une difficulté différente en fonction de l'âge, certains pensent que c'est plus difficile à annoncer à une personne jeune tandis que d'autres estiment que la difficulté est la même quelque soit l'âge : F2D4 *"Moi je pense, pour moi qu'il n'y a aucune différence, je parle des adultes essentiellement, c'est tout aussi dur de le faire chez une personne âgée que chez une personne plus jeune"*. La difficulté est influencée pour certains médecins par l'état général et l'espérance de vie des patients : F2D2 *"On peut pas dire que ça ne fasse aucune différence, parce que ces facteurs-là, de fin de vie, rentrent en ligne de compte de toute façon, dans le vécu du diagnostic"*.

Elle est également expliquée par la difficulté d'avoir une information fiable (F1D9 *"le problème c'est que l'on a pas l'information fiable dans beaucoup de cas"*), spécialement sur la suite de la prise en charge : F3D4 *"Le problème selon moi, personnellement, le problème, il n'est pas tellement dans l'annonce, mais le problème il est : mais qu'est-ce qu'on va en faire "*.

### c. Relation avec la famille et l'entourage

Dans l'annonce d'un tel diagnostic, les médecins soulèvent une notion importante qui est la relation avec la famille et l'entourage. Plusieurs points sont exposés dans cette sous partie, à savoir :

- le fait que l'annonce du diagnostic soit faite à la famille plutôt qu'au patient âgé : F2D6 "*l'expérience que j'ai avec mes patients [...] peut être pas à 75 ans mais chez le sujet plus âgé, on a vraiment l'impression que la famille bénéficie de l'annonce avant le patient lui-même.*"
  
- le choix du membre de la famille à informer du diagnostic dans ces situations : un médecin pense que c'est un avantage pour le médecin traitant (F3D7 "*L'avantage de la famille, c'est qu'on choisit à qui on va l'annoncer. On trie déjà, on va pas choisir chez le décortiqué. On va en prendre un, on a l'habitude, on le sent avec le métier et si vous l'avez bien choisi ça se passe bien*"). Un second médecin estime que le médecin traitant est la personne la plus à même de choisir ce référent au sein de la famille. Un autre se demande cependant s'il faut informer la personne désignée par le patient ou bien celle préférée par le médecin traitant (F3D3 "*Il faut l'annoncer à la personne que l'on veut nous ? Ou à la personne choisie par le patient, la personne de confiance ?*") et enfin un médecin interrogé à tout de même un sentiment de difficulté face à la notion de secret médical.
  
- l'interférence de la famille dans l'annonce en fonction de l'état de dépendance de leur proche malade (F3D4 "*Finalemment là où la famille interfère c'est souvent quand la personne est de plus en plus dépendant de plus en plus altérée [...] je suis pas persuadé que réellement ça pollue la prise en charge je suis pas certain ...Que ça la complique en tout cas de façon majeure.*"), dans le but de protéger le patient âgé (F2D6 "*il y a une certaine protection aussi, alors parfois, on va pas généraliser quand même non plus, alors parfois de la famille vis à vis du patient lui-même, en fonction du pronostic bien entendu, surtout vous lui dites pas ...*").
  
- le soutien indispensable que représente cet entourage lors de l'annonce et pour la suite de la prise en charge si l'évolution se complique et pour informer le reste de la famille comme une personne relais et référente : F3D5 "*il est utile voire indispensable, qu'on ait un lien familial à un moment ou un autre, parce que si ça tourne au vinaigre, il faut bien que la famille soit un minimum informée sans rentrer dans les détails diagnostiques ou au moins pronostic éventuel.*", et le sentiment d'être en difficulté avec les familles qui sont éloignées géographiquement : F3D5 "*Ca peut la compliquer (l'annonce) lorsque les enfants sont extérieurs au département voire très loin, où là ils ont pas le ressenti immédiat de ce que ressent leur parents ou autre donc ils sont dans*

*l'angoisse de savoir ce qui se passe et ils ont tendance à être un peu plus pressants voire agressifs parfois ...".*

#### **d. Les consultations d'annonce**

Cette partie est abordée par les médecins généralistes qui s'attardent sur leur place au sein de ces consultations en expliquant qu'elles sont faites exclusivement à l'hôpital (F3D1 "*Je pense que c'est rarement nous qui annonçons parce que le plus souvent c'est annoncé en milieu hospitalier*"), mais qu'ils pourraient très bien avoir un rôle à jouer dans ces consultations parce qu'ils sont peut-être les mieux placés dans leur proximité avec le patient (F3D5 "*alors qu'effectivement sans faire du « tout généraliste » on est quand même certainement les mieux placés pour annoncer les choses en douceur et un peu comme disait D8 avec un peu plus de psychologie et moins de technicité à la discussion*").

Ils critiquent ces consultations hospitalières qui sont, d'après eux, trop systématiques avec parfois un manque de tact, trop protocolisées et non adaptées à la psychologie et au souhait du patient : F3D8 "*Je trouve que c'est dommageable. Il faut adapter au cas par cas. Je trouve qu'en ce moment on est beaucoup trop dans l'annonce systématique*".

#### **e. L'information délivrée au cours de l'annonce**

L'accent est mis sur l'adaptation du discours au moment de l'annonce, les médecins pensent qu'il faut adapter le discours à la personne âgée en prenant un temps plus long (F1D10 "*ils sont moins réactifs au débit de parole, il faut prendre peut être un peu plus notre temps et se mettre au niveau de sa compréhension*"), et en prenant en compte l'existence de troubles cognitifs (F1D3 "*C'est pas parce que quelqu'un va avoir un MMS très détérioré, qu'il n'est pas quand même capable de comprendre si on s'adresse à lui de façon tout à fait ... Intelligible et en se mettant à son niveau de compréhension et de façon adapté il est capable de faire les choix*"). Ils pensent également que l'adaptation du discours se fait en fonction du souhait et de la psychologie du patient : F3D3 "*Je pense que la première chose c'est de savoir ce que le patient veut savoir en fait*". Deux d'entre eux soulèvent tout de même le fait que l'adaptation du discours doit être fait pour tous les patients quelque soit l'âge : F2D5 "*Je pense qu'on parle très général, je pense que nos patients sont très individuels, je crois que l'on ne peut pas faire des généralités, on s'adapte nous même à notre façon de parler, que ce soit 50, 60, ou 75, ou 80 ans ou 90 ans, suivant le vécu que l'on a avec ce patient, on le connaît déjà depuis longtemps*".

## **2. Versant patient**

Les médecins décrivent principalement les réactions observées à la suite de l'annonce du diagnostic : l'état de choc (*F1D2 "et parfois quand il (le patient) vient d'avoir l'annonce, il est dans une sorte de période, où il n'est plus en état de répondre, il est sidéré, il est en situation de sidération, parce qu'il vient d'avoir l'information"*), le déni, l'attitude fataliste (*F2D5 "puis il y a cancer à pronostic sévère et cancer à pronostic moins sévère, comme tu disais il y a la fatalité, plus les gens sont âgés plus on a l'impression qu'ils acceptent plus facilement l'annonce, et même ils le pressentent"*).

Ils exposent également la différence entre entendre et comprendre (*F1D8 "comme toi quand tu reçois une nouvelle, tu l'as entendu enfin tu as écouté mais est-ce que tu as entendu, est ce que tu as compris ça c'est un autre problème"*) et le fait que parfois le patient est conscient de son cancer avant même l'annonce du diagnostic.

## **F. LA DECISION THERAPEUTHIQUE**

Ce thème a été un thème particulièrement développé par les médecins généralistes au cours des différents focus group, nous avons décidé de le scinder en 2 grandes parties.

### **I. FACTEURS INFLUENÇANT UNE PRISE EN CHARGE DIFFERENTE ET ADAPTEE A LA PERSONNE AGEE**

#### **1. Influence du terrain**

##### **a. En fonction de l'âge**

Certains médecins interrogés pensent que la décision thérapeutique et la prise en charge qui en découle dépendent en premier lieu de l'âge du patient : *F1D8 "à partir de 85 il y aura certainement une prise en charge qui va être différente"*. A l'opposé, certains pensent que l'âge n'a pas d'impact sur le traitement proposé : *F1D1 "ils ont pris le même traitement que si la dame avait 60 ans quoi, ils n'ont pas tenu compte de l'âge"*.

##### **b. En fonction des fragilités**

La notion de fragilité des personnes âgées influence pour certains médecins l'approche, la prise en charge et le traitement proposé : *F1D9 "il faut prendre en compte les niveaux de dépendance, les niveaux de capacité cognitive, [...] les fragilités psychologiques, les fragilités organiques qui font que peut-être justement, on peut pas faire forcément faire*

*autant que ce que l'on ferait chez quelqu'un de plus jeune".*

### **c. En fonction des troubles cognitifs**

La sévérité des troubles cognitifs a un impact important dans la prise en charge thérapeutique des patients âgés ayant un cancer. Certains médecins pensent que leur existence impose un traitement moins invasif tandis que d'autres estiment qu'ils devraient bénéficier malgré tout d'un traitement optimal : *F1D4 "ils estiment que même quand ils sont très atteints sur le plan cognitif, on peut encore partager pleins de choses, et ils trouvent que ça vaut le coup de continuer de se battre".* Certains s'interrogent sur l'intérêt d'avoir un bilan cognitif avant de prendre la décision pour évaluer la compréhension du patient : *F3D2 "Non mais c'est la question que l'on se pose. Faudrait-il (en insistant sur le mot) le faire avant d'envisager un traitement d'abord pour savoir si la personne à bien compris".* Enfin un médecin pense que malgré la présence de troubles cognitifs, le patient peut tout de même donner son avis : *F1D3 "mais il y a quand même des gens très âgés et très détériorés au plan cognitif, détériorés, et pas forcément très détériorés qui sont quand même susceptibles de donner leur avis".*

### **d. En fonction de la culture et du lieu de vie**

La culture a un rôle important dans la prise de décision des patients comme le souligne un des médecins : *F2D1 "Donc l'aspect culturel joue aussi un rôle en matière de volonté de dépistage ou d'acceptation de maladie, de prise en charge, donc chez cette personne je pense que c'est l'aspect culturel qui a dominé sa décision".*

Le lieu de vie du patient influence également la prise en charge avec une différence entre la vie en institution et la vie au domicile : *F1D8 "soit ils sont dans une structure type EHPAD, et là il y a un environnement qui est particulier dans lequel on va intervenir" / "ou alors c'est le domicile et là c'est souvent c'est la problématique de l'entourage, de la famille".*

## **2. Influence de l'entourage**

Pour les médecins interrogés, l'entourage familial influence la prise en charge thérapeutique et le médecin est inévitablement confronté à la famille dans ces situations : *F1D9 "je pense qu'il y a des décisions de traitement ou de non traitement par la personne*

*elle-même qui sont aussi décidées en fonction de l'entourage ou sur lesquelles l'entourage a une forte influence".*

Certains médecins ressentent des difficultés dans la relation avec les familles et même une certaine pression de leur part : F2D7 *"Il y a des fois une pression de, enfin moi que je ressens en tout cas, de la famille qui est importante ..."*.

Ensuite, trois points essentiels se distinguent :

- la perte de chance pour le patient quand la famille refuse un traitement du fait de l'âge de leur proche malade : F1D3 *"C'est parfois aussi les familles qui considèrent que la personne âgée est trop âgée, [...] donc pas de traitement non plus, c'est parfois un a priori de l'entourage"*,
- l'influence délétère que peut avoir la famille sur l'état de santé du patient : F3D7 *"Je suis absolument d'accord, mon gros problème, c'est essentiellement la famille parce que souvent les demandes de la famille vont être, quelque fois à l'encontre, avec une perte de bon sens, ou contre effectivement le bien être du patient"*,
- la discussion entre le médecin et la famille lors du déclin cognitif du patient ou lors du déni de celui-ci : F2D7 *"Juste ça intervient beaucoup à partir du moment où les personnes âgées commencent à décliner, [...], c'est à partir du moment où il y a une inversion, où la fille ou le fils devient le père ou la mère et il faut prendre les décisions et donc à ce moment-là, la personne âgée est considérée comme un enfant ..."* / F2D1 *"... en situation de déni de la personne le lien se fait essentiellement avec la famille, car le patient étant dans le déni"*.

### **3. Influence de l'existence de protocoles ou non**

Pour les cancers où il n'existe pas de protocoles thérapeutiques précis, certains médecins pensent que la prise en charge peut être différente en fonction du lieu de prise en charge et en fonction du type de pathologie cancéreuse : F1D9 *"Là tu es sur un type de cancer très protocolisé dans la prise en charge, dans le cancer du sein. Il y a des tumeurs où tu as beaucoup plus de flou, de discussion possible, dans le sein il y a des protocoles très écrits"*, F1D6 *"et après il y a des pathologies où il y a des consensus mous, la thyroïde, la prostate, etc ... où on est plus dans la poésie et dans la variation suivant les praticiens, suivant les patients, c'est beaucoup moins clair"*.

Au contraire l'existence de consensus et de protocoles entraîne, d'après les médecins, une

prise en charge identique quelque soit le lieu de prise en charge et probablement plus aboutie quelque soit l'âge : *F1D6 "il y a des pathologies ou il y a des démarches, des consensus, à ce moment-là on va finalement plus au bout quelque soit l'âge"*.

#### **4. Influence du corps médical**

##### **a. Ambivalence des soignants**

Deux médecins soulèvent le fait que parmi les soignants, la vision de la prise en charge thérapeutique des personnes âgées reste variable et non consensuelle : *F1D4 "après en avoir discuté cette semaine avec mon directeur d'EHPAD, et mon infirmière coordinatrice, ils ne voient pas du tout les choses de la même façon, chose que je ne partage pas du tout, mais bon, chacun à sa façon de voir, le sujet âgé, et le trouble cognitif en particulier"*.

##### **b. Discussion entre médecin et patient**

La plupart des médecins généralistes pensent qu'au moment de la décision thérapeutique, les patients vont les solliciter pour avoir leur avis, spécialement lors d'une 2<sup>ème</sup> lignée de chimiothérapie : *F1D6 "Moi je vais intervenir que et j'espère au moment décisionnel s'il faut faire une 2ème lignée ... Et là le patient revient quand même, pour me demander l'avis et après c'est là où tu peux intervenir"*.

Un seul médecin estime ne pas être sollicité par les patients pour avoir son avis dans ces situations-là : *F1D11 "Moi je n'ai jamais, pas trop vu des patients qui sont venus me demander l'avis sur une 2ème lignée de chimiothérapie"*.

##### **c. Décision du médecin à la place du patient**

Les médecins évoquent la problématique de la prise de décision des médecins à la place des patients âgés : *F1D8 "quand c'est une personne âgée on a tendance par certains spécialistes, ou certains médecins généralistes, de prendre la décision à la place du patient, c'est une problématique qui est importante"*. Les médecins interviewées pensent que la personne âgée est dépersonnalisée et perd son autonomie même dans la prise de décision : *F2D3 "C'est vrai... c'est une des spécificités de la médecine gériatrique, qui est très désagréable, ils sont dépersonnalisés, on leur enlève une certaine autonomie déjà dans la décision"*.

Ils soulèvent également le fait que l'avis du patient âgé est rarement pris en compte à la



différence des personnes plus jeunes : FID8 "Mais ça c'est vraiment la différence entre la personne âgée et un jeune ou là, ça ne nous viendrait même pas à l'idée de ne pas demander".

## 5. Influence de l'information délivrée

D'après les médecins, la décision thérapeutique dépend aussi de l'information délivrée au patient. En effet, cette information permet au patient de faire un choix éclairé et ce choix peut être influencé par le discours du médecin (FID9 "Mais là tu supposes que tu as les informations fiables, mais c'est la manière dont tu vas l'amener au patient, de façon qu'il la comprenne et qu'il puisse l'intégrer dans la décision").

La problématique abordée par les médecins traitants est le manque d'information fiable :

- pour le médecin généraliste (FID9 "le problème c'est que l'on a pas l'information fiable dans beaucoup de cas") et spécialement l'absence d'information sur ce qui a été dit lors de l'annonce.
- pour le patient qui ne peut pas choisir en connaissance de cause parce que les oncologues ne donnent pas d'informations satisfaisantes : FID9 "quand on est devant des choix de chimio, de première, de seconde, de troisième recours ... moi souvent je dis aux gens quand ils me disent je vais voir le cancéro, il me propose de faire une nouvelle chimio. Je leur dit : « posez la question, posez la question, combien de pourcentage de chance de réussite vous avez, qu'est-ce que vous pouvez en attendre », jamais on a la réponse, jamais"
- par manque de données scientifiques car les études ne sont pas adaptées aux personnes âgées et ne permettent pas d'extrapoler les résultats à cette population : F3D3 "Et aussi la plupart des études sont faites, des médicaments anticancéreux, des thérapies, sont faites avec des populations beaucoup plus jeunes, et on peut pas extrapoler les résultats, on peut pas attendre des résultats qu'on a avec d'autres populations, et ça aussi parfois c'est un problème quand on doit décider".

## 6. Influence des directives anticipées

### a. Aspects positifs

Pour les médecins, les directives anticipées aident lors de la prise de décision en apportant

l'avis et le souhait du patient : F1D8 *"je pense que c'est une solution qui peut nous aider un jour, de redonner au patient, au moins avoir un avis sur ce qu'il aurait souhaité, ou ce qu'il souhaite encore"*.

Pour les patients, elles permettent de donner la conduite à tenir souhaitée en cas de pathologie grave et tout au long de la vie (F3D5 *"Peut être plus avec la famille qu'avec le patient d'emblée mais il y a des patients effectivement qui nous disent d'emblée si j'ai une pathologie grave ..."*).

### **b. Changements d'avis – Réactivation**

Les médecins pensent que lorsque le patient est en situation de cancer ou de fin de vie, il peut changer d'avis sur les directives anticipées : F1D6 *"quelqu'un de 50 ans qui vous dit « moi si j'en suis là vous laissez tomber, n'insistez pas, laissez-moi mourir ou aidez moi à mourir », et après quand ils sont aux pieds du mur, la moindre petite porte ouverte ils la prennent, et c'est normal"*.

Ces changements d'avis seraient à rechercher régulièrement par le médecin généraliste : F2D6 *"A réévaluer systématiquement. L'avis du patient est toujours à aller rechercher systématiquement, réécouter à nouveau. Moi les directives anticipées ça me paraît jamais définitif"*

### **c. Aspects négatifs**

Le fait que ces directives ne sont pas respectées lors du déclin cognitif et qu'elles n'aident pas forcément le médecin généraliste au moment venu sont les principaux points négatifs ressentis par les médecins interrogés : F3D3 *"il y a des patients qui l'ont fait, quand le moment arrive de prendre la décision c'est parfois difficile de savoir ce que c'est un traitement lourd ou pas, ça m'est arrivé avec un patient BPCO qui avait signé des directives anticipées et bon franchement je savais pas si on faisait pas assez ou si on pouvait faire un peu plus ... je sais pas, ça n'a pas aidé ..."*.

## **II. LES REUNIONS DE CONCERTATIONS PLURIDISCIPLINAIRES (RCP)**

### **1. Absence des médecins généralistes aux RCP**

#### **a. Vision des médecins généralistes sur cette absence**

Les médecins regrettent de ne pas pouvoir assister aux RCP de leur patient et se sentent exclus de cette réunion : F1D2 "moi je trouve ce qui est triste aujourd'hui, c'est que le médecin généraliste ne participe pas à la RCP". Ils pensent que cette absence est actuellement problématique : F1D8 "Et ça je pense qu'il y a un truc très problématique aujourd'hui c'est notre absence, dans cette réunion".

Les médecins interrogés émettent le souhait et la volonté de participer à cette réunion : F2D5 "Oui je ne fais pas parti de réunion de RCP mais c'est vrai je pense que les généralistes on devrait avoir notre place". Cependant, ils identifient également des freins à cette participation : le désir, le temps et la rémunération (F3D4 "C'est bien joli de dire que l'on va participer aux RCP mais on a pas le temps, moi je n'irai pas participé au RCP." / D2 "Je suis du même avis que toi" et F2D3 "Le désir et le temps !! ... et la rémunération, car tu peux pas...").

### **b. Conséquences de cette absence**

Les conséquences de cette absence sont divisées en deux parties :

- la non implication du médecin généraliste dans la décision thérapeutique : F2D1 "On n'est pas directement impliqué dans la décision...", car le médecin est absent au moment décisif (F1D2 "ça c'est un manque qui est incroyable, parce que l'on suit des patients pendant pratiquement 20, 30 ans, et on est absent a un moment où il y a une décision pour eux") et parce que l'avis du médecin traitant n'est par recherché avant la RCP (F3D6 "Je pense que ces questions se posent parce que justement on est écarté des décisions prisent en RCP, il n'y a pas de concertation, on est pas interrogé, on est complètement mis à l'écart ..."). Le médecin a le sentiment de ne pas être acteur de la décision thérapeutique : F3D8 "Moi aussi je retiens aussi le fait qu'on est pas acteur de la décision thérapeutique, du tout".
- les prises de décision des oncologues qui ne s'appuient que sur des scores, des protocoles sans connaissance du patient : F1D6 "Ils (les oncologues) ont pas trop le choix au final, justement parce que l'on est pas là quoi. Donc, donc ils suivent des protocoles quoi ..." / F3D3 "parce que les RCP c'est bien jolies, mais la personne n'est pas devant, on peut prendre des décisions sans connaître la personne sans parler avec elle. Avec parfois des décisions un peu lourdes".

### **c. Absents par manque de compétence**

Les médecins pensent que leur absence peut être justifiée par le manque de compétence dans les traitements oncologiques : F1D1 "Je sais pas si on est compétent pour juger du traitement de 2ème ligne" / F2D6 "Je rejoins ce que disait D3, surtout ce qui est connaissance des traitements, les nouveaux certes, mais les anciens aussi".

## **2. Bénéfices de la présence des médecins généralistes aux RCP**

### **a. Apporter des informations précises sur le patient et son environnement**

La présence des médecins généralistes au cours de RCP permettrait d'apporter des informations sur l'environnement du patient : un éclairage sur le patient, sur sa psychologie, un mot sur la famille et l'entourage : F3D8 "C'est sûr que si on pouvait placer 4 lignes, 4 phrases en RCP sur le milieu familial sur son état psychologique je pense que ça serait intéressant". Les médecins pensent que ces informations-là ne peuvent pas apparaître dans les grilles standardisées des oncologues : F3D8 "Parce que le médecin généraliste, hors science, peut faire un résumé presque caricatural de la personne, de sa personnalité et de son entourage ... Ça serait vraiment je pense la spécificité du médecin généraliste c'est qu'il sait ce genre de chose, que l'hôpital ne saura jamais, son entourage, son mode de vie, sa psychologie". Pour eux, cette notion est d'autant plus valable que le patient est âgé : F2D6 "également après en RCP, en gériatrie, je crois que l'on a d'autant plus notre place peut être ..."

### **b. Participer et adapter la décision au patient**

Leur participation permettrait également d'adapter la décision au patient : F1D2 "(les MG pourraient apporter) Un éclairage, pas forcément modifier la décision, mais on apporterait un éclairage qui permettrait que la décision soit peut être adaptée au patient". Les médecins estiment qu'ils pourraient avoir une place dans ces réunions pour participer à la décision et donner leur avis sur les cas compliqués, pas forcément sur les modalités techniques de la prise en charge mais sur le patient âgé lui-même : F2D4 "pourquoi nous ne ferions pas parti justement dans des cas un petit peu compliqués, un petit peu ... de prise de décision, pourquoi nous on donnerait pas notre avis aussi ... Qui serait pas forcément thérapeutique, chimiothérapique, chirurgical mais peut être sur comment se porte le patient, quel est son état général ...".

### **c. Améliorer le suivi du patient après la RCP**

En participant à ces réunions, les médecins pensent qu'ils pourront améliorer le suivi de

leur patient par leur rôle de lien entre les différents protagonistes et de synthèse : F1D1 "Je pense que notre place est absolument indispensable parce que l'on est le lien entre la famille, le patient et les techniciens ...". Mais aussi parce qu'ils ont un rôle d'explication et d'accompagnement du patient de sa famille. Les informations des RCP leur permettraient d'aider à la compréhension du patient, de réexpliquer, de contextualiser la décision des spécialistes : F1D9 "Parce que l'on peut expliquer les pourquoi ... on a un rôle d'accompagnement d'explication de ... contextualisation des décisions, que là on peut pas jouer et que l'on voit arriver cela ex abrupto, de manière assez brutale" / "on a forcément, et je dis bien forcément et je le souligne, un rôle d'accompagnement et d'explication au patient".

### **3. Aspect pratique des RCP**

Les médecins s'interrogent sur le fonctionnement des RCP et se demandent comment elles se passent, qui en est à l'origine : F1D2 "On ne sait même pas comment ça se passe ! Tu vois c'est ce que j'allais dire, si ça dure 5 minutes, un quart d'heure, en combien de temps ils décident du sort, du traitement d'un patient ..." / F2D6 "C'est toi qui est souvent à l'origine des RCP ?". Ils pensent que les RCP sont rapides stéréotypées et protocolisées et que c'est une réunion de coordination sans le patient : F1D10 "très stéréotypé, très protocolisé ..." / F1D9 "La RCP en fait c'est une réunion de coordination ... sans le patient".

Les médecins suggèrent des propositions pour améliorer la participation des médecins généralistes aux RCP : depuis le cabinet, par télé médecine ou par un appel du médecin en charge du dossier avant la RCP (F1D8 "On parlait de RCP où on intervient en étant chez nous ça c'est peut-être plus adapté" / F1D2 "alors avec la télé médecine, avec n'importe quoi on pourrait y être !" / F3D5 "Moi je pense que ça peut se faire en amont avant la RCP. L'interne ou le médecin responsable du dossier nous donne un petit coup de fil : « Allo qu'est-ce que tu en penses ? », « J'en pense qu'il a ça, qu'il a ça. La famille est comme ça ... Il vit comme ça ... si tu lui fais ça, il va se passer ça et on va être emmerdé ou pas emmerdé. On peut ou on peut pas. »). Certains médecins pensent qu'ils pourraient assister aux RCP pour les cas difficiles avec la mise en place de RCP spéciales : F2D6 "mais je sais que dans certaines cliniques il y a des réunions « cas difficiles », je pense qu'on rentre plus dans ce type ...".

### **4. Apport du test G8**

Pour certains médecins, le test G8 pourrait servir d'outil de communication avant la RCP et leur permettrait de donner leur avis : F1D6 " Sur un aspect pratique là par rapport à cette grille, [...], faxer mon résultat à la RCP et là ça aurait un impact pratique de suite, ça éviterait effectivement des improvisations que l'on a sur le feeling tout ça, donc dans un aspect pratique moi je ferais ça, tel patient je remplis la feuille et je la faxe avant la RCP".

## **G. LA RELATION AVEC LES SPECIALISTES ET L'ACCES A LA FILIERE**

### **1. La vision des oncologues par les MG**

#### **a. Difficulté d'arrêt des traitements**

Le ressenti général est la difficulté des oncologues à avouer l'arrêt ou la fin des traitements curatifs : F1D1 "quelque soit l'état du patient, même si ça s'aggrave, ils continuent les chimiothérapies, ils continuent les chimiothérapies jusqu'au bout". Même en situation d'échec thérapeutique avec un patient, ils proposent une chimiothérapie : F1D9 "alors oui même des fois il y a des gens on te dit qu'ils sont en soins palliatifs mais ils prennent toujours un traitement chimiothérapique ...", F1D1 "Je pense que malheureusement les cancérologues ont un devoir de soins et quelque soit le score ils proposent la chimiothérapie".

Cependant, un médecin trouve lui que c'est une idée reçue : F1D3 "Je me demande si on a pas cette idée reçue aussi, des oncologues, [...] est ce que l'on a pas cette idée reçue de dire ils veulent toujours se battre jusqu'à la fin. Parce qu'ils sont dans l'échec".

#### **b. Thérapeutiques inadaptées**

Les médecins pensent que les oncologues ont une sensation d'échec face à la mort et en arrivent à donner des thérapeutiques mal adaptées aux patients : F1D8 "ils ont toujours une sensation d'échec", F3D3 "Et après parfois ils proposent que des thérapeutiques qui ne sont pas du tout adaptées à la personne et à la situation". Un médecin pondère ces propos en déclarant que cela est dû au contexte de la société actuelle : F1D9 "ça tient peut-être aussi à un contexte sociétal, culturel, général, que dans notre pays on se bat contre la maladie, on se bat contre la maladie! On accepte jamais la mort".

#### **c. Intérêt scientifique**

Un des médecins voit les oncologues comme des personnes qui vont jusqu'au bout pour

évaluer les thérapeutiques : F3D5 *"J'ai l'impression moi effectivement que les oncologues remplissent des fiches statistiques pour voir en terme de survie ce que donne la chimiothérapie numéro 4 au bout d'un certain temps en fonction de l'âge, du poids, de la créatinine et tout le reste ... C'est mon impression générale malheureusement"*

#### **d. Les oncologues - techniciens**

Cependant les médecins généralistes voient les oncologues comme des techniciens : F3D5 *"Après vous prenez votre décision technique parce qu'en fait ils donnent que leurs avis techniques ces gens-là", F2D3 "Moi je dit toujours à mes patients, là, on a besoin d'un spécialiste, même s'il ne parle pas, c'est pas grave, moi je parlerai derrière, servons nous de lui ..."*

#### **e. Oncologues et surcharge de travail**

Les médecins savent que les oncologues ont beaucoup de travail : F2D3 *"Et moi je les prépare toujours, parce que je me mets à la place des oncologues, je vois ceux de la clinique, je les connais pas bien personnellement, je comprends ce qui fait, à l'époque il y avait M., la charge de boulot est gigantesque ! Quand même, dans une spécialité qui n'est pas facile !"*

## **2. L'accès aux oncologues**

### **a. Difficulté / facilité à joindre**

Les médecins généralistes des trois focus group trouvent que les oncologues sont difficiles à joindre : F1D1 *"C'est difficile de les joindre ..."*, F3D8 *"pour continuer dans le rayon grincheux, autant continuer jusqu'au bout, c'est vrai que nous sommes quand même je pense assez joignables, si on nous compare aux médecins hospitaliers on est hyper-joignables"* Quelques médecins trouvent qu'en fonction du parcours du patient, ils sont plus ou moins joignables : F2D5 *"Je suis d'accord avec D3, tant que l'on est dans une phase active et qu'il y a des traitements, oncologue très facile à joindre"*, F3D5 *"(facilité de les joindre quand) c'est des malades pas trop malades ..."*, F2D5 *"par contre ce qui est aussi très facile à faire c'est d'avoir au téléphone l'oncologue, on a le rendez-vous rapide"*.

### **b. Difficulté à hospitaliser**

Le problème rapporté est la difficulté d'hospitalisation des patients en oncologie : F1D10 *"Pas pour les joindre mais après pour se faire prendre les patients ..."*, F1D9 *"extrêmement compliqué ... pour hospitaliser des gens on est obligé de passer par les urgences systématiquement, on ne peut plus rien programmer, c'est matériellement impossible"*, et l'hospitalisation est d'autant plus difficile que la personne est âgée : F1D2 *"C'est vrai, c'est d'autant plus aigu pour les personnes âgées justement, c'est très problématique !"*

### **3. La communication avec les oncologues**

#### **a. Absence ou retard de communication**

Les médecins généralistes trouvent qu'il n'y a pas de communication avec les oncologues: F1D8 *"Parce que ça c'est vrai c'est un vrai problème de communication"*, F2D2 *"Ca c'est vrai dans tous les domaines je crois, pas qu'en oncogériatrie ... on a tous des portables, des téléphones, des secrétaires, des machins ... On arrive jamais à se connecter, gros paradoxe"*. Ils aimeraient pourtant être au courant de l'évolution de leur patient, des nouvelles orientations thérapeutiques : F3D4 *"On envisage de faire ça ... quand il y a au moins un doute, quand au moins il ya une réévaluation qui est faite qu'on puisse au moins être tenu informé de comment ça évolue "*. Les médecins trouvent qu'il manque de retour d'informations de manière générale de la part des oncologues que ça soit pour le traitement, le suivi, les décisions : F2D6 *"et souvent un manque de retour d'information"*, F3D8 *"Moi j'ai remarqué on a souvent une cure de chimio de retard"*.

#### **b. Transmission d'informations par le patient**

Les médecins généralistes disent que c'est les patients qui les informent : F3D4 *"Les infos ? On les a vite parce que les patients nous les donnent ... "*, F2D7 *"Des fois on a des retours de patients, le patient est rentré, on n'a pas forcément la lettre qui est arrivée de suite ... Et ça c'est pas évident à gérer"*.

#### **c. Amélioration de la communication**

Certains trouvent qu'il existe une certaine amélioration par rapport à la communication avec les spécialistes, avec des courriers plus détaillés, des protocoles de suivi, et parfois même un appel téléphonique de l'oncologue : F3D7 *"bon je dois avouer que dans l'ensemble, les rapports que je reçois de cancérologues sont complets, bien faits "*, F2D2 *"Dans certains protocoles c'est assez détaillé, ça commence à être détaillé, avec toute la*



*liste des... j'ai vu arriver des rapports avec toute une liste d'effet secondaires, je crois que c'était à L, là ils nous facilitent la tâche".*

#### **d. Non-connaissance du référent oncologue**

Cependant de nombreux médecins ne savent pas vraiment qu'il existe un référent pour leur patient: *F3D2 "Ah bon ! Et où ?", F2D6 "C'est gentil de nous l'apprendre "*.

Ils ne savent pas qui est le référent de leur patient en oncologie : *F1D10 "Mais clairement sur aucun courrier il y a quand même jamais marqué un médecin référent de la pathologie ... Ca a jamais été écrit noir sur blanc ... On le fait par déduction parce que voilà il voit plus souvent l'un que l'autre, il y a rien de clair pour moi ", F2D6 "Je le savais mais je ne l'utilise pas, car ma première réaction était de dire « c'est gentil de nous l'apprendre », mais maintenant que tu le dis, effectivement je revois des présentations de RCP ou effectivement il y a un médecin référent qui est écrit."*

Mais en général, quand le médecin appelle le référent cela se passe bien : *F1D2 "Je sais pas après moi j'ai le téléphone facile donc je communique beaucoup ... donc j'appelle, et puis ça se passe bien en général, d'habitude. J'ai pas forcément de problème".*

### **4. Les relations médecins généralistes – oncologues – gériatres**

#### **a. Mépris de la part des oncologues**

Les médecins généralistes ont le sentiment que les oncologues les méprisent : *F3D6 : "Je pense qu'il y a un... il y a quand même un peu un mépris du médecin généraliste on en a l'exemple avec des résultats qu'on reçoit... ", F3D4 "c'est que dans les cas [...] où ça s'est mal passé, remplissage de grille ou pas on a été négligé alors qu'on avait peut-être pressenti les problèmes, on a été négligé et finalement on s'est retrouvé malgré tout avec les emmerdes à la fin ...", F1D1 "ils font leur cuisine et nous on dit Amen, même si on n'est pas d'accord".*

#### **b. Pas de prise en compte de l'avis du médecin**

Les oncologues ne prennent pas en compte l'avis des médecins généralistes, ne leur demande pas leur avis : *F3D3 "Et aussi ça m'est arrivé un manque de communication très ... avec les spécialistes à l'hôpital, ne nous demandent pas trop notre avis sur le patient, l'entourage...", F1D10 "autant moi j'ai jamais eu d'oncologue qui m'appelait pour me*

*demander mon avis par rapport à une chimiothérapie ...", F1D9 "on a parlé de RCP tout à l'heure, on parle parfois d'instaurer des chimios de 2eme, 3eme intention, jamais on te demande ton avis, jamais ...". Uniquement quand tout le monde est à bout : F3D4 "Mais non notre avis ... Au moment où tout le monde est à bout soit le patient, soit la famille, soit l'oncologue ...".*

### **c. Le médecin spectateur de la prise en charge**

Une autre problématique de la relation avec les spécialistes est que les médecins généralistes se sentent spectateurs de la prise en charge de leur patient : F1D9 *"Je veux dire à partir du moment où le diagnostic est fait moi je suis hors jeu complètement de la plupart des situations ...", F3D8 "Moi aussi je retiens aussi le fait qu'on n'est pas acteur de la décision thérapeutique, du tout", F2D6 "autant c'est vrai que quand le dossier est sur le bureau de l'oncologue, qu'il y ai du retour ou pas du retour, dans les délais ou pas dans les délais on a pas l'impression de pouvoir influencer sur le dossier !".*

### **d. Le médecin généraliste ré - intervient seulement à la fin**

Ils reviennent dans la prise en charge quand il n'y a plus rien à faire au niveau thérapeutique : F3D4 *"non, ils nous échappent jusqu'au moment où effectivement n'ayant rien à faire on nous dit ben allez y récupérez-les parce que nous on ne sait plus quoi en faire ...", F1D8 "avec les oncologues c'est pas qu'elles (les relations) sont mauvaises c'est qu'effectivement on suit quoi voilà on suit une évolution et à certains moments quand il y a des problématiques là ils nous en parlent, quand le domicile pose problème ou que le domicile est souhaité par le patient et qu'il y a une prise en charge pluridisciplinaire".*

### **e. Pas de difficulté avec la « non intervention »**

Cependant, pour certains cette prise en charge totale de l'oncologue ne leur pose pas de problème : F1D6 *"Tout ça pour moi c'est pas très grave, après c'est des problèmes de compétences donc quand moi je vais contacter le cancérologue après c'est leur histoire quoi ...".*

### **f. Meilleure communication avec les gériatres**

Cependant avec certains spécialistes comme les gériatres, d'après les médecins interrogés, ils estiment qu'il existe une meilleure communication : F1D8 *"Donc les relations avec les gériatres sont très très bonnes", d'autant meilleur que le gériatre tient compte de l'avis du*

médecin traitant : F1D8 "Puisqu'il va y avoir un retour à domicile ou dans une institution et le médecin aura sa place donc on est partie prenante de décisions parce qu'eux ils peuvent pas faire autrement quelque part mais ils le font vraiment très bien", F1D10 "Moi j'ai pas beaucoup d'expérience [...] une fois un gériatre m'a appelé pour avoir un avis concernant un patient que je lui avais adressé pour un problème un petit peu compliqué, pour savoir ce que j'en pensais".

## **H. LE RESEAU D'ONCOGERIATRIE**

### **1. Les réseaux, en général**

#### **a. Les inconvénients**

D'après les médecins généralistes, les principaux inconvénients des réseaux sont :

- qu'ils sont trop nombreux et n'apportent pas d'aide : F1D1 "L'obésité, le dos, le diabète, celui pour la tension ... et ceux qui nous échappent", F1D5 "Moi je les connais pas comme ça c'est plus simple ... Je préfère pas les connaître ! On peut vivre sans eux".
- qu'ils sont chronophages : F1D6 "La problématique, enfin la mienne, c'est que tout ça c'est très chronophage, on peut faire tous les réseaux que l'on veut, dans tous les sens du terme, si on a pas le temps à consacrer à tous ces réseaux, on peut en faire beaucoup de réseaux ...".
- et que les médecins généralistes perdent la main quand les patients sont inclus dans un réseau : F3D3 "Et en plus si le patient est pris en charge par l'HAD ou un truc comme ça déjà on le voit plus", F1D9 "les réseaux hospitalo - centrés la plupart du temps, quand les gens sont aspirés, ils sont aspirés quoi ..."

#### **b. Les avantages**

Les avantages qui ressortent d'un réseau sont la prise en charge multidisciplinaire avec la satisfaction des patients : F1D1 "Oui mais les patients ils sont contents, parce qu'ils ont une prise en charge globale, en un jour ils voient tout le monde, ils voient l'infirmière, la diététicienne, etc. Ils ont tout fait en un jour" et la participation d'un référent : F1D1 "Tu as toujours plus ou moins un référent, référent Pallid, etc"

### **2. La connaissance du réseau d'oncogériatrie par les médecins généralistes**

### **a. Ignorance du réseau d'oncogériatrie**

De nombreux médecins ignorent l'existence du réseau d'oncogériatrie : F2D5 "*Le fait que tu nous l'expliques prouve bien que, on savait pas ce que c'était !*", F2D6 "*Je ne sais pas ce que tu appelles le réseau d'oncogériatrie, on est deux à connaître le gériatre qui fait de l'oncologie, est ce que ça en fait un réseau je ne sais pas.*". D'autres estiment qu'ils n'ont pas de réseau pour le moment : F2D7 "*Pour moi il est assez nul, [...] pour l'instant j'en ai pas de réseau*". Cela reste une notion abstraite pour eux : F2D4 "*Mais moi ça me paraît très abstrait ...*"

### **b. Quels interlocuteurs ?**

Ils ne savent pas comment s'organise le réseau, quels sont les interlocuteurs, qui contacter : F2D4 "*si demain je veux me mettre en relation avec le réseau R, on va l'appeler R, comment je fais ? Est-ce qu'il y a une antenne ? Est-ce qu'il y a des antennes dans des structures, les cliniques, est-ce que c'est à L'I. ? Est-ce que c'est à P., à C., ou est-ce qu'on appelle ces gens ?*".

Seuls quelques médecins en ont entendu parler lors d'une réunion : F3D1 "*On en a entendu parler parce qu'ils étaient venus faire une réunion d'information, l'équipe de C. je crois, ils sont venus nous le présenter*".

### **c. Pour quels patients ?**

Un point est abordé à savoir l'âge à partir duquel le médecin peut adresser au réseau : F2D7 "*C'est difficile de l'envoyer directement à un oncogériatre, à partir de quel âge ? Parce que pour la personne déjà aller en gériatrie c'est pas si facile que ça pour des patients heu ...*", F2D4 "*Moi j'ai actuellement une paire de patients qui sont justement au début de la phase personne âgée parce qu'ils ont je crois 75 ou 76 ans et chez qui on vient de découvrir une pathologie cancéreuse ... et donc c'est vrai que j'ai absolument pas du tout pensé à le montrer à un gériatre quel qu'il soit ... ni onco ni gériatre ...*"

## **3. La place du médecin généraliste dans ce réseau**

### **a. La place donnée au médecin**

Nombreux sont les médecins qui se demandent quelle place leur est attribuée dans ce

réseau : F2D6 *"Quelle place, dans un réseau comme ça, tu dis faire participer les généralistes, mais quelle place ils veulent leur donner"*, car lors d'une réunion de présentation l'un des médecins rapporte qu'il ne trouvait pas la place du médecin généraliste : F3D3 *"Je me souviens que justement, ils nous ont présenté pleins de trucs et les médecins généralistes ont demandé « et on est où nous là ? »"*.

#### **b. La place voulue par le médecin**

Cependant les médecins généralistes se demandent aussi quelle place ils sont prêts à prendre dans ce réseau : F2D3 *"Si si, attend, déjà quelle place ils veulent nous donner... c'est quelle place on veut prendre ! On n'a pas à attendre qu'ils nous donnent ou qu'ils nous donnent pas"*.

#### **c. Par le biais d'une grille/réunion**

Après la discussion sur la place du médecin généraliste dans le réseau, ils envisagent le réseau et son fonctionnement en passant par un système de grille : F2D3 *"Non ! c'est pour cela qu'il faut un outil comme disait D2, de grille ou de je ne sais pas quoi, qui permette que tu donnes ton information et que, tu peux même toi faire ta propre réunion avec la famille ou avec intervenants locaux, d'autres paramédicaux, infirmières ou autres."* ou un système de réunions : F1D7 *"à la limite pourquoi pas une réunion de coordination, s'il faut le patient, qu'elle se fasse éventuellement au domicile du patient mais avec l'oncologue par télémédecine ..."*

### **4. Les bénéfices du réseau d'oncogériatrie**

#### **a. Amélioration de la prise en charge**

De nombreux médecins s'accordent sur l'amélioration de la prise en charge par l'intervention de l'oncogéatrie. Ils trouvent que l'avis de l'oncogéatrie est nécessaire et amène un plus : F2D6 *"je trouve que ça amène un plus par rapport à ce qu'on peut trouver avec des spécialistes d'organe standards (mime des guillemets)"*. La prise en charge est plus globale lorsqu'elle passe par un oncogéatrie : F2D2 *"c'est-à-dire à partir du moment où il y a des difficultés liées au grand âge, l'onco-géatrie intervient plutôt sur le mode aide à la nutrition, modulation un peu des traitements, mais surtout dans le mode accompagnement de l'état général d'un patient ... Moi c'est l'expérience que j'ai eu pour l'instant"*, F2D6 *"Oui, quand il y a l'oncogéatrie, il y a eu vraiment une évaluation gériatrique"*.

## **b. Aide à la décision thérapeutique**

De plus ils s'accordent pour dire que l'intervention d'un oncogériatre permet d'aider à la décision thérapeutique : F2D6 *"Je trouve que c'est intéressant d'avoir un regard d'oncogériatre sur leur pathologie dans la décision thérapeutique"*

## **c. Un avis uniquement**

Cependant un médecin pense qu'un simple avis suffirait sans rentrer dans un réseau : F1D10 *"Je crois que sans inclure les patients dans un autre réseau supplémentaire, il faudrait juste voilà une prise de contact au moment d'une décision thérapeutique, je crois que ça suffirait c'est pas comme en soins palliatifs où l'on va suivre un patient sur une durée, c'est juste pour une prise de décision par rapport au contexte, par rapport à l'environnement de la personne".*

## **d. N'utilise jamais les gériatres**

Certains n'adressent jamais le patient aux gériatres : F2D4 *"moi les personnes âgées qui ont un cancer, je les envoie pas forcément en gériatrie voire même jamais ... Alors peut-être parce qu'on est délocalisé par rapport à l'hôpital, enfin délocalisé par rapport au CHU mais heu ..."* et d'autres pensent qu'ils font de l'oncogériatrie eux même : F2D2 *"Bon après, en pratique, je pense qu'on fait tous de l'oncogériatrie en assistant les équipes d'oncologie, moi je la voyais plutôt comme ça"*

## **e. Doute de l'intérêt du réseau**

De plus certains doutent sur la prise en charge dans un réseau : F1D2 *"Je veut dire c'est faire une consultation adapté. Qu'est-ce que ça veut dire déjà « consultation adaptée » ? Qu'est-ce qu'il va se passer ? Qu'est-ce que l'on va faire ? Si c'est pour faire d'autres tests, sortir des chiffres, des probabilités, sur des personnes âgées ça me paraît ... euh", F1D11 "parce qu'eux s'ils se basent qu'avec un chiffre, un score mathématique, moi je crois que c'est pas très bon".*

# **I. LE SUIVI A DOMICILE**

## **1. Les difficultés**

### **a. L'isolement du médecin et du patient**

Dans le parcours d'un patient en oncologie il y a le retour à domicile. Ce thème a été peu abordé. Cependant les principales difficultés ressenties sont le sentiment d'isolement du médecin et du patient : F1D8 "ou alors c'est le domicile [...] plus délicates à « prendre en charge » car sont souvent isolées, la plus grande difficulté, est par rapport à l'hôpital, effectivement, des fois on intervient parce qu'il n'y a personne d'autre autour ... c'est une problématique qu'on voit assez souvent", F1D5 "Souvent on nous appelle quand ça va mal [...] qu'est-ce qu'on en fait ?"

## **b. L'intervention dans l'aigu**

Pendant la phase curative, le médecin assure la prise en charge des effets secondaires des thérapeutiques. Mais pour lui ce n'est pas du suivi, mais de l'incident, de l'aigu : F3D5 "L'appel du soir parce qu'on vomit à n'en plus finir et qu'ils ont oublié de faire l'ordonnance du médicament d'exception ... Voilà je crois qu'on intervient plutôt dans l'incident que dans le suivi me semble t-il, puisque le suivi est organisé".

## **2. Les rôles du médecin**

C'est à ce moment-là que les médecins redeviennent le référent du patient : F1D8 "à certains moments quand il y a des problématiques là ils nous en parlent, quand le domicile pose problème ou que le domicile est souhaité par le patient et qu'il y a une prise en charge pluridisciplinaire, il y a pas que le médecin dans le cancer, il y a souvent les infirmières par rapport à la chimiothérapie qui peut être à domicile ou le suivi, là souvent il y a une bonne coordination"

Ils reprennent leur rôle de pivot au domicile : F1D8 "mais par contre là où l'on réclame c'est de connaître bien ce qui a été fait si on y a participé c'est d'autant mieux, pour pouvoir accompagner, parce que dans ce type de pathologie, il y a la prise en charge thérapeutique qui est ce qu'elle est mais qui est très très standardisée, mais par contre c'est l'accompagnement c'est le patient qui rentre à domicile qui a les nausées, qui a des vomissements, qui a des effets secondaires, la famille est complètement perdue".

## **J. LES SOINS PALLIATIFS ET LA FIN DE VIE**

### **1. Les soins palliatifs**

#### **Pour les médecins généralistes**

### **a. Notion floue**

Les soins palliatifs sont vus par les médecins interviewés comme l'arrêt des soins curatifs. Mais pour eux, l'entrée en soins palliatifs reste une notion floue : *F3D5 "C'est une zone floue qu'on a aussi dans les soins palliatifs, à quel moment on fait du palliatif?"*. Ils ressentent des difficultés à avoir une ligne de conduite identique : *F1D2 "Et c'est très difficile de sortir une règle de conduite par rapport à cette prise en charge de façon globale"*.

### **b. La décision**

Les médecins des différents focus group trouvent difficile de décider l'entrée en soins palliatifs et se demandent qui doit décider : *F3D3 "En fait tout le problème c'est la subjectivité de la décision, c'est nous seul face à la décision "*

Ils ont le sentiment que l'arrêt des traitements curatifs par les médecins hospitaliers est vécu comme quelque chose de difficile : *F1D9 "on voit très rarement des prises de position des décisions de dire non on est en échec, on arrête"*. Ils pensent également que les oncologues placent les patients en soins palliatifs quand ce sont les patients qui baissent les bras.

Ils estiment avoir plus de facilité pour mettre le patient en soins palliatifs : *F1D9 "Nous peut être en médecine générale, on est confronté régulièrement à notre impuissance et on est bien obligé d'accepter que les gens s'en aillent et de faire avec ça et donc cette idée de la mort nous est peut-être moins repoussante"*

### **c. Réapparition du rôle central**

Les médecins interrogés voient leur rôle central réapparaître au moment des soins palliatifs, avec une prise en charge globale du patient, de sa qualité de vie et de l'entourage : *F1D3 "notre rôle aussi c'est que le patient, on l'aide à se resituer dans sa vie globalement et pas forcément dans un projet médicamenteux ou chimiothérapique"*.

### **Pour les patients**

D'après les médecins généralistes, les patients ont des difficultés à accepter la fin des traitements curatifs : *F1D6 "et je crois que c'est très difficile et pour la personne d'accepter que c'est fini"*.



Ils pensent que le fait d'aller voir l'oncologue peut être une volonté inconsciente de la part du patient, de continuer les traitements : *F1D11 "J'en viens aussi à me demander si à partir du moment où le patient va voir l'oncologue, qu'il a un rendez-vous et qu'il y va, c'est que dans son inconscient du moins, il a l'intention quand même de poursuivre peut être une chimiothérapie"*

## **2. Le réseau de soins palliatifs**

### **a. Fonctionnement & Intégration**

Les médecins généralistes nous parlent du réseau de soins palliatifs comme un réseau qui fonctionne bien : *F1D2 "c'est qu'on a un réseau de soins palliatifs qui marche assez bien", F1D9 "Le soin palliatif c'est vraiment l'exception qui confirme la règle"*

Le réseau fonctionne car ils se sentent intégrés à part entière dans ce réseau : *F1D9 "celui-là il marche bien parce qu'on est partie prenante, parce qu'on est au lit du malade les acteurs principaux avec les soignants de proximité, les infirmières, les aides-soignantes".*

### **b. Rémunération**

D'après les médecins généralistes, la rémunération associée à la prise en charge du patient au domicile est un argument positif et supplémentaire au bon fonctionnement de ce réseau : *F1D9 "et aussi parce qu'il y a ce système de réunion de coordination au lit du patient qui est rémunérée, ce qui fait que quand même la participation est plus facilitée, il y a quand même des facilitations, et donc ça marche bien".*

### **c. Rôle de coordinateur**

A l'heure des soins palliatifs, Ils ont le sentiment de reprendre la main sur le patient et de travailler en réseau : *F1D9 "celui-là il marche bien parce qu'on est partie prenante, parce qu'on est au lit du malade les acteurs principaux avec les soignants de proximité, les infirmières, les aides-soignantes".*

## **3. La fin de vie**

### **a. Problématique en EHPAD**

Pour certains médecins, la fin de vie en EHPAD peut poser un véritable problème en terme d'organisation, de disponibilité et de formation des soignants : *F2D3 "C'est un gros*

*problème, parce que une fin de vie en EHPAD tu as intérêt à avoir des directives anticipées et même de ta part, il n'y a pas d'infirmière, il n'y a pas de médecin la nuit, comment veux-tu faire du palliatif avec un personnel non formé au palliatif, ça vraiment ... palliatif et EHPAD c'est vachement incompatible je pense. Je sais pas si vous avez déjà rencontré des patients palliatifs en EHPAD..."*

### **b. La notion d'espoir**

Les médecins généralistes s'accordent à dire qu'ils laissent toujours un espoir au patient en fin de vie : F3D7 *"Moi je me refuse de ne pas laisser d'espoir au patient et je suis capable du pire mensonge. Je me refuse de leur enlever cet espoir"*. Et ils pensent que le patient a besoin de cet espoir : F1D6 *"Et souvent, quand même, on dit que le médecin insiste parce que le patient garde toujours un espoir, et quand on est au pied du mur et face à la mort la personne a toujours l'espoir de ..."*

Cependant certains pensent que de laisser de l'espoir ou une incertitude est source de souffrance pour le patient : F1D2 *"mais tant que tu maintiens un espoir, tu maintiens aussi l'incertitude et tu génères beaucoup de souffrance."*

## **K. LES ATTENTES ET LA FORMATION**

Nous avons voulu finir notre questionnaire par ce thème après avoir abordé le parcours du patient en oncogériatrie.

### **1. Les attentes**

#### **a. La communication**

Au cours des trois focus group, les médecins généralistes ont montré leur désir et leur volonté pour améliorer la communication entre les différents spécialistes, oncologues et gériatres.

De l'oncologue vers les médecins généralistes, les médecins pensent qu'un simple appel téléphonique suffirait pour se sentir partie prenante de la prise en charge : F3D2 *"mais au moins un coup de fil en amont pour avoir notre avis au moins on se sentirait intégré dans la prise en charge et on n'aurait pas cette attitude un petit peu tous de ..."*. Notamment à certaines moments clefs de la pathologie : F3D4 *"On envisage de faire ça ... quand il y a au moins un doute, quand au moins il y a une réévaluation qui est faite qu'on puisse au moins*

*être tenu informé de comment ça évolue ...".*

### **b. Outil de communication**

Si l'outil téléphone ne fonctionne pas, les médecins généralistes proposent d'utiliser un outil commun comme un serveur informatique ou une messagerie : *F1D3 "d'un outil commun à tous les professionnels que ce soit les spécialistes, les médecins généralistes, les infirmières enfin tous les professionnels qui gravitent autour du patient ... c'est bien qu'on ait une plateforme commune pour pouvoir donner notre avis", F1D8 "dans l'autre sens on sait que c'est exactement pareil ils sont complètement débordés donc avoir une messagerie adaptée ça serait super quoi "*

### **c. Pas de participation aux RCP**

Cependant, une immense majorité revient sur le fait qu'ils ne veulent pas forcément participer au RCP qui leur paraissent chronophages : *F3D2 "alors peut-être pas assister aux RCP comme disait D3 parce que je trouve que moi aussi qu'en temps c'est assez chronophage".*

## **2. Les formations**

Les médecins généralistes des différents focus group souhaitent des formations sur le sujet. Ils voudraient qu'elles soient sur deux jours, et non en soirées, réalisées par des oncologues. Qu'elles soient indemnisées, avec comme thèmes les nouveaux traitements anticancéreux et les spécificités de la personne âgée : *F2 D6 "Je rejoins ce que disait D3, surtout ce qui est connaissance des traitements, les nouveaux certes, mais les anciens aussi, je me sens pas au jus là-dessus, autres connaissances que je n'ai pas, mais à moi de me former, c'est sur le pronostic de ces pathologies chez les personnes âgées, l'efficacité des traitements."*

## **DISCUSSION**

### **A. Les idées fortes**

A travers cette étude, nous avons confirmé la nécessité et l'intérêt d'une prise en charge différente, adaptée et personnalisée aux personnes âgées souffrant d'une pathologie cancéreuse.

Nous avons observé que la communication entre les différents intervenants dans la prise en charge de ces patients pouvait être perfectible. Les médecins généralistes ont montré leur volonté d'améliorer cette communication et leur relation avec les autres spécialistes.

Nous avons pu mettre en évidence leur sentiment d'isolement dans les différentes étapes de la maladie, avec comme question récurrente : jusqu'où aller ou ne pas aller dans la prise en charge.

La notion de déresponsabilisation du patient âgé et l'interférence avec la famille sont régulièrement ressorties au fil des réunions.

La valorisation de la place et de l'avis des médecins généralistes dans la prise en charge de ces patients notamment en amont de la décision thérapeutique est l'un des points forts qu'il faut également souligner.

Au terme de cette étude, nous constatons la nécessité de diffuser l'information et de mettre en place des formations sur le thème de l'oncogériatrie, du fonctionnement des RCP et du réseau en Midi Pyrénées et du test G8.

### **B. La validité interne**

#### **1. Les forces de l'étude**

##### Les critères scientifiques

La recherche qualitative nécessite une rigueur scientifique que nous avons détaillée dans le chapitre « Matériel et méthode ». Nous avons suivi les règles de consensus qui s'appliquent à la méthode qualitative.

Notre étude a reçu un avis favorable de la Commission Ethique du Département Universitaire de Médecine Générale (DUMG) de Midi - Pyrénées.

## L'originalité de l'étude

Nous pouvons qualifier notre étude d'originale car à notre connaissance c'est une des premières études qualitatives sur le sujet en France. C'est également une des premières études qualitatives par focus group réalisée au sein du DUMG de Toulouse. Le thème est d'actualité avec le lancement du 3<sup>ème</sup> Plan Cancer 2014 - 2019, dont un des axes est d'améliorer la communication entre le médecin traitant et les autres acteurs prenant en charge le patient âgé atteint de cancer. [28]

## La population et les départements étudiés

La population étudiée ne cherchait pas à être exhaustive, cependant le nombre de médecins généralistes interviewés reste relativement important puisqu'au final sur l'ensemble des trois focus group, nous avons interrogé 26 médecins généralistes.

Nous avons choisi de réaliser notre étude dans trois départements de la région Midi - Pyrénées sélectionnés initialement pour des raisons pratiques. Néanmoins, il s'est avéré que ce choix a permis de mettre en évidence les différences entre les milieux urbains, semi-ruraux et ruraux.

## **2. Les limites de l'étude**

Un premier biais peut être retrouvé dans l'échantillonnage des médecins sélectionnés. Certains médecins présents lors des focus group étaient des maîtres de stage investis dans la formation des étudiants, de ce fait ils peuvent avoir une pratique différente de celle de leurs confrères. Certains faisaient partie d'un même groupe de pairs déjà constitué, habitués à échanger entre eux et relativement ouverts à ce type de projet. Enfin deux d'entre eux étaient les maîtres de stage d'un des chercheurs et étaient donc de fait plus sensibilisés par le fait de connaître ce dernier.

Le deuxième biais retenu fait référence au modérateur de notre étude. Nous avons choisi notre directeur de thèse pour être le modérateur des trois focus group et nous permettre d'assister en tant qu'observateurs à ces réunions. La technique des entretiens en focus group est complexe et codifiée. Il s'est efforcé de respecter ces règles. L'idéal aurait peut-être été d'avoir un modérateur complètement neutre et non médecin.

Le troisième biais qu'il nous est apparu important de souligner est celui en lien avec le principe même du focus group, qui a pour intérêt l'interaction et la dynamique de groupe.

Mais cela peut aussi être un frein pour certains médecins qui se sentiraient plus libres sans le regard de leurs confrères sur leurs avis et leurs pratiques. De plus notre problématique reste une problématique vaste dont il est difficile de définir l'ensemble des sujets s'y rapportant.

Nous avons cherché à faire intervenir un sociologue dans notre étude pour affiner notre démarche. Nos tentatives ont échoué et son absence peut être considérée comme une limite dans notre travail.

### **C. La validité externe**

La comparaison avec les observations à d'autres régions ou pays est plus difficile que dans les études de type quantitatif. L'oncogériatrie est une spécialité récente et en construction. Nous avons trouvé peu de données sur le ressenti des médecins de premier recours, dans la prise en charge des patients âgés atteints de cancer. Les rares études que nous avons trouvées sur le médecin généraliste et la prise en charge du patient âgé en cancérologie confortent certains éléments des résultats des focus group.

### **D. Discussion des résultats**

#### **1. Le vécu des médecins généralistes**

##### **a. Indépendant du patient**

Les médecins généralistes s'accordent à dire que la prise en charge des patients âgés de plus de 75 ans atteints de cancer, qu'elle soit fréquente ou non, reste une pratique très "lourde" et chronophage pour eux. Ils évoquent la difficulté de prendre en charge seul ce type de patient.

Nous avons constaté qu'ils ont du mal à se positionner vis-à-vis de l'arrêt du dépistage. Lors des entretiens, nous avons le sentiment que l'arrêt brutal du dépistage systématique au vu des consensus et des recommandations, est vécu comme une interdiction de réaliser le dépistage individuel. Peu de médecins évoquent ce dépistage de la personne âgée de plus de 75 ans, ils préfèrent parler du « dépistage - symptôme ». C'est à dire que pour la personne âgée, ils ont tendance à attendre l'apparition d'un symptôme évocateur plutôt que de proposer un dépistage individuel.

Certains d'entre eux, seraient même d'avis d'arrêter ce type de dépistage après 75 ans. Cette attitude pourrait avoir comme conséquence le sous dépistage de la population des personnes âgées.

Cette notion est en corrélation avec l'étude menée par le Docteur Vedel <sup>[29]</sup>. Elle montre, au travers d'une revue systématique de littérature de 42 études internationales dont 2 françaises, que le principal obstacle à la poursuite du dépistage chez les personnes âgées était le manque de conviction du médecin en l'efficacité du dépistage. La recommandation du médecin traitant est de plus, l'un des facteurs les plus importants pour orienter la décision de poursuivre ou non le dépistage du cancer du sein chez les femmes de plus de 65 ans comme chez celles de plus de 80 ans <sup>[30]</sup>.

Et même si le dépistage mammographique, par exemple, reste controversé chez la personne âgée, le rôle du médecin généraliste est primordial pour favoriser le diagnostic précoce du cancer du sein. En effet il est reconnu que la réduction des diagnostics à des stades tardifs de la maladie peut améliorer la qualité de vie des patientes, et diminuer la complexité des prises en charge et le coût des traitements <sup>[31]</sup>.

Tout au long de l'étude, les médecins généralistes interrogés insistent sur leur rôle central dans la prise en charge du patient âgé atteint de cancer. De l'évaluation initiale, en donnant leur avis aux oncologues. Aux inter-cures en gérant les différents effets secondaires des chimiothérapies. Et à la fin lorsqu'il y a un échec thérapeutique et que se pose la question de la qualité de vie et les soins de confort. Ce rôle primordial est nettement prédominant au retour à domicile et en fin de vie. À ce moment-là, le médecin généraliste peut s'appuyer sur un réseau de soins palliatifs efficace.

Deux études, australienne et allemande <sup>[32]</sup> <sup>[33]</sup>, ont montré que les médecins généralistes souhaitent une implication majeure dans la prise en charge de leur patient atteint de cancer. Compte tenu de leurs relations étroites et durables avec leurs malades, ils pensent être en mesure de les accompagner tout au long du processus de cette prise en charge spécialisée.

Certains médecins se demandent néanmoins, jusqu'où aller dans la prise en charge de ces patients de plus de 75 ans atteints de cancer. Il n'y a pas eu de consensus autour de cette question, mais plusieurs opinions divergentes. En fonction des soignants, l'attitude est différente. Certains adoptent une attitude « jusque-boutiste » en poussant les investigations du dépistage au diagnostic pour ensuite adapter la suite de la prise en charge. D'autres adoptent plutôt une attitude « minimaliste » en limitant les examens complémentaires

qu'ils jugent inutiles. Cette ambivalence des soignants est importante à souligner parce qu'elle définit la suite de la prise en charge des patients âgés.

Nous pensons effectivement que cette question est légitime comme le soulève également les docteurs Castel-Kremer et Droz qui posent la question : Faut-il faire le diagnostic de cancer dans tous les cas ? <sup>[34]</sup> Ils proposent de réfléchir à la nécessité de réaliser un diagnostic anatomo-pathologique de cancer en fonction du principe du rapport bénéfice - risque. En le pratiquant, le risque est celui de la technique utilisée tandis que le bénéfice est de donner une information exacte au patient et donc de permettre une décision éclairée qui peut aller jusqu'à l'abstention de thérapeutique spécifique. D'après eux les arguments en faveur du diagnostic anatomo-pathologique sont donc forts, y compris dans les situations où une prise en charge palliative et/ou une abstention de thérapeutique spécifique est prévisible.

De plus, pour défendre leurs patients et leur qualité de vie, les médecins pensent avoir également un rôle légitime et une position privilégiée en amont de la RCP et de la décision thérapeutique, pour donner leur avis, favorable ou défavorable, au début de la prise en charge comme à la fin de celle-ci.

Cependant, par leur manque de connaissance des nouvelles thérapeutiques utilisées en cancérologie, ils sont conscients d'avoir peu de place lors des décisions de deuxième lignes de chimiothérapie par exemple. En effet, comme le montre une étude réalisée dans la région Champagne-Ardenne en 2012, <sup>[35]</sup> deux tiers des médecins généralistes participants considèrent leur niveau de formation en cancérologie comme non satisfaisant.

Ils pensent pouvoir jouer un rôle plus important dans l'annonce du diagnostic de la pathologie cancéreuse. Ils soulèvent de nombreuses critiques face à ces annonces réalisées en milieu hospitalier. Ils estiment que les informations utiles et importantes ne circulent pas en temps et en heure vers le médecin généraliste. Pour eux, ces consultations spécialisées pourraient également se faire en médecine générale de manière partagée et plus adaptée au patient et à sa psychologie.

D'autre part, ils pensent avoir un rôle clé et essentiel dans le fait de pouvoir dire stop à la prise en charge inadaptée, aux investigations exagérées et à l'acharnement thérapeutique que subissent certains patients âgés.



Au cours de cette étude, nous avons constaté à de nombreuses reprises le sentiment d'isolement des médecins généralistes dans leur pratique. Dans certaines situations, ils ont le sentiment d'être livrés à eux - mêmes, notamment pour des prises de décisions complexes. Certains d'entre eux se demandent pourquoi ils sont seuls et ne peuvent pas recourir à de l'aide pour une décision plus éclairée et collégiale.

### **b. influencé par le patient // patient dépendant**

La première problématique est de définir la population âgée : les médecins généralistes se demandent quelle est la limite d'âge pour considérer une personne comme âgée. Aucune littérature ne fixe un âge précis à cette définition. Pour certains elle commence à partir de 70 ans et pour d'autres à partir de 75 ans (âge de l'arrêt des dépistages systématiques).

L'hétérogénéité de la population des personnes âgées justifie la nécessité d'une prise en charge adaptée et personnalisée pour chaque patient. Les médecins généralistes sont conscients de cette réalité et prennent en compte le plus souvent l'état général et l'âge physiologique du patient pour adapter au mieux leur prise en charge du dépistage à la fin de vie. La fragilité de la personne âgée cancéreuse va également être un facteur déterminant de la prise en charge. Même si les médecins généralistes interviewés ne l'emploient pas comme tel dans leur discours, nous avons pu constater qu'ils prennent en charge le patient dans sa globalité.

L'existence de troubles cognitifs influence fortement la prise en charge des patients âgés par les médecins généralistes. A toutes les étapes de cette prise en charge et tout au long des différents thèmes abordés dans cette étude, cette notion est évoquée de manière récurrente. Ici encore, les avis des médecins généralistes divergent. Certains pensent que les troubles cognitifs sont un frein à l'investigation et à un avis spécialisé. D'autres estiment au contraire que tout patient, même dément, a droit à un diagnostic et une prise en charge adaptée. La problématique évoquée dans ce contexte est le sentiment de solitude face à la prise de décision d'intervenir ou non chez ces patients déments. Lors de cette prise de décision, il peut exister une certaine déresponsabilisation de la personne âgée. Leur avis et leur souhait seraient moins pris en compte d'après certains médecins.

Nous avons été sensibilisés par le sentiment d'isolement ressenti par les médecins généralistes face à ces patients et leur prise en charge. Ce thème a été particulièrement constant et récurrent quelque soit le stade de la pathologie cognitive et ceci tout au long du parcours du patient. Nous avons réellement ressenti le besoin de partager et d'échanger

avec d'autres médecins pour ces prises de décisions difficiles. Et à la question de savoir s'il faut traiter ou non des patients âgés déments lorsqu'ils sont atteints de cancer, le Docteur Stefani propose de raisonner différemment selon les pronostics respectifs de la démence et du cancer <sup>[36]</sup>. En pratique, la prise en charge de tels patients atteints de troubles cognitifs impose de réfléchir aux notions d'information, de qualité de vie et de consentement, éventuellement à l'aide d'un tiers désigné par le patient et de ses directives anticipées. Entre acharnement thérapeutique et négligence, la recherche d'un juste milieu s'impose.

Nous avons pu ensuite observer que les médecins généralistes s'efforcent de suivre les directives anticipées définies par leurs patients. Ces directives permettent à toute personne majeure de préciser ses souhaits quant à sa fin de vie, prévoyant ainsi le cas où elle ne serait pas, à ce moment-là, en capacité d'exprimer sa volonté. Ils estiment que ces directives sont utiles en pratique mais ne sont pas toujours réactualisées. Ils ont le sentiment qu'une fois le diagnostic de cancer annoncé, certaines personnes concernées changeront d'avis. Une problématique persiste néanmoins lors du déclin cognitif du patient, où il semblerait que les directives soient spécialement peu suivies.

C'est un sujet éthique qu'il serait intéressant d'approfondir dans l'avenir. Cela n'a pas été abordé au cours des focus group, mais nous nous demandons cependant quelle est la proportion de patients qui ont rédigé ou fait savoir leurs directives anticipées.

Remettre le patient et ses choix au centre de la décision thérapeutique semble être une volonté des médecins généralistes. Cette tâche n'est pas toujours aisée pour certains médecins généralistes notamment lorsque les patients âgés adoptent une attitude fataliste quant à leur état de santé et leur avenir. Nous avons ressenti cette attitude fataliste comme pouvant être frustrante et mal vécu par certains médecins.

Une étude américaine rapporte que les médecins qui s'occupent de personnes âgées fragiles sont généralement disposés à discuter du pronostic à court terme, mais pas à long terme. Ces mêmes médecins signalent l'individualisation de cette décision en fonction des circonstances cliniques. Ils estiment par exemple qu'ils sont plus susceptibles de soulever la question du pronostic s'ils pensent que cette information va permettre de promouvoir une décision médicale éclairée. Néanmoins ils sont plus réticents à aborder ce sujet s'ils pensent porter atteinte à l'espoir et générer de l'anxiété. Également d'après cette étude, une majorité de personnes âgées atteinte d'une maladie grave voudrait savoir leur pronostic afin de prendre des dispositions médicales, personnelles, spirituelles et financières pour la fin de vie. <sup>[37]</sup>

Enfin, l'environnement du patient va être un facteur prépondérant dans la prise en charge du patient âgé. Au domicile, les médecins généralistes se sentent plus isolés qu'en institution. Cependant ils rapportent aussi des problèmes lors des fins de vie en EHPAD, spécialement la nuit, par manque de disponibilité, et où parfois le personnel n'est pas formé ou isolé. Il est donc difficile dans ces conditions d'organiser une fin de vie.

### **c. Face aux familles**

La présence de la famille, tant au moment de l'annonce qu'au moment de la décision thérapeutique, peut parfois être ambivalente et paradoxale.

D'une part, elle est importante et primordiale pour le patient. Elle représente un soutien indispensable et peut être une aide précieuse pour le médecin généraliste.

L'entourage, pour des raisons de protectionnisme ou par attitude fataliste, peut demander à ce que l'annonce du diagnostic ne soit pas faite au patient lui-même. Il préfère le laisser dans l'ignorance d'un diagnostic grave. En théorie, cette volonté va à l'encontre du secret médical et peut parfois mettre en difficulté le médecin généraliste. Cette attitude protectionniste permet cependant de diminuer parfois le retard de diagnostic évoqué par les médecins en signalant plus tôt les symptômes inquiétants.

Néanmoins, l'entourage familial peut parfois prendre le « contrôle » des événements et prendre des décisions à la place du patient spécialement lorsque celui est atteint de troubles cognitifs ou s'il est très âgé. Nous revenons donc sur cette notion de déresponsabilisation de la personne âgée.

L'interférence des familles peut donc être positive, mais parfois délétère pour le patient âgé. Le médecin généraliste est dans l'obligation de s'adapter à l'entourage du patient autant qu'au patient lui-même. Et ce d'autant plus lorsque les proches du patient sont éloignés géographiquement et font preuve d'un « sur - investissement » quant à la pathologie de leur proche malade.

### **d. Face aux spécialistes**

La problématique majeure évoquée par les médecins généralistes dans leur rapport avec les spécialistes est le manque de communication ou l'absence d'une communication efficace. Malgré les progrès réalisés en matière de technologie numérique, le médecin généraliste a le sentiment de manquer d'informations et surtout d'informations fiables sur la prise en

charge globale de son patient.

Ceci va dans le sens de l'enquête d'opinion réalisée par une équipe bordelaise <sup>[38]</sup>, où seuls trois médecins sur deux cent neuf interrogés, déclarent avoir eu un contact direct avec un membre de l'équipe ayant réalisé l'évaluation oncogériatrique. Ce petit nombre reflète les difficultés de communication entre ville et hôpital. Plusieurs médecins ont d'ailleurs fait part dans leur commentaire de leurs difficultés à joindre les spécialistes hospitaliers pour avoir des informations, ont déploré les problèmes de communication entre ville et hôpital et ont exprimé le sentiment d'être exclus des décisions prises pour leurs patients.

En effet, la méconnaissance de la pratique de chacun, le sentiment de communication unidirectionnelle, l'absence de coordination pour la sortie des patients, ou encore, la lenteur de la transmission de l'information, sont autant de raisons qui peuvent expliquer ces difficultés de communication entre la ville et l'hôpital. <sup>[39]</sup>

Malgré les efforts mis en place par l'hôpital, la mise en place du dispositif « médecin traitant », par la loi de réforme de l'Assurance Maladie de 2004, pour améliorer le parcours de soins et la concentration des informations médicales et la création du *Dossier Médical Personnalisé (DMP)* ce sentiment perdure chez certains médecins généralistes.

Ce défaut d'information peut nuire à la prise en charge du patient, essentiellement à la suite de la consultation d'annonce où les médecins généralistes ne savent pas ce qui a été dit lors de cette consultation. Bien souvent c'est le patient lui-même qui apporte cette information.

Le sentiment des médecins généralistes que leur avis n'est pas pris en compte, d'être spectateur de la prise en charge et plus grave parfois le sentiment de mépris ressenti de la part des spécialistes sont les principales doléances des médecins généralistes.

Ces notions sont retrouvées dans deux articles <sup>[40] [41]</sup>, qui concluent que : « *La perception par les généralistes d'un contexte d'échange inégal avec les spécialistes se manifeste essentiellement dans trois dimensions : les lacunes dans la transmission d'informations sur leurs patients, plus, le mépris de leurs confrères spécialistes à leur égard et enfin la captation et la perte de certains de leurs patients* ».

Les médecins reconnaissent avoir une vision dure et critique des oncologues : tous les praticiens ont le sentiment de faire de leur mieux pour améliorer ce travail en collaboration. Cette vision est nuancée par le fait qu'ils sont bien conscients de la charge importante de travail des oncologues. C'est pourquoi, l'image plutôt positive de la pratique

hospitalière qualifiée de médecine de pointe associée à une haute technicité est bien souvent ternie par le vécu des relations professionnelles avec les médecins hospitaliers. <sup>[42]</sup>

Il existe cependant une meilleure communication avec les gériatres, ressentie plus facile et plus naturelle même si elle reste relativement peu fréquente en pratique.

## **2. Les attentes des médecins généralistes**

L'amélioration de la communication avec les spécialistes hospitaliers est la principale attente des médecins généralistes. Ils souhaitent améliorer leur mode de fonctionnement en privilégiant un contact direct avec les oncologues aux différentes étapes de la prise en charge. Pour pouvoir adapter son discours envers le patient et l'aider à faire un choix éclairé, le médecin a besoin d'informations fiables.

Le rapport de la Fédération Hospitalière de France de 2007, signale que : « *l'amélioration des liens de travail entre médecine de ville et médecine hospitalière est un enjeu fort pour la qualité de l'accueil des patients et la fluidité de leurs parcours de soins* », et précise la nature de l'enjeu : « *le médecin de ville est le premier adresseur à l'hôpital [...]. L'hôpital a intérêt à prendre en compte ses attentes s'il veut concrétiser et valoriser ses possibilités de prise en charge* ». <sup>[43]</sup>

La deuxième attente est la revalorisation de la place et de l'avis du médecin généraliste dans la prise en charge du patient âgé, en amont de la décision thérapeutique et à l'arrêt des traitements <sup>[44]</sup>.

Les médecins généralistes aimeraient avoir une aide lors de la prise en charge de certaines situations complexes pour ne pas décider seul de la conduite à tenir. Ils pensent que travailler en collaboration et échanger de façon pluridisciplinaire permettrait de prendre des décisions collégiales plus adaptées à chacun des patients. Le gériatre a toute sa place au sein de cette collaboration étroite avec le médecin généraliste.

La participation des médecins généralistes aux RCP pourrait être une attente de leur part, mais ils sont bien conscients des différents freins à cette participation : manque de temps, pas la volonté de se déplacer physiquement,...

## **3. Le Réseau Onco-Gériatrique au sein d'ONCOMIP et le Test G8**

L'intérêt du réseau d'oncogériatrie est la prise en charge multidisciplinaire. L'existence de ce réseau est justifiée par la prise en charge adaptée et personnalisée de la personne âgée. L'inconvénient est qu'il reste encore méconnu des médecins généralistes comme le confirme une étude réalisée en 2010 dans la région parisienne, <sup>[45]</sup> qui montre que 73% des médecins généralistes interrogés ne connaissaient pas l'existence d'une consultation d'onco-gériatrie avant d'avoir reçu le premier compte-rendu de consultation.

Nous avons le sentiment qu'ils cernent mal la raison d'être de ce réseau. Ils expriment leurs craintes par la peur que ce réseau soit chronophage et noyé au milieu des autres réseaux. Ils pensent qu'il ne leur apportera pas d'aide réelle au quotidien et qu'une fois de plus ils perdront la main sur leurs patients.

De nombreuses questions sont soulevées sur la place du médecin généraliste au sein de ce réseau. Pour une prise en charge idéale et optimale centrée sur le patient, il semble nécessaire d'avoir une triangulation des décisions avec le médecin généraliste, l'oncologue et le gériatre.

Selon le Pr Jean-Pierre Droz <sup>[46]</sup>, les *UPCOG* peuvent constituer des interlocuteurs directs privilégiés pour les médecins de soins primaires et, partout où les *UPCOG* ne sont pas implantées, le rôle du médecin de ville est primordial. Ce dernier peut en effet transmettre aux oncologues des informations majeures relatives aux patients âgés cancéreux.

Impact du test G8 sur la pratique du médecin généraliste : Aucun des médecins généralistes interrogés ne connaissait le test G8 ni l'étude Oncodage validant ce test de dépistage.

Après avoir pris connaissance de ce test, ils lui ont reconnu une certaine utilité pour les prises en charge complexes. Ce test pourrait leur permettre de rester objectif et de les aider à savoir s'il faut orienter ou non le patient vers un gériatre. Néanmoins, ils pensent que ce test est loin d'être systématique et préfèrent l'utiliser seulement en cas d'hésitation. Ils pensent également que ce test pourrait les aider à dépister les fragilités des personnes âgées qu'ils suivent depuis longtemps et qui mériteraient probablement des investigations complémentaires et un avis spécialisé. Une approche peut être inattendue de ce test est son utilisation comme outil de communication avec les oncologues et les gériatres. Les médecins généralistes se sont approprié ce test G8 de cette manière pour donner leur avis sur le patient avant la décision thérapeutique.

## **E. Propositions et Ouverture**

Au terme de cette étude, nous pouvons soumettre quelques propositions sur ce sujet. Il nous semble important de prendre en compte l'avis du médecin généraliste en amont de la décision thérapeutique qu'elle soit curative ou palliative. C'est pourquoi il serait intéressant de rajouter une ligne ou rubrique dans la fiche des patients présentés à la RCP avec l'avis de celui-ci (accord, désaccord, sentiment, contextualisation...), essentiellement pour les personnes âgées et les situations dites complexes.

Nous pourrions également envisager comme hypothèse l'utilisation de la télémédecine comme outil de communication entre les médecins. La participation des médecins généralistes aux RCP pourrait être facilitée par le biais des installations des EHPAD équipées dans le cadre de la télémédecine.

L'une des pistes d'amélioration de la communication serait de replacer le médecin généraliste au sein de la prise en charge du patient âgé atteint de cancer par le biais du test G8 par exemple et du réseau d'oncogériatrie. Le test G8 mériterait probablement quelques modifications et améliorations pour qu'il soit utilisable de façon systématique en médecine générale, comme un item sur le contexte environnemental du patient, la présence de ressource familiale, psychologique ...

Sur le plan de l'information et de la formation des médecins généralistes, nous pensons qu'il est nécessaire de mettre l'accent sur l'importance d'un diagnostic précoce des cancers à l'arrêt du dépistage organisé. Les informer des principaux effets indésirables des chimiothérapies en généralisant les fiches « conseil de surveillance » déjà existantes pourrait également être une possibilité.

L'institut Claudius Régaud et maintenant l'I.U.C.T - Oncopole met à disposition « Oncophone », un service téléphonique dédié aux professionnels (05.61.42.41.41) pour adresser ou suivre un patient, obtenir un avis pluridisciplinaire ou gérer une situation médicale difficile pour un patient à domicile. Il serait intéressant de généraliser ce système à l'ensemble des départements et ainsi améliorer le rôle et la visibilité du « référent » de chaque patient.

Les formations seront intéressantes pour les médecins généralistes si elles permettent d'améliorer la prise en charge du patient, de rendre service au patient en terme de qualité de vie et de faire gagner du temps aux praticiens.

## **F. Synthèse**

L'oncogériatrie est un concept récent qui se développe en France avec le réseau de structures *UPCOG* mis en place par l'Institut National du Cancer. Les deux premiers Plans Cancers préconisaient de développer la collaboration entre les oncologues et les gériatres. Le nouveau plan cancer 2014 - 2019 a pour but d'améliorer la coordination ville - hôpital en sollicitant plus fortement les professionnels de premier recours avec en première ligne le médecin traitant. L'oncogériatrie concept initialement hospitalo-centré, cherche, et doit s'ouvrir sur les soins primaires

Cette étude est l'une des premières à rechercher le vécu et les attentes des médecins généralistes sur ce thème. La première impression de ces focus group est que la prise en charge des patients âgés atteints de cancer est souvent difficile, lourde et chronophage. Le médecin traitant a parfois l'impression d'être isolé, ou voire même, spectateur de la prise en charge de son patient. Beaucoup ont du mal à avoir une conduite à tenir claire et précise pour le dépistage et se demandent jusqu'où aller dans leurs démarches en fonction de leurs patients.

Mais une analyse plus poussée retrouve une affirmation de la volonté d'être un acteur central de la prise en charge du patient âgé atteint de cancer. Le médecin généraliste connaît le contexte social, l'histoire et les préférences de son patient. Ils souhaitent améliorer la communication avec les oncologues tout au long de la prise en charge, en leur apportant cette spécificité. Il faudrait réintroduire l'avis du médecin généraliste dans la prise en charge des patients âgés atteints de cancer par le biais du test G8. En amont de la consultation d'oncologie on pourrait ajouter une ligne sur l'avis du médecin généraliste à la fiche de présentation du patient à la RCP. Ceci pourrait s'intégrer dans l'action 2.19 du plan cancer 2014 - 2019 avec la généralisation du dossier communicant de cancérologie et l'introduire dans le projet personnel de soin des patients.

L'outil Oncodage (G8) et le réseau d'oncogériatrie sont inconnus de la majorité des médecins généralistes de l'étude. Afin de mettre en avant le test G8, une communication et une diffusion de la part des oncologues et des réseaux d'oncogériatrie vers les médecins généralistes est indispensable.

De plus des formations sur le thème de l'oncogériatrie pourraient être réalisées auprès des médecins généralistes. Plusieurs thèmes intéressent les médecins généralistes : le dépistage en fonction de l'âge, l'évaluation de la fragilité, non seulement pour la prise en charge globale des patients âgés en général, mais aussi et plus particulièrement pour la prise en charge des malades âgés atteints de cancer.



Les médecins généralistes s'impliquent dans la prise en charge de leurs patients âgés cancéreux. Cela leur tient à cœur, car c'est une étape importante de la vie de leurs patients. Les médecins généralistes paraissent prêts à reprendre leur place de pivot dans la prise en charge des patients âgés atteints de cancer.

## CONCLUSION

La population âgée atteinte de cancer augmente avec l'espérance de vie et l'incidence des cancers. Ceci implique la nécessité de développer une politique de soins adaptée aux caractéristiques de ces patients.

Le concept d'oncogériatrie, se développe par les différents Plans Cancer depuis 2003. Sous l'impulsion de l'Institut National du Cancer, 15 Unités Pilotes de Coordination en OncoGériatrie ont été mises en place avec pour objectif principal d'offrir aux personnes âgées atteintes de cancer une prise en charge adaptée et globale de qualité. Elle consiste à dépister la fragilité des patients atteints de cancer lors de leur prise en charge oncologique, par le biais du test de dépistage G8 (outil Oncodage). Une fois repérés, ces patients bénéficieront d'une évaluation gériatrique standardisée en amont de la RCP. Cependant dans cette prise en charge le médecin généraliste est cité, mais n'est pas encore intégré.

L'objectif de notre étude est de déterminer le vécu et les attentes des médecins généralistes face aux personnes âgées atteintes de cancer dans leur pratique quotidienne, dans leurs relations avec les médecins spécialistes et avec le réseau oncogériatrique à travers le test d'évaluation G8.

Notre travail s'appuie sur une étude qualitative par focus group semi - dirigés. Nous avons interrogé des médecins généralistes exerçant en Midi - Pyrénées par le biais d'un guide d'entretien préalablement établi. Les discussions ont été enregistrées de façon audio puis retranscrites de façon intégrale. Le verbatim a ensuite été codé dans un tableau puis analysé pour dégager des thèmes et des hypothèses.

Au total, trois focus group ont été réalisés dans trois départements de la région Midi - Pyrénées, regroupant vingt six médecins généralistes, durant une heure et trente quatre minutes en moyenne. Les différents thèmes abordés sont les spécificités de la personne âgée, le dépistage, le diagnostic et son annonce, le test d'évaluation G8, la décision thérapeutique avec la RCP, les relations avec les spécialistes, le réseau d'oncogériatrie, le suivi à domicile, les soins palliatifs, la fin de vie et les formations.

Le médecin généraliste a parfois le sentiment d'être isolé devant cette prise en charge lourde et chronophage. Une amélioration de la communication entre médecin généraliste et oncologue semble nécessaire.

Il nous semble également justifié de prendre en compte l'avis du médecin généraliste en amont de la décision thérapeutique. C'est pourquoi il serait intéressant de rajouter une ligne dans la fiche de présentation des patients à la RCP avec l'avis de celui-ci.

Replacer le médecin généraliste au centre de la prise en charge du patient âgé atteint de cancer par le biais du test G8 et du réseau d'oncogériatrie semble être une des solutions envisageables.

## **BIBLIOGRAPHIE**

[1] INSEE. Population par âge, (page consultée le 04/03/2014)

Disponible sur : [http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref\\_id=T12F032](http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=T12F032)

[2] International Agency for Research on Cancer, Age specific incidence of all cancers but skin. <http://www-dep.iarc.fr>

[3] INSEE. Principales causes de décès des personnes âgées en 2011

Disponible sur: [http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg\\_id=0&ref\\_id=natsos06220](http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=natsos06220).

[4] D. Verza, Interview du Pr H. Curé. L'oncogériatrie à la française : quel avenir ?, Le JOG - Le Journal d'OncoGériatrie Volume 1 - N°5 - Septembre-Octobre 2010

[5] R. Yancik, L. Kessler, JW. Yates, The elderly population. Opportunities for cancer prevention and detection. Cancer. 1988 ; 62 : 1823-28.

[6] F. Piette, JP. Spano, P. Chaibi, C. Legendre, SV. Toan, A. Chebib et al. : Oncogériatrie, une évidence épidémiologique. La Presse Médicale. Avril 2008

[7] Kurtz JE, Heitz D, Kurtz-Illig V, Dufour P. Geriatric oncology: how far have we gone and what are the next steps ? Oncology. 2009, 77(3-4):147-56. doi: 10.1159/000231885.

[8] Terret C, Zulian GB, Naiem A, Albrand G. Multidisciplinary approach to the geriatric oncology patient. Journal Clinic Oncology. 2007 May 10;25(14):1876-81

[9] Plan Cancer 2009/2013.La situation du cancer en France en 2012. Site internet: [www.legeneraliste.fr](http://www.legeneraliste.fr) (consulté le 18/09/2013)

[10] Terret C, How and why to perform a geriatric assessment in clinical practice. Geriatric Oncology Program, Lyon, France. Annals of Oncology 2008; 19 (Suppl 7): vii300

[11] Droz JP, Rodde-Dunet MH, Vitoux A. Développement de l'oncogériatrie : aspects stratégiques nationaux et internationaux. Bull Cancer 2008 ; 95 (Suppl. FMC) : F104-7

[12] Maraninchi D, Institut National du Cancer. Plan Cancer 2009-2013. Mesure 23 : améliorer la prise en charge des personnes âgées atteintes de cancer. [www.e-cancer.fr](http://www.e-cancer.fr).

[13] Sifer Riviere L, Saint-Jean O, Gisselbrecht M, Cudennec T, Girre V. What the specific tools of geriatrics and oncology can tell us about the role and status of geriatricians in a pilot geriatric oncology program on behalf of Programme d'OncoGériatrie de l'Ouest Parisien (POGOP).Annals of Oncology 22: 2325–2329, 2011 doi:10.1093/annonc/mdq748.

[14] Yancik R, Ries LA. Cancer in older persons. Magnitude of the problem – how apply what we know ? *Cancer* 1994; 74: 1995–2003.

[15] Turner NJ, Haward RA, Mulley GP, Selby PJ. Education and debate : cancer in old age - it is inadequately investigated and treated. *BMJ* 1999; 319: 309–312. original article, *Annals of Oncology* 2328.

[16] Bouchardy C, Rapiti E, Fioretta G et al. Undertreatment strongly decreases prognosis of breast cancer in elderly women. *J Clin Oncol* 2003; 21(19): 3580–3587.

[17] 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* 2004; 22: 4626–4631

[18] Girre V, Falcou MC, Gisselbrecht M, Gridel G, Mosseri V, Bouleuc C. Does a geriatric oncology consultation modify the cancer treatment plan for elderly patients ? *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2008 ; 63 (7) : 724-30

[19] Rouge Bugat M.-E, Chicoulaa B, Balardy L. Subra J, Oustric S. Le médecin généraliste face aux patients âgés atteints de cancer. 2012 *Cah. Année Gérontol*. DOI 10.1007/s12612-012-0306-6

[20] Cudennec T, Moulias S, Lagrandeur J, et al. Oncogériatrie : une application de l'évaluation gérontologique au bénéfice des malades âgés traités pour un cancer. *Cah Année Gérontol* 1:254–8 2009

[21] Lewis JH, Kilgore ML, Goldman DP, et al. Participation of patients 65 years of age or older in cancer clinical trials. *J Clin Oncol* 2003;21:1383-9.

[22] Terret C, Droz JP. Définition et présentation de la cancérologie du sujet âgé. *Progrès en urologie* (2009) 19 Suppl. 3, S75-S79) 2009 Elsevier Masson SAS.

[23] Institut national du cancer. Etats des lieux et perspectives en oncogériatrie, mai 2009. Disponible depuis : [www.e-cancer.fr/soins/prises-en-charge-specifiques/oncogeriatrie](http://www.e-cancer.fr/soins/prises-en-charge-specifiques/oncogeriatrie) (Page consultée le 10/09/2013).

[24] Droz JP. Oncogériatrie : mettre la personne âgée au centre du dispositif. *Revue du Praticien* 59. 20 mars 2009; 59 (3) : 25-7.

[25] Extermann M, Aapro M, Bernabei R, Cohen Hj, Droz JP, Lichtman S et al. Use of comprehensive geriatric assessment in older cancer patients : recommendations from the task force on CGA of the International Society of Geriatric Oncology (SIOG). *Crit Rev Oncol Hematol*. 2005 Sep : 55(3) : 241-52

[26] Rolland Y, Rumeau P, Vellas B. L'évaluation gérontologique standardisée, *La Revue de Gériatrie*. 2001 : vol.26 : N°2 : 151-156.

[27] Bellera A, Rainfray M, Mathoulin - Pelissier S, Mertens C, Delval F, Fonck M, Soubeyran P. Screening older cancer patients : first evaluation of the G-8 geriatric screening tool. *Annals of Oncology Advance Access* published January 16, 2012

[28] Plan Cancer 2014/2019. Objectif 2 : Garantir la qualité et la sécurité des prises en charges: Action 2.19 disponible sur : <http://www.plan-cancer.gouv.fr>

[29] Vedel I, Puts MTE, Monette M, Monette J, Bergman H. Barriers and facilitators to breast and colorectal cancer screening of older adults in primary care: A systematic review. *J Geriatr Oncol* 2011; 2(2): 85–98.

[30] Schonberg MA, Mc Carthy E, York M. Factors influencing elderly women's mammography screening decisions: implications for counselling. *BMC Geriatrics* 2007;7:26.

[31] Ecomard L-M. Modalités diagnostiques du cancer du sein chez la femme à partir de 75 ans en Gironde : Rôle du médecin généraliste. Thèse pour l'obtention du Diplôme D'état de Docteur en Médecine, Octobre 2013.

[32] Mitchell GK, Burridge LH, Colquist SP, Love A. General Practitioners' perceptions of their role in cancer care and factors which influence this role. *Health Soc Care Community*. 2012 Nov; 20(6):607-16. doi: 10.1111/j.1365-2524.2012.01075.

[33] Dahlhaus A, Vanneman N, Guethlin C, Behrend J, Siebenhofer. German general practitioners' views on their involvement and role in cancer care: a qualitative study. *A Fam Pract*. 2014 Apr; 31(2):209-14. doi: 10.1093/fampra/cmt088.

[34] Castel-Kremer É, Droz J-P. Mécanisme de décision en oncogériatrie, *La revue du Praticien* vol. 59 20 mars 2009.

[35] Tardieu É, Thiry-Bour C, Devaux C, Ciocan D, and Al. Place du médecin généraliste dans le traitement du cancer en Champagne Ardenne. *Bull Cancer* 2012 ; 99 : 557-62. doi : 10.1684/bdc.2012.1574.

[36] Stefani L, Problèmes éthiques soulevés par la prise en charge thérapeutique des patients âgés déments atteints de cancer, *Revue internationale de soins palliatifs*, 2008/3 Vol. 23, p. 83-90. DOI : 10.3917/inka.083.0083.

[37] Thai JN, Walter LC, Eng C, Smith AK. Every patient is an individual: clinicians balance individual factors when discussing prognosis with diverse frail elderly adults. *Journal of the American Geriatrics Society* Volume 61, Issue 2, pages 264–269, February 2013.

[38] Labat-Bezeaud C, Mertens C, Soubeyran P, Rainfray M. Opinion survey among général practitioners regarding the oncogériatric care of cancer patients over 70 years old, *JOG J Oncogériatr* 2012.

[39] Hubert G. La circulation de l'information médicale : évaluation du lien complexe ville-hôpital. 42f. Thèse d'exercice : Médecine. Médecine Générale : Université Paris 13 : 2006.

[40] Anvik T, Holtedahl K, Milkasen H. "When patients have cancer, they stop seeing me" – the role of the general practitioner in early follow-up of patients with cancer – a qualitative study. BMC Fam Pract. 2006;7:19.

[41] Bungener M et al. La prise en charge du cancer: quel partage des rôles entre médecine générale et médecine spécialisée ? CNAMTS Pratiques et Organisation des Soins 2009/3 - Vol. 40 pages 191 à 196 ISSN 1952-9201.

[42] François Patrice et al. Qualité des services rendus par un Centre hospitalier universitaire : le point de vue de médecins généralistes, Santé Publique, 2014/2 Vol. 26, p. 189-197.

[43] Ducreux J, Causse D. Guide-annuaire d'amélioration des relations entre médecine de ville et médecine hospitalière. Paris : Fédération hospitalière de France. Pôle organisation sanitaire et médicosociale ; 2007.

[44] Demagny L, Holtedahl K, Bachimont J, Thorsen T, Letourmy A and Bungener M. General practitioners' role in cancer care: a French-Norwegian study. BMC Research Notes 2009, 2:200 doi:10.1186/1756-0500-2-200.

[45] Cariot M-A. Suivi et applicabilité des recommandations de l'évaluation onco-gériatrique standardisée par les médecins généralistes. Thèse pour le Diplôme D'état de Docteur en Médecine, 2010.

[46] Droz J-P, Médecine générale et Onco-gériatrie. La Revue Le Généraliste. 05/02/2010.

## ANNEXES

Annexe n°1 : Le guide d'entretien et sa bibliographie

### **1ere question brise glace**

- Que vous évoquent les mots : Personne âgée et Cancer ?

### **Dépistage**

- Le dépistage des cancers après 75 ans : Que faites-vous ?
- Et alors on s'arrête quand ? (A quel moment dire stop au dépistage personnel ?)
- Rencontrez-vous des difficultés pour l'argumenter auprès des familles ? et/ou de son entourage ? Ya-t-il un moment où le dépistage n'a plus lieu d'être ?

*Relance* : Hétérogénéité de l'état de santé des PA / Notion de fragilité / Comorbidités / Stop dépistage de masse / Troubles cognitifs

### **Diagnostic**

- Quand je vous dis : « Actuellement, on note un retard de prise en charge des personnes âgées atteintes de cancer. » Est-ce votre impression ? Peux-t-on l'expliquer ?
- Si l'on parle des facteurs influençant l'orientation d'une personne âgée ayant un cancer à un spécialiste ? (organe, cancérologue, gériatre)

*Relance* : Banalisation des symptômes par les patients ou par les MG ? Démarche diagnostique moins approfondie / Rapport bénéfice - risque : Techniques invasives / Comorbidités / Souhait et réticence du patient ou de son entourage

- « Le diagnostic de cancer dans tous les cas et pour tous les patients âgés » : qu'en pensez vous ?

*Relance* : facteurs liés au patient, liés à la famille, liés au cancer (son pronostic, sa prise en charge), liés au médecin dans le retard du diagnostic

### **Annonce du diagnostic**

- Quelles sont les difficultés propres à l'âge dans l'annonce du diagnostic de cancer ?

+/- Comment s'est passée votre dernière annonce ? Quel est le rôle du médecin de famille ?

*Relance* : Information éclairée du patient / droit du patient / Troubles cognitifs / pression de l'entourage, famille, aidants naturels / travail d'accompagnement



## **Test G8 / Evaluation**

- Qu'évoque pour vous le G8 ? (dépend du groupe, agité ou calme / Le G8 qu'est-ce que cela vous dit ?)
- Que pensez-vous de l'introduction d'un nouveau test de dépistage rapide de la personne âgée (cancéreuse) ?
- Quel intérêt pouvez-vous trouver pour vos patients ?
- Pensez-vous le réaliser en consultation ?

## **Accès à la filière oncérologique / Relation MG et autres spécialistes / Prise en charge**

- J'aimerais aborder avec vous, le moment de passer la main au spécialiste. Comment l'abordez-vous ?
- Si l'on parle des facteurs influençant l'orientation d'une personne âgée ayant un cancer à un spécialiste ? (organe, oncologue, gériatre)

*Relance: Difficulté d'accès / Disponibilité / Délai Joignable 24/24h / Réseau personnel Coordination ville/hôpital Correspondant unique/référent mal identifié / Monopole CHU*

- Quel est votre rôle actuel dans les RCP ?
- Quelle implication pourriez-vous avoir ?

*Relance: Participation aux RCP/ implication dans le suivi / isolé / éviter perte de vue du patient*

## **Le réseau oncogériatrie**

- Que vous évoque le réseau d'oncogériatrie en Midi-Pyrénées ?
- Que représente t-il pour vous ?
  - trop de réseaux ? quelle utilité ? quelle faisabilité ?
- Quels sont ces objectifs d'après vous ? Qui y participe ?
- Avez-vous déjà eu des informations ou un retour de cette évaluation conjointe ? Si oui sous quelle forme ?
- Quelles (ces) informations seraient susceptible d'améliorer la prise en charge de vos patients ? (à adapter à la réponse précédente)

*Relance: Conseils pas applicable / surcharge de travail/trop de réseau / Suivi psychologique et aide sociale pas pris en compte / d'information en temps utile / Compte rendu pertinent / Liaison direct par téléphone / dossier commun/courrier dès la sortie du patient*

- Après tout ce qui a été abordé, quelle pourrait être la place du MG dans le réseau d'oncogériatrie ? Pas de place ?

*Relance: PEC charge globale, évaluation des besoins / Adaptation des thérapeutiques / Amélioration prise en charge / faisabilité en médecine générale Beaucoup de réseau / amélioration qualité de vie*

### **Suivi à domicile**

- « Reprendre la main après le traitement initial » : Qu'en pensez-vous ? (retour au domicile, valorisation)
- Quels sont vos rôles dans le suivi du patient âgé cancéreux à domicile ?
- Facile ou pas ? => Vous débrouillez vous pour assurer ses rôles ?

*Relance : Proximité / Suivi psychologique et empathique / Coordination : Aspects sociaux, financier, familiaux et administratif / Rôle de proximité*

### **Soins palliatif / fin de vie**

- Fin de vie et soins palliatifs des personnes âgées atteintes de cancer : Comment gérez-vous ?
- Comment améliorer la prise en charge de nos patients dans ce contexte ?

*Relance : Soins de support / Qualité de vie / Souhait du patient et de son entourage : PEC famille*

- **Notion sur les directives anticipées**

### **Les attentes**

- Quelles propositions pour l'amélioration de la prise en charge des patients de plus de 75 ans atteints de cancer ?
- La collaboration entre les médecins généralistes et les spécialistes lors de la prise en charge des patients âgés souffrant de cancer ?
- Prise en charge concrète sur le terrain de vos patients cancéreux de plus de 75ans ?
- Une formation d'oncogériatrie vous paraît-elle pertinente ?

### **Références**

- Jean-Emmanuel Kurtz, Damien Heitz, Philippe Enderlin, Frédéric Imbert, Hélène Nehme, Jean-Pierre Bergerat, Patrick Dufour ; « *Geriatric oncology, general practitioners and specialists: Current opinions and unmet needs* » ; Critical Reviews in Oncology/Hematology 75 (2010) 47–57.
- Delva et al. « *Factors influencing general practitioners in the referral of elderly cancer patients* »; BMC Cancer 2011, 11:5.
- Lise Demagny, Knut Holtedahl, Janine Bachimont, Tommy Thorsen, Alain Letourmy and Martine Bungener ; « *General practitioners' role in cancer care: a French-Norwegian study* » ; BMC Research Notes 2009.

- Bungener M et al., « *La prise en charge du cancer : quel partage des rôles entre médecine générale et médecine spécialisée ?* », Pratiques et Organisation des Soins, 2009/3 Vol. 40, p. 191-196.
- Élisabeth Castel-Kremer, Jean-Pierre Droz ; « *Mécanisme de décision en oncogériatrie* » ; La revue du praticien, Vol. 59, 2009.
- M.-E. Rouge Bugat, B. Chicoulaa, L. Balardy, J. Subra, S. Oustric ; « *Le médecin généraliste face aux patients âgés atteints de cancer* » ; Cah. Année Gérontol. 2012
- Jean-Pierre Droz ; « *Mettre la personne âgée au centre du dispositif* » ; La revue du praticien, Vol. 59, 2009.
- Tardieu É, Thiry-Bour C, Devaux C, Ciocan D, de Carvalho V, Grand M, Rousselot-Marche E, Jovenin N. ; « *Place du médecin généraliste dans le traitement du cancer en Champagne-Ardenne* » ; Bull Cancer 2012 ; 99 : 557-62.
- C. Labat-Bezeaud, C. Mertens, P. Soubeyran, M. Rainfray ; « *Enquête d'opinion auprès des médecins généralistes sur l'intérêt d'une prise en charge oncogériatrique des sujets âgés de plus de 70 ans* » (*Opinion survey among general practitioners regarding the oncogeriatric care of cancer patients over 70 years old*) ; Le JOG - Le Journal d'OncoGériatrie, Volume 3 - N°5 – Septembre - Octobre 2012.
- Pascale Naudin-Rousselle, Les spécificités du cancer du sujet âgé ; [www.legeneraliste.fr](http://www.legeneraliste.fr)
- Fleur Delva, Pierre Soubeyran, Muriel Rainfray, Simone Mathoulin-Pélissier, « *Referral of elderly cancer patients to specialists: Action proposals for general practitioners* » ; Cancer Treatment Reviews 38 (2012) 935–941.
- Module interprofessionnel de santé publique, Gérer la complexité de l'accompagnement et l'incertitude thérapeutique : l'exemple de la filière oncogériatrique ; EHESP 2013.
- Martine Bungener, Lise Demagny et al. ; *Prendre en charge le cancer en médecine générale, Médecine générale, médecine spécialisée entre hiérarchie, concurrence et complémentarité*. Conventions de recherche : Fondation de France, CNAMTS, Institut National du Cancer, Cancéropôle Ile de France. Octobre 2008.
- Lodovico Balducci and Martine Extermann ; *Management of Cancer in the Older Person: A Practical Approach* ; The Oncologist 2000, 5:224-237.

								Focus Groupe N°1	Focus Groupe N°2	Focus Groupe N°3
Spécificité du sujet âgé	Définition de la personne âgée (PA)	Notion de limite floue pour définir l'âge d'une personne dite âgée				se demande à partir de quel âge une personne est dite âgée : 75 ans ?	D1 "ça dépend à			
						se demande à quel âge on est une personne âgée			D2 "Personne	
		Notion de différence entre grand âge et très grand âge				pense que la limite de l'âge pour définir une personne âgée est une zone floue			D7 "Mais à l'heure	D8 "Toute la question
						se demande si nous sommes réellement âgés à 75 ans			D7 "Enfin je sais pas mais	
	Vision différente en fonction du milieu de vie	En milieu rural			pense que les patients se considèrent âgés à partir de 75 ans			D5 "Je ferais la part entre		
					fait une distinction entre 75 et 85 ans	D8 "mais c'est vrai				
						estime qu'il y a une différence entre le grand âge et le très grand âge				
						pense qu'en milieu rural, une personne de 75 ans n'est pas agée	D8 "Pour nous 75 ans c'est pas			
	Retentissement sur la pratique clinique du MG			Vision différente des MG sur l'activité	activité fréquente	sentiment que cette PEC est de plus en plus fréquente			D6 "Je dirai de plus en	
						estime que c'est une activité quasi-quotidienne			D6 "Je dirais presque une	
					activité rare en pratique	pense que l'association cancer et personne âgée n'est pas si rare			D2 "Et on a tendance à	
						ne pense pas que ce soit une activité quotidienne				
					activité chronophage	sentiment que cette activité n'est pas si fréquente dans sa clientèle			D3 "Moi j'ai pas	D7 "C'est pas si fréquent
						ressent la lourdeur à gérer un patient âgé atteint d'un cancer			D3 "Moi non plus, j'ai pas	D7 "Mais par contre
	PEC identique à la personne jeune	Pas d'influence de l'âge			Même intervention thérapeutique quel que soit l'âge	estime que la gestion du patient et de sa famille prends beaucoup de temps			D6 "Je te rejoins la	
						ne prends pas en compte l'âge dans l'approche et la prise en charge du patient	D6 "Je ne fais pas la			
		Evolution du regard sur la PA			Modification récente de ne pas tenir compte de l'âge	pas d'égalité par rapport à l'âge	D6 "Parce que personne			
						pense que pour certaines personnes âgées la PEC peut être aussi interventionniste que pour des patients plus jeunes	D9 "Et pour d'autre on serait autant			
						pense que le traitement peut être le même quelque soit l'âge	D1 "J'ai l'impression			
						quelque soit l'âge la prise en charge thérapeutique est identique	D1 "Moi je suis sûr			
PEC différente et adaptée	Fonction de l'âge				intervention différente en fonction de l'âge	D11 "Je trouve qu'il y				
					adapte la PEC à l'âge des patients			D6 "Je crois qu'il faut		
	Fonction du lieux de vie	Différence population urbaine et rurale				la prise en charge de l'âge n'est pas la même à la ville qu'à la campagne	D8 "Donc déjà 75 ans pour nous,			
						EHPAD	l'environnement de l'EHPAD compte dans la prise en charge	D8 "soit ils sont dans		
		Domicile		Isolement des PA au domicile		difficulté de prise en charge du fait de l'isolement des patients à domicile	D8 "ou alors c'est le			
						pense que la prise ne change se fait essentiellement à domicile			D1 "Une prise en	
	Fonction de l'espérance de vie					le ressenti de l'espérance de vie est différente en fonction de l'âge	D9 "85 ans si on te dit vous			
	Heterogenéité de la population âgée	Etat général				la prise en charge dépend de l'état global de santé	D10 "ça dépend			
						fragilité des personnes âgées associée aux comorbidités, à la polymédication et au contexte social particulier				D5 "Fragilité parce que souvent co-
		Notion de fragilité				la fragilité englobe une prise en charge et un suivi plus compliqués avec des adaptations thérapeutiques différentes				D5 "Pour moi, fragilité, prise en
						approche et thérapeutique différente entre robustes et fragiles	D10 "il y en a à 75 ans ou			
	Troubles cognitifs	affirmation des soignants				la présence de troubles cognitifs change la prise en charge	D11 "je crois que c'est			
						la chirurgie peut faire des dégâts sur les personnes fragiles sur le plan cognitif	D10 "je trouve que			
						différentes visions des intervenants sur le rôle des troubles cognitifs dans la prise en charge	D4 "après en avoir discuté			
	Attitude fataliste	doute des soignants				erreur d'évaluation du médecin traitant sur l'impact des troubles cognitifs dans les conséquences du traitement	D3 "Moi j'ai été très			
						l'avis des patients est possible avec la présence de troubles cognitifs	D3 "mais il y a quand			
D3 "C'est pas parce que										
de la famille	du médecin				dichotomie des médecins entre attitude fataliste et prise en charge standard	D9 "Moi je trouve qu'il y				
					représentation du diagnostic de cancer par les MG peut modifier la PEC					
					refus du traitement par la patiente parce qu'elle pense qu'elle est trop âgée pour subir des traitements et que de toute manière il faut bien mourir de quelque chose	D11 "moi je trouve que ça ne vient pas				
					attitude fataliste liée à l'âge des personnes âgées et sentiment qu'ils acceptent plus facilement l'annonce					
	des personnes âgées				à partir d'un certain âge attitude fataliste et philosophie de vie des PA qui ne veulent pas de PEC lourde				D2 "Ca veut dire bon je vais pas	
					acceptation, résignation et fatalité des PA qui ne souhaitent pas de PEC invasive	D1 "J'ai l'exemple d'une				
					la culture influence l'acceptation	acceptation, résignation et fatalité des PA qui ne souhaitent pas de PEC invasive, modulé par un aspect culturel				
					la famille juge que l'âge du patient ne lui permet pas un partage du diagnostic ni un traitement	D3 "C'est parfois aussi				

Test G8 Evaluation	Connaissance du G8 par les MG			Ne connaissent pas le G8		G8 et lien avec la politique ? G8 et relation avec le G20 ? se demande si c'est un test d'évaluation des chimiothérapies G8 et soluté de réhydratation ? lien avec la politique	"Le G9 c'est économique"	D7 "il y a" D6 "C'est pas un test" D3 "Glucosé" D4 "Je crois"		
	Dans les situations complexes			Le test permet de quantifier et définir une situation complexe		considère que les tests sont utiles pour quantifier un état et pour définir une situation complexe perception de la complexité d'une situation par les MG mais difficulté à la définir et à la préciser	D9 "Les tests c'est pas utile" c'est exactement			
				Le test permet de rester objectif		la prise en compte de l'affect dans le suivi des patients peut fausser certaines décisions l'utilisation de grilles permet d'éviter la subjectivité sur des PEC difficiles où se mêlent affectif et impressions	D8 "Parce que l'affect ça compte" D8 "il faut toujours faire très"			
				Le test permet de dégager une PEC globale et systématisée		pense que les MG peuvent être aidés par des tests devant la difficulté de dégager une PEC systématique et globale	D2 "On a tous des histoires de chasse des"			
				En cas d'hésitation dans la PEC		pense que le test peut être utile dans les situations intermédiaires, en cas d'hésitation et de façon ponctuelle pense que le test doit se faire en cas d'hésitation dans la PEC de la PA	D10 "En fait ce test, en pratique on"	D4 "Alors probablement dans des"		
				Peut être utilisé comme une alerte		le G8 peut servir d'alerte	D8 "Bien sûr, c'est une alerte"			
		Pour le patient		Intérêt du test pour le patient		pense que le test est intéressant si il apporte un bénéfice pour le patient	D1 "c'est peut être mieux pour"			
		En fonction de la connaissance du patient du patient			Difficulté à remplir le test si mauvaise connaissance du patient	Le test a plus d'intérêt pour les médecins qui ne connaissent pas le patient		pense que le test sera plus difficile à remplir par le spécialiste par manque de connaissance du patient		D1 "et certainement plus difficilement par le"
								pense que le test est intéressant quand le médecin ne connaît pas le patient	D2 "Je pense ce test très"	
								l'oncologue fait ce test quand il pense que la PA a besoin d'un bilan gériatrique plus complet pour adapter au mieux son traitement par la suite	D7 "l'oncologue le fait ça parce qu'il y"	
								pense que le test est plus utile quand le médecin ne connaît pas le patient	D2 "quand on le connaît / le"	
								pense que la grille peut être remplie par un spécialiste ou par quelqu'un qui n'a jamais vu le patient et pas forcément par le MG		D8 "mais on a pas besoin d'être médecin"
		En pratique clinique et quotidienne			Pour les MG ce test n'est pas un test de plus	Réponses systématique et automatique		pense que la grille peut être intéressante		D8 "Je pense que"
	estime que ce n'est pas un test de plus							D3 "Moi j'ai pas"		
	pense que le test est plutôt bien fait								D7 "il est"	
	comme les MG font de façon systématique les items du test, ce n'est pas un test de plus							D3 "Et ben on le fait ... Donc ça"		
	les MG répondent au test de façon empirique et automatiquement donc ce n'est pas une grille supplémentaire								D1 "Je ne pense pas que ça soit"	
	Utile mais pas systématique				Test facilement réalisable en pratique clinique par les MG			considère que le test peut être utile mais pas systématique	D2 "Ca peut être utile, mais de la à"	
								pense que le MG va se servir 1 ou 2 fois du test dans la pratique quotidienne		D4 "mais dans la"
								estime que le test est réalisable en pratique clinique	D1 "Après, bien sûr ça a"	
								capacité des MG à remplir cette grille pour tous les patients donc utilisable rapidement en médecine générale	D6 "Je pense que l'on est tous capable de"	
								c'est un élément quantifiable par le MG en routine, c'est facile pour le MG	D1 "Oui, parce que ce"	
	Pour orienter la prise en charge			Test à réaliser systématiquement pour les prises de décisions en gériatrie quelque soit la pathologie			pense que s'il y a un médecin qui puisse remplir cette grille c'est bien le MG	D1 "C'est simplement que je ne"		
							pense que le test est facile à faire	D5 "Facile à faire !"		
test bien fait et pratique d'utilisation							D2 "Oui, il me paraît"			
outil utilisable par les MG								D1, D2 et D6 "Oui (c'est"		
le test est compatible avec une consultation de médecine générale								D2, D3, D6 "Oui (c'est c'est"		
Elargir sa réflexion			Oriente la prise en charge			très facile à faire par le MG	D5 "Ce test me semble"			
						pense que ce test permet d'élargir sa réflexion	D3 "c'est vrai que ça"			
						pense que c'est un élément de décision	D3 "C'est un élément de"			
						pense que le test devrait être réalisé systématiquement pour la prise de décision en gériatrie quelque soit la pathologie	D3 "en fait c'est quelque chose en fait"			
						attitude à adopter de façon systématique devant tout patient gériatrique	D3 "Donc après tout," D8 "Dans les prises en"			
Pour la PEC des fragilités des PA			Test permettant de mettre en évidence les fragilités des PA que les MG ont des difficultés à définir et à quantifier au quotidien			résume ce qui était fait de manière instinctive, par un chiffre qui oriente la prise en charge et le traitement		D4 "C'est un test qui permet"		
						utile car permet très rapidement d'évaluer la situation et d'orienter la PEC onco-gériatrique		D2 "Oui ça me semble très utile"		
						pense que les MG ont des difficultés à mettre en évidence les fragilités de leur patients âgés et que ce test peut les aider	D8 "on suit effectivement beaucoup de patients"			
						se demande si ce test ne pourrait pas permettre d'anticiper les accidents liés à la fragilité des PA	D8 "à ce moment la"			
						pense que ce test permet de mettre en exergue les fragilités des PA	D8 "Si on le faisait de temps en temps en"			

Annexe n°3 : Les talons sociologiques

**Focus group du Tarn**

Médecin	Age	Mode et lieu d'exercice	Formation	Type de patientèle
F1D1	54	Semi-rural, en groupe, Pont de l'Arn	Maître de stage, médecin coordinateur	Personnes âgées
F1D2	54	Médecine générale, Cabinet de groupe, Mazamet		Divers
F1D3	53	Rural, médecin coordinateur, Labastide - Rouairoux	Capacité de gériatrie, DIU Soins Palliatifs	Variée
F1D4	54	Libéral, en groupe, Pont de l'Arn	Médecin coordinateur EPHAD	Équilibrée, +/- âgée
F1D5	59	Généraliste, cabinet de groupe, Mazamet		Standard de 0 à 100ans
F1D6	53	Cabinet de groupe, Mazamet	Médecine générale	Semi rurale, diverse
F1D7	55	Généraliste	DU médecine du sport, médecin pompier, maître de stage, responsable syndical	Standard
F1D8	55	Médecine générale, rurale, Labastide - Rouairoux	DU gériatrie, capacité médecine urgence et catastrophe, DIU pédagogique, médecin pompier	Tous les âges
F1D9	53	Généraliste, en groupe, Mazamet		
F1D10	29	Remplaçante médecine générale, Mazamet		Divers
F1D11	59	Médecin généraliste, Payrin	Médecine générale	Divers

Moyenne d'âge : 53.3 ans ; extrême : 29 - 64 ans ; 8 hommes et 3 femmes

**Focus group de la Haute Garonne**

Médecin	Age	Mode et lieu d'exercice	Formation	Type de patientèle
F2D1	61	Semi-rural, en groupe, libéral	Maître de conférences associé, DU ETP, DU Maitrise de stage	25/50/25
F2D2	48	Médecine générale, Toulouse, seul	homéopathie	Urbaine, équilibrée
F2D3	55	Groupe, semi-rurale	Maitre de stage	Normale, augmentation de la part de personnes âgées

F2D4	43	Libéral, en groupe, Semi-rurale, Seysse	DU Maitre de stage universitaire	Pédiatrie > adulte > gynécologie > gériatrie
F2D5	47	Généraliste en cabinet de groupe milieu urbain	Capacité de médecine et biologie du sport, capacité d'aide médicale urgente	Adultes et gériatrie, peu de pédiatrie
F2D6	39	Cabinet de groupe, Toulouse	Médecine générale, DU tabacologie	Urbaine équilibrée de pédiatrie à gériatrie
F2D7	48	SCM Colomiers	Capacité de médecine du sport,	Plutôt jeune

Moyenne d'âge : 48.7 ans ; extrême : 39 - 61 ans ; 4 hommes et 3 femmes

### Focus group de l'Ariège

Médecin	Age	Mode et lieu d'exercice	Formation	Type de patientèle
F3D1	53	Semi-rural, en groupe, libéral	DU Maîtrise de stage	Pédiatrie et maison de retraite
F3D2	46	Médecine générale	DU nutrition	Semi rurale
F3D3	39	Médecine générale, libérale	Maitre de stage, un peu de tout	De tout, rural, EHPAD
F3D4	39	Libéral, Semi - rurale	DU maitre de stage universitaire, capacité de gériatrie, DU de recherche	Pédiatrie > 50%
F3D5	46	Généraliste en cabinet de groupe, Semi rural		25% pédiatrie et 25% gériatrie
F3D6	58	Médecine générale, cabinet de groupe, semi rural	DU de Maitre de stage de médecine générale	Pédiatrie adultes < 60ans, peu de gériatrie
F3D7	59	Médecine Générale		Moyenne d'âge de 32 ans
F3D8	44	Semi rurale	DUMG, MSU	Citadine ou rurale, tous les âges + pas mal de gériatrie

Moyenne d'âge : 48 ans ; extrême : 39 - 59 ans ; 6 hommes et 2 femmes

---

Experience and expectations of General Practitioner in Midi – Pyrénées with senior's patients of 75 or more affected by cancer.  
Qualitative study.

Toulouse, October the 10th 2014.

---

Introduction: To offer the elderly affected by cancer a global quality care, the concept of oncogeriatrics has been developed with several Cancer Plans and the emergence of pilot units of coordination in oncogeriatrics. The screening test G8, via "Oncodage" tool, allows to identify old and fragile patients affected by cancer who are able to receive a standardized geriatric evaluation offering the conditions to the adaptation of therapeutic care. The objective of our qualitative study is to determine the experience and the expectation of general practitioners in Midi - Pyrénées with senior's patients affected by cancer in their daily practice, their relations with specialists or oncogeriatrics network through the test G8.

Methodology: This is about a qualitative study by semi-managed groups' focus. We questioned general practitioners working in Midi – Pyrénées with the help of an interview's framework beforehand established. The interviews were recorded and faithfully transcribed. Verbatim was then coded in an analysis board to pull out themes/topics and hypothesis.

Results: 3 group focuses were realized in 3 departments, gathering 26 general practitioners recorded during 1.34 hours on average. Specificities of elderly persons, screening, diagnosis and its communication to patients, evaluation test G8, therapeutic decision with multidisciplinary consultation meeting, communication with specialists, oncogeriatrics network, aftercare at home, palliative care, end of life and training were the different issues addressed.

Conclusion: General practitioner feels sometimes isolated before this heavy and time-consuming kind of care. An improvement of the communication between general practitioner and oncologist seems to be necessary as much as taking into account general practitioners' recommendation before the therapeutic decision. Adding a line in the index form of patient's presentation to the multidisciplinary consultation meeting with the recommendation of the concerned general practitioner would be interesting. An interesting solution would be to put back general practitioner in the center of oncogeriatrics network and the care of elderly patients affected by cancer through G8 test.



BOENNEC Florian  
DARDENNE Sophie

LE VECU ET LES ATTENTES DES MEDECINS GENERALISTES  
DE MIDI PYRENEES FACE AUX PERSONNES AGEES DE PLUS DE 75 ANS  
ATTEINTES DE CANCER  
Etude qualitative.

Toulouse, le 10 octobre 2014

---

Introduction : Pour offrir aux personnes âgées atteintes de cancer une prise en charge globale de qualité, le concept d'oncogériatrie se développe par les différents Plans Cancer et la naissance des Unités Pilotes de Coordination en OncoGériatrie. Le test de dépistage G8 (outil Oncodage) permet d'identifier les patients âgés fragiles atteints de cancer pouvant bénéficier d'une évaluation gériatrique standardisée permettant l'adaptation de la prise en charge thérapeutique. L'objectif de notre étude qualitative est de déterminer le vécu et les attentes des médecins généralistes de Midi - Pyrénées face aux personnes âgées atteintes de cancer dans leur pratique quotidienne, dans leurs relations avec les médecins spécialistes et avec le réseau oncogériatrique à travers le test G8.

Méthodologie : Il s'agit d'une étude qualitative par focus groupes semi - dirigés. Nous avons interrogé des médecins généralistes exerçant en Midi - Pyrénées par le biais d'un guide d'entretien préalablement établi. Les discussions ont été enregistrées puis retranscrites de façon intégrale. Le verbatim a ensuite été codé dans un tableau pour dégager des thèmes et hypothèses.

Résultats : Au total, 3 focus groupes ont été réalisés dans 3 départements, regroupant 26 médecins généralistes, durant 1h34 en moyenne. Les différents thèmes abordés sont la spécificité de la personne âgée, le dépistage, le diagnostic et son annonce, le test d'évaluation G8, la décision thérapeutique avec la RCP, la relation avec les spécialistes, le réseau d'oncogériatrie, le suivi à domicile, les soins palliatifs, la fin de vie et les formations.

Conclusion : Le médecin généraliste a parfois le sentiment d'être isolé devant cette prise en charge lourde et chronophage. Une amélioration de la communication entre médecin généraliste et oncologue semble nécessaire. Il nous semble également justifié de prendre en compte l'avis du médecin généraliste en amont de la décision thérapeutique. C'est pourquoi il serait intéressant de rajouter une ligne dans la fiche de présentation des patients à la RCP avec l'avis de celui ci. Replacer le médecin généraliste au centre de la prise en charge du patient âgé atteint de cancer par le biais du test G8 et du réseau d'oncogériatrie semble être une des solutions envisageables.

---

**Discipline administrative** : MEDECINE GENERALE

---

**Mots clés** : médecine générale – oncogériatrie – test G8 – étude qualitative

---

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

---

Directeur de thèse : Dr CHICOULAA Bruno