

UNIVERSITE TOULOUSE III – PAUL SABATIER
FACULTE DE MEDECINE DE RANGUEIL

Année 2014

2014 TOU3 1141

THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE
SPECIALITE MEDECINE GENERALE

Présentée et soutenue publiquement le 4 décembre 2014 à Toulouse
Par Auberi PUEL

Etude de faisabilité du test G8
en médecine générale

Directeurs de thèse :

Dr ROUGE BUGAT Marie Eve
Dr CHICOULAA Bruno

Jury :

Président : Pr OUSTRIC Stéphane
Assesseur : Pr NOURHASHEMI Fati
Assesseur : Pr DELORD Jean-Pierre
Assesseur : Dr ROUGE BUGAT Marie Eve
Assesseur : Dr CHICOULAA Bruno

UNIVERSITE TOULOUSE III – PAUL SABATIER
FACULTE DE MEDECINE DE RANGUEIL

Année 2014

2014 TOU3 1141

THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE
SPECIALITE MEDECINE GENERALE

Présentée et soutenue publiquement le 4 décembre 2014 à Toulouse
Par Auberi PUEL

Etude de faisabilité du test G8
en médecine générale

Directeurs de thèse :

Dr ROUGE BUGAT Marie Eve
Dr CHICOULAA Bruno

Jury :

Président : Pr OUSTRIC Stéphane
Assesseur : Pr NOURHASHEMI Fati
Assesseur : Pr DELORD Jean-Pierre
Assesseur : Dr ROUGE BUGAT Marie Eve
Assesseur : Dr CHICOULAA Bruno

TABLEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier
au 1^{er} 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		P.U. - P.H. 2ème classe	
M. ADOUE D.	Médecine Interne, Gériatrie	Mme BEYNE-RAUZY O.	Médecine Interne
M. AMAR J.	Thérapeutique	M. BIRMES Ph.	Psychiatrie
M. ARNE J.L. (C.E)	Ophthalmologie	M. BROUCHET L.	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. ATTAL M. (C.E)	Hématologie	M. BUREAU Ch	Hépat-Gastro-Entéro
M. AVET-LOISEAU H	Hématologie, transfusion	M. CALVAS P.	Génétique
M. BLANCHER A.	Immunologie (option Biologique)	M. CARRERE N.	Chirurgie Générale
M. BONNEVIALLE P.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.	Mme CASPER Ch.	Pédiatrie
M. BOSSAVY J.P.	Chirurgie Vasculaire	M. CHAIX Y.	Pédiatrie
M. BRASSAT D.	Neurologie	Mme CHARPENTIER S.	Thérapeutique, méd. d'urgence, addict
M. BROUSSET P. (C.E)	Anatomie pathologique	M. COGNARD C.	Neuroradiologie
M. BUGAT R. (C.E)	Cancérologie	M. DE BOISSEZON X.	Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. CARRIE D.	Cardiologie	M. FOURCADE O.	Anesthésiologie
M. CHAP H. (C.E)	Biochimie	M. FOURNIE B.	Rhumatologie
M. CHAUVEAU D.	Néphrologie	M. FOURNIÉ P.	Ophthalmologie
M. CHOLLET F. (C.E)	Neurologie	M. GEERAERTS T.	Anesthésiologie et réanimation chir.
M. CLANET M. (C.E)	Neurologie	Mme GENESTAL M.	Réanimation Médicale
M. DAHAN M. (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque	M. LAROCHE M.	Rhumatologie
M. DEGUINE O.	O. R. L.	M. LAUWERS F.	Anatomie
M. DUCOMMUN B.	Cancérologie	M. LEOBON B.	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. FERRIERES J.	Epidémiologie, Santé Publique	M. MAZIERES J.	Pneumologie
M. FRAYSSE B. (C.E)	O.R.L.	M. MOLINIER L.	Epidémiologie, Santé Publique
M. IZOPET J. (C.E)	Bactériologie-Virologie	M. PARANT O.	Gynécologie Obstétrique
Mme LAMANT L.	Anatomie Pathologique	M. PARIENTE J.	Neurologie
M. LANG T.	Biostatistique Informatique Médicale	M. PATHAK A.	Pharmacologie
M. LANGIN D.	Nutrition	M. PAUL C.	Dermatologie
M. LAUQUE D.	Médecine Interne	M. PAYOUX P.	Biophysique
M. LIBLAU R.	Immunologie	M. PAYRASTRE B.	Hématologie
M. MAGNAVAL J.F.	Parasitologie	M. PERON J.M	Hépat-Gastro-Entérologie
M. MALAVALD B.	Urologie	M. PORTIER G.	Chirurgie Digestive
M. MANSAT P.	Chirurgie Orthopédique	M. RECHER Ch.	Hématologie
M. MARCHOU B.	Maladies Infectieuses	M. RONCALLI J.	Cardiologie
M. MONROZIES X.	Gynécologie Obstétrique	M. SANS N.	Radiologie
M. MONTASTRUC J.L. (C.E)	Pharmacologie	Mme SELVES J.	Anatomie et cytologie pathologiques
M. MOSCOVICI J.	Anatomie et Chirurgie Pédiatrique	M. SOL J-Ch.	Neurochirurgie
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	P.U.	
M. PRADERE B.	Chirurgie générale	M. OUSTRIC S.	Médecine 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)	Hépat-Gastro-Entérologie		

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. CHAUFOR 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-STÖWHAS 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. VAYSSIERE 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.	Bactéri. Virologie Hygiène
Mme ARNAUD C.	Epidémiologie	Mme ARCHAMBAUD M.	Bactéri. Virologie Hygiène
M. BIETH E.	Génétique	M. BES J.C.	Histologie - Embryologie
Mme BONGARD V.	Epidémiologie	M. CMBUS 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.	Biostatistique
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 TREMOLLIERS 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

Maitres 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

Au Professeur Stéphane Oustric,

Vous me faites l'honneur de présider ma thèse, je vous prie de recevoir toute ma considération. Je vous remercie de votre investissement dans la formation des internes de médecine générale de Toulouse.

Au Professeur Fati Nourhashémi,

Je vous remercie d'avoir accepté de juger mon travail de thèse et d'être présente ce jour.

Au Professeur Jean-Pierre Delord,

Je vous remercie d'avoir accepté de juger mon travail de thèse et d'être présent ce jour.

A Madame le Docteur Marie-Eve Rougé Bugat, à Monsieur le Docteur Bruno Chicoulaa,

Je vous remercie d'avoir accepté de diriger cette thèse. Vous m'avez épaulée et guidée tout au long de ce travail. Merci pour le temps que vous m'avez accordée, vos remarques et corrections, nos nombreux échanges de mails.

A tous les médecins généralistes

Qui ont pris un peu de leur précieux temps pour participer à cette étude.

A mon père, qui m'a transmis, volontairement ou non, son amour de la médecine et avec qui je partage maintenant cette vocation.

A ma maman, pour son soutien inconditionnel tout au long de ces années, à nos nombreuses et longues conversations téléphoniques.

A Lolo, ma sœur et Pierrot, mon frère, je tiens à vous.

A Fred, qui partage ma vie et qui m'offre maintenant le plus beau cadeau qui puisse.

A mes grands-parents, que j'adore. A Mamie Henriette, tu nous manques.

A ma belle-famille.

A Sabine, 10 ans d'études, 2 concours, d'innombrables cafés et discussions.

A Coralie et Anne-Sophie, mes copines de fac.

A tous mes maîtres de stage et tous les médecins que j'ai eu la chance de rencontrer durant mon cursus et qui m'ont transmis leurs compétences médicales et humaines.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	3
MATERIEL ET METHODE	6
1- Schéma de l'étude	6
2- Population	6
3- Questionnaire	6
4- Critères de jugement	7
5- Analyse des données	7
RESULTATS	9
1- Participation à l'étude.....	9
2- Caractéristiques de la population des médecins	9
3- Résultats concernant le G8	11
a/Faisabilité du G8	
b/Pertinence du G8	
c/Résultats du G8	
d/Commentaires	
4- Etude comparative des 3 bassins	14
DISCUSSION	15
SYNTHESE DE LA DISCUSSION	20
CONCLUSION	21
BIBLIOGRAPHIE	22
ANNEXES	25
RESUME	31

ABREVIATIONS

MG : médecin généraliste

RCP : réunion de concertation pluridisciplinaire

UCOG : unité de coordination en oncogériatrie

EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

DU : diplôme universitaire

HAS : haute autorité de santé

MMSE : mini mental state

EGS : évaluation gériatrique standardisée

INTRODUCTION

En 2011, 365 500 nouveaux cas de cancer ont été diagnostiqués dont près de 58 % chez des personnes âgées de plus de 65 ans et 9 % chez des personnes de plus de 85 ans. Le cancer est principalement une pathologie du sujet âgé. 72 % de la totalité des décès par cancer en France surviennent chez des personnes de plus de 65 ans et 20% chez des personnes de plus de 85 ans. [1, 2, 3]

La prise en charge des personnes âgées atteintes d'un cancer est complexe. La fragilité chez la personne âgée est consécutive au déclin du système physiologique. Le cancer de par ses conséquences (hyper catabolisme, dénutrition, symptômes) joue un rôle de catalyseur de la fragilité. [4]

Le dépistage du cancer dans cette population est parfois insuffisant et il existe souvent un retard de diagnostic. [5] La qualité du vieillissement étant hétérogène, la prise en charge thérapeutique n'est pas toujours optimale. Les personnes âgées sont également peu représentées dans les essais thérapeutiques ne permettant pas de connaître les effets des traitements sur cette population. [6, 7, 8] Elles bénéficient, ainsi, soit de traitements allégés, soit d'une abstention thérapeutique ou à contrario d'aucun aménagement thérapeutique. Or, selon Balducci, la plupart des patients âgés retirent un bénéfice à être traités de leur cancer. Seuls les patients chez qui les effets secondaires semblent trop lourds par rapport aux bénéfices du traitement ne devraient pas être traités. [9]

Selon Balducci, avant tout traitement du cancer chez la personne âgée, il est nécessaire de répondre à 3 questions :

- Le patient mourra-t-il du cancer ou avec le cancer ?
- Souffrira-t-il des complications du cancer pendant le temps qu'il lui reste à vivre ?
- Pourrait-il tolérer le traitement proposé ? [10]

En France, la mesure 38 du plan cancer I (2003-2007) préconise de mieux adapter les modes de prise en charge et les traitements aux spécificités des personnes âgées en développant la coordination entre les oncologues et les gériatres. Ceci a pour objectif d'offrir aux patients les meilleures chances de guérison tout en conservant une qualité de vie spécifique à ceux-ci. [11] Ainsi en 2006 ont été créées des unités de coordination en

oncogériatrie (UCOG) réparties sur tout le territoire français permettant de développer une filière de soins spécifique. [12, 13]

En 2009, le ministère de la santé réitère cet objectif dans le plan cancer II (2009-2013).

Le plan cancer III (2014-2019) prévoit l'évaluation de ces UCOG et la structuration de la recherche clinique en oncogériatrie. [14]

Jusqu'à présent, l'approche en équipe multidisciplinaire, associant gériatres et oncologues, permet d'évaluer la balance bénéfices / risques des traitements anticancéreux chez les personnes âgées [15]. *L'évaluation gériatrique standardisée* ou *Comprehensive Geriatric Assessment* (EGS) repose sur un ensemble d'échelles validées afin d'apprécier l'état physique, les fonctions cognitives et thymiques, l'état nutritionnel et l'autonomie du patient. Chez les patients repérés à risque de mauvaise tolérance, elle influe dans plus d'1/4 des cas sur la décision thérapeutique et la prise en charge oncologique. [16, 17] Elle est corrélée à une meilleure qualité de vie, à l'achèvement des cycles de chimiothérapie et à l'amélioration de la survie. [18, 19, 20]

L'EGS est consommatrice de temps et de moyens. [21] En 2011, l'étude ONCODAGE, étude prospective multicentrique incluant près de 1668 patients l'a comparée au G8 comme outil de repérage. Le G8 est un questionnaire comprenant 8 questions, il est coté de 0 à 17. Un score inférieur ou égal à 14 suggère une vulnérabilité ou une fragilité. La sensibilité du G8 est de près de 77 % pour une spécificité de 64%. [22, 23] La HAS reconnaît le G8 comme outil simple et rapide capable d'identifier les patients âgés de plus de 70 ans atteints de cancer nécessitant une EGS. [24] Il doit être réalisé par les oncologues et les hématologues avant toute mise en route de traitements anti cancéreux et l'évaluation gériatrique doit faire partie de la RCP. (Annexe I) Il n'a cependant été étudié que dans le cadre de la pratique hospitalière et non en médecine de premier recours.

En 2013 en Midi-Pyrénées, il y avait 5 086 nouveaux patients de plus de 75 ans atteints d'un cancer et 703 G8 renseignés dans les dossiers [25]. Tous les patients de plus de 70 ans ne sont donc pas évalués par le G8 et les plus fragiles ne bénéficient pas tous d'une prise en charge oncogériatrique malgré les recommandations existantes.

Le médecin généraliste (MG) occupe une place centrale dans la prise en charge du sujet âgé atteint de cancer. Il est le médecin de premiers recours. [26] Il connaît l'histoire

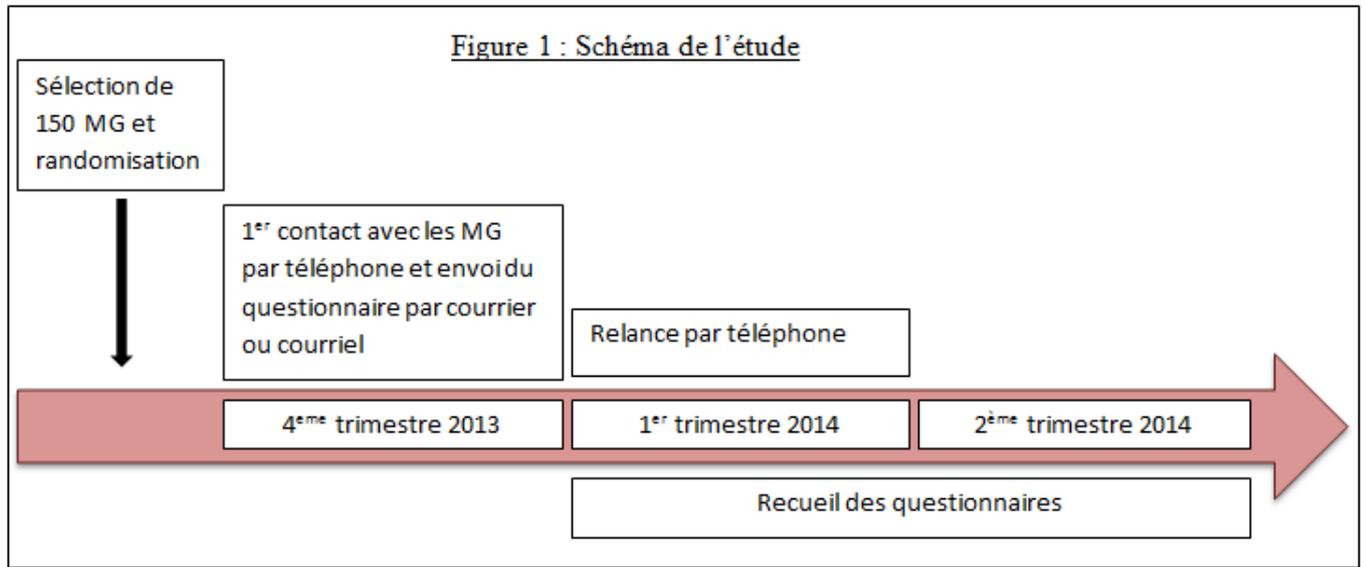
médicale, familiale, sociale du patient. Il sait repérer les doutes, les craintes et les représentations de la maladie. Il participe à toutes les étapes de la prise en charge : dépistage, diagnostic, annonce, coordination des soins, prévention des complications. Par sa connaissance des patients, il a toute sa place pour repérer leur fragilité. [27, 28, 29, 30]

Les trois plans cancer successifs insistent sur le rôle central du MG dans la prise en charge des patients. Il doit être informé et associé au parcours de soin pour assurer pleinement la prise en charge globale de proximité du patient. Dans cette optique, afin d'améliorer la communication entre l'oncologue, le gériatre et le MG en amont de la réunion de concertation pluridisciplinaire et afin d'augmenter le nombre de patients évalués par le G8, pourquoi ne pas investir les MG dans cette étape ? Le repérage des patients fragiles et à risque de mauvaise tolérance du traitement ne pourrait-il pas être fait en soins primaires ?

L'objectif de mon travail de recherche est d'évaluer la faisabilité du G8 au cours d'une consultation de médecine générale avant d'envisager de développer sa pratique en soins primaires.

MATERIEL ET METHODE

1 - Schéma de l'étude



Il s'agit d'une étude descriptive et transversale.

2- Population

Les 150 MG étaient répartis en 3 groupes :

- 50 ayant une activité urbaine (exercice sur Toulouse),
- 50 ayant une activité en villes moyennes (Rodez, Millau et Villefranche de Rouergue en Aveyron)
- et 50 ayant une activité rurale en Aveyron.

J'ai personnellement choisi de travailler avec les MG de l'Aveyron car j'ai réalisé plusieurs stages en libéral dans le département et au centre hospitalier de Rodez.

3- Questionnaire

Dans un premier temps, il était proposé aux MG, qui l'acceptaient, de réaliser le test du G8 auprès de 3 de leurs patients de plus de 75 ans atteints ou pas d'un cancer, vus au cours d'une consultation ou d'une visite à domicile, quel que soit le motif de celle-ci. Etaient

exclus les patients vivant en EHPAD. Le G8 comprend 8 items qui évaluent l'âge, l'appétit, l'indice de masse corporelle (IMC) et la perte de poids, la motricité, les problèmes neuropsychologiques, la iatrogénie et le ressenti du patient sur son propre état de santé.

Pour chaque patient, le médecin devait préciser s'il pensait, avant de réaliser le test, que son patient était fragile. Enfin, si le score obtenu au test était inférieur ou égal à 14, il devait spécifier si son avis sur sa prise en charge était modifié.

La deuxième partie de notre questionnaire (annexe II) aidait à connaître les caractéristiques des MG et leur ressenti sur le G8. Sept questions permettaient de recueillir les données démographiques, la présence ou l'absence de formation spécifique en gériatrie des médecins, d'évaluer le temps nécessaire aux médecins pour la réalisation du G8 et d'avoir leur ressenti par rapport à la faisabilité et l'utilité de ce test de repérage en médecine générale.

Enfin, un espace dédié aux commentaires permettait une libre expression.

4- Critères de jugement

Le critère principal de jugement de notre étude est le temps moyen nécessaire à la réalisation d'un G8 au cours d'une consultation de médecine générale.

Les critères secondaires sont le ressenti des MG face au G8, la concordance entre le ressenti du médecin sur l'état de fragilité du patient et le score obtenu au G8, l'impact du résultat du G8 sur la prise en charge du patient et l'utilité du G8 en médecine générale d'après les MG.

5- Analyse des données

Les données ont été saisies et analysées informatiquement par le logiciel Excel.

Les données qualitatives sont exprimées en effectifs et en pourcentages.

Les données quantitatives sont exprimées sous forme de moyennes et d'écarts types.

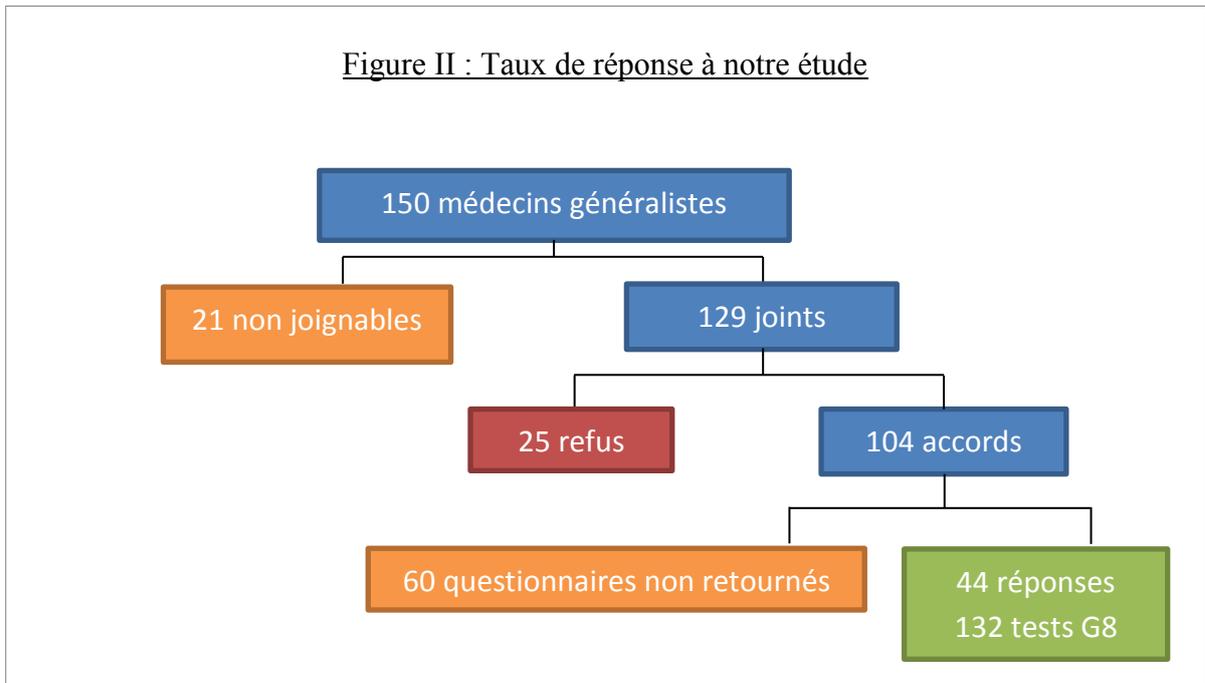
Les résultats du G8 sont présentés sous forme d'un tableau de concordance avec calcul de la sensibilité et de la spécificité. Leur concordance avec le ressenti clinique des MG est analysée avec un test non paramétrique Kappa de Cohen.

L'étude comparative des 3 bassins a été réalisée avec les tests de Fisher pour les données exprimées en effectifs et pourcentages et l'analyse de variance (ANOVA) pour les moyennes.

La bibliographie a été effectuée sur PubMed. Les mots clés utilisés pour la recherche sont : « *frailty* », « *older cancer patient* », « *G8 screening tool* » « *primary care* ».

RESULTATS

1-Participation à l'étude



Les 44 réponses obtenues et les 132 tests G8 réalisés sont tous exploitables.

2-Caractéristiques de la population des médecins

Les MG étaient majoritairement des hommes (n=31, 70%) d'âge médian 53 ans +/- 10.3 ans (min=31 ans, max= 65.5 ans). (Figure III)

Ils exerçaient en zone urbaine (n=16, 36%), dans des villes de taille moyenne (n=12, 27%) ou en zone rurale (n=16, 36%). (Tableau I)

En moyenne, le temps d'exercice des médecins depuis leur installation était de 20.7 +/- 11.6 ans et variait de 1 à 39 ans. (Figure IV)

25% des médecins interrogés avaient une formation spécifique en gériatrie, répartie selon le tableau suivant. (Tableau II)

13 médecins soit 30 % des médecins interrogés connaissaient d'autres tests de repérage de la fragilité dont principalement la grille proposée par l'hôpital de jour de la fragilité et évaluation des dépendances à Toulouse. (Tableau III)

Figure III : Répartition des médecins par tranches d'âge de 5 ans

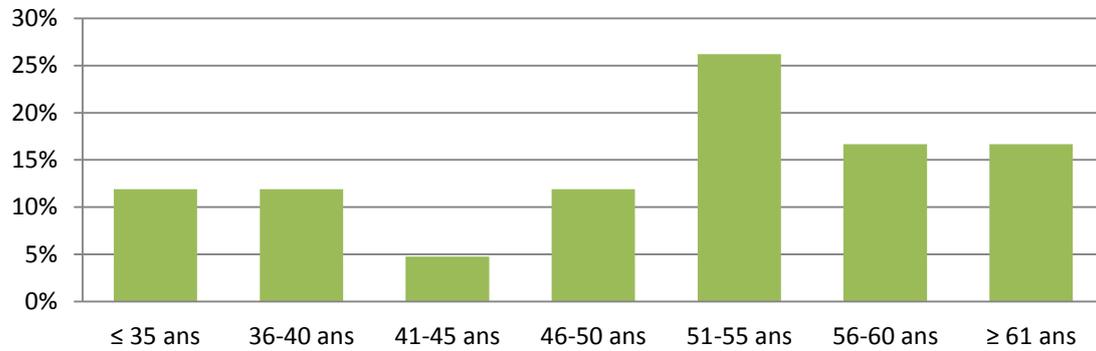


Tableau I : Lieux d'exercice des MG

	Répondants n=44 (%)	Non répondants n=60 (%)	p
URBAIN	16 (36)	19 (32)	0,68
VILLES MOYENNES	12 (27)	21 (35)	0,52
RURAL	16 (36)	20(33)	0,84

Figure IV : Répartition des médecins selon leur temps d'exercice depuis leur installation

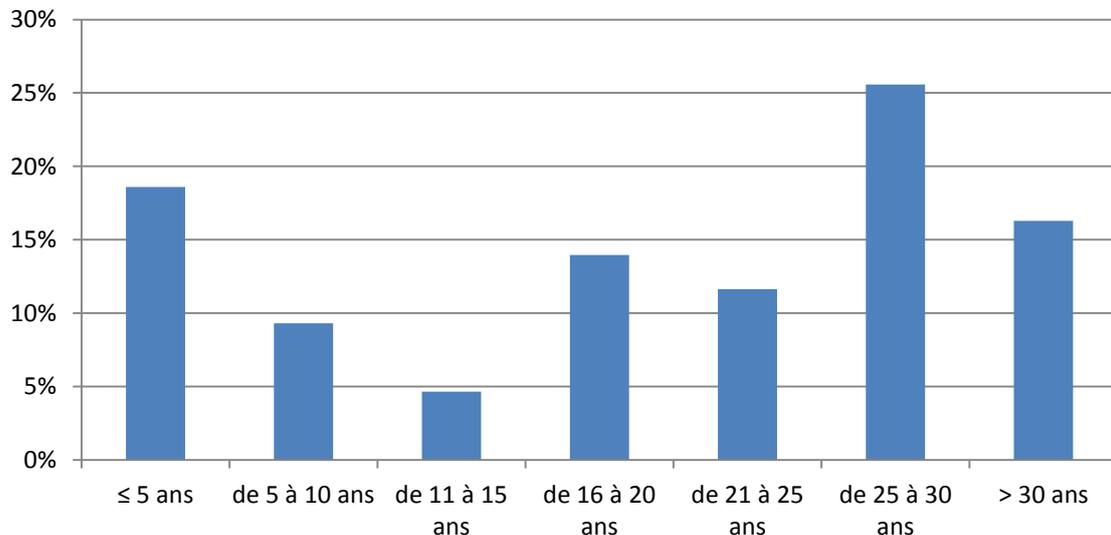


Tableau II : Formation spécifique en gérontologie des MG

FORMATION	Effectif
DU gérontologie	3
Capacité de gériatrie	2
DU Maladie d'Alzheimer	1
Autres (FMC, MG Form...)	2
N'a pas spécifié	4

Tableau III : Connaissance d'autres tests de repérage de la fragilité

TESTS DE REPERAGE DE LA FRAGILITE	Effectif
Grille de dépistage du Gérontopôle validée par la HAS	4
MMSE	4
Vitesse de marche	2
MNA	2
Autres (grille AGGIR, critères de Friedl, <i>Get up and go</i> test, mesure de la taille)	4

3-Résultats concernant le G8

a/Faisabilité du G8

Le temps moyen de réalisation du G8 était de 3.6 +/- 2.1 minutes.

Pour 95 % des médecins interrogés ce temps de réalisation est adapté à une consultation de médecine générale.

Un médecin (2.6%) a mis 5 minutes pour effectuer le G8 et a trouvé ceci trop long.

Un MG n'a pas répondu à la question.

b/Pertinence du G8

73 % (n=32) des médecins ont estimé ce test utile. (Tableau IV)

14% (n=6) des médecins ont trouvé le G8 incomplet. Ils considèrent qu'il manque un item concernant les comorbidités susceptibles de fragiliser le patient et l'évaluation de l'entourage ou environnement familial.

Tableau IV : Utilité du G8 d'après les MG

ITEMS DU QUESTIONNAIRE	Effectif	Pourcentage
Utile pour vous aider à prendre en charge les patients	26	59%
Utile pour communiquer avec les autres praticiens ou professionnels de santé		
en cas d'hospitalisation	21	48%
en cas de consultation spécialisée	19	43%
en cas de prise en charge à domicile	21	48%
pour communiquer avec les organismes de protection sociale	11	25%

c/Résultats du G8

Avec 44 retours de questionnaires, nous avons récupéré 132 G8.

Tableau V : Concordance entre le score obtenu au G8 et le ressenti clinique du médecin

	FRAGILE d'après le MG	NON FRAGILE d'après le MG	
SCORE ≤ 14	61	46	107
SCORE > 14	6	19	25
	67	65	132

81% (n=107) des tests ont mis en évidence une fragilité chez les patients (score ≤14).

La sensibilité du G8 dans ce travail est de 91 % pour une spécificité de 29 %.

Dans 61 % des cas, le score obtenu au G8 par le patient concordait avec le ressenti clinique du médecin.

Avec le test non paramétrique Kappa de Cohen, on met en évidence une concordance significative entre le ressenti clinique des MG et le score obtenu au G8 (Kappa = 0.20, $p < 0.5\%$).

Dans 35% des cas (n=46), le G8 a dépisté une fragilité alors que le médecin ne considérait pas son patient comme fragile.

Dans $\frac{1}{4}$ des cas où le G8 était pathologique, ces résultats auraient influencé l'avis du médecin concernant la prise en charge de leurs patients.

d/Commentaires

50% des MG interrogés (soit 22 médecins) ont laissé un commentaire en fin de questionnaire.

4 MG estiment le G8 rapide et utile pour confirmer et chiffrer l'impression clinique ou pour dépister des fragilités non soupçonnées.

9 MG le trouvent inutile car il n'apporte pas d'élément nouveau à la clinique. Ils sont réfractaires aux évaluations chiffrées systématiques.

3 MG trouvent le G8 incomplet : Il manque la notion de l'environnement familial ou social. Pour un, il manque les antécédents et la prise en compte des marqueurs biologiques. Pour 2 MG, l'item évaluant le nombre de médicaments pris par le patient semble très pénalisant.

4 MG pointent du doigt la multiplication des tests de repérage de la fragilité en gériatrie.

4-Etude comparative des 3 bassins

		URBAIN n= 16	VILLES MOYENNES n= 12	RURAL n= 16	
		n (%)	n (%)	n (%)	p
Genre	H	9 (56)	9 (75)	13 (81)	0,34
	F	7 (44)	3 (25)	3 (19)	
Age (moyenne)		44,3 (+/-9,3)	54,5 (+/-8,1)	53,6 (+/-10,4)	0,01
Temps d'exercice (moyenne)		14,8 (+/-9,7)	24 (+/-11,1)	23,7 (+/-12)	0,04
Formation en gérontologie		3 (19)	2 (17)	6 (38)	0,50
Connaissance tests de repérage de la fragilité		9 (56)	2 (17)	2 (13)	0,02
Temps de réalisation du G8 (moyenne)		3 (+/-1,5)	4,1 (+/-2,3)	3,9 (+/-2,5)	0,34
Temps adapté à une cs		16 (100)	10 (83)	16 (100)	0,07
Temps trop long		0 (0)	2 (33)	0 (0)	
Test utile		12 (75)	9 (75)	11 (69)	1,00
Test inutile		4 (25)	3 (25)	5 (31)	
Test incomplet		5 (31)	1 (8)	0 (0)	0,02

DISCUSSION

Nous avons mis en évidence que le G8 est faisable au cours d'une consultation de médecine générale. Les MG ont mis en moyenne 3.6 minutes pour réaliser le test auprès d'un de leur patient. Ce temps paraît acceptable étant donné qu'une consultation de médecine de ville dure en moyenne 16 minutes. [31]

L'intérêt du G8 est de permettre de repérer la fragilité chez les personnes âgées atteintes de cancer. Celles-ci sont plus à risque de mauvaise tolérance du traitement. Près des ¾ des MG interrogés ont trouvé le G8 utile parce qu'il aide à la prise en charge de leurs patients, permet de communiquer avec les professionnels de santé en cas d'hospitalisation, de consultation spécialisée ou de prise en charge à domicile. Ces résultats s'intègrent avec la volonté des 3 plans cancers successifs qui veulent que le MG soit le pivot du parcours de soin du patient. [11, 12, 143] La loi HSPT (Article L4130-1 du Code de la Santé Publique) définit la coordination des soins et la communication avec les autres professionnels de santé comme des missions du MG. [26]

Dans notre travail, 81 % des G8 mettent en évidence une fragilité. Ces résultats concordent pour 2/3 des cas avec le ressenti clinique du médecin. Le MG de par sa connaissance globale du patient semble le plus à même d'identifier les patients fragiles. Il connaît l'état physique mais aussi cognitif du patient, son environnement familial et social, ses autres pathologies chroniques et ses traitements. Le G8 permet une évaluation chiffrée et objective.

La littérature concernant la prise en charge des personnes âgées atteintes de cancer met en évidence que les professionnels de santé ont besoin que l'on identifie les critères qui justifieraient qu'ils adressent leur patient aux spécialistes. [32] Le G8 pourrait être cet outil.

Un quart des MG interrogés trouvent le G8 inutile car il ne ferait que conforter l'impression clinique du médecin. Il n'y a pour eux pas de nécessité d'utiliser une échelle chiffrée pour évaluer l'état global de leur patient.

Cependant dans 35% des cas le G8 retrouvait un score ≤ 14 alors que le médecin ne considérait pas son patient fragile. Dans ces cas, l'évaluation chiffrée par un test a permis de repérer une fragilité chez des patients qui ne semblaient pas l'être. Ce repérage permettrait aux patients de bénéficier d'une évaluation gériatrique approfondie (EGA) et parfois d'une adaptation du traitement oncologique.

L'association d'un score à l'évaluation clinique permet d'augmenter l'efficacité du ressenti du médecin généraliste comme dans l'outil de dépistage de la fragilité du Gérontopôle qui comprend 2 parties : la première partie du questionnaire permet d'attirer l'attention du MG sur les signes généraux ou symptômes qui peuvent suggérer une fragilité sous-jacente et dans la deuxième partie du questionnaire le MG exprime son point de vue sur l'état de fragilité de l'individu. [33]

Pour 14% des MG, il est dommage que le G8 n'intègre pas un item évaluant les comorbidités du patient et une évaluation de l'entourage ou de l'environnement familial. Ils considèrent que ces deux éléments pourraient entraîner un état de fragilité. Ceci est mis en avant de façon significative par les MG exerçant en zone urbaine. Une étude de Kurtz et al réalisée en 2010 sur les facteurs influençant l'orientation des patients atteints de cancer par les MG aux spécialistes mettait en évidence que l'âge n'influe pas de façon significative contrairement au *Performans Status* et aux comorbidités. De plus, cette étude reflétait que le développement des aides sociales à domicile était un besoin majeur pour une meilleure prise en charge de ces patients d'après les médecins interrogés. [34]

Dans une étude menée en 2012 par Rouge-Bugat et al, la consultation d'oncogériatrie entraînait un changement de décision thérapeutique dans 18% des cas. Dans une revue de littérature publiée par Hamaker et al en 2013, la prise en charge initiale est modifiée dans 39% des cas après l'évaluation gériatrique. [16, 17] Dans notre travail, la découverte d'une fragilité par le MG grâce au G8 aurait influencé dans plus d'un quart des cas la prise en charge du patient. Des études prospectives concernant l'influence du G8 fait en médecine générale sur la prise en charge oncogériatrique du patient semblent nécessaires.

Une des forces de cette étude est qu'elle a été réalisée sur plusieurs bassins de vie. Les MG ont été tirés au sort. La sélection de 3 bassins d'exercice (en milieu urbain, ou dans des villes moyennes ou en milieu rural) permet de rendre compte des différentes

pratiques des médecins qu'ils soient installés près ou loin d'un centre de soins spécialisé en oncérologie. Il existe une différence significative ($p < 0.05$) entre les 3 populations concernant l'âge et la durée d'exercice. Les MG exerçant en zone urbaine semblent plus jeunes et donc le temps d'exercice depuis leur installation est plus court.

Il existe aussi une différence significative concernant leur connaissance des tests de repérage de la fragilité. Les MG toulousains ont cité davantage de tests. La grille de repérage de la fragilité du Gérontopôle a d'ailleurs été nommée par 4 MG dont 3 d'entre eux exercent en zone urbaine. A Toulouse, la proximité d'exercice avec le centre régional de référence semble influencer sur la pratique des MG. Il est cependant nécessaire de rappeler que même si le G8 et le questionnaire du Gérontopôle ont des similitudes ce dernier permet de dépister un état de fragilité réversible chez les personnes âgées [35] alors que le G8 est strictement réservé au domaine de l'oncogériatrie.

Ce travail est original. A notre connaissance, le G8 n'a jamais été étudié en médecine de ville. La revue de littérature ne retrouve qu'un usage hospitalier du G8. Nous n'avons pas retrouvé dans la littérature, d'étude concernant l'avis des oncologues et des hématologues sur le G8.

Dans notre étude réalisée en cabinets de ville, la sensibilité du G8 est de 91% pour une spécificité de 29%. C'est-à-dire que pour près de 9 patients sur 10 pour lequel le G8 était inférieur à 14/10 ce résultat concordait avec le sentiment du MG. Ceci est un bon critère pour un test de dépistage. Cependant la spécificité faible met en évidence le faible pouvoir discriminant du G8 : ceci peut s'expliquer car nous avons demandé aux MG de réaliser le G8 à tous les patients de plus de 75 ans, vus en consultation ou en visite à domicile, ceux-ci étant atteints ou non d'une pathologie cancéreuse. Notre seul critère d'exclusion était les patients vivant en EHPAD. Ce choix de méthode nous a permis d'obtenir un meilleur taux de réponse sur la sensibilité du G8.

Dans ce travail, il existe un biais de sélection : seuls 44 questionnaires ont été recueillis. 25 MG ont refusé de participer à l'étude par manque de temps principalement, et parmi ceux qui ont accepté, 60 ne nous ont pas retourné le questionnaire malgré une relance. C'est pourquoi, anticipant ce faible taux de réponse, nous avons demandé aux MG de réaliser le G8 auprès de 3 de leurs patients âgés qu'ils soient ou non atteints d'un cancer.

Nous avons demandé aux MG s'ils pensaient que leur patient était fragile avant de réaliser le G8 mais nous n'avons pas précisé dans notre courrier la définition de la fragilité. En gériatrie, la définition actuelle de la fragilité est celle adoptée par la Société Française de Gériatrie et de Gérontologie (SFGG) en 2011 : « La fragilité est un syndrome clinique. Il reflète une diminution des capacités physiologiques de réserve qui altère les mécanismes d'adaptation au stress. Son expression clinique est modelée par les comorbidités et des facteurs physiologiques, sociaux, économiques et comportementaux. » Elle est basée sur les critères de Friedl. Il s'agit d'un état réversible consécutif au déclin du système physiologique. En oncologie, évaluer une potentielle fragilité permet d'adapter le traitement. Selon Balducci, cancer et fragilité sont liés. Le cancer de par ses conséquences (hypercatabolisme, dénutrition, symptômes) joue un rôle de catalyseur de la fragilité. Ainsi, la définition de la fragilité et les outils pour l'évaluer sont différents en gériatrie et en cancérologie. [4] Ces nuances n'ont pas été précisées dans le courrier à l'attention des MG ce qui peut expliquer en partie les résultats obtenus sur la concordance entre leur ressenti clinique et le score du G8.

Le MG a un rôle transversal dans la prise en charge du patient atteint de cancer. Il est impliqué dans toutes les étapes : le dépistage, le diagnostic, l'annonce, le suivi de la maladie. Il semble être le plus à même à repérer les patients à risque de mauvaise tolérance du traitement cancérologique. L'étude de Dahlhaus et al sur le rôle des MG dans la prise en charge de leur patient atteint de cancer révèle que ceux-ci ne se sentent pas suffisamment impliqués dans la phase initiale du traitement. [36] De plus, d'après Blanc et al (2014) l'évaluation gériatrique est souvent faite après la RCP et n'est donc pas toujours prise en compte dans la décision thérapeutique. [37] Si le G8 semble réalisable en médecine générale, le MG pourrait lui-même le réaliser au moment du diagnostic de la pathologie cancéreuse, et orienter si besoin son patient vers un gériatre en amont de la RCP et de la prise en charge oncologique. Ceci renforcerait l'idée de la prise en charge multidisciplinaire du patient et faciliterait la filière de soin oncogériatrique.

Comme indiqué dans l'introduction, tous les patients ne bénéficient pas encore de ce repérage par le G8 à l'hôpital. [25] Impliquer davantage les MG pourrait permettre d'augmenter le nombre de patients repérés qui pourraient si nécessaire bénéficier d'une EGA ainsi que d'un traitement adapté non seulement à leur pathologie cancéreuse mais aussi à leur état de santé global.

Une étude réalisée en 2013 par Kenis et al, a analysé la faisabilité et l'utilité à large échelle d'un dépistage et d'une évaluation gériatrique des patients âgés atteints de cancer : 1 967 patients ont été inclus, plus de 70% avaient un G8 anormal, 51% des évaluations gériatriques réalisées ont retrouvé des problèmes inconnus et la décision thérapeutique a été modifiée dans 25% des cas. [38]

Dans les commentaires laissés par les MG on retrouve l'appréhension de ces derniers à voir se multiplier les tests de repérage de la fragilité en gériatrie. La diffusion de plusieurs tests (G8, vitesse de marche, grille du Gérontopôle de Toulouse...) a semé une certaine confusion. [39, 40] De plus, certaines échelles nommées par les médecins de l'étude ne sont pas des tests de repérage de la fragilité dans sa globalité mais des tests de dépistage de troubles spécifiques tels que la dénutrition ou les troubles cognitifs, utilisés en gériatrie. Il semblerait nécessaire d'uniformiser les pratiques et de préciser que le G8 est un questionnaire validé uniquement en milieu hospitalier et dans le cadre de l'oncogériatrie et n'a pas fait encore ses preuves en dehors de ce contexte ci.

De plus larges études sont nécessaires pour confirmer la possible utilisation du G8 en médecine de ville, et pour former les MG à son utilisation, afin d'améliorer la prise en charge des patients âgés atteints de cancer. Mais notre travail confirme que ce test est faisable dans le temps d'une consultation de médecine générale.

SYNTHESE DE LA DISCUSSION

Le G8 ou échelle de dépistage gériatrique en oncologie semble d'après notre travail faisable au cours d'une consultation de médecine générale et dans un contexte de soins primaires.

Malgré la réticence de certains MG aux évaluations chiffrées, elle permet d'augmenter l'efficacité du jugement clinique de celui-ci. Une majorité des MG interrogés ont jugé le G8 utile à la prise en charge de leurs patients et pour communiquer avec les autres professionnels de santé.

La généralisation du G8 en médecine générale permettrait d'augmenter le repérage des patients à risque de mauvaise tolérance du traitement cancérologique : ces derniers bénéficieraient d'une évaluation gériatrique en amont de la RCP et d'une adaptation du traitement si besoin.

La mise en place d'une filière de soin spécifique aux personnes âgées atteintes de cancer et le renforcement du rôle du médecin généraliste sont des objectifs des plans cancer.

Cependant la multiplication des tests de dépistage de la fragilité en gériatrie a semé une certaine confusion auprès des MG. Il semble important de préciser que pour l'instant le G8 n'a été validé que dans le cadre de l'oncogériatrie et pour un usage hospitalier.

CONCLUSION

Le G8 est un outil de repérage des patients fragiles, validé dans le cadre de l'oncogériatrie et utilisé actuellement par les oncologues et les hématologues.

Cette première étude du G8 dans le cadre des soins primaires nous permet d'entrevoir son usage par les médecins généralistes. Il a été jugé faisable et utile par une majorité de ces derniers.

Il semble bien sur nécessaire d'envisager de plus larges études mais son usage en médecine générale pourrait permettre d'améliorer la prise en charge des personnes âgées atteintes de cancer et d'impliquer davantage le MG en amont de la RCP.

BIBLIOGRAPHIE

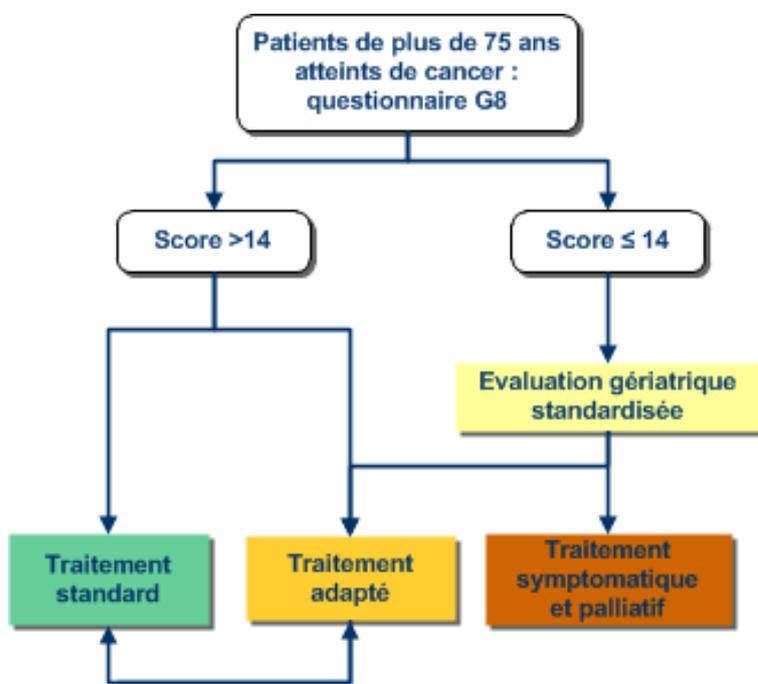
- [1] La situation du cancer en France en 2012. INCa
- [2] Belot A, Grosclaude P, Bossard N et al (2008) Cancer incidence and mortality in France over the period 1980-2005 Rev Epidemiol Sante Publique
- [3] Yancik R (2005) Population aging and cancer: a cross-national concern. Cancer J
- [4] Rougé Bugat M E, Balardy L, Chicoulaa B et al (2014) “Frailty” in geriatrics and oncology: one term for two widely differing concepts. JAMDA
- [5] Terret C, Castel Kremer E, Albrand G, Droz JP (2009) Effects of comorbidity on screening and early diagnosis of cancer in elderly people. Lancet Oncol
- [6] Ministère de la santé (2003) Rapport de la commission d’orientation sur le cancer.
- [7] Di Silvestro K, Pautex S, Pugliesi A (2011) Cancer and aging: an epidemiological fact. Rev Med Suisse
- [8] Balducci L (2013) Frailty: a common pathway in aging and cancer. Interdiscip Top Gerontol
- [9] Balducci L, Colloca G, Cessari M, Gambassi G (2010) Assessment and treatment of elderly patients with cancer. Surg Oncol
- [10] Balducci L (2007) Aging, frailty and chemotherapy. Cancer Control
- [11] Ministère de la santé (2003) Plan cancer 2003-2007
- [12] Ministère de la santé (2009) Plan cancer 2009-2013
- [13] Lazarovici C, Khadabakhshi R, Leignel D et al (2011) Factors leading oncologists to refer elderly cancer patients for geriatric assessment.
- [14] Ministère de la santé (2014) Plan cancer 2014-2019
- [15] Balducci L, Beghe C (2000) The application of the principles of geriatrics to the management of the older person with cancer. Crit Rev Oncol Hematol
- [16] Rouge Bugat M.E, Gerard S, Balardy L et al (2013) Impact of an oncogeriatric consulting team on therapeutic decision-making. J Nutr Health Aging
- [17] Hamaker ME, Schiphorst AH, Ten Bokkel Huinink D et al (2013) The effect of a geriatric evaluation on treatment decisions for older cancer patients – a systematic review. Acta Oncol

- [18] Blanc Bisson C, Fonck M, Mathoulin-Pelissier S et al (2010) Correlation of quality of life with nutritional status and autonomy in elderly cancer patients according to standard geriatric evaluation. *J Clin Oncol*
- [19] Aaldriks AA, Maartense E, le Cessie S, et al (2011) Predictive value of geriatric assessment for patients older than 70 years, treated with chemotherapy. *Crit Rev Oncol Hematol*
- [20] Wildes TM, Ruwe AP, Fournier C et al (2013) Geriatric assessment is associated with completion of chemotherapy, toxicity, and survival in older adults with cancer. *J Geriatric Oncol*
- [21] Extermann M (2012) Integrating a geriatric evaluation in the clinical setting. *Semin Radiat Oncol*
- [22] Soubeyran P, Bellera C, Goyard J et al (2011) Validation of the G8 screening tool in geriatric oncology : The Oncodage project. *J Clin Oncol*
- [23] Bellera C, Rainfray M, Mathoulin-Pélissier S, et al (2012) Screening older cancer patients : first evaluation of the G-8 geriatric screening tool. *Ann Oncol*
- [24] Haute Autorité de Santé (2013) « Comment repérer la fragilité en soins ambulatoires ? »
- [25] Extrait du compte rendu de la réunion du groupe de travail de l'UCOG du 28 mars 2013.
- [26] Article L4130-1 du Code de la Santé Publique, créée par Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 – article 36
- [27] Terret C, Zulian GB, Naiem A, Albrand G (2007) Multidisciplinary approach to the geriatric oncology patient. *J Clin Oncol*
- [28] Lacas A, Rockwood K (2012) Frailty in primary care : a review of its conceptualization and implications for practice. *BMC Med*
- [29] Boeckxstaens P, De Graaf P (2011) Primary care and care for older persons : position paper of the European Forum for Primary Care. *Qual Prim Care*
- [30] Rougé Bugat M-E, Chicoulaa Bruno, Balardy L et al (2012) Le médecin généraliste face aux patients âgés atteints de cancer. *Cah. Année Gérontol.*
- [31] Note HCAAM sur les conditions d'exercice et les revenus des médecins libéraux. Mai 2007
- [32] Delva F, Soubeyran P, Rainfray M et al (2012) Referral of elderly cancer patients to specialists: action proposals for general practitioners. *Cancer treat Rev*

- [33] Vellas B, Balardy B, Gillette Guyonnet S et al (2013) Looking for frailty in community-dwelling older persons: the Gerontopole Frailty Screening Tool (GFST) J Nutr Health Aging.
- [34] Kurtz JE¹, Heitz D, Enderlin et al (2010) Geriatric oncology, general practitioners and specialists: current opinions and unmet needs. Crit Rev Oncol Hematol.
- [35] Rougé Bugat M E, Cestac P, Oustric S et al (2012) Detecting frailty in primary care: a major challenge for primary care physicians. JAMDA
- [36] Dahlhaus A¹, Vanneman N, Guethlin et al (2014) .German general practitioners' views on their involvement and role in cancer care: a qualitative study. Fam pract
- [37] Blanc M, Dialla O, Manckoundia P et al (2014) Influence of the geriatric oncology consultation on the final therapeutic decision in elderly subjects with cancer : analysis of 191 patients. The journal of Nutrition, Health and Aging
- [38] Kenis C, Bron D, Libert Y et al (2013) Relevance of a systematic geriatric screening and assessment in older patients with cancer: results of a prospective multicentric study. Ann Oncol
- [39] Rougé Bugat M E, Subra J, Oustric S et al (2012) Les outils de dépistage de la fragilité : un enjeu pour la médecine générale. Les cahiers de l'année gérontologique
- [40] Castell MV, Sanchez M, Julian R et al (2013) Frailty prevalence and slow walking speed in persons age 65 and older : implications for primary care. M Pract.

ANNEXES

Annexe I : Parcours du patient en oncogériatrie



Annexe II : Le courrier envoyé aux médecins généralistes

L’Inca (Institut National du Cancer) a élaboré un outil à destination des oncologues et des hématologues permettant d’identifier les personnes âgées atteintes de cancer à risque de mauvaise tolérance d’un traitement anti-cancéreux (parce qu’elles présentent une dénutrition, des comorbidités, une poly médication, des troubles cognitifs...) et de leur proposer une évaluation gériatrique approfondie avant de commencer le traitement anticancéreux.

Cet outil est le questionnaire G8, ci-joint. Il est résumé en 8 questions simples. Il est coté de 0 à 17. L’état du patient est considéré d’autant plus fragile que le score est bas (un score inférieur ou égal à 14 implique que le patient relève d’une évaluation gériatrique).

L’objectif de ma thèse est **d’évaluer la faisabilité du G8 en médecine générale pour dépister la fragilité des personnes âgées atteintes de cancer.**

Pouvez-vous, comme convenu par téléphone, **réaliser le G8 auprès de 3 de vos patients âgés de plus de 75 ans (hors EHPAD) atteints ou pas d’un cancer et répondre en suivant à un court questionnaire annexe ?**

Si vous avez des questions vous pouvez me joindre au : 06 75 98 34 65 ou par mail : auberi12@hotmail.fr

Merci de me renvoyer les documents par mail : auberi12@hotmail.fr ou par courrier :
PUEL Auberi
97 rue du quercy, 12000 RODEZ.

Merci pour votre participation à ce travail, et je m’engage à vous faire part des résultats de mon travail.

Mlle PUEL Auberi

VOTRE NOM :

VOTRE PRENOM :

VOTRE AGE :

VOTRE ANNEE D’INSTALLATION :

PATIENT 1

Questionnaire G8 :

A	Le patient présente-t-il une perte d'appétit ? A-t-il mangé moins ces 3 derniers mois par manque d'appétit, problèmes digestifs, difficultés de mastication ou de déglutition ?	0 : anorexie sévère 1 : anorexie modérée 2 : pas d'anorexie
B	Perte récente de poids (< 3 mois).	0 : perte de poids > 3 kg 1 : ne sait pas 2 : perte de poids entre 1 et 3 kg 3 : pas de perte de poids
C	Motricité.	0 : du lit au fauteuil 1 : autonome à l'intérieur 2 : sort du domicile
E	Problèmes neuro-psychologiques	0 : démence ou dépression sévère 1 : démence ou dépression modérée 2 : pas de problème psychologique
F	Indice de masse corporelle (IMC)	0 : IMC < 18,5 1 : IMC = 18,5 à IMC < 21 2 : IMC = 21 à IMC < 23 c 3 : IMC = 23 et > 23
H	Prend plus de 3 médicaments	0 : oui 1 : non
P	Le patient se sent-il en meilleur ou moins bonne santé que la plupart des personnes de son âge	0 : moins bonne 0.5 : ne sait pas 1 : aussi bonne 2 : meilleure
	Age	0 : >85 1 : 80-85 2 : <80
	TOTAL	0 - 17

Le score est égal à la somme des scores obtenus pour chaque question.

SCORE DU PATIENT:

Pensiez-vous avant de réaliser ce test que votre patient était fragile ou vulnérable ?

- Oui
- Non

Si vous avez obtenu un score inférieur à 14/17, votre avis sur la prise en charge du patient a-t-il changé ?

- Oui
- Non

PATIENT 2

Questionnaire G8 :

A	Le patient présente-t-il une perte d'appétit ? A-t-il mangé moins ces 3 derniers mois par manque d'appétit, problèmes digestifs, difficultés de mastication ou de déglutition ?	0 : anorexie sévère 1 : anorexie modérée 2 : pas d'anorexie
B	Perte récente de poids (< 3 mois).	0 : perte de poids > 3 kg 1 : ne sait pas 2 : perte de poids entre 1 et 3 kg 3 : pas de perte de poids
C	Motricité.	0 : du lit au fauteuil 1 : autonome à l'intérieur 2 : sort du domicile
E	Problèmes neuro-psychologiques	0 : démence ou dépression sévère 1 : démence ou dépression modérée 2 : pas de problème psychologique
F	Indice de masse corporelle (IMC)	0 : IMC < 18,5 1 : IMC = 18,5 à IMC < 21 2 : IMC = 21 à IMC < 23 c 3 : IMC = 23 et > 23
H	Prend plus de 3 médicaments	0 : oui 1 : non
P	Le patient se sent-il en meilleur ou moins bonne santé que la plupart des personnes de son âge	0 : moins bonne 0.5 : ne sait pas 1 : aussi bonne 2 : meilleure
	Age	0 : >85 1 : 80-85 2 : <80
	TOTAL	0 - 17

Le score est égal à la somme des scores obtenus pour chaque question.

SCORE DU PATIENT:

Pensiez-vous avant de réaliser ce test que votre patient était fragile ou vulnérable ?

- Oui
- Non

Si vous avez obtenu un score inférieur à 14/17, votre avis sur la prise en charge du patient a-t-il changé ?

- Oui
- Non

PATIENT 3

Questionnaire G8 :

A	Le patient présente-t-il une perte d'appétit ? A-t-il mangé moins ces 3 derniers mois par manque d'appétit, problèmes digestifs, difficultés de mastication ou de déglutition ?	0 : anorexie sévère 1 : anorexie modérée 2 : pas d'anorexie
B	Perte récente de poids (< 3 mois).	0 : perte de poids > 3 kg 1 : ne sait pas 2 : perte de poids entre 1 et 3 kg 3 : pas de perte de poids
C	Motricité.	0 : du lit au fauteuil 1 : autonome à l'intérieur 2 : sort du domicile
E	Problèmes neuro-psychologiques	0 : démence ou dépression sévère 1 : démence ou dépression modérée 2 : pas de problème psychologique
F	Indice de masse corporelle (IMC)	0 : IMC < 18,5 1 : IMC = 18,5 à IMC < 21 2 : IMC = 21 à IMC < 23 c 3 : IMC = 23 et > 23
H	Prend plus de 3 médicaments	0 : oui 1 : non
P	Le patient se sent-il en meilleur ou moins bonne santé que la plupart des personnes de son âge	0 : moins bonne 0.5 : ne sait pas 1 : aussi bonne 2 : meilleure
	Age	0 : >85 1 : 80-85 2 : <80
	TOTAL	0 - 17

Le score est égal à la somme des scores obtenus pour chaque question.

SCORE DU PATIENT:

Pensiez-vous avant de réaliser ce test que votre patient était fragile ou vulnérable ?

- Oui
- Non

Si vous avez obtenu un score inférieur à 14/17, votre avis sur la prise en charge du patient a-t-il changé ?

- Oui
- Non

QUESTIONNAIRE

Quel est dans votre patientèle le pourcentage de patients de plus de 75 ans ?

.....

Avez-vous une formation spécifique en gériatrie ? oui non

Si oui, laquelle ?

Connaissez-vous d'autres tests de dépistage de la fragilité ? oui non

Si oui, lequel ?

.....

Combien de temps environ avez-vous mis pour réaliser le G8 ?

.....

Ce temps de réalisation vous paraît-il :

- Adapté à une consultation de médecine générale
- Trop long

Ce test de dépistage de la fragilité vous paraît-il :

- Utile dans votre pratique de médecine générale
- Inutile et si oui pourquoi ?.....
- Incomplet et si oui que manque-t-il ?.....

Pensez-vous que ce type de test peut être utile

- Dans votre pratique pour vous aider à prendre en charge les patients ?
- Pour communiquer avec les autres praticiens ou professionnels de santé ?
 - en cas d'hospitalisation
 - en cas de consultation spécialisée
 - en cas de prise en charge à domicile (réseau, infirmier libéraux)
- pour communiquer avec les organismes de protection sociale

Commentaires :

.....
.....
.....

ABSTRACT

Title: G8 feasibility study in general practice.

Introduction: Currently in France, more than half of new diagnosed cases of cancer concern people who are more than 75 years old. Taking care of them is often complex because of a context of comorbidity and greater frailty. One of the objectives of the three successive cancer programs is improving the support of these patients by the implementation of a network of specific care and by the strengthening of the general practitioner's role (GP). The G8 was validated as a hospital screening tool for older patients being at risk of bad tolerance of the oncologic treatment. Yet all the patients who are more than 70 years old are not diagnosed before their being put into care.

The objective of my work is to study the feasibility of the G8 during general medicine consultation.

Equipment and method: We carried out a descriptive and transversal study with 150 GPs practicing in Midi-Pyrénées. They had to achieve the G8 with 3 of their older patients affected or not by a cancer, only the patients living in a retirement home were excluded, and then they had to answer at a seven items questionnaire so that their impressions on the test may be collected.

Results: We obtained 44 answers, in other words 132 G8 tests performed. The GPs were mainly men (n=31, 70%), middle aged 53 (+/- 10.3 years) and 25 % had a special training in gerontology. The average time spent to carry out a G8 was 3.6 minutes (+/-2.1 min). 95 % of the GPs thought this time is adapted for a general medicine consultation and 73 % estimated this test is useful. In 35 % of the cases (n=46) G8 detected a fragility while the GP did not consider his patient as fragile.

Conclusion: The G8 seems feasible during a general medicine consultation. More detailed studies would be necessary to confirm these results and to train the GP to this use. This could improve the oncogeriatric care of the patients.

Keywords: « *frailty* », « *older cancer patient* », « *G8 screening tool* » « *primary care* ».

ETUDE DE FAISABILITE DU G8 EN MEDECINE GENERALE

Toulouse, le 4 décembre 2014

Introduction : Actuellement en France plus de la moitié des nouveaux cas de cancer diagnostiqués concernent des personnes de plus de 65 ans. Leur prise en charge est souvent complexe du fait d'un contexte de comorbidités et de fragilité accrue. Un des objectifs des trois plans cancer successifs est l'amélioration de la prise en charge de ces malades par la mise en place d'une filière de soin spécifique et par le renforcement du rôle du médecin généraliste (MG). Le G8 a été validé comme outil hospitalier de repérage des patients âgés à risque de mauvaise tolérance du traitement oncologique. Or tous les patients de plus de 70 ans ne sont pas encore évalués avant leur prise en charge. L'objectif de mon travail est d'étudier la faisabilité du G8 au cours d'une consultation de médecine générale.

Matériel et méthode : Nous avons réalisé une étude descriptive et transversale auprès de 150 MG exerçant en Midi-Pyrénées. Ceux-ci devaient réaliser le G8 auprès de 3 de leurs patients âgés atteints ou pas d'un cancer, étaient exclus les patients vivant en EHPAD, puis ils devaient répondre à un questionnaire de sept items afin de recueillir leur ressenti sur le test.

Résultats : 44 réponses ont été obtenues, soit 132 tests G8 réalisés. Les MG sont majoritairement des hommes (n=31, 70%), d'âge médian 53 ans (+/-10.3 ans) et 25 % avaient une formation spécifique en gériatrie. Le temps moyen de réalisation du G8 est de 3.6 minutes (+/-2.1 min). 95 % des MG trouvent ce temps adapté à une consultation de médecine générale et 73% estiment ce test utile. Dans 35% des cas (n=46) le G8 a dépisté une fragilité alors que le médecin ne considérait pas son patient comme fragile.

Conclusion : Le G8 semble donc réalisable au cours d'une consultation de médecine générale. De plus larges études sont nécessaires pour confirmer ce résultat et former les MG à son utilisation. Ceci pourrait améliorer la prise en charge oncogériatrique des patients.

Discipline administrative : MEDECINE GENERALE

Mots-clés : fragilité – patients âgés atteints de cancer – G8 – soins primaires

Faculté de médecine Rangueil 133, route de Narbonne 31062 TOULOUSE Cédex France

Directeurs de thèse : Dr ROUGE BUGAT Marie Eve et Dr CHICOULAA Bruno